



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a
dos Centros de Salud Nivel I-3. Región Piura - 2023**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORES:

Manrique Lizama, Jhonny Omar (orcid.org/0000-0002-3460-5855)

Neyra Saavedra, Jose Deogracio Kenlly (orcid.org/0000-0003-2000-5899)

ASESORA:

Dra. Espinoza Salcedo Maria Victoria (orcid.org/0000-0001-9408-4396)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades Infecciosas y Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedicamos con mucho amor primordialmente a Dios por bendecirnos cada mañana y por permitirnos crecer profesionalmente y como seres humanos, pudiendo llegar hasta este punto de nuestra formación profesional.

Se lo dedicamos a nuestros padres con todo el amor del mundo, por habernos dado la vida y por sus sacrificios, esfuerzo y dedicación puesta en cada uno de nosotros, por apoyarnos en el desarrollo de nuestra carrera profesional, por ser guía en cada etapa de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTO

Primero que nada, agradecer a Dios por estar siempre a nuestro lado y por todas las bendiciones otorgadas, a los docentes por habernos alimentado con sus enseñado y a los asesores que nos guían en el día a día y con su apoyo a realizar este trabajo ya que nos brindaron de su tiempo, además a todos quiénes han sido parte de esta investigación, por sus consejos y tiempo brindado.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ESPINOZA SALCEDO MARIA VICTORIA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura - 2023", cuyos autores son MANRIQUE LIZAMA JHONNY OMAR, NEYRA SAAVEDRA JOSE DEOGRACIO KENLLY, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 17 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
ESPINOZA SALCEDO MARIA VICTORIA DNI: 21547681 ORCID: 0000-0001-9408-4396	Firmado electrónicamente por: MESPINOZASA02 el 21-07-2023 17:28:28

Código documento Trilce: TRI - 0595973



Declaratoria de Originalidad del Autor/ Autores

Nosotros, Manrique Lizama Jhonny Omar y Neyra Saavedra Jose Deogracio Kenlly, egresado de la Facultad de ciencias de la salud y Escuela Profesional de estomatología de la Universidad César Vallejo - Piura, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la tesis titulada:

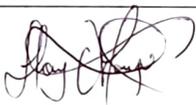
“Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos Centros de Salud Nivel I-3. Región Piura - 2023”,

es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la tesis:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Piura, 21 de julio del 2023

Manrique Lizama, Jhonny Omar	
DNI: 03695203	Firma 
ORCID: 0000-0002-3460-5855	
Neyra Saavedra, Jose Deogracio Kenlly	
DNI: 72322499	Firma 
ORCID: 0000-0003-2000-5899	
Apellidos y Nombres del Autor	
DNI:	Firma
ORCID:	
Apellidos y Nombres del Autor	
DNI:	Firma
ORCID:	



ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTO / AUTORES	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	22
IV. RESULTADOS	28
V. DISCUSIÓN.....	32
VI. Limitaciones.....	37
VII. CONCLUSIONES	38
VIII. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS	40
ANEXOS	50
Anexo 1. Tabla de Operacionalización de variables	50
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	52
Anexo 3. Constancia de calibración	53
Anexo 4. Autorización de prueba piloto	54
Anexo 5. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	55
Anexo 6. Consentimiento informado, formato UCV.	57
Anexo 7. Resultado de similitud del programa Turnitin	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.....	28
Tabla 02. Prevalencia de estomatitis protésica según la edad de pacientes portadores de prótesis dental que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.....	29
Tabla 03. Nivel de prevalencia de estomatitis protésica según el sexo en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.....	30
Tabla 04. Nivel de prevalencia de estomatitis protésica según el tiempo de uso de la prótesis dental en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.....	31

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3 de la Región Piura – 2023.

Metodología: Se realizó una investigación de tipo básica, de diseño no experimental, prospectivo y transversal. La población analizada estuvo conformada por 162 pacientes portadores de prótesis dental atendidos en los Centros de Salud 9 de Octubre y de Tacalá. Los pacientes fueron evaluados clínicamente en las unidades dentales de cada establecimiento de salud, previamente los investigadores fueron calibrados por un especialista, el valor Kappa fue de 0.753 y el Alfa de Cronbach fue de 0.871.

Resultados: Se encontró que la prevalencia de estomatitis protésica en el centro de salud Tacalá y 9 de octubre fue de 66,67% y 64,2% respectivamente, el grupo de edades más afectado fue el de 50 a 79 años, las mujeres tuvieron una mayor prevalencia de estomatitis al igual que las personas cuya prótesis dental tenían un tiempo de uso entre 6 a 10 años.

Conclusión: existe una alta prevalencia de estomatitis, siendo los más afectados las personas de sexo femenino y y la población con edades de 50 a 79 años.

Palabras clave: Estomatitis, prótesis dental, lesiones bucales.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of denture stomatitis in patients attending two level I-3 health centers in the Piura Region - 2023.

Methodology: A basic type of research was carried out, with a non-experimental, prospective and cross-sectional design. The analyzed population consisted of 162 patients with dental prostheses treated at the 9 de Octubre and Tacalá Health Centers. The patients were clinically evaluated in the dental units of each health establishment, previously the researchers were calibrated by a specialist, the Kappa value was 0.753 and Cronbach's Alpha was 0.871.

Results: It was found that the prevalence of denture stomatitis in the Tacalá and 9 de Octubre health centers was 66.67% and 64.2% respectively, the most affected age group was 50 to 79 years, women had a higher prevalence of stomatitis as well as people whose dental prosthesis had been in use for 6 to 10 years.

Conclusion: there is a high prevalence of stomatitis, the most affected being females and the population aged 50 to 79 years.

Keywords: Stomatitis, dental prosthesis, oral lesions.

I. INTRODUCCIÓN

El edentulismo se puede definir como una condición clínica que conlleva en la ausencia parcial o total de piezas dentarias, es originado por diversas causas, mayormente por la caries dental y por enfermedades periodontales. Su impacto es acumulable a lo largo del tiempo, por esta razón las consecuencias pueden ser mayores en la edad adulta. La condición de ser edéntulo genera una serie de alteraciones en la fisiología de estos pacientes, ya que genera una pérdida de la función masticatoria, alteración de la percepción de los objetos y/o alimentos, así como también una alteración estética del rostro. El factor como la edad es asociado a la pérdida de dientes, aunque esta no es parte del proceso natural del envejecimiento.¹ La OMS manifiesta que un 30% de la población a nivel mundial con edades que oscilan entre 64 a 74 años han perdido sus dientes naturales.²

La pérdida ya sea parcial o total de dientes conlleva a la utilización de distintos tipos de prótesis dentales que pueden ser fijas o removibles. Una prótesis dental viene a ser un elemento artificial, creado con la finalidad de devolver la anatomía de unas más piezas dentales que se han perdido por diversos factores, ayuda también a recuperar la dimensión vertical.³ Las personas que utilizan prótesis dentales removibles son quienes tienen la posibilidad de verse afectadas por una enfermedad llamada estomatitis protésica y este problema se agrava cuando no existe una adecuada higiene oral. Las personas diabéticas y aquellas que toman esteroides pueden ser susceptibles a adquirir esta patología.⁴

La OMS tiene como un indicador de gran importancia a la salud bucodental, ya que ayuda a determinar el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos, en gran parte de países que cuentan con ingresos bajos y medios no cuentan con servicios o programas de prevención y mucho menos de tratamiento de las patologías asociadas a la salud bucodental. Las enfermedades de la cavidad oral son producto de una serie de factores de riesgo que generalmente pueden ser modificables, como la ingesta de alimentos criogénicos como el azúcar, hábitos nocivos como el alcohol y tabaquismo, una higiene dental deficiente y también se asocian algunos determinantes sociales y comerciales.⁵

A nivel mundial, la prevalencia de estomatitis protésica entre ellos tenemos el 40% y 60% en Dinamarca, seguido de Alemania 70%, Cuba, 46,86%, Chile 53%, Brasil

56%, Japón 43%; y en cuanto al origen de esta morbilidad, de acuerdo distintos estudios la edad del paciente se encuentran entre 45 y 60 años de acuerdo al incremento de edad, perjudica esencialmente a la población femenina, donde sus cambios en función oral normal han cambiado, como la masticación, la fonación y la estética.⁶

En América, a pesar del sistema de salud estomatológico de atención en Cuba, afecta más del 45 % de los pacientes que son usuarias de prótesis dentales mucosoportadas.⁷ También en Chile ha tenido un gran aumento como en todo el mundo, donde ha variado desde 6.5 a 21.5%, todo por el motivo de llegar a la etapa de la vejez de los habitantes y el incremento de la prevalencia de desdentamiento.⁸

Por todo lo anteriormente mencionado se produce la interrogante del problema: ¿Cuál es la prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3? Región Piura - 2023

La investigación se justifica teóricamente, ya que en la actualidad en nuestro país no existe información que brinde datos acerca del estado situacional de salud bucodental de las personas que usan prótesis dental. Dejando relegados a estos pacientes que debido a la existencia de diversos factores de riesgo se ven más propensos a la aparición de afecciones dentro de la cavidad oral, que pueden evitarse mediante la aplicación de herramientas o estrategias de promoción y prevención en temas de salud bucal para mejorar las actitudes de los pacientes portadores de prótesis dentales, por ello es la relevancia de este tipo de estudios ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema de prevalencia de estomatitis protésica, a la vez verificar y comparar los resultados obtenidos por otros investigadores en ámbitos internacionales, aportando a tener registros nacionales de esta patología, ya que abarca a un sector poblacional vulnerable y en el que se puede incidir de forma positiva, y con estos datos que encontremos servirán para proponer herramientas de promoción y la prevención en salud bucal.

No es práctico ya que solo se busca conocer una realidad problemática. Tiene una justificación social, ya que existe una relación directa con la salud preventiva de la población portadora de prótesis dental, quienes en su mayoría son adultos mayores categorizados como una población vulnerable.

Con ello se plantea como objetivo general, determinar la prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.

Los objetivos específicos son, establecer la prevalencia de estomatitis protésica según la edad en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023; Identificar la prevalencia de estomatitis protésica según el género y Determinar la prevalencia de estomatitis protésica según el tiempo de uso de la prótesis dental en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura.

