

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

PREVALENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA DE
LA MUCOSA EN PACIENTES PORTADORES DE
PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE ATENDIDOS EN
LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2017

Para Optar el Título Profesional de :
CIRUJANO DENTISTA

TESISTA

BERMÚDEZ ESPINOZA, Cinthya Fiorella

ASESORA

Mtra. C.D. ANGULO QUISPE, Luz Idalia

HUÁNUCO - Perú
2018

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 11:00 A.M. del día 11 del mes de Octubre del año dos mil dieciocho se reunieron, en la Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Ciudad Universitaria La Esperanza, 3er Edificio 2do Piso, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

C.D. Julio Enrique Benites Valencia	Presidente
Mg. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño	Secretario
C.D. Gilberto Pedro Allca Velasco	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 1552-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **“PREVALENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA DE LA MUCOSA EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2017”**, presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. **Bermúdez Espinoza, Cinthya Fiorella**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola Aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 18 y cualitativo de muy bueno

Siendo las 11:30 A.M. del día 11 del mes de Octubre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

.....
C.D. Julio Enrique Benites Valencia
PRESIDENTE

.....
Mg. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño
SECRETARIO

.....
C.D. Gilberto Pedro Allca Velasco
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: **Srta. Bermúdez Espinoza, Cinthya Fiorella**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **"PREVALENCIA DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA DE LA MUCOSA EN PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO"** para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 11 de Octubre del 2018 a horas 11:00 A.M. en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Ciudad Universitaria de La Esperanza, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 12 de Octubre del 2018.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

[Signature]
Mg. C.P. **Marcelino Apac Palomino**
Director E.A.P. Odontología

DEDICO ESTA TESIS PRINCIPALMENTE A MI PADRE CELESTIAL, POR HABERME DADO LA VIDA Y POR PERMITIRME EL HABER LLEGADO HASTA ESTE MOMENTO MÁS IMPORTANTE DE MI FORMACION PROFESIONAL.

A MI MADRE, ESPOSO E HIJO POR ELLOS SOY LO QUE SOY, POR SU APOYO INCONDICIONAL, CONSEJOS, COMPRESION, AMOR, AYUDA EN MOMENTOS DIFICILES Y SOBRE TODO POR AYUDARME CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA ESTUDIAR, ME HAN DADO TODO LO QUE SOY COMO PERSONA, MIS VALORES, MIS PRINCIPIOS, MI CARÁCTER, MI PERSEVERANCIA, CORAJE PARA SEGUIR CON MIS OBJETIVOS.

AGRADECIMIENTO

A MI ASESORA: DRA LUZ IDALIA ANGULO QUISPE QUE ME HA ORIENTADO, APOYADO Y CORREGIDO EN MI LABOR CON UN INTERES Y UNA ENTREGA ESPECIAL QUE COMO ALUMNA DEPOSITE EN SU PERSONA.

A MIS JURADOS: POR QUE CADA UNO DE ELLOS CON SUS VALIOSAS APORTACIONES HICIERON POSIBLE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Y POR LA GRAN CALIDAD HUMANA QUE ME HAN DEMOSTRADO CON SU AMISTAD.

RESUMEN

OBJETIVO: Estimar la prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se aplicó una ficha de observación en forma escrita y que fueron aplicadas a los 60 participantes con la finalidad de obtener la prevalencia de estomatitis así como el tipo de estomatitis, el tiempo de uso de la prótesis, la edad y género de colaboradores. Los datos fueron analizados estadísticamente mediante las variables estudiadas. El método de investigación utilizado fue descriptivo, con un nivel de investigación explicativo y un diseño descriptivo.

RESULTADO: La variable de estudio arrojó que la mayor frecuencia se observó presencia de estomatitis subprotésica en 39 pacientes esto equivalente en un 65% y la menor frecuencia no presentaron estomatitis en 21 pacientes esto correspondiente un 35%.

CONCLUSIÓN: Más de la mitad de los pacientes portadores de prótesis atendidos en la clínica odontológica presentaron estomatitis subprotésica esto correspondiente a un 65%.

SUGERENCIAS: Emplear los resultados de esta tesis para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los pacientes con rehabilitación protésica.

PALABRAS CLAVE: estomatitis, prótesis dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of subprosthetic stomatitis of the mucosa in patients with removable dentures treated at the Stomatology Clinic of the University of Huánuco 2017.

MATERIALS AND METHODS: An observation form was applied in written form and applied to the 60 participants in order to obtain the prevalence of stomatitis as well as the type, the time of use of the prosthesis, the age and gender of collaborators. The data were analyzed statistically by the variables studied. The research method used was descriptive, with a level of explanatory research and a discrete design.

RESULT: The study variable showed that the highest frequency was presence of suprasotica stomatitis in 39 patients, this equivalent in 65% and the lowest frequency did not present stomatitis in 21 patients, this corresponding to 35%.

CONCLUSION: More than half of the patients with dentures treated in the dental clinic presented suprasathetic stomatitis, corresponding to 65%.

SUGGESTIONS: Use the results of this thesis to provide updated information, from which it is taken as a reference for the improvement of patients with prosthetic rehabilitation.

ÍNDICE

CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema-----	12
1.2 Formulación del problema-----	12
1.3 Objetivo general y específicos-----	12
1.4 Justificación -----	14
1.5 Viabilidad-----	15

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes (Autor, título y conclusiones)-----	16
2.2. Bases Teóricas-----	24
2.3. Definición de términos -----	32
2.4. Hipótesis-----	32
2.5. Sistema de variables-----	35
2.6. Operacionalización de variables-----	36

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación -----	37
3.2. Diseño y esquema de investigación-----	38
3.3. Población y Muestra -----	36
3.4. Instrumentos de recolección de datos-----	39
3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos-----	41

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. Aplicación estadística-----	42
4.2. Contrastación de la hipótesis-----	48

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

CONCLUSIONES -----	51
SUGERENCIAS -----	52
BIBLIOGRAFÍA -----	53
ANEXOS -----	60

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N° 1	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la prevalencia de estomatitis subprotésica.	40
Tabla N° 2	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto al grado de estomatitis	42
Tabla N° 3	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto al género y edad.	43
Tabla N° 4	Distribución de porcentajes con respecto al tiempo de uso de prótesis	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico Nº 1	Distribución de porcentajes con respecto a la prevalencia de estomatitis subprotésica.	41
Gráfico Nº 2	Distribución de porcentajes con respecto al grado de estomatitis	42
Gráfico Nº 3	Distribución de porcentajes con respecto al género y edad.	44
Gráfico Nº 4	Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto al tiempo de uso de prótesis	45

INTRODUCCIÓN

La Estomatitis Subprotésica (ESP) es una patología que se caracteriza por un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa oral subyacente a una prótesis removible parcial o total. La estomatitis subprotésica es de etiología multifactorial, siendo su diagnóstico clínico y con frecuencia se ve asociada con procesos infecciosos por levaduras del género *Candida* (LGC) ^{1,2}.

El uso de prótesis removibles no funcionales conduce al desarrollo de estomatitis protésica, un proceso inflamatorio de la mucosa de soporte de diversa extensión y severidad, que tiene como factor etiológico principal la presencia e infección por *Candidas*.

El proceso de envejecimiento de la población conlleva un importante reto para las sociedades en el futuro, requiriendo una revisión de las reformas sociales, económicas y políticas.

Las prótesis que tienen mala calidad por estar mal confeccionadas o inadecuadamente conservadas y que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por el uso continuo más allá de su tiempo requerido, han contribuido con la aparición de lesiones en los tejidos bucales^{3,4}.

Zegarelli Edward, indicó que la estomatitis subprotésica era una inflamación muy frecuente de la mucosa del paladar que estaba en la cercanía de la prótesis dental, la lesión se presentaba como zonas eritematosas que podían ser generalizadas y difusas o localizadas por regiones o campos⁵.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La estomatitis protética es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal. Sus principales formas clínicas son la atrófica (con presencia de lesiones eritematosas) y la hiperplásica⁶. Se observa con mayor frecuencia en el maxilar superior, en la superficie del paladar en contacto con la prótesis dental. Esta lesión tiene una etiología multifactorial y ha sido asociada con la presencia de *Candida albicans* y otros microorganismos bucales^{6,7}. El desarrollo de la estomatitis protética se ve influido, además de por la presencia de la prótesis y de *Candida* y otros microorganismos, por diversos factores locales y sistémicos, como un pH salival ácido, el alto consumo de carbohidratos, tratamiento antibiótico antibacteriano prolongado, terapia hormonal, así como por enfermedades sistémicas, como diabetes mellitus o hipertensión arterial que tienen repercusión directa en las condiciones ambientales de la cavidad bucal^{8,9}.

Estudios epidemiológicos anteriores han demostrado que la prevalencia de esta patología puede ser superior al 70% en pacientes portadores de prótesis y en general es más frecuente en mujeres y tiene mayor predilección por afectar el maxilar^{2,10}

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema general

¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?

Problemas específicos

- **Pe1.** ¿Cuál es el grado de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?
- **Pe2.** ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica relacionado con edad y género de pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?
- **Pe3.** ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica según el tiempo de uso de su prótesis en los pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Estimar la prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.

Objetivos específicos

- **Oe1.**Determinar el grado de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.
- **Oe2.**Determinar la prevalencia de estomatitis subprotésica relacionado con edad y género de pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.
- **Oe3.**Identificar la prevalencia de estomatitis subprotésica según el tiempo de uso de la prótesis en los pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se justifica por las siguientes razones:

Razón Teórica.- La realización de este estudio es relevante ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema de prevalencia de estomatitis subprotésica. A la vez verificar y comparar los resultados obtenidos por otros investigadores.

