



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

**Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes
atendidos en la Facultad de Odontología de la
Universidad de Los Andes entre 2017 y 2019.**

www.bdigital.ula.ve

Autores

Albarrán Marquina, Edgar Alexander.

C.I. 16.444.592.

Millan Cabello, Antonio José.

C.I. 16.629.036.

Tutora

Prof. Lorena Bustillos.

Mérida, Venezuela, Marzo 2021.



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

**Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes
atendidos en la Facultad de Odontología de la
Universidad de Los Andes entre 2017 y 2019.**

Trabajo presentado para optar al título de odontólogo

www.bdigital.ula.ve

Autores

Albarrán Marquina, Edgar Alexander.

C.I. 16.444.592.

Millan Cabello, Antonio José.

C.I. 16.629.036.

Tutora

Prof. Lorena Bustillos.

Mérida, Venezuela, Marzo 2021.

VEREDICTO

www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

A Jehová Dios que nos da el milagro de la vida, que actúa a nuestro favor con su espíritu santo y hace que nuestros planes tengan éxito seguro. Mereces y te pertenece nuestra honra, alabanza y amor absoluto.

A nuestros padres Edgar y María Elena Albarrán y; Antonio y Elba Rosa Millan, ya que son pilares fundamentales y apoyo en nuestra formación académica, nos han dado todo lo que somos como personas, nuestros valores, principios, perseverancia y empeño, todo ello, de una manera desinteresada y llena de amor, los amamos!.

A nuestros hermanos Alfredo Albarrán, Mariluz, Pierre y Oliver Millan, quienes han sido un ejemplo de lucha para alcanzar nuestras metas, vayan a ustedes nuestras sinceras palabras de afecto y agradecimientos. ¡Dios les pague!

A nuestras esposas, María Laura de Albarrán y Rosiri de Millan, queremos expresarles nuestro profundo sentimiento de amor y gratitud por todas las muestras de amor, esmero, paciencia, fortaleza, lealtad y atención durante estos años de lucha y sacrificio hasta este día. Sin la confianza y presencia de ustedes en todos los momentos difíciles que enfrentamos, no habría sido posible cristalizar este sueño anhelado por muchísimo tiempo. ¡Nuestro logro también es para ustedes, las amamos!

A mis hijos Cristian y Crismar Albarrán Rivas, este logro se los dedico, ustedes son todo por lo que lucho y soy, ¡los amo, ustedes son todo en mi vida!

A nuestros sobrinos, Esteban, Li-Tai, Marco Antonio, Cristel y Benjamín, como parte elemental de nuestra vida y sangre, vaya a un merecido reconocimiento. ¡Los amamos!

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las personas que colaboraron en cada uno de los pasos para la culminación de este trabajo.

En primer lugar, un reconocimiento muy especial a la Dra. Lorena Bustillos, nuestra tutora, quien en todo momento nos brindó ánimo, apoyo e incondicional asesoría durante cada una de las etapas de este proceso, en especial, agradecemos sus palabras oportunas de fortaleza y seguridad.

A la cátedra de Dentaduras Totales de la FOULA por permitirnos realizar este trabajo con sus fichas clínicas.

Al profesor Oscar Morales, por su disposición e interés genuinos son para nosotros una muestra de la calidad humana de los docentes de nuestra universidad, en verdad apreciamos en gran manera su tiempo, dedicación y esmero por guiarnos durante el desarrollo de nuestro trabajo. ¡Mil gracias!

A Mary Karla López, Técnico Superior en Estadísticas de la Salud, encargada del Archivo Clínico Central de la FOULA, por su gran ayuda durante la recopilación de los datos de las Historias Clínicas utilizadas en este trabajo.

A las Asistentes Dentales y demás miembros del personal de la Facultad de Odontología de la ULA.

A la ilustre Universidad de Los Andes, sus aulas y enseñanza en todo aspecto, fueron para nosotros motivos de muchas satisfacciones y experiencias.

Finalmente, queremos aprovechar el momento para agradecerles a todas las personas que nos acompañaron durante el tránsito de este camino y que de alguna u otra manera nos dieron su apoyo. ¡Muchas gracias!



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes entre 2017 y 2019.

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autores:

Edgar Alexander Albarrán Marquina.

Antonio José Millan Cabello.

Tutora:

Prof. Lorena Bustillos.

Mérida, Venezuela, marzo del 2021.

RESUMEN

La estomatitis subprotésica (ESP) es una patología inflamatoria que puede afectar las mucosas que están en contacto con prótesis removibles. Aunque ha sido ampliamente estudiada desde distintas perspectivas, se ha reportado solo una investigación (2005) sobre la prevalencia ESP en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) en estos últimos años. Por ello, la presente investigación persigue determinar la prevalencia de ESP en pacientes con prótesis totales atendidos en la FOULA entre 2017 y 2019. La investigación se basa en el enfoque cuantitativo, su alcance es descriptivo, de diseño transversal y documental. Se utilizaron como técnica de recolección de datos la revisión documental, empleando como instrumento la ficha clínica de la Cátedra de Dentaduras Totales de la FOULA, vigente a partir del 2017. Los datos, cualitativos y cuantitativos se analizaron mediante técnicas estadísticas descriptivas. Los resultados indican una prevalencia de 30%, entre estos casos predomina la ESP acompañada de úlceras y otras lesiones. Es más frecuente en el género femenino en el rango de edad entre 51 y 70 años. La mayoría de las prótesis fueron elaboradas con base de acrílico. En cuanto al tiempo de uso, predominaron los pacientes con más de tres años de uso de sus prótesis, en su mayoría usada de forma permanente. Las condiciones de la prótesis y la mucosa como la salud percibida de los pacientes fueron consideradas como positivas. Sin embargo, predominó la higiene inadecuada. Se concluye que la prevalencia de ESP en pacientes que utilizan prótesis totales es baja, es importante mantener programas de educación para la salud dirigidos a pacientes con prótesis para prevenir la aparición de ESP y otras enfermedades más graves.

Palabras Clave: Estomatitis subprotésica, prótesis dental total, epidemiología.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

VEREDICTO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 Definición y contextualización del problema	3
1.2 pregunta de investigación	7
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	7
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	8
1.4 Justificación	8
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Marco conceptual.....	25
2.2.1 <i>Estomatitis subprotésica</i>	25
2.2.3.- <i>Lesiones asociadas a estomatitis subprotésica</i>	39
CAPÍTULO III	47

METODOLOGÍA.....	47
3.1 Enfoque de la investigación.....	47
3.2 Alcance de la investigación.....	47
3.3 Diseño de la investigación.....	48
3.4 Muestra.....	49
<i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>49</i>
3.5 Técnica e instrumento de recolección de la información.....	50
3.6 Equipos y materiales utilizados.....	50
3.7 Procedimientos.....	51
3.8. Aspectos éticos.....	51
3.9 Plan de análisis de los datos.....	52
CAPÍTULO IV.....	53
RESULTADOS.....	53
4.1 Descripción de los participantes.....	53
4.2 Factores asociados al estado de salud bucal de los participantes.....	57
4.3 Uso de la prótesis.....	60
4.4 Percepción sobre el uso de la prótesis.....	61
4.5 Evaluación de la prótesis.....	61
4.6 Información clínica.....	63
CAPÍTULO V.....	66
DISCUSIÓN.....	66
CAPÍTULO VI.....	70
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
6.1 Conclusiones.....	70
6.1 Recomendaciones.....	70
REFERENCIAS.....	71
APÉNDICE.....	80

Apéndice 1.....	81
Hoja de tabulación de los datos.....	81
ANEXOS	83
Anexo 1.....	84
Ficha clínica de la Cátedra de Dentadura Totales de la FOULA	84

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población según la edad	53
Tabla 2. Distribución de la población según el sector de procedencia y el lugar de residencia	55
Tabla 3. Frecuencia de limpieza de la prótesis y la mucosa oral	59
Tabla 4. Años de uso de la prótesis actual.....	60
Tabla 5. Percepción sobre el uso de la prótesis.....	61
Tabla 6. Evaluación de la dentadura	62
Tabla 7. Nivel de reabsorción de los maxilares	63
Tabla 8. Inserciones musculares de ambos maxilares	64
Tabla 9. Nivel de resiliencia de la mucosa	65

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la población según el género	54
Gráfico 2. Distribución de la población según su situación laboral.....	54
Gráfico 3. Distribución de la población según su estado civil	55
Gráfico 4. Distribución de la población según el nivel educativo	56
Gráfico 5. Distribución de la población según el nivel socioeconómico.....	56
Gráfico 6. Frecuencia de ubicación de la ESP	57
Gráfico 7. Tiempo de la última consulta odontológica	58
Gráfico 8. Salud oral percibida	59
Gráfico 9. Relación dentoalveolar	63
Gráfico 10. Relación de reborde.....	64

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

El edentulismo representa una afección a la integridad del sistema masticatorio que tiene consecuencias estéticas y funcionales importantes. En odontología, se ha buscado soluciones para devolver la funcionalidad y estética al paciente edéntulo. En ese contexto, la prostodoncia es la especialidad encargada de restaurar y mantener la función de la cavidad bucal rehabilitando las estructuras que faltan por medio de las prótesis dentales.

La prótesis estomatológica es un dispositivo que, mediante aparatos artificiales colocados en la boca, restituyen funciones principales para el paciente. Pueden ser: parciales removibles, totales y fijas. Las dentaduras totales son diseñadas de manera que faciliten los movimientos funcionales. En algunos casos, ocasiona cambios en la mucosa bucal, siendo la más frecuente el área de soporte de la dentadura, la cual se denomina estomatitis subprotésica (ESP). Esta se caracteriza por la presencia de un eritema en los tejidos, siendo el de mayor predominio el maxilar superior.

Aunque ha sido ampliamente estudiada desde distintas perspectivas, incluidos los estudios epidemiológicos en el ámbito internacional, en los últimos años, no se han reportado estudios actualizados de la prevalencia de ESP en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) Mérida- Venezuela. En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de ESP en pacientes con prótesis totales atendidas en la FOULA entre 2017 y 2019. Como parte del estudio, se analizaron variables como género, edad, ocupación, lugar de habitación, hábitos, grado de instrucción, características de las prótesis, tiempo de uso de la prótesis y la salud bucal de los pacientes.

Se trata de una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo y de diseño transversal, documental. Se examinan los indicadores de salud incluidos en la Historia Clínica de la Cátedra de Dentaduras Totales de la FOULA. La población

de esta investigación está constituida por todos los pacientes con ESP portadores de prótesis totales atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA entre el 2017 y 2019. Estas historias clínicas están disponibles en el Archivo Clínico de la FOULA. Esta investigación se realizó entre enero y julio del 2020.

El presente proyecto está estructurado como sigue:

El primer capítulo describe el planteamiento del problema, en el cual se contextualiza la investigación, se formula el problema, los objetivos y se exponen los argumentos que justifican la realización del estudio.

El segundo capítulo hace referencia al marco teórico. En primer lugar, se presentan los antecedentes que respaldan la investigación; luego se presentan los fundamentos teóricos.

El tercer capítulo contiene al marco metodológico: se describe el enfoque, tipo y diseño de la investigación, la población de estudio, la técnica e instrumento de recolección de la información, el procedimiento usado para el análisis de los datos y, para cerrar, se presenta el plan de trabajo.

En el capítulo IV, se exponen los resultados alcanzados en la investigación: primero se describen los pacientes incluidos en el estudio y, luego se exponen los resultados relacionados con la prevalencia de la ESP en los pacientes atendidos en la FOULA entre 2017 y 2019.

En el Capítulo V, Discusión, se analizan, interpretan y discuten los resultados obtenidos, comparándolos con la literatura, previamente descritos en la sección de antecedentes.

Finalmente, el Capítulo VI, Conclusiones y Recomendaciones, expone las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se plantea el problema de investigación. Esto incluye definir el problema, plantear la pregunta de investigación, formular los objetivos: general y específicos, además de exponer los argumentos que justifican la investigación.

1.1 Definición y contextualización del problema

La salud bucal se centra en el mantenimiento del equilibrio del sistema estomatognático. Esta función ideal se ve favorecida cuando existen las siguientes condiciones en la cavidad bucal: todos los dientes están en boca en sus respectivos alveolos, sin alteraciones periodontales, ausencias de caries, flujo salival óptimo, flora bacteriana bucal balanceada, debido al control eficaz de la placa bacteriana (Miliani y Vielma, 2007).

Lamentablemente, mantener dicho equilibrio se ha convertido en una tarea difícil por la pérdida prematura de los dientes, como consecuencia de trauma por accidentes, carencias nutricionales, caries dental, enfermedades sistémicas, enfermedad periodontal, temor a la consulta odontológica, falta de educación y motivación de los pacientes en cuanto a cuidar y mantener su salud bucal en buen estado. La pérdida de dientes en el ser humano trae como consecuencia el deterioro de la calidad de las funciones del sistema masticatorio y la ruptura del equilibrio normal que debe existir entre sus componentes (Benaissa *et al.*, 2016; Martins *et al.*, 2017; Flores, 2017; Moreno, 2017; Cruz *et al.*, 2019; Ramírez *et al.*, 2019; Laguna, 2019; Vera, 2019).

Miliani y Vielma (2007) afirman que cuando el ser humano conserva la totalidad de los dientes en condiciones normales, está en la capacidad de ejercer plenamente la función masticatoria. Al respecto, Francisco *et al.* (2009) sostienen

que la salud bucal es un componente inseparable e importante de la salud general, ya que las enfermedades bucodentales pueden afectar al individuo de forma sistémica y tener consecuencias fisiológicas aún más complejas en la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental. Cuando se incluye la pérdida dentaria, el uso de aparato protésico es la alternativa más viable, accesible y económica (Ramírez *et al.*, 2019; Laguna, 2019; Vera, 2019).

De todas las alteraciones que produce la pérdida dentaria, el edentulismo parcial o total, conlleva mayores complicaciones. En el caso específico del edentulismo total se trata de una condición de ausencia de todos los dientes, tanto los superiores, como los inferiores. Esta situación requiere que el paciente sea rehabilitado con prótesis totales para restituir las funciones perdidas como consecuencia de dichas ausencias dentales (Benaissa *et al.*, 2016; Martins *et al.*, 2017; Flores, 2017; Moreno, 2017; Cruz *et al.*, 2019; Ramírez *et al.*, 2019; Laguna, 2019; Vera, 2019).

Sin embargo, esta alternativa de rehabilitación bucal, aunque noble por los beneficios que aporta a los pacientes afectados, ha desencadenado, en algunos casos, enfermedades que cursan con cambios patológicos de los tejidos de soporte, entre estas la ESP (Flores, 2017; Moreno, 2017; Cruz *et al.*, 2019; Ramírez *et al.*, 2019; Laguna, 2019; Sharma, 2019; Vera, 2019). Las prótesis dentales, al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan lugar a diversos cambios relacionados con la capacidad de reacción de los tejidos y la forma de agresión que ejerza la prótesis. Esos cambios son muy variados, pueden ser desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación, hasta profundas alteraciones patológicas (Francisco *et al.*, 2009). Por ello, la presencia de prótesis dental en pacientes edéntulos predispone al desarrollo de ESP (Cardozo *et al.*, 2009; Benaissa *et al.*, 2016; Martins *et al.*, 2017; Flores, 2017; Moreno, 2017; Cruz *et al.*, 2019; Ramírez *et al.*, 2019; Laguna, 2019; Sharma, 2019; Vera, 2019).

El impacto demográfico de la ESP está asociado a ciertos factores socioculturales y económicos que pudieran afectar la rehabilitación bucal de los pacientes con prótesis totales (Granado *et al.*, 2019; Carballo *et al.*, 2019). En este sentido, la mayor parte de los países industrializados tienen una tasa de edéntulos relativamente baja; en cambio, en los países subdesarrollados, gran parte de la población de adultos mayores es portadora de, al menos, una prótesis dental removible, bien sea total o parcial (Cardozo *et al.*, 2009; del Hoyo *et al.*, 2016).

Para Salazar (2012) y Sharma (2019), la ESP, también es conocida como estomatitis por dentadura, una patología inflamatoria que puede afectar las mucosas que están en íntimo contacto con algún tipo de prótesis removibles. El Diccionario de Odontología Elsevier Mosby (2009), por su parte, define la ESP como una inflamación de los tejidos blandos de la cavidad oral que se produce a causa de lesiones mecánicas, químicas, térmicas, bacterianas, víricas, eléctricas o por radiación o de reacciones a alérgenos. Similarmente, se ha definido como una inflamación aguda, subaguda o crónica de la mucosa bucal (Sánchez, 1989; Sharma, 2019). También se considera una inflamación de la mucosa o de otras estructuras de la boca, que pueden implicar los maxilares, las encías, la lengua, el piso de la boca, los paladares duro y blando (Sharma, 2019).

La etiología de la ESP es multifactorial (del Hoyo *et al.*, 2016; Granado *et al.*, 2019; Carballo *et al.*, 2019; Sharma, 2019). Puede ser causada por higiene oral pobre, carencias de proteínas dietéticas, dentaduras mal ajustadas, quemaduras en la mucosa producto de comidas o bebidas calientes, reacciones alérgicas, radioterapia o infecciones (Granado *et al.*, 2019; Carballo *et al.*, 2019). También pueden ser manifestaciones secundarias de enfermedades sistémicas (Sánchez, 1989; Ramírez *et al.*, 2019). Salazar (2012), Loqui (2016), Benaissa *et al.* (2016), Flores (2017), Moreno (2017) y Čanković *et al.* (2017) sugieren que también puede estar relacionada con el uso prolongado y nocturno de las prótesis.

En este sentido, Miliani y Vielma (2007) indican que es necesario darle a la ESP un oportuno diagnóstico, de modo que se detenga su desarrollo y se eviten otras enfermedades, basado en el principio, prevalente en odontología, que sostiene que un correcto diagnóstico facilita considerablemente la planificación del correcto tratamiento y la consecuente ejecución de este (Barragan, 2019). Es decir, el conocimiento pleno del problema y, un apropiado diagnóstico, posibilita la correcta planificación de la solución, un correcto plan de tratamiento, y su posterior ejecución.

La ESP se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos portadores de dentaduras totales (Noguera y Fleitas, 2005). Cardozo *et al.* (2009) afirman que es más común en mujeres que en hombres y la prevalencia aumenta con la edad (Sharma, 2019). Para Lazarde (2011), es más frecuente en mujeres que en hombres y presenta una mayor prevalencia en pacientes portadores de prótesis totales que en prótesis parciales, según datos de pacientes que acuden al servicio de odontología de la Universidad Central de Venezuela.

Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia de la ESP. En Ecuador, Rey *et al.* (2012) encontraron una prevalencia de 45,6%, Loqui (2016) 62%, Mosquera (2016) 41%, Flores (2017) 85%, Moreno (2017) 53,33%, Holguín (2019), 54% y Malats (2019), 53%. En Cuba, se ha reportado una prevalencia del 44,3% (Carreira y Almagro, 2000). En Chile, Gutiérrez *et al.* (2013) encontró una prevalencia de 68%, y Romero (2015) de 35%. En Perú, Bermúdez (2018) encontró una frecuencia de 65%. En la Asunción Paraguay, Velázquez, Florentín y Defazio (2017) encontraron una prevalencia del 78%. En Guatemala, Salazar (2012) encontró un 63,33%.

En Cumaná, estado Sucre, Venezuela, también se han reportado algunos estudios. Sánchez *et al.* (2013) encontraron 40% en sujetos no fumadores y, un 61% en pacientes fumadores. Lazarde (2001) halló una prevalencia del 75,66%.

Finalmente, hay estudios realizados en la Cátedra de Dentaduras Totales del Departamento de Odontología Restauradora de la FOULA, Mérida-Venezuela, en el que Noguera y Fleitas (2005), determinaron la prevalencia de ESP en una muestra de 59 pacientes. Encontraron 56% de ESP, siendo más frecuente en el sexo femenino. Rodríguez *et al.* (2007) hallaron una prevalencia de 77,77% en una muestra de 33 pacientes del sector rural de Los Nevados. Serrano *et al.* (2015) encontraron 86,36% de prevalencia en una muestra de 22 pacientes también de Los Nevados.

Como se puede observar, la ESP es una enfermedad bastante frecuente en el ámbito latinoamericano. Sin embargo, no se disponen de datos actualizados en Mérida, Venezuela. Por ello, es necesario llevar a cabo una investigación epidemiológica sobre la ESP.

1.2 Pregunta de investigación

Partiendo de lo antes expuesto, esta investigación intentó responder la siguiente interrogante ¿Cuál es la prevalencia de ESP en pacientes con prótesis totales atendidos en la FOULA, Mérida, Venezuela, entre 2017 y 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de ESP en pacientes portadores de prótesis totales, atendidos en la FOULA, Mérida, Venezuela, entre 2017 y 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar el número de pacientes con prótesis totales atendidos en el periodo estudiado.
2. Determinar la proporción de pacientes con ESP en el periodo estudiado.
3. Conocer las características sociodemográficas de la enfermedad en el periodo estudiado.
4. Describir el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con ESP en el periodo estudiado.

1.4 Justificación

A continuación, se presentan las razones que justifican la realización de esta investigación:

1. En primer lugar, aunque se han reportado numerosos estudios sobre la prevalencia de la ESP en Venezuela y en algunos países latinoamericanos, no se han encontrado estudios actualizados sobre la prevalencia de ESP en Mérida, Venezuela. La posibilidad de disponer de datos epidemiológicos actualizados de la prevalencia de ESP en Mérida podría ayudar a conocer la incidencia de la enfermedad, la complejidad de las lesiones (como en el caso de la ESP de tipo papilomatosa), y determinar la asociación de la ESP con lesiones potencialmente malignas en los tejidos bucales de los sujetos que cursan con la enfermedad. También se pudiera conocer, con mayor precisión, el perfil de los pacientes que la padecen, procedencia, hábitos de higiene bucal y como usan sus dentaduras. Por lo tanto, esta investigación llena ese vacío contribuyendo desde el punto de vista epidemiológico con el conocimiento de esta enfermedad.
2. En segundo lugar, en el ámbito odontológico, se requieren datos epidemiológicos actualizados, de modo de poder intervenir clínica y

educativamente de forma apropiada. Como no se han reportado estudios de prevalencia recientemente en Mérida ni en la FOULA, los resultados de este estudio podrían servir como base para la planificación de las actividades clínicas, educativas y de investigación de la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA, Mérida, Venezuela. El conocimiento de todos estos factores influye, en gran medida, en las estrategias de educación para la salud, en general y a la salud bucal en particular, que se estén ofreciendo a estos pacientes en los servicios de salud universitarios, hospitalarios y ambulatorios. De esta manera, se podría mejorar la atención odontológica de los pacientes con prótesis totales que acuden a la FOULA para recibir atención odontológica: diseño, elaboración, mantenimiento o sustitución de las prótesis; tratamiento de enfermedades asociadas al uso de las prótesis, entre otras.

3. En tercer lugar, este trabajo tiene el propósito de determinar la prevalencia de la ESP de los pacientes portadores de prótesis totales, atendidos en el área de Dentaduras Totales de la FOULA, Mérida, Venezuela. A partir del 2017, se está utilizando una historia clínica actualizada, que incluye variables e indicadores relacionados con la ESP, que no se contemplaban en la anterior; por lo tanto, se requiere estudiar el comportamiento de la ESP considerando este nuevo contexto, para determinar si la nueva ficha clínica es útil para sus propósitos o, en cambio, hace falta una nueva reformulación.
4. Este proyecto continúa con la investigación sobre la prevalencia de la ESP, desarrollado en la Cátedra de Dentaduras Totales de la FOULA (Noguera y Fleitas, 2005; Rodríguez *et al.*, 2007; Serrano *et al.*, 2015). Los resultados aportarán datos clínicos, epidemiológicos y estadísticos sobre la ESP de los pacientes atendidos en la FOULA.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Este capítulo se estructura en dos partes: primero, se exponen los antecedentes de la investigación y, después, el marco teórico relacionado con la ESP.

2.1 Antecedentes

A continuación, se presentan algunos estudios epidemiológicos sobre la ESP realizados en el ámbito latinoamericano en general, en Venezuela y en particular en la FOULA. Estos fueron organizados de forma geográfica desde los más cercanos a los más lejanos geográficamente y, luego, de forma cronológica ascendente cuando pertenecen a la misma ciudad.