II. MARCO TEÓRICO

García et al.⁹ (2022), en Venezuela realizaron una investigación titulada “Estomatitis por prótesis en extracciones dentales totales y parciales” con el propósito de establecer el comportamiento de la estomatitis protésica. Fue observacional, transversal y descriptivo. Estuvo conformado por 307 pacientes con prótesis removibles y la muestra fue no probabilística, se realizó la entrevista y una evaluación clínica. La estomatitis se mostró en más de la mitad de los evaluados, la mayoría en el género femenino y en el grupo de edad de 40 a 59 años. El tipo de estomatitis más frecuente fue la de grado II en pacientes con prótesis dentales parciales, con un tiempo de uso continuo por más de 5 años. Donde la mayoría de los pacientes no presentaron cuadros con alguna sintomatología. Los resultados permitieron determinar el comportamiento de la dentadura postiza frente a la estomatitis, demostrando una alta prevalencia y la necesidad de aumentar el trabajo educativo para una oportuna prevención.

A Zulfikar et al.¹⁰ (2021) en Sudáfrica, ejecutaron un estudio titulado “Prevalencia de estomatitis relacionada con prótesis dental en pacientes edéntulos en un hospital universitario odontológico terciario 2021” con el objeto de determinar la prevalencia de la estomatitis por la utilización de prótesis dental en pacientes que se presentaron en la institución terciaria en ciudad del Cabo, Sudáfrica. Fue un estudio transversal. Este estudio se incorporaron 396 carpetas de participantes que recibieron dentaduras postizas completas entre el año 2014-2019. La prevalencia de estomatitis asociada con prótesis dental fue de 25,76%, de los cuales fue 75% en mujeres; se encontró presencia de candidiasis ubicada en la mayoría de casos en el paladar y la amígdala. La candidiasis en pacientes desdentados es altamente prevalente por lo que se considera necesario la aplicación de medidas de prevención.

Vega et al.¹¹ (2019), en su estudio realizado en Cuba titulado “Estomatitis subprótesis en los pacientes del Área VI. Durante el año 2015 - 2016” tuvo como objetivo describir aquellos factores considerados el riesgo que pueden contribuir a la aparición de estomatitis protésica. Fue un estudio descriptivo transversal, que incluyó a 59 pacientes con estomatitis protésica. A medida que la edad avanzaba, la incidencia de esta enfermedad fue mayor; las mujeres fueron las más afectadas,

con un mayor número de casos de estomatitis grado I. La mayoría de las personas mantuvieron un uso continuado de la prótesis y los más afectados fueron los que portaban prótesis con base acrílica. El mayor número de lesiones se localizó en la zona media. La inadecuada higiene bucal, la prótesis y el uso continuado de ella, fueron factores clave en la aparición de esta afección.

Azima et al.¹² (2020), en China, realizaron un estudio titulado “Prevalencia de estomatitis protésica entre usuarios de prótesis”. El propósito de este estudio fue investigar la incidencia de estomatitis por prótesis dental entre los usuarios de prótesis dental de pacientes que visitaron el OP de Saveetha Dental College, Chennai. Los datos se recopilaron y revisaron 86 000 registros de pacientes durante un período de diez meses, desde junio de 2019 hasta marzo de 2020. Entre 52 pacientes que tenían estomatitis protésica; alrededor del 61,5% se encuentran en el grupo de edad de 51 a 80 años. Entre ellos, el 60% eran mujeres. El 20% de los sujetos tenía diabetes, un factor desencadenante de la estomatitis protésica. El 55,8% de la muestra del estudio tiene diabetes tipo II. La estomatitis protésica tipo II fue prevalente en los grupos de mayor edad con predominio en el sexo femenino.

Wang et al.¹³ (2020) en China, en su investigación titulada “Análisis clínico de las lesiones de la mucosa oral relacionadas con la dentadura postiza en 185 pacientes con prótesis removible. 2020”, el propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de las lesiones en la mucosa oral vinculadas al uso de la prótesis dental. Se aplicó a un cuestionario de 185 pacientes portadores de prótesis removible. La prevalencia de las lesiones en la mucosa oral ascendió al 42,7%, significativamente mayor en pacientes masculinos. Se encontró mayor incidencia en pacientes portadores de prótesis completa que en aquellos con prótesis dental parcial, con un 66,67% frente a 31,20%. Se encontró una prevalencia de estomatitis protésica de 54,43%, úlcera traumática obtuvo una prevalencia de 34,18%, hiperplasia inflamatoria 6,33% y por último la queilitis angular 5,06%. Los factores relacionados con la dentadura postiza incluyen el tipo de dentadura postiza, el tiempo de uso de la dentadura postiza, el tiempo de duración de la dentadura postiza y el método de limpieza.

Chaithanya, et al.¹⁴ (2021), en India, realizaron un estudio titulado “Prevalencia de los tipos de estomatitis protésica informados en un hospital dental privado: un

estudio retrospectivo” con el objeto de encontrar la prevalencia de estomatitis de la dentadura postiza y su asociación con el estado de higiene bucal y la diabetes mellitus. Los resultados de este estudio mostraron que la estomatitis tipo 2 fue la más común. La superficie palatal maxilar fue el sitio más común de aparición de estomatitis, el fármaco que se utilizó más preferentemente fue el clotrimazol tópico al 1%. La asociación realizada entre la estomatitis de la dentadura postiza y el índice de higiene bucal simplificado ha demostrado que no existe una asociación estadísticamente significativa.

Golden et al.¹⁵ (2021), India. En su investigación titulada “Prevalencia de estomatitis protésica y sus condiciones predisponentes - Un estudio institucional retrospectivo”. El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia del tipo de estomatitis protésica y su asociación con la edad, el género y el tipo de tratamiento administrado. Fue un estudio retrospectivo. Se revisaron los datos de las historias clínicas de los pacientes y se analizaron los datos de 86.000 pacientes entre junio de 2019 y marzo de 2020 que estaban documentados en una institución privada. La prevalencia de estomatitis por prótesis tipo I fue del 35,19%, estomatitis por prótesis tipo II fue del 44,44%, estomatitis por prótesis tipo III fue del 20,37%. La estomatitis por prótesis dental tipo II es el tipo más común y ocurre principalmente entre los grupos de edad de 41 a 59 años, y las mujeres tienen una prevalencia más alta en comparación con los hombres. El tratamiento más común sugerido fue la corrección de la dentadura postiza. Para reducir el riesgo de estomatitis protésica, los dentistas deben dar un paso para educar a los pacientes sobre cómo usar las dentaduras postizas y el riesgo asociado con no mantenerlas bien y cómo prevenirlas.

Velázquez et. al.¹⁶ (2017), Paraguay, en su estudio titulado “Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dentales removibles”. El propósito del estudio fue determinar la frecuencia de estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis dental removible que acuden a la clínica odontológica del Hospital Regional de coronel Oviedo-Paraguay. Esta investigación es un estudio observacional descriptivo corte transversal. Donde 50 pacientes fueron evaluados, el 78% tenía Estomatitis Subprotésica. La distribución de la Estomatitis Subprotésica fue: según la clasificación de Newton: Grado I igual a 10%,

Grado II igual a 60%, Grado III igual a 8%; seguido de la clasificación de Kennedy: clase I igual a 10,26%, clase II igual a 12,82%, clase III igual a 56,41%, clase IV igual a 7,69%. La distribución por género y edad fue la siguiente: Masculino igual a 15,38%, femenino 84,62%; hubo una mayor prevalencia en el grupo de 21 a 30 con 30,77%. Se concluyó que, en una alta prevalencia de estomatitis protésicas en portadores de prótesis dental, por eso es muy importante tener un programa de control en el cual se pueda observar o monitorear de manera mediata la función y eficacia de la DPR en el tiempo.

Una prótesis dental es un elemento artificial que tiene como propósito reemplazar las estructuras anatómicas perdidas de una o más piezas dentales, al mismo tiempo que restaura la relación entre los maxilares, devolviendo la dimensión vertical, restaurando las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas.¹⁷

Las prótesis dentales se clasifican en fijas y removibles y pueden ser totales o parciales. El término "prótesis completa o total" se refiere a las dentaduras postizas que reemplazan todos, o casi todos los dientes del maxilar superior o inferior. Se confeccionan utilizando un soporte de plástico que imita el color de la mucosa oral, y sobre él se colocan los dientes, que también son hechos del mismo material. Como las encías y el hueso experimenta pequeñas variaciones, la base de los dientes pierde gradualmente su forma inicial, y se convierte en una prótesis mal adaptada, generando una serie de problemas como las úlceras; debido a esto, el paciente debe acudir a un especialista en rehabilitación oral para que evalúe el problema de la prótesis y sugiera las recomendaciones que este crea pertinente.¹⁷

Las prótesis parciales se utilizan para reemplazar uno o varios dientes que se encuentren ausentes en la cavidad oral, estas pueden ser fijas o removibles. Las removibles tienen una base de acrílico en la cual se posicionan los dientes faltantes, y esta base se conecta a los dientes remanentes mediante ganchos metálicos o plásticos que pueden ser más agradables y estéticos; por otra parte, las prótesis fijas son aquellas soportadas por implantes o dientes pilares que después de su instalación el paciente no podrá extraerlas.¹⁷

La utilización de este tipo de prótesis removible, en combinación con otros factores, puede contribuir a enfermedades como la estomatitis. Esta enfermedad suele estar provocada por el uso inapropiado de una prótesis removible ya sea total o parcial,

o por el uso prolongado de estas, se caracteriza por presentarse como un área eritematosa enrojecida en la superficie lisa o granular y que generalmente es asintomática que ocasionalmente puede causar dolor o sensación de ardor en el paladar duro.¹⁸ También es causado por la combinación de diversos factores dentro de la cavidad bucal, incluyendo factores sindrómicos y la misma prótesis.³

Algunos autores señalan que la estomatitis protésica es una de las patologías más comunes entre los pacientes portadores de prótesis dental ya sea total o parcial, impidiendo el inicio inmediato de una rehabilitación oral.¹⁹ Inicialmente, se pensó que era una reacción alérgica a los componentes de la base de la prótesis. Con el paso del tiempo, se estableció que los traumas generados por una prótesis mal adaptada conllevaban a lesiones significativas de las glándulas salivales del paladar y a la aparición de infecciones microbianas. Actualmente se está tomando interés a la *Candida albicans*, el estrés y los otros factores endógenos que tienen una estrecha vinculación con las enfermedades cardiovasculares y sindrómicas.³

La etiología multifactorial de la estomatitis protésica incluye traumatismos tóxicos, alergias, enfermedades sistémicas, desequilibrios y disfunciones hormonales, alteraciones nutricionales, irritabilidad y estrés, así como las prácticas deficientes de higiene la prótesis y a su uso nocturno.¹⁹

Los autores señalan que la etiología u otras causas de esta patología es multifactorial, y tiene factores de riesgo tanto locales como sistémicos. Se consideran como factores locales a aquellas lesiones mecánico traumáticas que se han originado por el uso ininterrumpido de la prótesis, ocasionando pequeñas lesiones en la mucosa donde se asienta la prótesis, esto a su vez ocasiona una disminución del pH y del flujo salival, lo que complica el movimiento de los anticuerpos presentes en la saliva, impidiendo un adecuado barrido mecánico lingual, generando un medio ácido que facilita la el crecimiento de las poblaciones bacterianas y de hongos oportunistas.²⁰

Igualmente, otras investigaciones realizadas para conocer la etiología de la estomatitis por prótesis señalan que su etiología es multifactorial, pudiendo mencionar algunas causas como los traumas mecánicos ocasionados por el uso inadecuado de la prótesis, una deficiente higiene bucal y protésica, irritación debido a alergias a los componentes de la prótesis, factores asociados a deficiencias

nutricionales o dietéticos, enfermedades sistémicas y alteraciones debido a proliferación de microorganismos.

