



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema:

Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la
Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Autora:

Vanessa Monserrate Fernández López.

Directora de tesis:

Dra. Nataly Barreiro Mendoza MSc.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Certifico que la egresada Vanessa Monserrate Fernández López, ha culminado su tesis de grado titulada: Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, bajo mi dirección y asesoramiento; habiendo cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza MSc.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada: Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, presentada y realizada por la egresada Vanessa Monserrate Fernández López, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza MSc.

Directora de tesis.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya MSc.

Miembro del tribunal.

Dra. Nancy Molina Moya Mg. Ge.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado: Estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, pertenece exclusivamente a mi autoría y el patrimonio intelectual de la tesis es a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Vanessa Monserrate Fernández López.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad. Le doy gracias a toda mi familia, de manera muy especial a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir. A mi esposo, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, y sus docentes por haberme brindado sus conocimientos y haber sido partícipes de mi formación profesional. A mi directora de tesis, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de mi trabajo, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido que hicieron posible la conclusión de este trabajo investigativo. A mis amigas Isabel, Elizabeth, María, Alondra, Katherin y a todas aquellas personas que han estado siempre conmigo, por confiar y creer en mí, y haber sido partícipes importantes de esta meta alcanzada.

Vanessa Monserrate Fernández López.

DEDICATORIA.

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

Para mis padres, Ing. José Freddy Fernández Zambrano y Lcda. Mercedes López Vélez, por su incondicional apoyo, consejos, comprensión, amor y soporte en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño y mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos María Eugenia y José Freddy por estar siempre presentes, brindándome su cariño sincero y apoyo.

Además le dedico el presente trabajo a mi esposo Lcdo. Juan Gabriel Cañarte Aizprúa, quien es uno de mis pilares importantes junto con nuestra hija para seguir adelante, son mi mayor motivación y la razón principal por la cual lucharé siempre.

Vanessa Monserrate Fernández López.

RESUMEN.

La presente investigación se enfoca en la caracterización de la estomatitis subprotésica, para evaluar su prevalencia y los principales factores de riesgo en los pacientes portadores de prótesis removible atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. El estudio es exploratorio donde se trabajó con una población de 100 pacientes portadores de prótesis dentales removibles, quienes firmaron un consentimiento informado autorizando el examen clínico bucal y accediendo a contestar las preguntas de la encuesta.

Se determinó que de los 100 pacientes examinados 45 presentaron estomatitis subprotésica, demostrándose el mayor porcentaje en el sexo femenino (73,3%), así también se presentó el mayor predominio dentro de un rango de edad entre los 40 a 59 años (57,8%), siendo la mayoría amas de casa (51,1%) y en cuanto a su nivel educacional, la primaria terminada (35,6%) de los pacientes que presentaron la lesión, la presencia de la estomatitis se encontró en paladar duro y los pacientes presentaban higiene oral regular (62,2%), ajuste protésico inadecuado y el hábito de dormir con la prótesis en boca (66,7%). Con el presente trabajo se espera contribuir a otros estudios que pudieran apoyarse en esta base de datos para enriquecer aún más los conocimientos que buscan mejorar la salud bucal y realizar programas de promoción y prevención de salud en la población portadora de prótesis removibles, para evitar la aparición de estomatitis subprotésica.

ABSTRACT.

This research focuses on the characterization of subprosthesis stomatitis, to assess its prevalence and the major risk factors in patients with removable denture treated in dental clinics at San Gregorio University of Portoviejo. This study is exploratory, where it was worked with a population of 100 patients with removable dentures, who signed an informed consent, authorizing an oral clinical examination and being able to answer the questions on the survey.

It was determined that from 100 patients examined, 45 presented stomatitis Subprosthesis, showing the highest percentage in the female gender (73.3%), likewise was presented the greatest predominance within a range of age between 40-59 years old (57.8%), being most of them housewives (51.1%). From this 51.1%, only the 35.6% finished elementary school. In patients who presented the wound, stomatitis was found in hard palate patients and they had a regular oral hygiene (62.2%), and inappropriate prosthetic fitting and the habit of sleeping with the prosthesis in the mouth (66.7%). This paper aims to contribute to other studies that could rely on this database to further enrich the knowledge that seek to improve oral health and carry out promotion and prevention programs of health in the population carrier of removable prosthesis, to avoid this disease.

ÍNDICE.

Portada.	
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 cuadros y gráficos.	XII
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema.	2
1.3. Planteamiento del problema.	2
1.3.1. Preguntas de la investigación.	4
1.4. Delimitación de la investigación.	4
1.4.1. Delimitación espacial.	4
1.4.2. Delimitación temporal.	4
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	6
1.6.1. Objetivo general.	6

1.6.2. Objetivos específicos.	6
Capítulo II.	
2. Marco teórico referencial y conceptual.	7
2.1. Unidades de observación y análisis.	27
2.2. Variables.	27
2.2.1. Variables dependientes.	27
2.2.2. Variables independientes.	27
2.3. Matriz de Operacionalización de las variables.	27
Capítulo III.	
3. Marco metodológico.	28
3.1. Modalidad de la investigación.	28
3.2. Tipo de investigación.	28
3.3. Métodos.	28
3.4. Técnicas.	29
3.5. Instrumentos.	29
3.6. Recursos.	30
3.6.1. Humanos.	30
3.6.2. Materiales.	30
3.6.3. Tecnológicos.	30
3.6.4. Económicos.	31
3.7. Población y muestra.	31
3.8. Recolección de la información.	31
3.9. Procesamiento de la información.	32
3.10. Ética.	32
Capítulo IV.	

4.	Análisis e interpretación de los resultados.	33
Capítulo V.		
5.	Conclusiones y recomendaciones.	77
5.1.	Conclusiones.	77
5.2.	Recomendaciones.	78
Capítulo VI.		
6.	Propuesta.	79
6.1.	Identificación de la propuesta.	79
6.1.1.	Título de la propuesta.	79
6.1.2.	Período de ejecución.	79
6.1.3.	Descripción de los beneficiarios.	79
6.1.4.	Clasificación.	79
6.1.5.	Localización.	79
6.2.	Justificación.	80
6.3.	Marco institucional.	80
6.4.	Objetivos.	81
6.4.1.	Objetivo general.	81
6.4.2.	Objetivos específicos.	81
6.5.	Descripción de la propuesta.	81
6.6.	Diseño metodológico.	82
6.7.	Factibilidad.	82
6.8.	Sostenibilidad.	82
6.9.	Presupuesto.	83
Anexos.		84
Bibliografía.		

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro y gráfico 1. Género de pacientes encuestados.	33
Cuadro y gráfico 2. Edad de pacientes encuestados.	34
Cuadro y gráfico 3. Ocupación de pacientes encuestados.	35
Cuadro y gráfico 4. Nivel de educación de pacientes encuestados.	36
Cuadro y gráfico 5. Incidencia de estomatitis subprotésica.	37
Cuadro y gráfico 6. Edad de pacientes con estomatitis subprotésica.	40
Cuadro y gráfico 7. Género de pacientes con estomatitis.	42
Cuadro y gráfico 8. Ocupación de pacientes con estomatitis.	44
Cuadro y gráfico 9. Nivel de educación de pacientes con estomatitis.	45
Cuadro y gráfico 10. Localización de la estomatitis.	47
Cuadro y gráfico 11. Higiene de pacientes con estomatitis.	49
Cuadro y gráfico 12. Ajuste protésico en pacientes con estomatitis.	52
Cuadro y gráfico 13. Adaptación protésica en pacientes con estomatitis.	54
Cuadro y gráfico 14. Condición de prótesis en pacientes con estomatitis.	56
Cuadro y gráfico 15. Pacientes fumadores con estomatitis.	58
Cuadro y gráfico 16. Pacientes bebedores con estomatitis.	60
Cuadro y gráfico 17. Material de prótesis en pacientes con estomatitis.	62

Cuadro y gráfico 18. Tipo de prótesis en pacientes con estomatitis.	64
Cuadro y gráfico 19. Tiempo de prótesis en pacientes con estomatitis.	66
Cuadro y gráfico 20. Pacientes con estomatitis que duermen con prótesis.	78
Cuadro y gráfico 21. Lugar donde conservan sus prótesis.	71
Cuadro y gráfico 22. Pacientes con estomatitis que cepillan sus prótesis.	73
Cuadro y gráfico 23. Pacientes que asistieron a controles.	75

INTRODUCCIÓN.

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 cambios, provocando alteraciones en la mucosa. En la actualidad existe la capacidad de prevenir y controlar la mayor parte de las enfermedades y trastornos orales, el odontólogo general y el especialista tiene entre sus variantes de tratamiento, planes para solucionar los problemas a los pacientes edéntulos parciales o totales, como la confección de prótesis dentales.

La estomatitis subprotésica es una de las alteraciones que se diagnostica con más frecuencia dentro de la patología bucal, iniciándose como una lesión inflamatoria por la utilización continua de las prótesis o el uso de prótesis mal adaptadas.

El presente trabajo investigativo se fundamenta en un estudio de tipo exploratorio, cumpliendo así su objetivo principal de caracterizar de la estomatitis subprótesis, evaluando su prevalencia y conocer sus principales factores de riesgo. A veces es posible prevenirla con un diagnóstico oportuno, para ello es necesario insistir en la detección y control de los factores predisponentes en la aparición de estomatitis subprótesis, posibilitaría elevar la salud bucal y calidad de vida de nuestra población adulta.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Estomatitis Subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.

1.2. Formulación del problema.

Prevalencia de Estomatitis Subprotésica en los pacientes atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.3. Planteamiento del problema.

Indagando en la obra de Bortolotti¹ (2007) se puede citar que:

La OMS condujo estudios epidemiológicos sobre la salud dental de Europa, que demostraron como las personas ancianas tienden hoy a tener pocas piezas dentales funcionales (entendiendo por dientes funcionales los elementos que tienen un antagonista con el que puedan desenvolver la función masticatoria) y salud bucal general precaria.

En general gracias a las mejoras en las condiciones de higiene y prevención dental, el edentulismo resulta estar disminuyendo un 10% por cada década, todavía multiplicando el número de sujetos adultos de cada grupo de edad por el porcentaje que necesita prótesis removibles maxilares o mandibulares, se obtiene que los individuos que tendrán necesidad de una o dos prótesis crecerán en los años por venir: en los Estados Unidos pasarán de los 33,6 millones en el 1991 a 37.9 millones para el año 2020.

Las consecuencias de esta política ya son evidentes: en los Estados Unidos, una investigación realizada en los laboratorios dentales reveló que la mayor parte

¹ Bortolotti, L. (2007). Prótesis Removibles Clásica e innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

de odontólogos no sigue los estándares aceptados para la ejecución de prótesis removibles. En Europa 2/3 de pacientes examinados tienen prótesis removibles clínicamente deterioradas, acompañadas de lesiones agudas o crónicas de la mucosa: queilitis angular, ulceraciones, hiperplasias, candidiasis, etc. En los edéntulos, en cambio, se evidencia una discrepancia entre la necesidad de cuidado y la demanda: aun portando prótesis no confortables e inestables, ellos raramente acuden al odontólogo, porque hay una mala interpretación o creencia de que los problemas de inestabilidad protésica no pueden ser resueltos y ulteriores tratamientos no mejorarían la situación. (pp. 3 y 4).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Archivo Médico de Camagüey su versión digital, un artículo de Nápoles y colaboradores² (2009) se puede conocer que:

En la literatura revisada Campo reporta una prevalencia de la estomatitis Subprótesis entre un 11 y un 67%, Cardozo de un 25 a un 65%. En Cuba Moreira y Bernal refieren un 46,86%, Díaz Martell un 35,29% en mayores de 60 años y Victoria Correira un 70% en portadores de prótesis totales; esto demuestra que la afección es muy frecuente.

Cuando se hace referencia al sexo en la estomatitis subprótesis, muchas de las investigaciones indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres, en cambio, algunos autores consideran que no existe diferencia entre sexos. (p. 4).

Examinando la tesis de Rey³ (2012) se puede saber que:

Los resultados demostraron el mayor porcentaje de Estomatitis Subprotésica en el sexo femenino en un 77.1%, así también se presentó el mayor predominio dentro de un rango de edad entre 76 a 80 años de edad con un 26.3%.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de sus lesiones, siendo la clasificación de Newton una de las más aceptadas, se

²Nápoles, I., Díaz, S., Puig, E., Casanova, Y. (2009). Prevalencia de Estomatitis Subprótesis. Revista Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552009000100003&script=sci_arttext

³Rey, D. (2012). Factores etiológicos y microbiológicos de estomatitis subprotésica y su frecuencia, en adultos mayores portadores de prótesis removible parcial o total que pertenecen al centro geriátrico de Vilcabamba de la provincia de Loja durante el periodo Enero- Julio 2012. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Nacional de Loja. Loja: República del Ecuador. Consultado: [29, agosto, 2014].

Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6588/1/Rey%20Ord%C3%B3n%20B1ez%20Diana%20Luc%20ADa%20.pdf>

destaca que la estomatitis Subprotésica grado I tiene más concurrencia en personas mayores alcanzando un 45.6%. Las prótesis mal adaptadas, el prolongado tiempo de duración de la prótesis dental, una deficiente higiene bucal y no usar antiséptico para la higiene de la prótesis y de la boca, son los factores etiológicos agravantes de esta patología. (pp. 9 y 10).

No existen estudios en la ciudad de Portoviejo relacionados a los problemas de estomatitis subprotésica, para lo cual puedo aportar con esta investigación mejorando las condiciones en los pacientes con tratamientos oportunos y educación continua de salud bucal.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuál es el porcentaje de pacientes que padecen Estomatitis Subprotésica?

¿En qué género se presenta con más frecuencia la Estomatitis Subprotésica?

¿En qué edad es más frecuente la Estomatitis Subprotésica?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud

Área: Odontología

Aspectos: Estomatitis subprotésica

1.4.1. Delimitación espacial. La presente investigación se efectuará en pacientes que acuden a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.4.2. Delimitación temporal. La presente investigación se efectuará en el período comprendido entre marzo- julio de 2015.

1.5. Justificación.

Examinando la información disponible en el sitio web de la revista Archivo Médico de Camagüey su versión digital, un artículo de Ley y colaboradores⁴ (2010) cita que:

Fundamento: La estomatitis subprótesis forma uno de los principales factores de riesgo para la presencia de lesiones pemalignas y malignas de la boca. . Es una situación preocupante para los servicios estomatológicos su prevalencia, pues esto implica afección de las principales funciones, como la fonación, estética y masticación. (p. 2).

Los odontólogos tratan a diario con personas que padecen de estomatitis subprotésica, y saben la importancia de su detección temprana, la cual será fundamental para un pronóstico favorable; sin embargo no se han realizado estudios ni programas de prevención en la provincia relacionados con el tema. Además no existe evidencia alguna de investigaciones realizadas en base a esta afectación, para lo cual se cree importante realizar un enfoque hacia esta patología en busca del beneficio directo de los pacientes atendidos en las Clínicas de la Carrera de Odontología. Además de aumentar el nivel de cultura relacionado al tema, con charlas dirigidas a los beneficiarios buscando el bienestar de la sociedad. El aporte científico de esta investigación se obtiene identificando qué pacientes sufren de estomatitis Subprotésica y de esta manera plantear datos que ayuden a nuevos estudios en la provincia. Esta investigación es factible porque se realizará con los recursos que encontramos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, que en este caso serían los pacientes que acuden a diario a la consulta odontológica.

⁴Ley, L., Silva, Y., Puig, E., Nápoles, I., Díaz, S. (2010).Comportamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Archivo Médico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar la estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis bucal atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.6.2. Objetivos específicos.

Evaluar la prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Identificar los factores de riesgo de la estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos su versión digital, un artículo de Francisco y colaboradores⁵ (2009) se puede referenciar que:

La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general, ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas porque pueden llegar a menoscabar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental; en muchos de los casos como consecuencia de la pérdida dentaria y ante la cual el uso de aparato protésico es evidente.

Las prótesis dentales, al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a cambios de diversa índole que están en relación con la capacidad de reacción de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Esos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación, hasta profundas alteraciones patológicas. (p. 24).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista International journal of Odontostomatology su versión digital, un artículo de Gutiérrez y colaboradores⁶ (2013): “Los tejidos orales y periorales no escapan al proceso de envejecimiento, observándose en ellos diversos cambios, como: pérdida de dientes, disminución de tejido óseo de la mandíbula y de los maxilares y disminución del flujo salival, entre otros.” (p. 207).

⁵Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vásquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014].

Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

⁶Gutiérrez, C., Bustos, L., Sánchez, M., Zaror, L., Zambrano, M. (2013). Estomatitis Subprotésica en pacientes de la IX Región, Chile. International journal of Odontostomatology. [En línea]. Consultado: [9, agosto, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200008&script=sci_arttext

Leyendo la investigación realizada en el sitio web de la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río su versión digital, un artículo de Silva y colaboradores⁷ (2012) cita que:

La cavidad bucal, por las diferentes funciones que cumple a lo largo de la vida y su constante exposición a agentes biológicos, físicos y químicos tiene una peculiar significación, por lo cual merece una atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de alguna afección. Se debe concientizar que para gozar de una buena salud general es importante la salud bucal.

El acto de tapar la mucosa masticatoria con una prótesis dental forma para el tejido una agresión mecánica no fisiológica: los efectos de presión, tracción y empuje que provocan pueden causar sobre la misma diversas irritaciones. Cuando se producen estos efectos con más intensidad, provocan un estímulo patógeno que interrumpe ese equilibrio normal y conlleva a una irritación de los tejidos, acompañada de sus respectivas reacciones inflamatorias, entre las que se encuentra la estomatitis subprótesis. (p. 3).

Indagando en la obra de Mallat y Keogh⁸ (1996), se puede conocer que:

El término prostodoncia, usado en odontología, es una palabra que se refiere a la prótesis aplicada en zonas donde no hay piezas dentarias y cuyo fin es la reconstrucción de la función, ofrecer comodidad al paciente y devolver la estructura a una parte del aparato estomatognático.

Esta reconstrucción puede llevarse a cabo reemplazando los dientes ausentes de una forma fija, apoyada en dientes naturales o bien combinada, o no, con implantes osteointegrados. Es la llamada postodoncia fija. Si el número de dientes ausentes es importante, la solución será la prótesis parcial removible (PPR) o la prótesis total, si falta la totalidad de los dientes de la boca.

La prótesis parcial removible (PPR) puede estar soportada sobre pilares anteriores y posteriores, una prótesis dentosoportada, o solo pilares anteriores- en cuyo caso se trata de una prótesis dentomucosoportada-, o prótesis a extremo libre. (p. 3).

⁷Silva, A., Cardentey, J., Silva, A., Crespo, C., Paredes, M. (2012). Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico "Raúl Sánchez". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/968>

⁸Mallat, E., Keogh, T. (1996). Prótesis Parcial Removible Clínica y Laboratorio. Reino de España: Elsevier.

Estudiando la obra de Ozawa⁹ (1995), se puede citar que: “La construcción de dentaduras completas en una boca edéntula es un complejo de los muchos ítems que se mencionan y surgen considerando lo ideal, es decir, que reúnen los requisitos básicos de la tríada protésica: “S-E-R”, soporte, estabilidad y retención.” (p. 128).

Considerando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Díaz y colaboradores¹⁰ (2007) se puede conocer que:

El uso de prótesis por largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada 5 años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación de dicha prótesis, si esto se suma a su uso durante las 24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprótesis, hiperplasias, etc.).

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 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. 8 y 9).

Analizando la obra de Koeck y colaboradores¹¹ (2007), se puede referenciar que:

Siempre que exista alguna enfermedad de la mucosa oral deberá ser tratada. La mayor parte de los cuadros inflamatorios serán debidos a la prótesis y la placa, de forma que se producirá su desaparición tras eliminar la placa.

Las **erosiones** se potencian por el empuje horizontal de la base, que se puede deber a interferencias oclusales. La mucosa oral erosionada se convierten en una cámara húmeda y cálida bajo la prótesis para el **cultivo de hongos** (*Candida*) y esta alteración se puede asociar a **ardor**. (p. 24).

⁹Ozawa, J. (1995). *Prostodoncia Total*. Estados Unidos Mexicanos: UNAM.

¹⁰Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Revista Cubana de Estomatología*. [En línea]. Consultado: [5, agosto, 2014]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

¹¹Koeck, B., Besford, J., Besimo, C., Gernet, W., Harle, F., Hugger, A., Hupfauf, L., Koeck, B., Lambrecht, T., Muller, F., Neukam, F., Niedermeier, W., Palla, S., Richter, E., Schulze-Mosgau, S., Stark, H., Stuttgen, U., Wagner, W., Wahl, G., Walter, M., Weibrich, G., Wolowski, A. (2007). *Prótesis Completas*. Barcelona: Reino de España: Elsevier Masson.

