



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015.

Autor.

Francisco Xavier Vera Solórzano.

Directora de tesis.

Luz Amarilis Martín Moya Msc.

Cantón Portoviejo – Provincia Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya certifica que la tesis de investigación titulada: Estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015. Es trabajo original del estudiante Francisco Xavier Vera Solórzano., la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Luz Amarilis Martín Moya Msc.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Elena Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Odo. Jorge Luis Mendoza Robles.

Miembro del tribunal.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya Msc.

Directora de tesis.

Odo. Jessica Valentina García Loor.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La tesis de grado titulada: Estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015, pertenece al egresado Francisco Xavier Vera Solórzano. Sus ideas, conceptos, análisis resultados, conclusiones, recomendaciones y propuesta son exclusivamente de la autor. Además, cedo mis derechos de autor de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Francisco Xavier Vera Solórzano.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Principalmente agradezco a Dios por ser mi luz y guía en mi vida. Agradezco a mi familia por ser mi pilar y por supuesto por tener tantas expectativas de mí; tengan por seguro que no los defraudaré, y espero que se encuentren orgullosos de mí, como yo me siento orgulloso de ustedes.

Además, a esa persona especial en mi vida por ser el pilar fundamental sin el cual no hubiese tenido la paciencia suficiente para salir adelante, le agradezco a ella por su manera desinteresada de apoyarme día a día gracias ella he logrado completar esta meta. Te agradezco por todo mi querida Jenny Pico Coronel.

Agradezco a mis profesores de quienes me llevo una muy buena impresión, ya que de ellos aprendí bastante durante estos años de carrera, quienes me hicieron llegar sus conocimientos mediante sus técnicas y habilidades como docentes.

Agradezco a todos esos pacientes que me ayudaron, porque gracias a ellos he logrado desarrollar la cualidad de sobrepasar las adversidades.

Francisco Xavier Vera Solórzano.

DEDICATORIA.

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia ya que por ellos soy lo que soy, a mis hermanas por ser la guía y el ejemplo a seguir. Sobre todo a mis padres porque es a ellos a los que le debo todo en la vida, gracias a ustedes por darme el primer consejo de vida “por mas difícil que parezca nunca demuestre debilidad entre más difícil sea demuestra más seguridad” esta tesis va dedicada a Api chanco y mami Moly, gracias a ustedes soy lo que soy hoy en día.

A mis amigos, amigas con los que compartimos el amor por la Odontología, la que una vez fue su meta, se que ustedes estarán orgullosos de nosotros por los logros obtenidos, a ustedes déjenme decirles que en mi mente y en mi corazón ya son odontólogo, Dios los bendiga siempre.

Francisco Xavier Vera Solórzano.

RESUMEN.

La finalidad de la investigación se basa en determinar el estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acudieron a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio 2015. Para lograr el objetivo propuesto se identificó las principales lesiones que se encuentran en pacientes que utilizan prótesis dentales. Posteriormente se identificó el estado de la prótesis, que comprende higiene, estado tipo y tiempo de uso de la prótesis. Se les proporcionó a los pacientes, el documento de consentimiento para la aprobación de su participación en esta investigación.

La investigación de campo, de corte transversal, se realizó a una población de 114 pacientes hombres y mujeres, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

La observación fue la técnica utilizada. Se identificó las lesiones bucales frecuentes en la cavidad oral mediante observación directa registrándose en la matriz de observación de lesiones bucales. Posteriormente se determinó la higiene de la prótesis, el estado de la prótesis, el tipo de prótesis y el tiempo de uso de la prótesis. Los resultados de la investigación, se realizaron mediante la aplicación de instrumentos de recolección de datos, se elaboró los cuadros mediante distribución de frecuencias, y para las tablas de relación con cuadro de doble entrada.

Palabras clave: lesiones bucales, estado de la prótesis, higiene de la prótesis, tipo de prótesis.

ABSTRACT.

The aim of the research is based on determining the state of the dental prosthesis and the presence of oral lesions in patients attending clinics at the University San Gregorio de Portoviejo in the period March-June 2015. To achieve the proposed objective it identified the main lesions found in patients using dentures. Subsequently the state of the prosthesis, comprising health, state type and time of use of the prosthesis was identified. Patients were provided with the consent form for their approval for participating in this research.

Field research, cross-sectional, was performed at a population of 114 male and female patients in the dental clinic at the University San Gregorio de Portoviejo.

The observation was the technique used. Frequent oral lesions in the oral cavity by direct observation recorded in the observation matrix of oral lesions were identified. Subsequently the hygiene of the prosthesis is determined, the state of the prosthesis, the prosthesis type and time of use of the prosthesis. The research results were performed by applying data collection instruments, paintings was developed by frequency distribution and relationship tables with double-entry table.

Keywords: oral lesions, state of the prosthesis, the prosthesis hygiene, type of prosthesis.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Índice de gráficos.	XII
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema de la investigación.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.4. Preguntas de investigación.	4

1.5.	Delimitación del problema.	4
1.6.	Justificación.	4
1.7.	Objetivos.	5
1.7.1.	Objetivo general.	5
1.7.2.	Objetivo específicos.	6
Capítulo II.		
2.	Marco Teórico Referencial y Conceptual.	7
2.1.	Prótesis dentales.	7
2.2.	Lesiones bucales.	22
2.3.	Unidades de observación y análisis.	31
2.4.	Variables.	31
2.5.	Operacionalización de variables.	32
Capítulo III.		
3.	Marco Metodológico.	33
3.1.	Modalidad de la investigación.	33
3.2.	Tipo de la investigación.	33
3.3.	Método.	33
3.4.	Técnica.	34
		X

3.5.	Instrumentos.	34
3.6.	Recursos.	34
3.7.	Población y muestra.	35
3.8.	Proceso de recolección de la información.	35
3.9.	Procesamiento de la información.	36
3.10.	Ética.	36
	Capítulo IV.	
4.	Análisis e Interpretación de los Resultados.	
4.1.	Análisis e interpretación de los resultados de la matriz de observación. de las lesiones bucales y estado de la prótesis.	37
	Capítulo V.	
5.	Conclusiones y Recomendaciones.	61
5.1.	Conclusiones.	61
5.2.	Recomendaciones.	62
	Capítulo VI.	
6.	Propuesta.	63
	Anexo.	71
	Bibliografía.	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro No. 1: Sexo.	37
Gráfico No. 1: Sexo.	37
Cuadro No. 2: Edad.	39
Gráfico No. 2: Edad.	39
Cuadro No.3: Lesiones bucales.	41
Gráfico No. 3: Lesiones bucales.	41
Cuadro No. 4: Higiene de la prótesis.	43
Gráfico No. 4: Higiene de la prótesis.	43
Cuadro No. 5: Estado de la prótesis.	45
Gráfico No. 5: Estado de la prótesis.	45
Cuadro No. 6: Tipo de la prótesis.	47
Gráfico No. 6: Tipo de la prótesis.	47
Cuadro No. 7: Tiempo de uso de la prótesis.	49
Gráfico No. 7: Tiempo de uso de la prótesis.	49
Cuadro No. 8: Relación del estado de la prótesis con la higiene de la prótesis.	51
Gráfico No. 8: Relación del estado de la prótesis con la higiene de la prótesis.	51
Cuadro No. 9: Relación del estado de la prótesis con el tipo de prótesis.	54

Gráfico No. 9: Relación del estado de la prótesis con el tipo de prótesis.	54
Cuadro No. 10: Relación del estado de la prótesis con las lesiones bucales.	56
Gráfico No. 10: Relación del estado de la prótesis con las lesiones bucales.	56
Cuadro No. 11: Relación del estado de la prótesis con las lesiones bucales.	59
Gráfico No.11: Relación del estado de la prótesis con el tiempo de la prótesis	59

INTRODUCCIÓN.

El presente estudio está basado en el estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acudieron a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio 2015.

Indagando informaciones en el sitio web Gaceta Dental en un artículo de Ballestero y colaboradores¹(2009) cita que:

La prostodoncia es la rama de la odontología encargada de restaurar la función, la salud, el confort y la estética perdidas, a partir de la restauración de dientes naturales, tejidos orales y maxilofaciales malogrados, por medio de unos dispositivos que todos conocemos como prótesis dentales.(sección introducción párr. 1).

Investigando informaciones en el sitio web Gaceta Dental en un artículo de Ballestero y colaboradores²(2009) refiere que:

Estas lesiones suelen ser de origen traumático y son fácilmente reconocibles a la exploración introral. Son más frecuentes en personas de edad avanzada, por encima de los sesenta años. Si se elimina la causa que la produce como el roce de una base de prótesis desaparecen en unos días, generalmente menos de dos semanas. (Sección lesiones erosivo-ulcerosas párr.3)

¹Ballestero, J., López, A., Somacarrera, M., Moreno., y Rodríguez, M. (2009). Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis [En línea]. Consultado: [20, junio2015]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oral-originadas-por-prtesis-31690/>

²Ibídem.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo-junio del año 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la relación entre el estado de la prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

El uso de prótesis dentales es un hecho frecuente hoy en día en los pacientes edéntulos ya que constituye una alternativa estética para ellos, sin embargo no están exentas de provocar lesiones graves en los tejidos de la cavidad oral.

Indagando informaciones disponibles en la revista Infomed en su versión digital de Díaz y colaboradores³(2007) cita que:

Con la edad, la mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, prótesis, etc.), pueden influir en dichos

³Díaz, y., Martell, I. y Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Infomed. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

cambios, provocando alteraciones en la mucosa. Es decir, se convierten en una agresión física al medio bucal, e incluso pueden converger otros factores negativos como el trauma y la infección. (párr.11).

Inspeccionando informaciones disponible Medigraphic en el sitio web un artículo de Espasandín y colaboradores⁴ (2013) referencia que:

La estomatitis subprótesis, muestra una alta prevalencia tanto en Cuba como en el resto del mundo, constituyendo una enfermedad muy frecuente entre los portadores de prótesis removibles, y dependiendo del autor, sus reportes en el nivel de afección, oscilan entre un 11 y un 67%.

Estudios epidemiológicos realizados en Dinamarca describen entre un 40 y un 60% en la población examinada. En Chile un 40 % y un 43% en Japón. En Cuba se reporta una frecuencia de un 46.8%. (Sección introducción párr. 2 y 3).

Analizando informaciones disponibles en la página web de Scielo en un artículo de Lemus y colaboradores⁵ (2007) transcribe que:

Se analiza la calidad de la prótesis estomatológica. Se presentaron los sujetos afectados y no afectados por lesión en la mucosa bucal, en los cuales fue examinada la calidad de la prótesis estomatológica. Se evidencio que los pacientes en su mayoría habían portadores de prótesis de mala calidad; este elevado porcentaje (77,4 %) es una considerable cifra si se observa que en el grupo control solo el 14,2 % tenían prótesis de mala calidad, y en cambio, la mayoría de los adultos mayores sin lesión en la mucosa bucal eran portadores de prótesis estomatológica de buena calidad (85,8 %). (Sección resultado párr. 2).

En las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo acudieron un significativo número de pacientes, algunos de ellos presentaron lesiones bucales de diversa índole surgiendo la interrogante del cual puede ser la causa de estas lesiones.

⁴ Espasandín, S., Martínez, G., Reyes, V., y Díaz, R. (2013). subprosthesis stomatitis in patients with prostheses over two years of use. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132i.pdf>

⁵ Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Scielo [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100003&script=sci_arttext

En la actualidad no se ha realizado estudios sobre la temática planteada en el cantón Portoviejo. Es por ello que se busca investigar si el estado de la prótesis tiene relación con las lesiones bucales.

1.4. Preguntas de la investigación.

¿Cuáles son las lesiones de la cavidad oral que presentan los portadores de prótesis dentales?

¿Cuáles son los tipos de prótesis dentales utilizan con mayor frecuencia los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo?

¿Cuál es el estado de conservación de la prótesis?

1.5. Delimitación del problema.

Campo: salud.

Área: odontología.

Aspectos: lesiones bucales, estado de la prótesis dental.

Delimitación espacial: clínicas odontológicas Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Delimitación temporal: período marzo- junio 2015.

1.6. Justificación.

Hoy en día las lesiones bucales son encontradas con gran frecuencia en la población y uno de los factores causales son las prótesis las cuales en la gran mayoría no son realizadas por especialistas en prótesis.

La importancia de este estudio se basó en determinar cuáles son las lesiones bucales más frecuentes relacionándolo con el estado de las prótesis dentales, hoy en

día los pacientes no tienen el conocimiento sobre esta problemática, por ello surgió la inquietud de realizar esta temática y evitar todas estas lesiones en el futuro.

El estudio actual beneficia a los pacientes portadores de prótesis dentales, que por su mal estado protésico origina la aparición de las lesiones en la cavidad oral, brindando a los pacientes la oportunidad de conocer cuáles son las causas, además los resultados de esta investigación ayudaron al campo odontológico permitiendo adjuntar estos datos en el laboratorio de patología de la Universidad San Gregorio De Portoviejo ya que esta investigación forma parte de esta área.

Los pacientes que acudieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo mostraron interés en pertenecer en el estudio, además con la ayuda del laboratorio de patología que ayudo a reconocer, identificar, caracterizar las lesiones bucales en paciente portadores de prótesis defectuosas apoyando en todo momento a la realización de la investigación permitiendo la factibilidad de la misma.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Establecer la relación entre el estado de la prótesis dental con las lesiones bucales que presentan los pacientes que acuden a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el en el período marzo- junio 2015.

1.7.2 Objetivos específicos.

Describir las lesiones de la cavidad oral en paciente portadores de prótesis dentales.

Identificar los tipos de prótesis.

Determinar el estado de conservación de la prótesis.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Prótesis dentales.

Estudiando la obra de Tenorio⁶ (2011) indica que: “Es un elemento artificial que permite restituir la anatomía de varios dientes, reponiendo asimismo la relación entre los huesos maxilares”. (p. 15).

Leyendo la obra de Bassi⁷(2011) cita que “Una adecuada proyección de la prótesis constituye la base para obtener éxito de la rehabilitación”. (p.12).

Continuando la lectura de la Bassi⁸(2011) expone que “el diseño de la prótesis puede condicionar la salud de los órganos dentales, los tejidos de soporte tanto biológica y ecológicamente.”. (p. 12).

Clasificación de Kennedy.

Analizando la obra de Fernández y Valverde⁹ (2007) referencian que “Esta clasificación es la más aceptada. Debido a que define con precisión las zonas del arco parcialmente edéntulo”. (p. 50).

Leyendo la obra de Carr y colaboradores¹⁰ (2006) transcribe que:

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto originalmente por el Dr. Edward Kennedy en 1925. Kennedy dividió las arcadas parcialmente

⁶ Tenorio, C. (2011). Hablemos entre Dientes. República del Perú: Milatem.

⁷Bassi, F., Previgliano, V., y Schierano, G. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. República Bolivariana De Venezuela: Amolca.

⁸Ibídem.

⁹Fernández, D., y Valverde, R. (2007). Diseño de prótesis parcial removible. Reino de España: Ripano.

¹⁰Carr, A., McGivney, G., y Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Reino de España: Elsevier.

desdentados en cuatro tipos básicos a los que añadió modificaciones, las áreas edentulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas. (p. 20).

Tipo de prótesis.

Indagando la obra de Palma y Sánchez¹¹(2010) referencian que:

En las prótesis dentales, se realiza la siguiente diferenciación:

Prótesis total o completa: su finalidad es la reposición de los dientes en individuos totalmente desdentados, bien en una arcada o en ambas y se asientan directamente sobre la mucosa (mucosoportadas).

Sobredentaduras: prótesis total cuya base cubre uno o más dientes naturales o implantes, es decir, es una prótesis total que aprovecha los dientes residuales o implantes osteointegrados mejorando el apoyo, la retención y la estabilidad de la misma. La principal ventaja con respecto a la anterior, es que al quedar dientes en el hueso alveolar, este no sufre procesos de reabsorción ósea.

Prótesis parcial: aquella que sustituye uno o varios dientes. A su vez pueden ser fijas y removibles.

Las prótesis fijas: pueden sustituir a uno (fundas o coronas) o más dientes (puentes), y están fijadas a los dientes (dentosoportada). Cuando sustituyen a varias piezas se utilizan como puntos de anclaje de dientes vecinos (pilares).

Las prótesis parciales removibles: sustituyen a uno o más diente, pero pueden ser retiradas por el paciente. El medio de sujeción es a través de ganchos o retenedores en los dientes remanentes, y cuentan con una placa metal o de resina que se apoya sobre la mucosa. Puede ser, por tanto, dentosoportada, dentomucosoportada o mucosoportadas, en función del medio de soporte utilizado. Están fabricadas con elementos metálicos (“esquelético”) y /o resinas acrílicas, donde se insertan los dientes, generalmente de resina.