Práctica Metodológica.-Los resultados favorecerán a la docencia y a la práctica médica ya que en Perú en la mayoría de las áreas de Ciencias de la Salud sobre todo en la Escuela Académico Profesional de Odontología, tanto los estudiantes como los profesores e investigadores, consultan bibliografías extranjeras, trayendo como consecuencia un distanciamiento con nuestra realidad, en lo que problemas de salud se refiere.

1.5 VIABILIDAD O FACTIBILIDAD

Técnico.-Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Operativo.- Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

Económico.- Esta investigación es factible por la investigadora ya que se cuenta con todos los recursos económicos necesarios para llevarla a cabo, el cual será financiado en su totalidad por la investigadora.

Por todo lo mencionado el estudio es factible o viable para su realización.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacional

Loqui J. Ecuador (2016), realizó un estudio en “**Prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de la prótesis total mal adaptada en pacientes atendidos en la clínica UCSG 2016**”. Teniendo como objetivo determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de prótesis total mal adaptada. La metodología que se realizó fue observacional, descriptivo y transversal que incluyó a 29 adultos mayores de ambos sexos portadores de prótesis totales. Los resultados fueron: una de las causas de estas lesiones en la mucosa bucal es el uso nocturno de las prótesis con 45 % en cuanto los tipos de lesiones más frecuente fue la estomatitis subprotésica con 62% seguida de la úlcera traumática con 21 %, Hiperplasia fibrosa con 10%, queilitis comisural con 7% de acuerdo a su localización el 62% se presentó en el paladar. Las lesiones bucal asociadas al uso de prótesis total fueron más frecuentes en el sexo femenino con 69 % y 31 % en el masculino en los grupos de edades prevaleció el 41% de 76 a 85 años .El tiempo de uso un 41 % tenían 6 a 10 años ,y 76 % estaban en mal estado sus prótesis. Concluyendo que las lesiones más prevalentes en este estudio estuvieron relacionadas con factores tiempo de uso y estado de conservación y sexo del individuo, es necesario dar instrucciones y conservación e higiene de sus prótesis totales¹¹.

Nápoles I., Rivero O., García C. y Pérez D. Camaguey (2016), realizaron un estudio sobre “**Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras**” con el objetivo de determinar el comportamiento de las lesiones en la mucosa bucal provocadas por prótesis

total en pacientes mayores de 60 años. Usaron una metodología observacional descriptiva, de enero a diciembre de 2014, en el departamento de prótesis dental del Policlínico Julio Antonio Mella, el universo lo constituyeron 272 pacientes mayores de 60 años de edad con prótesis totales, que acudieron en el período de la investigación. La selección de la muestra fue no probabilística constituida por 180 pacientes que presentaron alteraciones de la mucosa. Teniendo como resultado que de los 180 pacientes, el 60 % eran femeninos y el 40 % masculino. El grupo de edad que predominó fue el de 60 a 64 años. La estomatitis subprótesis (33, 19 %), la úlcera traumática (24, 70 %) y el épulis fisurado (16, 19 %), fueron las lesiones que más se manifestaron. El 63, 96 % de las lesiones están asociadas con las prótesis desajustadas. Concluyendo que las lesiones bucales asociadas al uso prótesis total fueron más frecuentes en las mujeres y en los grupo de edades de 60 a 64 años. En el período de uso de la prótesis hasta cinco años, fue donde más lesiones aparecieron. La estomatitis subprótesis fue la que predominó seguida de la úlcera traumática y el épulis fisurado¹².

Ávila G., Santos S., Durañona L. y Berrey T. Cuba (2015), realizaron un estudio en “Lesiones orales en pacientes portadores de prótesis remitidos del programa de detección precoz del cáncer bucal”, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de las lesiones orales en pacientes portadores de prótesis en el departamento de Cirugía Máxilo-Facial del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara” durante el periodo enero 2013 a diciembre 2014, en el cual utilizó la metodología descriptiva transversal. El universo estuvo formado por 1004 pacientes remitidos con lesiones bucales y la muestra quedó constituida por 73 pacientes portadores de prótesis y con diagnóstico histopatológico concluido. Los resultados fueron: las lesiones de la mucosa bucal predominaron en el grupo de 60 y más años (54 pacientes), y las féminas fueron las más afectadas con 43 pacientes (58.90%). El épulis fisurado fue la lesión más frecuente clínica e

histopatológicamente con 53.42 % y 46.57%, respectivamente, seguido por la leucoplasia. Las localizaciones anatómicas más afectadas fueron el fondo del surco vestibular inferior con 27.40 % y el superior 21.92 %. Concluyendo que las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis predominaron en el grupo de 60 y más años de edad y en el sexo femenino. El élipis fisurado y la leucoplasia resultaron ser las lesiones más frecuentes y el fondo del surco vestibular inferior y superior las localizaciones anatómicas más afectadas. El factor asociado más frecuente fue el hábito de fumar¹³.

Romero N. Chile (2015), hizo un estudio para determinar la prevalencia y manejo de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Andrés Bello sede Concepción, durante el período 2012-2015. Realizó un estudio cuantitativo cuyo diseño de tipo descriptivo, transversal y analítico, mediante la revisión de 75 fichas clínicas de los pacientes portadores de prótesis que presentaron diagnóstico de estomatitis subprotésica, y se evaluó el manejo de la patología en la cual la prevalencia de estomatitis subprotésica correspondió a un 35%, donde el promedio de edad afectado fue de 63,1 años. El género femenino fue el más afectado, y el tipo más frecuente de estomatitis correspondió al tipo I con un 66,7%, Mientras que el tratamiento más aplicado fue el tratamiento con acondicionador de tejido. Conclusiones: No existió una alta prevalencia de estomatitis subprotésica en la muestra estudiada, además el género y edad no son factores predisponentes para la patología, por lo que ambas hipótesis fueron rechazadas. No existió asociación estadísticamente significativa entre edad, género, enfermedades sistémicas, hábitos nocivos, tipo y material de prótesis con el tipo de estomatitis subprotésica.¹⁴

Ávila G., Rojas S., Santos S. y Durañona L. Cuba (2014). Realizaron un estudio “Caracterización de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis” con el objetivo de caracterizar el

comportamiento de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis, que fueron atendidos en el departamento de Prótesis de la Clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia”, en el período de septiembre de 2012 a febrero de 2013. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo formada por los 67 pacientes de 15 y más años de edad, portadores de prótesis y con lesiones de la mucosa bucal, que recibieron atención en el período de estudio. Se midieron las variables: edad, sexo, lesión de la mucosa y localización anatómica. Teniendo como resultados que las lesiones de la mucosa bucal predominaron en el grupo de 60 y más años, con 37 pacientes, y las féminas fueron las más afectadas, con 54 casos. La estomatitis sub prótesis fue la lesión más frecuente (70,15%) y la localización anatómica más afectada fue el paladar duro, en un 73,13%. Concluyendo que los pacientes portadores de prótesis presentaron con frecuencia lesiones de la mucosa bucal, donde abundaron la estomatitis subprótesis y el épulis fisurado, en paladar y fondo del surco vestibular¹⁵.

Rodríguez M., Portillo A., Lama E. y Hernández S. México (2014), realizaron un estudio en “Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis e pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán”. El objetivo fue determinar la prevalencia de lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis removible con acrílico en pacientes del centro de salud de la comunidad de Kantunil, Yucatán. La metodología fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se examinaron 62 pacientes portadores de prótesis removibles de acrílico del Centro de Salud Rural de la comunidad de Kantunil, Yucatán durante el periodo de febrero de 2011 a enero de 2012. Los datos recopilados fueron procesados en un programa SPSS versión 15 para la estadística descriptiva, y para la diferencial se usó χ^2 . Los resultados obtenidos fueron que la lesión bucal más frecuente fue la estomatitis sub protésica con un 32.3% la prevalencia de la hiperplasia fibrosa fue de 14.5%, la queilitis angular fue de 12.9%, la eritroplasia fue de 9.7% la leucoplasia tuvo 4.8%. Concluyendo que el 75.8% de la población

estudiada presentó lesiones bucales ocasionadas por la prótesis. El odontólogo debería informar correctamente al paciente y ser más insistente en el manejo de su prótesis controlándolo periódicamente¹⁶.

Gutiérrez C, Bustos L, Sánchez M, Zaror L, Zambrano M. Chile (2013). Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. El objetivo de este estudio, fue determinar la prevalencia de estomatitis subprotésica y sus factores asociados en pacientes portadores de prótesis removibles. Estos pacientes pertenecieron al Departamento de Prostodoncia del Consultorio Miraflores y a la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor entre Septiembre 2009 y Diciembre 2010. Metodología El total de pacientes examinados fueron 75 portadores de prótesis removibles. Se tomaron dos muestras a cada paciente, una proveniente del paladar y otra de su prótesis, con su posterior estudio microbiológico. Resultados: El 68% de los pacientes presentó alteraciones en la mucosa palatina compatibles con estomatitis subprotésica. En el 74,6% de los pacientes con estomatitis subprotésica se aisló al menos una especie de Candida, no existiendo diferencia significativa. Conclusiones: La prótesis dental removible influye notablemente en la aparición de la estomatitis subprotésica. Al aumentar la gravedad de la enfermedad, aumenta la presencia de Candida, siendo Candida albicans la más prevalente en pacientes con estomatitis subprotésica¹⁷.

