



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Prótesis dental removible y la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos, en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, período septiembre 2014 – febrero 2015.

Autor:

Roberto Aníbal Orlando González.

Directora de tesis:

Dra. Nancy Molina Moya.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Nancy Molina Moya, certifica que la tesis de investigación titulada: Prótesis dental removible y la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos, en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, período septiembre 2014 – febrero 2015. Es trabajo original del estudiante Roberto Aníbal Orlando González, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Nancy Molina Moya.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Prótesis dental removible y la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos, en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, período septiembre 2014 – febrero 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana.

Coordinadora de la carrera.

Dra. Nancy Molina Moya.

Directora de tesis.

Dra. Bernardita Navarrete Mendoza. Mg. Gs.

Miembro del tribunal.

Dr. Fabricio Loor Alarcón Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Mediante la presente declaro en honor a la verdad que la responsabilidad de las ideas y los resultados de la tesis aquí descrita titulada: Prótesis dental removible y la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos, en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, período septiembre 2014 – febrero 2015, es de mi autoría. Cedo mis derechos de autoría de la tesis a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Roberto Aníbal Orlando González.

Autor.

AGRADECIMIENTO.

Le agradezco a Dios por haberme dado la existencia y la oportunidad de llegar hasta este momento tan especial en mi vida, por darme las fuerzas necesarias durante todos los años de mi carrera. Mi inmenso agradecimiento a la Universidad San Gregorio de Portoviejo por darme la oportunidad de educarme en sus instalaciones y poder alcanzar mi meta.

A las autoridades de la Universidad San Gregorio y coordinadores de las clínicas odontológicas quienes me brindaron las facilidades necesarias para recolectar datos importantes que me sirvieron para la elaboración de mi tesis.

A mi directora de tesis, Dra. Nancy Molina Moya, a mis lectores el Dr. Fabricio Loo Alarcón y la Dra. Bernardita Navarrete Mendoza, quienes con sus conocimientos, dedicación, paciencia y experiencia hicieron que pueda concluir mi investigación con éxito. En general a mis padres, familiares y amigos que de una u otra forma estuvieron apoyándome y motivándome para llegar a cumplir mi meta.

Roberto Aníbal Orlando González.

DEDICATORIA.

Esta tesis se la dedico primeramente a Dios por guiarme, bendecirme, darme la sabiduría y la perseverancia para superar los obstáculos que se presentaron durante todos mis años de estudio. A mis padres, Roberto Orlando Lucio y Eva González Ochoa, porque creyeron en mí y quienes fueron el motor principal para llegar a cumplir mi meta, el ser un profesional. Todo lo que soy hasta ahora se lo debo a ellos ya que con su esfuerzo y sacrificio supieron sacarme adelante.

Gracias por todo el apoyo incondicional que siempre me han dado, por los valores y consejos que impartieron en mí para hacerme un hombre de bien. Esto va por ustedes porque admiro su fortaleza y siempre han estado cuando más los he necesitado no los voy a defraudar nunca.

Roberto Aníbal Orlando González.

RESUMEN.

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se realizó el presente trabajo de investigación titulado: Prótesis dental removible y la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos, en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, período septiembre 2014 – febrero 2015, cuyo objetivo general fue constatar la influencia de la prótesis dental removible y la presencia de las lesiones bucales en tejidos blandos en 60 pacientes que asistieron a las clínicas de odontología de la USGP. Para llegar a este objetivo se utilizó un estudio epidemiológico de campo, con una investigación de tipo descriptiva de corte transversal.

Mediante esta recopilación de datos se pudo determinar que las prótesis dentales tienen una gran influencia en la aparición de lesiones bucales en los tejidos blandos, siendo la estomatitis subprotésica la que más predominó.

ABSTRACT.

At the University San Gregorio de Portoviejo, this research was conducted titled: removable dental prosthesis and the presence of oral soft tissue lesions in patients attending clinics dentistry USGP Portoviejo city, between September 2014 - February 2015, whose main objective was to verify the influence of removable dental prosthesis and the presence of oral soft tissue lesions in 60 patients attending clinics dentistry USGP. To reach this goal an epidemiological field study with a descriptive research of cross section was used.

Using this data collection it was determined that dental prostheses have a great influence on the development of oral lesions in soft tissues, denture stomatitis being the most predominant.

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	XIII
Introducción	1
Capítulo I	3
1. Problematización	3
1.1. Tema	3
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Planteamiento del problema	3
1.3.1. Preguntas de la investigación	6
1.4. Delimitación de la investigación	6
1.5. Justificación	7
1.6. Objetivos	9
1.6.1. Objetivo general	9
1.6.2. Objetivos específicos	9

Capítulo II	10
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual	10
2.1. Prótesis dental	10
2.1.1. Prótesis removible	11
2.2. Prótesis removible de acrílico	11
2.3. Prótesis removible de cromo cobalto	13
2.3.1. Características de prótesis de cromo cobalto	13
2.3.2. Ventajas	14
2.3.3. Desventajas	15
2.4. Prótesis flexibles de nylon removibles	15
2.4.1. Ventajas de prótesis flexibles	16
2.4.2. Pros y contra de las prótesis flexibles	16
2.5. Características de las prótesis parciales removibles	17
2.6. Higiene orodentoprotésica	17
2.7. Definición de lesiones bucales	20
2.8. Tipos de lesiones bucales	20
2.8.1. Épulis fisurado	23
2.8.2. Estomatitis subprótesis	23
2.8.3. Hiperqueratosis	27
2.8.4. Leucoplasia	27
2.8.5. Lesiones exofíticas	28
2.8.6. Lesiones anatomopatológicas causadas por las prótesis	28
2.8.7. Lesiones agudas	29
2.8.8. Lesiones crónicas	29
2.9. Hipótesis	29

2.9.1. Unidades de observación y análisis	29
2.9.2. Variables	29
2.9.3. Matriz de operacionalización de variables	29
Capítulo III	30
3. Marco metodológico	30
3.1. Modalidad de la investigación	30
3.2. Tipo de investigación	30
3.3. Métodos	30
3.3.1. Método de observación directa	30
3.3.2. Método inductivo – deductivo	30
3.3.3. Método hipotético – deductivo	31
3.4. Instrumentos	31
3.5. Población y muestra	31
3.5.1. Criterios de inclusión	31
3.5.2. Criterios de exclusión	31
3.6. Recolección de la información	32
3.7. Procesamiento de la información	32
3.8. Ética	32
3.9. Recursos	32
3.9.1. Recursos humanos	32
3.9.2. Recursos materiales	32
3.9.3. Recursos tecnológicos	33
3.9.4. Recursos económicos	33

Capítulo IV	34
4. Resultados de la investigación	34
Capítulo V	55
5. Conclusiones	55
Capítulo VI	56
6. Propuesta	56
6.1. Nombre de la propuesta	56
6.2. Justificación	56
6.3. Marco institucional	57
6.4. Objetivos	57
6.4.1. Objetivo general	57
6.4.1. Objetivos específicos	58
6.5. Descripción de la propuesta	58
6.6. Beneficiarios	58
6.6.1. Beneficiarios directos	58
6.7. Diseño metodológico	59
6.8. Sostenibilidad	59
6.9. Presupuesto de la propuesta	59
Anexos	60
Bibliografía	

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico N° 1: Género de los pacientes.	34
Gráfico N° 2: Tipo de prótesis de los pacientes.	35
Gráfico N° 3: Material de fabricación de las prótesis.	37
Gráfico N° 4: Características de las prótesis.	39
Gráfico N° 5: Tiempo de uso de la prótesis.	41
Gráfico N° 6: Presenta lesiones.	42
Gráfico N° 7: Índice de higiene oral de los pacientes.	43
Gráfico N° 8: Higiene de la prótesis y del paciente.	45
Gráfico N° 10: Tipo de lesiones.	47
Gráfico N° 11: Número de lesiones de los pacientes.	50
Gráfico N° 12: Incidencias del material de fabricación en las lesiones.	51
Gráfico N° 13: Comparaciones.	53
Gráfico N° 14: Aplicación de ficha clínica.	68
Gráfico N° 15: Aplicación de ficha clínica.	68
Gráfico N° 16: Examen clínico al paciente.	69
Gráfico N° 18: Examen clínico al paciente.	70
Gráfico N° 20: Charla de la propuesta.	71

INTRODUCCIÓN.

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. Las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales.

Las prótesis dentales son tan antiguas así como el surgimiento de las lesiones producidas por las mismas. La colocación de las prótesis dentales puede originar diferentes respuestas de la mucosa oral debidas tanto a factores mecánicos como a factores químicos e incluso microbiológicos.

El uso de prótesis dentales trae consigo otros problemas como el cuidado y conservación de los dientes remanentes de la propia prótesis y su ajuste periódico, también produce la aparición de lesiones bucales en los tejidos blandos, se deduce que una de las causas de estas lesiones se debe a que la prótesis dental está mal ajustada, el exceso de movilidad, la mala higiene de la prótesis, también por los elementos químicos utilizados en la prótesis.

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, de modo que más del 95 % de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, con un promedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años.

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resulta de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas, por lo que continúan realizándose estudios epidemiológicos que intentan responder las interrogantes que aún subsisten.

Con esta investigación se concuerda ya que las lesiones bucales provocan de una u otra manera, por la mala higiene y la inadecuada conservación de la prótesis misma, por lo que es importante realizar los controles periódicos y proporcionar instrucciones sobre la higiene bucal en pacientes que usan prótesis removibles.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Prótesis dental removible y la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP, de la ciudad de Portoviejo, período septiembre 2014 – febrero 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿De qué manera la prótesis dental removible influye en la presencia de las lesiones bucales en tejidos blandos en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP, de la ciudad de Portoviejo, durante el período septiembre – febrero 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

La colocación de las prótesis dentales puede originar diferentes respuestas de la mucosa oral debidas tanto a factores mecánicos como a factores químicos e incluso microbiológicos.

A nivel mundial son muchos los estudios realizados para determinar las necesidades protésicas de la población. Es así como en Reino Unido en un período de 20 años, se observa que el uso de Prótesis Dental Removible, ha sido constante¹.

Analizando la obra de Lemus, Triana; Oksana Del Valle; Liscary, Carriera² (2009) nos indica que:

En la Habana – Cuba, estudios realizados determinan que las lesiones bucales tienen mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, de modo que más del 95% de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, con un promedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años.

Interpretando la obra de Sánchez, Troconis³ (1998) nos indica que:

En Venezuela, de acuerdo a un estudio de necesidades protésicas en la Facultad de Odontología de la U.C.V. en 1995, de 1107 pacientes, el 66,7% de la población estudiada requerían de algún tipo de prótesis dental, la mayor concentración de necesidades protésicas se encuentra en el sexo femenino y en la edad comprendida entre los 25 y 44 años de edad; la mayor parte de la demanda la constituyeron la Prótesis Parciales Removibles, seguida de la Prótesis Fija y en menor proporción la Prótesis Total.

De acuerdo a López⁴ et. al (2005) en Revista Dialnet se establece que: “la colocación de las prótesis dentales puede originar diferentes respuestas de la mucosa oral, debido tanto a factores mecánicos como a factores químicos e incluso microbiológicos” (párr. 1).

¹ Acta Odontol. Venez., dic. 1999, vol. 37, nº 3.

² Lemus Cruz, Leticia María, Dra.; Dra. Katy Triana; Dra. Oksana Del Valle Selenenko; Dra Liscary Fuertes Rufin; Dr. Rolando Sáez Carriera. (2009) Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa buca. Artículo. Rev. Cubana Estomatol. V. 46 n. 1 Ciudad de la Habana.

³ Sánchez Y., Andrés y Troconis Z. Irene, Od. (1998) Necesidades protésicas de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la U.C.V. Vol. 36 N° 2.