Leyendo la obra de Rahn y colaboradores¹² (2009) se puede exponer que:

Algunos pacientes portadores de prótesis completa no retiran ni limpian sus prótesis por períodos prolongados y, por consiguiente, pueden tener tejidos sumamente irritados y traumatizados. Estos pacientes son mucho más propensos a la proliferación de hongos y la colonización de las prótesis y la consiguiente hiperplasia papilar inflamatoria especialmente en el paladar. (pp. 51 y 52).

En Investigación realizada en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Lemus y colaboradores¹³ (2009) se puede referenciar que:

El estímulo que provoca la prótesis dental se manifiesta primero en la mucosa, lo cual se ha observado en estudios histoquímicos e histopatológicos, en los que se detectó que la prótesis estimula a la mucosa durante los tres primeros años, y esta reacciona con una hiperqueratinización y aumento de actividad enzimática de la mucosa; después de 3 años de realizada una nueva prótesis vuelve a normalizarse.

Las prótesis mal confeccionadas, o conservadas incorrectamente, que hayan perdido sus cualidades por ser utilizadas más allá de su tiempo, han favorecido con la aparición de lesiones en los tejidos de la boca.

En las últimas décadas, el estudio de las lesiones de la mucosa bucal y el envejecimiento han tenido gran interés, por la prolongación de la esperanza de vida de las personas y su calidad. (p. 2).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal su versión digital, un artículo de Mosca y colaboradores¹⁴ (2005) se puede conocer que:

¹²Rahn, A., Ivanhoe, J., Plummer, K. (2009). Prótesis Dental Completa. Buenos Aires: República de Argentina: Panamericana.

¹³Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [01, mayo, 2015].

Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est03109.pdf

La estomatitis protésica asociada a *Candida* es un proceso inflamatorio que afecta la mucosa oral del 25-65% de los pacientes portadores de prótesis dentales. Aunque la estomatitis protésica se diagnostica generalmente en adultos, también puede ser observada en niños y adolescentes que tienen prótesis ortopédicas orales. *C. albicans* es la causa más importante de origen fúngico en la estomatitis protésica, pero otras especies del género *Candida* también pueden estar implicadas. (p. 28).

Analizando la obra de Langlais y colaboradores¹⁵ (2011) se puede referenciar que:

Candidiasis atrófica crónica (estomatitis por dentadura). La candidiasis atrófica crónica o estomatitis por prótesis dental o dentadura, es la forma más común de candidiasis crónica, la cual se presenta como una lesión roja asintomática, en el paladar de usuarios de dentaduras completas y parciales, sobre todo mujeres de edad avanzada que usan sus dentaduras durante la noche. Solo rara vez afectan pacientes dentados y la mandíbula. (p. 146).

Leyendo el Diccionario de Odontología¹⁶ (2009) cita que: “Lesión e inflamación de la mucosa oral producida por prótesis o dentaduras postizas mal ajustadas, hipersensibilidad de componentes químicos de la prótesis o proliferación de *Cándida albicans*, con posterior infección micótica.” (p. 242).

Estudiando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Rodríguez y Martínez¹⁷ (2008) se puede conocer que:

¹⁴Mosca, C., Moragues, M., Brena, S., Rosa, A., Pontón, J. (2005). Aislamiento de *Candida dubliniensis* en un adolescente con estomatitis protésica. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. [En línea]. Consultado: [04, mayo, 2015]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100005

¹⁵Langlais, R., Miller, C., Nield- Gehrig, J. (2011). *Atlas a color de enfermedades bucales*. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.

¹⁶Diccionario de Odontología. (2009). Barcelona: Reino de España: Elsevier Mosby.

¹⁷Rodríguez, J., Martínez, T. (2008). La Xerostomía en pacientes con prótesis dental. *Revista Cubana de Estomatología*. [En línea]. Consultado: [30, mayo, 2015].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000200010&script=sci_arttext&tlng=pt

Los pacientes que usan prótesis mucosoportadas padecen la Estomatitis subprótesis como una de las alteraciones más frecuentes del paladar duro (11 y 67%) siendo una lesión eritematosa de diferentes grados clínicos, cuya superficie en los casos más graves se presenta granulosa, variando así su espacio clínico. Se caracteriza por una proliferación fibroblástica provocada por la interacción de la mucosa con la base de la prótesis ya sea acrílica o metálica. En ella se presentan alteraciones hísticas atípicas, similares a las que se forman en otras lesiones que reaccionan a diferentes irritantes. Afecta con más frecuencia al sexo femenino y parece no existir relación con la edad. Es completamente asintomática, aunque el 28 y 70% puedan presentar síntomas, señalándose entre estos, inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, de dolor, mal gusto, halitosis y Xerostomia. Algunos autores plantean que la causa de la estomatitis es multifactorial, pero dentro de los principales factores, hay varios con mayor relevancia como son: el trauma por prótesis, la higiene de la prótesis, posibles reacciones alérgicas e irritación, candidiasis y enfermedades sistémicas predisponentes. No se considera a la Xerostomía de mayor importancia, ni tampoco se tiene en cuenta en el tratamiento a pesar de que la mayoría de los síntomas que aparecen, también se describen relacionados con ella. (párr. 12).

Considerando la obra de Stevens y Lowe¹⁸ (2001), se puede exponer que:

En adultos, la infección candidiásica aguda de la boca es menos frecuente, a menos que existan factores predisponentes como diabetes mellitus, tratamientos inmunosupresores o estados de inmunosupresión natural, por ejemplo, en neoplasias avanzadas o infección por VIH. No obstante, la **estomatitis de las prótesis dentales** secundaria a *Candida* acantonada bajo la prótesis, no es rara en adultos sin otros factores predisponentes. (p. 193).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Panorama Odontológico su versión digital, un artículo de Panesso y colaboradores¹⁹ (2015) cita que: “La estomatitis protésica es un trastorno inflamatorio de la mucosa oral caracterizada por ardor, irritación, papilomatosis, hiperplasia papilar

¹⁸Stevens, A., Lowe, J. (2001). Texto y Atlas de Anatomía Patológica. Reino de España: Elsevier Mosby.

¹⁹Panesso, F., Pantevis, M., Díaz, J., Ordoñez, J., Quintero, Y. (s.f). Factores de riesgo asociados a la estomatitis protésica en la clínica Fontibón 2008- 2012. Panorama Odontológico. [En línea]. Consultado: [05, mayo, 2015].

Disponible en:

http://190.254.23.168/sanmartin/academicos_new/odontologia/doc/REVISTA%20ODONTOLOGICA%207/ESTOMATITIS%20PROTESICA.pdf

pseudoepitelomatosa, localizada en el paladar duro, en ocasiones en la mandíbula de pacientes portadores de prótesis mucosoportadas”. (p. 24).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Ibiomed su versión digital, un artículo de Echegoyén y De Cea²⁰ (2006) se puede saber que: “La estomatitis subprótesis es una alteración poco conocida con ese nombre y debe separarse del término hiperplasia papilar inflamatoria para designar los cambios patológicos de la mucosa bucal en el área de soporte de la dentadura completa o removible.” (párr. 1).

Examinando investigaciones realizadas en la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Lazarde²¹ (2001) se puede exponer que:

La Estomatitis Subprotésica (E.S.P) es un término que ha sido aplicado a la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis afectando principalmente a la población de edad avanzada portadores de prótesis dentales. Esta condición fue descrita como: Mucosa Inflamada Subprotésica, Palatitis Subprotésica Crónica, Estomatitis Subprotésica, Estomatitis Venenata, Candidiasis Atrófica Crónica, Estomatitis con relación a prótesis, Estomatitis Protésica. Citados por Arenford y Walker, 1987. El término “Estomatitis Subprotésica” ha sido universalmente aceptado por muchos autores. (párr. 4).

Estudiando informaciones disponibles en el Sitio web de la Rev. Cub. Med. Dep. & Cul. Fis. Su versión digital, un artículo de Plana y Perurena²² (2011) se puede transcribir que:

²⁰Echegoyén, Z., De Cea, C. (2006). Presencia de estomatitis por el uso de prótesis totales y removibles. Ibiomed. [En línea]. Consultado: [8, agosto, 2014].
Disponible en:

http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=50944&id_seccion=3209&id_ejemplar=5161&id_revista=183

²¹Lazarde, J. (2001). Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300003

La estomatitis subprótesis tiene predisposición en convertirse en una condición premaligna. Las lesiones inflamatorias del paladar vinculadas con el uso de la prótesis dentales removibles, se consideran trastornos con alta prevalencia, razón por la cual es preocupante para los profesionales encargados de preservar la salud bucal de la comunidad, debido a que deben solucionarse los problemas propios de la enfermedad en su terapéutica, debe ser contemplado hecho de que las prótesis sean reemplazadas y todo esto conlleva a la planificación y empleo de recursos adicionales. (p. 2).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de García y colaboradores²³ (2003) se puede saber que:

Existe en nuestro municipio un gran número de personas con lesiones inflamatorias de la mucosa bucal diagnosticada como estomatitis subprótesis. Esta lesión es conocida también como denture sore mouth. Esta lesión es ignorada por la mayoría de pacientes, pero en ocasiones aparecen síntomas tales como: sensación de ardor, prurito, sabor metálico, edema y calor.

Esta enfermedad se detecta por lo general cuando el paciente acude a la consulta para ser atendido por otra causa, en algunos casos por rehabilitación protésica, pero acuden con menor frecuencia por presentar los síntomas mencionados anteriormente.

El aspecto clínico varía desde áreas hiperémicas localizadas y pueden llegar a lesiones que se encuentran delimitando el contorno de la prótesis, y en etapas más avanzadas aparecen como papilas que se encuentran en estrecha proximidad y tienen aspecto verrugoso. Comienza con la presencia de algunos puntos en la mucosa, los cuales van extendiéndose, llegan a confluír y la congestión va alcanzando a toda la mucosa en contacto con la prótesis dental.

Se demuestra una ligera hiperqueratosis y alteración del epitelio en el grosor de la mucosa bucal en los 3 primeros años de uso de una prótesis.

Visto con el microscopio, se ha observado una cornificación del epitelio, lo cual se le atribuye a la presión aumentada y excesiva por parte de la prótesis sobre la mucosa, y la reacción inflamatoria como consecuencia de una presión excesiva ejecutada sobre ella; no obstante, debe considerarse la posibilidad de que el material utilizado también produzca las irritaciones. (párr. 3 y 4).

²²Plana, R., Perurena, M. (2011). Tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en atletas y ex atletas con Propomiel y Nistatina. Rev. Cub. Med. Dep. & Cul. Fis. [En línea]. Consultado: [3, septiembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/253/Tratamiento%20de%20la%20estomatitis%20subpr%C3%B3tesis%20L.pdf>

²³García, E., Roche, A., Blanco, A., Rodríguez, L. (2003). La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2015]. Disponible en:

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

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Pardi y colaboradores²⁴ (2001) se puede conocer que:

Esta lesión se caracteriza clínicamente por la presencia de una zona eritematosa en los tejidos, siendo encontrada con mayor frecuencia en el maxilar superior y rara vez en el inferior. La mucosa bucal se encuentra eritematosa, de coloración rojo brillante, algunas veces hemorrágica y puede presentarse además, con múltiples petequias localizadas en el paladar duro.

Refiere Wilson, que el diagnóstico provisional de E.S.P²⁵ está basado en los signos clínicos, ya que los síntomas son raros, aún cuando algunos pacientes pueden manifestar ardor, sensación de quemadura, sabor desagradable y prurito o sensación de picazón. Si existe sospecha de la proliferación de hongos, debe realizarse el diagnóstico micológico de la lesión, que permita la identificación de dichos microorganismos. (párr. 4- 10).

Examinando la obra de Álvarez y Fassina²⁶ (2003) se puede exponer que:

Una manera de diferenciar manchas rojas subprotéticas originadas por la sobrecompresión es ver su extensión y sus límites. Son manchas claramente sectorizadas y definidas, a diferencia de una mancha subprotética amplia, sin límites, con una etiología generalmente microbiana, como se observa en las denominadas palatitis subplaca. (p. 434).

Investigando la tesis de Rojas²⁷ (2008) se puede conocer que:

Generalmente la sintomatología puede ser variable o está ausente. En la mayor parte de los casos se descubre la lesión al retirar la prótesis dental en una exploración rutinaria simple o al inicio de una rehabilitación. Se plantea que pacientes entre el 28% hasta un 70% de los pacientes pueden presentar

²⁴Pardi, G., Cardozo, E., Perrone, M., Salazar, E. (2001). Detección de especies de *Candida* en pacientes con estomatitis subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [8, agosto, 2014]. Disponible en:

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

²⁵E.S.P: Durante mi tiempo de estudio he podido conocer que estas siglas significan Estomatitis Subprotésica.

²⁶Álvarez, H., Fassina, N. (2003). Prótesis total removible. Hacheace Editorial.

²⁷Rojas, L. (2008). Especies del género *Candida* implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontostomatología del Centro Médico Naval "CMST"-2007. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Mayor de San Marcos. República de Perú. Consultado: [3, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2184/1/rojas_zl.pdf

síntomas, señalándose entre estos, inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, dolor, mal gusto, halitosis, xerostomía, etc. Desde el punto de vista clínico resulta interesante la asociación de la ES²⁸ con otros trastornos orales. La lesión que más se asocia es la queilitis angular candidiásica, encontrándose entre el 33% y 82,6%. Se han reportado de forma poco frecuente asociaciones con leucoplasias y candidiasis orales seudomembranosas. (p.p. 30 y 31).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan su versión digital, un artículo de Sánchez y colaboradores²⁹ (2013) cita que:

Asimismo, en 1962, Newton propuso una clasificación de esta entidad basada en la apariencia de la inflamación de la mucosa de los maxilares, debajo de la prótesis, que consideró: de tipo I, si existían puntos eritematosos o áreas hiperémicas localizadas; tipo II, si había una zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis; y de tipo III, cuando se presentaba una lesión de aspecto papilomatoso. (p. 2).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Prof. Dent. su versión digital, un artículo de Barata y colaboradores³⁰ (2002) se puede conocer que:

Podemos dividir la estomatitis protésica en 3 tipos, en relación con su grado de desarrollo (Clasificación de Newton).

Tipo I: Estomatitis protésica localizada simple: Es una inflamación de carácter local, con obstrucción de los ductos salivales por la prótesis y con signos inflamatorios mínimos, que se manifiesta con un punteado rojizo sobre la mucosa. Este tipo se relaciona por el trauma por prótesis.

Tipo II: Estomatitis protésica difusa simple: Inflamación difusa y enrojecimiento general de la mucosa que aparece hiperémica, lisa y atrófica, en toda el área cubierta por la prótesis. Es una lesión inflamatoria propiamente.

²⁸ES: Durante mi tiempo de estudio he podido conocer que estas siglas significan Estomatitis Subprotésica.

²⁹ Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [6, agosto, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

³⁰Barata, D., Durán, A., Carrillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

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

Tipo III: Estomatitis protética granular o de hiperplasia granular. Inflamación intensa, hiperemia de la mucosa y aspecto nodular en el área recubierta por la prótesis.

Los tipos II y III, se relacionan con la presencia de placa microbiana (bacteriana o fúngica) en la prótesis y en la mucosa subyacente. (pp. 30 y 31).

Analizando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Pardi y colaboradores³¹ (2001) se puede conocer que:

Posteriormente, han surgido algunos cambios a la clasificación descrita por Newton, entre estos cambios destacan los propuestos por Bengerdal e Isacson, quienes emplearon los términos: 1) Inflamación Local: Se refiere a la presencia de manchas rojas encontradas normalmente alrededor de las glándulas salivales menores del paladar y la cual está relacionada con el trauma producido por el uso continuo de prótesis; 2) Enrojecimiento difuso: Se refiere a la mucosa del paladar hiperémica con aspecto de nódulos en el centro del paladar y cuya etiología está relacionada tanto con trauma como con infección producida por Candida, y más recientemente Moreira y colaboradores, clasificaron a la E.S.P. en tres grados de afectación (denominados I, II y III, similares a los tipos propuestos por Newton). (párr. 6).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Carreira y Almagro³² (2000) se puede conocer que:

Estudios realizados en relación con el retiro de la prótesis por las noches, permiten conocer que se evita la parafunción nocturna, reduce significativamente la presencia de lesiones inflamatorias sobre la mucosa bucal, disminuye el tiempo de exposición a la probable proliferación de los microorganismos, que pueden causar degeneración de las glándulas palatinas y por lo tanto, se disminuye la secreción salival, la cual inicia o agrava más la estomatitis subprótesis. Diversos autores plantean que el trauma y el uso

³¹Pardi, G., Cardozo, E., Perrone, M., Salazar, E. (2001). Detección de especies de candida en pacientes con estomatitis subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2015]. Disponible en:

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

³²Carreira, V., Almagro, Z. (2000). La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Revista Cubana Estomatológica. [En línea]. Consultado: [4, agosto, 2014].

Disponible en:

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

continuo de la prótesis son la causa de esta lesión. La deficiente higiene colabora a la hiperplasia papilar y a la proliferación de microorganismos como la *Candida albicans*. (p. 134).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Corona y colaboradores³³ (2007) cita que:

Los pacientes portadores de prótesis dental con frecuencia son afectados debido a la agresión física que sufren los tejidos bucales, acompañados de otros factores negativos como los traumas y las infecciones, dentro de las cuales la estomatitis subprotésica es la de mayor aparición, y se caracteriza por una proliferación fibroepitelial provocada por la interacción de la mucosa con la base de la prótesis ya sea acrílica o metálica. (párr. 2).

En investigación realizada en la Revista Cubana de estomatología su versión digital, un artículo de Gonzáles y colaboradores³⁴ (2010) se puede referenciar que: “Los factores de riesgo más frecuentes encontrados, que se asocian con la aparición de lesiones bucales, fueron: la ingestión de comidas calientes o picantes, hábito de fumar, uso de prótesis y la ingestión de alcohol”. (p. 112).

³³Corona, M., González, W., Lao, N., Camps, I. (2007). EL Vimang en la estomatitis subprotésica grado I. Presentación de un caso. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300014

³⁴Gonzáles, R., Herrera, I., Osorio, M., Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [14, noviembre, 2014].

Disponible en:

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

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Odontológica de los Andes su versión digital, un artículo de Noguera y Fleitas³⁵ (2006) cita que:

Dentro de los factores involucrados, hay algunos con mayor importancia como son:

- **Trauma protético** ocasionado por el desajuste del aparato y los malos hábitos de utilización. (Bernal & Moreira, 1985; Sharman & Mirza, 1986; Sakki, Knuuttila, Laara & Anttila, 1997).
- **Higiene de la prótesis** donde se involucran elementos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprotésica que conforma un especial ecosistema con características muy particulares en su pH, en el que influyen a dieta, características salivares, entre otros (Kilak & Arikan, 1993; Catalán, Herrera & Matínez, 1987; Sato, Tsuchiya, Akagiri & Takagi, 1997; Sweeney, Bagg, Fell & Yip, 1994).
- **Posibles reacciones alérgicas e irritación** causada por los materiales que componen la prótesis (resinas o aleaciones metálicas) (Sato et al., 1997; Sweeney et al., 1994). (p. 21).

Indagando en la obra de Basker y colaboradores³⁶ (2012) se puede transcribir que:

La evidencia sugiere que el factor etiológico local más importante de la estomatitis protésica es la presencia de microorganismos en la placa de la superficie de impresión de la prótesis. La placa está presente en cantidades significativas, debido a la higiene inadecuada de la prótesis y sus efectos se maximizan si el paciente usa la prótesis por la noche. El hongo *Cándida Albicans* es el organismo más comúnmente asociado con la estomatitis protésica y que ha recibido la mayor atención en la literatura, aunque otras especies de *Cándida* también pueden estar presentes.

La posible interacción de los diversos factores etiológicos y predisponentes es compleja e incierta, pero un posible escenario que es compatible con la mayor parte de la literatura relevante es el siguiente.

Las toxinas producidas por las células de *Cándida* que permanecen en la superficie protésica por las medidas de higiene deficientes, junto con el trauma de la prótesis inician una reacción inflamatoria. Un adelgazamiento resultante del epitelio da lugar al aumento de permeabilidad y el escape de exudado inflamatorio. Lo exudados, junto con las células mucosas descamadas, forman un medio nutritivo favorable, que promueve el crecimiento de la *Cándida Albicans*. (pp. 113 y 114).