Prótesis mixta: prótesis que combina prótesis fija con prótesis removible, que dando ambas retenidas. (p. 305).

Prótesis dental removible. (PPR).

Analizando la obra de Fernández y Valverde¹²(2007) indican que: “La Prótesis dental removible es ampliamente usada para el tratamiento de edéntulos parciales y es

¹¹Palma, A., y Sánchez, C. (2010). Técnica de ayuda odontológica y estomatológica. Madrid, Reino De España: Paraninfo.

¹²Fernández, D., y Valverde, R. (2007). Diseño de prótesis parcial removible. Reino de España: Ripano.

buena alternativa, económica y fácil de hacer para rehabilitar el desdentado parcial”.
(p. 13).

Indagando la obra de Loza y Valverde¹³ (2012) transcribe que:

La Prótesis Parcial Removible (PPR) es un recurso terapéutico para restaurar las bocas mutiladas por la pérdida de piezas dentarias, reabsorción del reborde alveolar, alteraciones de la oclusión. Permitiendo a la conservación de la salud y la restauración del sistema estomagtonatico con una PPR. (p. 7).

Comparando la obra Ángeles y colaboradores¹⁴ (2011) expone que:

El propósito principal de la prótesis parcial removibles (PPR) debe ser siempre la conservación de los dientes remanentes y de los tejidos d soporte; el propósito secundario es sustituir aquellos cuando ya no existen.
Una vez cumplido el propósito principal, se procederá a mejorar la fonética, aumentar la eficiencia masticatoria y lograr la estética del paciente. (p. 13).

Continuando la lectura de la obra de Fernández y Valverde¹⁵(2007) expone que:

El diseño es un paso o etapa muy importante en el proceso de elaboración de una (PPR). El diseño consta una anamnesis correcta, exámenes metódicos del edéntulo.

El alto porcentaje de odontólogos no realiza el diseño de la prótesis dental si no que se lo envían al mecánico dental sin embargo ellos no tienen el conocimiento adecuado sobre la cavidad oral. (p. 13).

Indagando la obra de Carr y colaboradores¹⁶ (2006) cita que:

Un estudio reciente estima que el 21,4% de individuos de edades comprendidas entre los 15 y 74 años empleaban prótesis. En el grupo de 55 a 64 años el 22,2% eran portadores de una prótesis parcial removibles. Entre todos, este último grupo de edad era el que mostraba el empleo más alto de prótesis parcial removible. Se cree que el uso de prótesis parcial removible entre los individuos de 55 años o más es incluso mayor. (p.6).

¹³Loza, D., y Valverde, R. (2012). Prótesis parcial removible procedimientos clínicos y de laboratorio. Republica de Perú: Savia.

¹⁴Ángeles, F., Navarro, E., y Pacheco. N. (2011). Prótesis Parcial Removible Procedimientos Clínicos, Diseño y Laboratorio. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.

¹⁵Fernández, D., y Valverde, R. (2007). Diseño de prótesis parcial removible. Reino de España: Ripano.

¹⁶Carr, A., McGivney, G., y Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Reino de España: Elsevier.

Indagando investigaciones disponibles en el sitio web de Revistas Peruanas, en su versión digital, en un artículo de Almeida y colaboradores¹⁷ (2007) cita que:

Algunos cambios fisiológicos, patológicos que presentan en las superficies dentales trasciende en el tratamiento protésico.

Reducción de la cámara pulpar: puede traer beneficios.

Pérdida de retención de las prótesis totales y parciales removibles extensas: causada por disminución de la película de saliva entre la prótesis y la mucosa debido a la xerostomía.

Aumento del número de caries y problemas periodontales por dificultad de higienización. (párr. 4).

Indicaciones.

Leyendo la obra de Ángeles y colaboradores¹⁸ (2011) indican que:

Cuando por la falta de salud del tejido periodontal, el reborde residual debe ayudar el soporte de las fuerzas de masticación.

Cuando el espacio edentulos no posee dientes remanentes posteriores, exceptuando aquellos casos en los cuales no se aconseja reponer los segundos y terceros molares.

Cuando en los dientes remanentes existe poco tejido de soporte y necesita ferulizarse a través del arco, la PPR puede actuar como férula, estabilizando los dientes estabilizando los dientes debilitados por la enfermedad periodontal subyacente.

Cuando las condiciones mentales o físicas del paciente no permiten llevar a cabo los procedimientos necesarios para la adecuada implantación y acción de la prótesis parcial fija.

Cuando existe una brecha protésica larga, es necesario colocar una PPR que logre la retención, soporte y estabilidad de aquella a partir de los pilares del lado contrario. (pp. 44 y 45).

Contraindicaciones.

¹⁷Almeida, E., Martins, E., Falcón, R., y Amílcar, J. (2007). Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Revistas Peruanas. [En línea]. Consultado: [15, agosto, 2014]. En: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000200010&script=sci_arttext

¹⁸Ángeles, F., Navarro, E., y Pacheco. N. (2011). Prótesis Parcial Removible Procedimientos Clínicos, Diseño y Laboratorio. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.

Investigando la obra de Ángeles y colaboradores¹⁹ cita que: “Cuando puede tener éxito una prótesis parcial fija. Cuando no existe una higiene bucal adecuada o no existe cooperación por parte del paciente”. (p. 45).

Observando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo en un artículo de Sánchez y Vieira²⁰ (2008) exponen que:

La rigidez es indispensable en toda PPR para transmitir uniformemente las fuerzas y para la efectividad del resto de sus componentes. Su ausencia se traduce en lesiones a los tejidos de soportes duros y blandos y en la falta de estabilidad oclusal.

La retención a través de la cobertura de los tejidos gingivales puede causar inflamación y lesiones a los mismos. (Sección discusión párr. 4).

Características.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Salud dental para todos de Iruretagoyena²¹ (2014) referencia que:

Debe ser funcional: Permitir una correcta fonación y masticación

Debe ser estética: Imitar a los demás dientes remanentes en tamaño.

Debe permitir cargar axialmente las fuerzas de la masticación, por lo tanto debe ser rígida; si fuese flexible generaría movimientos de ortodoncia.

Debe tener un solo eje de inserción o instalación

Debe tener una retención suficiente como para no ser desalojada durante la masticación y fonación.

No debe deteriorar las piezas dentales remanentes.

¹⁹Ángeles, F., Navarro, E., y Pacheco. N. (2011). Prótesis Parcial Removible Procedimientos Clínicos, Diseño Y Laboratorio. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.

²⁰Sánchez, A., y Vieira, J. (2008). La prótesis parcial removible en la práctica odontológica de caracas, Venezuela en el periodo febrero-marzo de 2006. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, Agosto, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000400006

²¹Iruretagoyena, M. (2014). Características y componentes de la prótesis parcial removible. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.sdpt.net/completa/parcial/caracteristicas.htm>

Debe mantener una relación intermaxilar no patológica y una dimensión vertical estable en el tiempo. (párr. 1).

Clasificación de las prótesis parcial removible (PDPR).

Considerando la obra de Molin y Gunne²²(2014) conoce que:

Según el tipo de soporte

Las PDPR pueden clasificarse según el nivel de soporte brindado por los pilares: *Dentosoportado*. La PDPR transmiten las fuerzas oclusales que recibe hacia los pilares a través de los apoyos dentales.

Dentomucosoportada. La PDPR transmite parte de las fuerzas oclusales que recibe a los pilares a través de los apoyos dentales y el resto de los rebordes alveolares.

Mucosoportada. Esta PDPR no tiene apoyos dentales. Excepto ciertas fuerzas laterales que pueden transmitirse a los dientes contiguos a través de los contactos proximales, todas las fuerzas oclusales a que está sometida la PDPR se trasmite a los rebordes alveolares. (p. 170).

Elementos que componen la prótesis parcial removible.

Considerando la obra de Rendón²³, indica que:

Retenedores directos. Son los elementos de la prótesis que evitan el deslizamiento de la prótesis en dirección oclusal, horizontal y gingival. Pueden ser: a) ganchos; b) ataches o aditamientos de precisión.

Retenedores indirectos. Son aquellos con extremo libre que ayudan a los retenedores directos a imposibilitar el desplazamiento de la base de la prótesis mediante su labor.

Conectores menores. Partes de la prótesis parcial removible que unen al conector mayor o a la base de la prótesis con los demás elementos

Conector mayor. Es el elemento de la prótesis parcial removible que conecta los elementos de un lado del arco dentario con los del lado opuesto.

Bases. Partes de la prótesis parcial que sostienen los elementos protésicos sustituyendo la cavidad estomagtonatico.

Dientes. Elementos de la prótesis parcial removible que reemplazan a los órganos dentales naturales. (pp. 7 y 8).

²²Molin, M., y Gunne, J. (2014).Prótesis Removible. Venezuela: Amolca.

²³Rendón, R. (2004). Prótesis Parcial Removible Conceptos Actuales Atlas de Diseño. Estados Unidos Mexicanos: Medica Panamericana.

Investigando la obra de Fernández y Valverde²⁴(2007) conoce que “Los componentes en una prótesis parcial removible deben llevar un orden al momento del diseño y son:

Los apoyos.

Los retenedores.

Los conectores mayores.

Los conectores menores

Las retenciones para las bases deacrílico

La extensión de las bases.” (p. 17).

Continuando la lectura en la obra de Fernández y Valverde²⁵(2007) cita que:

El apoyo es una extensión rígida de la estructura metálica que trasmite fuerzas funcionales a los órganos dentarios. En 1989, fue BONWILL el primero que recomendó el uso de prótesis removibles con apoyos oclusales. HENDERSON y STEFFEL, Miller y GRASSO y MCCRAKEN, afirman que la principal función del apoyo oclusal es transmitir las fuerzas oclusales verticales a los pilares y evitar el movimiento de la PPR en sentido gingival. (p. 17).

Consecuencias de las prótesis parciales removibles.

Observando la obra de Misch²⁶ (2006) indica que “Las prótesis parciales removibles apoyadas en los tejidos blandos tienen una de las tasas de aceptación más bajas entre los pacientes, en odontología. La mitad de las personas con una prótesis parcial removible mastican mejor sin este aparato”. (p. 12).

²⁴Fernández, D., y Valverde, R. (2007). Diseño de prótesis parcial removible. Reino de España: Ripano.

²⁵Ibídem.

²⁶Misch, C. (2006). Prótesis Dental sobre Implantes. Reino de España: Elsevier.

Leyendo un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo de Mosca y colaboradores²⁷(2005) conoce que:

Los cuales 12 pacientes estudiados presentaron una estomatitis protésica tipo 2 de Newton (hiperémica, lisa y atrófica), aislándose en todos los casos colonias levaduriformes en agar glucosado de Sabouraud. Tras la identificación, se comprobó que en todos los casos se habían aislado las mismas especies de la muestra de mucosa y de la prótesis del mismo paciente. (párr. 9).

Examinando un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo de Lemus y colaboradores²⁸ (2007) referencia que:

Con el 39,5 % corresponden a la estomatitis subprótesis, continuando con la queilitis comisural (26,3 %), el épulis fisurado (15,3 %), la queratosis friccional en el 12,1 %, las alteraciones linguales (7,4 %) y la úlcera traumática, con el 4,7 % de los casos. (párr. 21).

Indagando páginas disponibles del sitio web Scielo en un artículo de Lemus²⁹ (2009) conoce que:

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las patologías bucodentales es muy importante para la comprensión de la etiología de estas enfermedades Las prótesis estomatológicas pueden comportarse como factor traumático local, que de forma mantenida adquiere contacto con la boca obteniendo cambios fisiológicos marcados por los años. Y otros sobreañadidos por padecimientos crónicos de la persona. (Sección de introducción, párr. 3).

Consultando en la revista Facultad de Odontología en una versión digital del artículo de Moreno³⁰ (2012) referencia que:

²⁷Mosca, C., Moragues, M., Brena, S., Rosa, A., y Pontón, J. (2005). Aislamiento de *Candida dubliniensis* en un adolescente con estomatitis protésica. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-44472005000100005&script=sci_arttext

²⁸Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100003&script=sci_arttext

²⁹Ibídem.

³⁰Moreno, J. (2012). Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentadobimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Revista Facultad de Odontología. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/10400/12194>

Las lesiones bucales que se encuentran más a menudo con el uso de prótesis total, así como la identificación de los pacientes y la cercanía a establecer su relación con el estado de la prótesis, en cuanto a porosidades, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes caídos y desgaste dentario. (p. 24).

Investigando en la revista Infomed en una versión digital del artículo de Gonzales y colaboradores³¹ (2010) conoce que:

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Es un deber de los estomatólogos identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de un cáncer. (párr. 3).

Prótesis totales.

Indagando la obra de García³² (2006) transcribe que:

El paciente desdentado total para su rehabilitación requiere de Prótesis Totales o Completas biofuncionales, que deben devolver la estética, la fonética, la función masticatoria perdidas y que además deben ser estables. La estabilidad se logra con una base protésica muy bien sellada, que permitirá la retención y con dientes artificiales que además de devolver una correcta Dimensión Vertical, una Relación Horizontal Fisiológica, una Relación Interdentaria u oclusal perfecta, logren axializar las fuerzas e impidan la aparición de palancas destabilizantes. (p. 17).

Principios biomecánicos de las prótesis.

Retención:

Indagando informaciones en el sitio web Gaceta Dental en un artículo de Castillo³³(2009) sabe que: “La retención es un principio biomecánico que permite la

³¹González, R., Herrera, I., Osorio, M., y Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Infomed. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est09110.htm

³²García, J. (2006). Enfilado dentario, bases para la estética y la estética en prótesis totales: República De Colombia: Amolca.

³³Castillo, R., Sánchez, A., y Sánchez, M. (2009). Principios biomecánicos en el diseño de prótesis completas [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/03/principios-biomecnicos-en-el-diseo-de-prtesis-completas-31370/>

adhesión entre la prótesis, y los tejidos dentales evitando que se opongan a las fuerzas de tracción”. (párr. 5).

Analizando la obra de Carr y colaboradores³⁴(2006) cita que “es la característica inherente de las dentaduras para resistir las fuerzas verticales de desalojamiento”. (p. 8).

Leyendo la obra de Carr y colaboradores³⁵ (2006) transcribe que: “es la cualidad de una prótesis de mantenerse firme, estable, y resistir los desplazamientos por las fuerzas funcionales horizontales y de rotación” (p. 8).

Indagando la obra Carr y colaboradores³⁶ (2006) referencian que “Se define como la base sobre la cual descansa la dentadura y sirve de apoyo y sostén”. (p. 8).

Considerando la obra de Davenport³⁷ y colaboradores transcriben que “El soporte puede definirse como la resistencia a las fuerzas verticales dirigidas contra la mucosa”. (p.5).

Dimensión vertical.

Estudiando la obra de Nocchi³⁸ (2008) conoce que “Cabe haber la observación de la importancia de la dimensión vertical de oclusión (DVO) y de la dimensión

³⁴Carr, A., McGivney, G., y Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Reino de España: Elsevier.

³⁵Ibídem.

³⁶Ibídem.

³⁷Davenport, J., Basker, R., Heath, J., y Ralph, J. (1992). Atlas en color de prótesis parcial removible. Reino de España: Labor.

³⁸Nocchi, C. (2008). Odontología Restauradora Salud y Estética. Santa Catarina, República Federativa del Brasil: Medica Panamericana.

vertical de reposo (DVR), que difícilmente pueden ser modificadas por la odontología restauradora". (p.49).

Analizando la obra de Nocchi³⁹ (2008) cita que:

Dimensión vertical de reposo es la posición postural de la mandíbula cuando los músculos elevadores presentan apenas un grado de contracción o tono para impedir la acción de gravedad, lo que quiere decir que estos están en actividad mínima.

La dimensión vertical de la oclusión ocurre cuando hay contacto entre los dientes. Partiendo de la DVR, generalmente la diferencia media entre esas posiciones es en torno a 3mm, con variación de persona a persona.

La dimensión vertical de oclusión puede sufrir variaciones a lo largo de la vida por ser dependiente de los dientes. Sin embargo, es necesario un extremo cuidado antes de pensar en modificarla por medio de prótesis, puesto que las posibles alteraciones son acompañadas por la adaptación de los componentes del sistema estomagnático (pp. 49 y 50).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Dr. Sergio Hiskin⁴⁰(2010)

referencia que:

Comprobando que los fracasos de las prótesis, por aparición de caries, desajustes de placa acrílica, hongos en placas, rebasados etc. dieron como resultado el abandono. Del 50% de estas prótesis convencionales en 10 años. Y el 25% de abandono y reemplazo por otra prótesis nueva a 5 años. (párr. 7).