La literatura menciona que unos de los principales factores causantes de estomatitis protésica es el trauma ocasionado por una prótesis mal adaptada, ocasionando daños a los tejidos de soporte ya que se pueden estar generando fuerzas con una excesiva presión sobre la mucosa, desencadenándose los cuadros clínicos que definen a esta alteración. También se mencionan factores asociados a las alergias al material con que se confecciona una prótesis, al uso sin descanso de la misma, a las alteraciones hormonales, trastornos sistémicos y relacionados con la dieta o nutrición de los pacientes.²⁰

A pesar de que los estudios acerca de la estomatitis protésica la definen como una enfermedad de origen multifactorial, aún no se tiene una respuesta exacta sobre el origen de ella, ya que se han establecido una diversidad de factores de riesgo asociados al desarrollo de esta enfermedad.²¹ Según Martín y López, el solo hecho de ser portador de una prótesis dental ya es un factor predisponente para poder desarrollar esta patología, ya que un uso constante puede generar la aparición de lesiones, de igual modo una prótesis que ha perdido su forma inicial generara irritación en la mucosa en donde esta se asienta.²²

El acto de recubrir la mucosa masticatoria con un elemento artificial como es una prótesis dental que se encuentre en mal estado o mal adaptada contribuye a generar agresiones mecánicas en este tejido bucal; las distintas fuerzas de tracción, empuje y presión pueden ocasionar diversas alteraciones en los tejidos de soporte, que se produjeran con mayor intensidad van a generar el estímulo patógeno y finalmente se tendrá como resultado una reacción inflamatoria. La estomatitis causada por el uso de una prótesis dental ya sea total o parcial, es propio del paladar y se caracteriza por ser una zona con una superficie que puede llegar a ser lisa o granular, también suele ser asintomática, y generalmente se asocia al uso continuo de la prótesis, a una mala higiene y a una inadecuada estabilidad.³

Cuando la prótesis dental se usa incorrectamente, como, por ejemplo, manteniéndola en boca durante el sueño, esto puede conducir a la atrofia y subsecuente degeneración de las glándulas salivales, como también al bloqueo mecánico de los conductos excretorios. Como consecuencia, se producirá un

descenso notable de la secreción salival y de su pH, lo que significa que tendría que volverse más ácido de lo habitual, afectando muchas veces a la función buffer que tiene la saliva, produciéndose un ambiente idóneo para microorganismos oportunistas y generándose la placa dentobacteriana.²²

El paciente que acepta una dentadura postiza debe ser informado que los tejidos orales, las estructuras de soporte y su oclusión, sufrirán variaciones a medida que pasa el tiempo. La probabilidad de que se produzcan estos cambios debe ser monitoreado en unos periodos de cada seis meses por el profesional o rehabilitador oral para determinar la necesidad de realizar algunos reajustes que permitan mantener una adecuada salud de los tejidos de soporte y garantizar la funcionalidad de la prótesis.²⁴

La vida útil de una prótesis dental está condicionada al cuidado e higiene que se le realice. Los factores que permitan garantizar la durabilidad de la prótesis y sobre todo su funcionalidad empiezan con seguir un correcto protocolo de fabricación, tomando de forma correcta la dimensión vertical y realizando una articulación balanceada de estas, ya sea que esté confeccionada de acrílico o de metal. Seguir un correcto protocolo de elaboración de estas prótesis nos asegura su durabilidad y funcionalidad por un periodo de 5 a 6 años; caso contrario el obviar ciertas pautas ya establecidas desencadenara en el fracaso de estas, llegando a durar por un periodo corto que no suele ser mayor a un año.²⁵

Una correcta higiene es un factor importante en la durabilidad de una prótesis, además que una falta de esta desencadenará una serie de alteraciones, como es el caso del estudio de Martín y López, quienes determinaron que el 76% de los pacientes que tenían prótesis removible presentaban estomatitis protésica debido a una mala higiene bucal. Estos hallazgos permiten concluir que existe una fuerte correlación estadística entre la mala higiene bucal y la estomatitis protésica. Por ello, es crucial insistir en realizar una adecuada higiene oral.²²

Por otra parte, uno de los papeles clave que juega la mala higiene en el desarrollo de esta enfermedad es que en los pacientes frecuentemente no se quitan las prótesis para una limpieza adecuada, que abarca todas las superficies acrílicas y otros componentes que pueda tener como sus retenedores, lo que incentiva el

almacenamiento del biofilm o placa bacteriana en la base de la prótesis, proporcionando un ambiente favorable para la aparición de la *Cándida albicans*.²³

Para lograr eliminar la placa bacteriana de la superficie de la prótesis es recomendable realizar controles como mínimo una vez cada 24 horas, evitando que la placa se acumule y entre en contacto con los dientes y otros tejidos de soporte. Una correcta higiene debe estar dada por realizar procedimientos de durante un tiempo aproximado de uno o dos minutos utilizando un cepillo de dientes de caucho o un ultrasonido dental, adicional a esto podemos hacer uso de pastillas detectoras de placa bacteriana.²⁴

Los pacientes que poseen prótesis removibles deben de limpiarlas con un cepillo dental después de la ingesta de alimentos, seguido de un enjuagar con una buena cantidad de agua. Del mismo modo se debe realizar una buena higiene a los dientes presentes en boca, también es necesario que el paciente se retire la prótesis antes de dormir para que la mucosa que ha estado en constante presión por la función masticatoria pueda descansar y tenga una mayor circulación sanguínea.²⁵

La saliva tiene moléculas de defensa en la saliva en las que se incluyen la lisozima, lactoferrina, también la calprotectina y la IgA, cuya propiedad es disminuir la adhesión entre la *Cándida* con la superficie del diente. Por otro lado, los estudios han permitido determinar que las proteínas salivales se comportan de forma similar a las mucinas ya que permiten ser receptores de adhesión. La saliva al reducirse hace que la comunidad microbiana normal se desequilibre, lo que fomenta el crecimiento y a vez la multiplicación de las bacterias ya sean como *Staphylococcus aureus*, que cuando se mezclan con un pH ácido va a aumentar el desarrollo de especies o grupos como es *Cándida*, *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*.²⁶

Los valores normales del pH de la saliva suelen estar entre 6,0 y 7,4; como resultado de cualquier cambio en el pH puede ser perjudicial para la salud en la cavidad bucal. Es fundamental mantener los niveles de pH por debajo de 7, ya que al hacerlo se creará un entorno favorable para la adhesión y proliferación de los microorganismos patógenos, en particular *Cándida*. De la misma manera, se deben tratar de evitar o reducir los niveles elevados de carbohidratos en la saliva porque actuar como fuente alimenticia de las levaduras propiciando así la proliferación de la *Candida*.²⁷

Los factores sistémicos también desempeñan un papel importante en la aparición de esta enfermedad y si adicionamos a esto al factor edad puede generar que este problema llegue a empeorar, es bien sabido que los pacientes con una edad avanzada presentan factores de riesgo para desarrollar estomatitis protésica por diversas razones, algunas de las cuales incluyen: la condición conocida como xerostomía, que se define como una disminución del flujo salival, se observa con frecuencia en pacientes de edad avanzada ya que generalmente se les administra diversos medicamentos que provocan una disminución en el flujo de saliva.²² Algunos medicamentos destinados para la hipertensión, suelen generar este tipo de efectos secundarios, propiciando así el aumento la virulencia de la *Candida albicans*. Diversas investigaciones demuestran una estrecha conexión entre la xerostomía y los pacientes portadores de prótesis diagnosticados con estomatitis protésica.²⁸

Otro factor a considerar es la diabetes, que se considera una enfermedad crónica y degenerativa causada por un funcionamiento insuficiente del páncreas, presenta tanto un aumento en la producción de la hormona insulina en la sangre como una disminución de la misma. En cuanto a las manifestaciones bucales de esta enfermedad sistémica tenemos a pacientes con problemas de gingivitis, llegando a convertirse muchas veces en periodontitis con la subsiguiente pérdida de dientes.²⁹

Las personas con trastornos del sistema inmunitario y enfermedades sistémicas asociadas, como la diabetes, experimentan problemas similares ya que también suelen padecer de xerostomía. Esto se genera ya que la inmunidad celular es mediada por las células T (CD4 +), quienes activan las citocinas salivales, que se presume que son responsables de proporcionar resistencia contra la *Candida*. Estos pacientes suelen tener niveles elevados de glucosa en la saliva, lo que conduce a una mayor adhesión por parte de los microorganismos.²²

Dado que numerosos estudios han demostrado en los pacientes diabéticos se les relaciona con un incremento de algunas lesiones o patologías orales como candidiasis, alteraciones linguales como glositis romboides, estomatitis por prótesis o queilitis angular, se ha establecido la relación significativa entre la diabetes y los factores asociados con el riesgo de desarrollar estomatitis protésica. Debido a su alto contenido en glucosa, esta enfermedad se considera una patología sistémica

que favorece la colonización bacteriana, aumentaría la adhesión de la levadura y aumentaría el crecimiento de *Cándida*. El proceso de tratamiento cambiará si el paciente no está bajo control, lo que tiene más sentido evitar el uso de prótesis inadecuadas y así tomar los medicamentos recomendados por el médico de cabecera.³⁰

La clasificación de la estomatitis depende de la severidad de la infección y del cuadro clínico que se presente en el tejido bucal contiguo a la prótesis.²³ Newton fue el responsable de proponer la clasificación de la estomatitis protésica en 1962; se basó en los signos clínicos de la mucosa maxilar, particularmente en los tejidos donde se asienta la prótesis.³¹

Grado I (inflamatorio). Se expresa por puntos hiperémicos, que se manifiestan como signos menores y asintomáticos de inflamación.