López J, Gómez F, Herrera J, Romaris M.E, Toro D. Venezuela (2013). Prevalencia de Estomatitis Subprotésica en un grupo de pacientes venezolanos. Estudio clínico transversal. El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de ESP y factores asociados a su presencia en un grupo de pacientes venezolanos. Metodología Fueron incluidos en este estudio 67 individuos que acuden a consulta odontológica en la Facultad de Odontología de la UCV, después de firmado el correspondiente consentimiento informado, fueron evaluados clínicamente y la presencia de ESP fue registrada en la historia clínica junto con información epidemiológica.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadística descriptiva. Resultados: Un total de 40 pacientes (59,7%) mostraron al examen clínico lesiones con características de ESP, este grupo estuvo conformado en su 90% por mujeres (36 casos) y 10% por hombres (4 casos), con una media de edad de 62.6 ± 9.2 años. Clínicamente fue más prevalente el tipo I con 30 casos (75%), seguida de la tipo II con 10 casos (25%). 25 pacientes (62,5%) refirieron descansar la prótesis durante la noche y 30 de ellos (75%) realizaban la higiene de la misma con pasta dental. El 85% de los operadores (34 estudiantes) desconocían la presencia de la patología. Conclusiones: La ESP es una patología prevalente en los pacientes portadores de prótesis removible en nuestra población. Su alta prevalencia se relaciona a tiempo de uso, malos hábitos de higiene e irregularidades relacionadas con la prótesis como fallas en el contorno, estabilidad, retención y adaptación. El descanso nocturno de la prótesis no pareciera ser un factor determinante para evitar el desarrollo de la ESP.¹⁸

Sánchez M., Reyes D., Arias R. Y Rondón E. Venezuela (2013) hicieron un estudio acerca de Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. El estudio fue descriptivo y transversal de los 86 afectados por estomatitis subprotésica, portadores de prótesis dental removible (parcial y total), que acudieron al Servicio de Estomatología de Las Llanadas en el municipio de Cumaná, perteneciente al Estado Sucre de la República Bolivariana de Venezuela, de noviembre del 2009 a agosto del 2010, a fin de caracterizarles según algunas variables de interés. En la serie se evidenció que el mayor porcentaje de pacientes correspondieron al sexo femenino y al grupo etario de 35-59 años; asimismo, predominaron el uso de la dentadura total removible en mayores de 60 años, el grado clínico II de la afección en pacientes fumadores, que portaban continuamente la prótesis, y el grado clínico III de la lesión en aquellos con más de 10 años de empleo de la prótesis, para quienes se realizaron recomendaciones al respecto.¹⁹

A Nivel Nacional

Morillas Altamirano, Jhan Carlos. Trujillo – Perú (2017) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la Presencia de Estomatitis Subprotésica en pacientes adultos mayores que asisten a Centros de Salud de Trujillo en el periodo Mayo – Junio del 2017. El estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo y observacional e incluyó un total de 167 pacientes adultos mayores que asisten a los Centros de Salud de Trujillo. Se utilizó una ficha Clínica Estomatológica como instrumento de evaluación, previo entrenamiento del investigador (0.8 de Kappa). Se encontró que el 40.1% de Estomatitis Subprotésica fue de Tipo I, el Tipo II fue de 28.7%. Según la edad, el Tipo I predomina entre el 66 a 70 años, mientras que el Tipo II (60.0%) en 81 años a más. El sexo femenino presentó Tipo I siendo 41.2%, y los varones 28.6%. La presencia de enfermedad sistémica no influye en la presencia de Estomatitis Subprotésica. El uso de colutorio bucal influye en la disminución de la presencia de esta patología. ($p < 0.000$) Se concluyó que la presencia de Estomatitis Subprotésica Tipo I en pacientes adultos mayores que asisten a Centros de Salud de Trujillo, prevalece en las mujeres entre 66 a 70 años de edad, la enfermedad sistémica no influye y que el uso de colutorio bucal previene la aparición de esta patología.²⁰

Vilchez E., Watanabe R., Reyes S., Vilchez E., Torres C. y Vilchez M. Lima, Perú (2013), realizaron un estudio en “Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa”. El objetivo fue conocer las lesiones que se presentan en los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de prótesis total que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2012. La metodología usada fue analítica, en donde se tomó como muestra 40 pacientes portadores de prótesis completa que acudieron a la clínica odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2012, seleccionados según el criterio de inclusión. Se realizó un

raspado citológico en los tejidos de soporte del paladar duro de cada paciente utilizando un hisopo y una lámina portaobjeto, conservados en alcohol metílico para luego ser coloreados mediante la técnica de Papanicolaou, e interpretados según el sistema Bethesda en microscopio óptico a (40x). Las observaciones fueron registradas con microfotografías. Los resultados indicaron que un 95% presentó lesiones de mucosa, del cual el 10% presentó células displásicas, 7.5% leucoplasias, 55% estomatitis, 17.5% hiperplasia y 5% úlcera. Concluyendo que la gran mayoría de pacientes que presentan prótesis inestable han desarrollado lesiones subprotésicas, por lo que se considera necesario el control periódico de las prótesis con un tiempo de uso mayor de un año por parte del especialista para evitar lesiones de mayor malignidad²¹.

Bernal C. Lima, Perú (2010). Realizó un estudio del “Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible”. Con el objetivo de determinar la relación entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removible. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, en este estudio se evaluaron 50 pacientes adultos (mayores de 60 años) portadores de prótesis parcial removible, se realizó el examen clínico odontológico y se registraron los hallazgos en una ficha de recolección de datos que contenía un instrumento de evaluación con el cual se verificó la retención, estabilidad de la PPR, la integridad del aparato protésico y así determinar su estado de conservación. Los resultados de la investigación mostraron que el estado de conservación de la prótesis parcial removible fue bueno 34%, regular 36% y malo 30%. El 34% de pacientes presentaba lesiones en mucosas de tipo estomatitis subprótesis. Concluyendo que no es posible establecer una relación directa entre el estado de conservación de la prótesis y la presencia de lesiones ya que la

mayoría de los pacientes evaluados no presentaron lesiones, la estomatitis sub prótesis fue única lesión encontrada²².

A Nivel Regional

Haciendo una revisión exhaustiva no se registraron antecedentes de estudios en personas con estomatitis subprotésica dentro de nuestra región.

2.2. Bases teórica

2.2.1. ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA

2.2.1.1. Definición

Encontramos en la literatura que esta patología puede ser denominada con diferentes términos, como son: Estomatitis subprótesis²³, Estomatitis subprotésica²⁴, Estomatitis protésica^{1,2,25}, Candidiasis atrófica eritematosa²⁶ Candidiasis atrófica crónica²⁷

Esta patología es definida como un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa oral subyacente a una prótesis removible, pudiendo ser esta parcial o total. Generalmente no presenta sintomatología, aunque existe una minoría de pacientes que presenta: dolor, prurito o sensación de ardor^{1,2} y afecta con mayor frecuencia maxilar superior a nivel de paladar.

La estomatitis protésica es una patología que afecta a un gran número de los pacientes, y aunque la prevalencia varía según los

estudios entre un 25-65%, se considera que alrededor del 50% de los portadores de prótesis removible pueden padecer la patología en algún momento^{28,29,30,31}.

Se localiza con mayor frecuencia en el maxilar superior (paladar) que en la mandíbula (rebordes alveolares), y afecta a ambos sexos, con cierto predominio del sexo femenino. La *Cándida Albicans* está presente en alrededor del 35% de los casos de Estomatitis protésica aproximadamente, de ahí que se llame en muchas ocasiones Candidiasis protésica o Candidiasis subplaca, pero ni es el único patógeno implicado ni es el infeccioso el único factor etiopatogénico.

Se considera, por el contrario, una patología de origen multifactorial, que no puede ser atribuida a factores concretos, pero sí a un cúmulo de ellos, y la *Cándida* representaría un factor sobreañadido al proceso, que tiene la prótesis como factor predisponente primario, ya que las condiciones de acidez y anaerobiosis producida por la prótesis favorecería la colonización por *cándida* y su desarrollo^{30,31}.

CLASIFICACIÓN.

Podemos dividir la Estomatitis protésica en 3 tipos, en relación con su grado de desarrollo (Clasificación de Newton)³²:

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 con el trauma por la prótesis.

Figura 1: Características clínicas de Estomatitis Tipo I



Fuente: Cajas N. Asociación entre recuento salival de levaduras del género *Candida* y estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis removibles [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2013.

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

Figura N°2: Características clínicas de Estomatitis Tipo II



Fuente: Cajas N. Asociación entre recuento salival de levaduras del género *Candida* y estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis removibles [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2013.

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

Figura N°3: Características Clínicas de Estomatitis Tipo III



Fuente: Cajas N. Asociación entre recuento salival de levaduras del género *Candida* y estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis removibles [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2013.

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

Clasificación de la estomatitis protésica. (NEWTON)

I: Localizada simple Tipo

II: Difusa Simple Tipo

III: Granular o hiperplasia granular

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.