2.1.1 Estudios de prevalencia realizados en la FOULA

En el 2005, Noguera y Fleitas determinaron la frecuencia de ESP en pacientes portadores de dentaduras totales que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA, Mérida-Venezuela, durante el año 2004. La muestra de estudio estuvo constituida por 59 pacientes (16 del género masculino y 43 del género femenino), con edades comprendidas entre 40 y 80 años, portadores de dentaduras totales, de una muestra de 79 sujetos que solicitaron atención en la mencionada clínica. A cada integrante se le llenó un formato de historia clínica conformado por tres partes: una primera parte, para recoger información referente a datos personales; la segunda, para obtener los antecedentes personales y familiares para indagar la historia natural de la enfermedad y, cualquier otro dato relacionado con la misma; y la última parte, estuvo conformada por datos clínicos seleccionados que correspondían a la historia odontológica y evaluación de las dentaduras totales en cuanto al tiempo

de uso, higiene de la prótesis, irregularidades internas, contornos y bordes, estabilidad, retención, adaptación y oclusión. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de distribución de frecuencias de cada variable y luego, un análisis descriptivo bivariante ajustando por edad y género. Los resultados obtenidos en este estudio señalan que la presencia de ESP fue de 56%, lo que representa una frecuencia relativamente alta. Asimismo, encontraron predominio de ESP grado II (55%, aproximadamente). Según el tiempo de uso (en años) de la prótesis y el grado de ESP, 30% de los sujetos de 10 o más años presentaron ESP grado II. Por otro lado, los porcentajes de los sujetos con ESP grado II (53%), grado I (30%) y grado III (17%) presentaron placa bacteriana en sus dentaduras. En cuanto a la estabilidad de la prótesis, según el grado de ESP, pudieron observar que de los 33 pacientes que presentaron ESP, 25 (76%) eran portadores de prótesis inestables. Igualmente, el 97% de los pacientes con ESP eran portadores de prótesis desadaptadas. Ante los resultados obtenidos, recomendaron implementar medidas profilácticas para la prevención de la enfermedad, con el fin de seguir concientizando a los pacientes portadores de dentaduras totales sobre la importancia del control periódico y mantenimiento de estas.

2.1.2 Estudios de prevalencia realizados en Mérida

Serrano *et al.* (2015) evaluaron la condición bucal de pacientes diagnosticados con ESP, portadores de prótesis totales en la Parroquia de los Nevados, comunidad rural ubicada en el Parque Sierra Nevada del estado Mérida, Venezuela. La investigación fue descriptiva, de corte transversal y, utilizó como técnicas de recolección de datos la entrevista y la observación estructurada. La muestra de estudio estuvo constituida por 22 pacientes. Los resultados obtenidos mostraron la presencia de lesiones bucales relacionadas al uso de las prótesis totales y afines a los descritos en la ESP (86,36%). Además, se constató la presencia de dos de los estadios descritos en la clasificación de la enfermedad y

la posible relación de factores como la higiene de la prótesis, tiempo de uso, hábitos de uso y, la eficiencia masticatoria en el desarrollo de la enfermedad.

2.1.3 Estudios de prevalencia realizados en Venezuela

En el 2001, en Caracas, Venezuela, Lazarde examinó 456 historias clínicas de pacientes cuyo motivo de consulta era la presencia de zonas eritematosas en el paladar y que fueron diagnosticadas como ESP. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas complejas de la Cátedra de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, donde se recogieron todos los datos demográficos, epidemiológicos, antecedentes personales, descripción clínica de la lesión, exámenes complementarios, diagnóstico provisional, diagnósticos diferenciales y diagnóstico definitivo. A estos pacientes se les indicó toma de muestra para cultivo de hongos, con Agar Dextrosa Sabouraud. Los pacientes que usaban prótesis dental total fueron 345 representando el 75,66% y con prótesis parcial removible 111 (24,34%). Los resultados indican que 236 fueron positivos (51,76%) y 220 negativos (48,24%). Al realizar la identificación de levaduras y cultivos positivos, se comprobó que la *Candida albicans* fue la especie más frecuente con 211 casos (89,40%).

También en el 2013, Sánchez *et al.* realizaron un estudio descriptivo y transversal de 86 pacientes afectados por ESP, portadores de prótesis dental removible (parcial y total), que acudieron al Servicio de Estomatología de Las Llanadas en el municipio de Cumaná, estado Sucre Venezuela, de noviembre del 2009 a agosto del 2010. Los datos fueron obtenidos durante la confección de la historia clínica individual, en la cual se recogen los antecedentes personales, los hábitos, los exámenes físico general y clínico-bucal, los diagnósticos, los tratamientos y la evolución de la lesión. Por otra parte, el aspecto macroscópico de la mucosa determinó el grado de la lesión considerada, la clasificación de Newton

y por medio del interrogatorio, se conoció el hábito de uso de la prótesis y el tiempo de uso de estas en cada individuo. A su vez, tomaron en consideración variables como el tipo de prótesis, es decir, totales y parciales removibles, así como también, los materiales con las que fueron fabricadas (acrílico o metal). Se evidenció que el mayor porcentaje de pacientes correspondieron al sexo femenino y al grupo etario de 35-59 años; asimismo, predominó 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. Se encontró una prevalencia de ESP de 40% en no fumadores y 60,5% en fumadores.

2.1.4 Estudios de prevalencia de ESP realizados en Sudamérica

Flores (2017) determinó la prevalencia de ESP en el Centro “Manuela Sáenz”, Ecuador, durante el año 2016. La población estaba conformada por 300 personas y, por medio de un muestreo no probabilístico aplicando criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó una muestra de 133 adultos mayores portadores de prótesis total superior. La información se recolectó en una ficha de datos y mediante la observación clínica. La prevalencia de ESP fue del 85%. Considerando la clasificación descrita por Newton, se encontró que el Grado II de ESP fue la más frecuente con un 45,9%, seguido del Grado I (30,8%), los cuales están directamente relacionados con el uso nocturno de la prótesis, el desajuste protésico, así como también con una deficiente higiene bucal. Finalmente se encontraron casos de grado III (8,3%), que están asociados a los factores estudiados en especial al déficit de la higiene bucal y en menor proporción a la prótesis floja del paciente adulto mayor. Además, con los resultados del estudio estadístico se comprobó la hipótesis de investigación ($p < 0,05$), que la ESP en la

mucosa bucal está frecuentemente presente en pacientes geriátricos portadores de prótesis total superior.

Moreno (2017) analizó la prevalencia de ESP en una muestra de 78 personas de la región metropolitana de Quito, Ecuador. La información se recogió en una ficha de datos y una observación clínica de la mucosa palatina. Se encontró que 53,33% tenían ESP, de los cuales 34,44% presento ESP grado I, en relación con el tiempo de uso protésico que fue de 14 años en adelante. Un 16,67%, presentó ESP grado II en relación con el uso protésico nocturno y, 2.2% presentó ESP grado III como consecuencia del tiempo prolongado de uso protésico y mala adaptación. Se concluye que la ESP se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores portadores de prótesis total superior y, que las usan durante un periodo largo de tiempo sin darles el cuidado respectivo.

Mosquera (2016) determinó la prevalencia de ESP asociada a *Candida albicans* en pacientes portadores de prótesis total superior, en centros de atención geriátrica del Valle de los Chillos, Quito, Ecuador. Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 32 pacientes con ESP. Se realizó el examen clínico intraoral para evaluar la presencia de estomatitis y el estado de adaptación de la prótesis, también se usó tiras reactivas para medir pH palatino, violeta de genciana al 1% para evaluar el índice de placa de las prótesis y, muestra microbiológica palatina. Se encontró que el 41% fue diagnosticado con ESP, de los cuales 62,5% es del género femenino y, el 53% de los pacientes diagnosticados con *Candida albicans* presenta pH palatino ácido. El estudio sugiere que existe asociación entre pH ácido y *Candida albicans*; el 43,8% de los pacientes con diagnóstico positivo de *Candida* presentaron un índice de placa alto a la evaluación. El 9,4% de los pacientes diagnosticados con *Candida albicans* presentaron desadaptación de la prótesis dental, lo cual permite concluir, que no existe asociación entre desadaptación de la prótesis y diagnóstico de *Candida albicans*. Los autores enfatizan en su estudio, que existe alta prevalencia

de ESP asociada a *Candida albicans* en asilos del Valle de los Chillos, siendo el género femenino quien presenta la patología con mayor frecuencia. La presencia de *Candida albicans* está relacionada con pH palatino ácido y, mala higiene de las prótesis, mientras que no se relaciona con el estado de desadaptación de estas.

Holguín (2019) determinó la prevalencia de pacientes con ESP en la clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología, Guayaquil, Ecuador, en el periodo 2018-2019, analizando las variables edad, ubicación y grado de la lesión, sexo, tiempo y frecuencia de uso de la prótesis dental. Como resultado se obtuvo que, del grupo de estudio, 58 pacientes presentaron ESP (54%), el sexo con mayor prevalencia fue el femenino, la mayor recurrencia se dio en el rango de edad de 41-59 años. El 97% de los pacientes utilizaron el acrílico como material de preferencia. El tiempo de uso protésico menor a 5 años fue el de mayor frecuencia, el 47% de los pacientes presentaron una higiene regular, la frecuencia de uso más relevante fue día y noche, predominando la estomatitis grado I con un porcentaje de 52%, siendo su ubicación más frecuente, la zona del paladar con un 90%. En conclusión, la ESP se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y en pacientes que han utilizado la prótesis dental removible por menos de 5 años.

Malats (2019) determinó la prevalencia de la ESP en 73 pacientes (39-80 años) portadores de prótesis total y parcial en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador. Se realizó un estudio descriptivo, analítico de corte transversal. Se analizó la severidad según el índice de Newton, el tipo de prótesis, el hábito de uso y los hábitos perjudiciales de los pacientes mediante un cuestionario. La prevalencia de la estomatitis fue de 53%. La severidad tipo I en un 44%, el tipo II en un 50% y tipo III en un 6%. De los hábitos de mayor prevalencia, resalta al uso continuo de las dentaduras en un 56%. El tipo de material que utilizan: acrílica en un 78% y acrílica/metálica (combinada) en un 22%. La presencia o ausencia de hábitos perjudiciales, evidencio la ingesta de alimentos

calientes en un 100% y, ausencia de hábitos de fumar en un 58%. Se concluye que predomina la estomatitis con grado II de severidad, debido al uso continuo, mayor presencia de prótesis con bases acrílicas y, hábitos perjudiciales como la ingesta de alimentos calientes.

Vera (2019) analizó la prevalencia de patologías bucales de pacientes con prótesis en una muestra de 100 sujetos de Guayaquil, Ecuador: 73 mujeres y 27 hombres. De este grupo, 40 individuos presentaron algún tipo de patología bucal y la frecuencia de mayor recurrencia ocurrió en el rango de edad entre 41 a 60 años. Las lesiones más comunes son la ESP en 32 casos, úlcera bucal 3, siguiéndole la hiperplasia inflamatoria con 5 casos registrados. Las conclusiones de este estudio, sugieren que las patologías bucales suelen desarrollarse por desconocimiento del correcto mantenimiento e higiene de la prótesis.

Loqui (2016) determinó la prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de prótesis totales mal adaptadas en Guayaquil, Ecuador. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y, transversal, que incluyó a 29 adultos mayores de ambos sexos portadores de prótesis totales. Se encontró que una de las causas de estas lesiones en la mucosa bucal es el uso nocturno de las prótesis con un 45%; en cuanto a los tipos de lesiones, la más frecuente fue la ESP con 62%, seguida de la úlcera traumática con 21%, Hiperplasia fibrosa con 10% y, queilitis comisural con 7%. De acuerdo con su localización, el 62% se presentó en el paladar. Las lesiones bucales asociadas al uso de prótesis total fueron más frecuentes en el sexo femenino con 69 %. En los grupos de edades, el 41% estuvo entre 76 y 85 años. En cuanto al tiempo de uso, un 41 % tenían entre 6 a 10 años y, 76 % estaban en mal estado. Se concluye que las lesiones identificadas estaban relacionadas con factores como el tiempo de uso, estado de conservación y, sexo del individuo. El autor vio necesario dar instrucciones dirigidas a la conservación e higiene de las prótesis totales.

Rey (2012) identificaron los principales factores etiológicos agravantes y microbiológicos de la ESP en personas que asisten al centro Prodefensa del Adulto mayor de Vilcabamba, Ecuador. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, para determinar la situación real y existente de la presencia de estomatitis protésica en 80 personas de la tercera edad. Se consideraron 57 personas, adultos mayores de 60 años dentro de la muestra estudiada, a los cuales se les realizó una historia clínica estomatológica para la obtención de datos como signos, síntomas y algunos factores que determinen la existencia y frecuencia de esta patología. Las lesiones más frecuentes se localizaron en el paladar duro y otras zonas donde se asientan las prótesis removibles de acrílico como el vestíbulo. Los resultados demostraron el mayor porcentaje de ESP 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 con un 26,3%. Se encontró que la ESP grado I tiene más ocurrencia en personas mayores alcanzando un 45,6%. Las prótesis mal adaptadas, el prolongado tiempo de uso, una deficiente higiene bucal y, no utilizar antiséptico para la limpieza de la prótesis y de la boca, son los factores etiológicos agravantes de esta patología. Se concluye que el diagnóstico debe ser confirmado por la observación microscópica de bacterias oportunistas y hongos. Se comprobó que *Candida albicans* fue la especie más implicada en la ESP con un 45,6%, seguido de *Candida spp* con un 12,2%, la cual forma parte de la flora bacteriana normal de la boca.

Laguna (2019) determinó la prevalencia de la ESP en adultos mayores portadores de prótesis totales del Albergue de Canevaro, Lima, Perú, en el 2018. Se examinaron 96 individuos portadores de prótesis, mediante una exploración visual empleando equipos básicos de diagnóstico, para determinar la zona de la lesión, el tiempo de uso de la prótesis y el estado de conservación de esta. Los resultados indican la presencia total de la ESP en el 100%; el tipo de grado más encontrado fue el tipo II con 58,3%; seguidamente del grado I con 29,2% y un 12,5% del grado III; las lesiones aumentaron en personas que usaron prótesis

totales por más de 5 años. En conclusión, la elevada frecuencia de pacientes con diversos grados de ESP está vinculada con la presencia de factores como: el estado de conservación de las prótesis y el tiempo de uso de esta, afectando de manera significativa la salud oral de los pacientes en estudio.

Bermúdez (2018) determinó la prevalencia de ESP de la mucosa en pacientes portadores de prótesis dental removible atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco, Perú, en el año 2017. 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 ESP, el tipo de estomatitis, el tiempo de uso de la prótesis, la edad y, el género de los colaboradores. Se observó presencia de ESP en 39 pacientes (65%), el grado de estomatitis más frecuente fue del tipo I según la clasificación de Newton (30%), siendo más frecuente en pacientes femeninas mayores de 50 años, a partir de un año de uso.

Gutiérrez *et al.* (2013) determinaron la prevalencia de ESP y sus factores asociados, en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en el Departamento de Prostodoncia del Consultorio Miraflores y a la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Lima, Perú, entre septiembre de 2009 y diciembre de 2010. 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. El 68% de los pacientes presentó alteraciones en la mucosa palatina compatibles con ESP. En el 74,6% de los pacientes con estomatitis subprotésica se aisló al menos una especie de *Candida*, no existiendo diferencia significativa. Se concluye que la prótesis dental removible influye notablemente en la aparición de esta patología. Al aumentar su gravedad, aumenta la presencia de *Candida*, siendo *Candida albicans* la más prevalente en los pacientes afectados.

Velázquez *et al.* (2017) determinaron la frecuencia de ESP en pacientes portadores de prótesis removibles que asisten a la consulta odontológica del Hospital Regional Coronel Oviedo, Paraguay, en el año 2015. La muestra de estudio, fueron 50 pacientes evaluados, de los cuales 78% tenían ESP. La distribución de las lesiones fue la siguiente según la clasificación de Newton: Tipo I = 10%, Tipo II = 60%, Tipo III = 8%. Según la clasificación de Kennedy: clase I = 10,26%, clase II = 12,82%, clase III = 56,41%, clase IV = 7,69% y, edéntulos totales = 12,82%. La distribución por género y edad fue la siguiente: Masculino = 15,38%, femenino 84,62%; entre 10 y 20 años = 5,13%, entre 21 a 30 años = 30,77%, entre 31 a 40 años = 17,95%, entre 41 a 50 años = 20,51%, entre 51 a 60 años = 20,51%, entre 61 a 70 años = 5,13%. Se concluye que hay una alta prevalencia de ESP en pacientes portadores de prótesis removibles; por lo tanto, es sumamente importante tener un programa de control, en el cual se pueda monitorear de manera mediata la función y eficacia de las prótesis removibles en el tiempo.

Romero (2015) determinó la prevalencia y manejo de ESP en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Andrés Bello en Concepción, Chile, durante el período 2012-2015. Se trata de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y analítico. Se realizó una revisión de 75 fichas clínicas de los pacientes portadores de prótesis que cursaron con diagnóstico de ESP y, se evaluó el manejo de la patología. Se tomó en consideración, la normalidad en la distribución de las variables y de acuerdo con la presencia o no de esta, se realizó test de Student para indagar en las diferencias de promedio, y análisis Chi cuadrado para evaluar asociación estadística entre dos variables no paramétricas. La prevalencia de ESP 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%. El tratamiento más aplicado fue el acondicionador de tejido. No existió un porcentaje alto de prevalencia de ESP en

la muestra estudiada. Además, el género y la edad según este estudio, no son factores predisponentes para la patología, por lo que ambas hipótesis fueron rechazadas. Adicionalmente, no existió asociación estadísticamente significativa entre edad, género, enfermedades sistémicas, hábitos nocivos, tipo y material de prótesis con el tipo de ESP.

2.1.5 Estudios de prevalencia de ESP realizados en Centroamérica y el Caribe

Cruz *et al.* (2019) caracterizaron el comportamiento de la ESP en el departamento de prótesis del Policlínico Universitario "Hermanos Cruz" durante el período de mayo de 2018 a enero de 2019. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 122 pacientes mayores de 50 años, con el diagnóstico de ESP, que recibieron atención estomatológica en el período indicado. Se realizó interrogatorio y examen clínico. La ESP predominó en el grupo de edad de 60 a 69 años y las mujeres fueron las más afectadas. En 122 pacientes, se detectó ESP de grado II, el 54,9% de los afectados eran portadores de prótesis totales, el 66,4% lo usó durante más de cinco años y el 81,2% permanentemente. Llegaron a la conclusión de que la ESP predominaba en pacientes con rehabilitación protésica total utilizada durante años y permanentemente.

Ley *et al.* (2010) determinaron el comportamiento de la ESP en pacientes portadores de prótesis dental en Cuba. El universo lo constituyeron los quinientos ochenta y seis pacientes portadores de prótesis dental que acudieron a consulta de estomatología en el período de tiempo de agosto a diciembre de 2008. Los doscientos ochenta y dos pacientes que portaban la enfermedad conformaron la muestra. A cada paciente se le realizó su historia clínica individual y se les aplicó un formulario validado por pilotaje. De un total de 282 examinados, el grupo de edad más afectado fue 35-44 años con 119 pacientes para 42,2%, con predominio

del grado I de la enfermedad con 70 pacientes lo que representó el 24,8%. No se presentaron casos del grado III ni, tampoco, en el maxilar inferior. Hubo diferencia significativa de las féminas respecto a los masculinos. Se concluye que la edad promedio de los pacientes afectados por esta enfermedad estuvo entre 35-40 en ambos grupos y con predominio por el sexo femenino. El uso continuo de la prótesis, la higiene bucal deficiente y el consumo de alimentos calientes, fueron los hábitos nocivos que produjeron la ESP, observando las lesiones en la zona media de la bóveda palatina.

En el año 2000, en Cuba, Carreira y Almagro estudiaron 100 pacientes desdentados totales, portadores de prótesis desajustadas que acudieron al Servicio de Prótesis de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (ISCM-H). Los pacientes fueron examinados y, por observación directa de la mucosa palatina, se constató si esta mostraba macroscópicamente los signos de ESP, la cual se clasificó según los criterios de Newton. Se determinó la zona de ubicación de la lesión y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes. El 70% de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con un predominio de ESP grado II (44,3%) y de grado III con menor frecuencia (21,4%). La lesión se ubicó preferentemente en la zona media y posterior de la bóveda palatina, para el 44,3% y 34,3 %, respectivamente. Presentaban la lesión en la zona media 31 pacientes, para el 44,4 % y en esta zona prevaleció la ESP grado II, para el 58 %, seguido por 24 pacientes con lesión en la zona posterior (34,2%) con una prevalencia en esta zona del grado I de la lesión (58,3%). Respecto del hábito de uso de las prótesis, de los 100 pacientes estudiados 75 la usaban de forma continua, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo. De los que usaban la prótesis constantemente, 62 presentaron la mucosa alterada, en los que predominó la estomatitis grado II, con el 96,8 % y las lesiones se observaron con mayor frecuencia en las zonas media y posterior, con el 80,6% y 91,6%, respectivamente.

Por su parte, Salazar (2012) realizó pruebas con ácido periódico de Schiff (PAS) a 30 pacientes de diferentes hogares de adultos mayores en ciudad de Guatemala que utilizan prótesis removibles (parciales o totales), y su respectivo diagnóstico de la patología. Según el resultado de la coloración de (PAS), se les ubicó en uno de los dos grupos de terapia dándoles seguimiento hasta obtener resultado negativo de las pruebas de (PAS) de mucosa. Los resultados del trabajo de campo arrojaron que la ESP, según la clasificación de Newton, más común en los pacientes que pertenecían a la muestra fue el Tipo I, la de menor severidad, teniendo un total de 19 personas, es decir, un 63,33%, siendo en su gran mayoría mujeres. En cuanto al porcentaje de pacientes afectados por ESP, no importando que tipo según Newton, se observó que el 55,55% es afectado por esta patología. De este análisis también se hizo notar que los tipos de ESP, según la clasificación de Newton, más frecuentes fueron el Tipo I y el Tipo II, el primero con un total de 10 pacientes de los cuales 7 eran mujeres y 3 hombres, en el tipo II el hongo *Candida* se presentó en 7 pacientes habiendo entre estos dos tipos una pequeña diferencia de 3 personas.

2.1.6 Estudios de prevalencia de ESP realizados en África

Benaissa *et al.* (2016) determinaron la prevalencia de ESP en una muestra de 124 pacientes portadores de prótesis totales y parciales que acudieron al Hospital Universitario Sidi-Beautiful-Abbots, Argelia, en el 2015. Encontraron que el 37,1% de la población de estudio padecía ESP con una edad promedio de 57,19 %. En cuanto a los factores de riesgo de aparición de esta lesión, se encontró el uso prolongado y nocturno.

2.1.7 Estudios de prevalencia de ESP realizados en Europa

Čanković *et al.* (2017) determinaron la prevalencia y los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de ESP en los usuarios de prótesis removibles. Estos tres grupos clínicos de sujetos con dentaduras removibles superiores se organizaron de la siguiente manera: el grupo de ESP y, los grupos de control positivo y negativo. Las muestras fueron tomadas de la lengua y la mucosa palatal con hisopos para examen microbiológico. Se evaluaron los datos de edad de las dentaduras, el uso nocturno de estas, la tasa de flujo salival no estimulado y los valores de pH de la saliva para todos los participantes. Se encontró que la prevalencia de ESP era del 26,5%. Se observaron valores significativamente más altos en cuanto al uso nocturno ($p = 0,000$) y la edad media de las dentaduras postizas ($p = 0,022$) en el grupo de ESP, en comparación con los controles. En relación con el hallazgo micológico positivo, se confirmó una diferencia de significación límite entre los grupos ($p = 0,053$). No se encontró una asociación significativa entre la ESP con respecto al sexo, la edad, el tipo de dentadura postiza, el USFR, el pH de la saliva y los hallazgos de bacterias. Los pacientes que usaban dentaduras postizas por la noche tenían 26 veces más posibilidades de contraer ESP en comparación con los pacientes que no lo hacían. En conclusión, se confirman características similares de prevalencia de ESP en la población anciana de Voj-Vodina en comparación con la europea. El uso continuo (durante la noche) de las dentaduras postizas se considera un factor de riesgo directo importante para el desarrollo de la ESP, mientras que el papel secundario se atribuye a la edad de la dentadura y a la infección oral por *Candida*.

2.1.8 Estudios de prevalencia de ESP realizados en Asia

Asif y Tahir (2011) analizaron lesiones de la mucosa oral en pacientes portadores de dentaduras totales que acudieron al Fátima Jinnah Medical College, Lahore, Pakistán, con el fin de sustituir sus prótesis antiguas por unas nuevas. El diagnóstico se basó en la historia del paciente, la observación clínica de la morfología, carácter y comportamiento de las lesiones (sin dolor, no cicatrizan en pocas semanas/meses). Todos los pacientes registrados fueron sometidos a minucioso examen clínico de las lesiones teniendo en cuenta el número, localización, tamaño, morfología y tipo. Todos los factores principales fueron estimados en 3 subgrupos entre los que se mencionan: Métodos de limpieza, frecuencia, condición y uso del cepillo de dientes, pasta de dientes/jabón, tabletas limpiadoras de dentaduras postizas y, carbonato de sodio 3 veces al día, todos los días, una vez a la semana. El nivel de significación estadística se estableció en $p = 0,05$. La muestra de 106 pacientes correspondió a 51 hombres y 55 mujeres. Se encontró una alta prevalencia de estomatitis subprótesis, siendo más frecuente la tipo 1 según la clasificación de Newton. La frecuencia de las lesiones orales aumenta con la edad, observándose más lesiones en mujeres asociadas con dentaduras inestables. Los pacientes muestran diferencias estadísticamente significativas en la presencia de lesiones orales con el método de limpieza y, la forma como utilizan sus dentaduras. Concluyen que los pacientes portadores de prótesis totales deben ser educados sobre la importancia del periódico examen clínico debido a los cambios en los tejidos de soporte y la detección precoz de lesiones de la mucosa tras mantener su higiene oral y la dentadura en un nivel óptimo.