Grado II (inflamatorio). Se describe como un eritema o enrojecimiento de la mucosa, que se aprecia en los límites de la prótesis. Las superficies de la mucosa aparecerán de color naranja rojizo con áreas difusas que pueden estar total o parcialmente cubiertas por un exudado de color blanco grisáceo.

Grado III (hiperplásico). La inflamación papilar granular o hiperplásica la define. Puede aparecer como un gránulo de teflón que afectará significativamente la región central del paladar duro y los bordes de los alvéolos.

Los grados II y III, están asociadas con placa dental que contiene microorganismos en la prótesis, así como en la mucosa.³²

Se han realizado cambios en la clasificación propuesta por Newton en el presente; estos cambios fueron realizados por otros autores.

Inflamación local. Usado para indicar la presencia de lunares rojos que rodean las glándulas salivales en la boca, estas lesiones están vinculadas al contacto traumático con prótesis removibles.

Enrojecimiento difuso. Se puede ver mucosa oral hiperémica y tensa, que es otro signo. Estas características están relacionadas con un aumento de las levaduras.

Granulomatosa. Se asocia a la presencia de nódulos, concretamente en el centro de la lengua, y puede reconocerse por una mucosa hiperémica. Se cree que dos

contactos traumáticos entre la prótesis y la mucosa de la lengua son los causantes de este tejido granulomatoso.²¹

Diferentes autores afirman que para un correcto diagnóstico realizan una evaluación clínica y se agrupa de medios auxiliares adecuados para obtener un diagnóstico certero. Los exámenes auxiliares incluyen procedimientos de biopsias, estudios citológicos y la utilización de pruebas microbiológicas.³³ Para establecer un diagnóstico clínico correcto, el paciente debe ser sometido a una anamnesis adecuada y un estudio físico minucioso, donde se pueden manifestar alteraciones de los signos clínicos en la mucosa que soportan la prótesis. Todos deben ser diagnosticados mediante un profesional de la salud oral.²³

Para el diagnóstico clínico de esta enfermedad se dependerá del nivel de desarrollo y la complejidad del traumatismo o la lesión, los signos con que se inicia esta enfermedad constan de la observación de pequeñas áreas hiperémicas, en las cuales se visualizan lesiones eritematosas que dibujan los límites de la prótesis, las cuales se presentarán en sus signos como unas proyecciones papilares que generarán un componente rugoso en el paladar duro.²⁹

El diagnóstico clínico se basa fundamentalmente en la identificación de la lesión, a través de los signos clínicos, en la cual se va a caracterizar por una inflamación y enrojecimiento. Adicionalmente, en algunos casos se puede observar que la mucosa de la cavidad oral puede presentarse como lisa, atrófica en toda el área de las superficies cubiertas por la prótesis dental. En cuanto a la sintomatología, generalmente es poco frecuente, pero en algunos casos se menciona como la presencia de una sensación de ardor o prurito en el área afectada.⁵

La anamnesis nos ayuda a recolectar información acerca de aquellos pacientes que estén tomando ciertos medicamentos que puedan ser causantes de una inflamación, de una disminución en la capacidad de respuesta de su sistema inmunológico o cambios en la dieta mientras tiene un síntoma inmunosuprimido, es por ello que se pueden obtener datos de su historial clínico para llegar a un diagnóstico y así poder determinar la causa de la enfermedad y comprobar el estado de higiene la higiene de la prótesis, su retención, soporte y la correcta dimensiones vertical que debe existir. El diagnóstico se basa en los cuadros clínicos observables que permitan el reconocimiento de la afección.⁵

Además, las pruebas de laboratorio son muy importantes para la detección de los microorganismos que se encuentran en la cavidad oral, como la *Cándida albicans* y también como en el diagnóstico de la estomatitis protésica.¹⁶ Existen diferentes métodos para identificar adecuadamente la estomatitis protésica, los cuales se detallan a continuación:

El frotis, este procedimiento será realizado con un hisopo, y consiste en tomar una muestra de un lado en la superficie de la lesión, colocarla en un recipiente de vidrio, en la cual se van a agregar los reactivos y por medio de un microscopio para buscar la presencia de levaduras.

La biopsia es un análisis que permite identificar el tipo de candidiasis proliferativa en donde aparecerán esporas que se caracterizan por ser redondas o de tipo ovalado de 3 - 4 micras, se presentan ocasionalmente con un pequeño halo claro.

Dado que *Cándida albicans* crece en agar Sabouraud-Dextrosa, el cultivo a 37 °C durante 48 horas da como resultado colonias blancas, redondas y cremosas.

La prueba de la tina germinativa se caracteriza por incubar la levadura en un recipiente a 37°C durante dos a cuatro horas. Solo *C. albicans* creará micelos de hifas o pseudohifas y mediante la inmunofluorescencia, los resultados de las pruebas serológicas permitirán la detección de anticuerpos anticandida.³⁵

También podemos contar con distintos diagnósticos diferenciales; por eso es importante reconocer muchos cambios a cerca de la cavidad bucal ya que en ella se encuentran diferentes lesiones como el caso del eczema subprotésica, también quemaduras, lupus eritematoso, y reacciones a medicamentos, artroplastia y liquen plano, entre otros.³⁰ Aunque la estomatitis protésica está estrechamente relacionada con el uso de prótesis removibles, existen patologías similares en las manifestaciones clínicas, que pueden llevar a un enrojecimiento generalizado. El componente acrílico de la prótesis puede estar relacionado con la alergia de contacto, y el alcance del proyecto es ilimitado. Por otro lado, todas las superficies mucosas recubiertas de acrílico mostrarán enrojecimiento e hinchazón, y la patología se descarta al probar las propiedades transdérmicas del material.

Otro cambio es la mucositis sistémica, que tiene el potencial de afectar el tejido de soporte de la prótesis, pero se diferencia de la estomatitis subprotésica por su distribución sindrómica.³⁴

Las características clínicas de esta enfermedad van desde pequeñas áreas localizadas de hiperemia hasta lesiones graves que definen los límites de la prótesis removible. Además, la superficie puede cambiar la apariencia clínica y producir una clasificación clínica única según la gravedad de la enfermedad. Los estudios actuales han demostrado que esto puede afectar las porciones orientadas más horizontalmente del paladar duro, así como las papilas que sobresalen, dando una apariencia rugosa al paladar.¹⁸

También puede aparecer una superficie ligeramente queratinizada, eritematosa, así como edematizada con áreas hiperplásicas que crean una apariencia granular bastante definida. Con frecuencia, los pacientes no mencionan ningún síntoma, pero eventualmente pueden percibir una sensación de ardor, o picazón. El dolor o sangrado son raros, en el cual se puede confundir con queilitis angular o glositis.²⁶

La principal característica de la proliferación fibroepitelial en la estomatitis protésica es la interacción y la comunicación entre la mucosa y la base acrílica o metálica de la prótesis.³⁶

Las siguientes características clínicas son las más frecuentes: El tejido parece con eritema, que es más común en la parte superior de la mandíbula y menos común en la parte inferior de la mandíbula. La mucosa es del color rojo en ocasiones sangra y se limita al tejido en contacto directo con la prótesis. Pueden existir múltiples petequias en el paladar superior duro. Sensación de dolor, calor, náuseas y sabor desagradable.

Los estudios sobre la prevalencia de la estomatitis subprotésica se han realizado en diversos países desde tiempos atrás hasta la actualidad. La mayoría de las personas afectadas son adultos mayores, particularmente aquellos que tienen prótesis totales, y se reporta que la enfermedad afecta entre el 15% y más del 70% de la población.³⁰

Según estudios, aproximadamente el 24% de la población mundial sufre de estomatitis protésica; es importante señalar que este porcentaje es siempre

superior al 48% para personas entre 40 y 59 años. Su prevalencia varía según los continentes; por ejemplo, India tiene tasas de prevalencia más cercanas al 40%, y otras regiones como Filipinas, Taiwán y Malasia exhiben tasas de prevalencia altas. Por el contrario, la mayoría de los países occidentales tienen tasas de prevalencia que oscilan entre el 3% y el 5%.²⁹

La estomatitis protésica es una afección que favorece la tumefacción y el eritema de las mucosas. Perjudica principalmente a las personas de la tercera edad por ende es de suma importancia que los adultos mayores portadores de prótesis removibles totales o parciales mantengan un correcto cuidado de su salud bucal. Investigaciones epidemiológicas mostraron que esta patología es más común en personas de sexo femenino y tienen un mayor porcentaje al afectar el maxilar superior, mostrando una prevalencia de 70% en pacientes portadores de estas.³

Según Schroder, el tratamiento permitió erradicar la inflamación que se encontró en casi todos los casos de gingivitis protésica. Los resultados se obtuvieron suprimiendo todos los desencadenantes y mecánicos, además de una higiene bucal consecutiva y un tratamiento antibacteriano específico.³⁷

Se utilizaron diversas investigaciones para tratar y pausar la enfermedad de esofagitis protésica: Medicamentos antimicrobianos, antisepsia y antiinfecciosos Descontaminación prototípica continua. Materiales para agregar color a las telas que contienen agentes antimicóticos, Uso de compuestos fotoquímicos antimicrobiológico provenientes de plantas, educación y adecuación del paciente portador.