³⁵Noguera, G., Fleitas, A. (2006). Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista Odontológica de los Andes. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24811/2/articulo2.pdf>

³⁶Basker, R., Davenport, J., Thomason, J. (2012). Tratamiento protésico en pacientes edéntulos. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

Analizando la obra de Reichart y Philipsen³⁷ (2000), se puede saber que:

Los factores etiológicos son el traumatismo crónico por prótesis mal ajustadas, infecciones bacterianas y por *Candida*, así como una higiene oral deficiente. Además, es importante la base porosa de la prótesis, ya que puede albergar bacterias y hongos. El monómero residual reviste escasa importancia. (p. 131).

Estudiando la obra de Santana³⁸ (2010), se puede conocer que:

REACCIÓN ALÉRGICA AL MATERIAL DE LAS PRÓTESIS DENTALES

Al señalar la reacción alérgica de la mucosa bucal al material de las prótesis dentales, nos estamos refiriendo a la sensibilización, con una base alérgica, que provoca, en los tejidos, estos materiales, y que es distinta al daño que causan las prótesis mal adaptadas, lo que representa en verdad un hecho de injuria física.

ETIOPATOGENIA

Las dentaduras completas están hechas de un material sintético: el polimetacrilato de metilo (resinas acrílicas), compuesto de un líquido (monómero) que se mezcla con un polvo (polímero); para construir la dentadura tiene que producirse la polimerización; cuando ésta no se realiza adecuadamente, quedan residuos libres del monómero (metacrilato de metilo puro); esta sustancia tiene un gran poder de sensibilización y capacidad para provocar reacciones alérgicas. (p. 129).

Analizando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de García y colaboradores³⁹ (2003) se puede conocer que:

³⁷Reichart, P., Philipsen, H. (2000). Atlas de Patología Oral. Masson.

³⁸Santana, J. (2010). Atlas de Patología del complejo bucal. La Habana: República de Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

³⁹García, E., Roche, A., Blanco, A., Rodríguez, L. (2003). La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [29, mayo, 2015].

Disponible en:

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

Entre las etiologías de la estomatitis subprótesis están: las causas traumáticas, tóxicas, reacciones de hipersensibilidad al monómero, enfermedades sistémicas, desequilibrios hormonales, trastornos nutricionales, estrés e irritaciones locales, y además hábitos propios del paciente como son la higiene deficiente y el uso continuo durante la noche de la prótesis. Es por este motivo que se recomienda su retiro nocturno, con la intención de disminuir el tiempo de exposición a los microorganismos presentes en la placa y del trauma que se produce por la misma prótesis, y para que sea más efectiva esta indicación, es necesaria la higienización de las prótesis, la desinfección siempre que sea posible con el uso de agentes antioxidantes como la clorhexidina, el tratamiento de una candidiasis y un correcto procesamiento del material de base para disminuir las microporosidades y con ello se reduce la presencia de microorganismos.

Debido a la frecuente presencia de la estomatitis, es prioritario tener opciones para tratarla, y es de sumo interés hallar un tratamiento efectivo que disminuya el tiempo de curación de la lesión. La no utilización de la prótesis para lograr la curación, trae consigo afectaciones estéticas y funcionales; con frecuencia existe poca colaboración del paciente, sobre todo por su necesario período de descanso protésico de 7 a 15 días. (párr. 5 y 6).

Examinando la obra de McCracken y colaboradores⁴⁰ (2006) cita que:

La boca y la prótesis se deben limpiar después de cada comida y antes de acostarse. En las personas susceptibles a las caries, el cepillado antes de las comidas es efectivo para reducir las colonias bacterianas disminuyendo así la producción de ácido después de la ingesta.

Las prótesis parciales removibles se pueden limpiar perfectamente con un pequeño cepillo de cerdas blandas. (p. 369).

Analizando la obra de Llana⁴¹ (1988) se puede conocer que:

Importancia de las revisiones

Se ha de explicar al paciente la importancia de las revisiones y citarles una vez al año, por lo menos, aunque lo ideal sería dos veces al año. La detección precoz de cualquier deterioro no sólo preserva la salud oral, sino que también alarga la vida de las dentaduras.

Necesidad de una dieta bien equilibrada

Es necesario avisar al paciente en el caso de que tome una dieta inadecuada y remitirle a un especialista.

Programa de revisiones periódicas

Uno de los fallos en el tratamiento del desdentado total es dejarle creer que sus dentaduras completas son permanentes y que no necesita más cuidados.

⁴⁰McCracken., Carr, A., McGivney, G., Brown, D. (2006). Prótesis Parcial Removible. Elsevier: Mosbi.

⁴¹Llana, J. (1988). Prótesis Completa. Reino de España: Labor.

Por un lado, la resina y la porcelana se desgastan, y por otro, también los tejidos blandos y duros de soporte cambian con el tiempo. El paciente no se da cuenta de estos cambios faciales externos, por lo que muchas veces estos defectos no se pueden corregir y deben hacerse dentaduras nuevas.

Se debe advertir al paciente que la vida de una dentadura completa alcanza de cinco a ocho años y que entonces puede necesitar rebases, reajustes oclusales, etcétera, o deben ser reemplazadas, pero que bien cuidadas y con pequeñas correcciones más frecuentes pueden alargar su vida útil.

También se les debe decir que necesitan una visita anual de comprobación para seguir un programa preventivo, que consiste en:

- a) Poner al día la historia clínica y ver si la medicación y el estado general actuales pueden, ahora, afectar a la boca del paciente.
- b) Hacer una buena exploración local por si hubiera patología. Pueden encontrarse lesiones de tipo inflamatorio, papilar, hipertrófico, úlceras, lesiones de tipo blanco, de las cuales el paciente no se habrá dado cuenta.
- c) Evaluar la estabilidad, retención, oclusión y dimensión vertical y corregirlas si es necesario.
- d) Revisar la higiene del paciente, tanto de la cavidad oral como de la prótesis.
- e) Indicar al paciente cuándo debe volver para su próxima revisión.

Un personal auxiliar bien entrenado puede realizar parte de estas revisiones. (pp. 27 y 28).

Estudiando nuevamente la investigación realizada en la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río su versión digital, un artículo de Silva y colaboradores⁴² (2012) se puede saber que:

La estomatitis subprótesis, la cual se diagnostica con frecuencia dentro de la patología bucal, es una alteración inflamatoria, que tiene predisposición a ser una lesión hiperplásica si no se trata a tiempo. Se presenta con frecuencia en la mucosa de soporte, en pacientes desdentados totales o parciales portadores de prótesis mucosoportadas, dentosoportadas o dentomucosoportadas removibles, casi siempre encontrándose en mal estado. (p. 3).

⁴²Silva, A., Cardentey, J., Silva, A., Crespo, C., Paredes, M. (2012). Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico "Raúl Sánchez". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/968>

Analizando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de estomatología su versión digital, un artículo de Lemus y colaboradores⁴³ (2009) cita que:

Las lesiones bucales tienen mayor incidencia en la población adulta, de esta manera más del 95% de las lesiones se encuentran en pacientes mayores de 40 años, con un promedio de edad de 60 años.

La literatura presenta aspectos controversiales con respecto al papel de ciertos factores así como su forma de actuar. Entre los principales factores a tener en cuenta en el desarrollo de las lesiones bucales son los de carácter traumático, la deficiente higiene bucal y la sequedad bucal o xerostomía. Los primeros incluyen las quemaduras, mucosa mordisqueada, maceración, abuso local de caramelos, efecto local del tabaco y la acción de la prótesis, las cuales al estar desajustadas, producen continuos microtraumatismos sobre la mucosa de soporte a la que cubren. (pp. 2 y 3).

En investigaciones realizadas en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Navas y colaboradores⁴⁴ (2007), se puede conocer que:

Por otra parte, se han realizado estudios que han buscado establecer asociaciones entre las condiciones de salud-enfermedad bucal y factores indirectos que ejercen influencia sobre ellas, algunos de estos factores son los relacionados con el grado de instrucción, actitudes, conocimientos y prácticas de los individuos. Ravera y Col encontraron asociación significativa entre los conocimientos, prácticas y estudios formales de los padres y la salud bucal de escolares entre 6 y 14 años de edad; concluyendo que estas variables se constituyen en un espacio de intervención con impacto potencial para salud bucal. (párr. 13).

⁴³Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [01, mayo, 2015].

Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est03109.pdf

⁴⁴Navas, R., Geraldino, R., Rojas, T. Álvarez, C., Griman, D. (2007). Salud-enfermedad bucal en pacientes pediátricos con cáncer: su asociación con factores sociales. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [14, noviembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000400002

Examinando en la obra de Mallat y Mallat⁴⁵ (2004) cita que:

INSTRUCCIONES DE HIGIENE Y MANTENIMIENTO DE LA PRÓTESIS

Las normas generales de higiene dental obligan a instruir a los pacientes en la necesidad de realizar una correcta higiene oral y, por tanto, es impredecible que un paciente portador de una prótesis sea consciente de la necesidad de una higiene bucal mucho más exigente cuando lleve una prótesis removible, de tal forma que no se debería construir ninguna de ellas sin antes haber conseguido que el paciente pueda mantener unos valores mínimos de placa bacteriana.

De nada servirá diseñar una muy correcta prótesis si a los pocos meses se ve comprometiendo su futuro por culpa de la aparición de caries en las piezas que la soportan.

La presencia en la cavidad oral de elementos extraños, como la prótesis, con el contacto mantenido de ciertos elementos como los ganchos, planos guía, elementos recíprocos, etc., con la superficie de los dientes, es un serio inconveniente para la integridad del esmalte. Además, estas áreas que entran en contacto con la prótesis se encuentran en muchas ocasiones en zonas de difícil acceso, como sucede con los planos guía situados en las caras distales o los elementos recíprocos en las caras linguales o palatinas.

CONTROLES POSTERIORES A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

Se debe aconsejar al paciente que acuda a la consulta con regularidad para verificar el buen funcionamiento de la prótesis ya que pueden aparecer distintos problemas que pueden ir desde la simple sensibilidad de los tejidos blandos, aflojamiento de la prótesis, dificultades en la fonética, en el masticar y en el deglutir. (pp. 312- 314).

En investigaciones realizadas en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Ucar y colaboradores⁴⁶ (2007) se puede conocer que:

Los métodos más comunes para la limpieza de prótesis se puede dividir en dos grupos: mecánico y químico.

El método mecánico es el más popular para remover la placa de las dentaduras mediante el uso de cepillos con jabones o dentríficos, sin embargo existen gran

⁴⁵Mallat, E., Mallat, E. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Reino de España: Elsevier.

⁴⁶Ucar, A., Rojas, G., Ballester, A. (2007). Acción de agentes químicos en la eliminación de Cándida Albicans sobre prótesis dentales. Revista Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [11, Mayo, 2015].

Disponible en:

http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Protesis_Dental/1.pdf

cantidad de evidencias que utilizando sólo este método no es suficiente para eliminar la placa bacteriana de las bases de las prótesis por lo que hay que combinarlo con el uso de desinfectantes.

Otra desventaja que este método mecánico presenta es que si son empleados de manera exagerada o con una técnica incorrecta puede causar daños a la prótesis, teniendo efectos como manchas persistentes y distorsión de los ganchos afectando su capacidad retentiva. Igualmente, son ineficaces en pacientes con limitación motora, ya que la remoción efectiva de la placa bacteriana requiere de cierto grado de destreza manual, la cual está reducida en adultos mayores. Sin embargo, la ventaja de ser de uso sencillo y económico.

El método químico, es el segundo método más popular, para la limpieza de prótesis, es superior al mecánico en cuanto al control de placa bacteriana y prevención de estomatitis subprotésica asociada *C. albicans*.

Hipoclorito Alcalino: El producto clorado más utilizado en desinfección es el hipoclorito de sodio. Es muy útil para remover manchas de la prótesis, disuelve algunos componentes salivales y otras sustancias orgánicas. Es bactericida y fungicida.

Actúa directamente sobre la matriz orgánica de la placa dental y además causa la destrucción de la estructura del polímero del acrílico. El hipoclorito no disuelve el cálculo, pero sí inhibe la formación de éste sobre la prótesis. Aunque son limpiadores eficaces presentan diversos inconvenientes como la corrosión del metal y aumenta la flexibilidad de los ganchos, lo que restringe su empleo a aparatos sin componentes metálicos. Por otra parte, estas soluciones blanquean las resinas acrílicas y su efectividad disminuye cuando aumentan las concentraciones de material inorgánico.

Ácidos: Entre los ácidos diluidos encontramos el ácido clorhídrico al 3-5% con o sin ácido fosfórico y el ácido acético al 5% (vinagre blanco casero). Deben ser utilizados con precaución debido a su capacidad de producir corrosión de metales. Estas soluciones presentan una eficacia proporcional al grado de disociación del ácido. Son muy efectivos para eliminar manchas difíciles que resisten a los limpiadores tipo peróxido.

Peróxidos Alcalinos: Son los limpiadores más comúnmente usados para la limpieza de las prótesis, incluyen polvos o tabletas. La liberación de oxígeno por parte del peróxido de hidrógeno causa la formación de burbujas o una acción efervescente que tiene un efecto de limpieza mecánica sobre la prótesis. Esta acción mecánica se produce sólo durante un período de 10 a 15 minutos.

Desinfectantes: Se ha reportado que sumergir las prótesis diariamente en una solución diluida de gluconato de clorhexidina o salicilato, produce una reducción de la sensación de ardor de la mucosa en pacientes con estomatitis subprotésica. Sin embargo, puede haber recurrencia una vez suspendido el tratamiento. (p. 2).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Rcoe su versión digital, un artículo de Ayuso y colaboradores⁴⁷ (2004) se puede conocer que:

Consiste en enseñar al paciente las medidas higiénicas individuales y de la prótesis, se le debe indicar dormir sin ella, colocando la prótesis en una solución de clorhexidina a concentración entre el 0.2 o de hipoclorito de sodio entre el 0.5. Esta última opción no es compatible con las prótesis metálicas. Los agentes antifúngicos pueden ser tópicos o sistémicos, y está demostrada la misma efectividad terapéutica para el mismo agente por ambas vías de administración en pacientes inmunocompetentes.

Los antifúngicos pueden ser agentes poliénicos (nistatina y anfotericina B), imidazoles (clotrimazol, micronazol y ketokonazol) o triazoles (fluconazol e itraconazol),

Se debe indicar tratamiento antifúngico cuando el paciente refiera una clínica de dolor o sensación de ardor, o bien exista riesgo de infección faríngea o sistémica y se tendría que alargar cuatro semanas de tratamiento. (p. 661).

En investigación realizada en la Revista Médica Multimed su versión digital, un artículo de Pérez y colaboradores⁴⁸ (2006) se puede saber que:

La estomatitis subprótesis es una de las alteraciones más frecuentes del paladar duro que padecen los pacientes portadores de prótesis mucosoportadas. Se han señalados diversos agentes etiológicos. La infección causada por la Cándida Albicans ha sido particularmente objeto de muchos estudios, y a pesar de ellos aún no está convenientemente aclarado su papel.

Esta afección ha sido estudiada durante años por la medicina y en ella se han empleado varios medicamentos, como: la nistatina, anfotericin B, fluconazol, Itraconazol, flucytosin, miconazol, ácido undecilénico y el clorhexidine; en muchos de los casos se ha encontrado resistencia a los mismos.

En la medicina natural y tradicional se han empleado plantas como la manzanilla, sábila, caña santa, itamo real, jengibre, araña gato, canela, romero, regaliz, aceite del árbol T, hinojo, anís, ginseng, alpha L y el trébol según se plantea por The Gooldbeg group.

Todos los tratamientos antes mencionados han tenido resultados satisfactorios, pero no debemos olvidar que existen especies de Cándida que han ofrecido resistencia a diferentes tratamientos. (párr. 6).

⁴⁷ Ayuso, R., Torrent, J., López, J. (2004). Estomatitis protésica: puesta al día. Rcoe. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004

⁴⁸ Pérez, M., Ramírez, M., González, E., Frías, R., Blanco, I., Algas, L. (2006). Ministerio de Salud Pública Clínica Estomatológica Docente de Especialidades “General Manuel de Jesús Cedeño” Bayamo-Granma. Multimed Revista Médica. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2006/v10-2/1.html>

2.1. Unidades de observación y análisis.

Pacientes atendidos en las clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

2.2. Variables.

2.2.1. Variables dependientes.

Estomatitis subprotésica.

2.2.2. Variables independientes.

Edad.

Género.

Nivel educacional.

Higiene bucal

Prótesis desajustadas.

2.3. Matriz de operacionalización de las variables.

(Anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la Investigación.

Estudio epidemiológico descriptivo.

3.2. Tipo de Investigación.

Estudio exploratorio.

3.3. Métodos.

Se realizó un estudio exploratorio en las clínicas odontológicas, en el período comprendido entre marzo- julio de 2015.

Para el estudio se realizó una encuesta al universo de estudio, en el mismo se caracterizaron los factores de riesgos asociados a la presencia de estomatitis subprotésica, atendiendo a las variables que se operacionalizaron (Anexo 1). Para la encuesta se empleó un cuestionario confeccionado al efecto, en el cual se incluyeron variables sociodemográficas, evaluando el porcentaje de pacientes que padecían estomatitis subprotésica. (Anexo 5).

Además del cuestionario, se realizó una exploración clínica de la cavidad bucal de cada paciente, con vista a identificar la presencia de estomatitis subprotésica, observando el estado en que se encontrara la prótesis en conjunto con la higiene bucal

del paciente. La misma que consideró los indicadores que contempla el índice simplificado de higiene bucal (Ministerio de Salud Pública, 2008, p. 11)⁴⁹. (Anexo 7).

3.4. Técnicas.

Se desarrolló una encuesta mediante un cuestionario aplicado al universo de estudio (Anexo 5). Para el diagnóstico de la estomatitis subprotésica se realizó un examen bucal al universo de trabajo, identificando el tipo de prótesis que portaron y las condiciones en las que se encontraron.

3.5. Instrumentos.

Dentro de los instrumentos se contó con un cuestionario confeccionado al efecto (Anexo 5). En el cuestionario se expusieron variables generales socio demográficas y aquellas que caracterizaron los factores de riesgo, higiene bucal y desajuste protésico, previo a esto se realizó una historia clínica al paciente como documento legal para dicho trabajo de investigación, (Anexo 6) además de utilizar una planilla de observación y recolección de datos sobre lesiones. (Anexo 8).

Antes de la aplicación del cuestionario, se realizó su validación de forma y contenido, para lo que se integró un grupo de expertos, constituido por profesores de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con más de 5 años de experiencia en la docencia. Una vez realizadas las correcciones pertinentes al instrumento se realizó un estudio piloto, el cual consistió en su aplicación a 15 personas de otro lugar de Portoviejo con una composición demográfica y social similar al universo de estudio.

⁴⁹Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008). Manual de uso del formulario 033. Higiene Oral Simplificada. Normatización del sistema nacional de salud: área de salud bucal. [En línea]. Consultado: [14, agosto, 2014] Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

La finalidad del estudio piloto fue poner a punto el instrumento en cuanto a su comprensión.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

Investigadora.

Directora de tesis.

Grupos de expertos.

3.6.2. Recursos materiales.

Explorador.

Espejo bucal.

Guantes.

Mascarillas.

Fotocopias.

Fotografías.

Materiales de Oficina.

Suministro de impresión.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

Cámara digital.

Computadora.

Flash memory.

Impresora.

Internet.

Scanner.

Software.

3.6.4. Económicos.

El presupuesto de esta investigación será asumido totalmente por la investigadora, tuvo un costo aproximado de \$413.85. (Ver Anexo N° 2).

3.7. Población y muestra.

La población de estudio fueron 100 pacientes portadores de prótesis removibles que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

A todas las personas que intervinieron en este estudio se les consultó su participación, la que fue voluntaria. Para ello se les informó en qué consistía el trabajo que se iba a realizar, así como, que la información que ellos proveyeran sería anónima y con fines científicos. Como prueba de su participación voluntaria firmaron el documento de consentimiento de su participación (Anexo4).

3.8. Recolección de la información.

La información procedente de la encuesta fue recolectada a través de una encuesta aplicada, para la cual se realizó un cuestionario y fue puesta a punto para su posterior procesamiento.

3.9. Procesamiento de la Información.

Con las variables de estudio se obtuvieron valores de tendencia central, de dispersión, así como sus frecuencias. Todo el procesamiento se realizó mediante el programa Microsoft Excel 2010. Los resultados se expresaron en cuadros y gráficos.

3.10. Ética.

A todos los pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo que participaron en este estudio se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 4). Previamente se les explicó en qué consistía el estudio, cuál era su propósito y qué beneficios aportarían sus resultados.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

El cuadro 1 muestra la distribución del total de pacientes examinados en las clínicas odontológicas según su género. Se evidencia que con mayor frecuencia predomina el género femenino con el 63% (63), y con menor frecuencia el género masculino con el 37% (37).