Se admite, en general, la etiología multifactorial de la estomatitis protésica, pudiéndose englobar los factores etiopatogénicos en dos grandes grupos: factores irritativos e infecciosos. Dentro de los primeros, la causa más frecuente es el trauma producido por el uso continuado de la prótesis, principalmente debido a la irritación por el desajuste o desadaptación de la misma a la mucosa. Debemos tener en cuenta que al colocar una prótesis incluso en un paciente sano, se produce una serie de cambios histológicos de tipo inflamatorio en su mucosa, inicialmente debidos a los cambios del entorno bucal así como por la irritación que la propia prótesis produce sobre la mucosa en la que asienta. Estos cambios son más significativos en pacientes con prótesis antiguas, mal adaptadas a la mucosa, por mal diseño, o con un ajuste oclusal inadecuado^{33,34,35,36}.

Por supuesto, no debemos olvidar en este grupo de factores irritativos las reacciones alérgicas a los propios componentes de la prótesis, sobre todo al monómero residual de las resinas, aunque la alergia como fenómeno de hipersensibilidad tipo IV (retardada) no es tan frecuente como cabría pensar^{37,38,39}. La prótesis también va a impedir el efecto de autoclisis o autolimpieza que ejerce la lengua y la saliva sobre la cavidad oral. Esto condiciona que hongos y bacterias que habitualmente conviven en la cavidad oral aumenten su número y pasen de ser saprofitos a patógenos. Entre los hongos, se encuentra hasta en un 94% de los casos la *Cándida Albicans*, sobre todo el serotipo A, aunque también pueden estar presentes otros patógenos inespecíficos. La *Cándida* inicialmente forma hifas que le sirven para adherirse y colonizar huésped y prótesis, posteriormente se transforma en levadura-micelio y produce enzimas hidrolíticas para penetrar en los tejidos, los cuales producen una respuesta inflamatoria. Más tarde, se produce la invasión vascular y diseminación a otros tejidos^{31,40,41,42}.

El uso de la prótesis de forma continuada, da lugar a un mayor acumulo de placa bacteriana entre la base de la prótesis y la mucosa oral, debido al entorno ácido y anaeróbico que se produce al disminuir la circulación sanguínea por la presión ejercida por la prótesis. Este aumento de placa y de microorganismos provoca una mayor predisposición a la estomatitis^{43,44,45}.

Mala higiene bucal y protésica

El incorrecto o deficiente aseo de la cavidad bucal y protésica ha ocasionado una mayor formación de placa bacteriana en el área bucal lo que provoca la invasión de microorganismos⁴⁶, produciendo así inflamación de la mucosa subprotésica y factores asociados como sequedad bucal úlceras, entre otros⁴⁷.

Se ha manifestado que dicha mala higiene ha ocasionado acumulación de restos alimenticios, los cuales se tornarían putrefactos ocasionando reacciones inflamatorias de los tejidos subprotésicos⁵. Por esta razón se recomienda limpiar la prótesis y la boca como ya se ha mencionado, después de cada comida y desinfectando en ciertas soluciones⁴⁷.

Uso nocturno de la prótesis

Para el usuario del aparato protésico en la noche⁴⁵ y aún por toda la mañana es mayor el riesgo de lesiones e inflamaciones, así como aumentan las posibilidades de invasión de cándida⁴⁸

También se determina que la utilización continua del aparato protésico puede ocasionar exceso de presión en la mucosa pudiendo ocasionar traumas o cierto bloqueo de las glándulas excretoras. Incluso se ha manifestado que la frecuente compresión de la papila retro incisiva interrumpiría el aporte sanguíneo y venoso, y si se asocia este actor con los otros, determinarían mayor inflamación⁴⁹.

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

- Alteraciones nutricionales: Las carencias nutricionales, como déficit de hierro o vitaminas están ligadas a alteraciones en el recambio celular, y reparación de epitelios, por lo que se deberá tener en cuenta sobre todo en pacientes ancianos, donde se produce con frecuencia desequilibrios nutricionales.
- Dietas ricas en carbohidratos, favorecen el mecanismo de adhesión del factor patógeno de los hongos a la superficie de la mucosa oral, aumentando el riesgo de aparición de estomatitis. Esto mismo se produce en pacientes con Diabetes Mellitus, donde el alto nivel de glucosa en saliva favorecería la adhesión de los hongos^{50,51}.
- Enfermedades degenerativas o medicamentos que disminuyan la respuesta inmunológica, como Antibióticos de amplio espectro, o inmunosupresores que disminuyan la respuesta inflamatoria, como los corticoides, favorecen la colonización por hongos de la mucosa oral y facilitan el desarrollo de la estomatitis³⁴.
- La disminución del nivel de saliva o la xerostomía, frecuente en ancianos, por la edad y por los múltiples medicamentos que toman, está relacionada con el desarrollo de estomatitis, en tanto que se pierde la capacidad antimicrobiana de la saliva, por su función de arrastre así como por su contenido en péptidos de primera línea de defensa inmunológica, como Ig A, lisozimas, histatinas o lactoferrinas^{52,53,54,55}.
- Cabe destacar también, por la amplitud de su consumo, el tabaquismo como factor coadyuvante en el desarrollo de lesiones candidiásicas asociadas a estomatitis por prótesis. aunque algunos autores no lo consideran un factor predisponente^{35,40,56}.

2.2.2. PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE

2.2.2.1. Características

Prótesis dental removible es la rama de la prostodoncia cuya función es remplazar los dientes perdidos y los tejidos orales por medio de un aparato que el paciente puede remover e insertar a voluntad. La cual puede ser parcial o total.

La prótesis total es considerada un aparato que reemplaza a los dientes y tejidos blandos, el cual ha de poseer una superficie externa en contacto con la lengua, carrillos, labios y una superficie interna que se asienta sobre la mucosa y cresta edéntula, y la superficie oclusal donde están los dientes; éstas superficies interactuarán con todas las estructuras anatómicas adyacentes, lo que le ha de dar, retención, soporte, estabilidad a la prótesis^{47,57}.

La retención sería aquella que ha de resistir a las fuerzas verticales aplicadas sobre el cuerpo protésico y subprotésico. Y dicha retención aumenta por la presencia de la saliva entre la prótesis y la cresta edéntula⁴⁷.

Por otro lado está la estabilidad, la misma que dará resistencia hacia las fuerzas horizontales y rotacionales, la cual se facilita por el control muscular, la armonía oclusal, y la morfología de las crestas alveolares. El área de soporte para la prótesis ha sido identificada como la mucosa masticatoria y el hueso⁴⁷.

Por todo lo que se ha mencionado será necesario que la prótesis garantice la distribución correcta de las cargas⁵⁷.

2.2.2.2. Funcionalidad

Es importante elaborar correctamente una prótesis puesto que con la edad existen cambios por ejemplo disminución del flujo salival lo que

impide una correcta deglución de los alimentos o medicamentos, por lo que una prótesis que nos ayude a triturar de mejor forma los alimentos sería muy bueno⁵⁸.

El portar una dentadura protésica vendría a ser el camino más corto, siendo también eficaz para rehabilitar al paciente edéntulo, como su dimensión vertical, mejorando la estética, devolviendo la fonética, la capacidad masticatoria, manifestándose también que el paciente se sentiría nuevamente útil e incluso capaz dentro de su autoestima^{57,59}.

2.2.2.3. Indicaciones

Es indicada en todos los pacientes edéntulos parciales o totales para reemplazar los dientes y devolver la funcionalidad que éstos solían tener⁵⁸.

2.2.2.4. Contraindicaciones

Pacientes difíciles de tratar y no preparados psicológicamente para aceptar una prótesis parcial o total, remitir a especialista en rehabilitación⁵⁸.

2.2.2.5. Higiene de prótesis y tiempo de duración de la prótesis

García Beatriz señala que las prótesis dentales acumulan placa bacteriana, residuos alimenticios, en especial las realizadas con acrílico por presentar micro porosidades, lo que favorece al alojamiento de microorganismos⁶⁰. Por este motivo es de real importancia el cuidado e higiene constante del aparato protésico sin embargo algunos pacientes, en este caso adultos mayores, no poseen el conocimiento, experticia y

motricidad adecuada para higienizar y cuidar su medio bucal, quizá por ignorancia ,incapacidades físicas o simplemente por indiferencia hacia su aseo personal^{58,61,62}.

Dicha placa bacteriana se empezaría a formar después de insertada la prótesis, llegando a ser blanda o dura⁵⁸.

Esta se puede localizar en el área externa e interna del aparato protésico que está en contacto con la mucosa, siendo la causa más relevante en la formación de la estomatitis subprotésica⁴⁷.

Para iniciar una correcta limpieza oral y protésica se debe motivar e instruir al paciente a que retire su prótesis después de comer, para proseguir a cepillarla, con cepillo de cerdas duras para el exterior y las caras oclusales del aparato protésico y cepillo de cerdas blandas en la parte interna de la prótesis; todo esto realizarlo con jabón no abrasivo como de coco o de Marsella y posteriormente enjuagarla⁴⁷.

Cuando se realice la higiene de la mucosa bucal donde se asienta la prótesis, se utilizará gasas y enjuagues de soluciones salinas, para limpiarla y masajearla⁴⁷,Koeck incluso recomienda el cepillado de la mucosa con un cepillo dental de cerdas suaves dando ligeros masajes⁵⁷.

Ha existido una falta de cuidado al utilizar sustancias detergentes, ácidos, peróxidos ,para la desinfección de la prótesis debido a sus efectos colaterales como decoloraciones o pigmentaciones de resinas⁵⁸.

Pero con supervisión y prescripción del profesional se utilizaran ciertas sustancias y en proporciones determinadas tales como clorhexidinas, alcohol, listerine, eucalipto, entre otros; todos involucrados con la higiene mecánica y enjuagues con abundante agua⁴⁷.