2.2 Marco conceptual

Numerosos investigadores y profesionales destacan la acción destructiva de la ESP y de sus efectos nocivos en los tejidos de soporte. Estas lesiones, afectan por igual a todas las razas por su naturaleza multifactorial, lo que la lleva a convertirse en un problema de salud pública y, de gran relevancia epidemiológica. Por esta razón, las instituciones académicas responsables de dispensar atención odontológica, servicios de salud pública comprometidos con el ámbito de la rehabilitación bucal en diversas entidades del mundo, han centrado sus esfuerzos en fomentar mecanismos y/o estrategias preventivas para concienciar a los estudiantes de odontología, odontólogos generales y, especialistas a comunicar y transmitir valores dirigidos a la educación y motivación de los pacientes portadores de dentaduras totales para ayudarlos a que aprendan a cuidar y fortalecer su salud bucal, tras conocer las diferentes técnicas de higiene bucal, limpieza, mantenimiento, cuidados y, usos de sus prótesis.

2.2.1 Estomatitis subprotésica

Díaz *et al.* (2007) afirman que el sistema estomatognático está compuesto por todos los elementos que se encuentran dentro de la cavidad bucal. Su función se puede clasificar en dos grandes grupos: en el primero se encuentran aquellas funciones que podrían llamarse fisiológicas como incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa (inmunológicas), el saborear los alimentos (gusto), articulación del lenguaje; en el segundo se incluyen funciones fundamentales para todo ser humano que podríamos llamar de interacción social (comunicación por medio de palabras y/o gestos, reír, sonreír, besar, coquetear, sexo, etc.). El mismo autor afirma que si se reflexiona sobre estas funciones, entonces entenderíamos cuál es la influencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos. Cuando se tiene salud

bucal, o cuando esta se pierde, las funciones anteriormente enunciadas se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo (la biológica y la psicosocioafectiva). Esta reflexión necesariamente obliga a todos los profesionales del área de la salud, pero también de las ciencias humanas y sociales, a recontextualizar no solo la cavidad bucal, sino su mirada del individuo y de su labor profesional, pero también constituye un llamado a todas las personas para hacerse más conscientes de su boca y de la importancia de su cuidado (Díaz *et al.*, 2007).

En general, los pacientes presentan numerosos problemas en su cavidad bucal, los cuales pueden ir desde una caries hasta la pérdida de todos sus dientes. Existen personas que por múltiples razones han perdido todas sus piezas dentales, lo cual deja ver, que obedece a diferentes combinaciones de determinantes culturales y conductuales, así como el tratamiento odontológico recibido o no, a lo largo de muchos años.

El estado edéntulo representa una afección a la integridad del sistema masticatorio que muchas veces tiene consecuencias estéticas y funcionales adversas. A propósito de ello, la Odontología ha buscado soluciones para devolver la funcionalidad y estética al paciente edéntulo, como lo es la prostodoncia, ciencia encargada de restaurar y mantener la función de la cavidad bucal por el reemplazo de los dientes y estructuras que faltan, por equipos artificiales o prótesis (Winklers, 2004).

En este sentido, Herrera *et al.* (2005) y Pardi *et al.* (2003) coinciden en definir la prótesis estomatológica como los aparatos artificiales colocados en la boca para restituir funciones principales para el paciente (Sharma, 2019). Reconociendo este hecho, antes de conocer las posibles consecuencias del uso de las dentaduras totales más específicamente, es necesario saber que estas, por lo general, son diseñadas de manera que se permitan tanto movimientos funcionales como parafuncionales de la mandíbula. Por ello, las dentaduras

ejercen presiones que desplazan los tejidos blandos. Dichas presiones deforman el mucoperiostio e interfieren con la circulación de sangre, nutrientes y metabolitos. Existe, además, una compresión elástica inicial de los tejidos blandos, que ocurre de manera instantánea ante la aplicación de una carga. La recuperación de los tejidos ante esa compresión se prolonga dependiendo de la duración de la carga (Zarb *et al.*, 1994).

No obstante, Ley *et al.* (2010) consideran que la acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis, constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica. Estos autores hacen hincapié en los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen, los cuales pueden causar efectos irritantes. Por su parte, Mulet *et al.* (2006) sostienen que, al actuar mecánicamente sobre los tejidos, las prótesis dan lugar a cambios de diversas índoles que están en relación con su capacidad reaccional y, la forma de agresión que ejerzan. Esos cambios son muy variados por presentarse desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación, hasta profundas alteraciones patológicas.

En este sentido, las prótesis dentales removibles (Parciales o Totales) son un factor fundamental, ya que alteran las condiciones de la mucosa oral, produciendo lesiones por microtraumatismos, dificultan la llegada de anticuerpos salivales y, determinan la aparición de un medio ácido anaerobio que favorece la propagación de los hongos (Rocafuerte *et al.*, 2014). Díaz *et al.* (2007) coinciden con Ley *et al.* (2008) en que, si estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias, entre las cuales se encuentra con mayor frecuencia la ESP.

En cuanto a la relación que se establece entre el grado de la afección y el uso prolongado de la prótesis, Sánchez *et al.* (2013), Loqui (2016), Flores (2017), Moreno (2017) y Čanković *et al.* (2017) coinciden en que genera presiones excesivas en la mucosa especialmente en la noche y, que este trauma, es la

causa específica del bloqueo mecánico de los conductos excretores de las glándulas palatinas, ocasionando la lesión, o su agravamiento en cualquier grado.

2.2.1.1.- Definición

Ayuso *et al.* (2004), Corona *et al.* (2006) y Sharma (2019) coinciden en definir la ESP como una inflamación crónica, congestiva de la mucosa bucal que está en contacto con las bases de las prótesis. Similarmente, Lazarde (2001) la define como la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis afectando principalmente a la población de edad avanzada portadores de prótesis dentales, coincidiendo con Giuliana *et al.* (1999), quienes afirman que los pacientes geriátricos padecen de cambios en los tejidos de soporte producto del envejecimiento y otros trastornos metabólicos asociados a esta condición.

De igual modo, el término estomatitis subprotésica es usado para describir cambios patológicos en la mucosa bucal en el área de soporte de la dentadura (Sharma, 2019). Pardi *et al.* (2003) sugieren que estos cambios se caracterizan por la presencia de un eritema en los tejidos, siendo comúnmente encontrada en el maxilar superior y raramente en el inferior. Herrera *et al.* (2005) sostienen que puede caracterizarse también por una proliferación fibroepitelial, provocada por la base acrílica desajustada. Generalmente, está asociada a una deficiente higiene bucal y hábitos personales de uso de las prótesis. Este mismo autor, en consonancia con Ley *et al.* (2008) y Díaz *et al.* (2007), indica que existen diferentes grados clínicos que varían de acuerdo con la gravedad de la lesión, la cual puede ir avanzando hasta llegar a un estado granuloso.

2.2.1.2.- Sinónimos

A lo largo del tiempo surgieron diferentes términos para nombrar a la ESP entre los cuales encontramos: boca dolorida, palatitis subprotésica crónica, estomatitis verenata (Cahn, 1936), inflamación subplaca e hiperplasia papilar (Fisher, 1956), mucosa inflamada subprotésica, candidiasis atrófica crónica y

estomatitis con relación a prótesis (Ley *et al.*, 2008). Sin embargo, el término “Estomatitis subprotésica” es el más aceptado en la comunidad científica odontológica (Carreira, 2000). Esta denominación intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética.

2.2.1.3.- Etiología

Ley *et al.* (2010), Lazarde (2001), Herrera *et al.* (2005), Rojas (2008), del Hoyo *et al.* (2016) y Sharma (2019) coinciden en señalar que la etiología de la ESP es de carácter multifactorial. Entre las principales causas se encuentran:

a) Trauma protésico

Lazarde (2001) sostiene que el trauma producido por la dentadura ha sido frecuentemente citado como un posible factor predisponente en la etiología de la ESP. Por otro lado, Rojas (2008) y Cañas *et al.* (2009) afirman que las prótesis mal ajustadas con una incorrecta relación de los maxilares pueden causar daño a los tejidos de soporte.

b) Uso continuo de la prótesis

Para Herrera *et al.* (2005), la no remoción nocturna de la prótesis mantiene un trauma constante que no permite el descanso de los tejidos. Coincidiendo con lo expuesto anteriormente, Cañas *et al.* (2009) agregan que provoca degeneración de las glándulas salivales y un bloqueo mecánico de sus conductos excretores que disminuye la secreción salival, el pH y función buffer de la saliva, lo que favorece la acumulación de placa bacteriana en la prótesis. Se ha comprobado además que, a medida que aumenta el tiempo de uso de las prótesis, el ajuste disminuye y se deteriora gradualmente su utilidad, debido a cambios en la dimensión vertical y forma de los tejidos que la soportan. (Herrera *et al.*, 2005; Sharma, 2019).

c) Reacciones alérgicas a los materiales de base de las prótesis

Se ha descrito que la hipersensibilidad por contacto en la cavidad bucal se manifiesta por la presencia de reacciones esencialmente locales, que consisten en alteraciones de orden histológico e inmunológico (Sharma, 2019). En este sentido, Rojas (2008) sugiere que la ESP alérgica en la mayoría de los casos está relacionada con el uso de prótesis dentales, en donde la sustancia sensibilizante está representada principalmente por el metacrilato de metilo del monómero que actúa sobre el polvo del polímero para formar el acrílico, que polimeriza en frío (autocurado). Sin embargo, lo mencionado anteriormente no descarta la posibilidad de que también se genere hipersensibilidad de los tejidos de soporte en dentaduras polimerizadas por calor (termocurado). Cañas *et al.* (2009) consideran que las mencionadas alergias, pudieran estar asociadas a procedimientos incorrectos que inducen a una insuficiente reacción de los radicales del monómero con el polímero.

d) Déficit de higiene

Lazarde (2001), Rojas (2008), Cañas *et al.* (2009) y Sharma (2019) sostienen que la mala higiene de las prótesis es también un factor etiológico que desencadena la aparición de lesiones características de ESP. Afirman que el no realizar una rutina adecuada de limpieza de la prótesis y de los tejidos blandos que se encuentran en contacto con las dentaduras favorecen la formación de placa bacteriana, la cual se origina por el acúmulo de residuos y, a las limitaciones que en muchas ocasiones, tiene el propio material de base debido a su porosidad e irregularidades en la superficie, teoría que también es estudiada y apoyada por Ley *et al.* (2010). En este sentido, los pacientes de edad avanzada cursan con ciertas condiciones sistémicas típicas del proceso del envejecimiento, que propician desarrollar patologías, lo que incluye el hecho de no tener las mejores condiciones de higiene bucal (Rojas, 2008).

e) Infecciones por diferentes microorganismos

El simple hecho de portar prótesis es un factor predisponente para la aparición de la patología, pues se crea un ambiente cerrado más anaerobio entre la prótesis y la mucosa, que favorece el crecimiento de la *Candida*, pudiendo pasar de ser un hongo comensal, a un parásito que infecte la mucosa (Herrera *et al.*, 2005; Sharma, 2019).

Las resinas a base de polimetilmetacrilato constituyen un sustrato en el que la *Candida* es capaz de generar una matriz extracelular que contienen menos proteínas e hidratos de carbono y más glucosa y galactosa, permitiendo una mayor resistencia a los tratamientos antifúngicos (Fisher, 1956). Si adicionalmente, la superficie de la base es rugosa y posee elevada porosidad, favorece la acumulación de residuos y la presencia de placa bacteriana que aumenta la colonización de microorganismos como la *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus alfa* hemolítico. Cabe destacar que la invasión y desarrollo de microorganismos sobre la superficie de la prótesis se considera un factor sobre añadido al proceso y, no la causa desencadenante de la enfermedad (Cañas *et al.*, 2009).

f) Factores dietéticos

En el grupo de factores etiopatogénicos relacionados con la ESP deben incluirse los factores dietéticos (Sharma, 2019). Rojas (2008) y Cañas *et al.* (2009) sostienen que la ingesta elevada de carbohidratos podría ser un factor agravante en la ESP, ya que los hidratos de carbono son un excelente caldo de cultivo para la proliferación de los microorganismos en la placa bacteriana. Herrera *et al.* (2005) consideran que la influencia que ejercen las deficiencias nutricionales relacionadas con los bajos niveles en Hierro, Ácido fólico o Vitamina B12, predisponen la aparición y consolidación de esta patología bucal.

Por otro lado, están los factores higiénico-dietéticos. Muchos pacientes con diagnóstico confirmado de ESP son de edad avanzada y, en ocasiones, su

alimentación es deficiente. A ello se le suma su habilidad manual disminuida que progresivamente va impidiendo una correcta higiene de su cavidad bucal y obviamente la de sus prótesis, desencadenando de esta forma un conjunto de fenómenos asociados difíciles de eliminar (Herrera *et al.*, 2005; Sharma, 2019).

g) Hábitos alimenticios

La acción mantenida del calor actúa como irritante de los tejidos que le dan asiento a la prótesis total (Herrera *et al.*, 2005; Sharma, 2019). Al respecto, Rojas (2008) considera que dicha irritación asociada a este cambio térmico produce alteraciones importantes en la mucosa como consecuencia del tiempo de exposición, que durante el periodo de las comidas, es mayor. Partiendo de lo anterior, Moreira *et al.* (1984) y Cañas *et al.* (2009) coinciden en que el calor, las presiones masticatorias y una mayor fricción, son factores predisponentes que estimulan la reacción inflamatoria de los tejidos bucales y, pueden influir en la aparición de las formas más severas de la enfermedad.

h) Uso de sustancias irritantes

Carreira *et al.* (2000) y Sharma (2019) refieren que, de los productos químicos utilizados por los pacientes para realizar la limpieza de sus prótesis, y que no son los indicados para este fin, se encuentran los detergentes (líquidos o polvos), jabón y desinfectantes. Además, Rojas (2008) considera que el no enjuagar correctamente las prótesis después de haber utilizado el producto implica el riesgo de que hayan quedado restos de las sustancias en la base de las prótesis y se pueda producir alguna reacción alérgica, al ponerse en contacto con la mucosa bucal sana. En consecuencia, podría interpretarse que si los tejidos se encuentran ya afectados, la acción de las sustancias o agentes ya descritos anteriormente, pueden provocar una mayor irritación de la que pudiera estar presente (Cañas *et al.*, 2009).

i) El Hábito de fumar

Este hábito puede producir inflamación del paladar, disminución transitoria del potencial oxido-reducción de la boca y deterioro de la producción leucocitaria; los componentes nocivos del humo del cigarro como el alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono producen subproductos de combustión que provocan aumento de la temperatura y aumento del pH que irritan la mucosa y causan cambios hiperplásicos e hipertróficos (Cañas *et al.*, 2009; Sharma, 2019).

j) Condiciones sistémicas

Entre los factores etiológicos, las condiciones sistémicas juegan un rol predisponente que es importante considerar (Sharma, 2019). Cañas *et al.* (2009) afirman que abarcan carencias nutricionales y alteraciones de la salud en general y que guardan relación directa con los cambios inflamatorios de la mucosa masticatoria al coexistir factores que pueden llevar a la disminución de defensas en el paciente. Entre estas se incluyen: hiposalivación, tratamientos con antibióticos, antihipertensivos, glucocorticoides, drogas inmunosupresoras, radiaciones y alteraciones inmunes, endocrinas y cardiovasculares.

Por lo tanto, si hay la sospecha de una infección asociada a candidiasis, sería recomendable indagar sobre la existencia de una posible enfermedad sistémica, ya que éstas propician el desarrollo de enfermedades micóticas (Sharma, 2019). Lazarde (2001) sugiere que de entre algunas de las patologías sistémicas que deben tomarse en cuenta, sobresalen las siguientes: Infección por VIH, Síndrome de Sjögren, diabetes, hipotiroidismo, neoplasias, deficiencias de minerales y vitaminas.

Autores, como Rojas (2008), sostienen que las deficiencias de ácido fólico, vitamina B 12, hierro y proteínas pueden contribuir a la aparición de anemias, lo cual sugiere que dichos estados carenciales podrían tener relación directa con los cambios inflamatorios en la mucosa masticatoria en pacientes totalmente edéntulos.

2.2.1.4.- Prevalencia

A lo largo de los años ha sido un rasgo sobresaliente la preocupación de los estudiosos de las ciencias odontológicas el determinar la prevalencia de la ESP y los factores etiológicos asociados. Se han realizado diversos estudios con el fin de observar la prevalencia de la ESP en diferentes poblaciones del mundo.

En la IX Región de Chile, Gutiérrez *et al.* (2013) encontraron una prevalencia de 68%, y Romero (2015) de 35%. En una investigación desarrollada en La Habana, Cuba, se ha reportado una prevalencia de 44,3%, encontrando una frecuencia de 46,8%, de los cuales 60,4% correspondió al sexo femenino y 39,6% al sexo masculino (Carreira y Almagro, 2000). En Quito, Ecuador, Rey *et al.* (2012) encontraron una prevalencia de 45,6%, Loqui (2016) 62%, Mosquera (2016) 41%, Flores (2017) 85%, Moreno (2017) 53,33%; en Guayaquil, Holguín (2019), 54% y Malats (2019), 53%. En Perú, Bermúdez (2018) encontró una frecuencia de 65%. En la Asunción, Paraguay, Velázquez *et al.* (2017) encontraron una prevalencia 78%. En Ciudad de Guatemala, Salazar (2012) encontró 63,33%.

En Venezuela, por su parte, también se han reportado algunos estudios. Sánchez *et al.* (2013) encontraron 40% en no fumadores y 61% en fumadores. Lazarde (2001) halló una prevalencia de 75,66%; 91,88% correspondió al sexo femenino y 8,11% al masculino, con una edad promedio de 51 años.

En la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA, Mérida, Venezuela, se han reportado tres estudios. El primero de ellos es el de Noguera y Fleitas (2005), quienes estudiaron la frecuencia de ESP en pacientes portadores de dentaduras totales. De los 59 sujetos estudiados de entre 40 y 80 años, el 56% padecía ESP principalmente de grado II (39%), encontrando una mayor frecuencia de la patología en el género femenino (67%). También, Rodríguez *et al.* (2007) hallaron una prevalencia de 77,77% en una muestra de 33 pacientes del sector rural de

Los Nevados. Finalmente, Serrano *et al.* (2015) encontraron el 86,36% de prevalencia en una muestra de 22 pacientes residentes también de Los Nevados.

Se ha encontrado que la ESP es más frecuente en mujeres, y se observa en mayor porcentaje en el maxilar superior (Cañas *et al.*, 2009; Sharma, 2019). Según Herrera *et al.* (2005), esto se debe a que el sexo femenino tiene características propias que pudieran explicar la mayor frecuencia de portadores de este género, como el aumento de la fragilidad capilar en las mujeres a partir de la tercera década y, las alteraciones que aparecen durante y después del climaterio, las cuales influyen en los tejidos bucales.

Respecto de la edad, Sharry (1962) y Sharma (2019) sugieren que la edad de aparición de la ESP se encuentra comprendida entre los 25 y 90 años observándose un incremento a medida que aumenta la edad del sujeto.

Ley *et al.* (2008) y Sharma (2019), refiriéndose a la ubicación de la ESP, consideran que se presenta más frecuentemente en la mucosa del paladar y menos frecuente en la mandíbula, coincidiendo con Cardozo *et al.* (2002), quienes encontraron una prevalencia que va desde el 15% hasta el 65%.

2.2.1.5.- Manifestaciones clínicas

En la evaluación clínica de pacientes con ESP, Ley *et al.* (2010) afirman que lo primero que puede observarse es una mucosa inflamada y enrojecida que por lo general está limitada a los tejidos que están en contacto directo con la dentadura. Ley *et al.* (2008) sostienen que la ESP se caracteriza por una proliferación fibroblástica provocada por la interacción de la mucosa con la base acrílica de la prótesis, las cuales presentan alteraciones hísticas atípicas muy semejantes a las que aparecen en otras lesiones reactivas a diferentes irritantes.

Herrera *et al.* (2005) sugieren que las características clínicas varían desde pequeñas áreas hiperémicas localizadas, hasta lesiones eritematosas que dibujan

el contorno de las bases de las prótesis. Noguera y Fleitas (2005) coinciden con lo expresado anteriormente y, agregan que, de acuerdo con la gravedad de la lesión, puede modificarse su aspecto clínico, así como también su superficie y extensión, lo cual ha originado clasificaciones clínicas particulares.

Lazarde (2001), Herrera *et al.* (2005), Noguera y Fleitas (2005) y Rojas (2008) coinciden en que, dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de la enfermedad, la de Newton, que data del año 1962, ha sido una de las más empleadas, estableciendo diferentes grados de lesiones específicas de esta patología. A continuación, se describen los estadios de la lesión:

Grado I: Inflamación simple localizada. Presenta signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: Inflamación simple generalizada. Se presenta como una lesión inflamatoria en la cual puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo.

Grado III: Es una lesión más definida con inflamación granular o papilar hiperplásica, constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que a veces, toman aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre éstos predominan los fenómenos proliferativos.

Recientemente, se propuso una modificación de la clasificación de Newton sobre la estomatitis, en la cual el tipo I presenta una subdivisión (Ríos, 2014; Kabawat *et al.*, 2014):

Tipo 0: Caracterizada por la presencia de la mucosa en buen estado.

Tipo IA: Presenta petequias en su mucosa palatina normal, con mayor predilección alrededor de los ductos de sus glándulas palatinas.

Tipo IB: Se observa como un área hiperémica localizada en el área de la prótesis.

Tipo II: El área de la inflamación es generalizada en la mucosa.

Tipo III: la superficie palatina se encuentra hiperplásica con inflamación en el área protésica.

2.2.1.6.- Síntomas

La ESP por ser una lesión inflamatoria es considerada inicialmente asintomática (Ley *et al.*, 2010). Sin embargo, estos mismos autores afirman que las personas que padecen esta enfermedad pueden presentar síntomas leves de malestar en la mucosa oral, así como también, movilidad de la encía de los rebordes residuales totalmente edéntulos (Ley *et al.*, 2008). Cañas *et al.* (2009) señalan que la sensación de quemadura en la cavidad bucal, ardor, prurito, mal gusto, halitosis, xerostomía, dolor y sangrado son los principales motivos de consulta.

2.2.1.7.- Diagnóstico

Cañas *et al.* (2009) consideran que la ESP es diagnosticada generalmente basándose en la inspección clínica. Para ello, el odontólogo utiliza como referencia las características descritas en cada uno de los grados de la clasificación propuesta por Newton en 1962. En caso de tener alguna duda respecto al diagnóstico de la lesión, Ley *et al.* (2008) recomiendan el empleo de los medios auxiliares de diagnóstico, tales como: la citología, exámenes de tipo microbiológicos y biopsia.

2.2.1.8.- Tratamiento

El tratamiento de esta lesión es variado y, va encaminado a la eliminación de los factores etiológicos de los tejidos afectados (Cañas *et al.*, 2009). Herrera *et al.* (2005), sugieren iniciar el tratamiento mejorando la higiene de las prótesis y de los tejidos de soporte, a la vez que se le indica al paciente, no dormir con ellas para promover el descanso de la mucosa permitiendo que se oxigene y, que tanto la lengua, como los labios, tengan la oportunidad de realizar su acción de auto limpieza (Martins y Lacerda, 2017).

Adicionalmente, Cañas *et al.* (2009) recomiendan el uso de antifúngicos en los casos en que se evidencien la presencia de hongos y, que hayan sido debidamente diagnosticados por medio de una prueba de laboratorio de tipo micológica, con el fin de favorecer la resolución del cuadro clínico. Estos autores, sugieren el empleo de rebasados y/o confección de nuevas dentaduras como tratamiento. Seguir estos procedimientos, garantizan la desinflamación de los tejidos y permite al paciente utilizar sus antiguas prótesis rebasadas, mientras tanto, se lleve a cabo la confección de unas nuevas que se adapten a la forma de los rebordes residuales, estando ya en una condición de cicatrización favorable o, mejor aún, saludables.

Partiendo de lo anterior, Carreira *et al.* (2000) sostienen que en los casos más severos en los cuales predominan los fenómenos fibroproliferativos, se recomienda la suspensión del uso de las prótesis y, el empleo de acondicionadores mucosos durante el proceso de recuperación. Si tras agotar los recursos mencionados anteriormente no se observa respuesta satisfactoria en la cicatrización, resulta imprescindible recurrir a técnicas quirúrgicas y, su respectivo estudio anatomopatológico. Sin embargo, Carreira *et al.* (2000) refieren el auge de ciertas terapias alternativas que se basan en la homeopatía, valiéndose del uso de esencias y extractos naturales como la miel de abeja, la sábila, el ozono, así como también de otros procedimientos como la aplicación de láser.