En la parte farmacológica se usa como terapia: El miconazol, un fármaco antimicrobiano proveniente del fenetilimidazol, ya que este modifica la formación en la composición lipéproteica de las membranas celulares, dando como resultado la muerte celular en forma de necrosis en los fibroblastos.³⁷

Pese al elevado porcentaje de levaduras en la saliva de los individuos, El total de los signos y síntomas se erradican de acuerdo a los estudios en la que empleó la medicación con miconazol al 2% durante 2 semanas. Este fármaco se absorbe por medio del intestino, Pudiendo generar náuseas, irritabilidad y diarrea, También altera las rutas metabólicas del ciclo celular humano, incrementando la toxicidad especialmente en el hígado. Necesario a estos antecedentes, dichos fármacos

antimicrobianos no deben aplicarse a personas inmunodeprimidas, en particular a las patologías relacionadas al VIH.²⁰

El fluconazol es un fármaco muy capaz para el tratamiento de gingivitis protésica, especialmente en aquellos individuos donde fracasaron los tratamientos locales o que presentan desórdenes inmunológicos. Las personas que están sujetas a tratamientos con fluconazol pueden añadir gluconato de clorhexidina al 2% y aplicarlo específicamente en la base de la prótesis. Realizando este método con intención de asear la superficie acrílica del dispositivo protésico.²⁸

El medicamento antimicrobiano conocido como Anti-Fúngico se usa para tratar infecciones por Cándida. Se ingiere por vía oral. La dosis de la cápsula es de 50 mg al día durante 2 semanas consecutivas o 100 mg al día durante 3 días seguidos, finalizando con 50 mg durante 8 días.³⁷

Especialmente se administra para aquellas infecciones causadas por Cándida albicans tanto en la cavidad oral como en el intestino, acronistin en unión con topident, suspensión oral de acronistin, o nistatina, es un agente antifúngico con una gama de soluciones, sobresaliendo las propiedades bacteriostáticas y fungicidas. La acronistina con sus propiedades antisépticas y antifúngicas de topident frena el incremento y evolución de las bacterias siendo muy efectiva para la inflamación crónica y grave de la mucosa oral.³⁷

La eficacia de la combinación de acronistin y topident en el tratamiento de la estomatitis subprotésica tipo II ha sido demostrada.³⁷

Disponemos de los siguientes tratamientos con soluciones específicas: El tratamiento mediante la unión de estos dos compuestos tienen actividad beneficiosa como las de mantener la sepsis, removedora de tejidos, desinfectantes, para la inflamación y sobre todo analgésicas. El Oleozón que es una mezcla que contiene oxígeno y aceite vegetal, o lo que es lo mismo, aceite de oliva. También es efectivo en pacientes que tienen estomatitis protésica tipo I .³⁸

Según varios investigadores, el aceite de girasol ayuda en el proceso de cicatrización de los tejidos con lesiones, y también se ha descubierto que es una opción terapéutica para pacientes con estomatitis protésica. Tiene un alto nivel de eficacia terapéutica contra los tejidos ulcerosos, además de tener otro beneficio que

ayuda a prevenir la infección en las heridas, se caracteriza por tener un olor y un sabor distintivos, este debe de debe aplicarse de forma directa sobre el tejido perjudicado como mínimo una vez al día para lograr la cura de la enfermedad.²¹

La crema a base de aloe vera con una concentración del 25% tiene la propiedad de regenerar la piel, reducir la irritación y reducir la inflamación. Como componente activo, los glucósidos de la antraquinona tienen un impacto significativo en la formulación de esta crema puesto que tienen un impacto en la mucosa oral. Las lesiones existentes tienen un impacto biológico. Se ha demostrado que la aplicación con crema de aloe diluida al 25% por 10 días ayuda a mejorar los signos y la sintomatología, especialmente en la estomatitis clasificada como grado I.

El aloe vera tiene una amplia gama de propiedades beneficiosas, pero se destacan sus propiedades antifúngicas y antibacterianas porque fortalecen y alivian la irritación de las encías provocada por las llagas, aumentan la capacidad del cuerpo para producir colágeno y tienen afinidad por los ambientes húmedos y salinos. . Estas características hacen del aloe vera una excelente opción para prevenir la estomatitis subprotésica. Debido a sus propiedades antifúngicas, su método de aplicación consiste en aplicar una pequeña cantidad de gel de aloe vera en las superficies de la prótesis, especialmente en la base. Numerosos autores han demostrado la eficacia del aloe vera citando casos en los que los pacientes consumieron la planta durante cuatro semanas a la vez que se aplicaban un bálsamo típico a base de aloe vera, consiguiendo una mejoría medible en sus síntomas de acné y herpes genital.

En cuanto al mantenimiento de la prótesis, esta tiene que ser limpiada después de consumir los alimentos y antes de dormir. Se debe cepillar la superficie de la prótesis, luego sumergirla en unos 200 ml de agua oxigenada al 5% o una solución de clorhexidina al 0,12%. Cada cuatro días se suspende el uso de la prótesis por la noche tras una pausa de diez minutos. Se aconseja combinar con tratamiento antifúngico; siguiendo la higiene de la prótesis, administrar miconazol o nistatina cuatro veces diarias por 30 días de forma continua, y mantenerla entre uno a dos minutos antes de enjuagar durante un total de 14 días.³⁸

Además de los enjuagues y desinfectantes, también se puede indicar una serie de agentes de limpieza para ayudar en el tratamiento de la estomatitis protésica. Es

más económico usar hipoclorito de sodio al 5% por un tiempo de 5 minutos, pero puede dañar el elemento metálico de la prótesis y estropear los dientes de la prótesis. Del mismo modo, existe otro agente para el control de infecciones, como la clorhexidina al 0,2% o al 0,12%, estos se caracterizan por tener propiedades antisépticas y antibacterianas. Cualquier bacteria en la cavidad oral se puede reducir de forma efectiva con el uso de un enjuague bucal. El uso de bicarbonato de sodio al 20% previene el crecimiento de *Cándida* al equilibrar el pH en la boca.²¹

En el tratamiento médico, el objetivo de la terapia farmacéutica es principalmente erradicar los microorganismos patógenos y *Cándida Albicans*. Para lograr mejores resultados, la terapia médica también debe incluir medicamentos antimicóticos localizados combinados con medicamentos antimicóticos sistémicos. Esto complementa el uso de la profilaxis. A nivel médico, existen otro tipo de tratamientos que han dado resultados positivos en el tratamiento de la esofagitis prostática. Entre estos tratamientos se encuentran la homeopatía, la ozonoterapia y la aplicación de gel hecho a base de aloe.³⁴

El Tratamiento quirúrgico está indicado para ser utilizado específicamente en casos de estomatitis por prótesis grado III debido a que el surco gingival también se ve afectado por los traumas de carácter mecánico que causa una prótesis mal adaptada.⁵

Se recomienda que aquellos pacientes afectados por estomatitis protésica dejen su prótesis expuesta al aire libre durante un periodo de ocho horas cada noche. Este método puede reducir significativamente la presencia de *cándida* en la prótesis, es imprescindible el uso de clorhexidina al 0,2% de forma periodica.⁶

En un estudio se comprobó que la inflamación de los tejidos cubiertos por la prótesis mejoraba de forma significativa cuando se utiliza clorhexidina solución al 2% como desinfectante para la prótesis, lo que se asociaba con la eliminación de los diversos tipos de hongos presentes en mucosa y en la prótesis. Este estudio llega a la conclusión de que la solución de gluconato de clorhexidina es biológicamente apta para la fabricación de colutorios dentales y tiene que utilizarse de forma constante especialmente como desinfectante.³⁹

De acuerdo con las pautas de uso de la prótesis, es fundamental mantenerla limpia. Como antiséptico, la clorhexidina es una sustancia que reduce significativamente

la propagación de la candidiasis bucal. La prótesis se tiene que extraer por la noche para disminuir la exposición de los dientes que aún están presentes en boca a la placa y bacterias dañinas como resultado del contacto entre la prótesis dental con la mucosa de soporte.¹⁹

El curso de acción sugerido recomendable es desarrollar un programa preventivo que se acomode a las necesidades del paciente y que sea personalizado, especialmente para los pacientes adultos mayores, ya que es más probable que esta población cuente con prótesis removibles. Las pautas de los programas preventivos incluyen: visitas iniciales al odontólogo al menos cada seis meses para realizar un mantenimiento de las diversas estructuras remanentes mediante una profilaxis y posterior eliminación de restos bacterianos y realizar tratamientos educativos dirigido a dar instrucciones sobre una correcta higiene bucal y de la prótesis.^{6,21}

El uso prolongado de prótesis removibles sin cambiarlas puede provocar molestias e inestabilidad durante la masticación. Esto, combinado con su uso continuado a lo largo del día, puede dar lugar a la aparición de lesiones inflamatorias en la boca y en los tejidos blandos que se encuentran en contacto con la prótesis dental, como la aparición de úlceras traumáticas, estomatitis subprotésica, épulis o hiperplasia inflamatoria fibrótica, alergias en los tejidos donde se asienta la prótesis, así como la queilitis y estomatitis angular.¹⁷

La importancia del odontólogo radica en que la estomatitis protésica incluye una amplia gama de cambios diferentes que se localizan en los tejidos blandos de la boca. Esta puede ser afectada por una amplia gama de lesiones e infecciones, las cuales pueden ser incómodas o pueden causar complicaciones severas. Su identificación y tratamiento de estas enfermedades son componentes cruciales para un correcto cuidado de la salud oral en general.¹⁹

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación:

El tipo de investigación será básico ya que el objetivo será incrementar los conocimientos teóricos.

III.1.1. Diseño de investigación

El diseño será no experimental ya que no habrá manipulación de variables, será descriptivo ya que los hechos serán interpretados según la observación del autor, el enfoque será cuantitativo, transversal - prospectivo.

3.2 Variables y operacionalización

Las variables del presente estudio se ordenaron en una tabla de operacionalización de cada variable (ANEXO 01).

3.3 Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

3.3.1 Población:

Está conformada por 162 pacientes portadores de prótesis dental que son atendidos en los Centros de Salud 9 de Octubre y de Tacalá.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Pacientes portadores de una prótesis dental superior o inferior
Completa o parcial

Pacientes con tiempo de uso de prótesis dental mayor a tres meses.

Criterios de Exclusión:

Pacientes que presenten alguna alteración mental.

Pacientes que en el momento del examen estén con tratamiento antimicótico.

3.3.2 Muestra:

La muestra estará conformada por la población de pacientes portadores de prótesis dental que reúnan los criterios de selección.