GÉNERO		
GÉNERO	F	%
MASCULINO	37	37%
FEMENINO	63	63%
TOTAL	100	100%

Cuadro 1: Encuesta aplicada a los pacientes que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

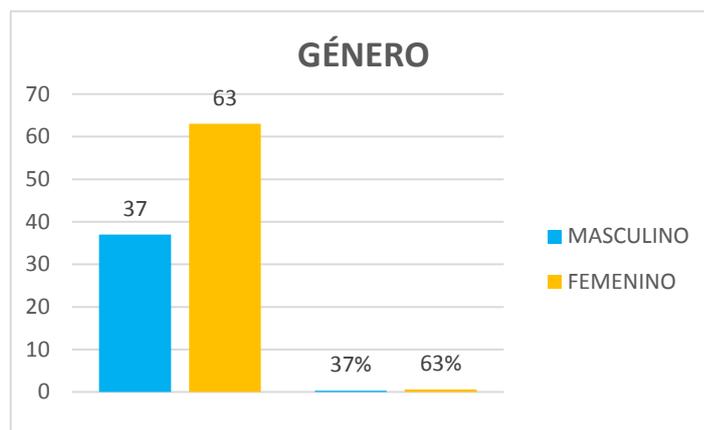


Gráfico No. 1. Género de pacientes.

Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 33.

El cuadro 2 muestra la distribución general de los pacientes examinados según su edad. Se evidencia que la edad media fue de 53 años, la edad mínima de 21 años y la edad máxima de 86 años de edad, del total de la población estudiada.

EDAD	
Media	53
Min	21
Max	86

Cuadro 2. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

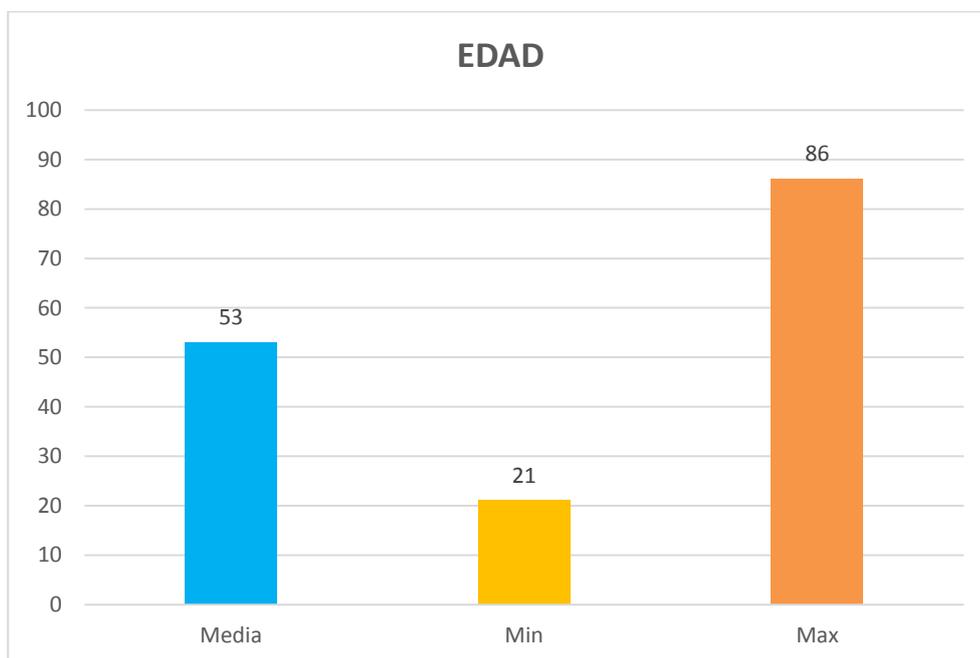


Gráfico No. 2. Edad de pacientes.

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

El cuadro 3 refleja la distribución de los pacientes examinados según su ocupación, apreciándose que la mayoría de pacientes examinados fueron amas de casa, correspondiendo al 48% (48). Siguiendo con el 21% (21) los pacientes que trabajan en el sector privado, 15% (15) pacientes de clase obrera. Se encontró un 7% (7) de pacientes profesionales, 5% (5) pacientes sin vínculo laboral y por último se encontraron estudiantes que corresponden al 4% (4) de los pacientes examinados.

OCUPACIÓN		
OCUPACIÓN	F	%
Profesional	7	7%
Obrero	15	15%
Privado	21	21%
Estudiante	4	4%
Ama de Casa	48	48%
Sin vínculo	5	5%
TOTAL	100	100%

Cuadro 3. Ocupación general de pacientes. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

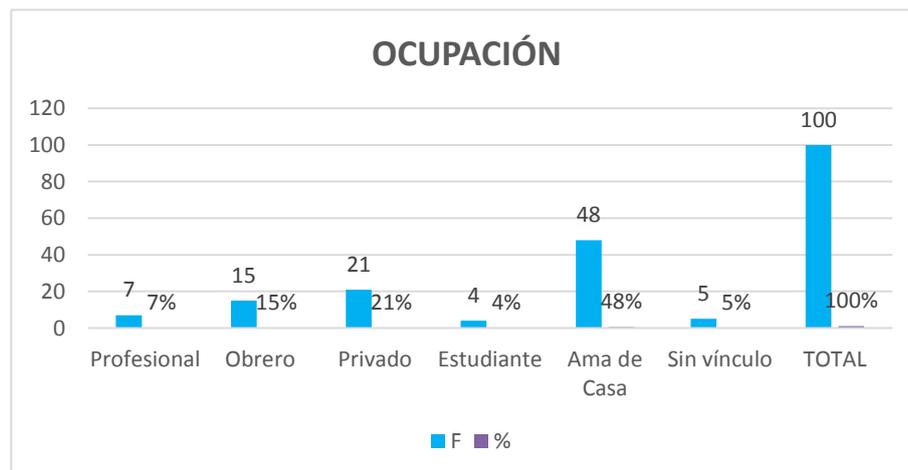


Gráfico No. 3. Ocupación de pacientes. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 35.

El cuadro 4 establece el nivel educacional de los pacientes examinados, en el cual se aprecia que la mayoría de pacientes presentaba la primaria terminada, correspondiente al 29% (29), seguido con el 23% (23) los que cursaron la secundaria, 18% (18) pacientes universitarios, 16% (16) pacientes bachilleres, 12% (12) pacientes con primaria no terminada. Por último con el 2% (2) de los pacientes examinados corresponde a los pacientes analfabetos.

NIVEL DE EDUCACIÓN		
NIVEL	F	%
Analfabeto	2	2%
Primaria no terminada	12	12%
Primaria terminada	29	29%
Secundaria	23	23%
Bachiller	16	16%
Universitario	18	18%
TOTAL	100	100%

Cuadro 4. Nivel de Educación general de pacientes. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

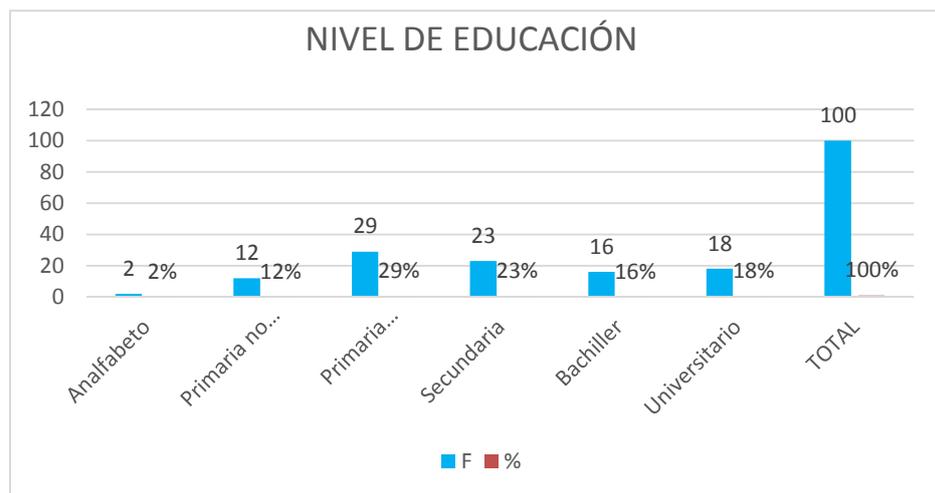


Gráfico No. 4. Nivel de educación de pacientes. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p.36.

El cuadro 5 muestra la prevalencia de estomatitis subprotésica presentándose en el 45% (45) de los pacientes examinados. El 55% (55) de los pacientes no presentó patología aparente, del total de los pacientes encuestados.

PREVALENCIA DE ESTOMATITIS		
PATOLOGÍA	F	%
P. con estomatitis	45	45%
P. sin patología aparente	55	55%
TOTAL	100	100%

Cuadro 5. Prevalencia de Estomatitis Subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

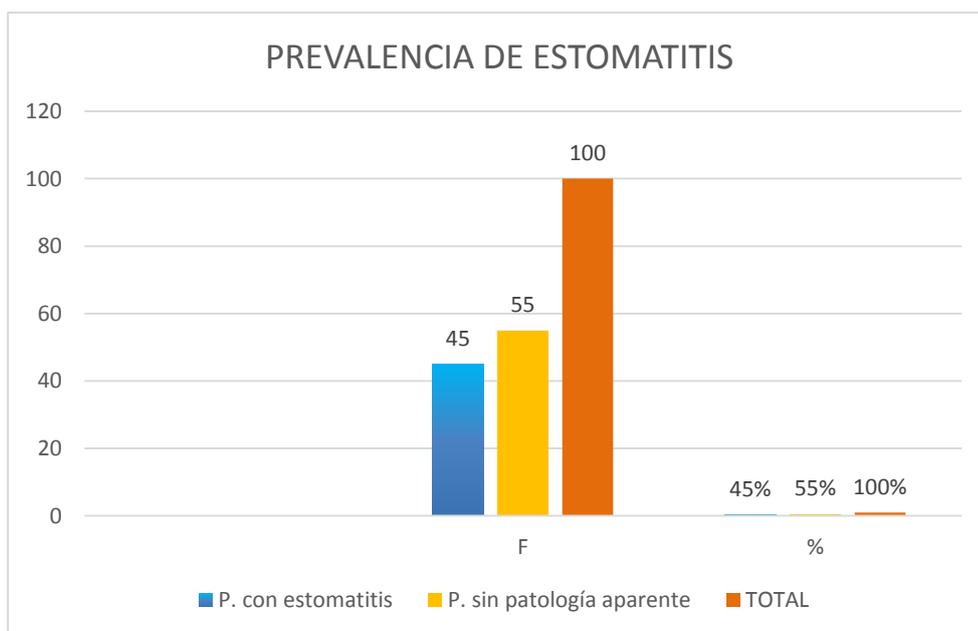


Gráfico No. 5. Prevalencia de estomatitis subprotésica. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p.37.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Archivo Médico de Camagüey su versión digital, un artículo de Nápoles y colaboradores⁵⁰ (2009) se puede conocer que:

En la literatura revisada Campo reporta una prevalencia de la estomatitis Subprótesis entre un 11 y un 67%, Cardozo de un 25 a un 65%. En Cuba Moreira y Bernal refieren un 46,86%, Díaz Martell un 35,29% en mayores de 60 años y Victoria Correira un 70% en portadores de prótesis totales; esto demuestra que la afección es muy frecuente. (p.4).

Nuestro estudio es similar al publicado en el sitio web de la Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos su versión digital, un artículo de Francisco y colaboradores⁵¹ (2009) se puede referenciar que:

En un estudio realizado en Cuba sobre este tema se comprueba que aproximadamente el 70% de los pacientes que usan prótesis dental superior presentaron estomatitis subprótesis.

Muchos autores plantean que la prevalencia de esta afección es variante. Llikhonen arroja valores del 43% y otros autores describen desde el 43 hasta el 67%. (p.26).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista International journal of Odontostomatology su versión digital, un artículo de Gutiérrez y colaboradores⁵² (2013):

⁵⁰Nápoles, I., Díaz, S., Puig, E., Casanova, Y. (2009). Prevalencia de Estomatitis Subprótesis. Revista Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].
Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552009000100003&script=sci_arttext

⁵¹Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vásquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014].
Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

⁵²Gutiérrez, C., Bustos, L., Sánchez, M., Zaror, L., Zambrano, M. (2013). Estomatitis Subprotésica en pacientes de la IX Región, Chile. International journal of Odontostomatology. [En línea]. Consultado: [9, agosto, 2014].
Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200008&script=sci_arttext

El porcentaje de pacientes que padecen de estomatitis Subprotésica, fue mayor al porcentaje nacional que se había registrado, correspondiente al 22,3%. La principal causa debido a la población estudiada, ya que la mayoría de pacientes eran provenientes de sectores rurales y alejados de centros de salud oral especializados. Dichos resultados coinciden con los reportados en otros estudios realizados con anterioridad, la cual va desde 43% hasta 70% (Gendreau & Loewy, 2011; Nápoles et al., 2009). (p.210).

El cuadro 6 muestra la edad de los pacientes que presentaron estomatitis subprotésica. Se aprecia que la mayoría de los pacientes que presentó esta lesión comprendía entre los 40 y 59 años de edad con un porcentaje de 57,8% (26). Seguido por los pacientes de edad comprendida entre los 60 y 69 años con el 22,2% (10). Pacientes con estomatitis de 70 años y más corresponde al 11,1% (5). Por último con el menor porcentaje de 8,9% (4) los pacientes comprendidos entre los 20 a 39 años de edad.

EDAD DE PACIENTES CON ESTOMATITIS		
EDAD	F	%
20 a 39 años	4	8,90%
40 a 59 años	26	57,80%
60 a 69 años	10	22,20%
70 y más	5	11,10%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 6. Edad de pacientes con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

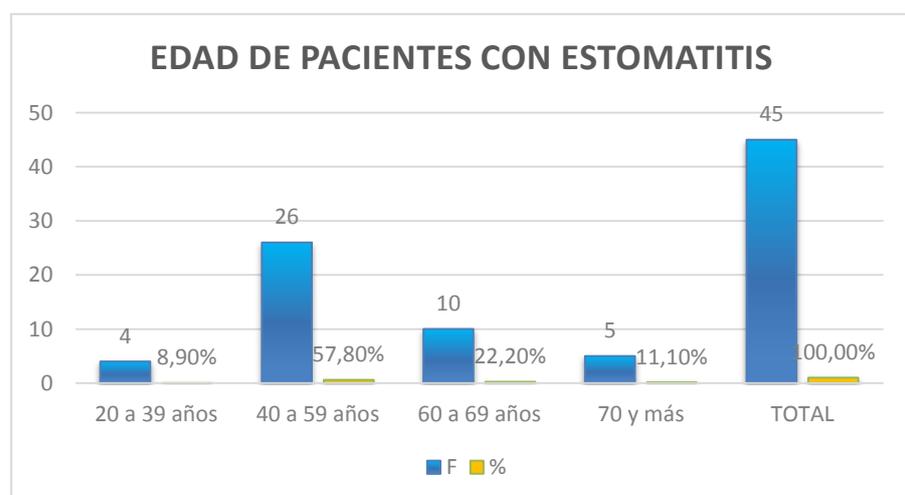


Gráfico No. 6. Edad de pacientes con estomatitis subprotésica. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 40.

Analizando nuevamente informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de estomatología su versión digital, un artículo de Lemus y colaboradores⁵³ (2009) cita 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. (p. 2).

Examinando la tesis de Rey⁵⁴ (2012) se puede saber que “Los resultados demostraron el mayor porcentaje de Estomatitis Subprotésica en el sexo femenino en un 77.1%, así también se presentó el mayor predominio dentro de un rango de edad entre 76 a 80 años de edad con un 26.3%.” (p. 9).

Estudiando nuevamente la investigación realizada en la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río su versión digital, un artículo de Silva y colaboradores⁵⁵ (2012) se puede saber que:

Se observa que a medida que aumentó la edad, el uso de la prótesis en la población resultó más frecuente, siendo el grupo de edad más observado el de 61 años y más con un 43,1%. A nivel poblacional este fue el grupo donde mayor cantidad de personas tenían dentadura artificial seguida del grupo de 46 a 60 años. (p. 4).

⁵³Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [01, mayo, 2015].

Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est03109.pdf

⁵⁴Rey, D. (2012). Factores etiológicos y microbiológicos de estomatitis subprotésica y su frecuencia, en adultos mayores portadores de prótesis removible parcial o total que pertenecen al centro geriátrico de Vilcabamba de la provincia de Loja durante el periodo Enero- Julio 2012. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Nacional de Loja. Loja: República del Ecuador. Consultado: [29, agosto, 2014].

Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6588/1/Rey%20Ord%C3%B3%C3%B1ez%20Diana%20Luc%C3%ADa%20.pdf>

⁵⁵Silva, A., Cardentey, J., Silva, A., Crespo, C., Paredes, M. (2012). Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico “Raúl Sánchez”. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/968>

El cuadro 7 establece el género de los pacientes con estomatitis subprotésica, se refleja que la mayoría de pacientes con esta lesión pertenece al género femenino con el 73,3% (33); mientras que en el género masculino se presentó con un 26,7% (12).

SEXO DE PACIENTES CON ESTOMATITIS		
SEXO	F	%
MASCULINO	12	26,70%
FEMENINO	33	73,30%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 7. Género de pacientes con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

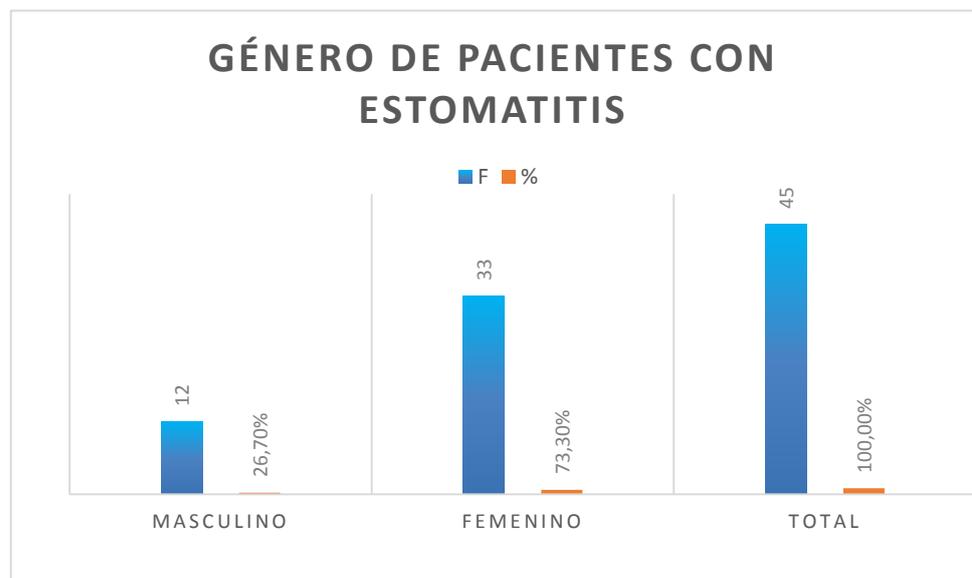


Gráfico No. 7. Género de pacientes con estomatitis subprotésica. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p.42.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Archivo Médico de Camagüey su versión digital, un artículo de Nápoles y colaboradores⁵⁶ (2009) se puede conocer que: “Cuando se hace referencia al sexo en la estomatitis subprótesis, muchas de las investigaciones indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres, en cambio, algunos autores consideran que no existe diferencia entre sexos.” (p. 4).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan su versión digital, un artículo de Sánchez y colaboradores⁵⁷ (2013) cita que:

En esta serie predominó el sexo femenino, lo cual difiere del estudio de Campus Mullines et al, quienes obtuvieron una primacía de los hombres; no obstante, se coincidió con ellos respecto a la edad, pues en su estudio prevalecieron los pacientes mayores de 60 años. (p. 5).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos su versión digital, un artículo de Francisco y colaboradores⁵⁸ (2009) se puede referenciar que:

Se debe rescatar que alrededor del mundo se han publicado un sin número de artículos en los que se plantean que las mujeres son las que más presentan esta lesión, debido a que las mujeres cuidan más de la estética, manteniendo el aparato protésico en la boca la mayoría del tiempo. (p. 26).

⁵⁶Nápoles, I., Díaz, S., Puig, E., Casanova, Y. (2009). Prevalencia de Estomatitis Subprótesis. Revista Archivo Medico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1025-02552009000100003&script=sci_arttext

⁵⁷Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [6, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

⁵⁸Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vásquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014].

Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

El cuadro 8 refleja la ocupación de los pacientes con estomatitis subprotésica. De los cuales se observa el mayor porcentaje en amas de casa con el 51,1% (23). Seguido por los trabajadores privados que refleja el 20,0% (9). Se observa también la clase obrera con el 13,30% (6), pacientes profesionales con el 8,9% (4), pacientes sin vínculo laboral con el 4,40% (2) y por último estudiantes con el 2,20% (1).

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON ESTOMATITIS		
OCUPACIÓN	F	%
Profesional	4	8,90%
Obrero	6	13,30%
Privado	9	20,00%
Estudiante	1	2,20%
Ama de casa	23	51,10%
Sin vínculo	2	4,40%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 8. Ocupación de pacientes con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

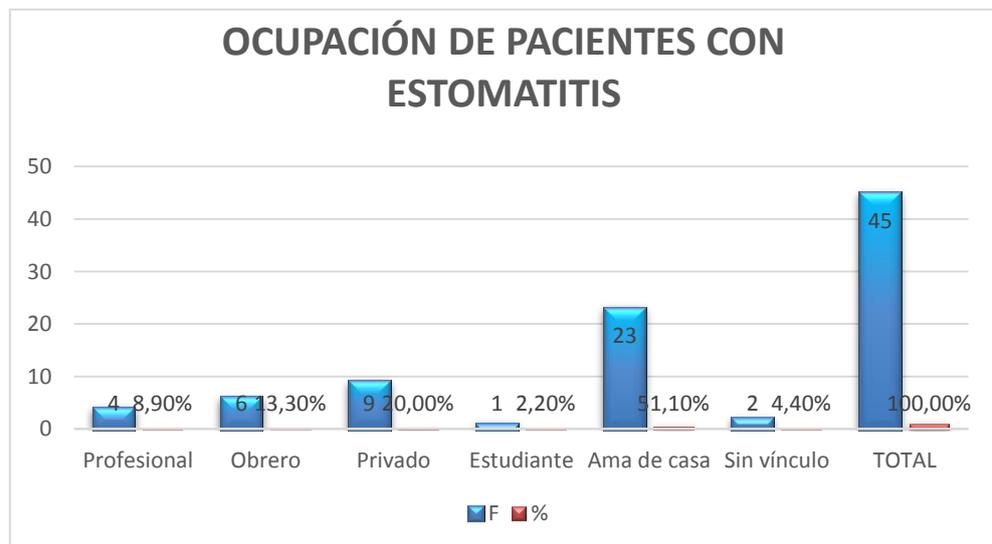


Gráfico No. 8. Ocupación de pacientes con estomatitis subprotésica. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 44.

En el cuadro 9 se establece el nivel de educación de los pacientes con estomatitis subprotésica, el cual refleja que en su mayoría se encuentra los pacientes con primaria terminada con el 35,3% (16). Pacientes que cursaron la secundaria y pacientes universitarios con un porcentaje de 17,8% (8), bachilleres que corresponde al 15,6% (7), pacientes con primaria no terminada 11,1% (5) y por último los pacientes analfabetos que corresponde al 2,2% (1).

NIVEL DE EDUCACIÓN DE PACIENTES CON ESTOMATITIS		
NIVEL	F	%
Analfabetos	1	2,20%
Primaria no terminada	5	11,10%
Primaria terminada	16	35,60%
Secundaria	8	17,80%
Bachiller	7	15,60%
Universitario	8	17,80%
TOTAL	45	100,00%

*Cuadro 9. Nivel de educación de los pacientes con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.
Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.*

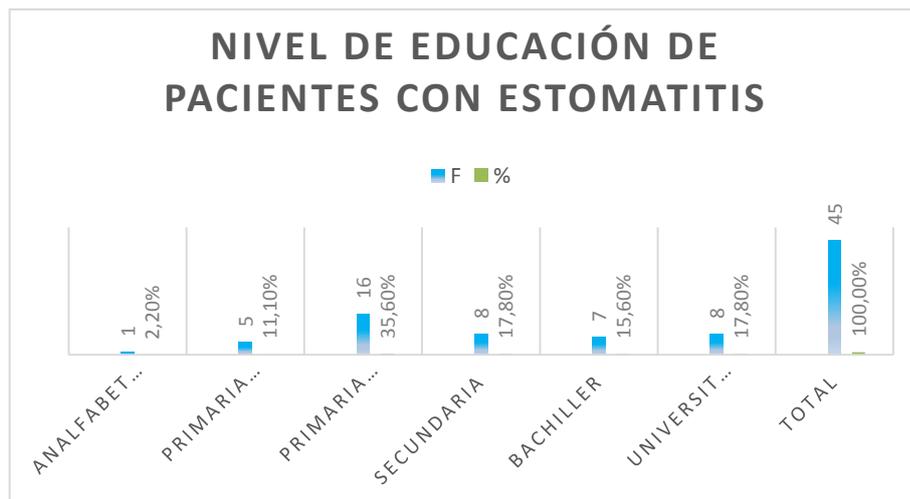


Gráfico No. 9. Nivel de educación de pacientes con estomatitis subprotésica. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p.45.

En investigaciones realizadas en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Navas y colaboradores⁵⁹ (2007), se puede conocer que:

Por otro lado, se han establecido diversos estudios que han establecido asociaciones entre las condiciones de salud o enfermedad bucal y factores que influyen indirectamente sobre ellas, muchos de estos factores son los relacionados con el grado de instrucción, actitudes, conocimientos y prácticas de los individuos. Ravera y Col hallaron una asociación importante entre los conocimientos, prácticas y estudios formales de los padres y la salud bucal de pacientes escolares entre; se concluye que estas variables se constituyen en un espacio de intervención con impacto potencial para salud bucal y dental. (párr. 13).

Leyendo la investigación realizada en el sitio web de la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río su versión digital, un artículo de Silva y colaboradores⁶⁰ (2012) cita que:

En Cuba, la mayor frecuencia de estomatitis subprótesis en estadios leves es debido a las actividades de educación para la salud que se realiza en estomatología, en las cuales se enseña al paciente la forma de realizarse el autoexamen bucal, los cuidados que deben tener las mucosas y la correcta higiene de la prótesis y dientes remanentes si están presentes. (p. 7).

⁵⁹Navas, R., Geraldino, R., Rojas, T. Álvarez, C., Griman, D. (2007). Salud-enfermedad bucal en pacientes pediátricos con cáncer: su asociación con factores sociales. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [14, noviembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000400002

⁶⁰Silva, A., Cardentey, J., Silva, A., Crespo, C., Paredes, M. (2012). Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico "Raúl Sánchez". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015].

Disponible en:

<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/968>

El cuadro 10 muestra la localización de la estomatitis subprotésica, apreciándose en la totalidad de los pacientes que padecen esta lesión en el paladar duro, correspondiente al 45% (45).

LOCALIZACIÓN DE ESTOMATITIS		
LOCALIZACIONES	F	%
Paladar duro	45	45%
Paladar blando	0	0%
Encía superior	0	0%
Encía inferior	0	0%
TOTAL	45	45%

Cuadro 10. Localización de la estomatitis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

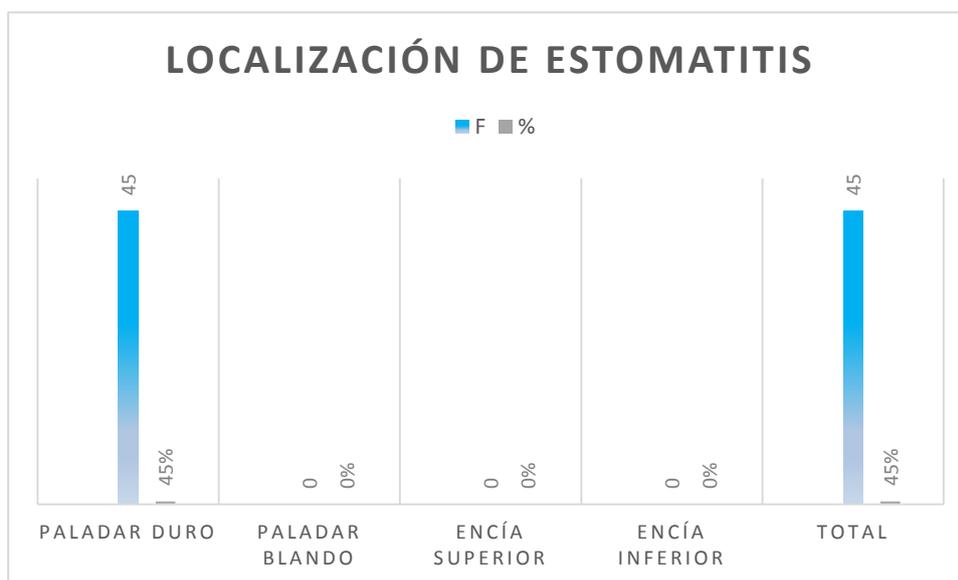


Gráfico No. 10. Localización de estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 47.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan su versión digital, un artículo de Sánchez y colaboradores⁶¹ (2013) cita que:

Algunos investigadores comprobaron que al estar la papila incisiva comprimida constantemente, el aporte sanguíneo y venoso se interrumpe, lo que sumado a las cargas inadecuadas de una prótesis desajustada, así como a la proliferación de la *Candida albicans* patógena, contribuyen a las irritaciones de la bóveda palatina, por lo que cualquier tipo de prótesis es considerada como un agente extraño. (p. 5).

En investigación realizada en la Revista Médica Multimed su versión digital, un artículo de Pérez y colaboradores⁶² (2006) se puede saber que: “La estomatitis subprótesis es una de las alteraciones más frecuentes del paladar duro.” (párr. 5).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos su versión digital, un artículo de Francisco y colaboradores⁶³ (2009) se puede referenciar que:

La estomatitis subprótesis es el término generalmente utilizado para definir los cambios de tipo inflamatorio de la mucosa de la bóveda palatina cubierta por la prótesis. Es definida también como una de las alteraciones más frecuentes del paladar duro, en pacientes que usan prótesis dentales mucosoportadas. (p. 24).

⁶¹ Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [6, agosto, 2014].
Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

⁶² Pérez, M., Ramírez, M., González, E., Frías, R., Blanco, I., Algas, L. (2006). Ministerio de Salud Pública Clínica Estomatológica Docente de Especialidades “General Manuel de Jesús Cedeño” Bayamo-Granma. Multimed Revista Médica. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].
Disponible en:

<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2006/v10-2/1.html>

⁶³ Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vásquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014].
Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

El cuadro 11 refleja la higiene en pacientes con estomatitis, en el cual se aprecia que solo el 2,2% (1) de éstos pacientes tiene una correcta higiene bucal. Se observa un 15,6% (7) de pacientes con mala higiene oral, y en su mayoría los pacientes que presentan higiene regular prevalecen con el 62,2% (28) de la totalidad siendo ésta la más frecuente.

HIGIENE EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
HIGIENE	F	%
Bueno	1	2,20%
Regular	28	62,20%
Malo	7	15,60%
TOTAL	36	80,00%

Cuadro 11. Higiene en pacientes con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

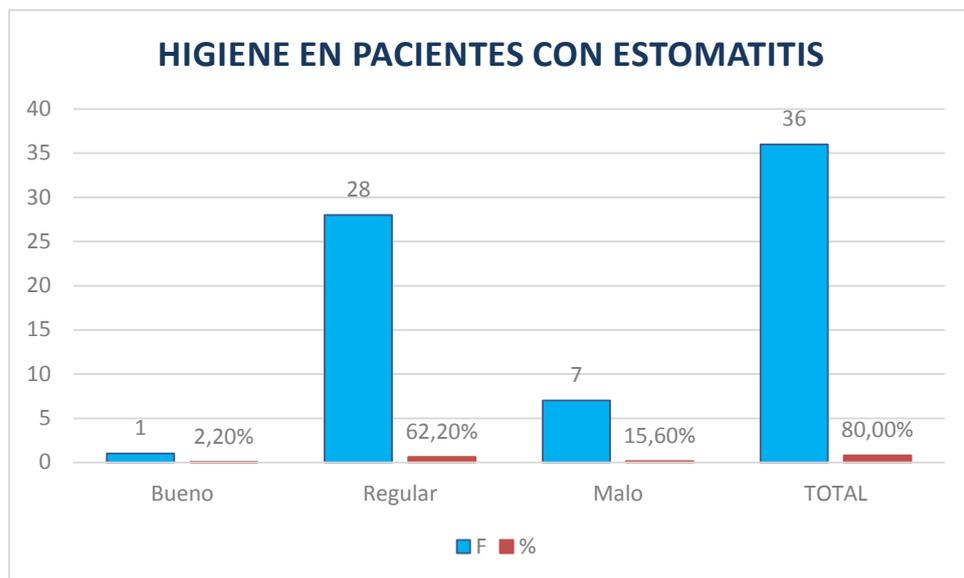


Gráfico No. 11. Higiene en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 49.

Leyendo la obra de Rahn y colaboradores⁶⁴ (2009) se puede exponer que:

Algunos pacientes portadores de prótesis completa no retiran ni limpian sus prótesis por períodos prolongados y, por consiguiente, pueden tener tejidos sumamente irritados y traumatizados. Estos pacientes son mucho más propensos a la proliferación de hongos y la colonización de las prótesis y la consiguiente hiperplasia papilar inflamatoria especialmente en el paladar. (pp. 51 y 52).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Odontológica de los Andes su versión digital, un artículo de Noguera y Fleitas⁶⁵ (2006) cita que:

- **Higiene de la prótesis** donde se involucran elementos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprotésica que conforma un especial ecosistema con características muy particulares en su pH, en el que influyen a dieta, características salivares, entre otros (Kilak & Arikan, 1993; Catalán, Herrera & Matínez, 1987; Sato, Tsuchiya, Akagiri & Takagi, 1997; Sweeney, Bagg, Fell & Yip, 1994). (p. 21).

Indagando en la obra de Basker y colaboradores⁶⁶ (2012) se puede transcribir que:

La evidencia sugiere que el factor etiológico local más importante de la estomatitis protésica es la presencia de microorganismos en la placa de la superficie de impresión de la prótesis. La placa está presente en cantidades significativas, debido a la higiene inadecuada de la prótesis y sus efectos se maximizan si el paciente usa la prótesis por la noche. El hongo *Cándida Albicans* es el organismo más comúnmente asociado con la estomatitis protésica y que ha recibido la mayor atención en la literatura, aunque otras especies de *Cándida* también pueden estar presentes.

La posible interacción de los diversos factores etiológicos y predisponentes es compleja e incierta, pero un posible escenario que es compatible con la mayor parte de la literatura relevante es el siguiente.

Las toxinas producidas por las células de *Cándida* que permanecen en la superficie protésica por las medidas de higiene deficientes, junto con el trauma

⁶⁴Rahn, A., Ivanhoe, J., Plummer, K. (2009). *Prótesis Dental Completa*. Buenos Aires: República de Argentina: Panamericana.

⁶⁵Noguera, G., Fleitas, A. (2006). Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. *Revista Odontológica de los Andes*. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24811/2/articulo2.pdf>

⁶⁶Basker, R., Davenport, J., Thomason, J. (2012). *Tratamiento protésico en pacientes edéntulos*. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

de la prótesis inician una reacción inflamatoria. Un adelgazamiento resultante del epitelio da lugar al aumento de permeabilidad y el escape de exudado inflamatorio. Lo exudados, junto con las células mucosas descamadas, forman un medio nutritivo favorable, que promueve el crecimiento de la *Cándida Albicans*. (pp. 113 y 114).

En el cuadro 12 se muestra el ajuste protésico de los pacientes con estomatitis subprotésica, en el cual se aprecia que en el 80,0% (36) de los casos el ajuste es inadecuado, mientras que solo el 20,0% (9) es adecuado.

AJUSTE PROTÉSICO EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
AJUSTE	F	%
Adecuado	9	20,00%
Inadecuado	36	80,00%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 12. Ajuste protésico en pacientes con estomatitis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

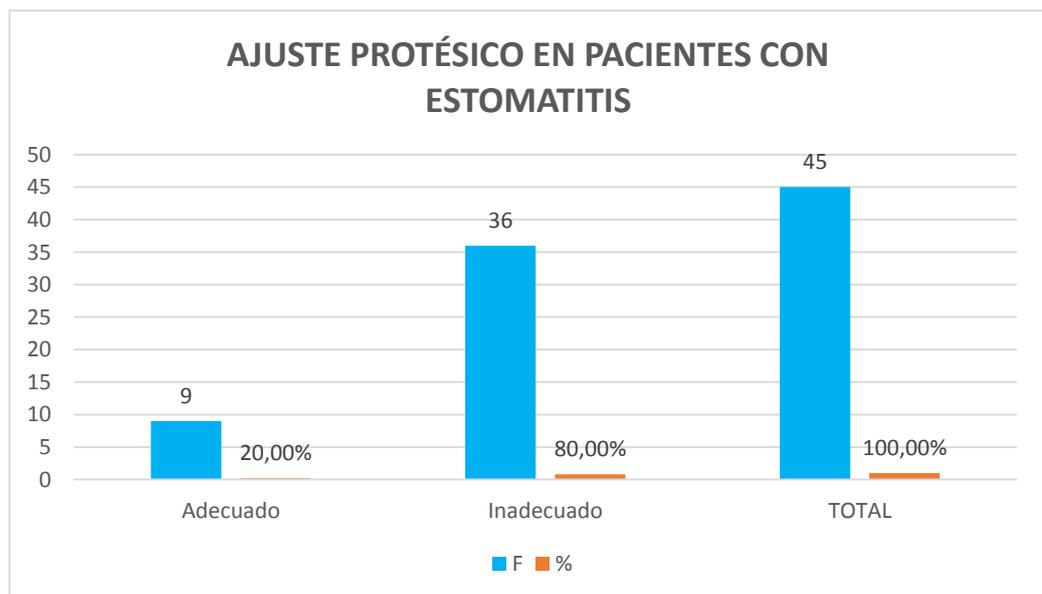


Gráfico No. 12. Ajuste protésico en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 52.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos su versión digital, un artículo de Francisco y colaboradores⁶⁷ (2009) se puede referenciar que: “Uno de los aspectos que más influye negativamente en la aparición de estomatitis subprótesis es el desajuste de aparatos protésicos apoyados en la mucosa bucal. Existen diversos estudios alrededor del mundo que apoyan esta teoría.” (p.26).

Analizando la obra de Reichart y Philipsen⁶⁸ (2000), se puede saber que:

Los factores etiológicos son el traumatismo crónico por prótesis mal ajustadas, infecciones bacterianas y por *Candida*, así como una higiene oral deficiente. Además, es importante la base porosa de la prótesis, ya que puede albergar bacterias y hongos. El monómero residual reviste escasa importancia. (p. 131).

⁶⁷Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vázquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014].

Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

⁶⁸Reichart, P., Philipsen, H. (2000). Atlas de Patología Oral. Masson.

El cuadro 13 establece la adaptación protésica en pacientes con estomatitis. Se refleja que la mayoría de las prótesis se encontraban incorrectamente adaptadas con el 82,2% (37) de los casos de estomatitis, mientras que solo el 17,8% (8) se encontraban en correcta adaptación.

ADAPTACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
ADAPTACIÓN	F	%
Correcta	8	17,80%
Incorrecta	37	82,20%
TOTAL	45	100%

Cuadro 13. Adaptación protésica en pacientes con estomatitis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

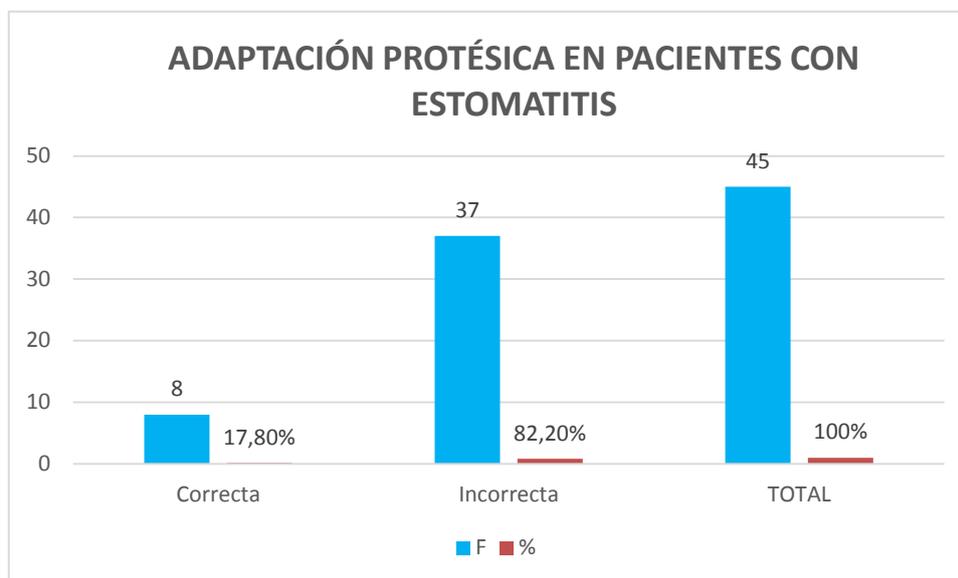


Gráfico No. 13. Adaptación protésica en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 54.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Prof. Dent. su versión digital, un artículo de Barata y colaboradores⁶⁹ (2002) se puede conocer que:

Dentro de los primeros, la causa más frecuente es el **trauma** producido por el uso continuado de la prótesis, principalmente debido a la irritación por el desajuste o desadaptación de la misma mucosa. Debemos tener en cuenta que al colocar una prótesis incluso en un paciente sano, se produce una serie de cambios histológicos de tipo inflamatorio en su mucosa, inicialmente debidos a los cambios del entorno bucal así como por la irritación que la propia prótesis produce sobre la mucosa en la que se asienta. Estos cambios más significativos en pacientes con prótesis antiguas, mal adaptadas a la mucosa, por mal diseño, o con un ajuste oclusal inadecuado. (p. 2).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Corona y colaboradores⁷⁰ (2007) cita que:

Los pacientes portadores de prótesis dental con frecuencia son afectados debido a la agresión física que sufren los tejidos bucales, acompañados de otros factores negativos como los traumas y las infecciones, dentro de las cuales la estomatitis subprotésica es la de mayor aparición, y se caracteriza por una proliferación fibroepitelial provocada por la interacción de la mucosa con la base acrílica o metálica de la prótesis. (párr. 2).

⁶⁹Barata, D., Durán, A., Carrillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].
Disponible en:

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

⁷⁰Corona, M., González, W., Lao, N., Camps, I. (2007). EL Vimang en la estomatitis subprotésica grado I. Presentación de un caso. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015].
Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300014

El cuadro 14 refleja la condición de las prótesis en los pacientes que presentaron estomatitis subprotésica, observándose que el 91% (45) de los pacientes con estomatitis presentó sus prótesis en mal estado ya sea fracturada, desgastada, pigmentada, con ausencia de dientes o ganchos. Y sólo el 9% (4) presentó sus prótesis en buen estado.

CONDICIÓN DE LA PRÓTESIS EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
CONDICIÓN	F	%
Buena	4	9%
Mala	41	91%
TOTAL	45	100%

Cuadro 14. Condición de la prótesis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

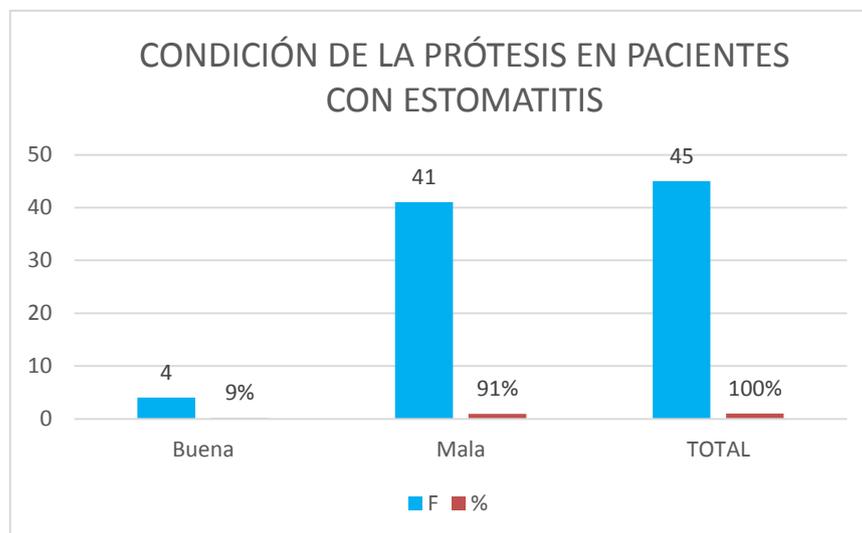


Gráfico No. 14. Condición de la prótesis en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 56.

En investigaciones realizadas en el sitio web de la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Ucar y colaboradores⁷¹ (2007) se puede conocer que: “Otra desventaja que este método mecánico presenta es que si son empleados de manera exagerada o con una técnica incorrecta puede causar daños a las prótesis, teniendo efectos como manchas persistentes y distorsión de los ganchos afectando su capacidad retentiva”. (p. 2).

En Investigación realizada en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Lemus y colaboradores⁷² (2009) se puede referenciar que: “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”. (p. 2).

⁷¹Ucar, A., Rojas, G., Ballester, A. (2007). Acción de agentes químicos en la eliminación de *Cándida Albicans* sobre prótesis dentales. Revista Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [11, Mayo, 2015].

Disponible en:

http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Protesis_Dental/1.pdf

⁷²Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [01, mayo, 2015].

Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est03109.pdf

El cuadro 15 refleja los pacientes fumadores que padecen de estomatitis subprotésica. Se observa que el 84,4% (38) de estos pacientes no fumaba. El 8,9% (4) de pacientes fumaba y el 6,7% (3) de pacientes con estomatitis fumaba a veces.

PACIENTES FUMADORES CON ESTOMATITIS		
FUMA	F	%
Si	4	8,90%
No	38	84,40%
A veces	3	6,70%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 15. Pacientes fumadores con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

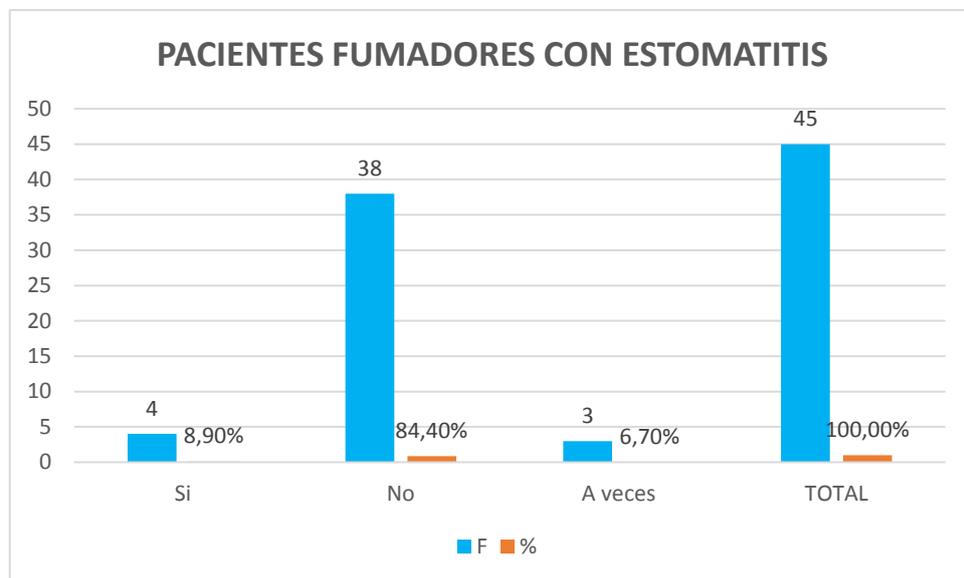


Gráfico No. 15. Pacientes fumadores con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 58.

Examinando investigaciones realizadas en la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Lazarde⁷³ (2001) se puede exponer que:

Cuando se mencionan las posibles causas de E.S.P. se dice que esta entidad puede ser multifactorial, pero no se ha citado el hábito de fumar como factor etiológico. En el presente estudio se encontró que 83,78% de los pacientes evaluados correspondió al grupo de pacientes no fumadores, por lo que se descarta una posible relación directa de este hábito con la aparición de la lesión. (párr. 34).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan su versión digital, un artículo de Sánchez y colaboradores⁷⁴ (2013) cita que:

Por otra parte, no se coincidió con otras series, en las cuales no se relaciona el hábito de fumar con la enfermedad; al respecto, algunos investigadores sugirieron suspender indefinidamente el uso de tabaco y sus derivados, así como la ingestión de bebidas alcohólicas; factores clásicos que provocan o agudizan las lesiones bucales, lo que es, también, la opinión de los autores del presente estudio. (p. 5).

⁷³Lazarde, J. (2011). Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300003

⁷⁴Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [6, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

El cuadro 16 establece los pacientes con estomatitis con el hábito de beber alcohol, el cual demuestra que el 84,4% (38) no ingería alcohol. El 13,3% (6) sí lo hacía y el 2,2% (1) a veces.

PACIENTES BEBEDORES CON ESTOMATITIS		
BEBE	F	%
Si	6	13,30%
No	38	84,40%
A veces	1	2,20%
TOTAL	45	100,00%

*Cuadro 16. Pacientes bebedores con estomatitis subprotésica. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.
Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.*

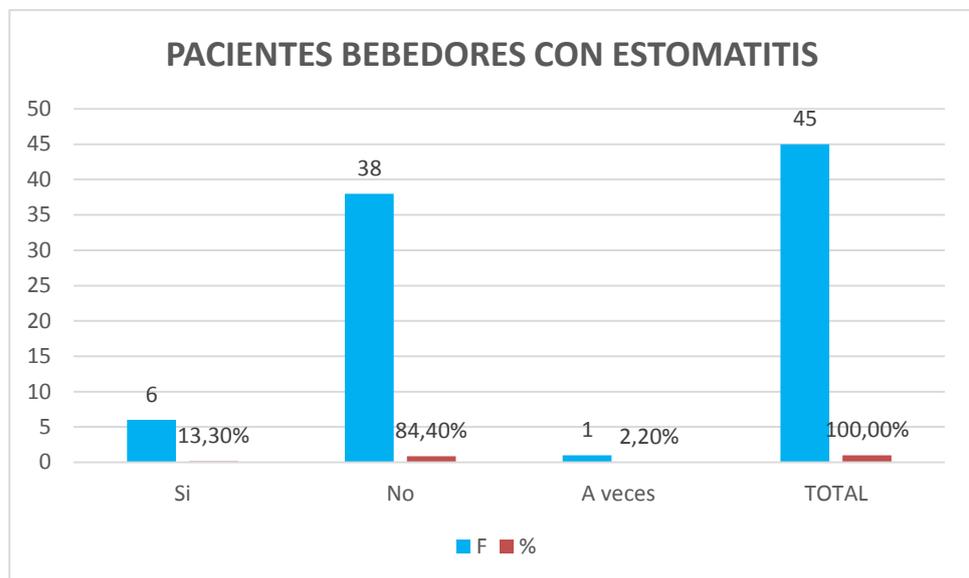


Gráfico No. 16. Pacientes bebedores con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p.60.

En investigación realizada en la Revista Cubana de estomatología su versión digital, un artículo de Gonzáles y colaboradores⁷⁵ (2010) se puede referenciar que: “Los factores de riesgo más frecuentes encontrados, que se asocian con la aparición de lesiones bucales, fueron: la ingestión de comidas calientes o picantes, hábito de fumar, uso de prótesis y la ingestión de alcohol”. (p. 112).

Investigando la tesis de Rojas⁷⁶ (2008) se puede conocer que:

Según estos autores la causa de esta disminución de colonias conforme aumenta la edad, se debe a que en el grupo etáreo de 60-69 años los pacientes tienden más al uso de su prótesis, al tabaquismo y alcoholismo, también en este grupo ocurren alteraciones en la función de linfocitos T y B. (p. 106).

⁷⁵Gonzáles, R., Herrera, I., Osorio, M., Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [14, noviembre, 2014].

Disponible en:

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

⁷⁶Rojas, L. (2008). Especies del género *Cándida* implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontoestomatología del Centro Médico Naval “CMST”-2007. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Mayor de San Marcos. República de Perú. Consultado: [3, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2184/1/rojas_zl.pdf

El cuadro 17 muestra el material de la prótesis en pacientes con estomatitis. Se observa que el 97,8% (44) de los pacientes con estomatitis usa prótesis acrílicas, mientras que solo el 2,2% (1) usa de cromo cobalto.

MATERIAL DE PRÓTESIS EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
MATERIAL	F	%
Acrílico	44	97,80%
Cr- Co	1	2,20%
TOTAL	45	100,00%

*Cuadro 17. Material de las prótesis en pacientes con estomatitis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.
Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.*

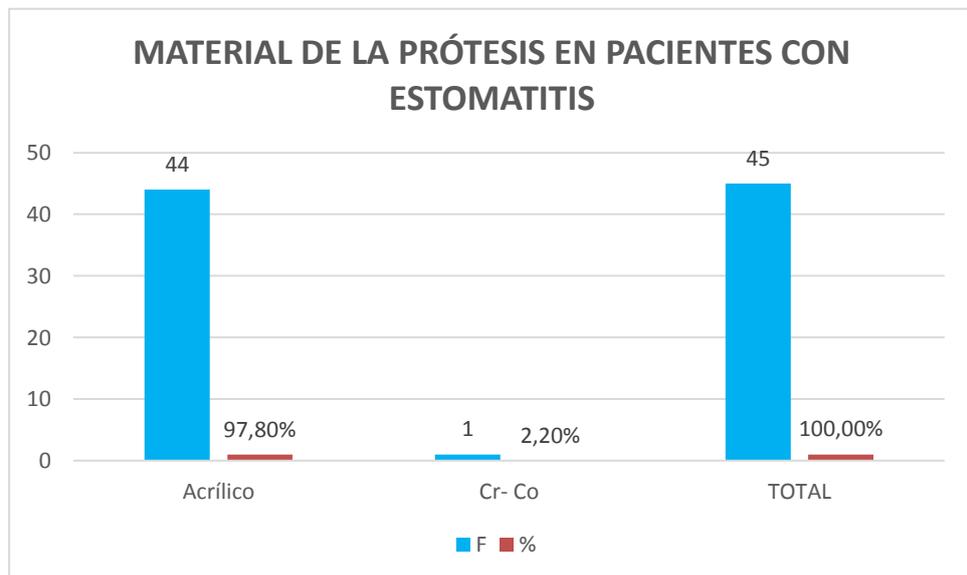


Gráfico No. 17. Material de la prótesis en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 62.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista International journal of Odontostomatology su versión digital, un artículo de Gutiérrez y colaboradores⁷⁷ (2013):

El 73,8% de los pacientes que portaban prótesis acrílicas presentaron estomatitis Subprotésica, existiendo diferencia estadísticamente significativa, para concretar que los valores del material de la base tanto para el tipo de prótesis, son distintos. Diversos autores han concordado y explican que el acrílico de la prótesis debido a su porosidad, favorece la adhesión de *Candida* por producción de biofilm, constituyéndose la prótesis en un lugar de almacenamiento para provocar este tipo de lesión (Dorey et al.; Moreira et al.). (p.210).

Examinando investigaciones realizadas en la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Lazarde⁷⁸ (2001) se puede exponer que:

Cardozo y cols en 1996 (26), reportan lo citado por otros autores (22, 23, 47), referente al hecho de que las porosidades de la superficie del acrílico presente en las prótesis, favorece la adhesión de placa dental, pudiendo de esta forma penetrar los microorganismos dentro de la resina, y mantenerse por largo tiempo. (párr. 36).

Estudiando la obra de Santana⁷⁹ (2010), se puede conocer que:

Al señalar la reacción alérgica de la mucosa bucal al material de las prótesis dentales, nos estamos refiriendo a la sensibilización, con una base alérgica, que provoca, en los tejidos, estos materiales. (p. 129).

⁷⁷Gutiérrez, C., Bustos, L., Sánchez, M., Zaror, L., Zambrano, M. (2013). Estomatitis Subprotésica en pacientes de la IX Región, Chile. International journal of Odontostomatology. [En línea]. Consultado: [9, agosto, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200008&script=sci_arttext

⁷⁸Lazarde, J. (2011). Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300003

⁷⁹Santana, J. (2010). Atlas de Patología del complejo bucal. La Habana: República de Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

En el cuadro 18 se muestra el tipo de prótesis en pacientes con estomatitis. Se refleja la mayoría de los casos asociados a prótesis parciales con el 84,4% (38), mientras que solo el 15,6% (7) de los casos estaban asociados a prótesis totales.

TIPO DE PRÓTESIS EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
TIPO	F	%
Parcial	38	84,40%
Total	7	15,60%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 18. Tipo de prótesis en pacientes con estomatitis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

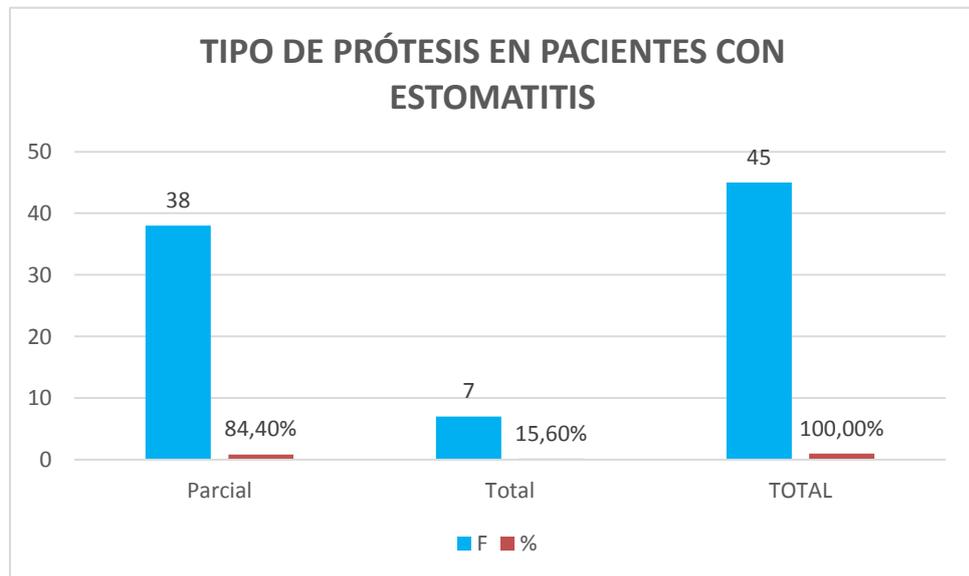


Gráfico No. 18. Tipo de prótesis en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 64.

Examinando investigaciones realizadas en la revista Acta Odontológica Venezolana su versión digital, un artículo de Lazarde⁸⁰ (2001) se puede exponer que:

La frecuencia de E.S.P. se dice en pacientes portadores de prótesis total, fue superior (75,66%) con respecto a los pacientes portadores de prótesis parcial removible (24,34%).

Varias circunstancias pueden contribuir a explicar estos resultados. Por lo general, en las dentaduras parciales permanecen algunos dientes en boca, que proporcionan soporte y evitando contacto directo de las prótesis con la mucosa, lo que de cierta manera obliga al paciente a la higiene de sus dientes con más frecuencia y que este tipo de prótesis constituye un lugar de almacenamiento de microorganismos que causan estas lesiones. (párr. 35).

Investigando la tesis de Rojas⁸¹ (2008) se puede conocer que:

El tipo de prótesis removible implicada en la estomatitis subprotésica ligeramente predominante fue la prótesis total representando un 53.33% del total de pacientes. Esta predominancia concuerda con lo estudiado por Lazarde J y col (2001) en Caracas que de las 456 Historias Clínicas de pacientes con estomatitis Subprotésica que evaluó, el 75.66% portaba una prótesis total y el 24,34% prótesis parcial. Además Lazarde encontró en un grupo de 40 pacientes con candidiasis atrófica la predominancia del uso de prótesis total (67.5%). Según éste investigador venezolano la preferencia por la prótesis total se explica por la mayor área de contacto que cubre a las mucosas y por la falta de soporte en relación con las prótesis parciales. La presencia de los apoyos oclusales en las prótesis parciales permiten que éstas no se intruyan y lesionen los tejidos que las soportan, en cambio en las prótesis totales las mucosas la soportan directamente y en su totalidad. (pp. 104 y 105).

⁸⁰Lazarde, J. (2011). Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [1, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300003

⁸¹Rojas, L. (2008). Especies del género *Cándida* implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontostomatología del Centro Médico Naval "CMST"-2007. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Mayor de San Marcos. República de Perú. Consultado: [3, septiembre, 2014].

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2184/1/rojas_zl.pdf

El cuadro 19 muestra el tiempo de prótesis en pacientes con estomatitis, donde se observa el mayor porcentaje en los pacientes por portan sus prótesis de 1 a 3 años con el 31,1% (14) del porcentaje. Seguido de las prótesis portadas entre 4 a 6 años con el 28,9% (13), el 13,3% (6) en pacientes que portan sus prótesis de 6 a 8 años. Con más de 10 años de uso se encontró un porcentaje del 20,0% (9), y de 8 a 10 años solo el 6,7% (3).