2.2.2.- Lesiones asociadas a estomatitis subprotésica

2.2.2.1.- Candidiasis

Ceccotti (1993) afirma que la ESP es una de las micosis más importantes y de mayor frecuencia en la cavidad bucal. El odontólogo puede reconocerla en sus diferentes formas de presentación y, muchas veces, puede hacer el diagnóstico precoz de ciertas enfermedades sistémicas. Autores como Giunta (1991), Jiménez (2007) y, Catalán *et al.* (2008) la definen como una infección micótica causada por *Candida albicans*, que con mayor frecuencia afecta a la cavidad bucal.

Giunta (1991) sostiene que su nombre se debe al color blanco brillante característico del hongo cuando crece. Su aspecto ya descrito anteriormente, también coloca a esta infección dentro de la categoría de “lesiones blancas”. Rodríguez *et al.* (2002) afirman que suele denominarse con los términos sinónimos, candidiasis y moniliasis.

Boraks (2004) sugiere que *Candida albicans* forma parte del ecosistema bucal bajo la forma levaduriforme no patógena y, que bajo ciertas condiciones, adquiere forma filamentosa. De esta manera, el microorganismo puede penetrar fácilmente la mucosa, haciendo difícil la fagocitosis de las células de defensa a las que el organismo recurre. En consonancia con lo expresado, Philip *et al.* (1998) consideran que esta infección presenta varias formas clínicas en la mucosa oral, las cuales pueden ser clasificadas como agudas o crónicas, con diferentes grados de intensidad.

Etiología

El agente causal de la candidiasis es la *Candida albicans*. Es un hongo saprofito de la cavidad oral que forma parte de la flora microbiana sin producir alteraciones. Catalán *et al.* (2008) afirman que su patogenicidad obedece en general a cambios en el equilibrio de la flora bucal, como consecuencia de la disminución de la capacidad inmunitaria del individuo, ya sea por la administración

prolongada de determinados fármacos, o por la existencia de ciertos procesos de tipo local o general.

Manifestaciones clínicas

Boraks (2004) afirma que desde el punto de vista clínico aparecen como placas de color blanquecinas, amarillentas o cenizas, irregulares y múltiples, que recubren áreas extensas en forma de manto o también pequeñas, circulares o puntiformes en cualquier sitio de la mucosa. Las lesiones papulares están formadas por los microorganismos que crecen en colonias y el epitelio necrótico al que invaden. Es característico que estas áreas blancas pueden rasparse o lavarse, lo cual ayuda al diagnóstico (Giunta, 1991). Al desprenderla, se observan úlceras sangrantes debajo de estas membranas. Algunas veces la membrana no se observa, haciendo más difícil el diagnóstico. En ocasiones, puede confundirse con el liquen plano o a la leucoplasia, pero a diferencia de la candidiasis, no se desprenden. Las áreas predilectas de esta enfermedad son los pliegues mucobucales, las áreas laterales de la lengua y el paladar (Rodríguez *et al.*, 2002).

Diversos autores, como Maura (1987), Giunta (1991), Regezi (2000), Lazarde *et al.* (2001), Rodríguez *et al.* (2002) y Catalán *et al.* (2008), coinciden en clasificar la candidiasis de acuerdo con su aspecto clínico en los siguientes tipos:

- Candidiasis pseudomembranosa o muguet.
- Candidiasis crónica comisural o queilitis angular.
- Candidiasis atrófica (eritematosa).

Es muy frecuente observar lesiones producidas por *Candida albicans* en relación con pacientes edéntulos que usan prótesis (Philip *et al.* 1998). En este sentido, es importante recordar que el mecanismo etiopatogénico de *Candida* es el oportunismo, de origen endógeno. Cuando una prótesis está desajustada produce alteración en el tejido que la soporta, lo que se traduce en una disminución de las

defensas hísticas locales, situación que aprovecha la *Candida* para instalarse como patógeno sobreañadido a la lesión ya existente (Aguirre, 2002).

2.2.2.2.- Leucoplasia

Para Lazarde *et al.* (2001), el término Leucoplasia significa literalmente placa blanca. La OMS la definió como una placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable (Boraks, 2004). Esta lesión no puede considerarse como parte de algún padecimiento después de descartar la presencia de trastornos, como liquen plano, candidiasis, leucoedema o nevo esponjoso blanco (Ceccotti, 1993). Catalán *et al.* (2008) y Henning *et al.* (2001) sugieren que esta lesión ocurre en cualquier parte de la mucosa bucal y puede ser provocada por trauma mecánico, o producto de combustión del cigarrillo. Estas lesiones varían desde una hiperqueratosis benigna, hasta un carcinoma invasor de células escamosas. Cabe destacar, que las lesiones potencialmente malignas no siempre son blancas y, que la Leucoplasia persistente con poca frecuencia es potencialmente maligna (Boraks, 2004).

Etiología

La Leucoplasia puede aparecer como resultado de la combinación entre la acción ejercida por ciertos irritantes locales sobre la mucosa bucal (Catalán *et al.*, 2008). Ceccotti (1993) sostiene que algunos hábitos y procesos generales, como déficit vitamínico del tipo B, síndrome de mala absorción, colitis ulcerosa, pudieran actuar como factores predisponentes, capaces de provocar una hiperactividad e hiperqueratinización de las células escamosas que pueden inducir a la aparición de una Leucoplasia. Sin embargo, para Philip *et al.* (1998) y Henning *et al.* (2001), factores como; tabaquismo, alcoholismo, infección por VEB en pacientes VIH-positivos, irritación crónica por dentaduras mal ajustadas, infección crónica por *Candida albicans*, liquen plano y cambios premalignos asociados a algunos trastornos genéticos, han demostrado tener correlaciones en algunas leucoplasias.

Características clínicas

A la observación se evidencia una mancha o placa adherente, sobre elevada, de color blanquecino, que en algunas ocasiones adopta una tonalidad grisácea, la cual puede tener un tamaño y forma variable (Boraks, 2004). Es de superficie rugosa y dura con aspecto de cuero, con bordes bien delimitados y consistencia firme. En ocasiones, podrían distinguirse zonas de erosión o ulceraciones a nivel de la lesión leucoplásica (Catalán *et al.*, 2008). Estas lesiones causan dolor y aumento de la sensibilidad en el área afectada, aunque podrían cursar asintomáticas (Ceccotti, 1993). Es común observarlas en la lengua, mucosa yugal retrocomisural, paladar duro, suelo de la boca y encías (Catalán *et al.*, 2008). Clínicamente la placa blanca es de apariencia inocua (Catalán *et al.*, 2008).

Para Philip *et al.* (1998) y Rodríguez *et al.* (2002), dichas lesiones podrían contener áreas de displasia que pudieran inducir una cancerización, por lo que sugieren someter las muestras al examen histopatológico. Ceccotti (1993) y Boraks (2004) afirman que las alteraciones histológicas, van desde una simple queratosis, hasta un carcinoma invasor, que podrían generar diferentes grados de displasia epitelial. Los cambios histopatológicos de las leucoplasias son muy diversos. Con todo, la característica más común es la hiperqueratosis, la cual se observaría al examen histológico en la forma de ortoqueratosis, o una paraqueratosis o, incluso, estar presentes ambas formas de queratinización. En la mayoría de los casos, se acompaña de una hiperplasia epitelial, como consecuencia del aumento en espesor del estrato espinoso conocida como acantosis (Henning *et al.*, 2001).

2.2.2.3.- Úlceras

Son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal que se caracterizan por la pérdida del epitelio (Boraks, 2004). Catalán *et al.* (2008) sostienen que frecuentemente generan excavaciones en la cual pueden haber pérdida de la epidermis, dermis e incluso la grasa subcutánea. Henning *et al.* (2001), Figuero *et*

al. (2005), Toche *et al.* (2007) y Jiménez (2007) coinciden en que puede ser causada por diferentes factores etiológicos, además de manifestarse de manera aguda, crónica o recurrente.

Etiología

Las diferencias morfológicas son muy importantes en la orientación del diagnóstico etiológico. Es por ello, que Figüero *et al.* (2005) recomiendan que se deben considerar factores como la localización, tamaño, forma, características de los bordes, aspecto del fondo, si está limpio, purulento o necrótico, profundidad y consistencia de la base. Estos autores consideran que las úlceras son lesiones muy frecuentes que se originan por algún traumatismo. En ese sentido, Boraks (2004) y Martínez *et al.* (2008) señalan como causas principales de esta lesión al cepillado dental enérgico, mordiscos, alimentos crujientes, bordes filosos de los dientes, contornos defectuosos en las dentaduras e injurias por iatrogenia durante los procedimientos odontológicos. En consecuencia, es razonable concluir que la mucosa bucal por su naturaleza y función específica sea la zona más expuesta a traumatismos de todo el organismo.

Características clínicas

Para Toche *et al.* (2007), la lesión inicial no es la pérdida de sustancia (ulceración), sino una pequeña vesícula o ampolla que al perder la cubierta origina un halo eritematoso y la típica pseudomembrana blanca que en algunos casos pudiera tornarse amarillenta. Figüero *et al.* (2005) coinciden con lo descrito anteriormente y sugieren que estas lesiones alcanzan tamaños variables que van desde algunos milímetros hasta centímetros de diámetro, podrían localizarse principalmente en lengua, labios, mucosa vestibular, paladares duro y blando, carrillos y encías, son usualmente dolorosas con una duración promedio de hasta 2 semanas aproximadamente.

2.2.2.4.- Eritroplasia

La eritroplasia literalmente significa mancha o placa roja. Es también llamada eritoplaquia, cuyo término también es empleado para describir lesiones de mucosas rojas brillantes y, aterciopeladas de la cavidad bucal que no tienen causa aparente que no pueden ser atribuidas a ninguna otra condición (Lobos, 1995). Muñoz *et al.* (2005) consideran que no alude a un diagnóstico microscópico particular. Aun así, afirman que la biopsia revela que casi todas (eritroplasias) aluden a displasias graves o carcinomas. Estos autores sugieren que las localizaciones más frecuentes se hayan en el piso de boca, lengua y paladar blando. Agregan que histológicamente se corresponden a diversos grados de displasia intraepitelial y mayoritariamente a carcinoma *in situ*.

Etiología

Se desconoce la causa de esta lesión; sin embargo, se asume que los factores etiológicos son similares a los que causan el cáncer bucal. En este sentido, Philip *et al.* (1998) afirman que factores como el tabaquismo, el consumo de alcohol, carencias nutricionales e irritación crónica de las mucosas pueden contribuir o actuar como agentes causales de modificaciones.

Características clínicas

Generalmente, se manifiesta como una mancha o placa roja con una textura suave y aterciopelada, claramente delimitada (Boraks, 2004). Lobos (1995) afirma que en ocasiones se observan placas blancas focales entremezcladas que suelen ser flexibles al tacto. De hecho, el autor sugiere que este hallazgo se ha considerado como el signo más precoz de cáncer oral.

2.2.2.5.- Carcinoma in situ

Es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal (Ceccotti, 1993). Muñoz *et al.* (2005) aseguran que se denomina así cuando todo el espesor del epitelio está involucrado con cambios anaplásicos. Maura *et al.* (1987) y Rodríguez *et al.* (2002) coinciden en que, a pesar de existir dichos cambios anaplásicos, la membrana basal permanece intacta, lo que pudiera significar que no hay infiltración de tejido tumoral hacia la dermis.

Etiología

En general es multifactorial, existen causas que dependen de factores externos e internos. En este sentido, Calanche *et al.* (2002) sostienen que el consumo de tabaco, alcohol, radiación actínica, traumatismos e irritación por bordes afilados de los dientes o de las prótesis desencadenan respuestas de defensa de los tejidos a los ya mencionados estímulos nocivos. No obstante, ciertas condiciones generalizadas o sistémicas como la acción de los virus, infección por Sífilis, SIDA, deficiencias nutricionales, cuadros anémicos y el Síndrome de Plummer-vinson podrían inducir la aparición de células cancerígenas.

Características clínicas

El término *in situ* es puramente histológico (Ceccotti, 1993). Maura *et al.* (1987) consideran que la clínica de las lesiones puede estar representadas por una leucoplasia, eritroplasia o una mancha melánica. Lo importante para el Odontólogo es que toda lesión con esas características clínicas debe obligatoriamente ser biopsiada y tratada oncológicamente de acuerdo con el informe histopatológico recibido (Rodríguez *et al.*, 2002). Es en esencia asintomático en sus etapas iniciales. Sin embargo, Calanche *et al.* (2002) afirman que el dolor aparece cuando las lesiones se hacen infiltrantes y se ulceran. Estos autores enumeran ciertos signos y síntomas que aparecen con mayor frecuencia en los carcinomas de la cavidad bucal, entre los cuales se destacan:

- Afta oral que no cura en el curso de 7 a 10 días.
- Dolor o molestias en la boca que no desaparece.
- Presencia de engrosamiento o tumoración en las mejillas.
- Persistencia de una lesión blanquecina o rojiza en la zona de la garganta, lengua, amígdala o suelo de la boca.
- Sensación de cuerpo extraño con molestias persistente en la misma zona.
- Dificultad para tragar o masticar.
- Sensación de anestesia en la lengua u otras zonas de la boca.
- Hinchazón de la mandíbula o paladar que hace que las prótesis dentarias sean molestas o asienten mal.
- Pérdida o movilidad dentaria y/o dolor alrededor de los dientes.
- Cambios de la voz.
- Aparición de una masa en el cuello.
- Pérdida de peso.
- Ulceración o erosión.
- Eritema.
- Induración.
- Fijación.
- Cronicidad.
- Adenopatías.
- Leucoplasias.
- Eritroplasias.
- Otagia.

Rodríguez *et al.* (2002) afirman que se diagnostica mediante exploración histopatológica, a partir de una biopsia representativa del tejido neoplásico. El carcinoma *in situ* presenta los mismos cambios histomorfológicos del carcinoma espinocelular, con excepción del crecimiento invasivo pues el carcinoma *in situ* no invade el tejido conectivo (Muñoz *et al.*, 2005).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Con la finalidad de cumplir con los objetivos de la investigación referente a la prevalencia de la ESP en pacientes atendidos en la FOULA, Mérida, Venezuela, entre 2017 y 2019, en este capítulo se describe el proceso metodológico seguido. En primer lugar, se define el enfoque, tipo y diseño de la investigación; luego se define la muestra; seguidamente, se identifica y describe la técnica, instrumento y procedimiento seguido para la recolección de los datos y las técnicas empleadas para el análisis de los datos; y finalmente, se expone el plan de trabajo.

3.1 Enfoque de la investigación

Esta investigación se basa en el enfoque cuantitativo, pues el objeto de estudio será objeto de mediciones, será analizado usando técnicas estadísticas descriptivas para determinar prevalencia y frecuencias de ocurrencia de las variables (Hernández et al., 2003). En este estudio, dado que los datos se obtuvieron de las fichas clínicas de todos los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA en los años 2017 y 2019, las mediciones realizadas permiten generalizar el comportamiento de la prevalencia de la ESP en esa población a partir de una muestra.

3.2 Alcance de la investigación

Se trata de una investigación de alcance descriptivo, ya que tiene como objetivo central describir o caracterizar el evento de estudio dentro de un contexto particular (Hernández et al., 2003). Con este tipo de investigación se persigue especificar las propiedades de personas, grupos, comunidades, objetos o eventos en un momento determinado (Hernández et al., 2003). Concretamente, en esta investigación se determinó la prevalencia de ESP en los pacientes que fueron

atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA en los años 2017 y 2019.

Según los criterios de Arias (2016), la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, un fenómeno, individuo o grupo, con el fin de conocer su estructura o comportamiento. Bajo este concepto, el presente estudio describe la frecuencia con la cual se presenta la ESP en los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA entre el 2017 y el 2019, considerando las variables sociodemográficas, como edad, sexo, procedencia, hábitos, nivel de instrucción, y las características clínicas de la prótesis y la enfermedad.

3.3 Diseño de la investigación

Por otra parte, el diseño de investigación es no experimental, de corte transversal (Hernández *et al.*, 2003). En este diseño, no se manipulan variables, puesto que los datos se obtienen de eventos auténticos, en su contexto natural, sin introducir modificaciones. Concretamente, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas odontológicas de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA en los años 2017 y 2019, disponibles en el Archivo Clínico, las cuales fueron llenadas como parte del protocolo regular, convencional, que se sigue en esa dependencia universitaria.

Es de corte transversal, ya que los datos que se incluyeron en la investigación corresponden a un momento único del tiempo, los años 2017 y 2019. Según Hernández *et al.* (2003), este diseño de investigación permite estudiar categorías, conceptos, variables, sucesos, comunidades o contextos que ya ocurrieron, que se dieron sin la intervención directa del investigador, como es nuestro caso.

Por otro lado, se trata de un diseño documental. Según Arias (2016), este tipo de diseño representa el proceso de investigación basado en la búsqueda,

recuperación, análisis e interpretación de datos secundarios, es decir, datos obtenidos y registrados por otras personas en fuentes documentales impresas. Desde este punto de vista, en la presente investigación se utilizó la información registrada por otros operadores en la ficha clínica de la Cátedra de Dentaduras Totales que se encuentran en el Archivo Clínico de la FOULA.

En síntesis, el estudio consiste en la examinación de las historias clínicas odontológicas de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA en los años 2017 y 2019, las cuales fueron elaboradas en su ambiente natural, sin la manipulación de variables, la modificación deliberada del ambiente ni la participación de los investigadores de este estudio.

3.4 Población

La población está comprendida por la totalidad de los pacientes con prótesis totales que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA en los años 2017 y 2019, cuyas fichas clínicas odontológicas estén disponibles en el Archivo Clínico de la FOULA para el momento del trabajo de campo.

Se tomó la totalidad de la población como objeto de estudio. Esto permitió generalizar sobre la prevalencia de la ESP en pacientes con prótesis totales que fueron atendidos en la FOULA entre los años 2017 y 2019.

Criterios de inclusión

Para ser considerado en el estudio, la historia clínica debía:

- Tener todos los datos completos, tanto del paciente como de la clínica de la lesión.
- Ser totalmente legibles.
- Estar disponible para el momento de la revisión.

3.5 Técnica e instrumento de recolección de la información

En esta investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la revisión documental o documentación. Como instrumento, por su parte, se utilizó la ficha clínica de la Cátedra de Dentaduras Totales de la FOULA, Mérida, Venezuela, modificada en el año 2017 (Véase anexo 1), en la cual se registran datos demográficos, epidemiológicos y clínicos relevantes relacionados:

- a) Código de la historia.
- b) Datos identificatorios del paciente: género, edad, nivel educativo, ocupación.
- c) Condiciones de salud bucal.
- d) Tipo, intensidad y ubicación de la lesión.
- e) Hábitos y otros factores asociados.

Los datos de las fichas clínicas serán tabulados en una matriz de datos de Excel (apéndice 1). En cada fila se registró cada variable incluida en la ficha clínica, edad, sexo, procedencia, tipo, intensidad y ubicación de la lesión, hábitos, etc. Las variables cualitativas serán codificadas en números para facilitar su procesamiento.

3.6 Equipos y materiales utilizados

Los materiales que se utilizaron para la recolección de los datos fueron los siguientes:

- Historias Clínicas de los pacientes de la Cátedra de Dentaduras Totales de la FOULA, Mérida, Venezuela.
- Ficha de recolección de datos.
- Lápices.
- Cámara fotográfica.
- Computadora portátil.

3.7 Procedimientos

Los datos fueron recolectados siguiendo el proceso que se describe a continuación:

1. Primero, se solicitó autorización en el área de Dentaduras Totales de la FOULA, Mérida, Venezuela, para acceder a las historias clínicas del periodo 2017-2019. Con tal propósito, se les informó sobre la naturaleza de este proyecto de investigación, sus objetivos y alcance.
2. Seguidamente, se revisaron y analizarán las historias clínicas odontológicas de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA en los años 2017 y 2019, para determinar el cumplimiento los criterios de inclusión.
3. Posteriormente, se tabularon y procesarán los datos en una hoja de cálculos del programa Excel.
4. Finalmente, se presentó el informe respectivo, el cual se exponen públicamente para su aprobación.

3.8. Aspectos éticos

Según la Declaración de Helsinki de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 52^a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Edimburgo, Escocia, en octubre 2000 (Asociación Médica Mundial, 2000), se debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones necesarias para resguardar la identidad de los individuos, garantizarles la confidencialidad de la información que porte y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad y salud física y mental. Para salvaguardar la intimidad y la integridad personal de cada paciente con historia clínica en el Archivo Clínico de la FOULA, se mantuvo en anonimato

los datos personales de los pacientes. Solo los investigadores y el tutor tuvieron acceso a las historias. Además, la reproducción digital de las historias omitió los datos personales identificatorios de los pacientes. Finalmente, las historias clínicas se emplearon solo para obtener la información requerida a fin de cumplir con los objetivos de esta investigación.

3.9 Plan de análisis de los datos

Para analizar los datos se utilizaron las siguientes herramientas:

Se usaron estadísticas descriptivas de todas las variables cualitativas y cuantitativas, en estudio: edad, sexo, procedencia, tipo, intensidad y ubicación de la lesión, hábitos y otros factores asociados.

Finalmente, los datos fueron tabulados en hojas de cálculo del programa Excel y analizados por el programa estadístico SPSS para Windows versión 17.0, los cuales posteriormente fueron presentados en gráficos de barras y tablas multivariantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Este capítulo, destinado a la exposición de los resultados, está organizado en dos partes: la primera caracteriza el grupo de estudio. En la segunda parte, se exponen los resultados relacionados con la prevalencia de la ESP y las características clínicas de la enfermedad.

4.1 Descripción de los participantes

Entre los años 2017 y 2019, fueron atendidos un total de 70 pacientes portadores de prótesis totales en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA. De estos, 21 participantes con prótesis totales que fueron diagnosticados con ESP en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA entre los años 2017 y 2019.

La edad promedio fue de 66 años, oscilando entre 44 y 92. En la tabla 1 se observa la frecuencia de pacientes según los rangos de edades. Como se observa, la mayoría se encuentra entre 51 y 70 años, seguido de los pacientes cuyas edades oscilan entre 71 y 90 años.

Tabla 1. Distribución de la población según la edad

Rango de edad	fi	%
40-50	1	4,8
51-60	7	33,3
61-70	6	28,6
71-80	3	14,3
81-90	3	14,3
91-99	1	4,8
Total	21	100

En cuanto al género, la mayoría son mujeres (n = 19), como se observa en el gráfico 1.

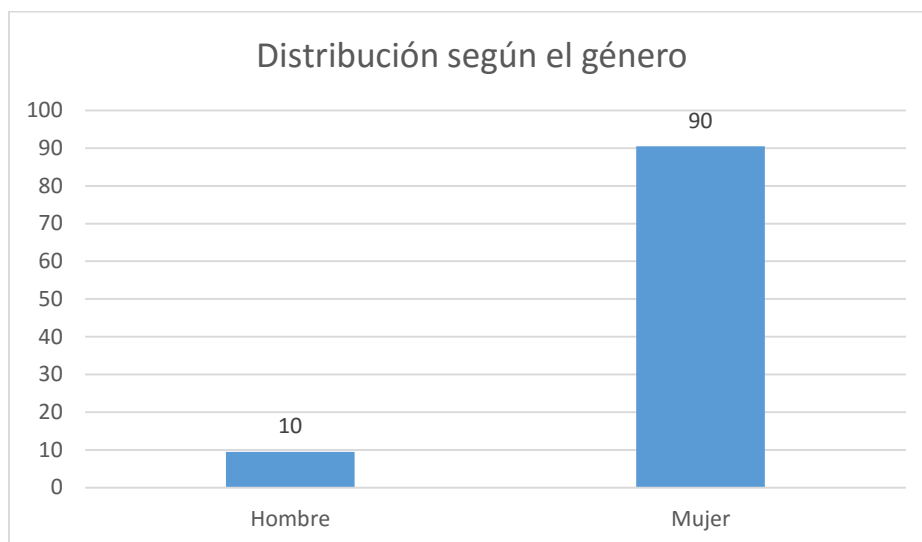


Gráfico 1. Distribución de la población según el género

En lo atinente a su situación laboral, como se muestra en el gráfico 2, la mayoría (n = 16) se dedica a los oficios del hogar.