Por ende los medios de control de la placa bacteriana serían mecánicos, químicos, y buenos hábitos⁵⁷.

Según estudios la prótesis debe ser higienizada una vez al año por un profesional odontólogo mediante ultrasonidos, o cada seis meses pues las prótesis es un cuerpo que no pertenece a la cavidad oral⁴⁸. Si se habla del tiempo de duración de una prótesis se debiese considerar también el cuidado, más sería recomendable reemplazarlas cada 3-5 años a partir de su colocación⁶³, ya que el organismo puede reaccionar ante el aparato que interviene como un elemento ajeno a la boca⁶⁴, y conforme avanza el tiempo progresa la reabsorción ósea maxilar y mandibular, por lo que se debe ajustar o realizar nuevas prótesis⁶⁵.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Estomatitis Subprotésica. - La Estomatitis Subprotésica (ESP) es una patología que se caracteriza por inflamación y eritema de la mucosa de soporte, afectando principalmente a la población adulta mayor ya que es el primordial grupo etario portador de prótesis totales y parciales removibles⁶⁶.

Prótesis Removible.- Es la parte terapéutica que tiene como objeto reemplazar, mediante prótesis artificial por tanto la prótesis dental consiste en la reposición o rehabilitación de las piezas dentales en todas sus funciones: masticatoria, fonética y estética facial⁶⁷.

2.4. Hipótesis

Existe alta prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco en el 2017.

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

Variable de estudio

Estomatitis subprotésica

Variable de caracterización

Edad

Sexo

Tiempo de uso

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Variable De Estudio (Dependiente)				
Estomatitis subprotésica	Lesión inflamatoria de la mucosa oral subyacente a una prótesis removible dental.	Clasificación de Newton: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Estomatitis protésica localizada simple</i>: inflamación de carácter local que se manifiesta con un punteado rojizo sobre la mucosa. - <i>Estomatitis protésica difusa simple</i>: Inflamación difusa y enrojecimiento general de la mucosa que aparece hiperémica, lisa y atrófica. - <i>Estomatitis protésica granular o de hiperplasia granular</i>. Inflamación intensa, hiperemia de la mucosa y aspecto nodular en el área recubierta por la prótesis. 	Tipo I Tipo II Tipo III	Cualitativo ordinal
Variable De Caracterización (Independiente)				
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que diferencian a un varón y a una mujer	Características fenotípicas	Femenino Masculino	Cualitativo Nominal Dicotómica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Grupo atareo	50 – 59 años 60 – 69 años 70 – 79 años =>80 años	Cualitativa Ordinal
Tiempo de uso de la prótesis	Tiempo comprendido desde la instalación de la prótesis dental hasta el momento en que se realice el examen.	Años	1 año 2 años 4 años 6 años 8 años 10 a más años	Cualitativo Nominal Politómica

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación

Según la finalidad del investigador:	Básica
Según intervención del investigador:	Descriptivo
Según número de mediciones de la variable de estudio:	Transversal
Según número de variables de interés (analíticas):	Analítica
Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:	Retrospectivo

Nivel de investigación

Explicativo

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

La representación esquemática del estudio está relacionada al nivel de la investigación que es “descriptivo”.



Dónde:

M: Pacientes portadores de prótesis removible

O: Estomatitis subprotésica

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población.- Están conformados por los adultos portadores de prótesis dental removible que acudieron a la Clínica Estomatológica los meses de Octubre y Noviembre del 2017.

Muestra.- Muestreo no probabilístico intencionado. La muestra estuvo conformada 60 adultos portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes portadores prótesis removible superior

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes portadores prótesis removible inferior

3.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Previamente a iniciar el proceso de recolección de datos se envió una carta solicitando autorización dirigida al jefe de la clínica.

Una vez obtenida la autorización se procedió a evaluar a cada paciente considerando los criterios de inclusión, se les explico la manera como se desarrollara y se les pedio que firmen su hoja de consentimiento informado, inmediatamente se aplicó el instrumento y la técnica de investigación correspondiente para desarrollar esta tesis de investigación el cual es detallado a continuación.

- **Instrumento de recolección de datos**

Se utilizó dos tipos de instrumentos: uno se aplicó a la variable de estudio por medio de la Ficha de observación y el otro que se aplicó en la variable de caracterización el cual fue el cuestionario.

- **Ficha de observación**

La ficha de observación fue elaborada específicamente para proporcionarnos dos tipos de información.

La primera información nos permitió descubrir el tiempo de uso con relación a la estomatitis encontrada

La segunda información nos permitió revelar el tipo de estomatitis según la clasificación de Newton.

- **El cuestionario**

El cuestionario es el instrumento de investigación que nos permitió obtener datos de información sobre la edad, el género, el lugar de procedencia y las características personales de los pacientes que colaboran con esta tesis de investigación.

o **Técnicas de recolección de datos**

Para la recolección efectiva de información de datos se utilizó las siguientes técnicas de investigación:

- **La observación**

Se hizo uso de la observación directa que se da mediante el sentido de la visión que nos permitió desarrollar de manera veras la ficha de observación que fue diseñado previamente.

Se observó de manera directa a los pacientes en situaciones con estomatitis y su clasificación.

- **Encuesta**

Mediante la encuesta recopilamos datos por medio del cuestionario ya diseñado mediante preguntas de tipo dicotómicas donde se obtuvo datos que se mencionó en el cuestionario.

3.5. TÉCNICA DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Técnicas de recojo de datos

El plan de recojo de los datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, cuyos resultados fueron sometidos al programa SPSS y se registraron los datos recolectados en una plantilla Microsoft Excel 2010.

Presentación de datos

Los resultados y la información recolectada fueron analizados y procesados mediante cuadros estadísticos con sus respectivos gráficos (Diagrama en pastel y en barras).

CAPITULO IV

RESULTADOS

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, el estudio incluyó un total de 60 pacientes de 50 A 85 años de edad (40 pacientes fueron del género femenino y 20 pacientes del género masculino) atendidos en la clínica estomatológica.

4.1. APLICACIÓN ESTADÍSTICA

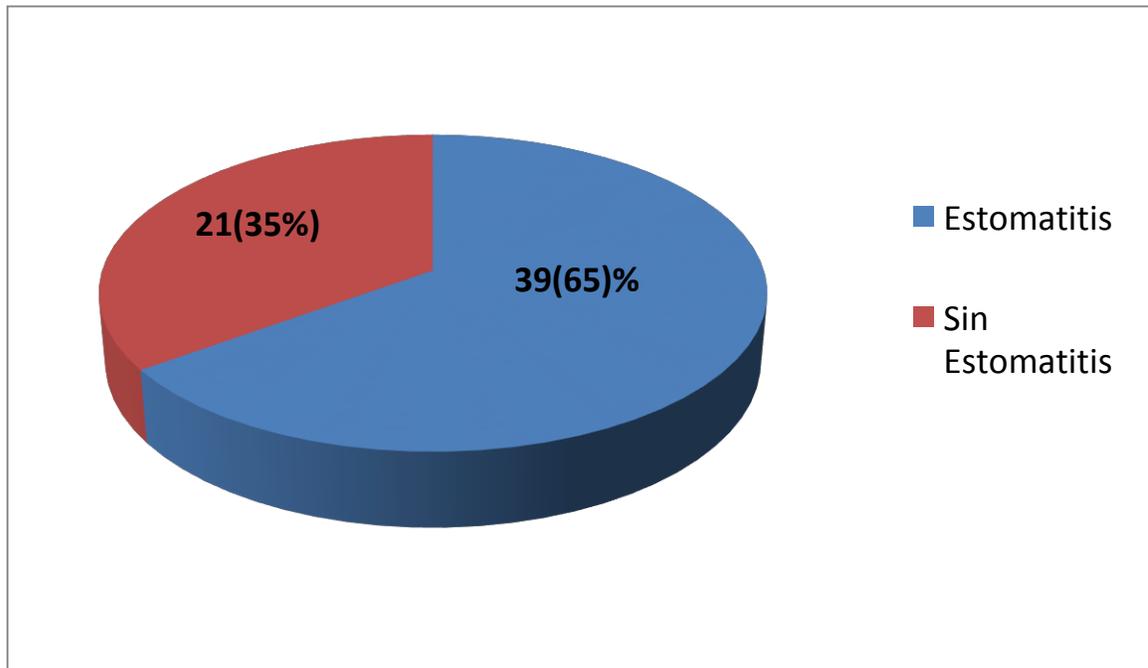
⊗ Estadísticos descriptivos

Tabla Nº 1: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto a la prevalencia de estomatitis subprotésica.

PREVALENCIA ESTOMATITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estomatitis	39	65%
Sin estomatitis	21	35%
TOTAL	60	100 %

FUENTE: Ficha de observación obtenido de los pacientes, setiembre-diciembre del 2017

Gráfico N° 1: Distribución de porcentajes con respecto a la prevalencia de estomatitis subprotésica.