3.3.3 Muestreo:

El muestreo no probabilístico se realizará por conveniencia.

3.3.4 Unidad de análisis:

Paciente con prótesis dental que acudieron de los Centros de Salud 9 de Octubre y de Tacalá.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se usará como técnica, la observación y de instrumento, se utilizará la guía de observación de campo de tipo ficha de recolección de datos la cual ha sido creada por los autores de esta investigación, y consta de dos partes. La primera parte registrará todos los datos sociodemográficos del paciente y se plasmarán de la siguiente manera: código del paciente (número de DNI), edad y sexo. La segunda parte del instrumento registrará las manifestaciones orales que presente el paciente, se evaluarán las manifestaciones orales cuyo diagnóstico esté relacionado a lesiones orales producidas por el uso de una prótesis dental ya sea total o parcial, las cuales se registrarán únicamente a través del examen clínico, donde previamente la autora será calibrada por el experto.

Este instrumento se expone en el Anexo 2. La confiabilidad de este instrumento fue evaluada por el Dr. Henry Miranda Gutiérrez cirujano patólogo, ya que estuvo a cargo de la calibración y/o capacitación hacia los autores y la aplicación de una prueba piloto, la cual consistió en la ejecución previa del instrumento (ficha de observación) por parte del experto en el tema y de los presente autores de este estudio.

III.1.2. De la calibración

Para este proceso nos contactamos con un especialista en patología oral, este entrenamiento estuvo a cargo del Dr. Henry Miranda Gutiérrez cirujano patólogo y se realizó en dos fases:

Primera fase: se establecieron los conceptos y criterios de clasificación de estomatitis protésica, esto mediante tres reuniones vía google meet con una duración de aproximadamente 45 minutos cada una. En estas se realizó las capacitaciones teóricas; una vez realizada la instrucción teórica se coordinó un día específico para realizar la calibración mediante el análisis de fotografías clínicas de pacientes con estas patologías.

Segunda fase: Consistió en realizar un diagnóstico mediante el análisis de seis fotografías clínicas por cada tipo de estomatitis de pacientes con estas patologías. Se realizó una evaluación oral a las imágenes en donde cada integrante de este proyecto anotaba en una hoja el diagnóstico al que llegó, finalmente se comparaba con el diagnóstico del especialista.

Al finalizar la calibración el especialista nos dio la conformidad mediante un documento que avala nuestra preparación y calibración. (ANEXO 03)

El valor Kappa al que se logró llegar fue de 0.753, cuyo resultado se ve en el anexo 05. Esa concordancia ayuda a establecer la confiabilidad de la calibración con el experto clínico, obteniendo un resultado aceptable.

III.1.3. Del estudio piloto

Para el estudio piloto se realizó en el centro de salud I-3 Comunidad saludable con el cual se coordinó previamente mediante una carta de presentación al gerente de dicho establecimiento, la cual obtuvo una respuesta de autorización para realizar la prueba piloto (ANEXO 04). Este procedimiento se realizó en tres fases.

Primera fase: consistió en coordinar con el centro de salud I-3 Comunidad saludable para obtener 18 pacientes mujeres y 18 hombres portadores de prótesis dental removible ya sea total o parcial; una vez realizada dicha coordinación se citó a los pacientes para el día 10 de noviembre del 2022 a las 08. Am.

Segunda fase: El día 10 de noviembre del 2022 se llegó al centro de salud y se dio una charla introductoria sobre el estudio realizado, luego se procedió a ingresar a un ambiente acondicionado por el personal del centro de salud en donde se los llamaba de forma ordenada de uno en uno y se obtuvo el consentimiento informado después de la explicación sobre dicho documento.

Tercera fase: Para esta fase se contó con la presencia del Dr. Henry Miranda Gutiérrez, se realizó un examen clínico de la mucosa que sirve de base de la prótesis, empleando un equipo básico de diagnóstico y cumpliendo con las medidas de bioseguridad que garanticen la protección del clínico y del paciente. Se confirmó o no la presencia de la patología, mediante la observación clínica directa, se procedió al diagnóstico de la patología y se contó con la confirmación del especialista. Según el diagnóstico al que se llegó se procedió a clasificar la estomatitis según el grado de Newton, llenando un formulario de registro de datos demográficos que constaban de edad, sexo, tiempo de uso y tipo de prótesis. El tiempo de evaluación fue de aproximadamente 7 minutos por cada paciente.

El análisis estadístico empleado fue el Alfa de Cronbach, ya que esta fórmula permite calcular la fiabilidad de un instrumento. El coeficiente de confiabilidad del instrumento aplicado en este estudio fue de 0.871 siendo el cuestionario confiable (ANEXO 5).

3.5 Procedimientos

Se solicitó una carta de presentación para ser entregada a los centros de salud en donde se realizará el proyecto de investigación y la prueba piloto.

Se solicitará permiso a los jefes de cada centro de salud y a su vez la coordinación del caso para el estudio correspondiente.

Autorización de la prueba piloto en los pacientes escogidos por conveniencia de los centros de salud.

Se realizará la recolección de datos de acuerdo a las fechas previstas, además se dará una explicación al paciente para que proceda a firmar el consentimiento informado. (ANEXO 06)

Se registran los datos personales de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez con la autorización del paciente se procederá a realizar el examen bucal para lo cual se les pedirá que se retiren la prótesis dental, y con ayuda de espejos y la luz de la unidad dental se evaluará la existencia o no de la patología, además de su clasificación según Newton.

El tiempo de identificación será de 15 minutos aproximadamente.

La ficha de recolección de datos será llenada luego de terminar la consulta con el paciente en estudio.

Se realizará la tabulación de los datos en tablas estadísticas con sus gráficos correspondientes.

Se realizará la discusión de resultados y por lo consiguiente las conclusiones y recomendaciones del caso.

3.6 Método de análisis de datos

La información recolectada será tabulada y se usará como base de datos en el programa Excel 2019 y SPSS 24, se utilizará como prueba estadística de chi cuadrado, también se realizará tablas de frecuencias, tablas de contingencia y la presentación grafica a través de gráficos de barra.

3.7 Aspectos éticos

El estudio se caracterizó por seguir los principios éticos establecidos por Helsinki⁴¹, protegiendo la salud de los pacientes participantes de la investigación, así como también la dignidad, integridad y la confidencialidad de los datos obtenidos y brindados por los pacientes; también se garantizó el derecho de los pacientes a la autodeterminación y la libertad de toma de decisiones luego de haberles informados acerca de las ventajas, desventajas, los riesgos y beneficios que implican el ser partícipe de la investigación. Se garantizó el bienestar de los pacientes participantes ya que siempre tendrán prioridad sobre los intereses de la investigación. Se aplicó

el principio de beneficencia ya que el riesgo al que se expuso al paciente fue mínimo.

Se aplicaron los principios de ética en investigación que brinda la universidad César Vallejo, entre ellos el artículo 3° denominado principio de ética en investigación, entre los cuales están: el principio de la autonomía ya que los participantes tuvieron la potestad de participar y retirarse en cualquier momento de la investigación. La competencia profesional y científica, esto permitió garantizar la rigurosidad de la investigación respetando la integridad humana de los participantes de la investigación. El principio de justicia ya que se les brindó un trato de equidad entre todos los participantes. Libertad, ya que esta investigación tiene fines meramente académicos, deslindando cualquier tipo de intereses ya sean políticos, religiosos o económicos. El principio de la no maleficencia, pues no hubo ningún tipo de perjuicio para el paciente. Se garantiza que la investigación fue realizó de manera honesta, incorporando sólo a los autores que han aportado al desarrollo de la presente investigación y se asegura la fidelidad de los datos y resultados obtenidos, además cualquier modificación que se requirió se realizó siempre con la debida autorización del comité de ética de la universidad. Se respetó el derecho a la propiedad intelectual, evitando caer en acciones indebidas como el plagio de otras investigaciones. Los autores somos responsables del desarrollo y divulgación de la investigación y por ende de asumir las consecuencias que esto conlleve. La transparencia es otro principio que rige nuestra investigación ya que puede ser publicada y revisada por otros autores interesados. También se consideró el artículo 4° que nos especifica sobre las investigaciones con seres humanos en donde la firma de manera libre del consentimiento informado es imprescindible para poder realizar esta investigación. El artículo 9° que nos enmarca dentro de la política anti plagio también será aplicado, ya que toda referencia tendrá su respectiva citación, siguiendo las normas establecidas por nuestra universidad.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.

Estomatitis	Centro de salud						Prueba
	Sullana		Tacalá		Total		X ²
	n	%	n	%	n	%	P
Tipo I	7	8,64	24	29,63	31	19,14	,004**
Tipo II	40	49,38	25	30,86	65	40,12	
Tipo III	5	6,17	5	6,17	10	6,17	
Subtotal	52	64,19	54	66,66	106	65,43	
No ha tenido	29	35,80	27	33,33	56	34,57	
Total	81	100,00	81	100,00	162	100,00	

*n: Número de pacientes; %: Porcentaje; X²: chi cuadrado; P: significancia estadística; **: P>0.01*

En el grupo de los pacientes evaluados en "Sullana", se observa lo siguiente: 52 pacientes (64,2%) presentan algún tipo de estomatitis, de las cuales 7 pacientes (8,64%) presentan estomatitis de tipo I., 40 pacientes (49,38%) presentan estomatitis de tipo II., 5 pacientes (6,17%) presentan estomatitis grado III y 29 personas (38,8%) no presentan estomatitis. En el grupo "Tacalá", se observa lo siguiente: 54 pacientes (66,66%) de las cuales 24 pacientes (29,63%) presentan estomatitis de tipo I., 25 pacientes (30,86%) presentan estomatitis de tipo II., 5 pacientes (6,17%) presentan estomatitis tipo III y 27 pacientes (33,33%) no presentan ningún tipo de estomatitis.

Tabla 2. Prevalencia de estomatitis protésica según la edad de pacientes portadores de prótesis dental que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.