⁴ López Sánchez, Antonio, Moreno López Luis, Somacarrera Pérez, Mª Luisa, Nuño Ballester, Javier y Díaz Rodríguez, M. (2005) *Lesiones en la mucosa oral originadas prótesis*. Revista DIALNET No. 164

Analizando investigación en el Municipio de Camagüey, denominada Salud Bucal en pacientes portadores de prótesis etapa diagnóstica Mulet y Díaz (2006)⁵ citan:

De acuerdo a los resultados estadísticos obtenidos en cuanto al análisis descriptivo en sistema y servicios de salud, que en la muestra constituida por 43 personas, la enfermedad periodontal representa el 69.5%, caries dental, el 47.8% y la estomatitis subprótesis, el 23.2%, lesiones de mayores afecciones. La información higiénico sanitario-bucal fue evaluada en el 69.8% de los pacientes rehabilitados. (p. 2).

Con esta investigación se concuerda ya que las lesiones bucales se provocan de una u otra manera, por la mala higiene y la inadecuada conservación de la prótesis misma, por lo que es importante realizar los controles periódicos y proporcionar capacitaciones sobre la higiene oral en pacientes que usan prótesis removibles.

De acuerdo a la investigación realizada por Matos, y otros⁶ (2011), se menciona lo siguiente:

Al evaluar la prevalencia de lesiones bucales relacionadas con el uso de prótesis removibles, se encuentran anomalías en la mucosa bucal. Entre las lesiones que podemos encontrar tenemos: la hiperplasia fibrosa inflamatoria, candidiasis crónica atrófica, la queilitis angular y la úlcera traumáticas, en su orden de frecuencia. (párr. 1).

En la República del Ecuador, Balarezo⁷ (2012), afirma que: “El uso de prótesis dentales trae consigo otros problemas como el cuidado y conservación de los dientes remanentes de la propia prótesis y su ajuste periódico” (p. 14),

⁵ Mulet García, Mariela, Hidalgo, Siomara y Díaz Gómez, Silvia M. (2006), *Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa Diagnóstica*. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Camaguey. Archivo médico. p. 2.

⁶ Matos PG, Andrade P, Rode SA, Araujo SGC, Almeida SV, (2011) *Prevalencia de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis dentales removibles*. Facultad de Odontología. Universidad Federal de Bahía de Brasil. Revista Scielo. Párrafo 1

⁷ Balarezo Gutiérrez, Maritza Alexandra (2013) *Calidad bucal en la persona adulta mayor dependiente del Subcentro de Salud de Shiña, Área No 9 Nabón-Azuay- 2012*. Universidad Técnica Particular de Loja. Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local. Azuay, (p. 14).

En las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se ha observado que existen pacientes que utilizan prótesis dentales removibles, y que acuden a la consulta por lesiones bucales presentadas por las mismas. Desde el conocimiento científico se deduce que una de las causas de estas lesiones se debe a que la prótesis dental está mal ajustada, el exceso de movilidad, la mala higiene de la prótesis, también por los elementos químicos utilizados en la prótesis. Estas causas conllevan a que se presenten erosiones – úlceras, estomatitis subprótesis y entre otros, una gingivitis.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuáles son las lesiones bucales en tejidos blandos causadas por la prótesis dental removible en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP?

¿De qué manera contribuye el tiempo de uso de la prótesis dental removible en las lesiones bucales en tejidos blandos en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP?

¿Qué características presentan las prótesis dentales removibles de los pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo.	Ciencia de la Salud.
Área.	Odontología.
Aspecto.	Lesiones bucales en tejidos blandos.
Delimitación Espacial.	La investigación se llevará a efecto en las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo.

Delimitación Temporal. La investigación se efectuará en el período de septiembre 2014 – febrero 2015.

1.5. Justificación.

Las prótesis dentales, provocan desde ligeros cambios histológicos hasta una importante anormalidad clínica de naturaleza inflamatoria, por lo tanto, es necesario tomar medidas saludables con el uso de prótesis dentales para disminuir riesgos que favorecen la aparición de lesiones, por lo que es necesario trabajar con el paciente rehabilitado para mejorar su calidad de vida.

La investigación es importante porque permitirá identificar la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos provocados por el uso de la prótesis dental removible; además, se determinará el estado, las características y tiempo de uso de la prótesis; así mismo, cómo afecta el tiempo y uso en los pacientes portadores de la misma, que son atendidos en las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, toda vez que se reconoce que las prótesis removibles, sean parciales o totales, por su material utilizado en su elaboración o por la mala higiene causan deterioro o lesiones bucales.

Los resultados de la investigación aportarán a futuros estudios que se realicen en la USGP, tomando en consideración que la población adulta es la más propensa a presentar riesgos en relación a las lesiones bucales provocadas por prótesis dental removibles. Además, porque se establece un vínculo con el objeto de estudio, ya que a través del diagnóstico que se realice se determinarán los factores que inciden en las lesiones bucales de tejidos blandos por el uso de las prótesis dentales removible.

Para llevar a ejecución este trabajo investigativo, se tiene la oportunidad de la utilización de las clínicas de odontología que posee la USGP, ya que es necesario establecer los vínculos con la comunidad y de esa manera, el aporte de la Universidad hacia el grupo objeto de estudio.

Es factible en su realización porque se cuenta con el apoyo de las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo para realizar el estudio en las clínicas odontológicas de dicha institución superior. Además, se dispone de los recursos tecnológicos, materiales y el talento humano para la ejecución del proyecto de tesis.

Los beneficiarios directos serán los pacientes portadores de prótesis dental removibles atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo; porque una vez obtenidos los resultados de la investigación se podrá diseñar una propuesta de mantenimiento y conservación de las prótesis removibles contribuyendo de esta manera a mejorar las condiciones de salud oral en el grupo involucrado en la investigación.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Demostrar si la prótesis dental removible influye en la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos de pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, durante el período septiembre 2014 – febrero 2015.

1.6.2. Objetivos específicos.

Identificar la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos causadas por la prótesis dental removible en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP.

Establecer el tiempo de uso de la prótesis dental removible y su influencia en la presencia de lesiones bucales en tejidos blandos de pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP.

Determinar las características de las prótesis dentales removibles de los pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial Conceptual.

2.1. Prótesis dental.

Al referir acerca de las prótesis dentales, se realiza un análisis del artículo de González y otros⁸ (2012), indicando que: “Son instrumentos o aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñadas por el odontólogo y cuya misión es la de suplir las piezas dentarias pérdidas para restablecer la función masticatoria y la estética” (p. 278).

Analizando la información de Díaz⁹ (2005), se concluye que:

La prótesis constituye una alternativa por la pérdida de la dentadura. Pero aun cuando son una buena solución no están exentas de provocar daños, lo cual junto a la susceptibilidad de los tejidos proporcionados por la edad y por los inadecuados estilos de vida puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal, y en especial la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad. (p. 9)

De acuerdo a esta postura se ha demostrado que cuando las prótesis son tan viejas están desajustadas e incorrectamente confeccionadas o en mal estado, el individuo corre el riesgo de tener lesiones bucales lo cual contribuye a un deficiente estado de la cavidad bucal y afectando a la salud de las personas.

⁸ González Presa, Zeltia, Almuena Tasende Pereiro, Pereiro Saavedra, Mercedes, (2012), *Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria*, Coruña. (p. 298)

⁹ Díaz Guzmán, L.M. Zarate Gay, O. (2005), *Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos*. Revista Asociación Dental Mexicana. (ADM). (p. 9)

Enfocando el estudio la obra de Carreira y Almagro¹⁰ (2000), se resume que: “existe relación entre el tiempo de uso, la higiene y el estado de la prótesis con el incremento de las lesiones de la mucosa oral” (p.133).

Desde este punto de vista, se debe considerar que toda prótesis puede sufrir transformaciones, lo que hace que se produzcan cambios en los tejidos de sostén, por lo que se debe educar al paciente, a que asista a las consultas odontológicas a fin de vigilar y reacondicionar los aparatos protésicos, bien sea reajustando la articulación dentaria o rehaciéndolos totalmente.

2.1.1. Prótesis removible.

Según el trabajo de González y otros¹¹ (2012), podemos encontrar prótesis parcial removible, analizando el contenido se cita:

Son prótesis dentomucosoportadas por tanto se sujetan en los dientes del paciente y se apoyan en la mucosa. En estos casos no es necesario reponer todos los dientes ya que el paciente sólo presenta algunas ausencias. Como su nombre indica, son removibles y por tanto pueden ser retiradas de la boca por parte del propio paciente. (p. 26-32).

2.2. **Prótesis removible de acrílico.**

Analizando la obra de Denturalia¹² 2012 nos indicó que:

Las prótesis removibles de resina, agrupan aquellas que son realizadas con resina acrílica (u otros plásticos), y que pueden ser colocadas y extraídas por el paciente. La elaboración de estas prótesis dentales ha de atender tanto a criterios funcionales como estéticos, y debemos invitar al paciente a la realización de una higiene cuidada, tanto de la cavidad oral como de la prótesis, que debe ser extraída para su limpieza.

¹⁰ Carreira Piloto V y Almagro Urrutia ZE. (2000) *La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales*. Rev Cubana Estomatol.; 37(3):133-9.

¹¹ González Presa, Zeltia y otros. (2012), *Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria*. Cad Aten Primaria. Volumen 18. Pág. 26-32.

¹² Denturalia 2012. {En línea}. Consultado: {5, de febrero, 2015}. Disponible en: <http://www.denturalia.com/tipos-de-protesis-dentales/>

Analizando el blog del Dr. Azcona Sergio¹³ (2014), se determinó lo siguiente:

Consiste en una prótesis que reemplaza las piezas ausentes y está compuesta por tres componentes: Las piezas dentales, una base de acrílico rosa, que realiza la función de estructura y soporte de los dientes, y unos ganchos forjados (metálicos) que sirven para retener la prótesis.

Uno de los síntomas más comunes de las posibles patologías que puede sufrir la mucosa, es el "ardor". Este obedece a múltiples causas, como afecciones sistémicas (deficiencia de vitamina B12, diabetes mellitus, inmunodepresión, distrofias, etc.), traumatismos mecánicos (por desadaptación protética o parafunción), estomatitis protésica, y también reacciones alérgicas a los materiales de resina con los cuales se confecciona la prótesis dental.

La característica clínica principal es un enrojecimiento de la mucosa en la zona del asiento protético, los síntomas aparecen en las primeras horas o días del contacto con el alérgeno y desaparecen con la suspensión del uso de la prótesis.

Las manifestaciones orales se conocen como estomatitis de contacto. Presenta inflamación y edema de la mucosa acompañada de una severa sensación de quemazón, vesícula que evoluciona a úlceras, eritemas, edemas y pápulas se presentan en las reacciones más severas, así como también ampollas exudativas.

¹³ Dr. Azcona S. *colegio de odontología de Córdoba*. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014} Disponible en: <http://www.colodontcba.org.ar/cientifica1.html>

2.3. Prótesis removible de cromo cobalto.

Como menciona Dental total¹⁴ tenemos que:

Este tipo de prótesis son muy resistentes por su estructura metálica. Son las más chicas. Está compuesta por tres componentes: El armazón, los ganchos de cromo y tiene una base de material deacrílico que sirve de soporte para los dientes.

Como menciona el Dr. García¹⁵ y la Dra. Cuenca tenemos que:

Estas prótesis están indicadas cuando aún hay piezas dentarias en los maxilares en las cuales se apoya para una mejor adaptación. Si bien en su conformación son metálicas, están recubiertas en la zona de las piezas a reemplazar con acrílico. En cuanto a sus retenedores, al ser en su conformación tipo media caña no son tan agresivos como los retenedores de las prótesis de acrílico.

El Od. Iruretagoyena M.¹⁶ (2014), nos indica:

2.3.1. Características de prótesis de cromo cobalto.

Debe ser funcional: Permitir una correcta fonación y masticación.

Debe ser estética: Imitar a los demás dientes remanentes en tamaño, forma y matiz.

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.