TIEMPO DE PRÓTESIS EN PACIENTES CON ESTOMATITIS		
TIEMPO	F	%
1 a 3 años	14	31,10%
4 a 6 años	13	28,90%
6 a 8 años	6	13,30%
8 a 10 años	3	6,70%
más de 10 años	9	20,00%
TOTAL	45	100,00%

*Cuadro 19. Tiempo de prótesis en pacientes con estomatitis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.
Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis.
Anexo 5.*

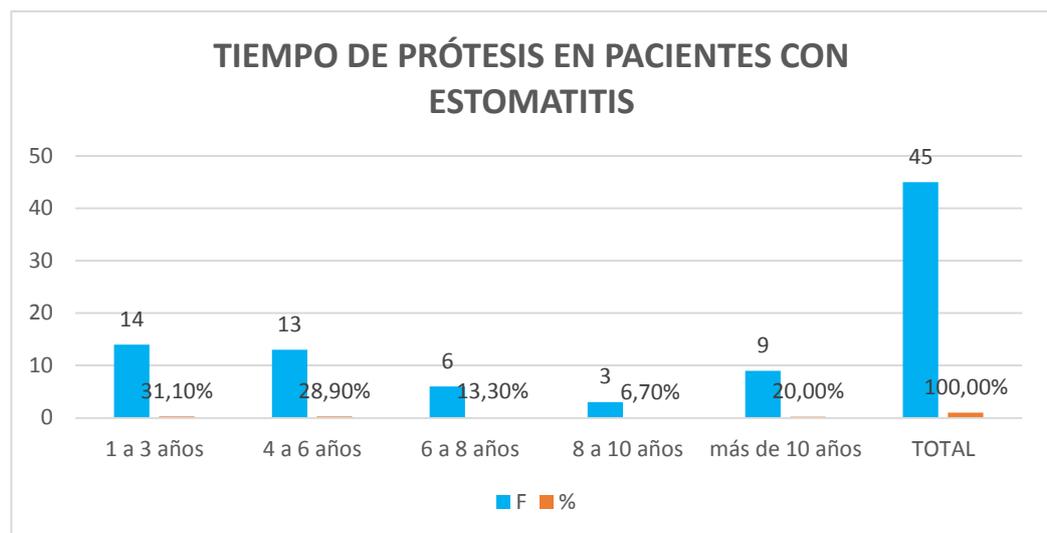


Gráfico No. 19. Tiempo de prótesis en pacientes con estomatitis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 66.

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan su versión digital, un artículo de Sánchez y colaboradores⁸² (2013) cita que: “De igual forma, en cuanto al grado de la lesión y los años de uso de la prótesis, los resultados de la casuística fueron similares a los de una investigación desarrollada en Camagüey por Ley Sifontes et al.” (p. 5).

Considerando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Díaz y colaboradores⁸³ (2007) se puede conocer que:

El uso de prótesis por largos períodos de tiempo sin que sean cambiadas periódicamente (cada 5 años), puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación de dicha prótesis, si esto se suma a su uso durante las 24 horas del día, se desarrollarán lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico (estomatitis subprótesis, hiperplasias, etc.). (párr. 11).

⁸² Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [6, agosto, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

⁸³ Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [5, agosto, 2014]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_3_07/est02307.html

El cuadro 20 corresponde a los pacientes con estomatitis que tienen el hábito de dormir con sus prótesis. Se observa que, el 82,2% (37) de estos pacientes sí duerme con su prótesis, el 13,3% (6) de los pacientes no duerme con ellas y el 4,4% (2) lo hace a veces.

PACIENTES CON ESTOMATITIS QUE DUERMEN CON PRÓTESIS		
DUERME	F	%
Sí	37	82,20%
No	6	13,30%
A veces	2	4,40%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 20. Pacientes con estomatitis que duermen con sus prótesis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

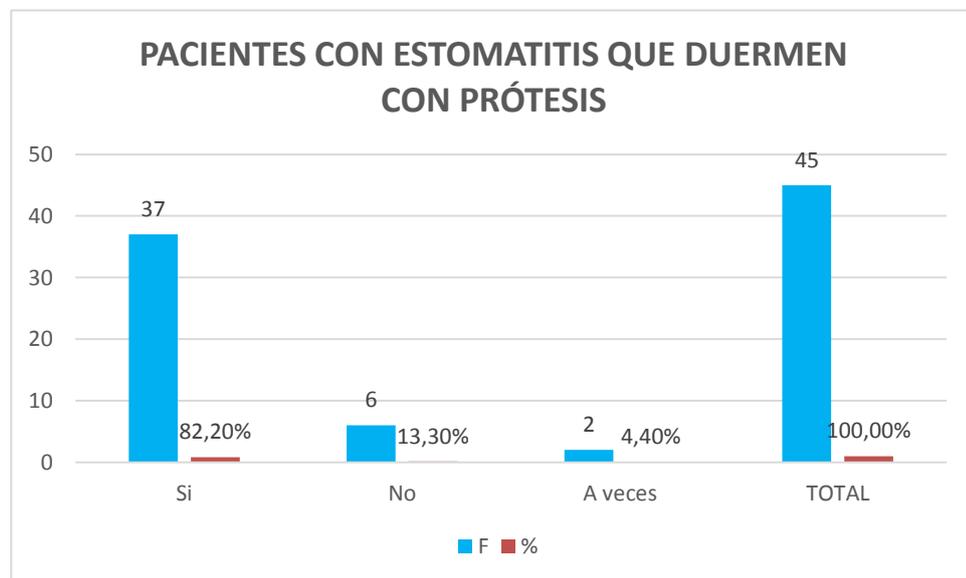


Gráfico No. 20. Pacientes con estomatitis que duermen con prótesis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 68.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista International journal of Odontostomatology su versión digital, un artículo de Gutiérrez y colaboradores⁸⁴ (2013):

En cuanto al uso nocturno de la prótesis, de los pacientes que relataron dormir con sus prótesis, el 25,5% no presentó la enfermedad. En contraste, el 74,5% presentaron estomatitis Subprotésica, lo que fue estadísticamente significativo. Los datos coinciden con Carreira & Almagro (2000); quienes comentan que el uso de prótesis por 24 horas sin descansar, provoca la degeneración de las glándulas salivales y disminuye el flujo de saliva, agravando más la lesión. (p. 210).

Analizando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Medisan su versión digital, un artículo de Sánchez y colaboradores⁸⁵ (2013) cita que:

Referente a la relación que se establece entre el grado de la afección y el uso prolongado de la prótesis, lo obtenido concuerda con lo expuesto por otros autores acerca de que el uso mantenido ocasiona presiones excesivas en la mucosa y que este trauma es la causa específica del bloqueo mecánico de los conductos excretores de las glándulas palatinas, lo cual ocasiona la lesión, o su agravamiento en cualquier grado. No usar la prótesis dental por 2 o 3 semanas, promueve la curación de la inflamación de los tejidos, independientemente de lo que haya originado la estomatitis Subprotésica. (p. 5).

En investigación realizada en el sitio web de la Revista Cubana de Estomatología su versión digital, un artículo de Carreira y Almagro⁸⁶ (2000) se puede conocer que:

⁸⁴Gutiérrez, C., Bustos, L., Sánchez, M., Zaror, L., Zambrano, M. (2013). Estomatitis Subprotésica en pacientes de la IX Región, Chile. International journal of Odontostomatology. [En línea]. Consultado: [9, agosto, 2014].

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2013000200008&script=sci_arttext

⁸⁵ Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [6, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

⁸⁶Carreira, V., Almagro, Z. (2000). La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Revista Cubana Estomatológica. [En línea]. Consultado: [4, agosto, 2014].

Disponible en:

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

Estudios realizados en relación con el retiro nocturno de la prótesis, permiten comprobar que evita la parafunción nocturna, reduce la incidencia de lesiones inflamatorias sobre la mucosa, se disminuye el tiempo de exposición a la posible proliferación de los microorganismos, que pueden ocasionar degeneración de las glándulas palatinas y por consiguiente, disminuye la secreción de saliva, la cual inicia o agrava más la estomatitis subprótesis. Hay autores que plantean que el trauma y el uso continuo de la prótesis son la causa de esta afección. La higiene deficiente contribuye a la hiperplasia papilar y a la proliferación de microorganismos como la *Candida albicans*, que agrava más la lesión. (p. 134).

El cuadro 21 muestra el lugar donde los pacientes con estomatitis subprotésica mantienen su prótesis mientras no la tienen en boca. De los cuales se encontró que la mayoría de estos pacientes siempre la mantienen dentro de la boca considerándose el 66,7% (30) del porcentaje total. El resto de los pacientes manifestó mantenerla en un pañuelo o servilleta, sobre su mesa y en un vaso con agua, cada uno en un porcentaje del 11,1% (5).

LUGAR DONDE CONSERVAN LA PRÓTESIS		
LUGAR	F	%
Pañuelo	5	11,10%
Sobre su mesa	5	11,10%
Vaso con agua	5	11,10%
Siempre en boca	30	66,70%
TOTAL	45	100%

Cuadro 21. Lugar donde conservan la prótesis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

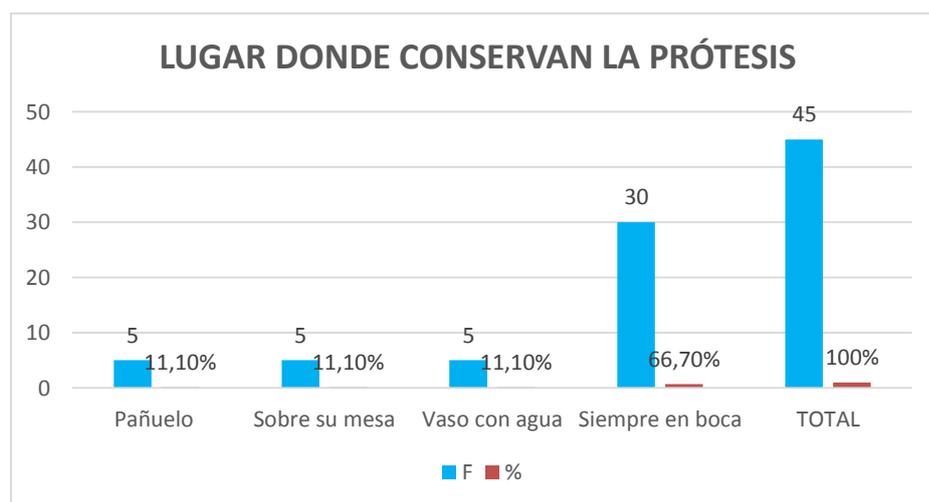


Gráfico No. 21. Lugar donde conservan la prótesis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p.71.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la Revista Rcoe su versión digital, un artículo de Ayuso y colaboradores⁸⁷ (2004) se puede conocer que:

Consiste en enseñar al paciente las medidas higiénicas individuales y de la prótesis, se le debe indicar dormir sin la misma, colocando la prótesis en una solución de clorhexidina a concentración entre el 0.2 y el 2% o de hipoclorito de sodio entre el 0.5 y el 2%. Esta última opción no es compatible con las prótesis metálicas. (p. 661).

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Prof. Dent. su versión digital, un artículo de Barata y colaboradores⁸⁸ (2002) se puede conocer que:

Siempre se aconseja dejar la prótesis en un medio húmedo para evitar los cambios dimensionales de la misma que se producen al pasar de un medio húmedo a un medio seco, pero si se tiene en cuenta el factor humedad y su relación con la colonización por hongos, es más conveniente secar la prótesis y dejarla guardada en medio seco. (p. 4).

⁸⁷ Ayuso, R., Torrent, J., López, J. (2004). Estomatitis protésica: puesta al día. Rcoe. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004

⁸⁸ Barata, D., Durán, A., Carrillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

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

El cuadro 22 muestra los pacientes que cepillan sus prótesis después de cada comida. Se observa que el 84,4% (38) sí lo hace. El 11,1% (5) lo hace a veces y el 4,4% (2) corresponde a los pacientes que no cepilla su prótesis.

PACIENTES CON ESTOMATITIS QUE CEPILLAN SUS PRÓTESIS		
CEPILLAN	F	%
Sí	38	84,40%
No	2	4,40%
A veces	5	11,10%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 22. Pacientes con estomatitis que cepillan sus prótesis. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

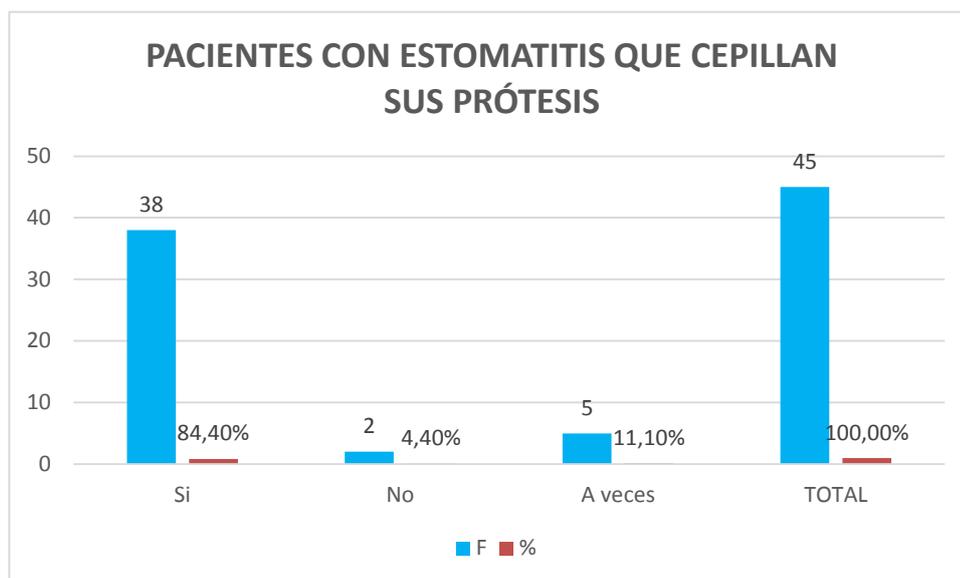


Gráfico No. 22. Pacientes con estomatitis que cepillan sus prótesis. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 73.

Examinando informaciones disponibles en el sitio web de la revista Prof. Dent. su versión digital, un artículo de Barata y colaboradores⁸⁹ (2002) se puede conocer que:

Puesto que el *acumulo de placa* es un reservorio de microorganismos muy importante, se debe pensar en primer lugar en eliminarla, mediante el cepillado de la prótesis y los dientes remanentes y lengua después de cada comida y antes de acostarse, así como la utilización de diferentes agentes químicos a tal fin. Este sería el primer paso como profilaxis para evitar el desarrollo de la estomatitis y como coadyuvante el tratamiento una vez instaurada. (p. 3).

Examinando la obra de McCracken y colaboradores⁹⁰ (2006) cita que:

La boca y la prótesis se deben limpiar después de cada comida y antes de acostarse. En las personas susceptibles a las caries, el cepillado antes de las comidas es efectivo para reducir las colonias bacterianas disminuyendo así la producción de ácido después de la ingesta. Las prótesis parciales removibles se pueden limpiar perfectamente con un pequeño cepillo de cerdas blandas. (p. 369).

⁸⁹Barata, D., Durán, A., Carrillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [7, agosto, 2014].

Disponible en:

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

⁹⁰McCracken., Carr, A., McGivney, G., Brown, D. (2006). Prótesis Parcial Removible. Elsevier: Mosbi.

El cuadro 23 muestra los pacientes que asistieron a controles con su odontólogo después de adaptar sus prótesis. En dicho gráfico se observa que el 86,7% (39) de los pacientes con estomatitis no asistió a controles y sólo el 13,3% (6) de ellos sí lo hizo.

PACIENTES QUE ASISTIERON A CONTROLES		
CONTROLES	F	%
Sí	6	13,30%
No	39	86,70%
TOTAL	45	100,00%

Cuadro 23. Pacientes que asistieron a controles. Encuesta aplicada a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Fuente: Encuesta realizada por autora de tesis. Anexo 5.

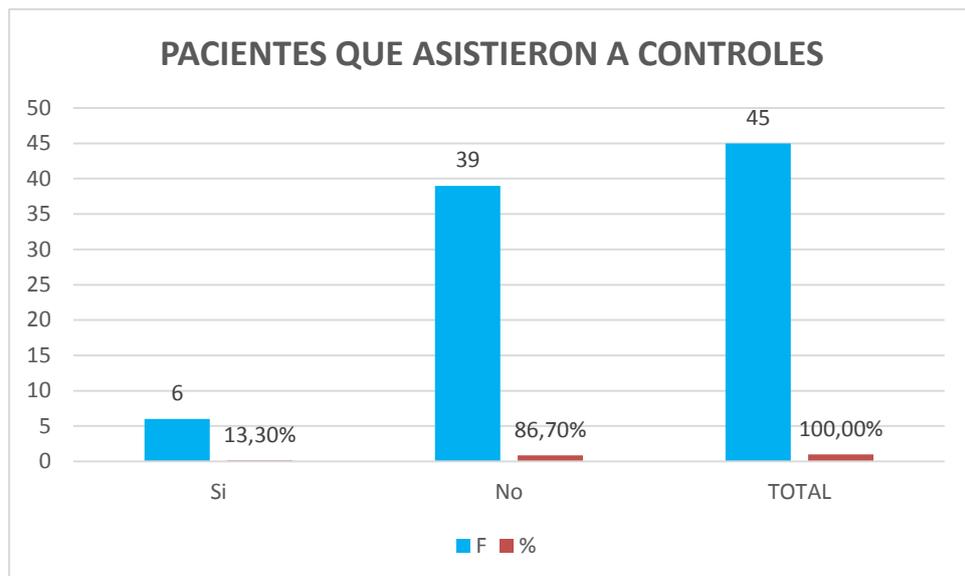


Gráfico No. 23. Pacientes que asistieron a controles. Realizado por autora de tesis. Fuente: Cap. IV, p. 75.

En investigación realizada en el sitio web de la Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos su versión digital, un artículo de Francisco y colaboradores⁹¹ (2009) se puede referenciar que:

Al analizar la frecuencia con la que los pacientes estudiados visitan al estomatólogo se comprobó que 44 de ellos nunca lo visitan y 37 pacientes que solo acuden al estomatólogo cuando tienen molestias (41,6%). (p.26).

Examinando en la obra de Mallat y Mallat⁹² (2004) cita que:

CONTROLES POSTERIORES A LA COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

Se debe aconsejar al paciente que acuda a la consulta con regularidad para verificar el buen funcionamiento de la prótesis ya que pueden aparecer distintos problemas que pueden ir desde la simple sensibilidad de los tejidos blandos, aflojamiento de la prótesis, dificultades en la fonética, en el masticar y en el deglutir. (pp. 314).

⁹¹Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vázquez, A. (2009). Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014].

Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

⁹²Mallat, E., Mallat, E. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Reino de España: Elsevier.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

La prevalencia de estomatitis Subprotésica, fue la mitad del total de pacientes examinados. La mayor frecuencia de estomatitis Subprotésica se presentó en el sexo femenino dentro de un rango de edad entre los 40 a 59 años, siendo la mayoría amas de casa y en cuanto a su nivel educacional, la mayoría con primaria terminada.

El paladar duro fue el lugar más frecuente de la estomatitis Subprotésica en los pacientes observados, con higiene oral regular, ajuste protésico inadecuado y adaptación protésica incorrecta, presentándose con mayor frecuencia en pacientes portadores de prótesis acrílicas parciales sobre todo en mal estado ya sea fracturadas, desgastadas con ausencia de dientes o ganchos.

Se comprobó la relación directa entre la estomatitis subprotésica con el hábito de dormir con la prótesis, ya que la mayoría de los pacientes manifestaron siempre mantenerla en boca. Así también, demostrándose que la mayoría de éstos pacientes no acudieron a controles con su odontólogo después de haber colocado sus prótesis.

5.2. Recomendaciones.

Es necesario que los estudiantes aporten a la comunidad encontrando lesiones muy comunes que puedan detectarse fácilmente como una estomatitis Subprotésica y a la vez que instruyan a las personas que portan prótesis sobre la realización de exámenes bucales, mínimo una vez al año, para la detección temprana de cualquier lesión de las estructuras bucales.

Con el presente trabajo se contribuye a otros estudios que pudieran apoyarse en esta base de datos para enriquecer aún más los conocimientos que buscan mejorar la salud bucal de los pacientes atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación de la propuesta.

6.1.1. Título de la propuesta.

Intervención educativa sobre los cuidados de las prótesis y su adecuado uso, dirigido a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.2. Período de ejecución.