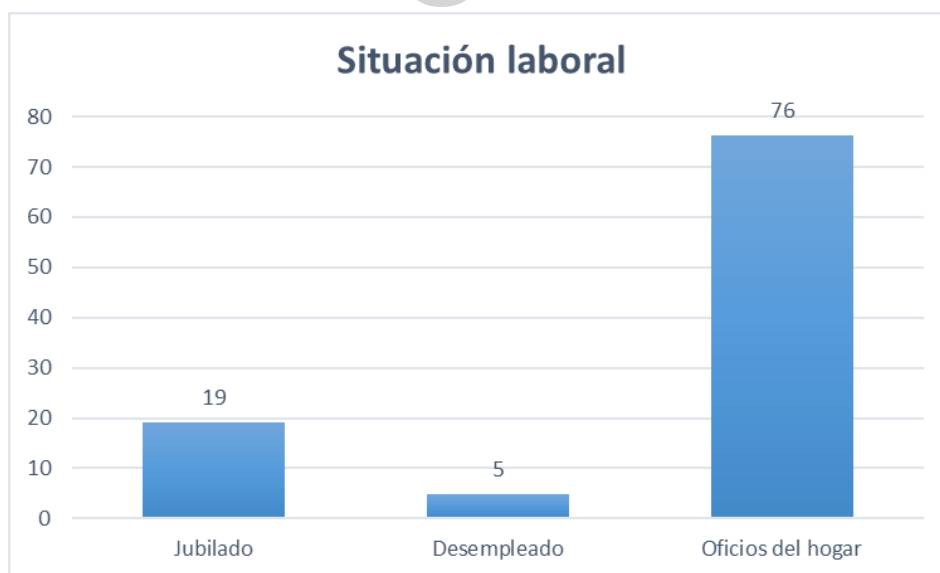


Gráfico 2. Distribución de la población según su situación laboral

El estado civil de los participantes se muestra en el gráfico 3. Se observa que la mayoría son casados ($n = 10$), seguidos de viudos y solteros.

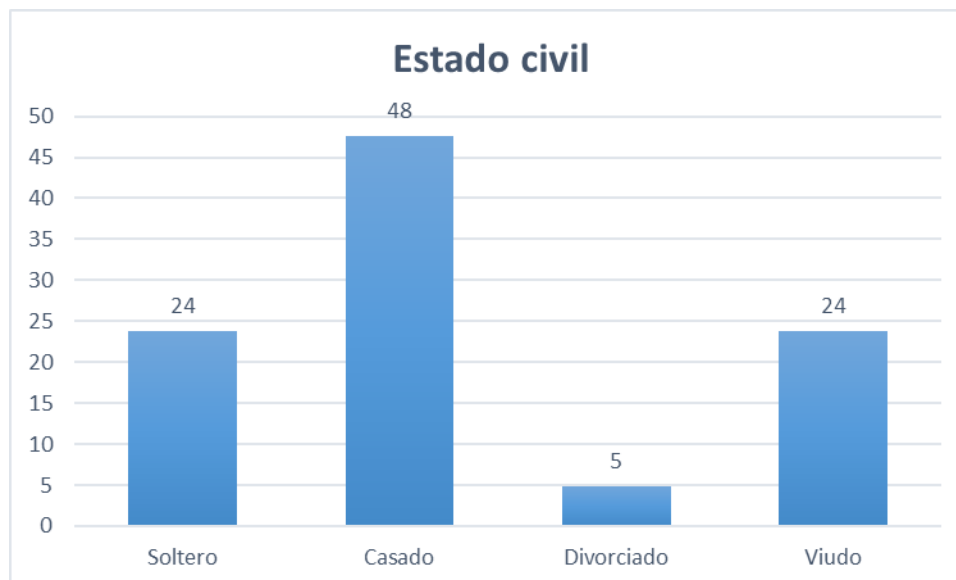


Gráfico 3. Distribución de la población según su estado civil

En relación con el sector de procedencia y el lugar de residencia, la tabla 2 indica que la mayoría proviene de la zona urbana de la ciudad de Mérida y comunidades colindantes. En su mayoría ($n = 18$) viven con la familia; 3 indicaron vivir solos.

Tabla 2. Distribución de la población según el sector de procedencia y el lugar de residencia

Sector	Zona de Residencia					
	Procedencia	fi	%	fi	%	
Mérida-ciudad		12	57	Urbana	18	86
Mérida-Zonas				Periurbana	3	14
aledañas		8	38	Rural	0	0
Mérida-afueras		1	5			
Total		21	100		21	100

En nivel educativo de los participantes se presenta en el gráfico 4. Se puede observar que predominan las personas con solo la primaria terminada; sin embargo, el grupo es heterogéneo, pues incluye sin escolaridad y a universitarios.

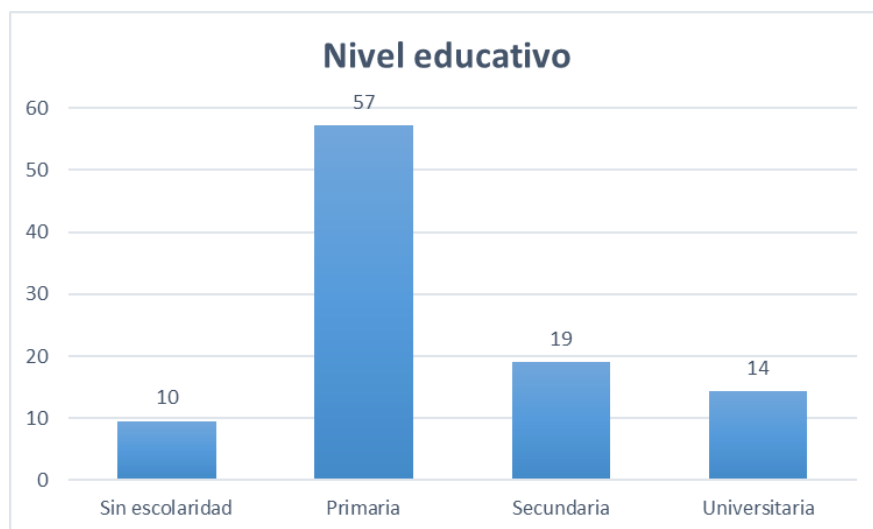


Gráfico 4. Distribución de la población según el nivel educativo

En lo referido al nivel socioeconómico en el que se ubican los participantes de este estudio, predomina quienes se ubican en el nivel medio ($n = 62$), como se observa en el gráfico 5.

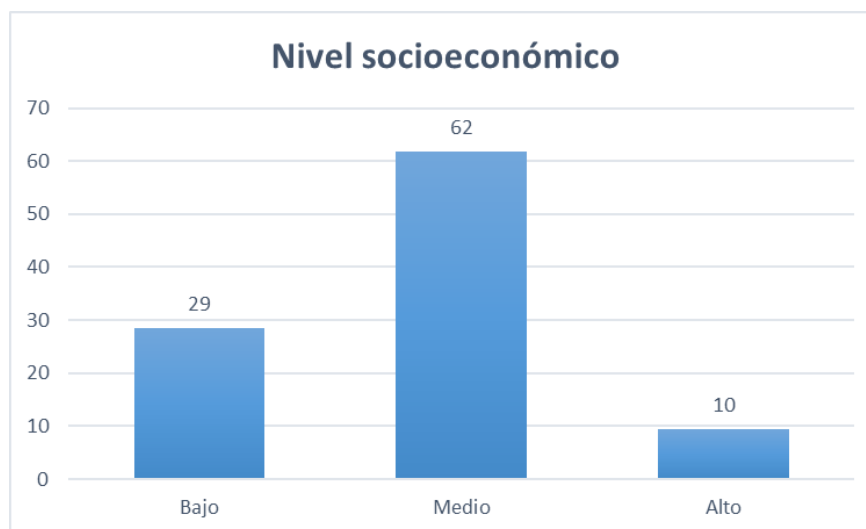


Gráfico 5. Distribución de la población según el nivel socioeconómico

4.2 Factores asociados al estado de salud bucal de los participantes

Se encontró una prevalencia de 30% de ESP en pacientes con prótesis totales que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la FOULA entre los años 2017 y 2019. En el 38% de los pacientes, esta se presentó acompañada de ulceraciones (aftosas, herpéticas o traumáticas), queilitis angular e hiperplasia fibrosa (fibroma irritativo o épolis fisurado). Se localizan principalmente en el paladar duro y en el blando, seguido del paladar junto con otras localizaciones (comisuras, labios, surco, carrillo y piso de boca), como se observa en el gráfico 6.



Gráfico 6. Frecuencia de ubicación de la ESP

En cuanto a los hábitos negativos, se consultó sobre el consumo de cigarrillos y de alcohol. Solo dos afirmaron tener el hábito del cigarrillo; nueve (43%), por su parte, indicaron que habían dejado de fumar. En ambos grupos, todos afirmaron fumar o haber fumado menos de dos cigarrillos al día. En cuanto al alcohol, solo tres pacientes (14%) afirmaron consumir alcohol.

También se les solicitó si para el momento de la consulta estaba bajo algún tratamiento farmacológico. Se encontró que el 52% indicó que sí. Sin embargo, no hay información disponible sobre el tipo de tratamiento.

Se les consultó sobre el tiempo en que fue su última consulta al odontólogo. Como muestra el gráfico 7, la mayoría (n = 11) indicó más de un año, seguido de entre seis meses y un año.

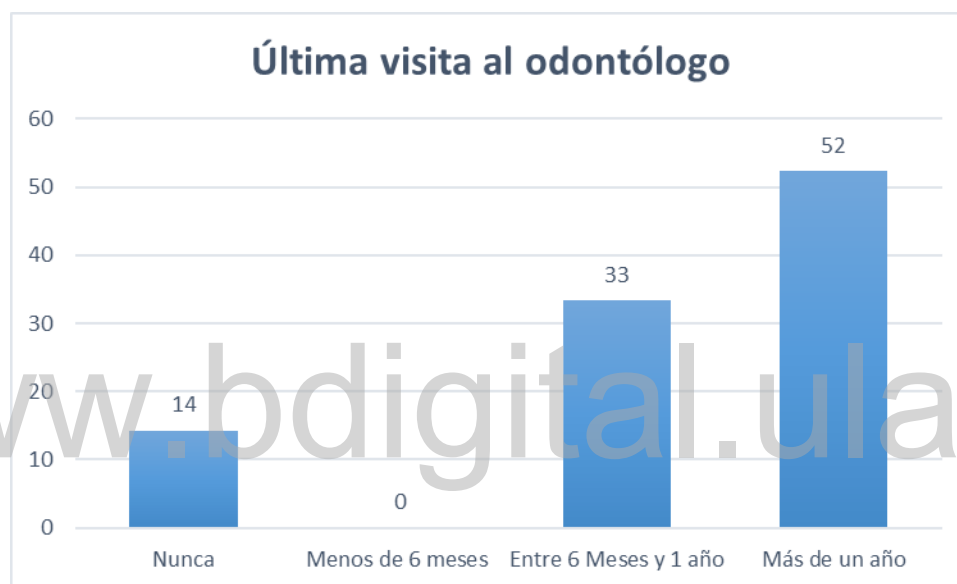


Gráfico 7. Tiempo de la última consulta odontológica

Por otro lado, se les consultó la frecuencia con la que limpiaban la prótesis y su mucosa oral. La tabla 3 indica que la prótesis se limpia con mayor frecuencia que la mucosa. Cuatro indicaron que no suelen limpiar la mucosa.

Tabla 3. Frecuencia de limpieza de la prótesis y la mucosa oral

	Núm. de veces	fi	%
Limpieza de la prótesis			
	2	8	38
	3	13	62
Promedio/total	3	21	100
Limpieza de la mucosa			
	0	4	19
	1	1	5
	2	7	33
	3	9	43
Promedio/total	2	21	100

La salud bucal percibida es bastante heterogénea, como se observa en el gráfico 8. Predomina una percepción positiva de la salud bucal.

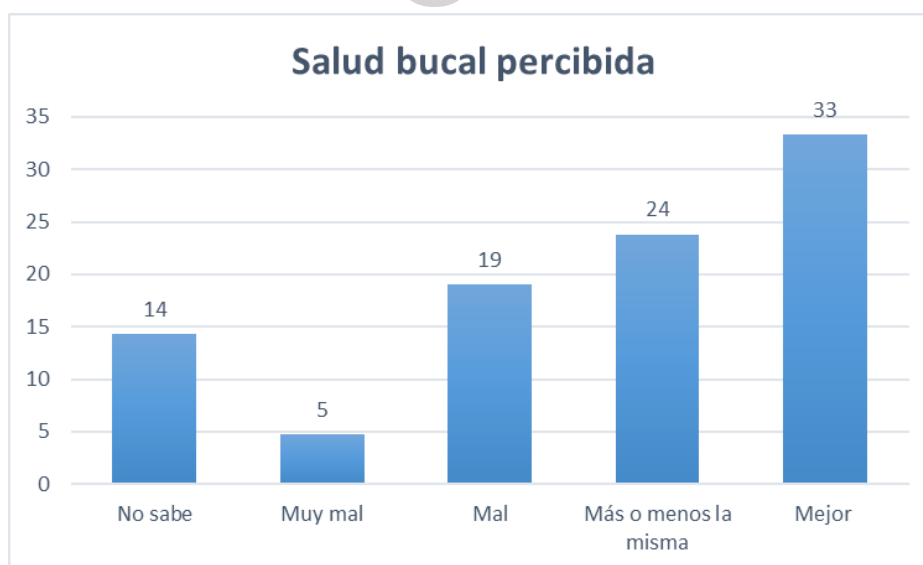


Gráfico 8. Salud oral percibida

En cuanto a la presencia de xerostomía, solo ocho indicaron tener la sensación de boca seca con regularidad. Similarmente, en cuando a la percepción de la consistencia de la saliva, 10 indicaron que la consistencia de su saliva era espesa.

Por otro lado, todos excepto uno (n = 20) afirmaron no tener molestias ni ardor en la lengua. En consecuencia, la mayoría (n = 17) indicó que ingería los alimentos sin la necesidad de beber líquidos para ayudar a la masticación; también 20 indicaron que tragaban sin ninguna dificultad.

4.3 Uso de la prótesis

En cuanto al tipo de prótesis, todos portan prótesis superior; 12 (57%) usan prótesis en ambos maxilares. El material de fabricación es predominantemente es resina con base acrílica (90%).

El tiempo de uso de la última dentadura osciló entre uno y cuatro años, siendo el promedio tres años. Como se observa en la tabla 4, predomina cuatro años de uso. Por otro lado, en cuanto a la frecuencia de uso de la prótesis, 19 (90%) indicaron que la usan siempre; los dos restantes dijeron usarla solo durante el día.

Tabla 4. Años de uso de la prótesis actual

	Años de uso	fi	%
	1	4	19
	2	2	10
	3	5	24
	4	10	48
Promedio/total	3	21	100

4.4 Percepción sobre el uso de la prótesis

En cuanto a su percepción sobre la prótesis, se indagó sobre la sensación de comodidad, la eficiencia masticatoria, la calidad de su pronunciación y la presencia de dolor. Como se puede observar en la tabla 5, la percepción de la comodidad y la eficiencia masticatoria tiene una distribución similar en las tres opciones. En cambio, en cuanto a la pronunciación, la mayoría (n = 17) considera que pronuncian bien cuando usa la prótesis.

Tabla 5. Percepción sobre el uso de la prótesis

	Comodidad	Ef. Masticatoria	Pronunciación
Bueno	33%	29%	82%
Regular	33%	33%	9%
Malo	34%	38%	9%
Total	100%	100%	100%

En lo relativo al dolor, predomina la ausencia de dolor (67%). El 33% refirió dolor leve como consecuencia del uso de la prótesis.

4.5 Evaluación de la prótesis

La prótesis se evaluó considerando el grado de adecuación de los siguientes indicadores: distancia interoclusal, estabilidad, oclusión, retención, extensión, estética, dimensión vertical, presencia de cámara de succión e higiene. En la tabla 6 se muestran los resultados. Como puede observarse, predominan las condiciones satisfactorias, correctas de la prótesis, a excepción de la higiene que fue catalogada como inadecuada en el 57% de los pacientes.

En síntesis, de las prótesis del maxilar (n = 21), 12 fueron evaluadas como regulares o buenas (n = 12), seguida de malas (n = 7) y defectuosas (n = 2). Por su parte, de las prótesis mandibulares (n = 16), seis fueron evaluadas como regulares o buenas, seis como malas y cuatro como defectuosas.

Tabla 6. Evaluación de la dentadura

	Distancia interoclusal	Estabilidad	Oclusión	Retención	Extensión	Estética	Dimensión vertical	Cámara de succión	Higiene
Correcta/ adecuada/ satisfactoria	98%	82%	29%	71%	67%	86%	57%	90%	43%
Incorrecta/ defectuosa/ inadecuada	2%	18%	71%	29%	33%	14%	43%	10%	57%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

4.6 Información clínica

En el examen clínico de los pacientes, se encontraron los siguientes hallazgos. En cuanto a la expresión facial, el 57% no mostró alteraciones. 90% tenía labios delgados y 10% largo. En cuanto a la relación dentoalveolar, los resultados se muestran en el gráfico 9.

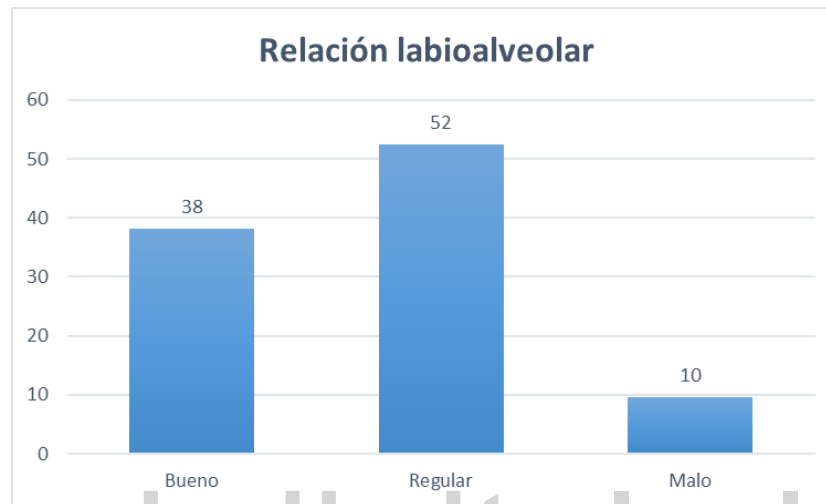


Gráfico 9. Relación dentoalveolar

En relación con el nivel de reabsorción de los maxilares, los resultados se muestran que predomina la valoración ligera, seguida de la regular, como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Nivel de reabsorción de los maxilares

Reabsorción de los maxilares				
Valoración	Maxilar superior		maxilar inferior	
Ligera	10	48%	4	19%
Desigual	3	14%	5	24%
Extensa	2	10%	2	10%
Marcada	1	5%	7	33%
Regular	4	19%	2	10%
Ligera y desigual	1	5%	1	5%
Total	21	100%	21	100%

Por su parte, la relación de reborde se muestra en el gráfico 10. Se observa que predomina una relación normal, por encima del 50% de la muestra.

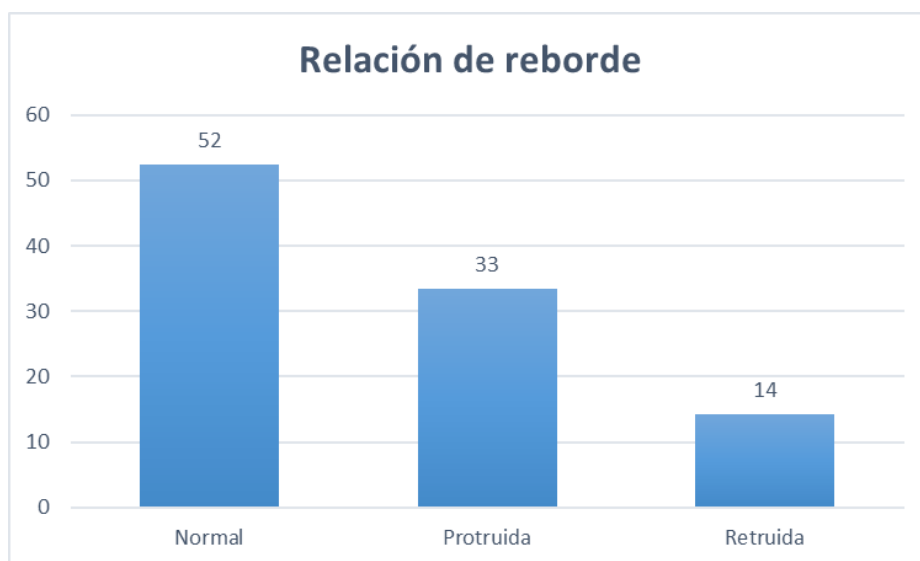


Gráfico 10. Relación de reborde

En cuanto al piso de boca y las inserciones musculares de ambos maxilares, estas se muestran en la tabla 8. Como se puede observar, predominan los valores medios en los tres casos.

Tabla 8. Inserciones musculares de ambos maxilares

Valoración	Inserciones musculares					
	Piso de boca	%	Maxilar superior	%	Maxilar inferior	%
Alto	5	24	2	10	5	24
Medio	10	48	16	76	12	57
Bajo	6	29	3	14	4	19
Total	21	100	21	100	21	100

Finalmente, se evaluó el nivel de resiliencia de la mucosa. En ambos maxilares, predomina la evaluación positiva (60% en promedio), indicando que la mucosa se encuentra firme, tensa sobre el hueso, seguida de la presencia de una ligera movilidad localizada (tabla 9).

Tabla 9. Nivel de resiliencia de la mucosa

valuación	Resiliencia de la mucosa			
	Maxilar superior	%	Maxilar inferior	%
Firme-mucosa tensa sobre el hueso	14	67	11	52
Ligera movilidad (localizada)	3	14	4	19
Ligera movilidad (generalizada)	1	5	3	14
La mitad o más de la altura del reborde es móvil (localizada)	2	10	1	5
La mitad o más de la altura del reborde es móvil (generalizado)	1	5	2	10
Total	21	100	21	100

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La ESP es una inflamación crónica, congestiva de la mucosa bucal que está en contacto con las bases de las prótesis (Ayuso *et al.*, 2004; Corona *et al.*, 2006; Sharma, 2019). Se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los pacientes portadores de dentaduras totales; por lo tanto, el principal motivo de consulta (Noguera y Fleitas, 2005). Su prevalencia oscila entre 26,5% y 92%. Predomina en adultos mayores, siendo más común en mujeres que en hombres (Cardozo *et al.*, 2009; Sharma, 2019).

La etiología de La ESP es considerada de carácter multifactorial (Ley *et al.*, 2010, Lazarde, 2001; Herrera *et al.*, 2005; Rojas, 2008); del Hoyo *et al.*, 2016; Sharma, 2019): higiene oral pobre, carencias de proteínas dietéticas, dentaduras mal ajustadas, quemaduras en la mucosa producto de comidas o bebidas calientes, reacciones alérgicas, radioterapia o infecciones (Granado *et al.*, 2019; Carballo *et al.*, 2019). También pueden ser manifestaciones secundarias de enfermedades sistémicas (Sánchez, 1989; Ramírez *et al.*, 2019). Salazar (2012), Loqui (2016), Benaissa *et al.* (2016), Flores (2017), Moreno (2017) y Čanković *et al.* (2017) sugieren que también puede estar relacionada con el uso prolongado y nocturno de las prótesis.

En este contexto, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ESP en pacientes portadores de prótesis totales, atendidos en la FOULA, Mérida, Venezuela, entre 2017 y 2019.

Se encontró una prevalencia de la ESP en pacientes portadores de prótesis totales de 30%. Este resultado coincide con Sotomayor *et al.* (2002), quienes encontraron una frecuencia de 33,3%; Romero (2015), que encontró una prevalencia de 35%; Ley *et al.* (2010) 42.2%; Benaissa *et al.* (2016) encontró que

37,1% de la población de estudio padecía ESP; Čanković *et al.* (2017) encontraron 26.5%.

En cambio, esta frecuencia es inferior a los resultados de algunos estudios previos: Velázquez *et al.* (2017), 78% en Paraguay; Rodríguez *et al.* (2007), 77,77%, Francisco *et al.* (2009), 53%, Noguera *et al.* (2006), 56%, en Venezuela; Gutiérrez *et al.* (2013), 68% en Chile; Bermúdez (2018), 65% en Perú; Malats (2019), 53% en Ecuador. Estos resultados pueden deberse a que el protocolo de atención odontológica a pacientes portadores de prótesis totales que ofrece la FOULA incluye orientaciones sobre los cuidados, y mantenimiento posterior a la instalación de la prótesis, lo cuales funcionan como mecanismos de prevención de la ESP.

En cuanto al género, el femenino reportó una prevalencia de 90%. Esta proporción es similar a Velázquez *et al.* (2017), quienes encontraron una frecuencia de 84,62%, Lazarde (2001) encontró un 91,88%, Ávila *et al.* (2013) hallaron 82%, Francisco *et al.* (2009) encontraron 81,5%, Romero (2015) encontró 84%, Ley *et al.* (2010) hallaron que el 70,6% pertenecen al sexo femenino, Gutiérrez *et al.* (2013) encontraron 75% de mujeres, Holguín (2019) encontró una prevalencia de 79% en mujeres, Vázquez *et al.* (2017) hallaron una frecuencia de 70,3% de mujeres. Rey (2012) halló 77,1%. En cambio, es superior a Nápoles *et al.* (2009), quienes encontraron una prevalencia de 60%, Sánchez *et al.* (2013), 62% y Mosquera (2016), 62,5%. Coincidiendo con Velázquez *et al.* (2017), la mayor frecuencia de ESP en mujeres que en hombre puede deberse a que las mujeres tienden a asistir a la consulta odontológica con mayor frecuencia que los hombres, reciben más atención odontológica; por lo tanto, se dispone de más información epidemiológica de mujeres que de hombres.