Centro de salud	Edad	Estomatitis										Prueba		
		Tipo I		Tipo II		Tipo III		Subtotal	No ha tenido		Total		F _s	P
		N	%	n	%	n	%		n	%	n	%		
Sullana	Menos de 40	2	2,47	0	,00	0	,00	2,47	13	16,05	15	18,52	,001**	
	40 a 49	2	2,47	4	4,94	0	,00	7,41	3	3,70	9	11,11		
	50 a 59	2	2,47	6	7,41	0	,00	9,88	2	2,47	10	12,35		
	60 a 69	1	1,23	11	13,58	2	2,47	17,28	7	8,64	21	25,93		
	70 a 79	0	,00	13	16,05	1	1,23	17,28	1	1,23	15	18,52		
	Más de 80	0	,00	6	7,41	2	2,47	9,88	3	3,70	11	13,58		
	Total	7	8,64	40	49,38	5	6,17	64,2	29	35,80	81	100,00		
Tacalá	Menos de 40	4	4,94	4	4,94	1	1,23	11,11	5	6,17	14	17,28	,326	
	40 a 49	7	8,64	0	,00	0	,00	8,64	6	7,41	13	16,05		
	50 a 59	8	9,88	10	12,35	2	2,47	24,7	12	14,81	32	39,51		
	60 a 69	2	2,47	5	6,17	1	1,23	9,87	2	2,47	10	12,35		
	70 a 79	3	3,70	6	7,41	1	1,23	12,34	1	1,23	11	13,58		
	Más de 80	0	,00	0	,00	0	,00	0	1	1,23	1	1,23		
	Total	24	29,63	25	30,86	5	6,17	66,67	27	33,33	81	100,00		

n: Número de pacientes; %: Porcentaje; F_s: Valor de Fisher; P: significancia estadística

Los grupos de edades con mayor prevalencia de estomatitis protésica se ubican entre los pacientes con edades de 60 a 69 y de 70 a 79 años de edad, ambos grupos con una prevalencia del 17,29% para cada uno de ellos; el primer grupo de estos corresponden al 25,93% del total de los pacientes atendidos en esta localidad, de los cuales el 13,58 % tienen estomatitis tipo II, mientras que el 2,47% presentan estomatitis tipo III.; el segundo grupo presenta una alta prevalencia de estomatitis tipo II con un 16,05% de prevalencia, seguido de un 1,23% del tipo III. En el grupo perteneciente al centro de salud de Tacalá se ha logrado determinar que del 100 % de los pacientes el 39,51 % de estos tienen edades entre los 50 a 59 años de edad, los mismos que presentan una prevalencia de estomatitis de 24,70%, de los cuales el 12,35% presenta estomatitis tipo II., el 9,88% tienen el tipo I y el 14,81 % no ha tenido estomatitis.

Tabla 03. Nivel de prevalencia de estomatitis protésica según el sexo en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.

Estomatitis	Centro de salud											
	Sullana ($X^2=1,883$ $p=,608$)						Tacalá ($X^2=1,666$ $p=,646$)					
	Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo I	2	2,47	5	6,17	7	8,64	6	7,41	18	22,22	24	29,63
Tipo II	8	9,88	32	39,51	40	49,38	4	4,94	21	25,93	25	30,86
Tipo III	1	1,23	4	4,94	5	6,17	2	2,47	3	3,70	5	6,17
Subtotal	11	13,58	41	50,62	52	64,19	12	14,82	42	51,85	54	66,66
No ha tenido	3	3,70	26	32,10	29	35,80	7	8,64	20	24,69	27	33,33
Total	14	17,28	67	82,72	81	100,00	19	23,46	62	76,54	81	100,00

n: Número de pacientes; %: Porcentaje; X^2 : Chi cuadrado

Los pacientes del centro de salud de Sullana el 82,72% son mujeres, las cuales tienen una prevalencia de estomatitis del 50.62%, a su vez presentan un 39,51% de estomatitis tipo II, 6,17% de tipo I. y 32,10% no presentan esta afección. Con respecto al sexo masculino se determinó una prevalencia del 13,58% de estomatitis protésica, en donde el tipo II fue más prevalente con un 9.88%. Para el grupo de Tacalá se ha logrado determinar que el 76,54% son pacientes de sexo femenino, quienes presentan una prevalencia de estomatitis del 51,85%, de las cuales el 25,93% son de tipo II. y 22,22% presentan el tipo I. La población masculina está representada por un 23,46%, quienes tenían una prevalencia de estomatitis de 14,82%, siendo la estomatitis tipo I las más prevalente con un 7,41%.

Tabla 04. Nivel de prevalencia de estomatitis protésica según el tiempo de uso de la prótesis dental en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura – 2023.

Estomatitis	Centro de salud															
	Sullana ($X^2=55,832$ $p=,000^{**}$)								Tacalá ($X^2=8,887$ $p=,180$)							
	0 a 5		6 a 10		11 a más		Total		0 a 5		6 a 10		11 a más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo I	3	3,70	3	3,70	1	1,23	7	8,64	13	16,05	10	12,35	1	1,23	24	29,63
Tipo II	4	4,94	19	23,46	17	20,99	40	49,38	8	9,88	12	14,81	5	6,17	25	30,86
Tipo III	0	,00	1	1,23	4	4,94	5	6,17	2	2,47	2	2,47	1	1,23	5	6,17
Subtotal	7	8,64	23	28,39	22	27,16	52	64,19	23	28,4	24	29,63	7	8,63	54	66,66
No presenta	27	33,33	1	1,23	1	1,23	29	35,80	16	19,75	5	6,17	6	7,41	27	33,33
Total	34	41,98	24	29,63	23	28,40	81	100,00	39	48,15	29	35,80	13	16,05	81	100,00

n: Número de pacientes; %: Porcentaje; X^2 : Chi cuadrado

En la presente tabla 4 se logra determinar que la mayor prevalencia en centro de salud de Sullana teniendo en cuenta el tiempo de uso de la prótesis se da en aquellos pacientes cuyo periodo de tiempo con esta oscila entre 6 a 10 años con una prevalencia del 28,4%, seguido por el grupo que ha usado su prótesis por más de 11 años, con una prevalencia de 27,2%, en ambos grupos el tipo de estomatitis más frecuente fue el tipo II con un 23,46% y con un 20.99% respectivamente. Para el grupo perteneciente al centro de salud de Tacalá, los pacientes con uso de la prótesis en el rango de 6 a 10 años obtuvieron una prevalencia de 29,6%, siendo el tipo II la más prevalente con un 14,81%; el grupo de pacientes que llevan usando la prótesis entre 0 a 5 años se obtuvo una prevalencia similar de 28,4% siendo el tipo I el más prevalente con un 16,05%.

V. DISCUSIÓN

El estudio se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3 de la región Piura, para ello se contó con una muestra de 162 pacientes portadores de prótesis dentales removibles.

La prevalencia de estomatitis protésica (EP) obtenida en centro de salud Tacalá y 9 de octubre fue similar, obteniendo el primero un 66,67% y el segundo un 64,2%, resultados que coincide con los hallazgos de autores como Brantes et al.⁴³ quienes encontraron una prevalencia de EP del 63%. Diversas investigaciones informan acerca la prevalencia de EP con un rango que oscila desde el 15% hasta más del 70% entre las personas con dentaduras postizas.⁴⁴ Un factor importante a tener en cuenta es la distribución de la población en las diversas zonas geográficas, ya que sobre esto se han informado de un amplio rango de prevalencia del 11% a 60% en diversas partes del mundo.⁴⁵ A nivel mundial, se ha encontrado una prevalencia de estomatitis protésica de 70% en Alemania según McCord y Grant⁴⁶, Espinoza et al.⁴⁷ en Chile encontró una prevalencia del 53%.

Estos resultados se deben a diversos factores predisponentes que se analizaron en estas investigaciones, entre ellos a la deficiente higiene de los participantes de las investigaciones, pacientes fumadores y pacientes con algún tipo de compromiso sistémico; Es importante recalcar que al estar delante de una patología cuya etiología es multifactorial, esto causa que su estudio sea complejo.

Cuando las prótesis dejan de ser un estímulo a la mucosa o tejidos donde ésta se asienta y se transforman en una agresión a estos tejidos, los cuales están influenciados por diversas condiciones tanto locales como sistémicas, existe una gran probabilidad de desarrollar estomatitis protésica. Entre las causas que se relacionan de forma directa con esta enfermedad están los traumas debido a desajustes de la prótesis, higiene deficiente, uso de diversas drogas, condiciones ambientales, factores sistémicos, estrés, dieta, uso de la prótesis de forma permanente, etc.^{48,49}

Existen estudios que han demostrado una prevalencia menor, tal es el caso de un estudio realizado por Espinoza et al.⁵⁰, en donde se demostró que la estomatitis era la lesión de la mucosa bucal más común en personas usuarias de estas prótesis

con 22,3% de prevalencia; Nevalainen⁵¹ en Alemania reportó una prevalencia de EP de 18,3% en su población analizada; y la investigación realizado por Motalebnezhad y Shirvani⁵² en Teherán la EP fue del 18,2%.

Estos resultados pueden ser explicados por diversos motivos, entre ellos a una adecuada higiene oral y de la prótesis, también un factor que nos ayuda a mantener una baja prevalencia de la EP es el uso adecuado de la prótesis, ya que es necesario dejar que la mucosa que sirve de base de la prótesis pueda descansar cuando la persona usuaria de esta cumpla su horario de sueño, esto con la finalidad de que los tejidos de la cavidad oral puedan oxigenarse, además esto permitirá que tanto la lengua como los labios cumplan la función de autolimpieza de la cavidad oral. Se recomienda que se realice en el horario de sueño de la persona para que no pueda interferir con el desempeño de su vida diaria.

La prevalencia de EP según el grupo de edad en los pacientes portadores de prótesis dental, encontramos una mayor prevalencia en el grupo de edades que van desde los 50 a 79 años, estos resultados concuerdan con Agarwal V. y Maiti S.⁵³, donde la prevalencia de estomatitis protésica en el grupo de edad de 51 a 60 años y de 61 a 70 años estaba afectado de forma similar con 26,79% cada uno; también sumando a este grupo etario tenemos a Aishwarya et al.⁵⁴ quien en su estudio obtuvo como resultado que, el 56,3% de los pacientes tenían entre 60 y 65 años de edad, de los cuales el 42% de los pacientes tenían estomatitis; Ocampo K. et al.⁵⁵ nos demuestra que la edad promedio en la que se encuentra la mayor población edéntula es entre los 56 y 65 año, en donde la estomatitis fue la segunda patología más frecuente en pacientes portadores de prótesis dentales; el estudio de Morel et al.⁵⁶ describe que la edad de los pacientes con estomatitis protésica fue de 60 a más con un 30,64% de prevalencia de esta patología; el estudio de De León A. et al.⁵⁷, el cual tuvieron como resultado que predominaron las pacientes entre 60 y 74 años y la lesión más frecuentemente observada fue la EP. Coincide también Morales et al.⁵⁸ donde la mayoría de los pacientes de la muestra están en el grupo de 70 a más años y la estomatitis estuvo presente con un 44,91 %.