¹⁴ Dental total. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014} Disponible en: <http://www.dentaltotal.com.ar/protesis-dentales-la-informacion-que-estabas-esperando/>

¹⁵ Dra. Cuenca G, Dr. Garcia D, {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014}. Disponible en: <http://odontologialuro.com.ar/Protesis%20cromo.html>

¹⁶ Od. Iruretagoyena M. Editorial salud dental, Argentina {Abril 2014}. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014} 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.

2.3.2. Ventajas.

Analizando la publicación de Prótesis Dental¹⁷ se pudo exponer que: “En primer lugar, las dentaduras no sólo reemplazan los dientes que faltan, sino también el hueso faltante, así como los tejidos de las encías. Por esta razón, las prótesis removibles son a menudo necesarias para proporcionar una apariencia estéticamente agradable”

En segundo lugar, las prótesis removibles son más fáciles de mantener y de limpiar. Es una ventaja para muchos pacientes que tienen dificultades para cepillarse los dientes y usar diariamente hilo dental.

Las prótesis removibles son más adaptables. Si se va a perder en un futuro más dientes adicionales, los cambios en el diseño del aparato se pueden hacer.

¹⁷ Prótesis Dental. {En línea}. Consultado: {5, de febrero, 2015}. Disponible en: <http://protesisdentales.org.es/removibles>

2.3.3. Desventajas.

Franco, R. M.¹⁸ señalo que:

Muchos pacientes se quejan del uso de ganchos que son visibles, pero actualmente se pueden utilizar otros sistemas de retención que evitan el uso de estos. La adaptación a una PPR toma algo de tiempo, especialmente una prótesis inferior porque los paciente sienten interrupción en el movimiento de la lengua.

2.4. **Prótesis flexibles de nylon removibles.**

Analizando el blog de Prótesis Dentales¹⁹ resumimos:

Las dentaduras flexibles se consideran una forma cómoda, práctica alternativa a las prótesis duras que pueden causar incomodidad, especialmente en las encías y con los cambios de la edad. Las prótesis flexibles combinan los dientes protésicos con una base suave, que es capaz de adaptarse a la forma de las encías, incluso a medida que éstas cambian con el paso de los años. Se consideran más duraderas y capaces de ofrecer una mayor capacidad de a la hora de masticar, por lo general son más discretas, más higiénicas y más rápidas de hacer que las prótesis duras.

¹⁸ Franco, R. M. (s.f.). *Laboratorio dental Franco*. Obtenido de <http://rosmill.webcindario.com/ppr-cromo-cobalto.htm>

¹⁹ *Prótesis dentales*. (s.f.). Obtenido de <http://protesisdentales.org.es/flexible>

2.4.1. Ventajas de prótesis flexibles.

Excelente memoria plástica.

Irrompible.

Durabilidad.

Muy livianas.

Estética, confortable.

Rompefuerzas.

Flexibilidad.

2.4.2. Pros y contra de las prótesis flexibles.

Analizando el blog de PropDental²⁰ (2013) resumimos:

Antes de empezar a hablar de los pros y los contras de este tipo de prótesis hay que decir que estamos ante una solución muy efectiva puesto que cumple las tres funciones fundamentales que se espera de una prótesis: Soporte, estabilidad y retención.

Una de las ventajas principales de la prótesis flexible es la estética ya que estamos ante una opción que nos propone un resultado más natural en comparación con otras prótesis. Además y como es lógico hay que destacar su flexibilidad así como también la resistencia hipoalergénica. Por otra parte hay que destacar factores negativos tales como el rechinar que se produce en aquellas personas que tienen problemas relacionados con la mordida o que estamos ante una herramienta que en caso de fractura no se podrá reparar.

²⁰ PropDental. {2013}. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014}. Disponible en: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/ventajas-e-inconvenientes-de-las-protesis-flexibles/>

2.5. Características de las prótesis parciales removibles.

De acuerdo a las características de las prótesis parciales removible, se pudo analizar el blog del Laboratorio Dental Franco, (2012), resumiéndose:

Son removibles significa que pueden retirarse de la boca del paciente para su mejor higiene. Posee retenedores y apoyos, esto con la finalidad de tener estabilidad y fijación para evitar los movimientos de la prótesis en boca. En su gran mayoría están confeccionadas de acrílico y un soporte de metal. (párr. 2).

Resumiendo lo citado por los autores González y otros (op. cit)²¹ acerca de la prótesis completa removible, se concluyó que:

La prótesis completa mucosoportada es una prótesis que construimos para los pacientes desdentados totales, en la que se incluyen todas las piezas dentarias y que por tanto se apoya exclusivamente sobre la mucosa. Es removible y por ello puede ser retirada de la boca por parte del paciente cuando él quiera. El material con el que se confeccionan tanto las superiores como las inferiores es el acrílico ya que la porosidad de éste absorbe humedad que ayuda a mantener la fijación de las mismas.

2.6. Higiene Orodentoprotésica.

Según estudios realizados a cerca de la higiene orodentoprotésica, se pudo encontrar los efectuados por Bordas y col.²² (S.F), enfatiza:

Aquellas personas portadoras de prótesis, completas o parciales removibles, no están exentas de las lesiones bucales. También se adhieren las proteínas salivales y se forman colonias de bacterias formándose una placa bacteriana, ésta produce toxinas que irritan los tejidos blandos. Por lo tanto, la higiene dental es fundamental, debe de hacerse una adecuada prevención mediante un correcto control. (p. 536).

²¹ Op. Cit.

²² Bordas Guijarro Javier y colab. (S.F), *Patología Bucal*, Capítulo 51. p. 536

Mariela Mulet Garcia²³ (2006) comenta que:

La deficiente higiene de las prótesis favorece la formación de placa bacteriana y en múltiples casos a la inflamación de la mucosa bucal, provocando la infección de los tejidos a causa de microorganismos, cuyos medios de cultivo son los restos de alimentos depositados en la prótesis. Para la limpieza de la prótesis una premisa es fundamental; no es cuestión de limpiar mucho sino de limpiar bien.

Según los estudios realizados en la Clínica Dental Madrid²⁴ se enfatiza que: “es importante la higiene de la prótesis así como de la propia boca, por salud, por comodidad y por su propio bienestar, la buena higiene además evita el deterioro de la prótesis.”

Leyendo el blog de Dentaid²⁵ (2008) se pudo transcribir que:

La duración de las prótesis dentales dependerá de muchos factores, pero uno de los más importantes es la motivación del paciente en el momento de cuidarlas. Por este motivo, el especialista debe evaluar su adecuado funcionamiento de forma regular, así como realizar una sesión informativa para asegurar que el paciente realiza una colocación correcta de la prótesis y para conocer los puntos de estabilidad masticatoria y las técnicas específicas de cuidado diario.

Leyendo el artículo de Zeltia González Presa²⁶ (2012) y otros afirman que:

Se les informaba que deberían realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de las mucosas y las prótesis:
Sacar las prótesis después de cada comida y limpiarlas con un cepillo dental y jabón neutro.

²³ Mariela Mulet García, S. H. (2006). *redalyc.org*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117629005.pdf>

²⁴ *Clínica dental madrid*. (s.f.). Obtenido de consejos para pacientes portadores de prótesis: <http://madridclinicadental.es/information-view/consejos-para-pacientes-portadores-de-protesis/>

²⁵ *Dentaid*. (2008). Obtenido de Protesis dental: fijacion y mantenimiento: <http://www.dentaid.com/es/protesis-dentales>

²⁶ Zeltia González Presa, A. T. (2012). *Orixinails*. Obtenido de Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de atención primaria: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Orixinails_5_Cadernos.pdf

Sumergir la prótesis en una solución desinfectante durante aproximadamente quince minutos por lo menos una vez a la semana y enjuagarla con abundante agua corriente antes de colocarla de nuevo en la boca
Retirar la prótesis de la boca durante 6-8 horas al día
Conservarla en un ambiente húmedo (sobre una servilleta mojada o dentro de una caja).

Según los estudios realizados por Mariela Mulet García²⁷ (2006) afirma que:

Existe una deficiente educación sanitaria bucal en los pacientes portadores de prótesis dental, que además están sometidos a un gran número de factores de riesgo que favorecen la aparición de afecciones de la cavidad bucal, lo que puede evitarse si se explotan herramientas como la educación para la salud y de esta forma mejorar la información y la actitud en lo que a salud bucal se refiere.

La prótesis parcial removible, aun cuando esté bien planeada, diseñada y construida, puede llegar a ser un medio de pérdida de dientes por caries y enfermedad periodontal en presencia de pacientes con higiene bucal deficiente, ya que la misma permite la rápida acumulación de la placa dentobacteriana en zonas difíciles de limpiar, donde es limitada la acción de la lengua y la saliva y crea un ambiente adecuado para la proliferación bacteriana, por lo que el éxito dependerá en grado considerable de la cooperación brindada por el paciente para desarrollar un buen programa de higiene bucal.

²⁷ Mariela Mulet García, S. H. (2006). *redalyc.org*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117629005.pdf>

Analizando la revista de la Dra. Gema Luzardo García del Prado²⁸ (2002) se pudo transcribir que:

Devolver a las personas el estado de salud fisiológico es un reto, y requiere del clínico no solo agudeza en el diagnóstico, maestría en una amplia variedad de modalidades y tratamientos, sino también una gran sistematicidad en la labor educativa del paciente antes, durante y después del tratamiento, para lograr hábitos de conducta de higiene bucal aceptables, que le permitan prevenir la instauración de la caries y la enfermedad periodontal, con un excesivo cuidado en el control y remoción de la placa dentobacteriana, factor etiológico causal una vez instalada la prótesis parcial removible, para garantizar así alargar la vida útil del aparato protésico y el futuro éxito del tratamiento.

2.7. Definición de Lesiones Bucales.

Guanolema²⁹ (2012), manifiesta que:

Las lesiones bucales son protuberancias, manchas o llagas en la boca, los labios o la lengua. Si bien existen muchos tipos de llagas y trastornos bucales, entre los más comunes se encuentran las aftas, el herpes labial, la leucoplasia y la candidiasis. (p. 10).

2.8. Tipos de lesiones bucales.

Las más frecuentes en el ámbito de la mucosa bucal son las aftas bucales. Son úlceras, rodeadas de un halo enrojecido, con un tamaño que va desde el de la cabeza de un alfiler a grandes úlceras que se producen en la boca. Suelen doler y cicatrizan rápidamente sin dejar huella. Curan espontáneamente en una semana o diez días. Su etiología es controvertida: infecciones virales, estrés, factores alimentarios, estados disfuncionales, etc. Ocasionalmente puede ser grande, de difícil tratamiento y causar un severo malestar a quien las padece.

²⁸ Dra. Gema Luzardo García del Prado, D. M. (Septiembre-Diciembre de 2002). *sCielo*. Obtenido de Revista Cubana de Estomatología: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300007

²⁹ Guanolema Curicama, Blanca Maribel, (2012), *Estrategias de prevención e intervención en problemas odontológicos de los niños que acuden al Centro de Desarrollo de la niñez CDN 459 Dulce Refugio Compassion de la ciudad de Riobamba. 2010-201*. Guayaquil. (p.10)

Analizando la información de TE Daniels³⁰ (2011), al referir a úlcera bucales se muestra:

Hay diferentes tipos de úlceras pueden aparecer en cualquier parte dentro de la boca. Algunos de los lugares donde pueden ocurrir las úlceras bucales son: El fondo de la boca, la parte interna de los carrillos, las encías, los labios, la lengua. (Párrafo 1).

Según el comentario de Ezquenazi³¹ (2006), se puede determinar que: “las pérdidas de sustancias en los tejidos blandos de la boca pueden ser síntomas de alguna afección. Para ello el odontólogo debería realizar un seguimiento de cualquier solución” (párr. 2).

Al referir al tipo de lesiones bucales, se analizó la información de Gutiérrez e Iglesias³² (2009), establece: “Cuatro subgrupos: lesiones ulcerosas, lesiones exofíticas, lesiones pigmentadas y lesiones blancas” (p. 160).