FUENTE: Tabla N° 1

Interpretación de resultados

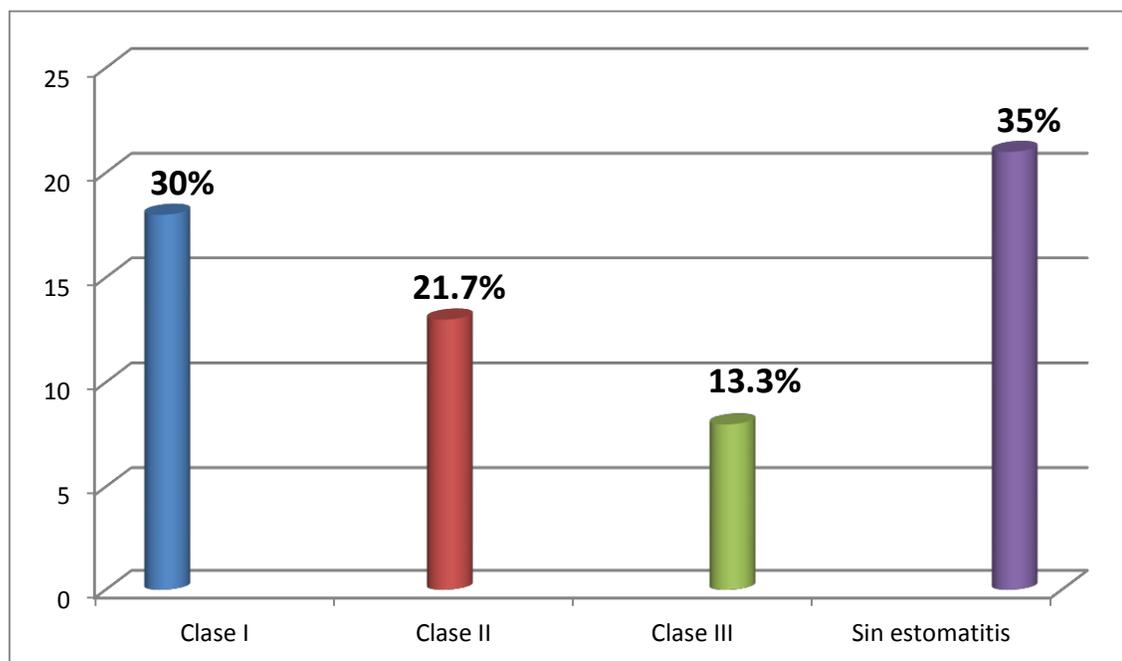
En relación a la prevalencia de estomatitis, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 1 y gráfico N° 1, se puede evidenciar que la mayor frecuencia evidenció estomatitis subprotésica en un 65% y la menor frecuencia no presentó estomatitis en un 35%.

Tabla Nº 2: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto al grado de estomatitis

GRADO DE ESTOMATITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clase I	18	30%
Clase II	13	21.7%
Clase III	8	13.3%
Sin estomatitis	21	35%
TOTAL	60	100 %

FUENTE: Ficha de observación obtenido de los pacientes, setiembre-diciembre del 2017

Gráfico Nº 2: Distribución de porcentajes con respecto al grado de estomatitis



FUENTE: Tabla Nº 2

Interpretación de resultados

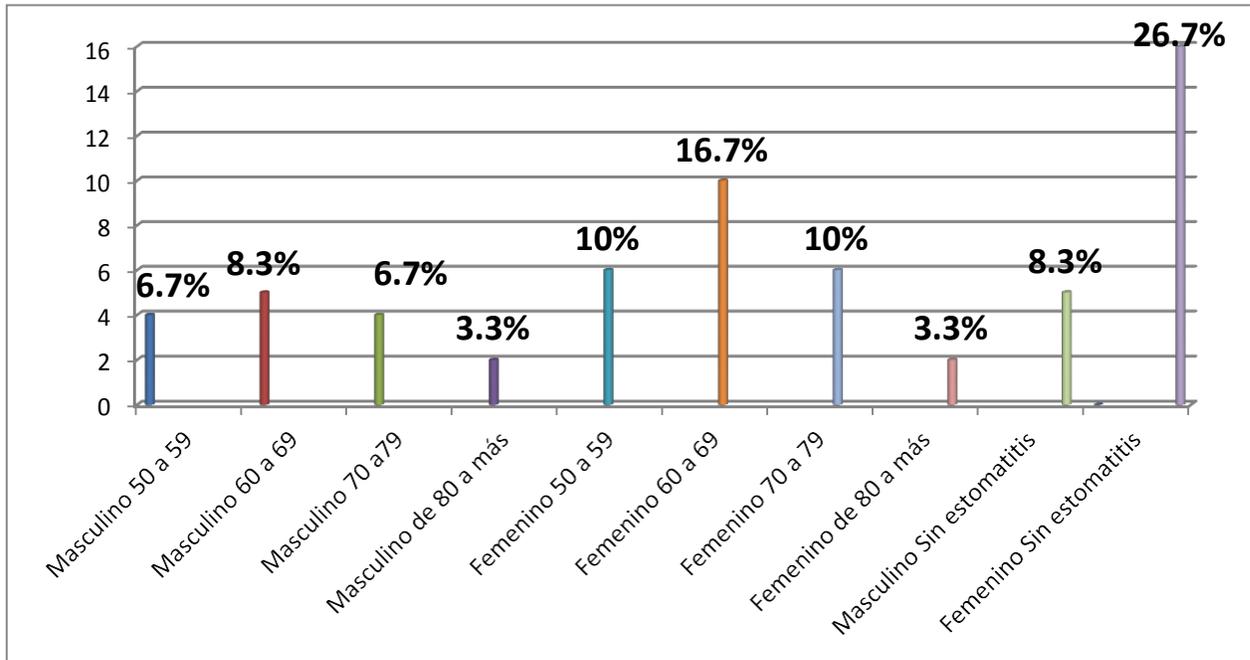
En relación al grado de estomatitis más frecuentes, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 2 y gráfico N° 2, se puede evidenciar que la mayor frecuencia no presentaron estomatitis esto en un 35%, seguido de la presencia de estomatitis clase I en un 30%, continuando con la clase II en un 21.7% y la menor frecuencia se evidencio en la clase III en un 13.3%.

Tabla N° 3: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto al género y edad.

GENERO Y EDAD		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	50 a 59 años	4	6.7%
	60 a 69 años	5	8.3%
	70 a 79 años	4	6.7%
	De 80 a más	2	3.3%
Femenino	50 a 59 años	6	10%
	60 a 69 años	10	16.7%
	70 a 79 años	6	10%
	De 80 a más	2	3.3%
Masculino sin estomatitis	50 a más años	5	8.3%
Femenino Sin estomatitis	50 a más años	16	26.7%
TOTAL		60	100 %

FUENTE: Ficha de observación obtenido de los pacientes, setiembre-diciembre del 2017

Gráfico N° 3: Distribución de porcentajes con respecto al género y edad.



FUENTE: Tabla N° 3

Interpretación de resultados

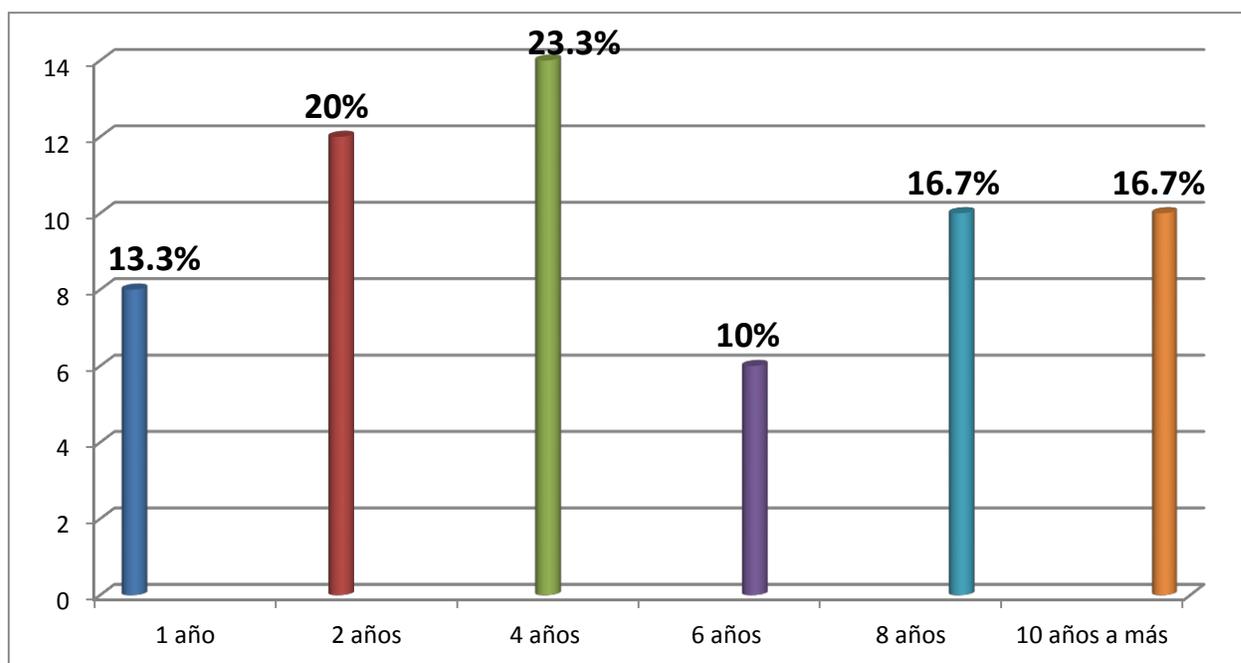
En relación al género y edad, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 3 y gráfico N° 3, se puede evidenciar que la mayor prevalencia se evidencia en el género femenino sin estomatitis en un 26.7%, seguido de las edades de 60 a 69 en el género femenino en un 16.7%, continuando de las edad de 50 a 59 y de 70 a 79 del género femenino en un 10% respectivamente, prosiguiendo en el género masculino sin estomatitis y en las edades de 60 a 69 del género masculino en un 8.3% respectivamente, siguiendo en las edades de 50 a 59 años y 70 a 79 años en un 6.7% respectivamente y la menor frecuencia se evidencia en las edades de 80 a más de ambos géneros en un 3.3%.