Marzo – Julio de 2015.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Los beneficiarios directos son los pacientes portadores de prótesis removibles que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.4. Clasificación.

Intervención comunitaria educativa.

6.1.5. Localización.

Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, provincia de Manabí.
República del Ecuador.

6.2. Justificación.

Debido a los problemas encontrados en los pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio, se pudo comprobar que la población atendida en esta entidad no tenía conocimiento acerca de la estomatitis subprotésica, cómo prevenirla y los factores de riesgo que la pueden causar; lo cual se quiere mejorar brindando un material educativo mediante folletos ilustrados, buscando la mejor forma de llegar a la población, además de brindar charlas educativas respecto al tema. La propuesta es realizar intervenciones educativas, la cual favorecerá a la población en general, ayudando a que ellos tomen conciencia de los malos hábitos que tienen.

6.3. Marco institucional.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo nace el 10 de abril de 2001 y su funcionamiento fue a partir del 14 de mayo de 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 de 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.

6.4.1. Objetivo general.

Instruir a los pacientes portadores de prótesis removibles que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio para prevenir la aparición de la estomatitis subprotésica.

6.4.2. Objetivos específicos.

Fortalecer los conocimientos de prevención de estomatitis subprótesis en los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

Capacitar a los pacientes portadores de prótesis removibles que asisten a las clínicas odontológicas sobre los cuidados e higiene de la prótesis y la correcta higiene bucal.

6.5. Descripción de la propuesta.

La propuesta está destinada a atender a los pacientes portadores de prótesis removibles, ofreciéndoles de manera gratuita charlas y un folleto didáctico, donde se explica de qué se trata esta lesión y el uso adecuado de sus prótesis; el folleto será entregado por la autora de la tesis a las personas que se asistan a las clínicas odontológicas de la Universidad y se entregará también a los estudiantes de odontología para que se encarguen de difundir el folleto a las demás personas que se

aproximen a las clínicas, comprometiéndolos a realizar una reproducción del trabajo continuando con dicha ayuda en el transcurso del tiempo.

6.6. Diseño metodológico.

Para la ejecución de esta propuesta se convocó a los pacientes a una charla con la colaboración de la directora de tesis, en la cual se socializo los resultados obtenidos en las encuestas y fichas de observación. También se realizó la entrega de los folletos de forma organizada y eficaz.

6.7. Factibilidad.

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo del personal encargado del Centro de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y predisposición de los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas. Razón por la cual facilita brindar la información necesaria acerca del uso adecuado de las prótesis y su correcta higiene mediante charlas realizadas por la autora de ésta tesis.

6.8. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indican la urgente necesidad de instruir a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas acerca de las medidas de prevención de la estomatitis subprotésica, ya que hay un alto índice de desconocimiento acerca de la misma.

La propuesta es sustentable ya que utilizaran recursos propios de la autora de tesis, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, aumenta la calidad de vida de los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas.

6.9. Presupuesto.

La propuesta tendrá un costo aproximado de \$ 28.00 dólares americanos financiados por la autora de la tesis.

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD	COSTO	COSTO	AUTOGESTIÓN	APORTE
		DE	UNITARIO	TOTAL		EXTERNO
		MEDIDA				
Fotocopias	100	unidad	0.03	3.00	3.00	-
Impresión	50	unidad	0.50	25.00	25.00	-
Total					28.00	-

ANEXOS

Anexo 1.

Cuadro 1.

	Variables:	Escala:	Descripción:	Indicador:
	Edad.	20 - 90 años	Según años. Cumplidos hasta el momento del estudio.	Frecuencia y porcentaje.
	Sexo.	Masculino. Femenino.	Según sexo biológico de pertenencia.	Frecuencia y porcentaje.
	Nivel educacional.	Primaria. Secundaria. Universitario. Profesional	Según último año vencido.	Frecuencia y porcentaje.
Factores de riesgo:	Higiene Bucal:	Buena. Regular. Mala.	Buena: Cuando el promedio total de PDB, cálculo y gingivitis es de 0.0 – 1.2. Regular: Cuando el promedio total de PDB, cálculo y gingivitis es de 1.3 – 3.0. Mala: Cuando el promedio total de PDB, cálculo y gingivitis es de 3.1 – 6.	Frecuencia y porcentaje.
	Adaptación de la prótesis:	No. Si.	Mal ajuste: Inadecuada retención soporte y estabilidad Buen ajuste: Correcta retención soporte y estabilidad	Frecuencia y porcentaje.

Anexo 2.

Cuadro 2.

Presupuesto de proyecto de tesis.

RUBROS:	UNIDAD DE MEDIDA:	CANTIDAD:	COSTO UNITARIO:	COSTO TOTAL:	FUENTES DE FINANCIAMIENTO:	
					AUTOGESTIÓN:	APORTE EXTERNO:
FOTOCOPIAS:	UNIDAD.	1000	0.02	20.00	X	
INTERNET:	HORA.	10	1.00	10.00	X	
TINTA NEGRA:	TONER.	1	37.00	37.00	X	
TINTA COLOR:	TONER.	1	40.00	40.00	X	
MATERIAL DE OFICINA:	POLÍGRAFOS.	1	0.35	0,35	X	
ESPEJOS BUCALES:	PAQUETE.	1	30.00	30.00	X	
GUANTES:	CAJA.	5	8.50	42.50	X	
MASCARILLAS:	CAJA.	5	6.00	30.00	X	
ANILLADOS:	UNIDAD.	2	2.00	4,00	X	
EMPASTADOS:	UNIDAD.	2	10.00	20.00		
VIÁTICOS:	DÓLAR.			150.00	X	
SUBTOTTAL:				\$ 383.85	X	
IMPREVISTOS 10%:				\$ 30.00	X	
TOTAL GENERAL:				\$ 413.85	X	

Anexo 3.

Cuadro 3.

DECIMO OCTAVA PROMOCION																																								
ACTIVIDADES	2014												2015																											
	sep			nov				dic					enero				feb				marzo				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		
ELABORACION DE PROYECTO	■	■	■	■	■	■																																		
PRESENTACION 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 4.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

Con residencia

en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Estomatitis Subprotésica en pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la Universidad “San Gregorio de Portoviejo.

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

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

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

.....

Nombre y firma del investigador:

Vanessa Fernández López.

Nombre y firma del participante.

Anexo 5.

ENCUESTA

Estimado paciente, el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo relacionada con la salud bucal. En el mismo se recogen aspectos relacionados con sus hábitos y costumbres. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

Escriba el dato que se le solicite o haga una "X" en el cuadro, según corresponda:

1. Edad: (años cumplidos)		2. Sexo: M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	
3. Ocupación			
a. Profesional <input type="checkbox"/> 1	b. Obrero <input type="checkbox"/> 2	c. Trabajador privado <input type="checkbox"/> 3	
d. Estudiante <input type="checkbox"/> 4	e. Ama de casa <input type="checkbox"/> 5	f. Sin vínculo laboral <input type="checkbox"/> 6	
g. Otra <input type="checkbox"/> 7, ¿cuál?			
4. Nivel escolar (último nivel terminado)			
a. No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> 1	b. Primaria no terminada <input type="checkbox"/> 2	c. Primaria terminada <input type="checkbox"/> 3	
d. Secundaria <input type="checkbox"/> 4	e. Bachiller <input type="checkbox"/> 5	f. Técnico <input type="checkbox"/> 6	
g. Universitario <input type="checkbox"/> 7	h. Otro, ¿cuál?		
5. ¿Conoce usted el uso adecuado de una prótesis? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3			
6. Asistió a controles con su odontólogo luego de adaptada la prótesis Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3			
7. Cepilla su prótesis después de cada comida Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3			
8. Duerme con su prótesis Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3			
9. Donde mantiene su prótesis mientras no la tiene en la boca			
a. Envuelta en un pañuelo o servilleta <input type="checkbox"/> 1	b. Sobre su mesa <input type="checkbox"/> 2	Vaso con agua <input type="checkbox"/> 3	
10. Hace cuántos años tiene su prótesis actual			
a. De uno a tres <input type="checkbox"/> 1	b. De cuatro a seis <input type="checkbox"/> 2	c. De seis a ocho <input type="checkbox"/> 3	
d. De ocho a diez <input type="checkbox"/> 4	e. Más de diez <input type="checkbox"/> 5		
11. ¿ Si utiliza prótesis, ésta es: Parcial <input type="checkbox"/> 1 Total <input type="checkbox"/> 2		12. ¿De qué material es su prótesis? a. Acrílico <input type="checkbox"/> 1 b. Cromo Cobalto <input type="checkbox"/> 2	
13. ¿En qué condiciones se encuentra su prótesis actual?			
a. Buen estado Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3	b. Prótesis desajustada Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3		
14. ¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3			
15. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 3			

Si consume bebidas alcohólicas, lo hace:	a. Diariamente <input type="checkbox"/> 1	
b. 3 o 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2	c. Menos de tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 3	
16. Actualmente, ¿Qué aspecto tiene su prótesis?		
a. Fracturada <input type="checkbox"/>	b. Faltan dientes <input type="checkbox"/>	c. Faltan ganchos <input type="checkbox"/>
d. Desgastada <input type="checkbox"/>	e. Pigmentada <input type="checkbox"/>	
17. ¿Se encuentra la prótesis correctamente adaptada?		
a. Correcta adaptación: Retención, soporte y estabilidad <input type="checkbox"/>	b. Incorrecta adaptación: Sin retención, sin soporte ni estabilidad <input type="checkbox"/>	

Anexo 6.

Historia Clínica. (Anverso)

m p Ministerio de Salud Pública

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
-----------------	--------	----------	------------	------	---------------------

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	----------	---------------------	-------------------------	-----------------------	------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSIÓN	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRATORIA min
------------------	-------------------------	----------------	---------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	MOVILIDAD	VESTIBULAR	LINGUAL	VESTIBULAR	MOVILIDAD	RECESIÓN
----------	-----------	------------	---------	------------	-----------	----------

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MALOCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CÁLCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 ÍNDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	—	PRÓTESIS TOTAL
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	◻	CORONA
X rojo	EXTRACCIÓN INDICADA	□	PRÓTESIS FIJA	○ azul	OBTURADO
X azul	PÉRDIDA POR CARIES	(-----)	PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo	CARIES

SNS-MSP / HCU-form.033/ 2008 ODONTOLOGÍA (1)

Historia Clínica. (Reverso)

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL				
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS	

11 DIAGNÓSTICO										
		PRE= PRESUNTIVO	CIE		PRE	DEF	CIE		PRE	DEF
		DEF= DEFINITIVO								
1										
2										

CÓDIGO				
FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA		DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA	
SESIÓN	FECHA				CÓDIGO	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Anexo 7.

Índice de higiene oral simplificada.

Anverso.

Nota: Índice de higiene oral simplificada.SNS-MSP / HCU-Form 033 / 2008.Ministerio de Salud Pública⁹³ (2008) p. 11.

Higiene bucal simplificada.							
Piezas dentales.				Placa. 0 – 1 – 2 – 3.	Cálculo. 0 – 1 – 2 – 3.	Gingivitis. 0 – 1.	
16		17		55			
11		21		51			
26		27		65			
36		37		75			
31		41		71			
46		47		85			
Totales.							

Realizada por la autora de esta tesis. Fuente: Anexos.

Reverso.

Ajuste protésico.

Ajuste protésico.		
Adecuado.	1	
Inadecuado.	2	

Nota: Planilla de recolección de información del ajuste protésico
Realizada por la autora de esta tesis. Fuente: Anexos.

Anexo 8.

Planilla de observación y recolección de datos

Universidad San Gregorio de Portoviejo - Centro de Patología Bucal

Nota: Modificada por autora de la tesis.

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

Anexo 9.

Fotos.



***Foto 1.** Ejecución de las encuestas a los pacientes portadores de prótesis removibles que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.*

***Fuente:** Autora de tesis.*



***Foto 2.** Examen clínico a los pacientes portadores de prótesis removibles que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.*

***Fuente:** Autora de tesis.*



Foto 3. Paciente portador de prótesis removible con presencia de estomatitis subprotésica que asistió a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

Fuente: Autora de tesis.



Foto 4. Paciente portador de prótesis removible con presencia de estomatitis subprotésica que asistió a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.

Fuente: Autora de tesis.



Foto 5. Charla a pacientes portadores de prótesis removible que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.
Fuente: Autora de tesis.



Foto 6. Entrega de folletos didácticos a pacientes portadores de prótesis removible que asistieron a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio.
Fuente: Autora de tesis.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez, H., Fassina, N. (2003). Prótesis total removible. Hacheace Editorial.
- Basker, R., Davenport, J., Thomason, J. (2012). Tratamiento protésico en pacientes edéntulos. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.
- Bortolotti, L. (2007). Prótesis Removibles Clásica e innovaciones. República Bolivariana de Venezuela: Amolca.
- Diccionario de Odontología. (2009). Barcelona: Reino de España: Elsevier Mosby.
- Koeck, B. Besford, J., Besimo, C., Gernet, W., Harle, F., Hugger, A., Hupfauf, L., Koeck, B., Lambrecht, T., Muller, F., Neukam, F., Niedermeier, W., Palla, S., Richter, E., Schulze-Mosgau, S., Stark, H., Stuttgen, U., Wagner, W., Wahl, G., Walter, M., Weibrich, G., Wolowski, A. (2007). Prótesis Completas. Barcelona: Reino de España: Elsevier Masson.
- Langlais, R., Miller, C., Nield- Gehrig, J. (2011). Atlas a color de enfermedades bucales. Estados Unidos Mexicanos: Manual Moderno.
- Llena, J. (1988). Prótesis Completa. Reino de España: Labor
- Mallat, E., Keogh, T. (1996). Prótesis Parcial Removible Clínica y Laboratorio. Reino de España: Elsevier.
- Mallat, E., Mallat, E. (2004). Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Reino de España: Elsevier.
- McCraken., Carr, A., McGivney, G., Brown, D. (2006). Prótesis Parcial Removible. Elsevier: Mosby.
- Ozawa, J. (1995). Prostodoncia Total. Estados Unidos Mexicanos: UNAM.
- Rahn, A., Ivanhoe, J., Plummer, K. (2009). Prótesis Dental Completa. Buenos Aires: República de Argentina: Panamericana.

Reichart, P., Philipsen, H. (2000). Atlas de Patología Oral. Masson.

Santana, J. (2010). Atlas de Patología del complejo bucal. La Habana: República de Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Stevens, A., Lowe, J. (2001). Texto y Atlas de Anatomía Patológica. Reino de España: Elsevier Mosby.

Sitios web consultados:

Ayuso, R., Torrent, J., López, J. (2004). Estomatitis protésica: puesta al día. Rcoe. [En línea]. Consultado: [07, agosto, 2014]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004

Barata, D., Durán, A., Carrillo, S. (2002). Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. Dent. [En línea]. Consultado: [07, agosto, 2014]. Disponible en:

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

Carreira, V., Almagro, Z. (2000). La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Revista Cubana Estomatológica. [En línea]. Consultado: [04, agosto, 2014].

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v37n3/est01300.pdf>

Corona, M., González, W., Lao, N., Camps, I. (2007). EL Vimang en la estomatitis subprotésica grado I. Presentación de un caso. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300014

Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [05, agosto, 2014]. Disponible en:

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

Echegoyén, Z& De Cea, C. (2006). Presencia de estomatitis por el uso de prótesis totales y removibles. Ibiomed. [En línea]. Consultado: [08, agosto, 2014].

Disponible

en:

http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=50944&id_seccion=3209&id_ejemplar=5161&id_revista=183

Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vásquez, A. (2009). Estomatitis subpótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuego. [En línea]. Consultado: [30, julio, 2014]. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/600/6672#>

García, E., Roche, A., Blanco, A., Rodríguez, L. (2003). La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Cubana de Estomatología. [En línea].

Consultado: [29, mayo, 2015]. Disponible en:

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

González, R., Herrera, I., Osorio, M., Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [14, noviembre, 2014]. Disponible en:

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

Gutiérrez, C., Bustos, L., Sánchez, M., Zaror, L., Zambrano, M. (2013). Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. International journal of Odontostomatology. [En línea]. Consultado: [09, agosto, 2014]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v7n2/art08.pdf>

Lazarde, J. (2011). Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [01, septiembre, 2014]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652001000300003

Lemus, L., Triana, K., Del Valle, O., Fuertes, L., Sáez, R. (2009). Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [07, agosto, 2014].

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v46n1/est03109.pdf>

Ley, L., Silva, Y., Puig, E., Nápoles, I., Díaz, S. (2010). Comportamiento de la estomatitis subprótesis. Revista Archivo Médico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [25, mayo, 2015]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000100009&script=sci_arttext&tln_g=pt

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Manual de uso del formulario 033. Higiene Oral Simplificada. Normatización del sistema nacional de salud: área de salud bucal. [En línea]. Consultado: [14, agosto, 2014] Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>.

Mosca, C., Moragues, M., Brena, S., Rosa, A., Pontón, J. (2005). Aislamiento de Candida dubliniensis en un adolescente con estomatitis protésica. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. [En línea]. Consultado: [04, mayo, 2015]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000100005

Nápoles, I., Díaz, S., Puig, E., Casanova, Y. (2009). Prevalencia de Estomatitis Subprótesis. Revista Archivo Médico de Camagüey. [En línea]. Consultado: [07, agosto, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n1/amc03109.pdf>

Navas, R., Geraldino, R., Rojas, T., Álvarez, C., Griman, D. (2007). Salud-enfermedad bucal en pacientes pediátricos con cáncer: su asociación con factores sociales. Acta

Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [14, noviembre, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000400002

Noguera, G., Fleitas, A. (2006). Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista Odontológica de los Andes. [En línea]. Consultado: [01, septiembre, 2014]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24811/2/articulo2.pdf>

Panesso, F., Pantevis, M., Díaz, J., Ordoñez, J., Quintero, Y. (s.f.). Factores de riesgo asociados a la estomatitis protésica en la clínica Fontibón 2008- 2012. Panorama Odontológico. [En línea]. Consultado: [05, mayo, 2015]. Disponible en: http://190.254.23.168/sanmartin/academicos_new/odontologia/doc/REVISTA%20ODONTOLOGICA%207/ESTOMATITIS%20PROTESICA.pdf

Pardi, G., Cardozo, E., Perrone, M., Salazar, E. (2001). Detección de especies de cándida en pacientes con estomatitis subprotésica. Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [08, agosto, 2014]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/deteccion_candida_pacientes_estomatitis.asp

Pérez, M., Ramírez, M., González, E., Frías, R., Blanco, I., Algas, L. (2006). Ministerio de Salud Pública Clínica Estomatológica Docente de Especialidades “General Manuel de Jesús Cedeño” Bayamo-Granma. Multimed Revista Médica. [En línea]. Consultado: [07, agosto, 2014]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2006/v10-2/1.html>

Plana, R., Perurena, M. (2011). Tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en atletas y ex atletas con Propomiel y Nistatina. Rev. Cub. Med. Dep. & Cul. Fis. [En línea]. Consultado: [03, septiembre, 2014]. Disponible en:

<http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/253/Tratamiento%20de%20la%20estomatitis%20subpr%C3%B3tesis%20I.pdf>

Rey, D. (2012). Factores etiológicos y microbiológicos de estomatitis subprotésica y su frecuencia, en adultos mayores portadores de prótesis removible parcial o total que pertenecen al centro geriátrico de Vilcabamba de la provincia de Loja durante el período Enero-Julio 2012. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Nacional de Loja. Loja: Ecuador. [En línea]. Consultado: [29, agosto, 2014]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6588/1/Rey%20Ord%C3%B3n%20Diana%20Luc%C3%ADa%20.pdf>

Rodríguez, J., Martínez, T. (2008). La Xerostomía en pacientes con prótesis dental. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [30, mayo, 2015]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072008000200010&script=sci_arttext&tln_g=pt

Rojas, L. (2008). Especies del género Cándida implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odontoestomatología del Centro Médico Naval “CMST”-2007. (Tesis de tercer nivel: Odontología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: Perú. [En línea]. Consultado: [03, septiembre, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2184/1/rojas_zl.pdf

Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis subprotésica en pacientes Venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan. [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2014]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001100011&script=sci_arttext

Silva, A., Cardentey, J., Silva, A., Crespo, C., Paredes, M. (2012). Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico “Raúl

Sánchez”. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [En línea]. Consultado: [06, agosto, 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n5/rpr04512.pdf>

Ucar, A., Rojas, G., Ballester, A. (2007). Acción de agentes químicos en la eliminación de *Cándida Albicans* sobre prótesis dentales. Revista Acta Odontológica Venezolana. [En línea]. Consultado: [11, Mayo, 2015]. Disponible en: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Protesis_Dental/1.pdf