Considerando el libro de Gutiérrez e Iglesias,³³ (op.cit), se puede conocer que:

Entre las lesiones ulcerosas más frecuentes son las aftas bucales. Éstas son úlceras rodeadas de un halo enrojecido, con un tamaño que va desde el de la cabeza de un alfiler a grandes úlceras que se produce en la boca. Otras, como las úlceras traumáticas, que se forman por presión debido a alguna prótesis.

³⁰ TE Daniels, (2011) Diseases of the mouth and salivary glands. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, Traducido por Dugdale, David C. (p.433)

³¹ Ezquenazi, Karina, Dra. (2006) *Lesiones más frecuentes de los tejidos blandos en la cavidad bucal*. Artículo en Intramed. (párrafo 2).

³² Gutiérrez López e IGLESIAS Esquiroz, Pedro, (2009) *Técnica de ayuda odontológica/estomatológica*. Editex.(p. 160)

³³ Op. cit

Según Baena y otros³⁴, (2005), cita la estomatitis subprótesis, para lo cual se la define:

Es una inflamación crónica de origen multifactorial de la mucosa del paladar que está en contacto con la superficie de ajuste de las prótesis dentales removibles, causa lesiones atróficas con presencia de zonas eritematosas o hiperplásicas de la mucosa palatina (p. 8).

Se realizó una revisión de la obra de Wang (2002)³⁵, en la que se concluye que:

La Gingivitis se encuentra dentro de las enfermedades periodontales, siendo una de las etiologías más prevalentes de la cavidad oral, inducida por placa que es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped (p. 14).

Refiriendo al artículo de Gutiérrez e Iglesia³⁶ (op cit), caracteriza la candidiasis como:

“una infección por *Candida albicans*; hongo que afecta principalmente a personas inmunodeprimidas o con sus defensas disminuidas. Por ejemplo, puede afectar a las personas diabéticas y a los portadores de prótesis (factor local que favorece la infección” (p. 101).

Analizando las aftas bucales, se concluye en el estudio de Rodríguez³⁷ (2010), el autor considera que hay muchos factores que pueden causar estas lesiones o infecciones bacterianas. “Cuando se ha tenido problemas con la dentadura: un alambre de ortodoncia suelto, una dentadura que no ajusta bien, o el borde afilado de un diente o una obturación” (p. 15-16).

³⁴ Baena-Monroy T, y otros. (2005), *Colonización por Candida albicans, Staphylococcus aureus y streptococcus utans en pacientes portadores de prótesis dentales*. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal (p.8)

³⁵ Wang L. (2002), *Periodontal diseases in the child and adolescent*.JCP (Mich) 2002; p. 14.

³⁶ Op. Cit. Pág. 101

³⁷ Rodríguez M. (2010) .The Preliminary Programfor IADR Venezuela Division Annual Meeting. November. Pag. 15-16

Investigando la obra de Akpan³⁸ (2002), se concluye: “La Candidiasis asociada a prótesis bucales, es una entidad muy frecuente, la presentan el 88% de los pacientes portadores de placas totales, se asocia a la mala higiene bucal y desajuste de la prótesis” (p. 455).

2.8.1. Épulis fisurado.

Analizando en blog de Marieli Chagoya³⁹ (2012) se expuso que:

El épulis fisurado (EF), tumor fisurado por prótesis traumatógena o hiperplasia inflamatoria fibrosa, es un crecimiento hiperplásico de la mucosa en la encía o surco vestibular, en relación con el borde de una dentadura que le da un aspecto hendido o fisurado.

Características clínicas.

Aumento de volumen con forma de cordones fibrosos que se disponen paralelamente al reborde alveolar.

Pueden ser maxilares o mandibulares.

Consistencia firme.

Color rosado pálido, rojo si están erosionados.

Cuando lleva mucho tiempo de evolución se torna más pálida que la mucosa adyacente.

2.8.2. Estomatitis subprótesis.

La estomatitis subprótesis, es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnóstica dentro de la patología oral. Habitualmente se localiza en el paladar duro de

³⁸ Akpan, Morgan (2002), *Oral candidiasis*. Review. Postgrad Med.; (p. 455)

³⁹ Blog (2012). {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014}. Disponible en: <http://epulisfisuradaprosto.blogspot.com/>

los pacientes que utilizan prótesis dentales mucosoportadas, por lo que se define como un proceso inflamatorio de la mucosa oral relacionado con una prótesis removible.

Analizando el artículo de Ayuso Montero y otros⁴⁰ (2005) se determinó que:

La estomatitis por prótesis es una inflamación crónica de la mucosa oral que está en contacto con prótesis extraíble. No es fácil clasificar la estomatitis protésica (también denominada estomatitis sub-placa) dentro del abanico de la patología bucal.

Leyendo el artículo de Caballero⁴¹ (2002) se pudo conocer que:

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

Observando la obra expuesta por Cobos & Pastor⁴² se pudo exponer que: “La ESP es una patología más frecuente en mujeres que en hombres y se observa frecuentemente, en sujetos con edades comprendidas entre 25 y 90 años”.

Analizando el artículo de Ayuso Montero y otros⁴³ (2005) se cita que:

Lo cierto es que hay varios factores predisponentes, como son la falta de higiene oral, la edad (que conlleva normalmente el consumo elevado de medicamentos que inducen un flujo salivar reducido), infecciones por *Cándida*, diabetes, déficits inmunológicos, consumo de tabaco y tener colocada la prótesis por la noche. La patología siempre se presenta en portadores de

⁴⁰ Ayuso Montero, R., Torrent Collado, J., & López López, J. {29 de Diciembre de 2005}. *Estomatitis protésica: Puesta al día*. Recuperado el 26 de Enero de 2015, de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/27122/1/521454.pdf>

⁴¹ Caballero, B. {23 de Diciembre de 2002}. *Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamientos*. Recuperado el 26 de Enero de 2015, de <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>

⁴² Cobos, M. R., & Pastor, M. (s.f.). *Acta Odontológica Colombiana*. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/33851/1/33778-150059-1-PB.pdf>

⁴³ Ayuso Montero, R., Torrent Collado, J., & López López, J. (29 de Diciembre de 2005). *Estomatitis protésica: Puesta al día*. Recuperado el 26 de Enero de 2015, de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/27122/1/521454.pdf>

prótesis extraíbles (que pueden provocar traumatismos de repetición, reacciones alérgicas y pueden suponer un nicho para los microorganismos y residuos alimentarios cuando sus superficies son rugosas).

Examinando la obra de Janet⁴⁴ (2001) afirma que:

La mayoría de los estudios realizados reportan que la etiología de la Estomatitis Subprotésica es multifactorial. Sin embargo, mencionan como causas las siguientes:

Trauma ocasionado por la dentadura (incluyendo uso continuo de la prótesis).

Higiene de la prótesis (incluyendo reacción a la placa dental).

Reacción irritante y alergia al material de la base de la prótesis.

Factores dietéticos (incluyendo los que causan deficiencias hematológicas).

Infección micótica.

Factores sistémico.

Observando la publicación de Sánchez⁴⁵ (2009) se referencio que:

Clínicamente se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica en la zona donde apoya la base de una prótesis removible, tanto parcial como completa. Es mucho más frecuente en el paladar donde dibuja perfectamente la base protética tanto si es metálica como acrílica. En cuanto a su sintomatología, pueden presentar sensación de quemazón y picor, pero en la mayoría de los casos son asintomáticas y suele tratarse de un hallazgo casual durante la exploración de la mucosa oral en una revisión odontológica de rutina.

⁴⁴ Janet, L. (05 de Mayo de 2001). *Acta Odontológica*. Recuperado el 27 de Enero de 2015, de http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/estomatitis_subprotesica.asp

⁴⁵ Sánchez, J. N. (27 de Febrero de 2009). *Gaceta dental*. Obtenido de <http://www.gacetadental.com/2009/02/lesiones-en-la-mucosa-oral-originadas-por-prtesis-31690/>

Analizando la página de Cobos & Pastor⁴⁶ relatan que: Algunos autores como Dervis E y colaboradores, refieren que los signos clínicos de la ESP podían clasificarse según su severidad clínica, de tal manera que los ha denominado:

Tipo I: Inflamación simple localizada en forma de petequias.

Tipo II: Inflamación simple generalizada, en toda la superficie mucosa delimitada de la prótesis.

Tipo III: Inflamación granular o papilar hiperplásica generalizada.

El tratamiento de la ESP debe iniciar con la eliminación del aparato protésico o renovación del mismo. La eliminación de los factores locales y la utilización de medicamentos que favorezcan la resolución del cuadro clínico, mejoran su pronóstico. Por tal razón se recomienda higienizar la prótesis tres o cuatro veces al día; utilizar enjuagues bucales y usar terapia con antifúngicos. Últimamente se han iniciado a utilizar otras terapias como la miel de abeja, láser blando y el ozono con resultados óptimos en la resolución de la patología.

Observando la obra de Cardozo⁴⁷ (2002) se citó que:

Terapia Antimicótica:

Tanto la Nistatina como la Anfotericina, han sido usadas con éxito en el tratamiento tópico de la E.S.P.

Tratamiento protésico:

Diversos investigadores, quienes consideran al trauma como un factor etiológico significativo de la E.S.P., señalan que la construcción de prótesis dentales nuevas puede mejorar las condiciones del tejido subyacente.

⁴⁶ Cobos, M. R., & Pastor, M. (s.f.). *Acta Odontológica Colombiana*. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/33851/1/33778-150059-1-PB.pdf>

⁴⁷ Cardozo, G. P.-E. (18 de Enero de 2002). *Acta Odontológica Venezuela*. Obtenido de http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/tratamiento_estomatitis_sub_protesica.asp

2.8.3. Hiperqueratosis.

Analizando el blog de Emma⁴⁸ (2011) se pudo citar que:

Es una alteración común de la mucosa bucal, interpretada como normal, se ve una línea blanca que se extiende anteroposteriormente en la mucosa bucal a lo largo del plano oclusal, no se considera una patología de gravedad.

Características clínicas: línea blanca- grisácea elevada, que se extiende a una área triangular dentro de la comisura de los labios a la región molar.

2.8.4. Leucoplasia.

Es la lesión precancerosa más frecuente de la mucosa oral, habiendo sido definida desde hace algunos años bajo un contexto eminentemente clínico, como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede caracterizarse o catalogarse como ninguna otra lesión definida y en la que existe un riesgo constatado de desarrollar cáncer oral.

Manifestaciones clínicas:

Hay dos tipos fundamentales de leucoplasias las homogéneas y las no homogéneas, estas últimas a su vez se subdividen en eritroleucoplasias, nodulares y exofíticas.

Una leucoplasia homogénea es una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral, uniformemente plana, con una fina apariencia que puede presentar como grietas o hendiduras poco profundas y tiene una superficie fina, con depresiones y resaltes; su consistencia no es dura.

⁴⁸ Blog (2011). {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014}. Disponible en: <http://dntistrymed.blogspot.com/2011/09/linea-alba-oclusal-hiperqueratosis.html>

2.8.5. Lesiones Exofíticas.

De acuerdo al documento de Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, Bermejo⁴⁹ (2005), conceptualiza a las lesiones exofíticas como: “una lesión sólida, que hace relieve franco sobre de la mucosa oral normal detectable a la inspección y a la exploración, y generalmente es de consistencia blanda, elástica o duroelástica”

2.8.6. Lesiones anatomopatológicas causadas por las prótesis.

Revisando información de las lesiones por prótesis dentales de González Schiele y colab.⁵⁰ (2009; p. 1, 2) se encuentra que las lesiones pueden ser de dos tipos: agudas o crónicas.

2.8.7. Lesiones agudas.

Son aquellas que se producen por prótesis nuevas y mal ajustadas que ejercen una presión excesiva sobre tejidos blandos provocando isquemia arterial y/o ulceración y dolor.

2.8.8. Lesiones crónicas.

Analizando la información de Gonzalez Chiele, Gloria y otros⁵¹(2009) se resumió que:

Se deben a una alteración gradual del tejido de sostén. La prótesis se hace inestable por lo que no encaja adecuadamente produciendo leves roces sobre el tejido. Esto conducirá a un proceso de inflamación que dará lugar a una hiperplasia papilar, denominada papilomatosis.