Tabla N° 4: Distribución de frecuencia y porcentajes con respecto al tiempo de uso de prótesis

TIEMPOS DE USO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 año	8	13.3%
2 años	12	20%
4 años	14	23.3%
6 más	6	10%
8 años	10	16.7%
10 años a más	10	16.7%
TOTAL	60	100 %

FUENTE: Ficha de observación obtenido de los pacientes, setiembre-diciembre del 2017

Gráfico N° 4: Distribución de porcentajes con respecto al tiempo de uso de prótesis



FUENTE: Tabla N° 4

Interpretación de resultados

En relación al tiempo de uso, según los datos obtenidos y organizados en la tabla N° 4 y gráfico N° 4, se puede evidenciar que la mayor frecuencia se evidencia en un tiempo de uso de 4 años en un 23.3%, seguido en un uso de dos años en un 20%, continuando en un uso de 8 años y 10 años en un 16.7% respectivamente, prosiguiendo en un uso de un año en un 13.3% y la menor frecuencia en un tiempo de 6 años en un 10%.

4.2. . CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos y procesados en las tablas y gráficos de la presente tesis de investigación se pudo observar que existe alta prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco en el 2017.

CAPITULO V

DISCUSION

En este apartado se realiza la confrontación de la situación problemática formulada, las bases teóricas y las hipótesis formuladas en razón con los resultados.

- **Contrastación de resultados con los problemas planteados.**

Frente a la interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?

En relación a la prevalencia de estomatitis, se distinguió que la mayor frecuencia evidenció estomatitis en un 65% y la menor frecuencia no presentó estomatitis en un 35%. En relación al grado de estomatitis, se distinguió que la mayor frecuencia no presentaron estomatitis esto en un 35%, seguido de la presencia de estomatitis clase I en un 30%, continuando con la clase II en un 21.7% y la menor frecuencia se evidencio en la clase III en un 13.3%. En relación al género y edad, se distinguió que la mayor frecuencia se evidencia en el género femenino sin estomatitis en un 26.7%, seguido de las edades de 60 a 69 en el género femenino en un 16.7%, continuando de las edad de 50 a 59 y de 70 a 79 del género femenino en un 10% respectivamente, prosiguiendo en el género masculino sin estomatitis y en las edades de 60 a 69 del género masculino en un 8.3% respectivamente, siguiendo en las edades de 50 a 59 años y 70 a 79 años en un 6.7% respectivamente y la menor frecuencia se evidencia en las edades de 80 a más de ambos géneros en un 3.3%. En relación al tiempo de uso, según los datos obtenidos y organizados se distinguió que la mayor frecuencia se evidencia en un tiempo de uso de 4 años en un 23.3%, seguido en un uso de dos años en un 20%, continuando en un uso de 8 años y 10 años en un 16.7% respectivamente,

prosiguiendo en un uso de un año en un 13.3% y la menor frecuencia en un tiempo de 6 años en un 10%.

- **Contrastación de resultados con los referentes bibliográficos y antecedentes.**

El presente estudio estuvo conformado por una muestra de 60 pacientes en donde se evidenciaron presencia de estomatitis en un 65%. Estos resultados se pueden relacionar con el antecedente de Loqui por la similitud en la toma de muestra.

➤ **Loqui J. Ecuador.** En el 2016 en su estudio “Prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de la prótesis total mal adaptada en pacientes atendidos en la clínica UCSG 2016”. Los resultados fueron: una de las causas de estas lesiones en la mucosa bucal es el uso nocturno de las prótesis con 45 % en cuanto los tipos de lesiones más frecuente fue la estomatitis subprotésica con 62% seguida de la úlcera traumática con 21 %, Hiperplasia fibrosa con 10%, queilitis comisural con 7% de acuerdo a su localización el 62% se presentó en el paladar.

CONCLUSIONES

- ☺ Más de la mitad de los pacientes portadores de prótesis atendidos en la clínica odontológica presentaron estomatitis subprotésica esto correspondiente a un 65%.

- ☺ El grado de estomatitis más prevalente fue del tipo I según la clasificación de Newton esto equivalente a un 30%.

- ☺ Los pacientes con presencia de estomatitis se dan a partir de los 50 años de edad esto en 6.7%.

- ☺ El género femenino fue el más prevalente en tener estomatitis, de los cuales las edades de 60 a 69 años de estos pacientes marcaron preferencias para las ocurrencias de estomatitis esto equivalente en un 26.7%.

- ☺ El tiempo de uso de las prótesis fue desencadenante para evidencia de las estomatitis donde se evidencio que a partir del primer año de uso de las prótesis el paciente ya tiene estomatitis esto correspondiente a un 13.3%.

SUGERENCIAS

- ◆ Emplear los resultados de esta tesis para brindar información actualizada, a partir de los cuales se tome como referente para la mejora de los pacientes con rehabilitación protésica.
- ◆ Se recomienda concientizar a los pacientes beneficiarios de prótesis atendidos en la clínica la importancia de prevenir en contraer estomatitis.
- ◆ Asesorar a los pacientes en mantener una buena higiene de las prótesis dentales.
- ◆ Controlar a los pacientes al cumplir un año de uso de prótesis ya que se evidencio que a partir de ese tiempo se puede contraer estomatitis.
- ◆ Los cirujanos dentistas de la localidad tomen en cuenta las conclusiones del presente estudio a fin de continuar mejorando la atención de los pacientes geriátricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cajas N. Asociación entre recuento salival de levaduras del género *Candida* y estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis removibles [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2013.
2. Ferrando R. Ocurrencia de levaduras del género *Candida* en sujetos con estomatitis protésica en tratamiento [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2014.
3. Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2005.
4. Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2009 [citado 11 Ene 2015]; 46(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000100003&lng=es
5. Edward Z, Austin K, George H. Diagnóstico en Patología Oral. segunda ed. Barcelona: Salvat Editores S.A; 1982.
6. Balerdi I, Aguirre JM, Zamacona JM, Ajuria B, Pontón J, Quindós G. Analyse clinique et microbiologique de la stomatite par prothese. *Actualités Odonto Stomatologiques* 1994; 186: 173-183.
7. Kagermeier-Callaway A, Willershausen B. In vitro colonisation of acrylic resin denture base materials by *Streptococcus oralis* and *Actinomyces viscosus*. *Int Dent J* 2000; 50:79-85.
8. Sánchez LO, Pérez P, Romo J, Corona FP, Hidalgo H, Franco F. Determinación de pH salival y cultivo en pacientes con candidiasis bucal. *Rev Iberoam Micol* 2002; 19; 155-160.
9. Budtz-Jorgensen E. Non-insulin dependent diabetes mellitus as a risk factor for denture stomatitis. *J Oral Pathol* 1996; 25:411-415.

10. Gendreau L, Loewy Z. Epidemiology and Etiology of denture stomatitis. *J Prosthodont* 2011; 20 (4): 251-260.
11. Loqui J. Prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de la prótesis total mal adaptadas en pacientes atendidos en la clínica UCSG 2016. [Tesis para el título profesional de Cirujano Dentista]. Ecuador. 2016.
12. Nápoles I., Rivero O., García C. y Pérez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. *Rev. Arch. Med. Camagüey*. 2016. Vol. (20) 2-3.
13. Ávila G., Santos S., Durañona L. y Berrey T. Lesiones Orales En Pacientes Portadores De Prótesis Remitidos Del Programa De Detección Precoz Del Cáncer Bucal. [Revistas]. Disponible: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewFile/1172/225>. Consultado: 11 de Octubre de 2015.
14. Romero N. Chile. (2015) Prevalencia y manejo de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles, Universidad Andrés Bello sede Concepción. 2012-2015. Disponibles: http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2747/a115452_Romero_N_Prevalencia_y_manejo_de_estomatitis_2016_Tesis.pdf?sequence=1
15. Ávila G., Rojas S., Santos S. y Durañona L. Caracterización de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis” *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta*. 2014. Vol. (39): 8-9.
16. Rodríguez M., Portillo A., Lama E. y Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis e pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. *ADM*. 2014. Vol. (1). 221 – 225.
17. Gutiérrez C, Bustos L, Sánchez M, Zaror L, Zambrano M. Estomatitis Subprotésica en pacientes de la IX región, Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 7(2):207-213, 2013.
18. López J, Gómez F, Herrera J, Romaris M.E, Toro D. Prevalencia de Estomatitis Subprotésica en un grupo de pacientes venezolanos. Estudio clínico transversal. *Act. odontol. Venez.* 2013; 54(4)

19. Sánchez M. ,Reyes D. , Arias R. y Rondón E. Venezuela (2013) Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. MEDISAN vol.17 no.11 Santiago de Cuba nov. 2013
20. Vilchez E., Watanabe R., Reyes S., Vilchez E., Torres C. y Vilchez M. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. Odontol. Sanmarquina 2013. Vol.16 (1): 2-3.
21. Morillas Altamirano, Jhan Carlos. Estomatitis Subprotésica en pacientes adultos mayores que asisten a Centros de Salud de Trujillo en el periodo Mayo – Junio del 2017. Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego. Internet: 2017 [citado 17 Octubre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2965>
22. Vilchez E., Watanabe R., Reyes S., Vilchez E., Torres C. y Vilchez M. Lesiones subprotésicas en pacientes portadores de prótesis completa. Odontol. Sanmarquina 2013. Vol.16 (1): 2-3.
23. Bernal C. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas de pacientes portadores de prótesis parcial removable” Revista Kiru. 2010. vol. (7): 9 -12.
24. Ley L, Silva Y, Puig E, Nápoles I, Díaz S. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. AMC. 2010; 14(1).
25. Iturriaga M, Romagosa D, Tardón R, Martín E. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. Medisan 2013 Nov; 17(11): 8057.
26. Ayuso-Montero R, Torrent-Collado J, López-López J. Estomatitis protésica: puesta al día. RCOE 2004; 9(6):657-662.
27. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2da edición. Barcelona: Elsevier, 2005. Capítulo 7, infecciones orales; p. 241.
28. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology. Third edition. Elsevier Editorial. 2009. Chapter 6, Fungal and protozoal diseases; p. 214, 216, 217.