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de Oralclínik⁴¹(2010) referencia

que:

El tiempo de vida de una prótesis total debe ser de 4 a 5 años, transcurrido este tiempo, las prótesis comienzan a tener los siguientes problemas: 1. Ya no se sostienen igual!: después de la pérdida de un diente, el hueso tiende a perderse o secarse, esta reabsorción del hueso produce que después de 4 o 5 años de usar las prótesis, estas ya no se sostengan, así que su prótesis necesita un ajuste o un cambio para que se adapten nuevamente a la encía y al hueso que hay en la

³⁹Nocchi, C. (2008). Odontología Restauradora Salud y Estética. Santa Catarina, República Federativa del Brasil: Medica Panamericana.

⁴⁰Hiskin, S. (2010). Prótesis dentales, flexibles, confeccionadas en nylon, blandas, de perfecta adaptación por ser material inyectado, sin ningún aditamento metálico. [En línea]. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.sergiohiskin.com.ar/ac02.htm>

⁴¹Oralclínik. (2010). Prótesis total: qué hacer cuando no se mantiene en boca. [en línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: <http://www.actiweb.es/oralclínik/archivo1.pdf>

boca. 2. Se parten fácilmente: al pasar del tiempo, los materiales ya no tienen la misma resistencia, por lo tanto, se vuelven frágiles y se pueden fracturar con mucha facilidad. Además, la vejez de estos materiales pueden presentar un color o un olor desagradable. 3. Los dientes ya no tienen forma!: los dientes de acrílico no solo cumplen la función de reemplazar los dientes desde el punto de vista estético, también deben ser lo suficientemente resistentes para poder comer con ellos, cuando ha pasado un tiempo de 4 a 5 años, los dientes de acrílico van perdiendo su forma y no funcionan o se ven como deben.(párr. 2).

Examinando un estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo de Díaz y colaboradores⁴² (2007) referencia que: “Se encontró el 69,57 % de aparatos desajustados, el 85 % en el grupo de 11 a 20 años y el 100 % en el intervalo de 21 años o más de uso de la prótesis”.(sección resultado. párr. 6).

Higiene dental y protésica.

Consultando informaciones disponibles en el sitio web de la Universidad Santo Tomas de Colombia en la revista Ustasalud Odontología en su versión digital del artículo de Cocha⁴³(2005) conoce que:

Los índices de higiene oral reportados en la literatura han hecho énfasis en evaluar el higiene dental en pacientes que preservan su dentición; algunos se han orientado a evaluar la higiene oral en pacientes usuarios de prótesis dentales, sin embargo, es poco lo que se conoce con respecto a estos últimos y más aún, poco se ha hecho para implantarlos en la práctica dental, lo que ha desencadenado en los pacientes, la percepción de que la higiene oral de las prótesis dentales no es importante, desconociendo las repercusiones de la mala higiene oral de las prótesis dentales, sobre los tejidos blandos adyacentes. (p. 30).

⁴²Díaz, y., Martell, I., y Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002

⁴³Cocha, S. (2005). Importancia de los índices que evalúan la higiene oral de prótesis Dentales removibles en la implementación de programas promocionales y Preventivos y criterios básicos para evaluar su reproducibilidad. revista Ustasalud Odontología. [En línea]. Consultado: [02, diciembre, 2014]. En: http://www.researchgate.net/profile/Humberto_Ferreira_Arquez/publication/261553095_Cambios_pulpares_vasculares_y_estructurales_inducidos_por_fuerzas_ortodonticas._Una_revision/links/00b7d53a789765ed3b000000.pdf

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de la Universidad Santo Tomas de Colombia en la revista Ustasalud Odontología en su versión digital del artículo de Cocha⁴⁴(2005) transcribe que: “Una idea de Petrovski y colaboradores, proponen en su investigación leída la evaluación de la acumulación de placa en las superficies protésicas, considerando las siguientes categorías: ninguna, poca, medianamente cubierta, cubierta y totalmente cubierta”. (p. 33).

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de Curso higienista dental en un artículo de Rodrigues⁴⁵(2015) referencia que:

Para la inserción y des-inserción de la prótesis parcial removible tanto de acrílico como de cromo-cobalto, el paciente deberá tomarla con ambas manos, llevarla al lugar que le corresponde y colocarla en su posición final. Jamás y en ningún caso, mordiendo con los dientes antagonistas para así evitar deformaciones. Al estar bien pulidas en su porción externa, áspero por su parte interna. La higiene de ambos tipos de prótesis debe ser óptima; por lo tanto, es recomendable limpiar la prótesis después de cada comida o al menos enjuagarla al chorro de agua y limpiarla adecuadamente por la noche empleando para ello cepillos duros con abrasivos, detergente o dentífrico; es recomendable la utilización de agentes limpiadores (se cuenta con varios tipos de agentes químicos para tal propósito, entre otros: peróxidos, enzimas, hipocloritos y desinfectantes), por lo menos 2 ó 3 veces por semana. A diferencia de la prótesis parcial removible metálica, la de acrílico es un material poroso que al no pulirse por su parte interna y estar en contacto con el medio bucal. (45).

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Universidad Santo Tomas de Colombia en la revista Ustasalud Odontología en su versión digital del

⁴⁴Cocha, S. (2005). Importancia de los índices que evalúan la higiene oral de prótesis Dentales removibles en la implementación de programas promocionales y Preventivos y criterios básicos para evaluar su reproducibilidad. revista Ustasalud Odontología. [En línea]. Consultado: [02, diciembre, 2014]. En: http://www.researchgate.net/profile/Humberto_Ferreira_Arquez/publication/261553095_Cambios_pulpares_vasculares_y_estructurales_inducidos_por_fuerzas_ortodonticas._Una_revisión/links/00b7d53a789765ed3b000000.pdf

⁴⁵Rodrigues, D. (2015). Consideraciones prácticas para la escogencia entre una dentadura parcial removible de acrílico o una de metal. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.cursohigienistadental.com/articulo_drodrigues.pdf

artículo de Cocha⁴⁶(2005) indica que: “Siguiendo el criterio establecido por Vigild, definiendo que existía una buena higiene oral si en la prótesis no se observaba ningún depósito de placa, aceptable si existía algún depósito y deficiente si el cúmulo era elevado”. (p. 33).

Instrucciones para el paciente.

Motivación higiénica.

Indagando la obra de Bortolotti⁴⁷ (2008) referencia que “Sería ideal darles, en la cita de entrega, o mejor incluso antes de comenzar el tratamiento, un manual de instrucciones con toda la información necesaria para la gestión y mantenimiento de los productos protésicos”. (p. 146).

Continuando la lectura de la obra⁴⁸ de Bortolotti (2008) cita que:

En el acto de entrega, el profesional o la higienista debe entonces suministrarle al paciente las instrucciones precisas sobre los medios y modos de limpieza. La placa bacteriana, de hecho, se deposita tanto sobre los tejidos bucales como sobre las superficies protésicas, y su remoción con cepillos apropiados es obligatoria a los fines de evitar infecciones. (p. 146).

Continuando la lectura de la obra⁴⁹ de Bortolotti (2008) expone que: “Durante la semana, la prótesis se debe sumergir en agua con compresas a base de oxígeno, por aproximadamente 20 minutos: esta operación sirve para impedir la colonización de bacterias anaerobias”. (p. 146).

⁴⁶Coche, S. (2005). Importancia de los índices que evalúan la higiene oral de prótesis Dentales removibles en la implementación de programas promocionales y Preventivos y criterios básicos para evaluar su reproducibilidad. Revista Ustasalud Odontología. Ustasalud Odontología [En línea]. Consultado: [02, diciembre, 2014]. En: [vustabmanga51279620120524141430.pdf](#)

⁴⁷Bortolotti, L., (2008). Prótesis removibles clásicas e innovaciones. República de Colombia: Amolca.

⁴⁸Ibíd.

⁴⁹Ibíd.

Limpiadores de Prótesis.

Indagando la obra de Rahn y colaboradores⁵⁰ (2011) cita que:

La limpieza adecuada de las prótesis es esencial para la conservación del color de la base y la salud general del paciente. Si las prótesis y la mucosa no tienen mantenimiento, es posible que haya irritación de los tejidos, infecciones micóticas, hiperplasia papilar inflamatoria y halitosis. Los pacientes suelen limpiar solo la parte externa y visible de la prótesis y descuidan el lado tisular o no limpian los tejidos sobre los que se apoya la prótesis. (p. 20).

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁵¹ (2011) indica que:

Las bases protésicas retienen placa y acumulan residuos que deben ser eliminados periódicamente. Es común que se pase por alto la limpieza del lado de la prótesis que se apoya sobre los tejidos. Aunque haya una lista interminable de productos comerciales, el paciente puede obtener excelentes resultados si usa cepillo común de cerdas blandas y un jabón suave. Esta manera de limpiar causa menos abrasión y cambios de color de la base protésica y deja una superficie mucho más limpia. Otra técnica de limpieza excelente es la que utiliza un limpiador de ultra sonido hecho específicamente para la limpieza casera de bases protésicas. El uso del limpiador ultrasónico junto con cualquiera de los siguientes materiales da excelentes resultados. Los limpiadores de prótesis se dividen en dos grandes grupos: abrasivos y soluciones. (p. 20).

Limpiadores abrasivos.

Comparando la obra de Rahn y colaboradores⁵² (2011) conoce que:

Los abrasivos de las pastas dentales tradicionales (especialmente de las formulaciones "blanqueadoras") son excesivas para los polímeros relativamente blandos de las bases protésicas. Por ello, hay formulaciones específicas de limpiadores a base de pasta, comercializados específicamente para la limpieza de estas prótesis. Asimismo se recomienda el uso de cepillos blandos ya que ayudan a reducir la posibilidad de abrasionar el polímero relativamente blando de la prótesis. (p. 20).

Limpiadores líquidos: hipocloritos, sustancias oxigenantes, ácidos suaves.

⁵⁰Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁵¹Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁵²Ibíd.

Considerando la obra de Rahn y colaboradores⁵³ (2011) conoce que “**Hipocloritos** El hipoclorito de sodio es una sustancia antibacteriana conocida, y en concentraciones bajas se puede usar para eliminar proteínas adhesivas y microorganismos de la base de la prótesis.” (p. 20).

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁵⁴ (2011) cita que:

“**Sustancias oxigenantes** Las soluciones oxigenantes (como peróxidos, perboratos y percarbonatos) se hacen disolviendo tabletas o polvos que contienen estos compuestos en agua, dentro de la cual se sumergen las prótesis durante cierto periodo. El burbujeo que origina la disolución de la tableta crea una pequeña agitación que ayudan a eliminar residuos de la base de la prótesis. Sin embargo, el “poder limpiador” de estas sustancias puede ser superficial y la base de la prótesis solo se “limpia” mediante una acción mecánica de una pasta y un cepillo o un limpiador ultrasónico”.(p.21).

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁵⁵ (2011) transcribe que:

Ácidos suaves El mecanismo de “limpieza” de ciertos productos se basa sobre la creación de soluciones acidas suaves: ácido clorhídrico o fosfórico. Estas sustancias disuelven depósitos de cálculos pero pueden atacar a metales usados en los armazones de las prótesis parciales y, por lo tanto, no se aconseja su uso habitual. (p. 21).

2.2. Lesiones bucales.

Examinando informaciones disponibles en la revista de la Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Odontología en su versión digital de Gonzales y colaboradores⁵⁶ (2011) cita que:

Fisiológicamente, los tejidos humanos, incluyendo la mucosa oral, tienen un proceso de envejecimiento natural. Los cambios en los tejidos orales pueden ser considerados cambios fisiológicos asociados a un proceso dinámico de

⁵³Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁵⁴Ibíd.

⁵⁵Ibíd.

⁵⁶González, L., Escobar, G., Turizoa, A., Vélez, M., Y Cardona, D. (2014). Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Revista de la Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Odontología. [En línea]. Consultado en: [05, agosto, 2014]. En: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296/307#>

modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas, que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo la vida. (p. 29).

Analizando la obra de Wood y Goaz⁵⁷ (1998) indica que: “El diagnóstico de las lesiones orales consiste básicamente en un ejercicio de anatomopatología clínica que, a su vez, es un estudio de los cambios. Estos cambios se deben, por lo general, a agentes patogénicos o productores de enfermedad”. (p. 14).

Lesiones por prótesis dentarias.

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo en un artículo de Ley⁵⁸ (2010) referencia que: “La prótesis estomatológica es aquella que mediante aparatos artificiales colocados en la boca, restituyen funciones principales para el paciente. El cubrimiento de la mucosa bucal permite para el tejido una agresión mecánica no fisiológica”. (párr. 3).

Indagando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo en un artículo de Gutiérrez⁵⁹ (2013) transcribe que:

La pérdida de dientes es el resultado principal de la caries y la enfermedad periodontal pero también de la actitud del paciente y el dentista, la viabilidad y accesibilidad a la atención odontológica y la prevalencia de estándares de cuidado. Estas enfermedades provocan que el estado dental que más prevalece en los ancianos sea el desdentamiento total o parcial que provoca un grado variable de invalidez o incapacidad oral, solo mejorable con una óptima rehabilitación protésica. (Sección de introducción, párr. 1).

⁵⁷Wood, N., y Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.

⁵⁸Ley, L. (2010). Comportamiento de la estomatitis subprótesis. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

⁵⁹Gutiérrez, M. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

Leucoplasia.

Estudiando la obra de Roisinblit⁶⁰ (2010) cita que “Definida según la OMS como una placa blanca que se presenta en los tejidos blandos, y con la características que no se puede realizar raspado”. (p. 177).

Indagando la obra de Robbins y colaboradores⁶¹(2013) transcribe que:

Las placas blanquecinas que se relacionan con una irritación evidente o que se asocian a una entidad conocida, como el liquen plano o la candidiasis, no se consideran leucoplasias. Aproximadamente el 3% de la población mundial presentan leucoplasias de las que el 5-25” son premalignas y pueden evolucionar a un carcinoma epidermoide. *Por tanto, salvo que se demuestre lo contrario mediante el estudio histológico, todas las leucoplasias deben ser consideradas lesiones premalignas.* (p. 553).

Investigando informaciones disponibles en la página web Scielo en un artículo de Martínez y colaboradores⁶² (2008) transcribe que:

Características clínicas.

Las leucoplasias pueden aparecer como una lesión única, localizada, como lesiones difusas, ocupando extensas áreas de la mucosa oral, o incluso como lesiones múltiples. De igual forma, el aspecto clínico de las leucoplasias es muy heterogéneo, pudiendo variar desde áreas maculares, lisas y ligeramente blanquecinas y translúcidas, a placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes y con superficie rugosa y fisurada. Generalmente son asintomáticas, pudiendo en algunos casos presentar una ligera sensación de ardor. (p. 37).

Leyendo la obra de Ceccoti y Sforza⁶³(2007) cita que:

Las formas clínicas de la Leucoplasia:

1. Homogénea.
2. No homogénea.
 - a) Erosiva.

⁶⁰Roisinblit, R. (2010). Odontología para las Personas Mayores. República de Argentina: Ebook.

⁶¹Robbins, S., Cotran, R. y Kumar, V. (2013). Robbins patología humana. Madrid, Reino de España: Elsevier.

⁶²Martínez, A., Gallardo, I., Cobos, M., Caballero, J., y Fernández, B. (2008). La Leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, Agosto, 2014].

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>

⁶³Ceccoti, E., y Sforza, R. (2007). Diagnostico En La Clínica Estomatologica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

- b) Nódular.
- c) Verrugosa.
- d) Verrugosa proliferativa.

Leucoplasia homogénea. Se caracteriza por presentarse con el aspecto de parqueteado blanco separados por líneas de mucosa san. Puede verse como una mancha o una placa, pero sin pérdida de epitelio. Es totalmente asintomático.

Leucoplasia erosiva o manchada. Junto con los parches blancos pueden verse aéreas erosivas rojas. Pueden presentar síntomas de ardor. Es importante pensar en la presencia de candidiasis.

Leucoplasia nodular. Se presenta con múltiples nódulos blancos en coexistencia con áreas rojas.

Leucoplasia verrugosa. De aspecto exofítico, bien blanca, habitualmente única.

Leucoplasia verrugosa proliferativa. Rara forma de Leucoplasia multifocal, que se manifiesta en adultos de ambos sexo. Presenta un alto riesgo de recurrencia y malignización. Progres desde una hiperqueratosis hacia la displasia y el carcinoma.

Reconocida clínicamente por su aspecto verrugoso exofítico y su capacidad de extenderse hacia los márgenes. (p. 293 y 294).

Fibroma.

Indagando la obra de Robbins y colaboradores⁶⁴(2013) indican que:

Los *fibromas* son masas tisulares fibrosas nodulares submucosas que se forman cuando una irritación crónica ocasiona una hiperplasia reactiva del tejido conjuntivo. Se localizan, sobre todo, en la mucosa oral a lo largo de la línea de mordida y son consideradas reacciones frente a una irritación crónica. (pp. 552 y 553).