⁴⁹ Bermejo-Fenoll A, López-Jornet P. (2005) Differential diagnosis of exophytic lesions of soft oral tissue. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.

⁵⁰ González Chiele, Gloria, M. del Mal Casado Pingarrón, Cristina Rubio Pérez, (2009), *Revisión Bibliográfica: Lesiones por prótesis dentales; 4 últimos años. Anatomía Patología General y Bucal*. P. 1-2

⁵¹ González Chiele, Gloria, M. del Mal Casado Pingarrón, Cristina Rubio Pérez, (2009), *Revisión Bibliográfica: Lesiones por prótesis dentales; 4 últimos años. Anatomía Patología General y Bucal*. P. 1-2.

2.9. Hipótesis.

Prótesis dental influye significativamente en la presencia de lesiones bucales.

2.9.1. Unidades de Observación y Análisis.

Las unidades de observación y análisis serán los pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP de la ciudad de Portoviejo, durante el período Septiembre 2014 – Febrero 2015.

2.9.2. Variables.

Variable Independiente: Prótesis dental removible.

Variable Dependiente: lesiones bucales en tejido blando.

2.9.3. Matriz de operacionalización de variables.

(Anexo 1) (p. 60.)

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Corresponde a un estudio epidemiológico de campo.

3.2. Tipo de investigación.

Investigación es de tipo descriptiva de corte transversal. Es descriptivo porque se detalla y se estudian cada una de las variables. Además, es corte transversal prospectiva, por cuanto se realizará el estudio desde septiembre 2014 hasta febrero 2015.

3.3. Métodos.

3.3.1. Método de observación directa.

Este método es de utilidad en la investigación porque mediante ello se podrán observar las características que presentan la prótesis dental removibles de los pacientes en estudio; además se detectará la presencia de lesiones bucales en tejido blando.

3.3.2. Método inductivo – deductivo.

Será de gran utilidad porque se parte de la observación a través del examen clínico odontológico, en el que se examinará la prótesis dental removible, sus características, tiempo y uso de la misma; así mismo, se identificará si existen lesiones bucales en tejido blando; luego se procederá a realizar la debida revisión de los dos factores y establecer las conclusiones y determinar si la prótesis dental removible influye en las lesiones bucales en tejido blando.

3.3.3. Método hipotético – deductivo.

Este método será de gran utilidad porque se pretende verificar o rechazar la hipótesis planteada al inicio de la investigación y así llegar a la generalización y demostrar que portar prótesis dental removible influye significativamente en la presencia de lesiones bucales.

Para el examen clínico odontológico se procederá a utilizar un elemento de separación (baja lengua), una fuente de luz y guantes para examen. El procedimiento se llevará a cabo comenzando por los labios. A continuación, quitado las prótesis cuando correspondiere, se inspeccionará la mucosa de los carrillos y de los fondos de surco vestibular y lingual. Luego se observará el paladar duro y blando y los pilares del velo. La inspección finalizará tomando la lengua con una gasa, rebatiéndola suavemente hacia los lados, observándose sus bordes y hacia arriba buscándose la presencia de lesiones en su cara ventral y en el piso de la boca.

3.4. Instrumentos.

Matriz de observación: Ficha clínica odontológica. (Anexo 2) p. 62.

3.5. Población y Muestra.

3.5.1. Criterios de inclusión: Pacientes portadores de prótesis que asisten a las clínicas de odontología de la USGP en cualquier disciplina de la formación profesional.

3.5.2. Criterios de exclusión: Pacientes que no usen prótesis dental y que no quieran colaborar con la investigación.

3.6. Recolección de la información.

La información se obtendrá por medio de la ficha clínica odontológica donde se recolectará la información necesaria para determinar si existen lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental removibles, sus tipos de lesiones y las características de las placas.

3.7. Procesamiento de la información.

Para procesar la información se utilizará el programa utilitario EXCEL 2010 y se representarán los valores mediante frecuencias de las variables; así como los porcentajes. Los resultados se expresarán en gráficos estadísticos de tipo circular.

3.8. Ética.

A los pacientes portadores de prótesis dental removible que participarán en la investigación se les aplicará el consentimiento informado, en la que se explicará la participación voluntaria en la investigación y así, obtener la información necesaria y alcanzar los objetivos propuesto. En caso que el paciente no esté de acuerdo en participar se lo excluirá sin ningún problema.

3.9. Recursos.

3.9.1. Recursos humanos:

Investigador.

Directora de tesis.

3.9.2. Recursos materiales:

Instrumental de examen (proporcionado por el investigador: espejo dental, pinzas, explorador, baja lenguas).

Porta servilletas.

Toallas de papel desechables.

Bandeja de uso Odontológico.

Guantes.

Mascarilla.

Torundas de algodón.

Desinfectantes de mano.

Fundas desechables.

Tinta.

Papel A4.

Lápiz, lapiceros.

3.9.3. Recursos tecnológicos.

Computadora, impresora.

Cámara.

3.9.4. Recursos Económicos.

\$529.20

3.9.5. Presupuesto.

(Ver Anexo 4) p. 65.

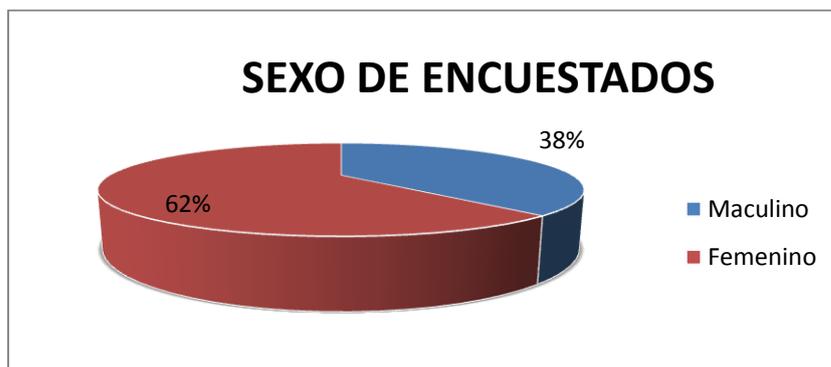
CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los resultados.

Gráfico 1.

Genero de los pacientes.

SEXO DE ENCUESTADOS		
Masculino	23	38%
Femenino	37	62%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

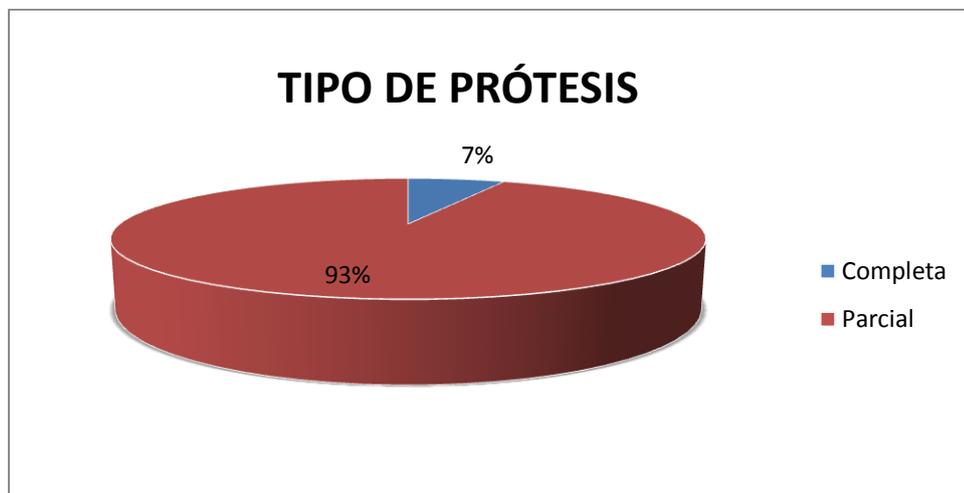
Análisis.

Según el gráfico No. 1 en lo referente al sexo de los encuestados se pudo determinar que el género femenino predomina con un 62% mientras que el 38% representa al género masculino.

Gráfico 2.

Tipo de prótesis.

TIPO DE PRÓTESIS		
Completa	4	7%
Parcial	56	93%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

El porcentaje encontrado en el gráfico No. 2 según el tipo de prótesis en 60 pacientes encuestados se obtuvo que el 93% usa prótesis parcial, mientras que el 7% usa prótesis completa.

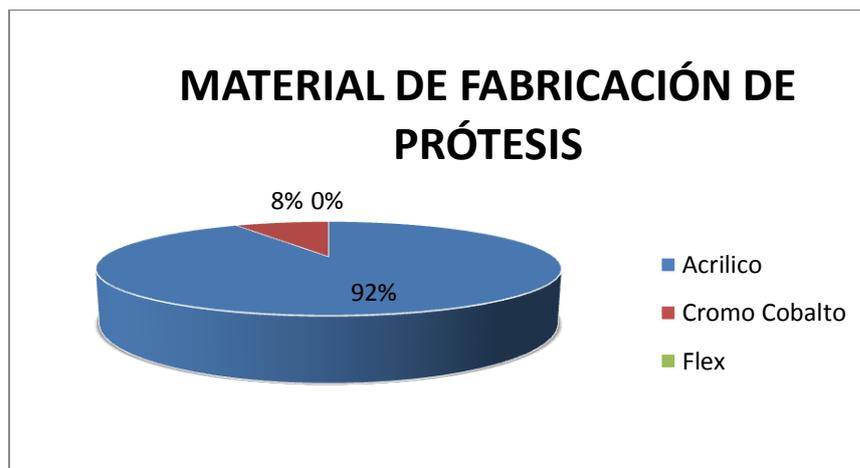
Al referir acerca de las prótesis dentales, se realiza un análisis del artículo de González y otros⁵² (2012), indicando que: “Son instrumentos o aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñadas por el odontólogo y cuya misión es la de suplir las piezas dentarias perdidas para restablecer la función masticatoria y la estética” (p. 10).

⁵² González Presa, Zeltia, Almuena Tasende Pereiro, Pereiro Saavedra, Mercedes, (2012), *Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria*, Coruña. (p. 298)

Grafico 3.

Material de fabricación de las prótesis.

MATERIAL DE FABRICACION DE PRÓTESIS		
Acrílico	55	92%
Cromo Cobalto	5	8%
Flex	0	0%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

En el gráfico No. 3 según el material de fabricación de las prótesis, se observa que el 92% de los pacientes usa prótesis de Acrílico, mientras que el 8% usa prótesis de Cromo Cobalto y el 0% usa prótesis Flex.

Como indica el Dr. Azcona Sergio⁵³:

Consiste en una prótesis que reemplaza las piezas ausentes y está compuesta por tres componentes: Las piezas dentales, una base de acrílico rosa, que realiza la función de estructura y soporte de los dientes, y unos ganchos forjados (metálicos) que sirven para retener la prótesis. (p. 12).

Como menciona Dental total⁵⁴ tenemos que:

Este tipo de prótesis son muy resistentes por su estructura metálica. Son las más chicas. Está compuesta por tres componentes: El armazón, los ganchos de cromo y tiene una base de material de acrílico que sirve de soporte para los dientes. (Pág. 13).

Analizando la información del Dr. Hiskin S.⁵⁵ nos indica que:

Es un material ideal para la confección de prótesis parciales, a veces completas, desarrollada a base de una resina de nylon termoplástico, biocompatible, con propiedades físicas y estéticas exclusivas. El nylon pertenece a la familia de las súper poliamidas cosa que enaltece aún más las propiedades elásticas del material. Al ser un material diferente y su principal característica es la flexibilidad, rompe con todos los paradigmas ya formados en las confecciones de prótesis acrílicas convencionales. (p. 15).