La edad promedio fue de 66 años; se encontró una prevalencia de 61,9% en el rango de entre 51 y 70 años. Este resultado coincide con Aoun y Cassia (2016), que encontraron una frecuencia de 80% entre las edades de 66-85 años.

También es similar a los hallazgos de Romero (2015), quien encontró un promedio de edad de 63 años, siendo el 50% mayor de 50 años. Holguín (2019) encontró 78% en el rango de 41-59 años. Similarmente, Benaissa *et al.* (2016) encontraron una edad promedio de 57,19 años.

En cuanto al tipo de prótesis, todos portan prótesis superior; 12 (57%) usan prótesis en ambos maxilares. Similarmente, Gutiérrez *et al.* (2013), Ley *et al.* (2010) y Loqui (2016) encontraron que la mayoría utiliza prótesis totales superiores.

La mayoría de los pacientes del estudio indicó no fumar ni consumir alcohol. Similarmente, Romero (2015) encontró que la mayoría de los pacientes incluidos en su estudio (69,3%) no tenía estos hábitos. En cambio, Ley *et al.* (2010) hallaron que el 46,8% fumaba, Vázquez *et al.* (2017), el 54%, Sánchez *et al.* (2013), el 60,5% y Malats (2019) el 58%.

En relación con la higiene bucal, 57% presentó higiene deficiente tanto de la mucosa como de la prótesis. Esto difiere de Ley *et al.* (2010), quienes hallaron que el 88,6% tenía higiene bucal deficiente y Vázquez *et al.* (2017) encontraron una frecuencia de 67,6% de mala higiene bucal.

El material de fabricación es predominantemente resina con base acrílica (90%). Esto coincide con Ley *et al.* (2010), quienes hallaron que el 61,3% era acrílica. Gutiérrez *et al.* (2013) encontraron que el 73,8% de los pacientes que portaban prótesis acrílicas. Holguín (2019) halló que el 97% de las prótesis eran a base de acrílico. Finalmente, Malats (2019) encontró que le 78% usaba prótesis acrílicas.

En referencia al estado de la mucosa, este fue evaluado como positivo (60% en promedio), indicando que la mucosa se encuentra firme. En cambio, Francisco *et al.* (2009) encontraron la mucosa normal en 39,3%. También,

Carreira y Almagro (2000) encontraron que el 70% de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada.

En relación con la ubicación, todos los casos se ubicaron en el paladar duro o blando. Esto coincide con Holguín (2019) y Carreira y Almagro (2000), que hallaron que la mayoría estaba ubicada en el paladar.

Se encontró que la 90% de los pacientes usa la prótesis de forma permanente. Coincidentemente, Francisco *et al.* (2009) encontraron que el 64% usa la prótesis de forma continua, Ley *et al.* (2010) 90,8, Gutiérrez *et al.* (2013) 74,5%, Holguín (2019) 80%, Cruz *et al.* (2019) 81,2%. Sánchez *et al.* (2013), Loqui (2016), Flores (2017), Moreno (2017) y Čanković *et al.* (2017) advierten que el uso prolongado, especialmente en la noche, es un factor etiológico del ESP.

Predominaron las condiciones satisfactorias, correctas de las prótesis. Este hallazgo coincide con Noguera y Fleitas (2005), Francisco *et al.* (2009) y Loqui (2016) y Vázquez *et al.* (2017), quienes encontraron condiciones aceptables, prótesis estaban bien ajustadas, en más del 50% de los pacientes.

Aunque se lograron los objetivos planteados en la investigación, el estudio tuvo algunas limitaciones. La muestra es más pequeña que los estudios previos realizados en Mérida: Noguera y Fleitas (2005), 59 pacientes; Rodríguez *et al.* (2007), 33 pacientes; y Serrano *et al.* (2015), 22 pacientes. También es menor que en otros estudios realizados en Latinoamérica, entre los cuales cabe destacar: Rey *et al.* (2012), Loqui (2016), Mosquera (2016), Flores (2017), Moreno (2017), Holguín (2019), Malats (2019), Carreira y Almagro (2000), Gutiérrez *et al.* (2013), Romero (2015), Bermúdez (2018), Velázquez *et al.* (2017) y Salazar (2012). Por lo tanto, futuros estudios deberían incluir un mayor número de pacientes.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Se encontró una baja prevalencia de ESP en pacientes que utilizan prótesis totales. Por ello, es importante mantener los programas de educación para la salud dirigidos a pacientes con prótesis para evaluar eficacia de las prótesis de forma inmediata y prevenir la aparición de ESP que puedan generar otras enfermedades más graves, pues los pacientes portadores de prótesis tienen más riesgo de presentar lesiones malignas y potencialmente malignas de la cavidad oral que los pacientes no portadores.
- La edad promedio de los pacientes afectados por esta patología fue de 66 años, oscilando entre 44 y 92 años, con predominio del rango 51-70 años y sexo femenino.
- El uso continuo de la prótesis, noche y día, y la higiene bucal deficiente fueron los hábitos nocivos de mayor frecuencia.
- La mayoría de los pacientes eran portadores de prótesis de resina con base acrílica, en su mayoría bien adaptadas.
- En cuanto a la ubicación, predomina la ESP ubicada en el paladar duro o blando.

6.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar más investigaciones en las que se analicen los tipos de ESP que se presentan con más frecuencia.
- Continuar realizando actividades preventivas para que la prevalencia se mantenga en porcentajes bajos, como en este estudio.
- Incluir en la ficha clínica los tipos de ESP, de modo que se pueda analizar esta variable en futuros estudios.

REFERENCIAS

- Aguirre, J. (2002). Candidiasis orales. *Rev. Iberoam. Micol.* [Internet]. [Citado 23 abril 2017], 19, 17-21 Disponible en:
<http://www.reviberoammicol.com/2002-19/017021.pdf>.
- Arias, F. (2016). *El proyecto de investigación introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme.
- Asif, A. y Tahir, J. (2011). Oral mucosal lesions in complete denture Wearers. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 21 (3): 170-173. Disponible en:
<https://www.jpap.com.pk/index.php/jpap/article/download/467/440>.
- Aoun G, Cassia A. (2016). Evaluation of denture-related factors predisposing to denture stomatitis in a Lebanese population. *Mater Sociomed.* 28(5), 392–6. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.392-396>
- Ayuso R, Torren J. y López J. (2004). Estomatitis subprotésica. Puesta al día. *Rev del Cons de Odon y Estomatól* [Internet] [citado 01abril 2017], 9(6), 657-662. Disponible en: URL:
<http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n6/puesta1.pdf>.
- Barragán Castillo, X. (2019). *Tratamiento de la estomatitis subprotésica en el adulto mayor* (Trabajo de grado). Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Benaissa, F. Z., Fouad, K. M., Sofiane, C., & Latifa, K. (2016). Stomatitis under prosthetic. Epidemiological study. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 15(6), 131-139.
- Bermúdez Espinoza, C. F. (2018). *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*. Perú, la Universidad de Huánuco.
- Boraks, S. (2004). *Por qué y cómo solicitar los exámenes complementarios. Diagnóstico bucal*. México: Editorial Artes Médicas.
- Boucher, C., Zarb, G., Bolender, C., Hickey, J., & Carlsson, G. (1994). *Prostodoncia total de Boucher*. México, D.F.: Interamericana Mc Graw Hill.

- Budtz-Jorgensen, E., Stenderup, A. y Grabowaki M. An epidemiologic study of yeasts in elderly denture wearers. *Community Dent Oral Epidemiol.* [Internet]. 1975 [citado 24 abril 2017], 3(3), 3:115-9. Disponible en: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1056815>.
- Cahn, L. (1936). The denture sore mouth. *Annals of Dentistry*, 3, 33-36.
- Calanche, I., Rivas, C. (2002). *Manual de histopatología básica para odontólogos*. Mérida. Venezuela. Centro Editorial Litorama.
- Čanković, M., Bokor-Bratić, M., Marinovski, J., & Stojanović, D. (2017). Prevalence and possible predictors of the occurrence of denture stomatitis in patients older than 60 years. *Vojnosanitetski pregled*, 74(4), 311-316.
- Cañas, L., Castellanos, A. (2009). *Efectividad terapéutica del gel de aloe vera en el tratamiento de la Estomatitis Sub protésica en pacientes portadores de prótesis total bimaxilar. 2009* [tesis]. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Carballo, M. M. R., Berenguer, R. M. G., Rodríguez, A. B., Fonseca, A. L. R., & Morell, R. A. S. (2019). Algunos factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. *MULTIMED*, 23(2).
- Cardozo, E. y Pardi, G. (2002). Mecanismos de defensa del hospedero en estomatitis sub-protésica inducida por candida. *Acta Odontol. Venez.* 40(3), 297- 300. [Internet]. [citado 15 marzo 2017], 40(3), 297- 300. Disponible en: URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000300010
- Carreira, V., y Almagro, Z. (2000). La Estomatitis Subprótesis en pacientes desdentados totales. *Rev. Cub. Estomato.*, 37(3). Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000300001.
- Catalán, A., Pacheco, J., Martínez, A. y Mondaca, M. (2008). In vitro and in vivo activity of *Melaleuca alternifolia* mixed with tissue conditioner on *Candida albicans*. *Oral surgery Oral medical Oral pathology Oral Radiology Endodontic*, 105, 327-332.
- Ceccotti, E. (1993). *Clínica estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones*. Buenos Aires: Panamericana.

- Corona, M., Arias, Z., González, W., Núñez, L., y Miniet, E. (1993). Eficacia del enjuagatorio con té de Vimang en la estomatitis subprotésica. *Rev. Cub. Estomato*. [Internet] [citado 05 abril 2017], 43(4). Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_04_06/est03406.html.
- Cruz Sixto, D., Sixto, P., Javier, A., Perdomo Acosta, A. D., Camejo, G., de la Caridad, D., ... & Susel, M. (2019). Behavior of sub-prosthetic stomatitis in patients at "Hermanos Cruz" polyclinic. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 15(2), 240-250.
- Asociación Médica Mundial (2000). Declaración de Helsinki. *Principios éticos para las investigaciones Médicas en seres humanos*. (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia). Disponible en <http://repositorio.mederi.com.co/bitstream/handle/123456789/386/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf?sequence=1>
- Del Hoyo Rodríguez, L., Borges, A. M. G., Pérez, S. B., & García, E. A. (2016). Estomatitis subprótesis y sus diferentes etiologías. *Universidad Médica Pinareña*, 12(1), 81-87.
- Díaz, Y., Martell, I., Zamora, J. (2007). Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev. Cub Estomato*. [Internet]. [citado 06 marzo 2017]; 44(3). Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002.
- Elsevier Mosby (2009) *Diccionario de Odontología* (2da ed.) Barcelona, España: Editorial Elsevier.
- Figuero, E., Bascones, A., Esparza, G. (2005). Úlceras orales. *Med. Clinica*. [Internet]. [Citado 20 febrero 2017]: 125(15). Disponible en: URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1325772>.
- Fisher, A. (1956). Allergic sensitization of skin and oral mucosa to acrylic resin denture materials. *Jour. of Prosth. Dent.* [Internet]. [citado 14 abril 2017], 6, 593-597. Disponible en: URL: [http://www.thejpd.org/article/0022-3913\(56\)90003-8/abstract](http://www.thejpd.org/article/0022-3913(56)90003-8/abstract).

- Flores Enríquez, A. E. (2017). *Prevalencia de estomatitis subprotésica en la mucosa bucal de pacientes con prótesis total superior pertenecientes al Centro de Referencia Manuela Sáenz periodo 2016* (tesis), Quito: Universidad Central de Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/9488/1/T-UCE-0015-581.pdf>
- Francisco, A., González, Y., Sexto, N., Vázquez de León, A. (2009). Estomatitis sub- prótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. [Internet]. [citado 2 abril 2017]; 7(1). Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020302004>.
- Giuliana, G, Pizzo, G, Milici, M, Giangreco, R. (1999). In vitro activities of antimicrobial agents against Candida species. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod Pal*. [Internet] [citado 05 abril 2017], 87(1), 44-9. Disponible en: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9927079>.
- Giunta, J. (1991). *Patología bucal* (3ra ed.). México. Interamericana Mcgraw – Hill.
- Granado Martínez, I. I., Pérez Guerra, Y., & Pérez Guerra, Y. T. (2019). Factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. *Clínica de Especialidades, Bayamo*. 1er Semestre. 2017. *Multimed*, 23(2), 243-254.
- Gutiérrez, C.; Bustos, L.; Sánchez, M.; Zaror L.; Zambrano M. (2013). Estomatitis Subprotésica en pacientes de la IX región, Chile. *Int. J. Odontostomat.*, [Internet] [citado 17 abril 2017]; 7(2), 207-213. Disponible en: URL: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v7n2/art08.pdf>.
- Henning, M., Perrone, M. (2001). Factores determinantes de patogenicidad en relación a la ecología de *Candida albicans* en cavidad bucal. Revisión bibliográfica. *Acta odontol. Venez.* [Internet]. [Citado 23 marzo 2017], 39(2). Disponible en: URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652001000200010&script=sci_arttext.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (5ta. ed.). México D.F: Editorial McGraw Hill.
- Herrera, I., Osorio M. (2005). Revisión bibliográfica sobre estomatitis subprótesis. *Rev Habanera Cienc Méd* [Internet]. 2005 [citado 29 marzo 2017], 4(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180417676004>.

- Holguín Limones, A. D. (2019). *Prevalencia de estomatitis subprotésica* (tesis). Guayaquil, Ecuador, Universidad de Guayaquil.
- Jiménez, C. (2007). Lesiones ulcerativas. *Acta odontol. Venez.* [Internet]. 2007. [Citado 10 marzo 2017], 45(3). Disponible en: URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652007000300032&script=sci_arttext.
- Kabawat M, de Souza RF, Badaro MM, de Koninck L, Barbeau J, Rompre P, *et al.* (2014). Phase 1 clinical trial on the effect of palatal brushing on denture stomatitis. *The International Journal of Prosthodontics*, 27(4), 311-9
- Laguna Pino, M. (2019). *Presencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores portadores de prótesis total del Albergue de Canevaro, Lima-2018*. Trabajo de grado. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener
- Lazarde, J. (2001). Estomatitis Sub-protésica. *Acta Odontol. Venez.*, 39(3), 9-17. Disponible en: URL: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/estomatitis_subprotesica.asp
- Ley Sifontes, L., Silva Martínez, Y., Puig Capote, E., Nápoles, I. D. J., & Díaz Gómez, S. M. (2010). Comportamiento de la estomatitis subprotésica. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(1).
- Ley, L., Silva, Y., Martín, O., Paz, E., Landrián, C. (2008). Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis sub-prótesis grado I y II. *Rev. Méd Camagüey* [Internet]. [citado 14 abril 2017], 12(3): [aprox. 18 p.]. Disponible en: URL: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n3/amc05308.htm>.
- Lobos, N. (1995). *Citología Exfoliativa. Patología de la mucosa oral*. España: Publicaciones Técnicas Mediterráneas.
- Loqui Carrasco, J. M. (2016). *Prevalencia de lesiones de la mucosa por el uso de la prótesis total mal adaptadas en pacientes atendidos en la Clínica USCG 2016*. Ecuador, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Malats Pacheco, J. A. (2019). *Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis parcial y total UCSG semestre A-2019*. Ecuador, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

- Martínez, A., Gallardo, I., Cobos, M., Caballero, J., Bullón, P. (2008). La Leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. *Avances en Odonto-Estomatología*. [Internet] [Citado 26 febrero 2017], 24(1). Disponible en:
URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021312852008000100003&script=sci_arttext.
- Martins, K. V., & de Lacerda Gontijo, S. M. (2017). Treatment of denture stomatitis: literature review. *Rev Bras Odontol*, 74(3), 215-220.
- Maura, I. y Flores, S. (1987) *Esquemas clínico-visuales en patología bucal*. Barcelona, España. Doyma.
- Miliani, R. y Vielma, J. (2007). *Prótesis Parciales Removibles. Diseño y Práctica Clínica: una relación exitosa*. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes.
- Moreira, E., Berna, I. A., Rodríguez, P. (1984). Estudio clínico histopatológico de la Estomatitis Sub-prótesis. *Rev Cub Estomatol*, 6(21), 189-97.
- Moreno Espín, D. S. (2017). *Prevalencia de estomatitis subprotésica en personas adultos mayores del Distrito Metropolitano de Quito, distrito sur* (Trabajo de grado). Quito: Universidad Central de Ecuador.
- Mosquera Cisneros, V. L. (2016). *Prevalencia de estomatitis subprotésica asociada a *Candida albicans* en pacientes portadores de prótesis total superior en asilos del Valle de Los Chillos, en el período 2015-2016* (trabajo de grado). Quito: Universidad de las Américas.
- Mulet, M., Hidalgo, S., Díaz, S. (2006). Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet] [citado 20 marzo 2017], 10(5). Disponible en:
URL:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500005.
- Muñoz, P., Mulero, J. (2005). Protocolo diagnóstico del paciente con aftas/úlceras orales recurrentes. *Protocolos de Práctica Asistencial Médica* [Internet]. [Citado 10 marzo 2017], 9(31), 2073-2076 Disponible en: URL: <http://www.trainmed.com/trainmed2/contentFiles/6350/es/62v9n31a13075502pdf001.pdf>.

Nápoles ID, Díaz SM, Puig E, Casanova Y. (2009). Prevalencia de la estomatitis subprótesis. *AMC* [Internet], 13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100003&lng=es.

Noguera, G. y Fleitas, A. (2005). Frecuencia de estomatitis sub-protésica en pacientes portadores de dentaduras totales. *Rev. Odontol. Los Andes*, 1(1), 13-27. Disponible en: URL: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24811/2/articulo2.pdf>

Ochsenius, G., Ormeño, A., Godoy, L., Rojas, R. (2003). Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer de labio en pacientes chilenos. Correlación clínico-histológica. *Rev. méd. Chile* [Internet]. [Citado 11 Febrero 2017], 131(1) Disponible en: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000100009&script=sci_arttext.

Pardi, G., Cardozo, E. (2003). Relación entre la placa dental y la estomatitis sub-protésica. *Acta odontol. Venez.* [Internet][citado 26 marzo 2017], 41(1). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2003/1/placa_dental_estomatitis_sub_protetica.asp.

Philip, J., Eversole, L., Wysocki, G. (1998). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Madrid. España: Harcourt.

Ramírez Carballo, M. M., Gómez Berenguer, R. M., Bravet Rodríguez, A., Reyes Fonseca, A. L., & Salso Morell, R. A. (2019). Algunos factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. *Multimed*, 23(2), 207-219.

Regezi, J., Sciubba, J. (2000). *Patología* (3ra ed.). México: Interamericana McGraw Hill.

Rey Ordóñez, D. L. (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* (Trabajo de grado). Quito. Universidad Central de Ecuador.

Ríos Dueñas, M. R. (2014). *Estomatitis subprótesis, prevalencia de candidiasis oral y comparación de su resolución con o sin el empleo de antimicóticos*. Tesis Doctoral. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Rocafuerte, M., Refulio, Z., Huamani, J. (2014). Estomatitis subprotésica: a propósito de un caso clínico. *Revista Odontología Sanmarquina* [Internet]. 2014 [citado 20 marzo 2017], 11(2), 180-3. Disponible en: URL: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/FINAL-Kiru-11-2-v-p78-81.pdf.
- Rodríguez, J., Miranda, J., Morejón, H., Santana, J. (2002). Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. *Rev Cub. Estomatol.* [Internet]. 2002. [Citado 22 abril 2017], 39(2). Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072002000200007&script=sci_arttext.
- Rodríguez, V., Arellano, L., Zambrano, R., & Roldán, M. T. (2007). Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, estado Mérida. *Revista odontológica de los Andes*, 2(1), 31-36.
- Rojas, L. (2008). *Especies del género Cándida implicadas en estomatitis subprotésica de pacientes del Departamento de Odonto-estomatología del Centro Médico Naval "CMST"-2007* [tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Romero Astorga, N. N. (2015). *Prevalencia y manejo de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles, universidad Andrés Bello sede Concepción. 2012-2015* (Tesis doctoral). Chile: Universidad Andrés Bello.
- Salazar A. (2012). *Determinación del tipo de estomatitis Subprotésica más común, según la clasificación de Newton, y la frecuencia de sobreinfección por Cándida en cada tipo; el rango de edad y género predominantes, en pacientes en pacientes que utilizan prótesis removibles-totales y parciales-y su respuesta a dos diferentes métodos terapéuticos: instrucciones de higiene oral y protésica con o sin antimicóticos tópicos; en tres diferentes hogares de ancianos del municipio de Guatemala. 2012* [tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. [Internet]. [citado 12 marzo 2017]; Disponible en: URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_2111.pdf
- Sánchez, C. (1989). *Patología clínica y terapéutica estomatológica*. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes.

- Sánchez, M., Reyes, D., Arias, R., Rondón, E. (2013). Estomatitis sub-protésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. *MEDISAN*. [Internet] [citado 18 abril 2017]; 17(11), 8057-66.
- Serrano, M., Chabot, L., Díaz de Villabona, N., Díaz, A., & Libreros, D. (2015). Presencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis totales en la población de los nevados, Estado Mérida, Venezuela. *Rev. Venez. Invest. Odont*, 3(1), 48-57.
- Sharma, A. (2019). Oral candidiasis: An opportunistic infection: A review. *Int. J. Applied Dent. Sci*, 5, 23-27.
- Sharry, J. (1962). *Prostodoncia dental completa*. Barcelona. España. Ediciones Toray, S.A.
- Sotomayor, C. J., Pineda, M., Gálvez, C. L. y Castillón, A. (2002). Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. *Revista Odontología Sanmarquina*, 1(10), 17–22.
- Toche, P., Salinas, J., Guzmán, M., Afani, S., Jadue, N. (2007). Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial. *Rev. Chil. Infectol.* [Internet][Citado 24 febrero 2017]; 24(3). Disponible en: URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v24n3/art07.pdf>.
- Vázquez De León, A. G., Palenque Guillemí, A. I., de Oca, M. M., de Jesús, T., Bermúdez Morales, D. C., Pedraza, B., & de Jesús, T. (2017). Caracterización de pacientes portadores de estomatitis subprótesis. *MediSur*, 15(6), 792-799.
- Velázquez, A., Florentín, G. D., & Defazio, D. J. (2017). Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 4(1), 45-50.
- Vera Zambrano, J. (2019). *Prevalencia de patologías bucales asociadas al uso de prótesis removibles en pacientes adultos* (Trabajo de grado). Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Winklers, J., (2004). *Prostodoncia total*. México, D.F. Limusa Noriega Editores.

APÉNDICE

www.bdigital.ula.ve

Apéndice 1

Hoja de tabulación de los datos

www.bdigital.ula.ve

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1		Ed														
2	Código		Género	Situación Laboral	E. Civil	Procedencia	Zona de residencia	Nivel educativo	Con quién vive	Nivel socio económico	Hábito de alcohol	Fuma	Cuántos cigarrillos	Está bajo Tx farmacológico	Última visita al dentista	Cuántas veces al día cepilla sus prótesis
3	01.69.91	56	2	3	2	1	1	3	2	1	0	0	0	1	2	3
4	01.71.25	44	2	3	1	2	1	1	2	2	0	0	0	0	0	2
5	01.72.31	53	2	3	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	0	2
6	01.71.61	53	2	2	3	2	2	1	2	1	1	0	0	0	3	3
7	01.70.44	56	2	3	2	1	1	2	2	2	0	0	0	0	3	2
8	01.72.83	56	2	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	0	2	3
9	01.72.15	58	2	3	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	2	2
10	01.70.26	59	2	3	2	2	1	1	2	2	0	0	0	0	2	3
11	01.72.62	61	2	3	2	1	1	1	2	1	0	1	1	0	3	3
12	01.71.46	62	2	3	4	1	1	2	2	2	0	1	1	1	2	3
13	01.70.83	63	2	1	1	1	1	3	2	2	0	1	2	1	2	3
14	01.71.62	63	2	3	2	1	1	1	2	2	0	2	1	0	3	3
15	01.01.66	64	2	3	2	3	1	1	2	2	0	0	0	1	3	2
16	01.70.54	65	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	0	3
17	01.71.44	72	2	3	4	1	1	0	2	2	0	1	1	1	3	2
18	01.71.22	75	2	3	4	1	1	1	1	3	0	1	1	1	3	3
19	01.72.37	80	1	1	2	2	1	3	2	3	0	0	0	0	3	2
20	01.70.52	81	2	3	4	1	1	1	2	2	0	0	0	1	3	3
21	01.72.16	83	2	3	2	1	1	1	2	1	0	1	1	0	2	2

ANEXOS
www.bdigital.ula.ve

www.bdigital.ula.ve

Anexo 1

Ficha clínica de la Cátedra de Dentadura Totales de la FOULA



HISTORIA CLÍNICA

FECHA _____	HISTORIA N° _____
APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____	
C.I. _____ EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____	
TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____	
ESTUDIANTE: _____ PROFESOR: _____	

I. MOTIVO DE LA CONSULTA:

II. ENFERMEDAD ACTUAL: (En relación con el motivo de la consulta)

III. ANTECEDENTES FAMILIARES: (Marque con una "X" el recuadro correspondiente según la respuesta).

1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ESPECIFIQUE _____ 2. ENFERMEDADES RENALES 3. NEUROPSICOPATÍAS 4. ENF. METABÓLICAS Y ENDOCRINAS (DIABETES, HIPER O HIPOTIROIDISMO) 5. DISCRASIAS SANGUÍNEAS 6. ENFERMEDADES ALÉRGICAS	SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. FIEBRE REUMÁTICA 8. ARTRITIS REUMATOIDEA 9. CÁNCER 10. ENF. INFECCIOSAS 11. ENF. DE TRANSM. SEXUAL 12. OTRO ESPECIFIQUE _____	SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--	--

IV. ANTECEDENTES PERSONALES: (Marque con una "X" el recuadro correspondiente según la respuesta. Usted puede hacer comentarios sobre la respuesta).