Observando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo en un artículo de

Pérez y Bascones⁶⁵ (2010) exponen que:

Los fibromas crecen depende de la cantidad y disposición de las fibras de colágeno, así como de la participación de sustancias básicas líquidas. Es una neoformación nodular, con diámetro medio de 1cm. (p. 14).

⁶⁴Robbins, S., Cotran, R. y Kumar, V. (2013). Robbins patología humana. Madrid, Reino de España: Elsevier.

⁶⁵Pérez, L., y Bascones, A. (2010). Tumores benignos de la mucosa oral. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n1/original1.pdf>

Estomatitis subprótesis.

Razonando informaciones disponibles en el sitio web de Scielo en un artículo de Sánchez y colaboradores⁶⁶ (2013) establece que:

La estomatitis subprotésica (ES) es una lesión de la mucosa que se diagnostica entre las afecciones bucales. Habitualmente se localiza en el paladar duro de los pacientes que utilizan prótesis dentales mucosoportadas, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa bucal relacionado con una prótesis removible. Los 2 parámetros fundamentales de esta enfermedad son la inflamación de la mucosa y el uso de la prótesis dental. (párr. 3).

Examinando informaciones disponibles en la revista Medisur en su versión digital de Local y colaboradores⁶⁷ (2009) exponen que:

Es definida también como una de las alteraciones más frecuentes de la mucosa del paladar duro, en pacientes portadores de prótesis dentales mucosoportadas. Se caracteriza por una proliferación fibro epitelial, provocada por la base acrílica o metálica desajustada, asociada generalmente a una deficiente higiene bucal y hábitos personales de uso de las prótesis.

De acuerdo con la gravedad, esta entidad fue clasificada por Moreira y Bernal en:

Grado I: Puntos hiperémicos: Lesión inflamatoria de aspecto rojo brillante, generalmente asintomática, donde pueden aparecer puntos hiperémicos. La mucosa puede presentarse fina, lisa y brillante. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: Eritema difuso: Área eritematosa bien definida, que dibuja el contorno de la prótesis; puede estar constituida por un fondo finamente granuloso y, a veces, aparece cubierta por un exudado blanco grisáceo.

Grado III: Inflamación granular: Lesión más definida, compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares que se elevan superficialmente, semejando formas papilares.

En la etiología de esta enfermedad se encuentran: traumatismos ocasionados por prótesis desajustadas, higiene bucal deficiente, hábito de dormir con la prótesis puesta, ingestión de alimentos muy calientes, edad del paciente, tipo de base protésica, tiempo de uso de la aparatología, estrés, presencia de oclusión inestable, presencia de cámaras de succión en la base de la prótesis, falta de comunicación del profesional con el paciente y factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas y cardiovasculares. (p. 24).

⁶⁶Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., y Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. Revista Scielo.[En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

⁶⁷Local, A., Gonzales, Y., Sexto, N., y Vázquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista Medisur. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672>

Hiperplasia papilar inflamatoria del paladar.

Considerando la obra de Rahn y colaboradores⁶⁸ (2011) conocen que

La hiperplasia papilar inflamatoria del paladar es una lesión que afecta la mucosa palatina que se cree producida por prótesis mal adaptadas, mala higiene bucal e infecciones micóticas y la inflamación correspondiente. Se proyecta como proyecciones nodulares múltiples en la mucosa palatina. Las lesiones pueden ser eritematosas o pueden tener color normal de la mucosa palatina. El tratamiento inicial consiste en ajuste de la prótesis, acondicionador de tejido e higiene bucal adecuada. (pp.81 y 82).

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁶⁹ (2011) transcriben que:

En cualquiera de las opciones terapéuticas descritas, se remueven las capas inflamadas superficiales de la mucosa dejando intacto el periostio palatino para q cicatrice por segunda intención. Estas técnicas incluyen la eliminación de la mucosa inflamada con ansas de electrocirugía, la ablación de las capas superficiales con láser, la disección aguda, el uso de fresas de grano grueso o cepillos de dermoabrasión para desgastar esta capa y crioterapia. (p. 82).

La candidiasis.

Considerando la obra de Fitzpatrick⁷⁰ (2009) cita que:

La candidiasis atrófica crónica es una forma común de candidiasis oral que se observa en el 24 al 60% de todos los pacientes que utilizan prótesis. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres. Entre los hallazgos en el examen físico están el eritema y el edema crónico de la mucosa del paladar que entra en contacto con la prótesis y la queilitis angular. Probablemente, las lesiones crónicas de poca envergadura y la oclusión que produce la prótesis predisponen a la colonización candidiasica y a la consecuente infección. (p. 1823).

Analizando la obra de Robbins y colaboradores⁷¹(2013) citan que:

⁶⁸Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁶⁹Ibídem.

⁷⁰Fitzpatrick, T. (2009). Dermatología en Medicina General. República de Argentina: Panamericana.

⁷¹Robbins, S., Cotran, R. y Kumar, V. (1998). Robbins patología estructural y funcional. Madrid, Reino de España: McGraw-Hill.

Este hongo es un habitante normal de la cavidad bucal y ocasiona daños solamente en individuos diabéticos, neutropénicos, inmunocompetentes, así como en los que padecen un síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), xerostomía o cualquier otro estado debilitante, o cuando la flora normal de la cavidad bucal está alterada por un tratamiento antibiótico. (p. 817).

Investigando la obra de Indagando la obra de Robbins y colaboradores⁷²(2013) conocen que:

Las tres formas clínicas fundamentales de candidiasis oral son pseudomembranosas, eritematosa e hiperplásica. La primera de ellas es la más frecuente y se suele dominar *muguet*. Que se puede desprender mediante raspado con facilidad para permitir la visualización de una base eritematosa subyacente. (p.552).

Observando informaciones disponibles en la revista Archivo Médico de Camagüey en su versión digital un artículo de González y colaboradores⁷³ (2008) saben que:

La candidiasis o moniliasis es una de las infecciones micóticas que con más frecuencia afecta la cavidad bucal de los humanos, en pacientes con SIDA constituye un indicador precoz de la enfermedad, marcador de severidad y pronóstico de la misma.

Cuando la candidiasis se asocia con la prótesis removible puede inducir a la formación de estomatitis subprótesis, esencialmente en aparatos desajustados y con muchos años de uso.

La alta incidencia de la estomatitis subprótesis en los pacientes rehabilitados protésicamente invita a la búsqueda investigativa en el accionar local para determinar la relación de la estomatitis subprótesis y la moniliasis en pacientes portadores de prótesis removibles. (p. 3).

Épulis fisurado.

Consultando la obra de Santana⁷⁴ (2010) conocen que:

⁷²Robbins, S., Cotran, R. y Kumar, V. (1998). Robbins patología estructural y funcional. Madrid, Reino de España: McGraw-Hill.

⁷³González, I., Díaz, S., Puig, E., y Espeso, N. (2008). La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis. Revista Archivo Médico de Camagüey [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n6/amc03608.pdf>

⁷⁴Santana, J. C. (2010). Atlas de Patología del Complejo bucal. La Habana, República de Cuba: Ciencias médicas.

Se origina por la irritación durante mucho tiempo, desde el borde de una prótesis desajustada provocando reabsorción del hueso alveolar, se considera que es un tumor por traumatología de la prótesis se caracteriza por una lámina de mucosa es de color rojo, cuando su tiempo de evolución es largo la mucosa se torna pálida y ulcerada. (p. 149).

Indagando la obra de Rahn y colaboradores⁷⁵ (2011) citan que:

La hiperplasia fibrosa inflamatoria es un agrandamiento hiperplásico generalizado de la mucosa y el tejido fibroso del reborde alveolar y la zona alveolar y la zona vestibular. La etiología tiene que ver directamente con el traumatismo crónico de la zona afectada producida por prótesis mal adaptadas.

Queilitis angular.

Investigando la obra de Sapp⁷⁶ (2005) transcribe que:

La queilitis angular es una inflamación bilateral crónica de las comisuras de la boca, caracterizada por atrofia y fisura lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente a menudo están asociadas con lesiones intraorales pseudomembranosas agudas o lesiones atróficas en otras partes de la boca. La queilitis angular es frecuente en pacientes con disminución de la dimensión vertical debido a pérdida de dientes, desgaste de los dientes o uso muy prolongado de una misma prótesis dental. A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias que complican el tratamiento. (p. 367).

Investigando la obra Echeverría y Pumarola⁷⁷(2002) sabe que: “Es la entidad más común que afecta los labios y con frecuencia nunca se identifica la etiología específica, denominándose simplemente queilitis aguda o crónica según el tiempo de evolución de la afección”. (p. 95).

Examinando la obra de Bordoni y colaboradores⁷⁸(2010) indican que:

Las queilitis son procesos inflamatorios inespecíficos, localizados en los labios. Se clasifican en glandulares y no glandulares. Las queilitis no glandulares

⁷⁵Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁷⁶Sapp, P. (2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Reino de España: Elsevier.

⁷⁷Echeverría, J., y Pumarola, J. (2002).Manual de Odontología. Barcelona, Reino de España: Masson.

⁷⁸Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010).Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. República de Argentina: Panamericana Medica.

agudas son frecuentes de observar en el niño. Las provocan agentes fundamentalmente externo contactes (alimentos, bebidas, dentríficos), agentes físicos (luz solar intensa, frio, radiación), medicaciones, etc. (p. 618 y 619).

Queratosis friccional.

Analizando la obra de Bascones⁷⁹ (2009) exponen que:

Cuando cualquier zona de la mucosa sufre una acción traumática de modo crónico, se produce una lesión hiperqueratósica de color blanco, semejante a las callosidades que se producen en la piel. La reacción de los tejidos supones una reacción protectora frente a una irritación de poca intensidad mantenida durante largos periodos de tiempo. Estas lesiones aparecen en las zonas de la mucosa que reciben traumatismos como labios, zona de la mucosa yugal en contacto con las superficies oclusales y las crestas alveolares desdentadas durante la masticación, así como también por ejemplo en la mucosa yugal si existe un borde cortante de algún diente. (p. 149).

Consideraciones acerca de los tejidos blandos.

Mucosa que soporta fuerza.

Indagando la obra de Rahn y colaboradores⁸⁰ (2011) transcriben que:

Las lesiones traumáticas de la mucosa palatina que soporta las fuerzas, y de la crestas y las vertientes de los rebordes residuales, suelen ser el resultado de las imperfecciones que quedan en la superficie del lado interno de la base protésica. Las zonas de presión en el lado interno de la prótesis se forman a causas de imperfecciones generadas durante la toma de impresiones o porque se ha dañado el modelo maestro. Las desarmonías oclusales en las posiciones mandibulares céntrica y excéntrica también producen lesiones traumáticas en estas zonas. (p. 253).

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁸¹ (2011) indican que “Suelen producirse durante la instalación y el retiro de la prótesis o por la fricción excesiva cuando la prótesis se mueva cuando funciona”. (p. 253).

⁷⁹ Bascones, A. (2009). Medicina Bucal. Madrid, Reino de España: Ariel.

⁸⁰ Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁸¹ Ibídem.

Mucosa del asiento basal.

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁸² (2011) referencian que:

Dos problemas vinculados con la mucosa del asiento basal son la hipertrofia y la inflamación. Las reacciones inflamatorias de la mucosa que cubre el asiento basal suelen producirse por que el paciente no se quita la prótesis para dejar descansar los tejidos. La presión constante de la prótesis retarda la irrigación normal que oxigena los tejidos y retira los productos de desechos. Ésta es una inflamación generalizada que no se suele restringir a una zona sino que cubre toda la mucosa. (p.254).

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁸³ (2011) transcriben que “La presión constante de las bases protésicas, porque los dientes están siempre en contacto, produce hiperemia en la mucosa. Los músculos de la masticación también pueden doler porque no alcanzan una posición relajada y están estirados siempre en demasía”. (p. 254).

Submucosa de transición.

Continuando la lectura de la obra de Rahn y colaboradores⁸⁴ (2011) conocen que:

La hipertrofia también ocurre en las zonas de submucosa de transición, como en la extensión de los bordes. Las lesiones que aparecen en las zonas de la extensión de los bordes suele ser fisuras del tipo de las laceraciones. La longitud y la profundidad de las fisuras varían, son dolorosas y suelen ulcerarse. Estas lesiones están generadas principalmente por la sobreextensión de los bordes, pero también por bordes ásperos. (p. 254).

2.3. Unidad de observación y análisis.

Pacientes portadores de prótesis removibles examinados en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

⁸²Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

⁸³Ibídem.

⁸⁴Ibídem.

2.4. Variables.

2.4.1. Variables Dependientes:

Lesiones bucales.

2.4.2. Variables Independientes:

Estado de la prótesis.

2.5. Matriz de operacionalización de las variables.

Véase operacionalización. Ver Anexo 1. (Cuadro n° 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad.

Campo: se realizó a los pacientes que acudieron a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el período marzo- junio del año 2015.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptivo de corte transversal.

3.3. Método.

La investigación se realizó aplicando los instrumentos de recolección de información, a los pacientes que acudieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Para identificar las lesiones se realizó una matriz de observación de lesiones y estado de la prótesis que se aplicó mediante la observación directa de la cavidad oral de cada uno de los pacientes, se evaluó la biomecánica de la prótesis midiendo los parámetros de estabilidad, retención y soporte, según criterio establecido por Lemus, se verificó el tiempo que lleve el paciente usando la prótesis , además se midió la higiene de la prótesis según el criterio establecido por Vigild, determinando buena higiene oral, aceptable higiene oral y deficiente higiene oral, asimismo se apreció el tipo de la prótesis según el criterio establecido por Molin y Gunne donde constan Prótesis dentosoportada, Prótesis dentomucosoportada y Prótesis mucosoportada.

Para evaluar las lesiones bucales se hizo un examen clínico donde se valoró la ausencia o presencia de algunas de estas lesiones como leucoplasia, fibroma, estomatitis subprótesis, candidiasis, épulis fisurado, queilitis angular, queratosis friccional.

3.4. Técnicas.

Observación: observación de la cavidad oral de los pacientes para identificar las lesiones bucales además distinguir el estado de la prótesis mediante la biomecánica de la prótesis, el tipo, higiene y el tiempo de uso de la prótesis.

3.5. Instrumentos.

Registro de observación: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis. Ver Anexos 4. (Cuadro n° 4).

3.6. Recursos.

3.6.1. Recursos humanos.

Investigador.

Directora de tesis.

3.6.2. Recursos materiales.

Instrumentos de exploración odontológica.

Explorador.

Espejo bucal.

Guantes.

Mascarilla.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de oficina.

Suministros de impresión.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

Cámara digital.

Computadora.

Flash memory.

Impresora.

Internet.

Scanner.

Software.

3.7. Población y muestra.

Para esta investigación, se trabajó con 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados que acudieron de manera aleatoria a las clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y que constituyen el universo de la población.

3.8. Recolección de la información.

Para la recolección de la información de campo se utilizó una matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis.

3.9. Procesamiento de la información.

Los datos recogidos en la planilla de recolección de datos serán procesados con el software de cálculo Microsoft Excel del paquete informático Microsoft office 2013.

Los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos estadísticos.

3.10. Ética

Se realizó la investigación previo consentimiento informado, se obtuvo de forma oral y escrito en el cual el paciente firmo dando su autorización para poder realizar el estudio. Se les ofrecerá información precisa y confidencial sobre los objetivos del mismo, aquel paciente que no esté de acuerdo con dicha investigación no formara parte del estudio. Ver Anexos 5. (Cuadro n° 5).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de la matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis.

Cuadro y gráfico 1.
Sexo.

Sexo.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino.	37	32%
Femenino.	77	68%
Total.	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis. Anexo n° 4.
Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 37.

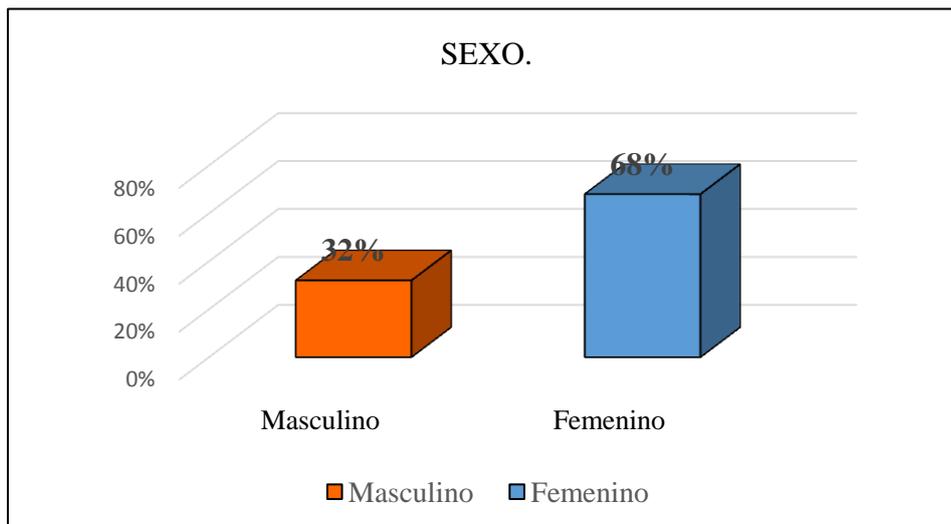


Gráfico N°. 1. Datos obtenidos del cuadro 1. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 37.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 1, indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, 77 que representa el 68% son mujeres y 37 que representa el 32% son hombres. Lo que muestra en la población estudiada que hay mayor predominio del sexo femenino.