⁵³ Dr. Azcona S. *colegio de odontología de Córdoba*. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014} Disponible en: <http://www.colodontcba.org.ar/cientifica1.html>

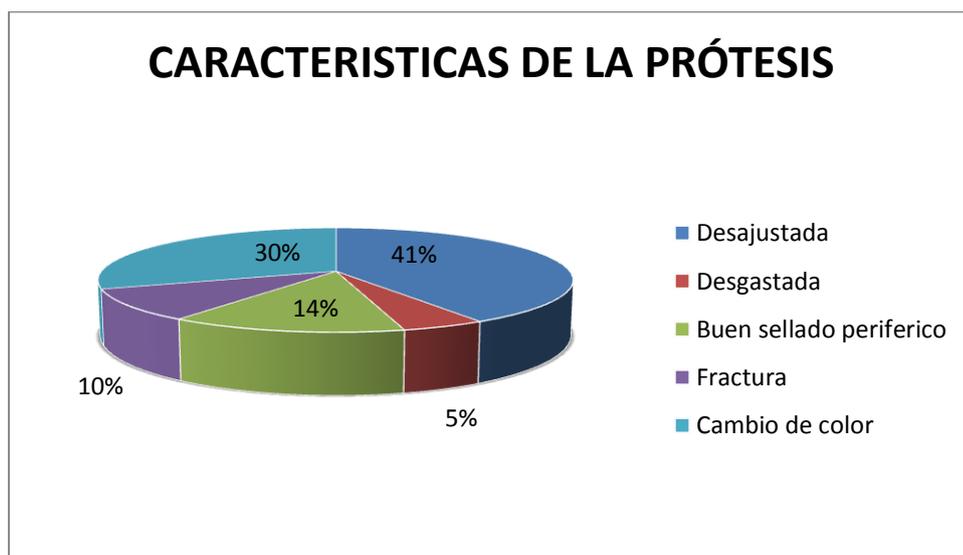
⁵⁴ Dental total. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014} Disponible en: <http://www.dentaltotal.com.ar/protesis-dentales-la-informacion-que-estabas-esperando/>

⁵⁵ Dr. Hiskin S. Artículo Científico. {2006}. {En línea}. Consultado: {8, de noviembre, 2014}. Disponible en: <http://www.sergiohiskin.com.ar/ac02.htm>

Gráfico 4.

Características de la prótesis.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRÓTESIS		
Desajustada	42	41%
Desgastada	5	5%
Buen sellado periférico	14	14%
Fractura	10	10%
Cambio de color	31	30%
Total	102	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

En el gráfico No. 4 en lo que corresponde a las características de la Prótesis se obtuvo que el 41% estaban desajustadas, el 5% desgastadas, el 14% presentaban buen sellado periférico, el 10% estaban fracturadas y el 30% tenían cambio de color.

Analizando la información de Díaz⁵⁶ (2005), se concluye que:

La prótesis constituye una alternativa por la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos proporcionados por la edad y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal, y en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.

De acuerdo a esta postura, se ha demostrado que cuando las prótesis son tan viejas, están desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, el individuo corre el riesgo de tener lesiones bucales, lo cual contribuye a un deficiente estado de la cavidad bucal y afectando a la salud de las personas. (p. 10).

⁵⁶ Díaz Guzmán LM, Zarate Gay, O. (2005), *Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos*. Revista Asociación Dental Mexicana. (ADM). (p. 9)

Gráfico 5.

Tiempo de uso de la prótesis.

TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS		
MENOR A 5	22	37%
6 A 10	23	38%
16-20	10	17%
MAS DE 20	5	8%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

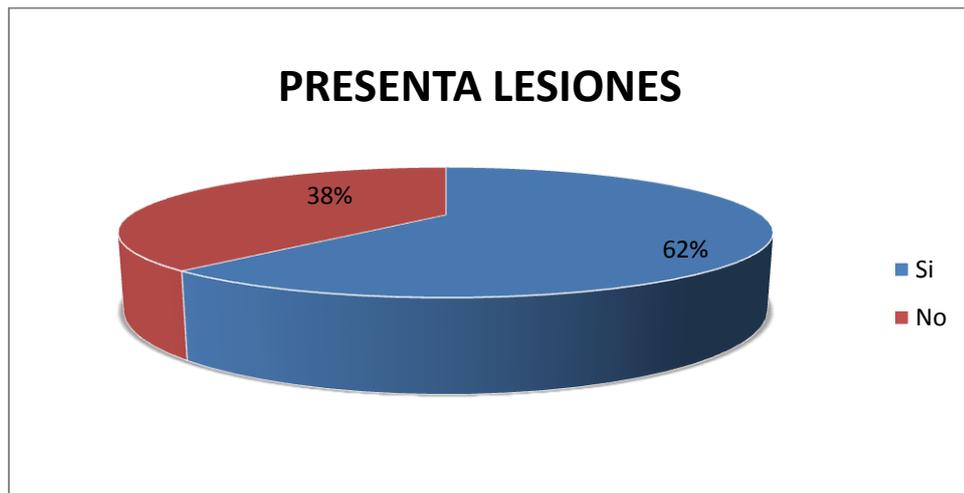
Análisis.

En el gráfico No. 5 que corresponde al tiempo de uso de la prótesis se obtuvo que el 37% de los pacientes encuestados lleva usando su prótesis menos de 5 años, el 38% entre 6 a 10 años, el 17% entre 16 y 20 años y el 8% más de 20 años.

Gráfico 6.

Presenta lesiones.

PRESENTA LESIONES		
Si	37	62%
No	23	38%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

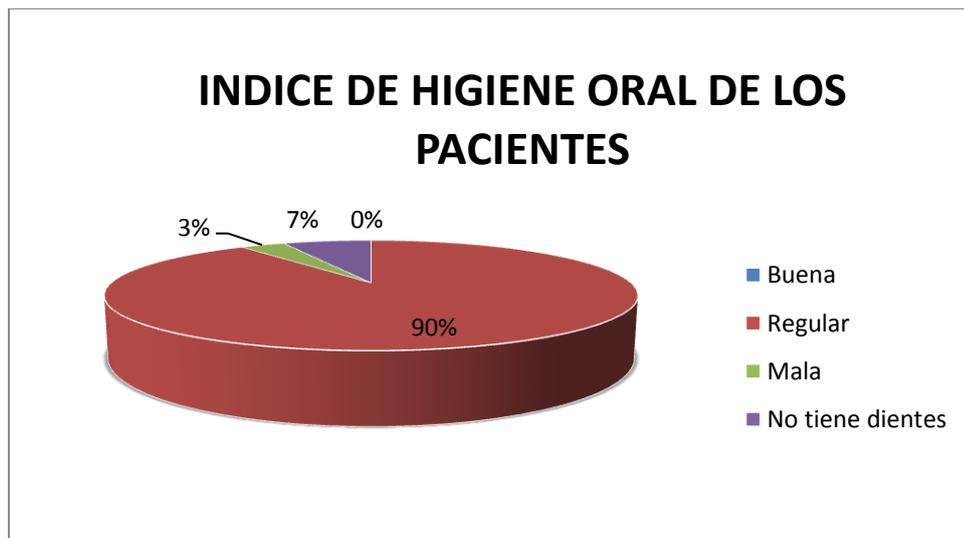
Análisis.

En el gráfico No. 6 encontramos que el 62% de las personas encuestadas presenta lesión en el tejido blando, mientras que el 38% no presenta.

Gráfico 7.

Índice de higiene oral del paciente.

INDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS PACIENTES		
Buena	0	0%
Regular	54	90%
Mala	2	3%
No tiene piezas dentales	4	7%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

En los resultados del gráfico No. 7 tenemos que el 0% de los pacientes presenta una buena higiene oral, mientras que el 90% presenta una higiene oral regular, el 3% una higiene mala, y el 7% restante no presentaba piezas dentales.

Mariela Mulet Garcia⁵⁷ (2006) comenta que:

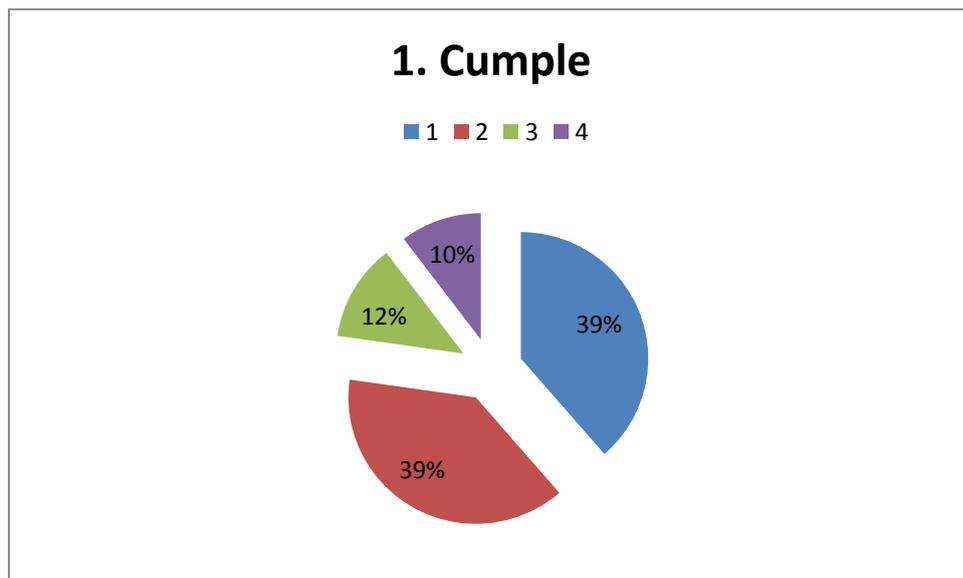
La deficiente higiene de las prótesis favorece la formación de placa bacteriana y en múltiples casos la inflamación de la mucosa bucal, provocando la infección de los tejidos a causa de microorganismos, cuyos medios de cultivo son los restos de alimentos depositados en la prótesis. Para la limpieza de la prótesis una premisa es fundamental; no es cuestión de limpiar mucho sino de limpiar bien. (p. 18).

⁵⁷ Mulet García, Mariela S. H. (2006). *redalyc.org*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117629005.pdf>

Gráfico 8.

Higiene de la prótesis y del paciente.

HIGIENE DEL PACIENTE Y DE LA PRÓTESIS		1. Cumple	2. No cumple
Lavado de la prótesis después de cada comida	a	56	4
Lavado bucal después de cada comida	b	56	4
Se retira la prótesis por las noches	c	18	42
Deja la prótesis en agua cada vez que se la retira por las noches	d	15	45



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

En el gráfico No. 8 tenemos que de las 60 personas encuestadas el 39% cumple con el lavado de la prótesis después de cada comida, el 39% cumple con el lavado bucal después de cada comida, el 12% cumple con retirarse la prótesis por las noches y el 10% cumple con dejar la prótesis en agua cada vez que se la retira por las noches.

Leyendo el artículo de Zeltia González Presa⁵⁸ (2012) y otros afirman que:

Se les informaba que deberían realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de las mucosas y las prótesis:

Sacar las prótesis después de cada comida y limpiarlas con un cepillo dental y jabón neutro.