1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ESPECIFIQUE _____ 2. ENFERMEDADES RENALES	SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. ENFERMEDADES ALÉRGICAS 8. ADENOPATÍAS 9. CÁNCER	SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---	---	--	---	---

- 3. ENF. METABÓLICAS Y ENDOCRINAS (DIABETES, HIPER O HIPOTIROIDISMO)
- 4. DISCRASIAS SANGUÍNEAS
- 5. FIEBRE REUMÁTICA
- 6. ARTRITIS REUMATOIDEA

SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	10. ENF. INFECCIOSAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	11. ENF. DE TRANSM. SEXUAL	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	12. OTRO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE _____		

ANTECEDENTES PERSONALES: (Continuación).

13. CEFALEA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	19. TRASTORNOS DE LA AUDICIÓN	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
14. CONVULSIONES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	20. INTERVENC. QUIRÚRGICAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
15. PARESTESIAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	21. TRAUMAS POR ACCIDENTES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
16. EDEMA DE MIEMBROS INF.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	22. FRACTURAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
17. ERUPCIONES EN LA PIEL	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	23. ACCIDENTES DE TRÁNSITO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
18. ICTERICIA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	24. OTRO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____

V. DATOS CLÍNICOS SELECCIONADOS: (Marque con una "X" el recuadro correspondiente según la respuesta. Usted puede hacer comentarios sobre la respuesta).

1. ¿HA SIDO USTED EXAMINADO POR SU MÉDICO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN SU SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿SANGRA USTED POR LARGO TIEMPO CUANDO SE CORTA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4. ¿HA PERDIDO USTED DE PESO SIN HACER DIETA DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
5. ¿HA ESTADO USTED GRAVEMENTE ENFERMO?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
6. ¿HA ESTADO USTED HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
7. ¿POSEE USTED MARCAPASOS?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
8. ¿LE HAN HECHO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
9. ¿HA SUFRIDO O SUFRE USTED DE ASMA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
10. ¿HA TENIDO USTED ALGUNA REACCIÓN RARA ANTE EL USO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- ASPIRINA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- PENICILINA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- YODO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- SULFONAMIDAS (SULFAS)	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- BARBITÚRICOS (PÍLDORAS PARA DORMIR)	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
- OTROS MEDICAMENTOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
11. ¿SUFRE USTED ALGÚN TRASTORNO VISUAL?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
12. ¿SUFRE USTED DE SINUSITIS?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
13. ¿SUFRE USTED DE HEMORRAGIAS NASALES?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
14. ¿SIENTE USTED DOLOR EN EL PECHO CUANDO REALIZA UN ESFUERZO MODERADO?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
15. ¿TIENE USTED UNA TOS PERSISTENTE?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
16. ¿TOSE USTED ALGUNAS VECES CON SANGRE?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
17. ¿TIENE USTED ALGUNA DIFICULTAD PARA TRAGAR?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
18. ¿SUFRE USTED DE INDIGESTIÓN FRECUENTE?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
19. ¿VOMITA USTED CON FRECUENCIA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
20. ¿ORINA USTED MÁS DE SEIS VECES AL DÍA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
21. ¿ESTÁ USTED SIEMPRE SEDIENTO?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
22. ¿TIENE USTED TENDENCIA A DESMAYARSE?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
23. ¿SE LE PRODUCEN MORETONES O MAGULLADURAS DURAS CON FACILIDAD?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
24. ¿TIENE USTED ALGÚN DESORDEN EN LA SANGRE, TAL COMO LA ANEMIA?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

25. ¿SE CANSA USTED FÁCILMENTE?
 26. MUJERES: ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA?
 27. MUJERES: ¿ESTÁ USTED TOMANDO PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS ACTUALMENTE?
 28. MUJERES: ¿SUFRE USTED DE DESARREGLOS MENSTRUALES?

SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

RESUMA LAS CONCLUSIONES SOBRE LAS RESPUESTAS POSITIVAS REFERENTES A LA HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE

1. ¿ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO U ODONTOLÓGICO ACTUALMENTE?
 ESPECIFIQUE SÍ NO
2. ¿CREE USTED QUE SUS DIENTES ESTÁN AFECTANDO SU SALUD EN ALGUNA FORMA? SÍ NO
3. ¿ESTÁ USTED SATISFECHO CON LA APARIENCIA DE SUS DIENTES? SÍ NO
4. ¿SE SIENTE USTED NERVIOSO O INTRANQUIL CUANDO VA A RECIBIR TRATAMIENTO DENTAL? SÍ NO
5. ¿HA TENIDO USTED ALGUNA REACCIÓN AL ANESTÉSICO DENTAL (MAREOS, DESMAYOS, DOLOR DE CABEZA)? SÍ NO
6. ¿HA TENIDO RECIENTEMENTE DOLOR EN SU DENTADURA? SÍ NO
7. ¿LE SANGRAN A USTED LAS ENCÍAS? SÍ NO
8. ¿SIGUE USTED CONTROLES DENTALES REGULARES?
 ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SÍ NO
9. ¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO?
10. ¿USA USTED CEPILLO DENTAL?
 ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SÍ NO
11. ¿QUÉ TIPO DE CEPILLO USA? BLANDO MEDIANO DURO
12. ¿USA HILO DENTAL?
 ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SÍ NO
13. ¿UTILIZA USTED OTROS MEDIOS PARA LOGRAR SU HIGIENE BUCAL?
 ¿CUÁLES MEDIOS UTILIZA Y CON QUÉ FRECUENCIA? SÍ NO
14. ¿CUÁL ES SU DIETA NORMAL?
15. ¿CONSUME USTED ALIMENTOS CON AZÚCAR?
 ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SÍ NO
16. ¿LE HAN REALIZADO EXODONCIAS?
 ¿POR QUÉ? SÍ NO
17. ¿TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN DESPUÉS DE LA EXODONCIA?
 ¿QUÉ TIPO DE COMPLICACIÓN? SÍ NO
 HEMORRAGIA INFECCIÓN CICATRIZACIÓN TARDÍA
18. ¿LE HAN REALIZADO TRATAMIENTO DE ORTODONCIA?
 ¿CUÁNDO? SÍ NO
19. ¿LE HAN REALIZADO TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS?
 ¿CUÁNDO? _____ ¿EN CUÁLES DIENTES? _____ SÍ NO
20. ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PERIODONTAL?
 ¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO? SÍ NO
 TARTRECTOMÍA CIRUGÍA OTRO
 ESPECIFIQUE (FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO) Hace un año
21. ¿USA O HA USADO PRÓTESIS DENTAL?
 ¿QUÉ TIPO DE PRÓTESIS? SÍ NO
 TOTAL REMOVIBLE FIJA
22. ¿ESTÁ SATISFECHO CON EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO RECIBIDO? SÍ NO

- ¿POR QUÉ?
23. ¿PRESENTA USTED PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA QUE LE IMPIDAN O LIMITEN LAS FUNCIONES SIGUIENTES?:
 MASTICACIÓN DE ALIMENTOS BLANDOS MASTICACIÓN DE ALIMENTOS DUROS SONRISA Y/O RISA A CARCAJADAS SÍ NO
24. ¿MASTICA USTED DE UN SOLO LADO?
 25. SI MASTICA DE UN SOLO LADO, LA RAZÓN SE DEBE A:
 SENSIBILIDAD DENTAL DOLOR EN LA ATM DERECHA DOLOR EN LA ATM IZQUIERDA
 AUSENCIA DE DIENTES OTRAS CAUSAS
26. ¿TIENE USTED DIFICULTAD PARA ABRIR Y/O CERRAR LA BOCA?
 27. ¿APRIETA O "RECHINA" LOS DIENTES?
 ¿CUÁNDO?
 SÍ NO NO SABE
28. ¿SIENTE USTED SONIDOS EN UNA O AMBAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES?
 ¿CUÁNDO?: AL ABRIR LA BOCA AL CERRAR LA BOCA
 AL MASTICAR AL BOSTEZAR SÍ NO
 AL REIR
29. ¿SUFRE USTED DE DOLORES DE CABEZA?
 ¿CON QUÉ FRECUENCIA?
 ESPECIFIQUE EL CICLO DEL DOLOR:
 PERSISTENTE RECURRENTE ESPORÁDICO
30. ¿TIENE USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS?:
 MORDERSE LAS UÑAS MORDERSE O CHUPARSE LOS LABIOS
 CONSUME DROGA ALUCINOGENAS SÍ NO MORDER FÓSFOROS, PALILLOS, LÁPICES O PIPAS RESPIRAR POR LA BOCA
 CONSUME TABACO SÍ NO ABRIR OBJETOS CON LOS DIENTES PRESIONAR LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES
 CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS SÍ NO OTROS ESPECIFICAR _____
 PREFERENCIAS SEXUALES: HETEROSEXUAL HOMOSEXUAL BISEXUAL OTROS

VI. SIGNOS VITALES:

PRESIÓN SANGUÍNEA: _____ PULSO: _____ TEMPERATURA: _____
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____

VII. HISTORIA ODONTOLÓGICA: (Marque con una "X" el recuadro correspondiente según la respuesta).

RESUMA LAS CONCLUSIONES SOBRE LAS RESPUESTAS POSITIVAS REFERENTES A LA HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

DOY FE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERÍDICA Y COMPLETA.

FIRMA DEL PACIENTE _____

VIII. EXAMEN CLÍNICO:

EXPLORACIÓN EXTRAORAL E INTRAORAL:

- Piel: _____
- Cabeza: _____
- Cara: _____
- Cuello: _____
- Labios: _____
- Mucosa labial y bucal: _____
- Lengua Tamaño: grande _____ mediana _____ pequeña _____
- Piso de la boca: _____

- Paladar duro y blando: _____

www.bdigital.ula.ve

- Orofaringe: _____

- Flujo salival: Viscosidad serosa _____ mucosa _____

Abundante _____ normal _____ escasa _____

IX.- FICHA DE EVALUACION PERIODONTAL

1.- EVALUACIÓN DE LA ENCÍA:

▪ **COLOR:**

▪ **CONSISTENCIA:**

▪ **CONTORNO:**

▪ **TEXTURA:**

▪ **GROSOR:**

▪ **ANCHO DE LA ENCÍA INSERTADA:**

▪ **POSICIÓN:**

2.- SANGRAMIENTO:_____ CEPILLADO:_____ ESPONTÁNEO:_____ OTROS:_____

3.- HALITOSIS: _____

4.- SENSIBILIDAD:

**CLINICA INTEGRAL DEL ADULTO III
PERIODONCIA**

FICHA DE CONTROL DE PLACA/O'LEARY

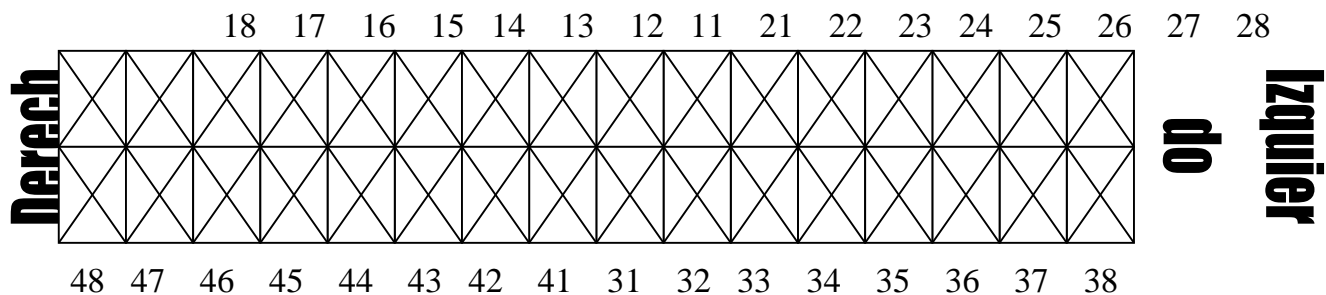
Apellidos: _____ Nombres: _____

N° de superficies con placa

INDICE = ----- x 100 = %
 N° total de superficies registradas

Primer Registro de Placa:

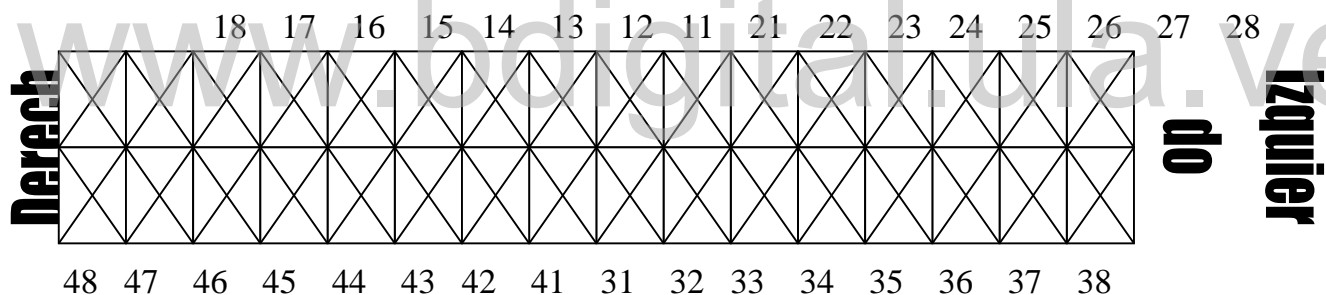
Fecha: _____
 Día Mes Año



Segundo Registro de Placa:

Fecha: _____
 Día Mes Año

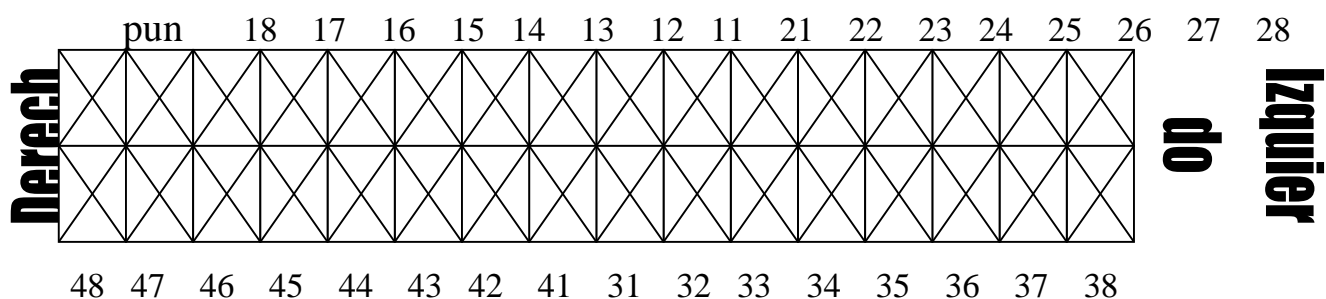
INDICE = ----- = %



Tercer Registro de Placa:

Fecha: _____
 Día Mes Año

INDICE = ----- = %



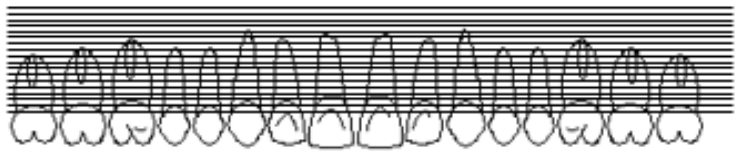
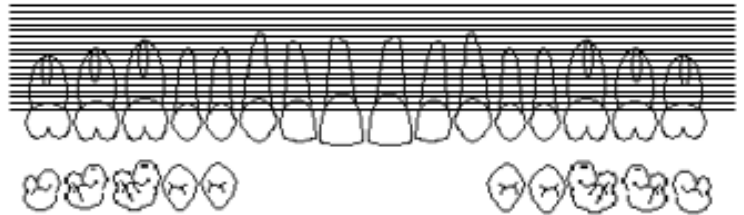
CLAVES PARA EXAMEN

1. Dibujar en rojo el contorno gingival, acentuando las alteraciones: inflamación Hiperplasia, recesión, etc.
2. marcar con puntos la profundización de los sacos patológicos, unirlos con la línea negra continua.
3. Caries presentes en rojo
4. cavidades abiertas con obturaciones provisionales: en negro y rojo
5. restauraciones y obturaciones presentes en azul.
6. restauraciones y obturaciones defectuosas o con recidiva: azul con borde rojo
7. piezas dentarias ausentes: raya vertical azul
8. diente para tratamiento endodóntico: dibujar conducto en rojo, tratamiento realizado en azul
9. bifurcación, trifurcación, acentuar en azul la zona afectada.
10. Movilidad horizontal I, II, III y vertical IV
11. Indicar exudado, con la inicial Pus y Sangrado
12. Absceso periodontal ○
13. fistula periodontal o
14. intrusión, extrusión, inclinación, rotación. Indicado con una flecha en el recuadro correspondiente según la dirección del diente.
15. Cuspide, embolo, indicar en azul la cúspide correspondiente
16. rebordes marginales desiguales
17. contactos prematuros evidentes. Acentuar en azul la cúspide correspondiente
18. Attrición (AT) Abrasión (A) Erosión (E) Absfracción (ABS)
19. diastema ||
20. contacto sobre las coronas afectadas
21. Empaquetamiento de alimentos E
22. Diente ausente | (en Azul)
23. Diente por extraer X en rojo
24. sobreobtusión gingival ▲ ▼
25. Puente fijo —
26. Removible:) (
27. Prótesis defectuosa PD
28. espacio cerrado △

OBSERVACIONES: Indicar las alteraciones en la zona del diente afectada: Bucal, oclusal o lingual. Las letras o signos explicativos deben ir en el cuadro correspondiente a cada diente.

DIENTES SUPERIORES

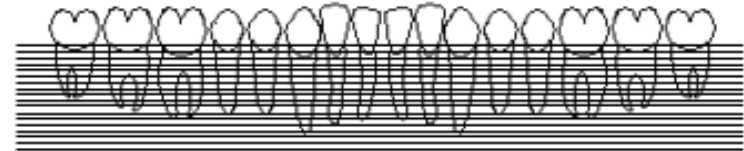
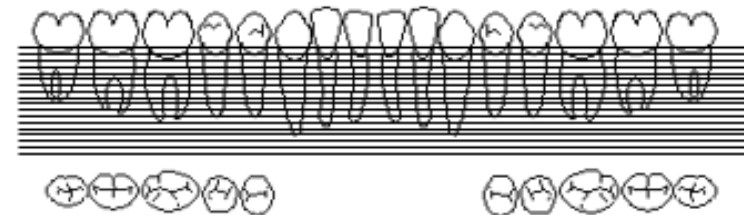
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

DIENTES INFERIORES

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

5.-DIAGNOSTICO:

6.-PRONOSTICO (general e individual):

7.-PLAN DE TRATAMIENTO (fases):

www.bdigital.ula.ve

AUTORIZADO POR: _____ **FECHA:** _____

OBSERVACIONES: _____

X. INFORME RADIOLÓGICO:

Zona	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS
18 17	
16 15 14	
13	
12 11	

Zona	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS
21 22	
23	
24 25 26	www.bdigital.ula.ve
27 28	

Zona	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS
38 37	
36 35 34	
33	www.bdigital.ula.ve
32 31	

Zona	HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS
41 42	
43	
44 45 46	www.bdigital.ula.ve
47 48	

XI. EXAMEN DE LA OCLUSIÓN:

1. **Frémitus:** _____

2. **Oclusión:** Normoclusión Clase II Clase III Abierta: Anterior
 Posterior: Derecha
 Izquierda
 A Tope: Anterior Cruzada: Anterior
 Posterior: Derecha Posterior: Derecha
 Izquierda Izquierda

3. **Sobremordida:** Horizontal _____ mm Vertical _____ mm

4. **Desviación de la línea media dental:** Ninguna Hacia la derecha Hacia la izquierda

5. **Dimensión Vertical** Normal _____ Aumentada _____ Disminuida _____

Espacio Libre: D.V.R. _____ D.V.O. _____ = _____ mm.

6. **Incluya en un círculo los contactos prematuros en relación céntrica.**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

7. **Deslizamiento en céntrica:** Anterior (> DE 2 mm) Derecha Izquierda

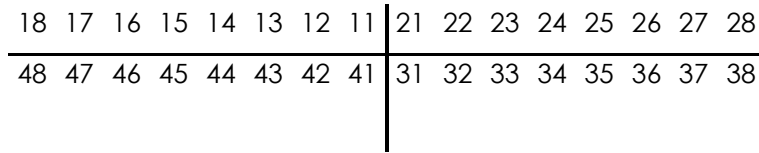
8. **Incluya en un círculo los contactos en máxima intercuspidadación.**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

9. **Incluya en un círculo las interferencias en lateralidad.**

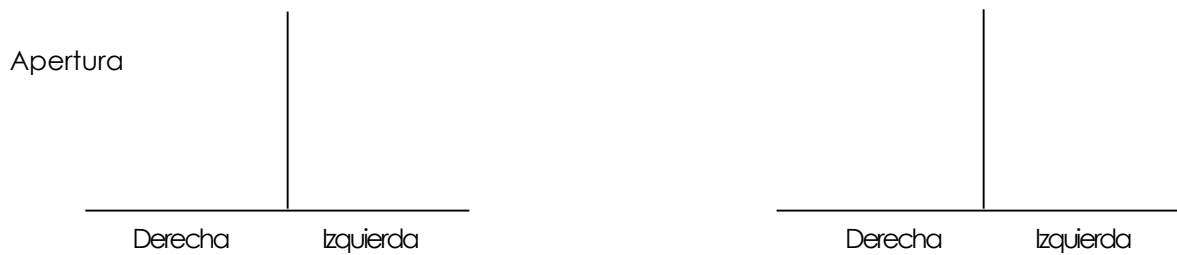
Derecho								Izquierdo							
Trabajo				Balanceo				Balanceo				Trabajo			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

10. Incluya en un círculo las interferencias en el movimiento protrusivo.



11. Guía oclusal: Función de grupo Guía canina Guía incisiva

12. Patrón de máxima apertura:



www.bdigital.ula.ve

13. Movimientos límites:

Máxima apertura _____ mm

Máxima lateralidad derecha _____ mm

Máxima lateralidad izquierda _____ mm

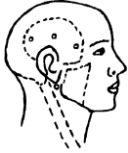


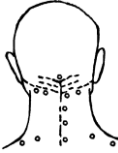
Máxima protrusión _____ mm

14. Presencia de dolor articular:

	Máx. apertura	Máx. lateralidad derecha	Máx. lateralidad izquierda	Máx. protrusión
Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XI EXAMEN MUSCULAR Y ARTICULAR:

A. Palpación de los músculos extraorales: (Use una presión de 1 kg. Marque el código en el sitio correspondiente utilizando la siguiente escala para medir el dolor: 0 = Ausencia de dolor/presión solamente; 1 = Dolor leve; 2 = Dolor moderado; 3 = Dolor severo).

	Der.	Izq.	
1. Temporal posterior (detrás de la sien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>Temporal/ Digástrico posterior</p>
2. Temporal medio (centro de la sien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Temporal anterior (delante de la sien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>Masetero/ Digástrico anterior</p>
4. Origen del masetero (debajo del arco zigomático)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Cuerpo del masetero (en la mejilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Inserción del masetero (carrillo/línea mandibular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Región mandibular posterior (estilohiideo/digástrico post.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esternocleidomastoideo
8. Región submandib. (pteroideo medio/suprah./digástrico ant.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 <p>Musculatura posterior del cuello</p>
9. Esternocleidomastoideo (a lo largo de todo el músculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Musculatura posterior del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B. Palpación de los músculos intraorales:

(Use una presión de 0,5 kg. Marque el código en el sitio correspondiente utilizando la siguiente escala para medir el dolor: 0 = Ausencia de dolor/presión solamente; 1 = Dolor leve; 2 = Dolor moderado; 3 = Dolor severo).