Situación que se asemeja con el estudio realizado en la página web de Scielo en un artículo de Lemus y colaboradores⁸⁵ (2007) en la que cita que: “La variable demográfica sexo, observándose un predominio del femenino (66,1 %) sobre el masculino (33,9 %). (párr. 19).

⁸⁵Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Scielo.[En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100003&script=sci_arttext

Cuadro y gráfico 2
Edad.

Edad.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
30-39	11	10%
40-49	30	26%
50-59	43	38%
60-69	22	19%
70-79	7	6%
80 y mas	1	1%
Total.	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 39.

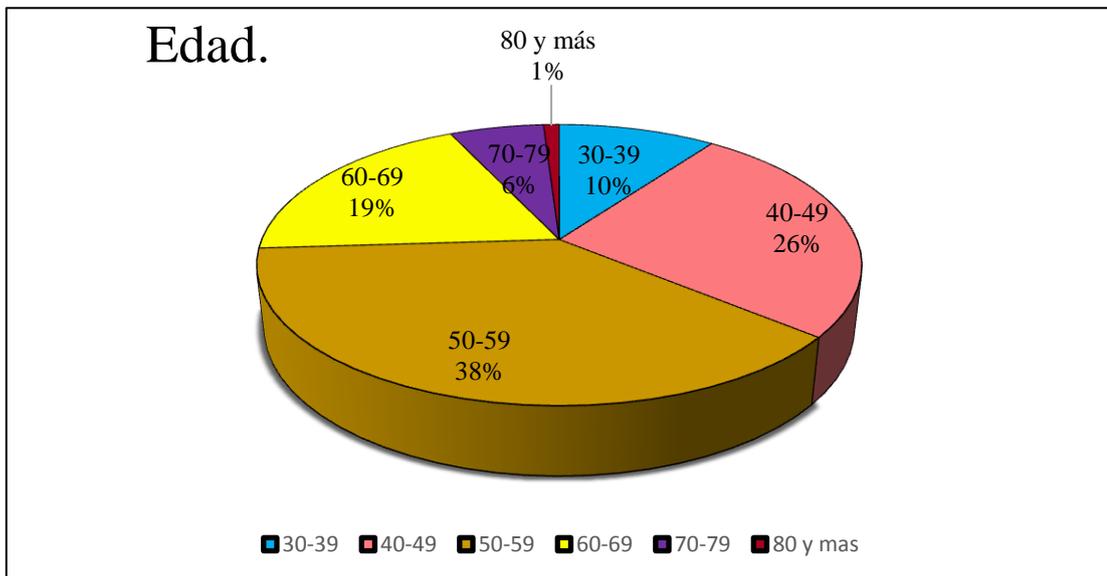


Gráfico N°. 2. Datos obtenidos del cuadro 2. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 39.

Análisis e interpretación.

Cuadro y gráfico nº 2, indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados 11 casos que representan el 10% corresponde a edades de 30-39 años, 30 casos que representa el 26% corresponde a edades de 40-49 años, 43 casos que representa el 38% corresponde a edades de 50-59 años, 22 casos que representa el 19% corresponde a edades de 60-69 años, 7 casos que representa el 6% corresponde a edades de 70-79 años, 1 caso que representa el 1% corresponde a edades de 80 años y más.

Lo que demuestra que desde 50 a 59 años son las edades más frecuentes en el uso de las prótesis dentales lo que se asemeja en la obra de Carr y colaboradores (2006) que cita:

Un estudio reciente estima que el 21,4% de individuos de edades comprendidas entre los 15 y 74 años empleaban prótesis. En el grupo de 55 a 64 años el 22,2% eran portadores de una prótesis parcial removibles. Entre todos, este último grupo de edad era el que mostraba el empleo más alto de prótesis parcial removible. Se cree que el uso de prótesis parcial removible entre los individuos de 55 años o más es incluso mayor.⁸⁶ (p.6).

⁸⁶ Carr, A., McGivney, G., y Brown, D. (2006). Prótesis parcial removible. Reino de España: Elsevier.

**Cuadro y gráfico 3.
Lesiones bucales.**

Lesiones bucales.		
Opciones.	Frecuencia	Porcentaje
estomatitis subprotesis	49	42%
épuilis fisurado	1	1%
queilitis	11	10%
Leucoplasia	0	0%
candidiasis	3	3%
fibroma	3	3%
queratosis friccional	2	2%
exostosis	0	0%
Ausencia	45	39%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 41.

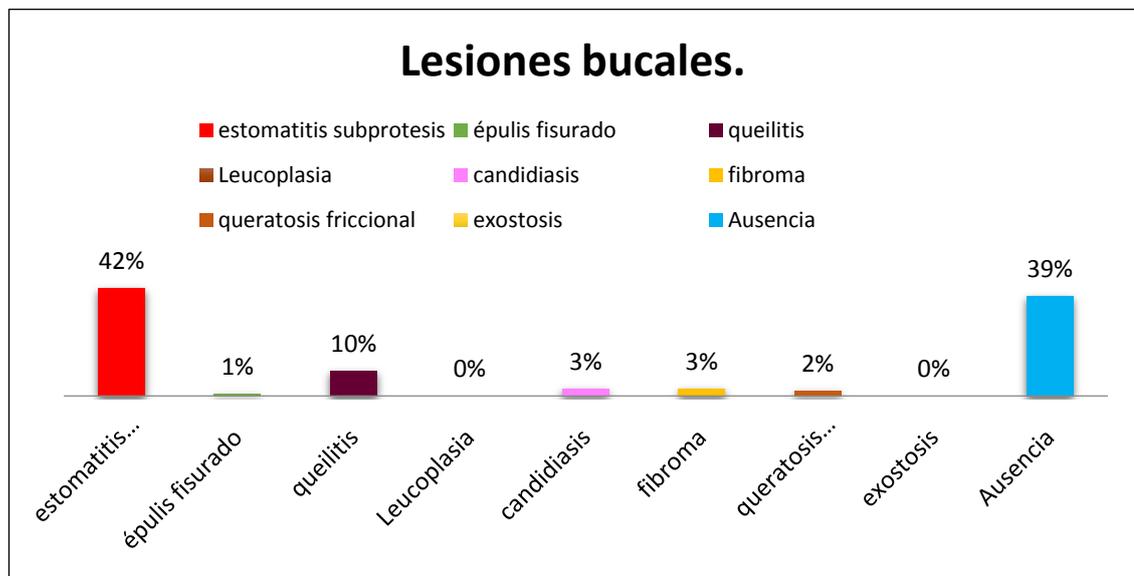


Gráfico N°3. Datos obtenidos del cuadro 3. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 41.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 3, se indica que del total de la muestra de 114pacientes portadores de prótesis removibles examinados, 49 que representan el 42% tiene estomatitis subprótesis; 11 que representa el 10% tiene queilitis; la candidiasis y el fibroma tienen una frecuencia de 3 en la que representa el 3%; 2 que representa el 2% tienen queratosis friccional, la Leucoplasia y la exostosis no obtuvieron ninguna frecuencia por lo que su representación es 0%; mientras que 45pacientes que representa el 39% no presenta ninguna lesión .

Lo que muestra que la estomatitis subprótesis es la lesión más encontrada en los pacientes estudiados situación que se relaciona con el estudio de la página web de Scielo en un artículo de Lemus y colaboradores⁸⁷ (2007) el cual referencia que: En la presencia de lesiones. Las que aparecieron con mayor frecuencia en el adulto mayor portador de prótesis estomatológica, en primer lugar, fue la estomatitis subprótesis, con el 39,5 %, seguida de la queilitis comisural (26,3 %), el épulis fisurado (15,3 %), la queratosis friccional en el 12,1 %, las alteraciones linguales (7,4 %) y la úlcera traumática, con el 4,7 % de los casos. (párr. 21).

⁸⁷Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100003&script=sci_arttext

Cuadro y gráfico 4
Higiene de la prótesis.

Higiene de la prótesis.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Buena.	16	14%
Aceptable.	81	71%
Deficiente.	17	15%
Total.	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 43.

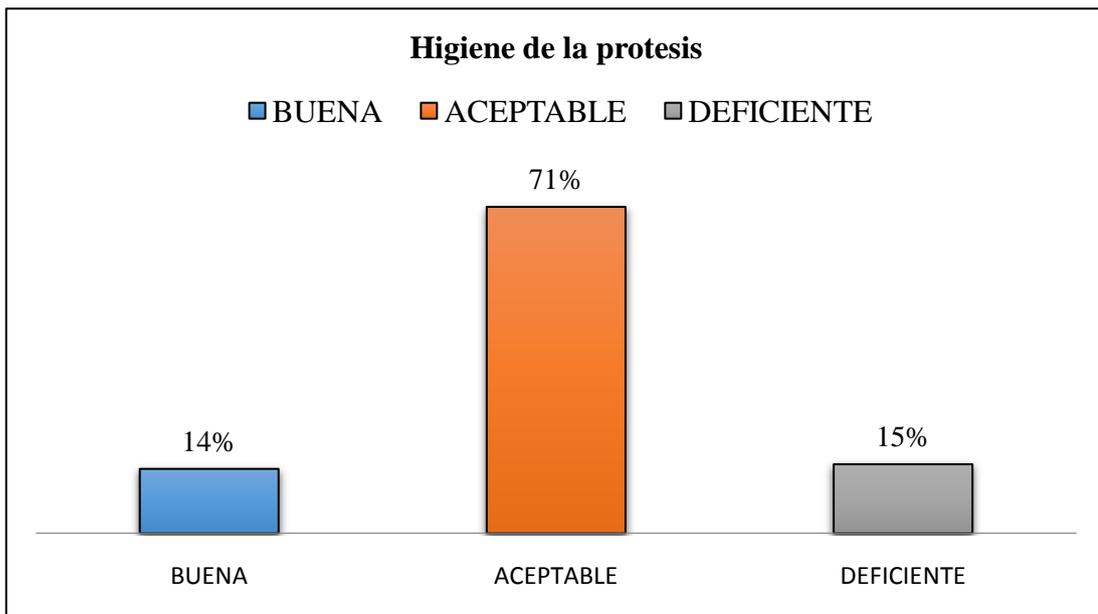


Gráfico N°. 4. Datos obtenidos del cuadro 4. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 43.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 4, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, 16 pacientes que representa el 14% tuvieron una buena higiene, 81 pacientes que representa el 71% tuvieron una aceptable higiene, y que mientras 14 pacientes que representa el 15% tuvieron una deficiente higiene. Lo que se evidencia que hubo mayor porcentaje de una higiene aceptable en los pacientes portadores de prótesis.

Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de la Universidad Santo Tomas de Colombia en la revista Ustasalud Odontologia en su versión digital del artículo de Cocha⁸⁸(2005) conoce: “Siguiendo el criterio establecido por Vigild, definiendo que existía una buena higiene oral si en la prótesis no se observaba ningún depósito de placa, aceptable si existía algún depósito y deficiente si el cúmulo era elevado”. (p. 33).

⁸⁸Cocha, S. (2005). Importancia de los índices que evalúan la higiene oral de prótesis dentales removibles en la implementación de programas promocionales y preventivos y criterios básicos para evaluar su reproducibilidad. revista Ustasalud Odontologia [En línea]. Consultado: [02, diciembre, 2014]. En:vustabmanga51279620120524141430.pdf

Cuadro y gráfico 5
Estado de la prótesis.

Estado de la prótesis.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Correcta.	37	32%
Incorrecta.	77	68%
Total.	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.45.

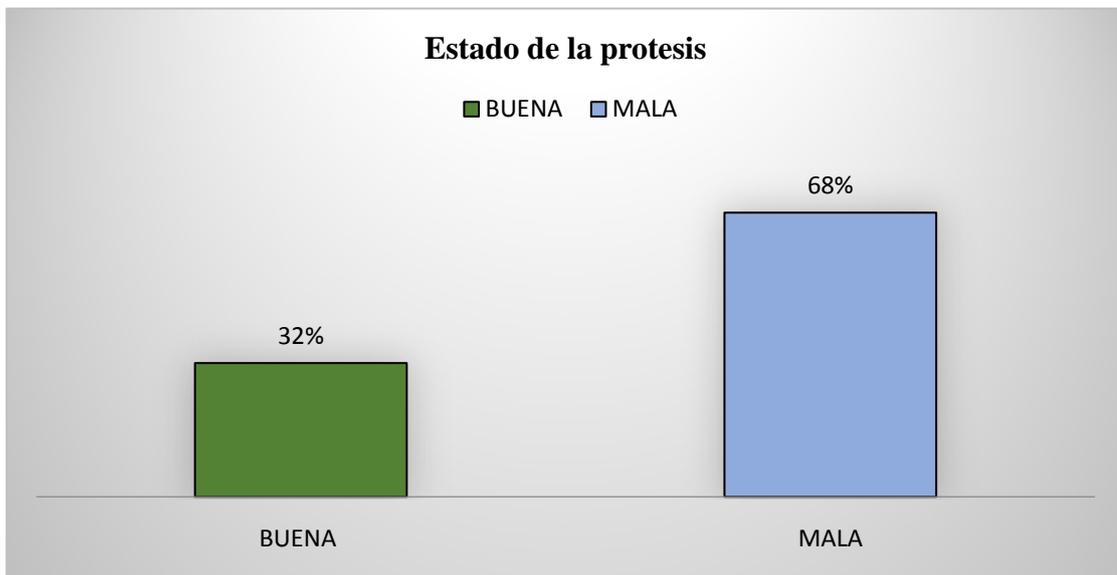


Gráfico N°. 5. Datos obtenidos del cuadro 5. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis Cap. IV, p. 45.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 5, se indica que del total de la muestra de 114pacientes portadores de prótesis removibles examinados, 37 pacientes que representa el 32% tuvo un correcto estado de la prótesis; 77 pacientes que representa el 68% un incorrecto estado de la prótesis.

Lo que se demuestra que hubo mayor porcentaje del incorrecto estado de la prótesis en los pacientes portadores de prótesis, lo que se relaciona con la investigación de la página web de Scielo en un artículo de Lemus y colaboradores⁸⁹ (2007) en la referencia que:

Se analiza la calidad de la prótesis estomatológica. Se presentaron los sujetos afectados y no afectados por lesión en la mucosa bucal, en los cuales fue examinada la calidad de la prótesis estomatológica. Se observó que en la mayoría de los casos eran portadores de prótesis de mala calidad; este elevado porcentaje (77,4 %) es una considerable cifra si se observa que en el grupo control solo el 14,2 % tenían prótesis de mala calidad, y en cambio, la mayoría de los adultos mayores sin lesión en la mucosa bucal eran portadores de prótesis estomatológica de buena calidad (85,8 %). (Sección resultado párr. 2).

⁸⁹Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100003&script=sci_arttext

Cuadro y gráfico 6.
Tipo de prótesis.

Tipo de prótesis.		
Opciones.	Frecuencia.	Porcentaje.
Prótesis dentosoportada.	10	9%
Prótesis dentomucosoportada.	95	83%
Prótesis mucosoportada.	9	8%
Total.	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.47.