Sumergir la prótesis en una solución desinfectante durante aproximadamente quince minutos por lo menos una vez a la semana y enjuagarla con abundante agua corriente antes de colocarla de nuevo en la boca

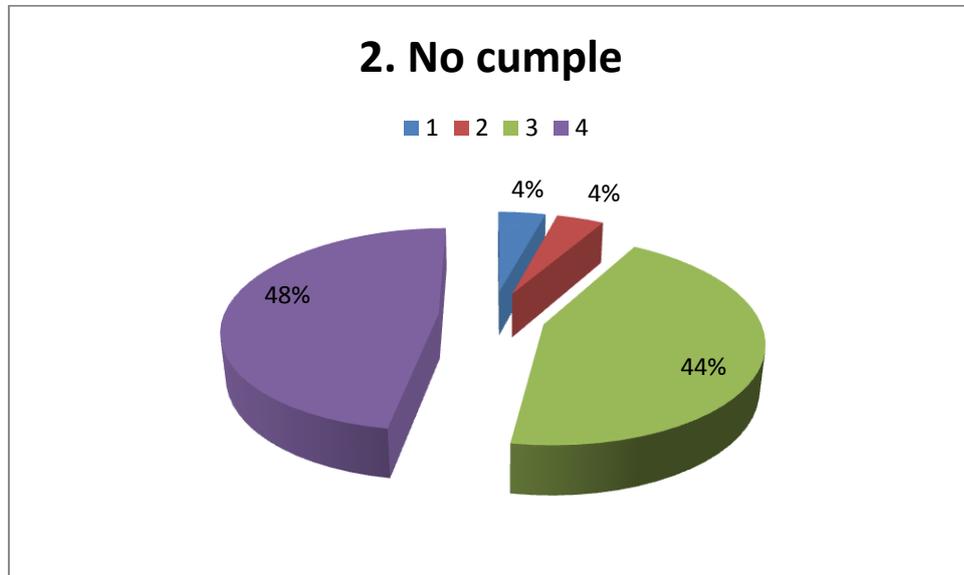
Retirar la prótesis de la boca durante 6-8 horas al día

Conservarla en un ambiente húmedo (sobre una servilleta mojada o dentro de una caja). (p. 18).

⁵⁸ Zeltia González Presa, A. T. (2012). *Orixinais*. Obtenido de Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de atención primaria: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Orixinais_5_Cadernos.pdf

Gráfico 9.

Higiene del paciente y de la prótesis.



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

En el gráfico No. 9 encontramos que el 4% no cumple con el lavado de la prótesis después de cada comida, el 4% más tampoco cumple con el lavado bucal después de cada comida, el 44% no cumple con retirarse la prótesis por las noches y el 48% restante no cumple con dejar la prótesis en agua después de retirársela por las noches.

Gráfico 10.

Tipo de lesiones.

TIPO DE LESIONES		
Estomatitis subprotesis	37	62%
Épulis fisurado	0	0%
Fibroma	0	0%
Hiperqueratosis	0	0%
Leucoplasia	0	0%
Candidiasis	0	0%
Queilitis Angular	0	0%
Otra	0	0%
No tiene lesiones	23	38%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

En el gráfico No. 10 se obtuvo que de los 60 pacientes encuestados el 62% presentó estomatitis subprótesis, mientras que el 38% no presentó lesiones. Demostrando que la estomatitis subprótesis es una lesión frecuente en pacientes portadores de prótesis dental.

Leyendo el artículo de Caballero⁵⁹ (2002) se pudo conocer que:

La estomatitis protésica es una patología que afecta a un gran número de los pacientes, y aunque la prevalencia varía según los estudios entre un 25-65%, se considera que alrededor del 50% de los portadores de prótesis removible pueden padecer la patología en algún momento. (p. 24).

⁵⁹ Caballero, B. {23 de Diciembre de 2002}. *Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamientos*. Recuperado el 26 de Enero de 2015, de <http://www.coem.org.es/sites/default/files/revista/profesion/vol5-n10/articulo.pdf>

Gráfico 11.

Número de lesiones.

NÚMERO DE LESIONES		
Única	37	62%
Múltiple	0	0%
No tiene lesiones	23	38%
Total	60	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

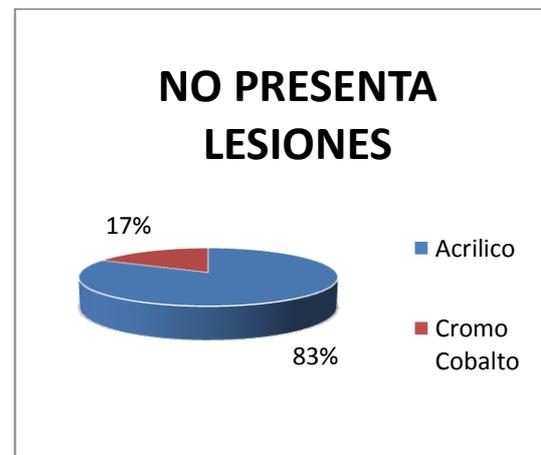
En el gráfico No. 11 se obtuvo que el 62% de los pacientes presento lesión única mientras que el 0% presento lesiones múltiples y el 38% no presento lesiones.

Gráfico 12.

Incidencias del material de fabricación en las lesiones.

INCIDENCIAS DEL MATERIAL DE FABRICACION EN LAS LESIONES		
Acrílico	36	97%
Cromo Cobalto	1	3%
Total	37	100%

NO PRESENTAN LESIONES		
Acrílico	19	83%
Cromo Cobalto	4	17%
Total	23	100%



AUTOR: Roberto Orlando González.

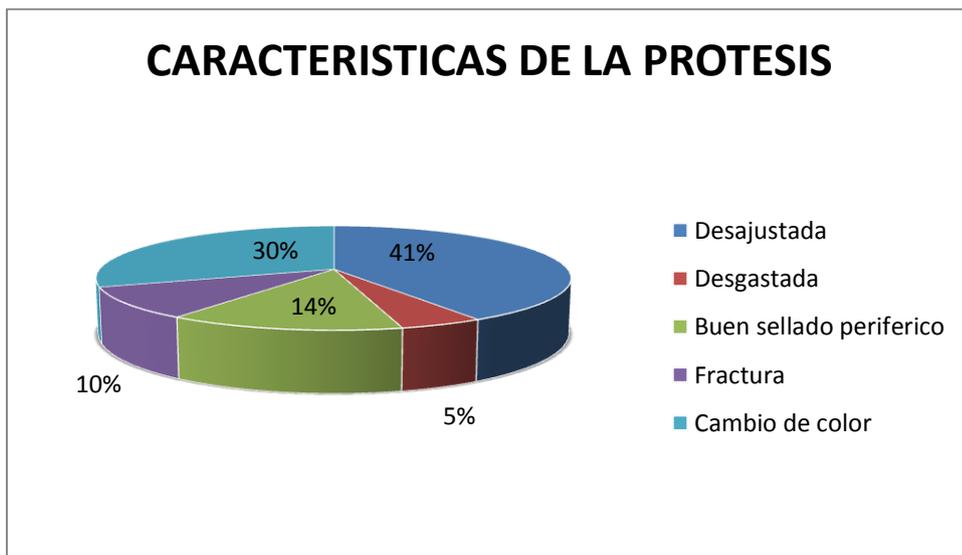
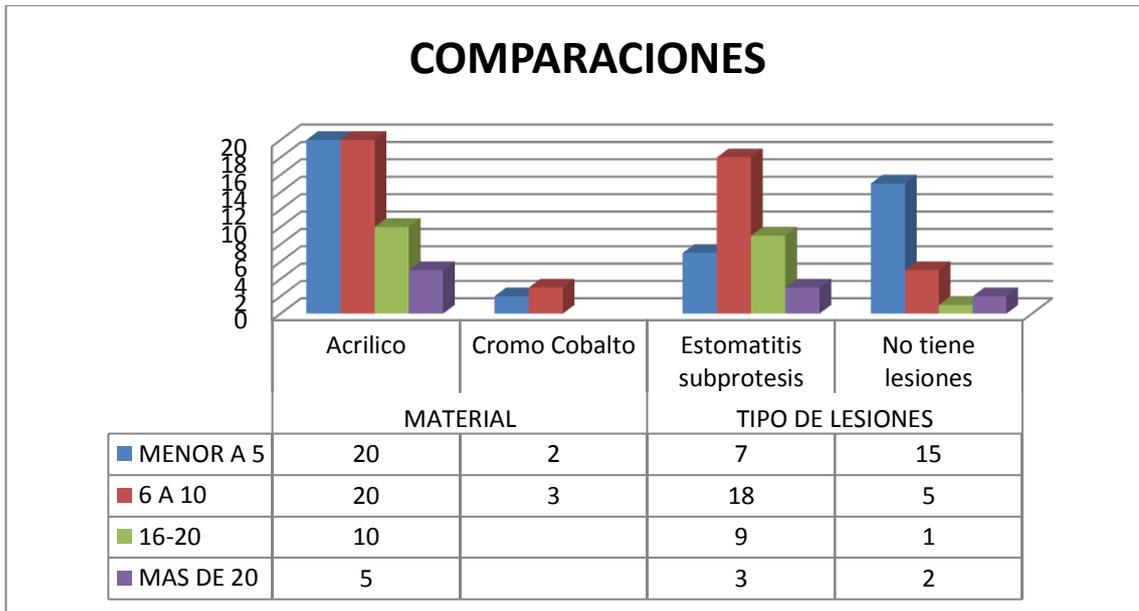
FUENTE: Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Análisis.

Según el resultado encontrado en el gráfico No. 12 se obtuvo que el 97% de los pacientes encuestados que usan prótesis de acrílico presento lesión en el tejido blando, mientras que el 3% que usan prótesis de cromo cobalto también presentaron lesión. Dando como resultado que el acrílico influye más en las lesiones de tejido blando que el cromo cobalto.

Gráfico 13.

Tiempo de uso	MATERIAL		TIPO DE LESIONES	
	Acrílico	Cromo Cobalto	Estomatitis subprotesis	No tiene lesiones
MENOR A 5	20	2	7	15
6 A 10	20	3	18	5
16-20	10		9	1
MAS DE 20	5		3	2



Análisis.

En la tabulación del gráfico No. 13 se determinó que dependiendo del tiempo de uso de la prótesis, el tipo de material y las características que esta presenta son factores que van a influir en la aparición de lesiones bucales en los tejidos blandos.

Enfocando el estudio la obra de Carreira y Almagro⁶⁰ (2000), se resume que existe relación entre el tiempo de uso de las prótesis, la higiene y su estado con el incremento de las lesiones de la mucosa oral. (p. 10).

⁶⁰ Carreira Piloto V y Almagro Urrutia ZE. (2000) *La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales*. Rev Cubana Estomatol.; 37(3):133-9.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones.

5.1. Conclusiones.

Por medio de la ficha de observación se consiguió identificar que el tipo de lesión predominante en pacientes portadores de prótesis dental es la estomatitis subprótesis.

Se estableció que el tiempo de la prótesis dental variaba según los años de uso de cada persona, dando como resultado con mayor porcentaje que el 38% llevaba usándola entre 6 a 10 años, seguido por la mínima diferencia que el 37% llevaba usándola menos de 5 años y el 25% restante era entre 16 a más de 20 años su tiempo de uso.

Se determinó que las características de las prótesis van variando según los años de uso de la misma, por lo tanto lo que más se encontró fueron prótesis desajustadas y con cambio de color encontrándose la mayoría de las prótesis en mal estado, siendo estos factores de riesgo en la aparición de lesiones bucales.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Nombre de la propuesta.

Capacitación sobre la higiene de la prótesis, en pacientes portadores de prótesis dental que asisten a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.1. Entidad ejecutora

Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.2. Localización geográfica.

Clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.2. Justificación.

Según la investigación realizada en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo se pudo verificar que la mayoría de los pacientes portadores de prótesis dental que acuden a la consulta odontológica no cumplen con ciertas normas de higiene y uso de la prótesis, que son importantes para evitar la aparición de lesiones bucales en los tejidos blandos.

Por este motivo se implementaran charlas para el mejoramiento de la higiene del paciente y de la prótesis.

6.3. Marco institucional.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo nace el 10 de abril del 2001 y su funcionamiento fue a partir del 14 de mayo del 2001 en la calle 10 de agosto entre Chile y Ricaurte de Portoviejo.

Esta alternativa permite formar Odontólogos, que a más de llenar sus aspiraciones van a satisfacer las necesidades de la población, en la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud bucal contribuyendo al bienestar de la ciudadanía.

Los tratamientos odontológicos se han dado desde la inauguración de la primera clínica de esta institución en septiembre del 2002, en la actualidad la carrera de Odontología consta de su propia instalación con nuevas clínicas habilitadas para realizar diferentes tipos de tratamientos odontológicos en el nuevo campus Universitario creado el 15 de septiembre del 2006, ubicado en la avenida Metropolitana.