29. Bernal A, Aguirre, JM. Estudio morfométrico de la estomatitis por prótesis. *Avances Odont* 1998; 14(3):209-212
30. Fernández L, López S, Mañes JI, Serva EJ. Estomatitis protética: Aspectos etiológicos, patogénicos, diagnósticos y de tratamiento. Puesta al día. *ArchOdont* 1998 14(8):467-472
31. Lin, JJ; Cameron, SM; Runyan, DA; Craft, DW. Desinfection of denture base acrylic resin. *J Prosthet dent* 1999; 81(2): 202-206.
32. Radford DR, Challacombe SJ, Walter JD. Denture plaque and adherence of *Candida albicans* to denture-base materials in vivo and in vitro. *CritRev Oral BiolMed* 1999;10(1):99-116
33. Aguirre, JM; Zamacona, JM; Kutz, R; Echebarria, MA. Estomatitis protética II. Aspectos histopatológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Vasca Odonto*. 1997;31-35.

34. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD; Harty DW, Knox KW. *Candida*-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 2. Oral diseases caused by *Candida* species. *Aust Dent J*. 1998; 43(3):160-6.
35. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral higiene habits, denture cleanliness, presence of yeast and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil* 2002; 29(3): 300-4.
36. Fenlon MR, Sherriff M, Walter JD. Factors associated with the presence of denture related stomatitis in complete denture wearers: a preliminary investigation. *Eur J ProsthodontRestorDent* 1998 Dec;6(4):145-7
37. Trull JM, González J. Perforación palatina por succión: un caso extremo de úlcera traumática *ArchOdont*. 1997; 13(2):110-114
38. Coca, I; Reitz, J; Langner, A; Efendi, I. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la estomatopatía protésica debajo de prótesis en el maxilar superior. *Quintessence (ed. esp.)*1998 ; 11(5) : 290-312
39. Ceballos, A; Gonzalez, MA; Urquia, M. Estomatitis por prótesis, incidencia de esta enfermedad y estudio sobre los factores más prevalentes. *Avances Odonto*, 1992; 8:287-298.

40. Crissey, JT. Stomatitis, dermatitis and denture materials. *ArchDermatol*, 1965; 92(1): 45-8
41. Kulak Y, Arikan A. Aetiology of denture stomatitis. *J Marmara Univ Dent Fac*. 1993 1(4): 307-14.
42. San Millan R, Elguezabal N, Regulez P, Moragues MD, Quindos G, Ponton J. Effect of salivary secretory Ig A on the adhesión of *Candida albicans* to polystyrene. *Microbiology*. 2000; 146 (Pt9): 2105-12.
43. Romero, MJ; Rodríguez-Armijo, A; López, MJ; Guerrero, JA; Martín, E. Estudio microbiológico de la *Candida* SP en la estomatitis protésica respecto a grupos controles. *Avances Odont*, 1997 13:57-61.
44. Blanco, A; López, J; Beiro, R; Gandara, JM; Chimenos, E. La candidosis oral (y II). Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Odontoestologia práctica y clínica* 1999; 2(2):67-71
45. Lin JJ, Cameron SM, Runyan DA, Craft W. Desinfection of denture base acrylic resin. *J Prosthet Dent*. 1999 ; 81(2) :202-206.
46. Giuliana G Pizzo G, Milici ME, Giangreco R. In vitro activities of antimicrobial agents against *Candida* species. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 1999; 87(1):44-9
47. Saap P, Eversole L, Wysocki G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda ed. Madrid: Elsevier; 2005.
48. Giulio P, Bassi ,Crossa , Catapano , Corsalini , Gastaldi , et al. *Rehabilitación Protésica*. Primera ed. Santa Cruz G, editor. Bogota, Colombia: Amolca; 2008.
49. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence- Based Guidelines for the Care and Maintenance of complete dentures. *Journal of Prosthodontics*. 2011 Feb 16; 20: p. S1-S12.
50. Sánchez Iturriaga E, Reyes Romagosa DE, Arias R, Rondón Martín EA. Scielo. [Online].; 2013 [cited 2016 Junio 6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192013001100011&script=sci_arttext&tlng=pt

51. Maruo Y, Sato T, Hara T, Shirai H. The effect of diabetes mellitus on histopathological changes in the tissues under denture base bearing masticatory pressure. *J Oral Rehabil* 1999; 26(4):345-55
52. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD; Harty DW, Knox KW. Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 2. Oral diseases caused by Candida species. *Aust Dent J.* 1998; 43(3):160-6. Review
53. Aguirre, JM; Zamacona, JM; Kutz, R; Echebarria, MA. Estomatitis protésica II. Aspectos histopatológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Vasca Odonto.* 1997;31-35.
54. López, J; Jané, E; Chimenos E; Roselló, X. Actualización de la candidiasis oral. *Arch Odont.* 1997; 13(5):259-261
55. Massad JJ, Cagna DR. Removable therapy and xerostomy. Treatment considerations. *Dent Today.* 2002; 21(6): 80-87
56. Torres SR y cols. Relationship between salivary flow rates and Candida counts in subjects with xerostomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2002; 93(2):149-154.
57. Garcia-Pola, MJ; Martínez, AI; Garcia, JM, Gonzalez, M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30(4): 277-85.
58. Koeck. *Prótesis completas.* Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
59. Bates A. *Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico.* Primera ed. México D.F.: El Manual Moderno S.A; 1986.
60. Mezzomo E, Makoto R. *Rehabilitación Oral Contemporánea.* Primera ed. Venezuela: Editorial Amolca; 2010.
61. García Rodríguez B, Romero Junquera CR. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez. *Medigraphic.* 2012; 3(16).
62. Espasandín González S, Martínez Toledo G, Reyes Suárez O, Díaz Viera R. Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. *Scielo.* 2013 Enero 7; 19(2): p. 234-243.

63. Cobos I, Gutiérrez M, Paterson E, Zamora N. Intervención educativa sobre estomatitis subprótesis en el adulto mayor. *Scielo*. 2015 May 6; 19(5).
64. León Hernández IJ, Hernández SA, Sogo Ibáñez T, Del Rey Diaz ML. Estomatitis sbprótesis en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Medigraphic*. 2015; 21(2).
65. Ley Sinfuentes L, Martínez Silva Y, Capote E. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. *Scielo*. 2009 Dec 18; 14(1).
66. Misch C. *Implantología Contemporánea*. Tercera ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
67. Lazarde, J. Estomatitis Subprotésica. *Acta OdontolVenez* 2001; 39 (3): 9-17.
68. Cárdenas, A.P. (2010). *Técnica de ayuda odontológica y estomatología*. España-M

ANEXOS

MATRIZ DE CONSITENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS
General	General	Variable de estudio	Hipótesis de investigación (Hi)
¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?	Estimar la prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.	Prevalencia de estomatitis subprotésica	La prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco es de aproximadamente de 15%.
Específico	Específicos	Variable de caracterización	Hipótesis nula (Ho)
¿Cuál es el grado de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis total portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017? ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica relacionado con edad y género de pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017? ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis subprotésica según el tipo en los pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017?	OE1 Determinar el grado de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017. OE2 Determinar la prevalencia de estomatitis subprotésica relacionado con edad y género de pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017 OE3 Identificar la prevalencia de estomatitis subprotésica según el tiempo de uso de la prótesis en los pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco 2017.	Edad Sexo Tiempo de uso	La prevalencia de estomatitis subprotésica de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco no es de aproximadamente de 15%.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“PREVALENCIA DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA DE LA MUCOSA EN
PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
2017”**

Yo:.....con
DNI:.....; doy constancia de haber sido informado(a) y de haber
entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es
obtener información que podrá ser usada en la obtención de más conocimiento
en el área de Odontología. Teniendo en cuenta que la información obtenida
será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún
riesgo; acepto ser examinado por el responsable del trabajo.



-

Nombre del paciente

Nombre del Profesional

DNI.....

DNI.....



FICHA DE OBSERVACIÓN



N° Paciente: _____

1. **Sexo:** M F

2. **Edad:** _____

Grupo atareo: 50 a 59 años	<input type="checkbox"/>
60 a 69 años	<input type="checkbox"/>
70 a 79 años	<input type="checkbox"/>
= > 80 años	<input type="checkbox"/>

3. **Estomatitis subprotésica**

Si

No

4. **Clasificación de Newton**

Clase I

Clase II

Clase III

5. **Tiempo de uso**

1 año 2 años 4 años 6 años 8 años 10 a más