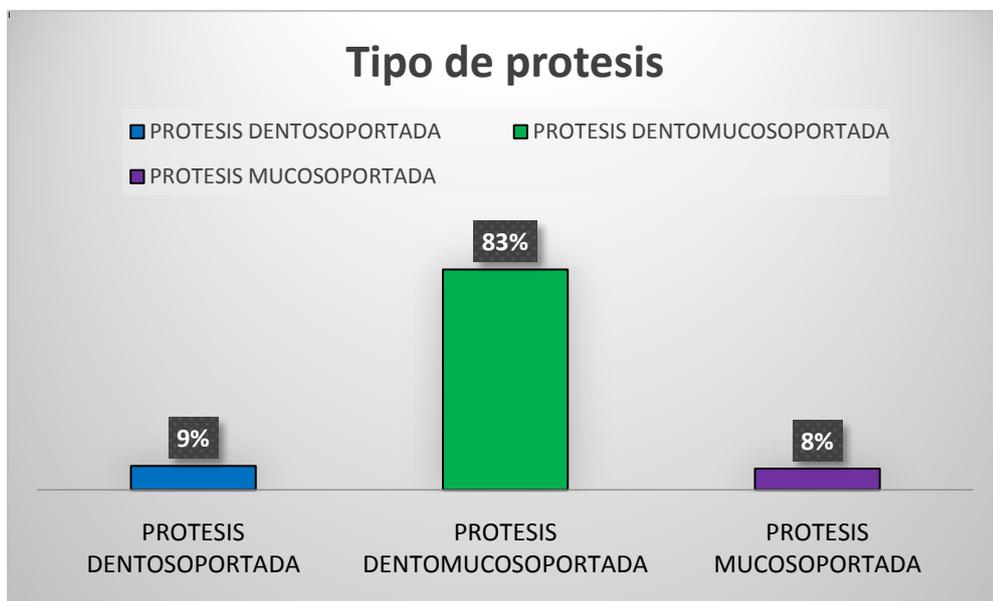


Gráfico N°. 6. Datos obtenidos del cuadro 6. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 47.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 6, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, 10 pacientes que representa el 9% tuvieron una prótesis dentosoportada, 95 pacientes que representa el 83% tuvieron una prótesis dentomucosoportada, mientras que 9 pacientes que representa el 8% tuvieron una prótesis mucosoportada. Demostrando que hubo mayor prevalencia de pacientes portadores de prótesis dentomucosoportada.

Cuadro y gráfico 7
Tiempo de uso de la prótesis.

Tiempo de uso de prótesis	Frecuencia.	Porcentaje.
Hasta 5 años	56	49%
6 a 10 años	40	35%
11 a 20 años.	10	9%
21 y más.	8	7%
Total	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.49.

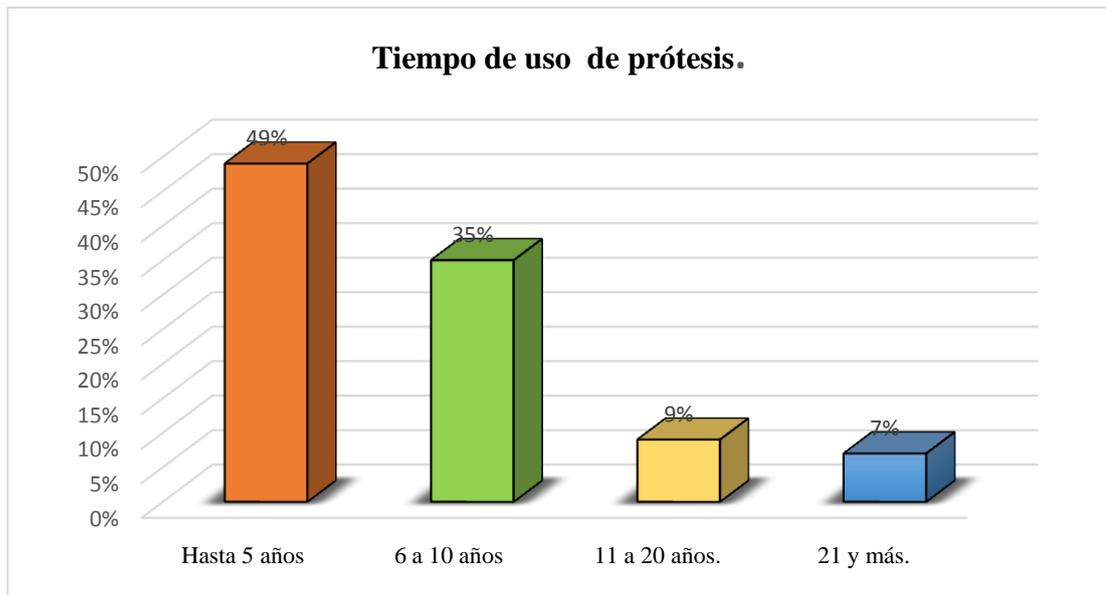


Gráfico N°7. . Datos obtenidos del cuadro 7. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 49.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 7, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, 56 pacientes que representa el 49 % su tiempo de uso de prótesis fue de 5 años, 40 pacientes que representa el 35% su tiempo de uso de prótesis fue de 6 a 10 años, mientras que 10 pacientes que representa el 9% su tiempo de uso de prótesis fue de 11 a 20 de años, 8 pacientes que representa el 7% su tiempo de uso de prótesis fue de 21 años y más.

Manifestando que hubo mayor proporción de pacientes portadores de prótesis con un tiempo de uso de 5 años.

Indagando informaciones disponibles en el sitio web Dr. Sergio Hiskin⁹⁰(2010) referencia que:

Comprobando que los fracasos de las prótesis, por aparición de caries, desajustes de placa acrílica, hongos en placas, rebasados etc. dieron como resultado el abandono. Del 50% de estas prótesis convencionales en 10 años. Y el 25% de abandono y reemplazo por otra prótesis nueva a 5 años. (párr. 7).

⁹⁰Hiskin, S. (2010). Prótesis dentales, flexibles, confeccionadas en nylon, blandas, de perfecta adaptación por ser material inyectado, sin ningún aditamento metálico.[En línea]. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.sergiohiskin.com.ar/ac02.htm>

Cuadro y gráfico 8.

Relación del estado de la prótesis con la higiene de la prótesis.

Estados de la prótesis	Higiene de la prótesis.						Total	Porcentaje
	Buena	%	Aceptable	%	Deficiente	%		
Correcta	6	37.5%	24	30%	4	24	34	30%
Incorrecta	10	62.5%	57	70%	13	76	80	70%
Total	16	100%	81	100%	17	100%	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.51.

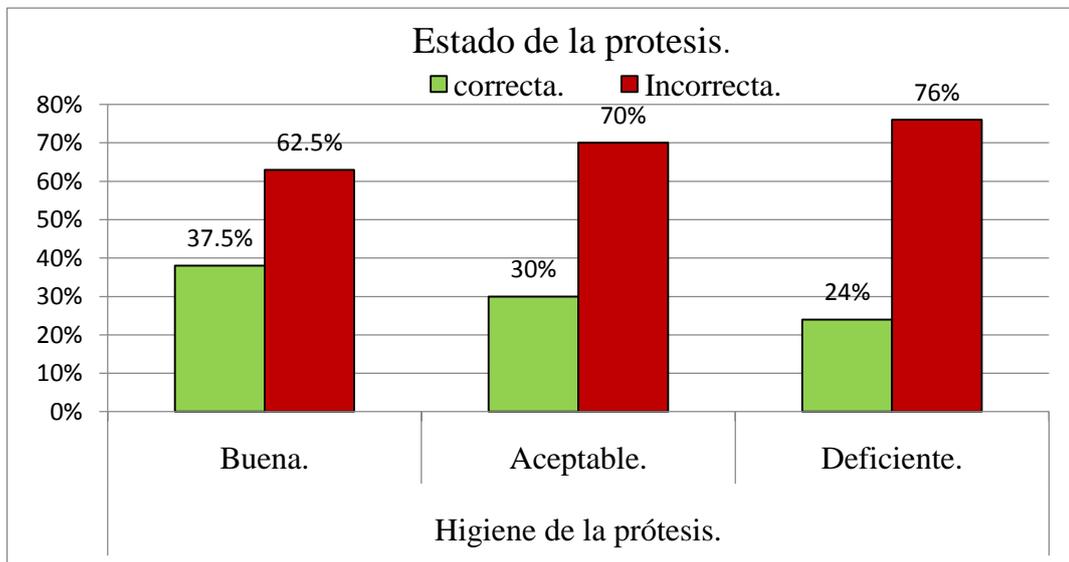


Gráfico N°. 8. Datos obtenidos del cuadro 8. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.51.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 8, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, presentan el estado de la prótesis en relación con la higiene de la prótesis. Muestra que en el parámetro de buena higiene de la prótesis hubo mayor presencia de incorrecto estado de la prótesis con 10 casos que corresponde al 62.5%, mientras que en el correcto estado de la prótesis con 6 casos que corresponde al 37.5%, en el parámetro de aceptable higiene de la prótesis hubo mayor presencia del incorrecto estado de la prótesis con 57 casos que corresponde al 70%, mientras que en el correcto estado de la prótesis con 24 casos que corresponden al 30%, mientras que en el parámetro de deficiente higiene de la prótesis hubo mayor presencia del incorrecto estado de la prótesis con 13 casos que corresponde al 76%, mientras que en el correcto estado de la prótesis con 4 casos que corresponde al 24%.

Lo que se evidencia que el incorrecto estado tuvo predominio en los 3 parámetros de la higiene de la prótesis.; Leyendo informaciones disponibles en el sitio web de Curso Higienista Dental en un artículo de Rodrigues⁹¹(2015) puedo referenciar que:

Para la inserción y des-inserción de la prótesis parcial removible tanto de acrílico como de cromo-cobalto, el paciente deberá tomarla con ambas manos, llevarla al lugar que le corresponde y colocarla en su posición final. Jamás y en ningún caso, mordiéndola con los dientes antagonistas para así evitar deformaciones. Al estar bien pulidas en su parte exterior y rugosas en su interior, la higiene de ambos tipos de prótesis debe ser óptima; por lo tanto, es recomendable limpiar la prótesis después de cada comida o al menos enjuagarla al chorro de agua y limpiarla adecuadamente por la noche empleando para ello cepillos duros con abrasivos, detergente o dentífrico; es recomendable la utilización de agentes limpiadores (se cuenta con varios tipos de agentes químicos para tal propósito, entre otros: peróxidos, enzimas, hipocloritos y desinfectantes), por lo menos 2 ó 3 veces por semana. A

⁹¹Rodrigues, D. (2015). Consideraciones prácticas para la escogencia entre una Dentadura Parcial Removible de Acrílico o una de Metal. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.cursohigienistadental.com/articulo_drodriguez.pdf

diferencia de la prótesis parcial removible metálica, la de acrílico es un material poroso que al no pulirse por su parte interna y estar en contacto con el medio bucal (medio húmedo y bacteriano por excelencia), 13 el cultivo micológico da positivo. (p.45).

Cuadro y gráfico 9

Relación del estado de la prótesis con el tipo de la prótesis.

Estado de la prótesis	Tipo de prótesis						Total.	%
	Dentosoportada	%	Dentomucosoportada.	%	Mucosoportada	%		
Correcto	4	40%	30	32%	1	11%	35	31%
Incorrecto	6	60%	65	68%	8	89%	79	69%
Total	10	100%	95	100%	9	100%	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.54.

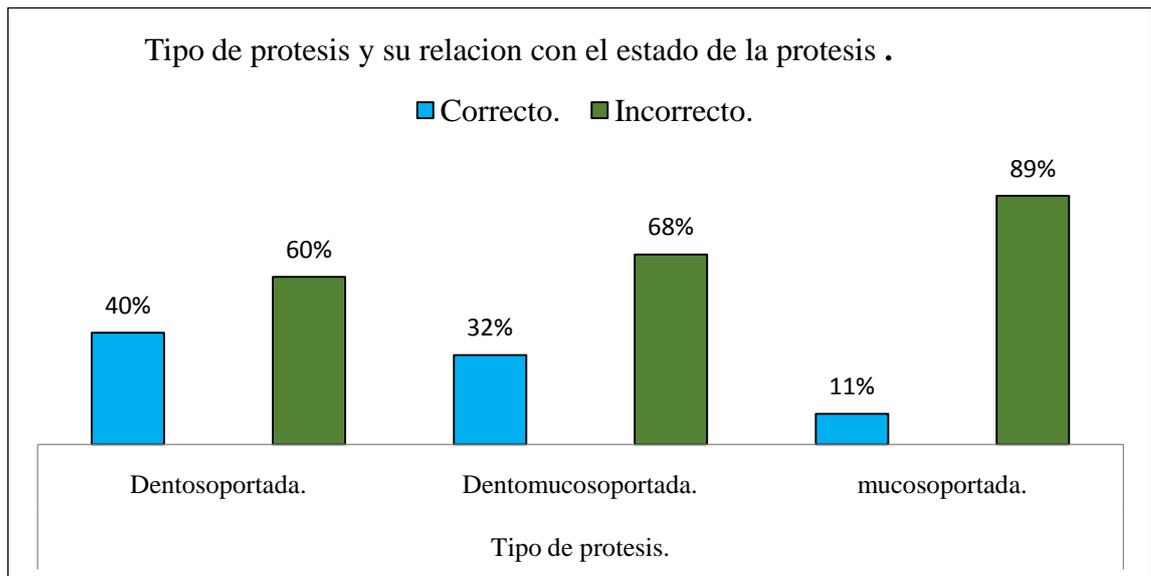


Gráfico N°. 9. Datos obtenidos del cuadro 9. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 54.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico n° 9, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, presentan el estado de la prótesis en relación con los tipos de prótesis mostrando que la prótesis dentosoportada hubo mayor presencia el incorrecto estado de la prótesis con 6 casos que corresponde al 60%, mientras que en el correcto estado de la prótesis con 4 casos que corresponde al 40%, la prótesis Dentomucosoportada hubo mayor presencia el incorrecto estado de la prótesis con 65 casos que corresponde al 68%, mientras que en el correcto estado de la prótesis con 30 casos que corresponden al 32%, mientras que en la prótesis dentosoportada hubo mayor presencia el incorrecto estado de la prótesis con 8 casos que corresponde al 89%, mientras que en el correcto estado de la prótesis con 1 casos que corresponde al 11%.

Demostrando que si existe asociación entre el estado de la prótesis y el tipo de prótesis dando como resultado que el estado incorrecto de la prótesis obtuvo superioridad en los tres tipos de prótesis.

Cuadro y gráfico 10.

Relación del estado de la prótesis con las lesiones bucales.

Lesiones bucales	Estado de la prótesis.				Total	%
	Correcta	%	Incorrecta	%		
Estomatitis subprotesis	4	8%	47	92%	51	45%
Épulis fisurado	0	0%	1	100%	1	1%
Queilitis	1	9%	10	91%	11	10%
Leucoplasia	0	0%	0	0%	0	0%
candidiasis	3	100%	0	0%	3	3%
Fibroma	1	33%	2	67%	3	3%
Queratosis friccional	0	0%	2	100%	2	2%
Exostosis	0	0%	0	0%	0	0%
Ausente	25	58%	18	42%	43	38%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.56.

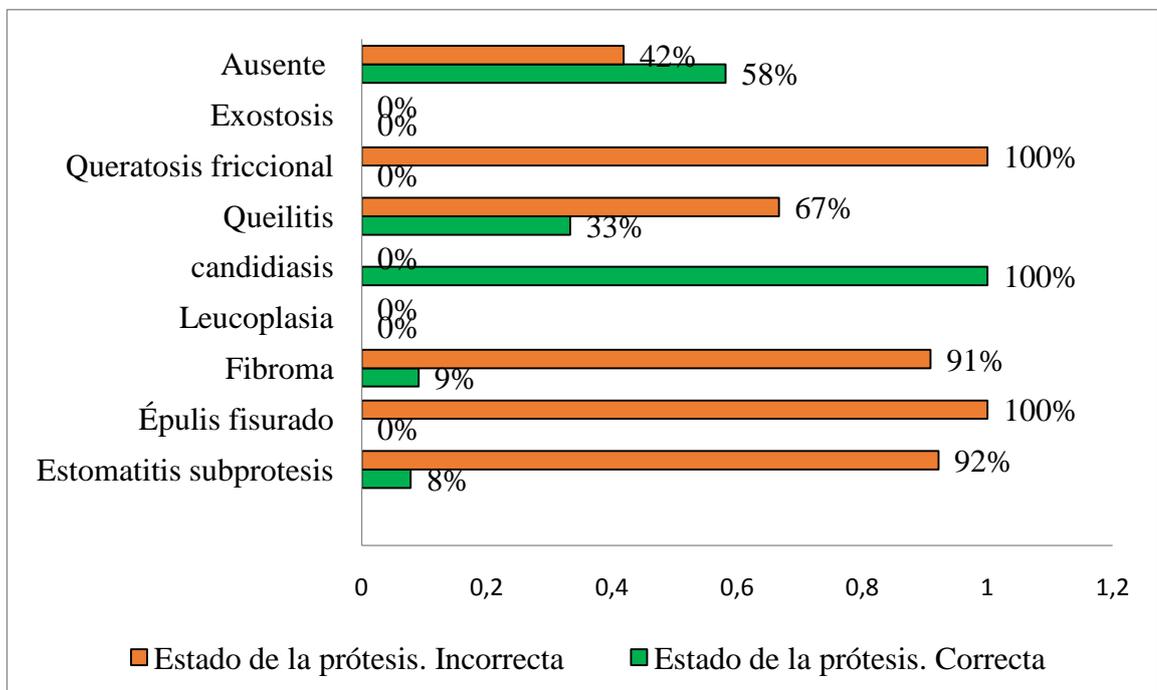


Gráfico N°. 10. Datos obtenidos del cuadro 10. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo n° 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 56.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 10, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, indica el estado de la prótesis en relación con las lesiones bucales. Mostrando que la estomatitis subprótesis hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecto, con 47 casos que corresponde al 92%; mientras que en el estado de la prótesis correcta con 4 casos corresponde al 8%; en el épulis fisurado hubo presencia en el estado de la prótesis incorrecta con 1 caso que corresponde al 100%; mientras que en el estado de la prótesis correcta no hubo presencia de ella; en el fibroma hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecta con 10 casos que corresponde al 91%; mientras que en el estado de la prótesis correcta con 1 caso que corresponde al 9%; la candidiasis hubo presencia en el estado de la prótesis incorrecta con 3 casos que corresponde al 100%; mientras que en el estado de la prótesis correcta no hubo por lo que corresponde al 0%; la queilitis hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecta con 2 casos que corresponde al 67%; mientras que en el estado de la prótesis correcta con 1 caso que corresponde al 33%; la queratosis friccional hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecto con 2 casos que corresponde al 100%; mientras que en el estado de la prótesis correcta con 0 casos que corresponde al 0%; la Leucoplasia y la exostosis no hubo presencia en la investigación. Sin embargo en la ausencia de lesión hubo mayor presencia en el estado de la prótesis correcta con 25 casos que corresponde al 58%; mientras que en el estado de la prótesis incorrecta con 18 casos que corresponden al 42%.