6.4. Objetivos.

6.4.3. Objetivo general:

Mejorar la higiene bucal del paciente y de la prótesis dental, en pacientes portadores de prótesis que asisten a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.4.4. Objetivos específicos:

Capacitar a los pacientes que asisten a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo sobre la higiene bucal y de la prótesis dental.

Informar sobre ciertos parámetros que deben cumplir sobre el cuidado de la prótesis dental a los pacientes que asisten a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.5. Descripción de la propuesta.

La mayoría de los pacientes portadores de prótesis dental que acudieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo mostraron una alta incidencia de estomatitis subprotesis, relacionada con el mal uso de prótesis dental. Por este motivo se procedió a una charla con el fin de capacitar a los pacientes para que tengan una mejor higiene bucal y de la prótesis, ya que son muchos los factores que influyen en la aparición de lesiones bucales en los tejidos blandos.

Se concluyó con la colocación de una gigantografía en la clínica de prótesis a placa para que los pacientes que asistan a la clínica la puedan observar y aplicarlo en su vida cotidiana.

6.6. Beneficiarios.

6.6.1. Beneficiarios Directos.

Pacientes que asisten a las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.7. Diseño metodológico.

Para la aplicación de esta propuesta se contó con la autorización de las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, con la colaboración del docente de la materia para que de forma organizada se pueda brindar la charla en la clínica.

6.8. Sostenibilidad.

Esta propuesta fue sostenible porque conto con la colaboración de las autoridades de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, el docente y los pacientes, la ejecución de la propuesta se hará mediante un Acta de Compromiso, donde el docente se compromete por medio de los estudiantes a continuar con las charlas de capacitación a los pacientes portadores de prótesis que asisten a las clínicas de la USGP, con la finalidad de contribuir con el mejoramiento de la salud bucal y del uso de la prótesis dental.

6.9. Presupuesto de la propuesta.

Rubro.	Cantidad.	Valor unitario.	Valor total.
Trípticos.	10	\$ 0,40	\$ 4,00
Gigantografía.	1	\$ 35,00	\$ 35,00
Copias de trípticos.	100	\$ 0,06	\$ 6,00
Total.			\$ 45,00

ANEXOS.

Anexo 1.
Matriz de operacionalización de las variables.

VARIABLE.	TIPO.	ESCALA.	DESCRIPCION.	INDICADOR
Edad.	Cuantitativa discreta.	Edad: 30 – 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 +	Edad Cronológica.	Frecuencia absoluta porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masculino. Femenino.	Sexo biológico.	Frecuencia absoluta porcentaje.
Lesiones de tejidos blandos.	Cualitativa politomica.	Estomatitis Sub. Épulis Fisurado. Fibroma. Hiperqueratosis. Leucoplasia.	Localizada en paladar duro. Color rosado pálido. Se presenta como una masa polipoide en el borde de la lengua. Se presenta como una línea blanca. Lesión blanca localizada en la mucosa.	Frecuencia absoluta relativa.
Tiempo de uso de la prótesis dental.	Cuantitativa politomica.	Menos de 5 años. 6 – 10 años. 11 – 15 años. 16 – 20 años. Más de 20 años.	De acuerdo al tiempo lleva usando prótesis.	Frecuencia absoluta relativa.
Material de fabricación de la prótesis dental.	Cualitativa nominal.	Acrílico. Cromo cobalto. Nylon.	Base de acrílico. Base de metal. Flexible.	Frecuencia absoluta relativa.
Tipos de prótesis dental.	Cualitativa nominal.	Mucodentosoportada Dentosoportada.	Apoyada en la mucosa y piezas remanentes. Apoyada en la mucosa.	Frecuencia absoluta relativa.

Localización de la lesión.	Cualitativo nominal.	Piso de la boca. Paladar duro. Paladar blando. Carillos.	De acuerdo en que zona de la cavidad se encuentre la lesión.	Frecuencia absoluta relativa.
----------------------------	----------------------	---	--	-------------------------------

Anexo 2.
Ficha Clínica-Odontológica.
En pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la USGP.

SEXO: M F

EDAD:

1. TIPO DE PRÓTESIS

1. Completa 2. Parcial

2. MATERIAL DE FABRICACION DE LA PROTESIS

1. Acrílico 2. Cromo Cobalto 3. Flex

3. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÓTESIS

1. Desajustada 2. Desgastada 3. Buen sellado periférico
4. Fractura 5. Cambio de Color

4. TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS

Menos de 5 años
6 – 10 años
16 – 20 años
Más de 20 años

5. PRESENTA LESIONES

1. Sí 2. No

6. INDICE DE HIGIENE ORAL DEL PACIENTE

Dientes				Placa 0-1-2-3	Calculo 0-1-2-3	Gingivitis 0-1
16		17				
11		21				
26		27				
36		37				
31		41				
46		47				

Higiene Bucal	
1. Buena	
2. Regular	
3. Mala	

7. HIGIENE DEL PACIENTE Y DE LA PROTESIS

Lavado de la Protesis despues de cada comida -----

Lavado bucal despues de cada comida -----

Se retira la Protesis por las noches -----

Cumple(1)	No cumple(2)

Deja la protesis en agua cada vez que se la retira por la noche

8. TIPO DE LESIONES

1. Estomatitis subprótesis
2. Épulis fisurado
3. Fibroma
4. Hiperqueratosis
5. Leucoplasia
6. Candidiasis
7. Queilitis angular
8. Otra

Cual: _____

9. COLOR DE LA HIPERPIGMENTACIÓN DEL TEJIDO

1. Marrón 2. azulada 3. negra

10. NÚMERO DE LESIONES

1. Única 2. Múltiple

Anexo 3.

Consentimiento Informado.

Señor Paciente:

El presente estudio es conducido por el investigador Roberto Aníbal Orlando González, de la Carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, cuyo tema se denomina “Prótesis Dental Removible y la presencia de Lesiones Bucales en tejidos blandos, en pacientes que asisten a las Clínicas de Odontología de la USGP de la Ciudad de Portoviejo. Período Septiembre – Febrero 2015, por lo que es necesario realizar un examen dental cuidadoso para detectar si existen o no lesiones y sus tipos.

Por lo que hago la invitación a participar en este estudio con el fin de determinar las lesiones bucales por el uso de la prótesis dental removible, y si fuera el caso, diagnosticarle para un tratamiento adecuado.

Es importante que comprenda esta información, si luego de tener la misma, está de acuerdo en participar en la investigación, deberá firmar (o registrar su huella digital) en el espacio correspondiente al final de esta hoja.

El procedimiento del estudio será el siguiente:

1. Se le realizará un examen clínico dental.
2. El examen es gratuito y se realizará en las instalaciones de las Clínicas Odontológicas de la USGP.
3. Durante el estudio no se suministrará ningún tipo de fármaco.
4. Se informará al paciente el estado de las prótesis y las afectaciones bucales.

Yo _____ luego de haber comprendido el contenido de este documento y la explicación, me comprometo a participar de este estudio:

Nombre y Firma (o huella digital): _____

N° Cédula: _____ Fecha: _____

Anexo 4.

Presupuesto.

DESCRIPCION.	CANTIDAD.	VALOR UNITARIO.	VALOR TOTAL.
Fotocopia.		\$0.02	\$40,00
Resma de papel.	6	\$5	\$30,00
Lapiceros.	1 caja	\$0.40	\$5,00
Mascarillas.	2 cajas	\$8	\$16,00
Guantes.	2 cajas	\$9	\$18,00
Instrumental de diagnóstico.		\$15	\$15,00
Empastado.	4	\$7	\$28,00
Transporte.		\$100	\$100,00
Digitación de la información.	1	\$200	200,00
Pendrives.	1	\$20	\$20,00
Subtotal.			\$ 472,00
		Imprevisto10 %	47,20
		TOTAL	\$ 529,20

Anexo 5

ACTIVIDADES.	may-14				jun-14				jul-14				ago-14				sep-14				oct-14				nov-14				dic-14				ene-15				feb-15				mar-15				abr-15		
	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	1	2	3	4	1	2	3				
ELABORACION DE PROYECTO.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																											
CORRECCION DE PROYECTOS.																	■	■	■	■																											
APROBACION DE PROYECTOS.																					■	■	■	■																							
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION.																					■																										
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.																						■	■	■	■																						
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION.																													■	■																	
ANALISIS E INTERPRETACION.																																	■														
ELABORACION DE CONCLUSIONES.																																															
ELABORACION DE PROPUESTA.																																															
REDACCION DEL BORRADOR.																																															
REVISION DEL BORRADOR																																															
PRESENTACION DE INFORME FINAL.																																									■	■					

Anexo 6.

ACTA DE COMPROMISO.

Siendo las 11:00 am horas, del día lunes 6 de abril del 2015, en el departamento de Coordinación de la carrera de Odontología se reúnen por un lado Roberto Aníbal Orlando González egresado de la carrera de Odontología, y por otro lado la Dra. Lucía Galarza Santana, Coordinadora de la carrera de Odontología de la “Universidad San Gregorio de Portoviejo” para suscribir un acta de compromiso en el que se llega a los siguientes acuerdos:

El egresado Roberto Aníbal Orlando González se compromete a dar una capacitación para mejorar la higiene oral y el uso de la prótesis dental, a los pacientes portadores de prótesis que asisten a las clínicas de la USGP.

Los docentes de la materia se comprometen por medio de los estudiantes a que continúen con las capacitaciones sobre el mejoramiento de la higiene oral y del uso de la prótesis dental, a los pacientes portadores de prótesis que asisten a las clínicas de la USGP.

Por medio de la presente acta quien suscribe se compromete a cumplir con lo establecido.

**DRA. LUCIA GALARZA SANTANA.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA.**

**ROBERTO ANIBAL ORLANDO GONZALEZ.
EGRESADO DE LA CARRERA DE ODONTOLOGIA.**

Anexo 7.



Grafico No. 14. Aplicación de ficha clínica
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.

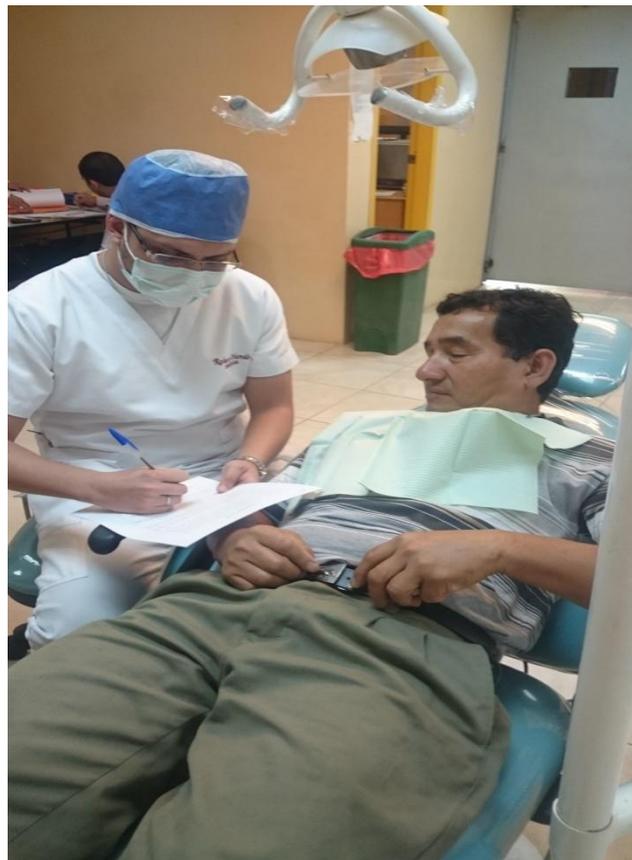


Grafico No. 15. Aplicación de ficha clínica.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.



Grafico No. 16. Examen clínico al paciente.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.



Grafico No. 17. Examen clínico al paciente.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.



Grafico No. 18. Examen clínico al paciente.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.



Grafico No. 19. Examen clínico al paciente.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.



Grafico No. 20. Propuesta.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.



Grafico No. 21. Propuesta.
Realizado por: Roberto Orlando González autor de esta tesis.