1. Área del pterigoideo lateral (por encima de los molares sup.)
2. Tendón del temporal (tendón)

Der.	Izq.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C. Región articular: (Use una presión de 0,5 kg.).

1. Polo lateral (por la parte externa)
2. Inserción posterior (dentro del oído)

Der.	Izq.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pterigoideo lateral



D. Evaluación de sonidos articulares: (Marque con una "X" el recuadro correspondiente de acuerdo al tipo de sonido).

1. Sonidos en la ATM derecha:

	Ninguno	Clic	Crépitus marcado	Crépitus fino
En apertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cierre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateralidad derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateralidad izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protrusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. Sonidos en la ATM izquierda:

	Ninguno	Clic	Crépitus marcado	Crépitus fino
En apertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cierre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateralidad derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateralidad izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protrusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATM

XIII. MODELOS DE DIAGNÓSTICO:

1. ARCOS:

Superior:

- Forma _____
- Simetría _____

Inferior:

- Forma _____
- Simetría _____

2. ESPACIOS EDÉNTULOS:

- Dientes ausentes _____
- Grado de reabsorción del reborde _____
- Clasificación de Kennedy: Superior _____
Inferior _____

3. EVALUACIÓN DE LOS DIENTES:

- Tamaño de las coronas _____
- Giroversiones _____
- Extrusiones _____
- Facetas de desgaste _____
- Rebordes marginales desiguales _____
- Cúspides émbolo _____
- Contactos prematuros evidentes _____
- Forma de las coronas _____
- Migraciones _____
- Inclínados _____

4. RELACIONES INTERMAXILARES:

- Relaciones de los rebordes _____
- Espacio disponible para los dientes _____
- Espacio disponible para los apoyos _____

XIV. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

XV. **DIAGNÓSTICO:** (INDIQUE CON UNA "P" O UNA "D" SI ES PROVISIONAL O DEFINITIVO)

XVI. **PRONÓSTICO:**

XVII. **FICHA DE DISEÑO PARA CORONAS Y PUENTES FIJOS:**

1. **Coronas:**

- Tipo de corona _____
- Costo _____
- Material _____

2. **Puente:**

- Tipo de puente _____
- Retenedores _____
- Pónicos _____
- Costo _____
- Dientes pilares _____
- Conectores _____
- Material _____

XVIII. HISTORIA GERODONTOLOGICA

AREA DE DENTADURAS TOTALES

Fecha de Inicio _____

Fecha de Finalización _____

Paciente

Apellidos: _____ Nombres: _____

Cédula de Identidad N°: _____ Edad: _____ Sexo: M _____ F _____

Estado Civil: _____

Dirección: _____

Procedencia: _____ Teléfono _____ Teléfono de Familiar _____

Estudiante

Apellidos: _____ Nombres: _____

I. Información Sociodemográfica

1.- Zona de Residencia:

Urbana ()

Periurbana ()

Rural ()

2.- ¿Con quién vive Ud.?

Solo ()

Con sus Hijos(a) ()

Con esposo/esposa/Pareja ()

Con esposo/esposa/pareja/ e hijos. ()

Con otra persona que no son parientes () Otro tipo de arreglo o convenio ()

3.- Nivel Educativo:

¿Tuvo educación formal y si es así que tipo de educación completa llego?

Educación primaria Completa ()

Educación secundaria Completa ()

Educación técnica o Universitaria completa ()

Años totales _____

Si no tuvo Educación formal, preguntar si sabe leer/ escribir

Lee y escribe o solo lee o solo escribe ()

No sabe leer o escribir ()

4.- Nivel Socioeconómico:

¿Cómo describirías sus ingresos Familiares?

No alcanza para llegar a fin de mes.

Bajo ()

Nos permite salir adelante. Medio ()

Son suficientes y cuento además con dinero extra. Alto ()

5. Situación Laboral.

Cuál de las siguientes opciones describe de mejor forma su situación laboral actual:

Retirado/Jubilado ()

Desempleado/Desocupado ()


Ama de casa ()

Empleado/Ocupado ()

i. Condición Sistémica.

1.-Estado Cognitivo: Mini-Mental State Examination (MMSE) Short versión (Ostrosky-Solis et al.2000) IADR (Internacional association for dental research)

MINIMENTAL ABREVIADO

<p>1. Por favor dígame la fecha de hoy.</p> <p>Sondee el mes, día del mes, año y día de la semana</p> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta.</p>	<p style="text-align: right;">BIEN MAL</p> <p>Mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Día mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Día semana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">TOTAL <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada 2 segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p>	<p style="text-align: center;">CORRECTA NO SABE</p> <p>Arbol ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avión ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">TOTAL <input type="checkbox"/></p> <p>Número de repeticiones</p>
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante:</p> <p style="text-align: center;">1 3 5 7 9</p> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto: ej.: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p>	<p>Respuesta Entrevistado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Respuesta Correcta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">N° dígitos en el orden correcto</p> <p style="text-align: right;">TOTAL <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden</p>	<p>Toma papel con mano derecha <input type="checkbox"/></p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos... <input type="checkbox"/></p> <p>Coloca sobre las piernas <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna acción <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna acción 0</p> <p style="text-align: right;">TOTAL <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden</p>	<p style="text-align: center;">CORRECTO INCORRECTO NR</p> <p>Arbol ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Avión ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">TOTAL <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo. La acción está correcta si las figuras no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si está correcto.</p> 	<p style="text-align: center;">CORRECTO INCORRECTO NR</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">TOTAL <input type="checkbox"/></p>
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: center;">Suma Total = <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenido es de 19 puntos.</p> <p style="text-align: center;">Normal = ≥ 14 Alterado = ≤ 13</p>

2.-Consumo de alcohol:

A.- **¿Usted bebe alcohol?**

Si ()

No ()

B.- Si usted bebe alcohol, responda el siguiente cuestionario: AUDIT-C Test

(The alcohol use disorders identification test)(WHO 2001).

Pregunta	0	1	2	3	4
1. ¿Qué tan seguido bebió o tomo Ud. alguna bebida alcohólica el último año?	Nunca	1 vez al mes o menos	2-4 veces al mes	2- 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2.- ¿ Cuantos tragos suele tomar Ud. En un día típico de consumo de alcohol?	0 a 2	3 a 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3.- ¿Qué tan seguido toma Ud. 6 o más tragos en una sola ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	mensualmente	Semanalmente	Todos los días o casi todos los días
					Total

El AUDIT-C se califica en una escala de 0-12 (puntuaciones de 0 reflejan el no consumo de alcohol). En los hombres, una puntuación de 4 o más se considera positiva. En las mujeres, una puntuación de 3 o más se considera positivo. En general, cuanto mayor sea la puntuación en el AUDIT-C, mayor probabilidad de que el paciente bebedor esté afectando su salud y/o seguridad.

3.-Habitos de Fumar:

¿Cuál de las siguientes opciones describe de mejor forma sus hábitos de fumar ahora?

¿A lo largo de su vida ha fumado?

No, nunca fumé. ()

No actualmente, antes si fume. ()

Si actualmente fumo. ()

Si Ud. fuma ahora o fumó en el pasado ¿Cuántos al día fuma o solía fumar?

Igual o menos a días Cigarros /día ()

Más de 10 cigarros/ día (más de 10 cigarros/día se considera de alto riesgo para enfermedad periodontal o cáncer.()

4. Numero de medicaciones (fármacos) consumidos por día:

Prescritas por un profesional de la salud N° _____

Automedicadas o no recetadas por un profesional de la salud _____

5.- Estado Nutricional: (Mini Nutritional Assessment SF, L. Lera, 2016 j Nutr Health Aging, in press)..

Mini Nutritional Assessment Short Form

<p>a.- Pérdida de apetito: ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?</p> <p>0= Descenso severo del apetito. puntaje</p> <p>1=Disminución moderada del apetito <input type="text"/></p> <p>2=Sin modificación del apetito</p>
<p>b.- Pérdida de peso: ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?</p> <p>0= Pérdida de peso mayor de 3 kilos. puntaje</p> <p>1= No sabe. <input type="text"/></p> <p>2= pérdida de peso entre 1 y 3 kilos.</p> <p>3= No ha perdido peso.</p>
<p>c.- Movilidad: ¿Ha tenido problemas de movilidad en los últimos 3 meses?</p> <p>0=Obligado a estar en una silla o cama. puntaje</p> <p>1=Es capaz de levantarse de la cama/silla pero no desplazarse. <input type="text"/></p> <p>2= Se desplaza sin ayuda.</p>
<p>d.- Estrés: ¿Ha sufrido estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?</p> <p>0=si <input type="text"/></p> <p>1=no</p>
<p>e.- Problemas neuropsicológicos ¿Ha tenido problemas neuropsicológicos en los últimos 3 meses?</p> <p>0= Demencia severa o depresión. <input type="text"/></p> <p>2= Sin problemas neuropsicológicos.</p>
<p>f.- Circunferencia de la pantorrilla.</p> <p>0= <31 cm. <input type="text"/></p> <p>3=>31 cm</p>

III. Antecedentes de Salud Oral:

1.- Última visita al dentista:

Menos de 6 meses ().

Entre 6 Meses a 1 año ().

Más de un año ().

Nunca ()

2.-Prácticas de higiene bucal:

¿Cuántas veces al día se cepilla sus prótesis?_____

Limpia sus mucosas/ lengua_____

3.- Si Ud. es portador de prótesis: ¿Cuál de las siguientes prácticas de higiene bucal realizó ayer?

Cepillado ()

Lavado ()

Otros_____

4.- Auto-reporte de Salud Bucal:

Comparado con otras personas de su misma edad ¿Cómo describiría su salud bucal?

Mal ()

Muy mal ()

Más o menos la misma ()

Mejor ()

Mucho Mejor ()

No Sabe ()

IV. Calidad de Vida asociada a la Salud Oral: (León et al. 2016).

PREGUNTAS OHIP-7SP		NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	¿Ha sentido que su digestión ha empeorado por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
2	¿Ha tenido dientes sensibles, al frío o algún alimento?					
3	¿Sus problemas dentales lo han hecho sentir infeliz?					
4	¿La gente ha malentendido algunas de sus palabras por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
5	¿Su sueño ha sido interrumpido por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
6	¿Ha tenido dificultades haciendo su trabajo habitual por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
7	¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					

PUNTAJE MAXIMO DEL OHIP-7SP=28 BUENA CALIDAD DE VIDA=<7 MALA CALIDAD DE VIDA=>7

V. Xerostomía y síntomas asociados: Encuesta de Fox (Fox et al. 1987)

¿Siente Ud. la boca usualmente seca? ()

¿Siente la saliva espesa? ()

¿Siente ardor en la lengua? ()

¿Necesita beber líquido para ingerir comida? ()

¿Tiene dificultad para tragar? ()

V- EVALUACIÓN PROSTODÓNTICA.

1. Historia de Extracciones

Maxilares: Enfermedad periodontal____; caries____; ambas____; Accidente____; años____

Mandibulares: Enfermedad periodontal____; caries____; ambas____; Accidente____; años____

2. Experiencia anterior con dentaduras:

a.- Ninguna_____

b.- Si ha usado_____; cuantas_____; buena_____; mala_____; años de uso_____

c.- Razón para el reemplazo:_____

d.- Tiempo de uso de la última dentaduras:_____

e.- Tipo de dentadura: superior_____; inferior_____; ambas_____; ninguna_____

f.- Uso de la dentadura: constante_____; solo de día_____; raramente_____; nunca_____

g.- Material de los dientes: Resina_____ Otros_____

h.- Forma de los dientes: con cúspide_____; sin cúspide_____

i.- Material de base de la dentadura: Acrílico____ Parcelana____ Otro_____

3. Evaluación del Paciente

	Buena	Regular	Mala
a.- Comodidad	_____	_____	_____
b.- Eficiencia masticatoria	_____	_____	_____
c.- Estética	_____	_____	_____
d.- Pronunciación	_____	_____	_____
e.- Dolor	intenso_____;	moderado_____;	leve_____

4. Evaluación de las Dentaduras:

a.- Distancia interoclusal: adecuada_____; (+)_____; (-)_____ mm_____

b.- Estabilidad: satisfactoria_____; defectuosa_____

c.- Oclusión: correcta_____; incorrecta_____

d.- Retención: satisfactoria_____; defectuosa_____

e.- Extensión: correcta_____; incorrecta_____

f.- Estética: adecuada_____; inadecuada_____

g.- Dimensión vertical: correcta_____; alta_____; baja_____; mm_____

h.- Presenta cámara de succión: Si _____; No _____

i.- Higiene: (Vigild 1987)

0= No hay placa visible (buena higiene).

1= Moderada acumulación de placa visible. Solo mediante el raspado de la base de la prótesis con un objeto contundente (Higiene Regular).

2= Placa abundante (Mala Higiene)

Superior _____ Inferior _____

5. Evaluación Total:

Dentadura maxilar

1 2 3 4 5

Dentadura mandibular

1 2 3 4 5

6. Información Clínica:

a.- Expresión facial: sin alteraciones _____; alterada _____

b.- Labios: delgados _____; gruesos _____; cortos _____; largos _____; tensos _____; activos _____;

Relación labio alveolar: buena _____; regular _____; mala _____ mm _____

c.- Reabsorción:

Maxilar Superior: ligera _____; desigual _____; extensa _____; marcada _____; regular _____

Maxilar Inferior: ligera _____; desigual _____; extensa _____; marcada _____; regular _____

d.- Relación de reborde: normal _____; protruida _____; retruida _____

e.- Piso de la boca: alto _____; medio _____; bajo _____

f.- Inserciones musculares:

Maxilar superior: altas _____; medias _____; bajas _____

Maxilar inferior: altas _____; medias _____; bajas _____

g.- Mucosa oral:

Tipo:	Localización:
0= No hay condición anormal.	0= Borde de Bermellón.
1= Tumor Maligno.(Cáncer bucal)	1= Comisuras.
2=Leucoplasia.	2= Labios.
3= Liquen Plano.	3=Surco.
4= Ulceración.(Afosa, herpética, traumática)	4=Carrillo
5=Queilitis Angular.	5= Piso de boca.
6=Estomatitis subprotésica	6= Lengua.
7= Absceso	7= Paladar Duro o Blando.
8= Hiperplasia Fibrosa(Fibroma irritativo o Épulis fisurado)	8= Reborde. (Cresta/ Cima)
9= Otra Condición	9= Otra localización

TIPO	LOCALIZACION

www.bdigital.ula.ve

h.- Resiliencia de la mucosa: (códigos)

Maxilar superior: 1 _____; 2 _____; 3 _____; 4 _____; 5 _____

Maxilar inferior: 1 _____; 2 _____; 3 _____; 4 _____; 5 _____

<u>Código resiliencia de la mucosa</u>
1.Firme-mucosa tensa sobre el hueso
2.Ligera movilidad (localizada)
3.Ligera movilidad (generalizada)
4.La mitad o más de la altura del reborde es móvil (localizada)
5.La mitad o más de la altura del reborde es móvil (generalizado)

i.- Abertura de la boca: grande _____; mediana _____; pequeña _____ mm _____

j.- Tamaño del arco:

Maxilar superior: grande _____; mediano _____; pequeño _____ mm _____

Maxilar inferior: grande _____; mediano _____; pequeño _____ mm _____

k.- Contorno de la bóveda palatina: plana _____; ojival _____; ovalada _____

l.- Contorno del paladar blando en sentido antero-posterior: clase _____

m.- Área del sellado palatino posterior:

Anchura: amplio _____; estrecho _____; promedio _____ mm _____

Depresibilidad: poco _____; muy _____; medianamente _____

n.- Torus:

Ausente Presente Tamaño

Palatino: _____ grande _____; mediano _____; pequeño _____

Mandibular: _____ grande _____; mediano _____; pequeño _____

o.- Espacio interarcadas: adecuado _____; inadecuado _____ mm _____

Comentario: _____

p.- Posición de la lengua: favorable _____; desfavorable _____

q.- Síntomas relacionados con trastornos de la A.T.M.

Síntoma	Derecho	Izquierdo
Click		
Crépitus		
Salto		
Dolor		

VI- TOMA DE IMPRESIÓN:

Selección de la cubeta superior # _____

Selección de la cubeta inferior # _____

Material de impresión utilizado _____

VIII- ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE DIAGNOSTICO:

	Superior	inferior
Dientes presentes	_____	_____
Relación intermaxilar:	_____	
Relación de los bordes:	_____	
Espacio disponible para los dientes:	_____	
Espacio disponible para el apoyo oclusal:	_____	
Selección dientes artificiales: Color	_____	; Marca _____
Formula: Anteriores	_____	; Posteriores _____; Marca _____

IX.- ACTIVIDAD CLÍNICA:

Nº de citas en la que se realizará el tratamiento: _____

Profesor Tutor: _____

Técnico de Laboratorio _____

X.- Evaluación Post inserción por parte del Paciente

	Buena	Regular	Mala
a.- Comodidad	_____	_____	_____
b.- Eficiencia masticatoria	_____	_____	_____
c.- Estética	_____	_____	_____
d.- Pronunciación	_____	_____	_____

TRATAMIENTO EJECUTADO

FECHA

FIRMA

www.bdigital.ula.ve

XIX. FICHA DE DISEÑO PARA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Alumno: _____

MODELO SUPERIOR

Clasificación de Kennedy _____

Posición H. _____; A. _____; P. _____; L.D. _____; L.I. _____;

Dientes Pilares. _____

Localización de Retenciones. _____

Retenedores Directos (ubicación de las puntas retentivas). _____

www.bdigital.ula.ve

Apoyos. _____

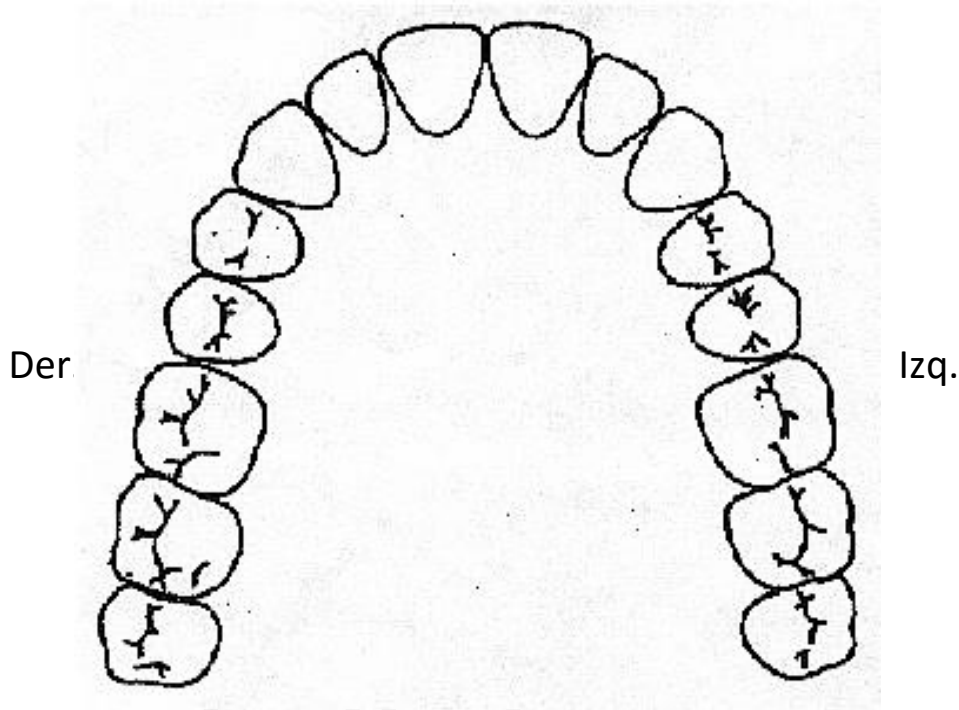
Retenedores Indirectos. _____

Planos guías. _____

C. Mayor. _____

Bases. _____

MODELO SUPERIOR



www.bdigital.ula.ve

Observaciones:

Tarjeta de Diseño

Alumno: _____

MODELO INFERIOR

Clasificación de Kennedy _____

Posición H. _____; A. _____; P. _____; L.D. _____; L.I. _____;

Dientes Pilaes. _____

Localización de Retenciones. _____

Retenedores Directos (ubicación de las puntas retentivas). _____

www.bdigital.ula.ve

Apoyos. _____

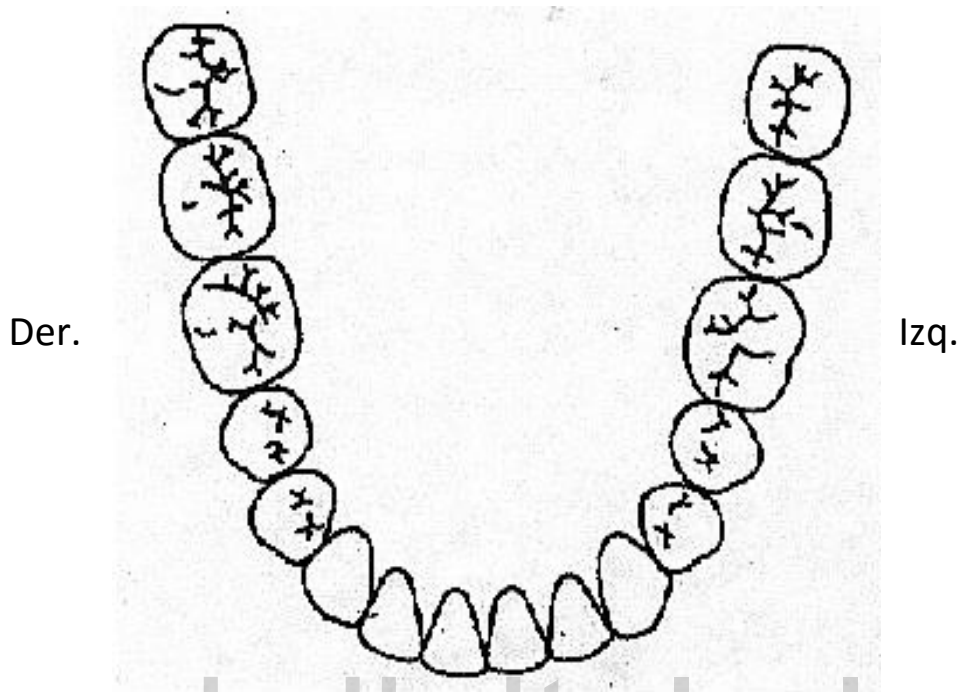
Retenedores Indirectos. _____

Planos guías. _____

C. Mayor. _____

Bases. _____

MODELO INFERIOR



Observaciones:

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CATEDRA DE ENDODONCIA**

XX.- FICHA CLINICA PARA ENDODONCIA

Nombre del estudiante: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de Finalización _____

Dientes a tratar: _____

SINTOMAS SUBJETIVOS:

- ___ Dolor al frío
- ___ Dolor al calor
- ___ Dolor agudo y fugaz
- ___ Persistente
- ___ Espontáneo
- ___ Localizado
- ___ Irradiado

ETIOLOGIA:

- ___ Herida pulpar
- ___ Fractura del diente
- ___ Caries
- ___ Abrasión
- ___ Restauración Profunda
- ___ Obturación Parcial
- ___ Obturación Traumática

Interpretación Radiográfica:

- ___ Espacio periodontal normal
- ___ Pérdida de la Cortical Alveolar
- ___ Absceso
- ___ Granuloma
- ___ Quiste
- ___ Osteoesclerosis
- ___ Reabsorción Radicular
- ___ Obturación Parcial
- ___ Obturación Emergente

DIAGNÓSTICO

INICIAL: _____

DEFINITIVO: _____

Hallazgos Clínicos

- ___ Pigmentación
- ___ Doloroso a la percusión
- ___ Fístula
- ___ Caries profunda
- ___ Edema
- ___ Fractura
- ___ Otros

Prueba de Víталométrica:

Responde a: _____

No responde a: _____

Observaciones: _____

Morfología del Conducto

- Conducto Normal
- Foramen Abierto
- Foramen Cerrado
- Mineralización
- Anomalías del conducto

Intervención indicada:

- Recubrimiento P. Directo
- Recubrimiento P. Indirecto
- Pulpectomía Total
- Momificación Pulpar
- Decoloración

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO: Fines Protésicos: _____

Fines Terapéuticos: _____

LONGITUD DEL DIENTE:

- Conducto Único
- Vestibular
- Palatino
- Mesio-vestibular
- Mesio-lingual
- Distal
- Disto-vestibular

ACCIDENTE OPERATORIO:

- Obturación Parcial
- Sobre-obturación
- Fractura de la corona
- Escalón
- Falsa vía
- Instrumento
- Otros

TECNICA DE OBTURACION:

- Cono único
- Condensación lateral
- Mixta
- Otros

ULTIMO INSTRUMENTO UTILIZADO:

Escariador Nº: _____

Lima Nº: _____

TERAPEUTICA	
FECHA	MEDICACION

XXII. PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Fecha	Hora	Procedimiento	Instrumental

www.bdigital.ula.ve

XXIII. **FASE DE MANTENIMIENTO:**

www.bdigital.ula.ve