Por lo tanto se evidencia que hay relación entre el estado incorrecto de la prótesis y las lesiones bucales y se asemeja al artículo de de Moreno⁹² (2012) que cita:

Las lesiones bucales que se encuentran más a menudo con el uso de prótesis total, así como la identificación de los pacientes y la cercanía a establecer su relación con el estado de la prótesis, en cuanto a porosidades, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes caídos y desgaste dentario. (p. 24).

⁹²Moreno, J. (2012). Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/10400/12194>

Cuadro y gráfico 11.

Relación del estado de la prótesis con tiempo de uso de la prótesis.

Estados de la prótesis.	Tiempo de uso de la prótesis.						Total.	Porcent aje.
	Menos de 5 años.	%	6 a 10 años.	%	Más de 10 años.	%		
Correcta.	25	44%	8	21%	1	6%	34	30%
Incorrecta.	32	56%	31	79%	17	94%	80	70%
Total.	57	100%	39	100%	18	100%	114	100%

Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los Pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p.59.

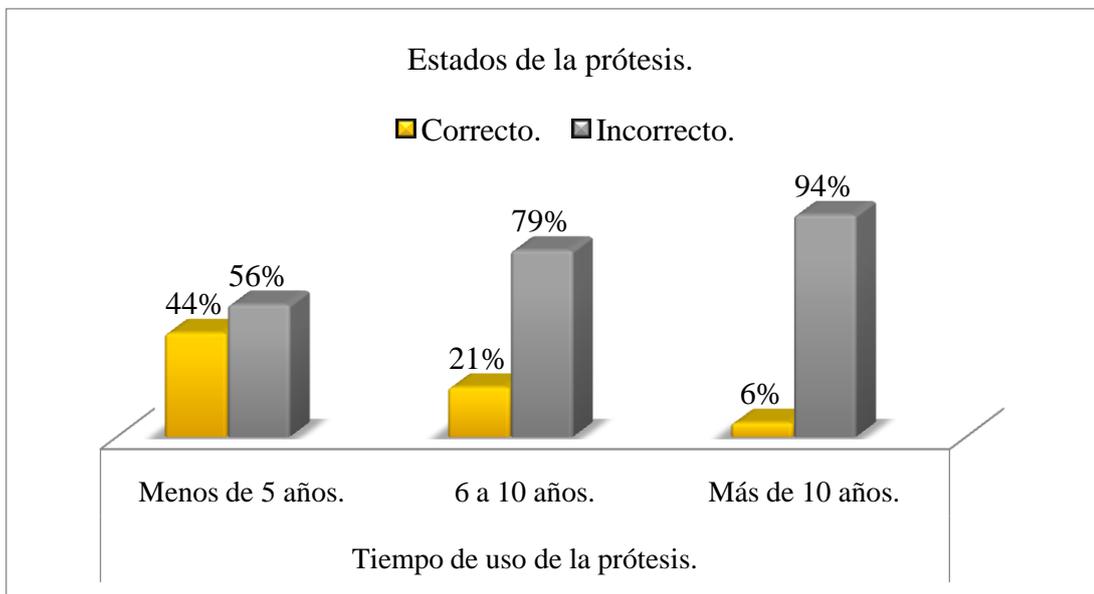


Gráfico N°. 11. Datos obtenidos del cuadro 11. Fuente: matriz de observación de las lesiones bucales y estado de la prótesis de los pacientes investigados. Anexo nº 4. Elaboración: autor de esta tesis. Cap. IV, p. 59.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico nº 11, se indica que del total de la muestra de 114 pacientes portadores de prótesis removibles examinados, mostrando que los pacientes que tuvieron sus prótesis menores de 5 años hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecto con 32 casos que corresponden al 56%; mientras que en el estado de la prótesis correcto con 25 casos corresponden al 44%. Los pacientes que tuvieron sus prótesis de 6 A 10 años hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecto con 31 casos que corresponden al 79%; mientras que en el estado de la prótesis correcto con 8 casos corresponden al 21%. Mientras que los pacientes que tuvieron sus prótesis de más 10 años hubo mayor presencia en el estado de la prótesis incorrecto con 17 casos que corresponden al 91%; mientras que en el estado de la prótesis correcto con 1 casos corresponden al 9%.

Por lo tanto se evidencia que hay relación entre el estado incorrecto de la prótesis y el tiempo de uso de prótesis.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1.1. Conclusiones.

La lesión más frecuente fue la estomatitis subprótesis, el fibroma fue la segunda lesión que se encontró en los pacientes investigados el resto de lesiones queilitis comisural. La candidiasis, épulis fisurado, queratosis friccional, Leucoplasia y exostosis se obtuvieron resultados poco significativos.

Las prótesis dentomucosoportada son las que obtuvieron con mayor frecuencia en los pacientes investigados.

En la higiene de las prótesis dentales la que tuvo mayor fue la aceptable higiene; en el estado de la prótesis, el parámetro incorrecto fue del porcentaje más elevado. En el tiempo de uso de la prótesis el más frecuente fue hasta 5 años.

Existe relación entre el estado incorrecto de la prótesis y las lesiones bucales considerando la estomatitis subprótesis con la de mayor prevalencia.

5.2.1. Recomendaciones.

Educar a los pacientes sobre las estado de la prótesis y como inciden en la aparición de lesiones bucales.

Recomendar a los pacientes sobre el cuidado general de la prótesis y cómo prevenir la aparición las lesiones bucales.

Se recomienda continuar con las investigaciones ya que este trabajo forma parte del proyecto macro del área de patología los resultados contribuirán al mejor resultado del proyecto de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Educación sobre el estado de la prótesis y las lesiones bucales, dirigida a los pacientes que acudan al área de odontología, clínica de prótesis dental de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, cantón de Portoviejo.

6.2. Periodo de ejecución.

La ejecución de la propuesta será elaborada el 22 al 26 de junio de 2015.

6.2.1. Descripción de los beneficiarios.

Beneficiarios directos: Son los pacientes que acudan a las clínicas de prótesis dental, de la facultad odontología, de La Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Beneficiarios indirectos: Lo conformara la colectividad y los familiares del paciente.

6.2.2. Ubicación sectorial y física.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo, está ubicada Av. Metropolitana #2005 y Av. Olímpica.

6.3. Introducción.

La investigación realizada a los pacientes, portadores de prótesis removibles que acudieron a la Universidad San Gregorio de Portoviejo se logró identificar las lesiones más frecuente en la cavidad oral, siendo sus causas frecuentes el incorrecto estado de conservación de las prótesis dentales.

La propuesta consistirá en dar charlas educativas sobre las lesiones bucales y el estado de conservación de la prótesis, brindando información pertinente sobre la promoción, medidas preventiva sobre las lesiones bucales y como conservar las prótesis dentales.

6.4. Justificación.

Según la investigación realizada en los pacientes del área de odontología, de las clínicas estomatológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se logró determinar la relación de estado de las prótesis dentales y la presencia de lesiones bucales, en este contexto la estomatitis fue la de mayor prevalencia con relación a la prótesis dental. Es preciso socializar los resultados del estudio con los pacientes que usan prótesis dental y la necesidad de aplicar y tomar en cuenta medidas para prevenir la presencia de lesiones bucales, siendo primordial que la prótesis se encuentre en buen estado ya que es la principal causante de lesiones bucales.

6.5. Marco institucional.

La Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo fue inaugurada el 21 de diciembre de 2000 como una base de extensión en Portoviejo de la Universidad Laica Vicente Rocafuerte, para satisfacer la demanda de la juventud manabita, que necesitaba tener un centro de educación superior.

La facultad de odontología se inició el día 14 de mayo del 2001, iniciando sus labores académicas en el domicilio de la familia Flor Hidalgo, y como decano de la facultad el Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo, conocido y respetado profesional Odontólogo, ubicado en la calle 10 de agosto, entre las calles Chile y Ricaurte de Portoviejo, facultad que funcionó con tres niveles, comprendidos en once semestres y con 66 estudiantes.

Un semestre básico.

Nueve semestres de formación profesional.

Un semestre pre profesional o intermedio.

Actualmente existen clínicas odontológicas, adecuadas para la atención de los pacientes, que buscan soluciones de acuerdo a sus necesidades.

Desde ese momento hasta la actualidad la Universidad ha funcionado con gran éxito, donde estudiantes y profesionales se esmeran día a día para brindar una mayor atención a aquellas personas que recurren a la atención brindada, que además de ser gratuita es de excelente calidad.

La cantidad de estudiantes es un factor importante en este trabajo investigativo, ya que de ellos dependerá la atención de los pacientes en cada especialidad, y de la información que suministren a los usuarios para mejorar la higiene oral de cada uno de los pacientes.

6.6. Objetivos.

6.6.1. Objetivo general.

Instruir a los pacientes sobre las principales lesiones producidas por prótesis dentales.

6.6.2. Objetivos específicos.

Informar a los pacientes que usan prótesis dental, acerca del estado de conservación de la prótesis.

Utilizar medios impresos con información sobre lesiones bucales y la relación con el estado de la prótesis en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.7. Descripción de la propuesta.

La actual propuesta, de tipo social y orden educativo dirigido a los pacientes que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, tiene como objetivo evitar lesiones bucales por el mal estado de conservación de la prótesis.

La propuesta consisten en impartir charlas educativas a los pacientes que usan prótesis dental removible y que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, con la finalidad de que se conozca que el mal estado de la prótesis es la principal causante de lesiones bucales, según lo investigado.

Para la ejecución de esta propuesta se utilizara recursos, como la elaboración y entrega de trípticos educativos en los cuales se mencionaran los parámetros relacionados con la importancia del estado de la prótesis y como inciden en la presencia de lesiones bucales.

6.8. Diseño metodológico.

Para el proceso de la propuesta, se considera 2 etapas:

Primera etapa. Reunión con los directivos de la institución y Socialización de los resultados de la investigación en la Universidad San Gregorio de Portoviejo para dar a conocer la propuesta.

Segunda etapa. El desarrollo se realizara socializando el tema con el docente encargado de la clínica de prótesis para darle a conocer sobre esta propuesta. Impartiendo charlas educativas a los pacientes que acuden a las clínicas de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo cuyo tema de la charla será: estado de la prótesis y su relación con las lesiones bucales.

6.9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible por que cuenta con el apoyo de los directivos de la carrera de odontología de la universidad San Gregorio de Portoviejo, además que los resultados que ofrece la investigación elaborada muestra la urgencia de prevenir y capacitar sobre las lesiones bucales. La propuesta es sustentable ya que utilizando los recursos apropiados, va a mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis dental.

6.10. Actividades.

Cuadro 12.
Cronograma de propuesta.

Cronograma de la propuesta				
Actividades	Junio			
	22	23	24	26
Elaboración de un cronograma de trabajo	X			
Promoción, medidas preventiva sobre las lesiones bucales y como conservar las prótesis dentales.		X	X	X
Entrega de tríptico que contienen información sobre estado de la prótesis y su relación con las lesiones bucales		X	X	X

Nota: Cronograma de Propuesta. Elaborado: por la autor de esta tesis.

6.11. Recursos.

6.11.1. Humanos.

Investigador.

Directora de tesis.

6.11.2. Técnicos.

Computadora.

Pen drive.

Cámara fotográfica.

Impresora.

6.11.3. Materiales.

Trípticos

Copias.

6.12. **Financieros.**

La propuesta tiene un valor de \$58.30, financiado en su totalidad por el autor de esta investigación.

6.13. **Presupuesto.**

Cuadro 13.
Presupuesto de propuesta.

Rubros.	Recursos.	Cantidad.	Valor Unitario.	Costo Total.	Fuente De Financiamiento.
Diseño de trípticos.	Ingeniero gráfico.	1	\$5.00	\$5.00	Autor.
Copias de trípticos	Impresiones a color	100	\$0.03	\$3.00	Autor.
Viáticos	Movilización		\$40.00	\$45.00	Autor.
Subtotal				\$53.00	Autor.
Imprevistos				\$5.30	Autor.

Total				58.30	Autor.
-------	--	--	--	-------	--------

Nota: Cronograma de Propuesta. Elaborado: por la autor de esta tesis.

ANEXOS.

Anexo 1.

Cuadro 1.
Matriz de operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Escala	Descripción	Indicador
Edad.	Cuantitativa discreta.	30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80 y mas	Según años cumplidos en el momento de la encuesta.	Frecuencia Absoluta y %.
Estado de la prótesis.	Cualitativo Ordinal dicotómica.	Correcto Incorrecta	Correcta: cuando se cumplirá todos los requisitos establecidos de la biomecánica de la prótesis (Estabilidad, Retención, Soporte, Dimensión vertical). Incorrecta: cuando al menos uno de los requisitos establecidos por la biomecánica no se cumpliera. Según criterio establecido por Lemus y Colaboradores.	Frecuencia Absoluta y %.
Tiempo de uso de la prótesis.	Cuantitativa continua.	Hasta 5 años. 6 a 10 años. 11 a 20 años. 21 y mas	Tiempo que lleva el paciente utilizando la prótesis. Según criterio establecido por Díaz y Colaboradores.	Frecuencia Absoluta y %.
Tipos de prótesis	Cualitativa nominal politómica	Prótesis dentosoportada Prótesis dentomucosoportada Prótesis mucosoportada	Prótesis dentosoportada aquellas prótesis que son soportadas por los dientes Prótesis dentomucosoportada aquellas prótesis que son soportadas por los dientes y mucosa Prótesis mucosoportada aquellas prótesis soportadas por las mucosas. Según criterio establecido por Molin, M., y Gunne, J, mediante examen Clínico	Frecuencia Absoluta y %.

Higiene	Cualitativa nominal politómica	Buena Higiene de la prótesis Aceptable Higiene de la prótesis Deficiente Higiene de la prótesis	<table border="1"> <tr> <td>Buena higiene oral (sin depósito de placa)</td> </tr> <tr> <td>Aceptable higiene oral (si existe algún depósito)</td> </tr> <tr> <td>Deficiente higiene oral (si el acumulo es elevado)</td> </tr> </table> <p>según criterio establecido por Vigild, mediante examen clínico</p>	Buena higiene oral (sin depósito de placa)	Aceptable higiene oral (si existe algún depósito)	Deficiente higiene oral (si el acumulo es elevado)	Frecuencia Absoluta y %.
Buena higiene oral (sin depósito de placa)							
Aceptable higiene oral (si existe algún depósito)							
Deficiente higiene oral (si el acumulo es elevado)							
Lesiones en la mucosa.	Cualitativa nominal dicotómica	No Si Leucoplasia Fibroma Estomatitis subprótesis La candidiasis Épulis fisurado Queilitis Angular Queratosis Friccional	Identificando las lesiones en la mucosa mediante examen clínico	Frecuencia Absoluta y %.			

Nota: Operacionalización de las variables.
Fuente: Realizado por la autor de esta tesis.

Anexo 2.

Cuadro 2.
Presupuesto.

NOMBRE DE RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Fotocopias	800	Hojas	\$0.03	\$24,00
Papel	2	Resmas	\$6.00	\$12,00
Tinta negra y de color	2	Cartuchos	\$30.00	\$60,00
Caja de mascarillas	3	Cajas	\$3,50	\$7,00
Caja de guantes	2	Cajas	\$9.00	\$18,00
Exploradores bucales	50	Unidad	\$1,50	\$75,00
Espejos bucales	50	Unidad	\$1,50	\$75,00
Empastado	4	Unidad	\$12.00	\$48.00
Anillados	3	Unidad	\$2.00	\$6.00
Movilización			\$80.00	\$80.00
Subtotal				405.00
Imprevistos				\$40.05
Total				445.05

Nota: Operacionalización de las variables.

Fuente: realizado por la autor de este tesis.

Anexo 3.

**Cuadro 3.
Cronograma.**

Décimo octava promoción																																							
Actividades	2014												2015																										
	Sep		Nov				Dic				Ene				Feb				Marz				Abril			Mayo			Jun			Jul			Agosto				
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Elaboración de proyecto	■	■	■	■	■																																		
Presentación de proyectos						■	■																																
Aprobación de proyectos								■	■	■	■	■	■	■																									
Preparación de instrumentos recolectores de información																		■	■	■	■	■																	
Aplicación de instrumentos de investigación																																							
Sistematización de la información																																							
Análisis e interpretación																																							
Elaboración de conclusiones																																							
Elaboración de propuesta																																							
Redacción del borrador																																							
Revisión del borrador																																							
Presentación de informe final																																							

Nota: Cronograma de tesis.

Fuente: Universidad San Gregorio de Portoviejo Carrera de Odontología.

Anexo 4.

Cuadro 4.

Matriz de observación de las lesiones bucales y del estado de la prótesis.

Datos generales:

Teléfono _____

Edad ____ Fecha ___/___/_____ Sexo: F. M.

• **Presencia de lesión:**

Lesiones de la mucosa bucal	Si	No		Si	No
Estomatitis subprotésica			Candidiasis		
Épulis fisurado			Queilitis comisural		
Fibroma			Queratosis friccional		
Leucoplasia			Exostosis ósea		
Ausencia de lesión					

• **Estado de la prótesis.**

Tipo de prótesis según criterio establecido por Molin, M., y Gunne, J.	Estado de la prótesis según criterio establecido por Lemus: estabilidad, retención, soporte (si falta alguna se considera Incorrecta)		Higiene según vigild
Prótesis dentosoportada	Correcta	Incorrecta	Buena higiene oral (sin deposito de placa)
Prótesis dentomucosoportada			Aceptable higiene oral (si existe algún deposito)
Prótesis mucosoportada			Deficiente higiene oral (si el acumulo es elevado)

• **Tiempo de uso de su prótesis dental Según criterio establecido por Díaz.**

Hasta 5 años.		
6 a 10 años.		
11 a 20 años		
20 años y mas		

Nota: Matriz de observación de las lesiones bucales y del estado de conservación de la prótesis
Fuente: Realizado por la autor de este proyecto

Anexo 5.

Cuadro 5 Consentimiento informado.

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Estado de la Prótesis dental y la presencia de lesiones bucales en las clínicas de la universidad San Gregorio De Portoviejo en el período marzo- agosto 2015.

El egresado Vera Solórzano Francisco Xavier, de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y aproximada duración de la exploración bucal. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado. Estoy de acuerdo con que mis datos personales y odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados del autor 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 directamente por los representantes de las autoridades odontológicas. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Francisco Xavier Vera Solórzano

Egresado de la carrera de odontología.

Firma del participante.

Fuente: Realizado por la autor de este proyecto

Anexo 6.
Cuadro 6.

Prótesis dentales.




La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca, provoca inevitables variaciones en el medio bucal, que obligan a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de estas (principios biomecánicos) y del modo y la capacidad de reaccionar de cada organismo. El estímulo de la prótesis se manifiesta primero en la mucosa, hecho que se ha observado en estudios histomicroscópicos e histopatológicos.



Francisco V. AN

Educación sobre el estado de la prótesis y las lesiones bucales

Autor: Francisco Xavier Vera Solórzano
Dibujante: Francisco Xavier Vera Solórzano
Dirección: Luz Arellano Martín Moysa
Teléfono: 430956
Correo: x.fveras@unsguato.edu.ec

Lesiones bucales y estado de la prótesis

Escriba la consigna aquí.

Prótesis dentales

Héroe o Villano



Autor: Francisco Xavier Vera Solórzano



Educación sobre el estado de la prótesis y las lesiones bucales



Las enfermedades bucales son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor carga es en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. Las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también debe ser considerado.

La Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar.



El 100% de los pacientes con prótesis dental tienen buena higiene bucal.

Los índices de higiene oral reportados en la literatura han hecho énfasis en evaluar la higiene dental en pacientes que presentan su dentición; algunos se han orientado a evaluar la higiene oral en pacientes usuarios de prótesis dentales, sin embargo, es poco lo que se conoce con respecto a estos últimos y más aún, poco se ha hecho para implantarlos en la práctica dental.



Las PRÓTESIS DENTALES SON UNOS VERDADEROS HEROS LO UNICO QUE HAY Q TENER EN CUENTA SON ALGUNAS INDEICACIONES PARA QUE NO SE TRANSFORMEN EN VILLANOS:

- BUENA HIGIENE DENTAL Y PROFETICA
- NO DORMIR CON LA PRÓTESIS
- CONTROLES PERIODICOS DESPUES DE ADAPTADA LA PRÓTESIS



Referencias sobre el estado de la prótesis y las lesiones bucales

Garza, J. (2008). Estado actual, bases para la acción y la política en prótesis dentales. *Revista de Endodoncia*, 4(4), 1-10.

Lee, K., McWhorter, D., y Brown, J. (2004). *Prótesis dental: un enfoque práctico*. México: Elsevier.

Griffin, J., Latham, J., y Thomas, M. (2002). *Prótesis dentales en el mundo de la salud pública*.

Grafico No. 6. triptico sobre lesiones bucales y estado de las prótesis.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

77

Anexo 7.
Cuadro 7.

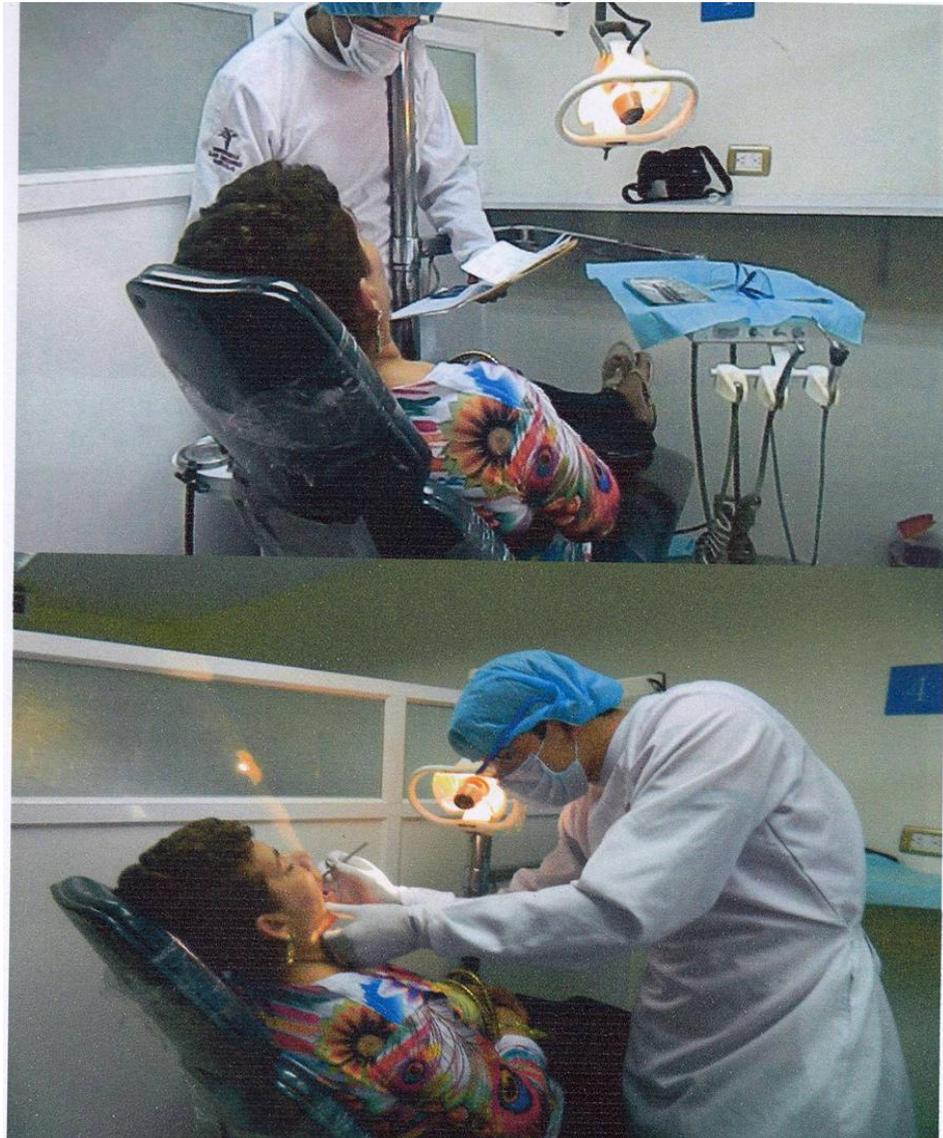


Grafico No. 7. Investigación de campo. Realizando exploración clínica a los pacientes.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 8.
Cuadro 8.



Grafico No. 8. Investigación de campo. Estomatitis.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 9.
Cuadro 9.



Grafico No. 9. Investigación de campo. Queilitis comisural.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 10.
Cuadro 10.



Grafico No. 10. Investigación de campo. Realizando la charla a los pacientes.

Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

Anexo 11.
Cuadro 11.



Grafico No. 11. Investigación de campo. Entrega de tríptico.

Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA.

Almeida, E., Martins, E., Falcón, R., y Amílcar, J. (2007). Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. *Revistas peruanas*. [En línea]. Consultado: [15, agosto, 2014]. En: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000200010&script=sci_arttext

Ángeles, F., Navarro, E., y Pacheco. N. (2011). *Prótesis parcial removible procedimientos clínicos, diseño y laboratorio*. Estados Unidos Mexicanos: Trillas.

Ballestero, J., López, A., Somacarrera, M., Moreno., y Rodríguez, M. (2009). Lesiones en la mucosa oral originadas por prótesis [En línea]. Consultado: [20, junio2015]. En: <http://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oral-originadas-por-prtesis-31690/>

Bascones, A. (2009). *Medicina Bucal*. Madrid, Reino de España: Ariel.

Bassi, F., Previgliano, V., y Schierano, G. (2011). *Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. República de Argentina: Panamericana Médica.

Bortolotti, L., (2008). *Prótesis removibles clásicas e innovaciones*. República de Colombia: Amolca.

Carr, A., McGivney, G., y Brown, D. (2006). *Prótesis parcial removible*. Reino de España: Elsevier.

Castillo, R., Sánchez, A., y Sánchez, M. (2009). *Principios biomecánicos en el diseño de prótesis completas* [En línea]. Consultado: [20, agosto, 2014]. Disponible en:

<http://www.gacetadental.com/2009/03/principios-biomecnicos-en-el-diseo-de-prtesis-completas-31370/>

Ceccoti, E., y Sforza, R. (2007). Diagnóstico en la clínica estomatológica. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

Cocha, S. (2005). Importancia de los índices que evalúan la higiene oral de prótesis Dentales removibles en la implementación de programas promocionales y Preventivos y criterios básicos para evaluar su reproducibilidad. Revista Ustasalud Odontología. [En línea]. Consultado: [02, diciembre, 2014]. En: http://www.researchgate.net/profile/Humberto_Ferreira_Arquez/publication/261553095_Cambios_pulpares_vasculares_y_estructurales_inducidos_por_fuerzas_ortodnticas._Una_revisión/links/00b7d53a789765ed3b000000.pdf

Davenport, J., Basker, R., Heath, J., y Ralph, J. (1992). Atlas en color de prótesis parcial removible. Reino de España: Labor.

Díaz, y., Martell, I. y Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Infomed. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

Díaz, y., Martell, I., y Zamora, J. (200). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002

Echeverría, J., y Pumarola, J. (2002). Manual de Odontología. Barcelona, Reino de España: Masson.

Espasandín, S., Martínez, G., Reyes, V., y Díaz, R. (2013). subprosthesis stomatitis in patients whith prostheses over two years of use. [En línea]. Consultado: [05, Agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2013/cmh132i.pdf>

Fernández, D., y Valverde, R. (2007). Diseño de prótesis parcial removible. Reino de España: Ripano.

García, J. (2006). Enfilado dentario, bases para la estética y la estética en prótesis totales: República De Colombia: Amolca.

González, I., Díaz, S., Puig, E., y Espeso, N. (2008). La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis. Revista Archivo Médico de Camagüey [En línea]. Consultado: [25, agosto, 2014]. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n6/amc03608.pdf>

González, L., Escobar, G., Turizoa, A., Vélez, M., Y Cardona, D. (2014). Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Revista de la Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Odontología [En línea].En: [05, agosto, 2014]. En: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/296/307#>

González, R., Herrera, I., Osorio, M., y Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Infomed. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est09110.htm

Gutiérrez, M. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812013000400005&script=sci_arttext

Hiskin, S. (2010). Prótesis dentales, flexibles, confeccionadas en nylon, blandas, de perfecta adaptación por ser material inyectado, sin ningún aditamento metálico. [En

línea]. Consultado: [05, junio, 2015]. Disponible en:
<http://www.sergiohiskin.com.ar/ac02.htm>

Iruretagoyena, M. (2014). Características y componentes de la prótesis parcial removible. [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en:
<http://www.sdpt.net/completa/parcial/caracteristicas.htm>

Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Scielo [En línea]. Consultado: [05, Agosto, 2014]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072009000100003&script=sci_arttext

Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., y León, C. (2009). Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000100015&script=sci_arttext

Ley, L. (2010). Comportamiento de la estomatitis subprótesis. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

Local, A., Gonzales, Y., Sexto, N., y Vázquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista Medisur. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En:
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672>

Loza, D., y Valverde, R. (2012). Prótesis parcial removible procedimientos clínicos y de laboratorio. Republica de Perú: Savia.

Martínez, A., Gallardo, I., Cobos, M., Caballero, J., y Fernández, B. (2008). La Leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. Revista Scielo. [En línea].

Consultado: [05, Agosto, 2014]. En:

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>

Misch, C. (2006). Prótesis Dental sobre Implantes. Reino de España: Elsevier.

Molin, M., y Gunne, J. (2014). Prótesis Removible. Venezuela: Amolca.

Moreno, J. (2012). Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentadobimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de

Antioquia. Revista Facultad de Odontología. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/10400/12194>

Mosca, C., Moragues, M., Brena, S., Rosa, A., y Pontón, J. (2005). Aislamiento de Candida dubliniensis en un adolescente con estomatitis protésica. Revista Scielo. [En

línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1698-44472005000100005&script=sci_arttext

Nocchi, C. (2008). Odontología Restauradora Salud y Estética. Santa Catarina, República Federativa del Brasil: Medica Panamericana.

Oralclínik. (2010). Prótesis total: qué hacer cuando no se mantiene en boca. [en línea].

Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: [http://](http://www.actiweb.es/oralclínik/archivo1.pdf)

<http://www.actiweb.es/oralclínik/archivo1.pdf>

Palma, A., y Sánchez, C. (2010). Técnica de ayuda odontológica y estomatológica.

Madrid, Reino De España: Paraninfo.

Pérez, L., y Bascones, A. (2010). Tumores benignos de la mucosa oral. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v26n1/original1.pdf>

Rahn, A., Ivanhoe, J., y Plummer, K. (2011). Prótesis dental completa. Madrid, Reino de España: Medica Panamericana.

Rendón, R. (2004). Prótesis parcial removible conceptos actuales atlas de diseño. Estados Unidos Mexicanos: Medica Panamericana.

Robbins, S., Cotran, R. y Kumar, V. (1998). Robbins patología estructural y funcional. Madrid, Reino de España: McGraw-Hill.

Rodrigues, D. (2015). Consideraciones prácticas para la escogencia entre una dentadura parcial removible de acrílico o una de metal. . [En línea]. Consultado: [28, mayo, 2015]. Disponible en: http://www.cursohigienistadental.com/articulo_drodriguez.pdf

Roisinblit, R. (2010). Odontología para las Personas Mayores. República de Argentina: Ebook.

Sánchez, A., y Vieira, J. (2008). La prótesis parcial removible en la práctica odontológica de caracas, Venezuela en el periodo febrero-marzo de 2006. Revista Scielo. [En línea]. Consultado: [20, Agosto, 2014]. En: [/www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000400006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000400006)

Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., y Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. Revista Scielo.[En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

Santana, J. C. (2010). Atlas de patología del complejo bucal. La Habana, República de Cuba: Ciencias médicas.

Sapp, P. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier.

Tenorio, C. (2011). Hablemos entre dientes. República del Perú: Milatem.

Wood, N., Y Goaz, P. (1998). Diagnóstico diferencial de las Lesiones orales y maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.