Esta prevalencia elevada en los adultos mayores suele asociarse de forma directa con este grupo etario, ya de que los ancianos son la población más propensa a usar prótesis dentales y el riesgo aumenta cuando no hay una adecuada higiene bucal,

ya que generalmente tienen recursos financieros limitados, limitaciones motrices y problemas visuales. Es importante considerar la disminución de la inmunidad debido a la edad ya que esto también puede desempeñar un papel importante a la hora de sufrir de esta patología.⁵⁵

Otras investigaciones difieren con los resultados antes mencionados, como es el caso de García B. et. al.⁹ quienes demostraron que estomatitis se presentó en más de la mitad de los examinados, en el grupo de edad de 40 a 59 años con un 54,6%, además tenemos a Sardari. et. al.⁵⁹ quienes realizan una investigación donde describe una mayor prevalencia de estomatitis protésica en el grupo de edad de 30 a 54 años; Ramírez et al.⁶⁰ obtuvieron como resultado que el grupo de edad de 52-59 años fueron los más afectados por EP con 69,8% y de 45 a 51 años con un 30,2%.

Estos resultados pudieron haber sido influenciados por la población evaluada, ya la mayoría de ellos tenían edades que en promedio oscilan desde los 40 a 59 de edad, sumado a ello hay que tener en cuenta que la estomatitis tiene una etiología multifactorial y que la edad puede ser solamente un factor adicional para adquirir este tipo de patologías.

El sexo femenino es el más prevalente en ambos establecimientos donde se realizó la investigación, estos hallazgos concuerdan con diversos autores como García B. et. al.⁹, en su estudio sobre la estomatitis, esta se presentó en más de la mitad de los examinados, la mayoría de género femenino con un 61%; además tenemos a Agarwal y Maiti⁵³ describen una prevalencia de estomatitis protésica en mujeres fue del 57,1%; Ocampo K. et. al.⁵⁵ obtuvieron como resultado que existe una mayor prevalencia de estomatitis en el sexo femenino con 52%; Según Morel et al.⁵⁶ predominan los pacientes femeninos con estomatitis protésica con un 72.78%; Vega et al.¹¹ quienes concluyen que dentro de la estomatitis protésica fue el sexo femenino el más afectado.

Algunos autores relatan que las mujeres son quienes se someten a extracciones dentales con mayor frecuencia que el sexo opuesto, esto debido a un mayor índice de caries, de ahí su necesidad de una prótesis dental. Esta alta prevalencia en mujeres puede explicarse por los cambios hormonales que experimentan durante el embarazo y el período menopáusico, pues esto las predisponen a infecciones;

se ha sugerido que el aumento de la prevalencia también puede deberse a que las mujeres usan las prótesis dentales con mayor frecuencia y por períodos prolongados por fines estéticos.

En estas investigaciones la población de estudio en su mayoría fueron mujeres, lo cual incide en una mayor prevalencia de este sexo, este flujo elevado de mujeres en las distintas investigaciones se debe a que existe una mayor preocupación por el aspecto estético con respecto al sexo opuesto.

Estos resultados difieren con autores como Sardari et al.⁵⁹ donde la prevalencia de estomatitis protésica en el género masculino fue de 62.75%; Aishwarya et al.⁵⁴ en su estudio se determinó que los varones fueron más prevalentes a las lesiones de la mucosa oral con un 57,5%; Wang et al.⁶¹ donde la tasa de prevalencia fue mayor en pacientes masculinos (54,17%).

Esta prevalencia mayor en el sexo masculino puede ser causada por una muestra proporcional de varones y mujeres, por lo cual los resultados difieren con el presente estudio.

La mayor prevalencia de EP según el tiempo de uso de la prótesis se dio en aquellas personas cuya prótesis dental tenían un tiempo de uso que oscila entre 6 a 10 años, resultados similares a los encontrados por Rosales y Fonseca⁶² quienes determinaron una mayor prevalencia de esta patología en aquellos que tienen su prótesis por más de 5 años; para autores como Cardente y García⁶³ y González et al⁶⁴ las cifras de personas con EP más elevadas se detectaron en aquellos que las han usado por un periodo mayor a 10 años, en comparación a los menos afectados que corresponden a los usuarios de prótesis con una antigüedad menor de cinco años de uso.

Vázquez De León et al⁶⁵ en su investigación la prevalencia de EP aumentó con el transcurso del tiempo en los portadores de prótesis y esta fue más frecuente en el grupo de 11-20 años; Segura et al.⁶⁶ y Noguera y Fleitas⁶⁷ obtuvieron resultados similares de esta prevalencia. Esto se debe al cambio no oportuno de las prótesis, en la medida que se incrementa el tiempo de uso de aparatologías protésicas, estas tienden a perder sus principios biomecánicos y como consecuencia pueden aparecer lesiones y molestias, es por ello que las prótesis deben tener un tiempo de uso limitado.

Las prótesis antiguas, en estado deficiente y desajustadas causan perjuicio en la cavidad oral, y si a estos factores le agregamos inadecuados estilos de vida, esto contribuye a generar un estado deficiente de la boca, en especial de las mucosas, esto coincide con Corona et al.⁶⁸ Otros investigadores como Castro⁶⁹ y Cruz.⁷⁰ determinaron que el uso de la prótesis por más de 6 años de uso incrementa el riesgo de sufrir alguna alteración y después de 16 años este se duplica.

Mientras mayor sea el uso de una prótesis dental, mayor será la probabilidad de que haya desajustes en las estructuras bucales, alterando los tejidos y generando patologías como la EP, pues estos cambios estructurales en la boca causan traumatismos, mayor acúmulo de microorganismos, sumado a otros factores ya mencionados que ayudan a la prevalencia de enfermedades bucales.⁷¹

Se observaron algunos casos de EP en pacientes que usaron prótesis durante los primeros cinco años, esto puede estar asociado a causas como una prótesis mal confeccionada, inadecuada higiene bucal, enfermedades sistémicas, pacientes fumadores, y deficientes procedimientos clínicos y de laboratorio.

VI. Limitaciones.

Para el desarrollo de nuestra investigación encontramos limitaciones teóricas, ya que no se encontraron antecedentes nacionales y los internacionales en la gran mayoría de ellos no tenían acceso libre para su revisión. También existió una limitación práctica ya que la demanda en el servicio de odontología de uno de los establecimientos disminuyó debido a una reubicación de sus instalaciones y en general en ambos centros de salud sucedió lo mismo debido a las lluvias que azotaron la región Piura. También encontramos a pacientes con cierto temor a firmar el consentimiento informado, por lo cual fue necesario sensibilizar mediante una explicación minuciosa de todo lo que el documento contenía, esto generó una mayor inversión de tiempo en este tipo de pacientes.

VII. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de estomatitis protésica en el centro de salud TÁCALA fue de 66.67% y en el centro de salud 9 de octubre fue de 64,2%, siendo la lesión tipo II las más frecuente en ambos establecimientos.
2. El grupo etario más afectado con la estomatitis protésica fue el de 50 a 59 años en el centro de salud de Tacalá y en el centro de salud 9 de Octubre fue el grupo de 60 a 79 años.
3. El sexo femenino fue el más prevalente con estomatitis protésica en ambos establecimientos, Tacalá y 9 de Octubre de la región Piura
4. La mayor prevalencia de estomatitis protésica se presentó en aquellas pacientes de ambos establecimientos de salud, cuya prótesis dental tenían un tiempo de uso entre 6 a 10 años.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar una investigación clínica e histológica para detectar la asociación de la estomatitis protésica con la candidiasis, ya que su presencia es común en este tipo de patologías.
2. Se recomienda que se realicen futuras investigaciones sobre los factores asociados a la estomatitis protésica, como hábitos de higiene, hábitos asociados al tabaquismo, enfermedades sistémicas, uso de la prótesis en horario del sueño, etc.
3. Se sugiere realizar investigaciones con una muestra más equitativa entre hombres y mujeres con el fin de determinar si el sexo es un factor que influye en la prevalencia de la estomatitis protésica.
4. Se recomienda a los establecimientos de salud en donde se realizó la investigación a instruir a los pacientes evaluados sobre el uso correcto de las prótesis y dar indicaciones generales acerca de las mismas que los pacientes desconocen.

REFERENCIAS

1. León A, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatologica Herediana [Internet]. 2015 [Citado 22 de septiembre de 2022]; 25(3):179-186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es
2. Instituto Mexicano de Estudios Superiores para la Actualización de Profesionales S.C. La Organización Mundial de la Salud con respecto a la salud bucodental mundial. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.imesap.edu.mx/la-organizacion-mundial-de-la-salud-con-respecto-a-la-salud-bucodental-mundial/#:~:text=Alrededor%20del%2030%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20con,de%20alcohol%20y%20la%20falta%20de%20higiene%20bucodental.>
3. Guarat C., Izquierdo H., Mondelo L., Alfredo A., Toledano G. Prótesis dental. Apuntes sobre su historia. Revista Información Científica [Internet]. 2012;76(4): . disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757269039>
4. Fundación de Salud Oral. Estomatitis Protésica. Reino Unido. 2018. [Citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://es.dentalhealth.org/estomatitis-protésica>
5. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucal. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. 2018. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
6. Alarcón V., Monsalve M., Betancourt A., Pineda Y. Efectividad de la miel de bórax en el tratamiento de la estomatitis protésica tipo II asociada a Candida albicans. Acta Bioclínica, 2020; 10(20), 134-151. [Citado 30 de Setiembre de 2022]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/articulo/view/16335>
7. Morillas A. Estomatitis subprotésica en pacientes adultos mayores que asisten a centros de salud de Trujillo - 2017 [Tesis]. Perú: Universidad Privada Antenor

- Orrego; 2017 [Citado 30 de Setiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2965>
8. Aguirre B. Estado de salud oral de adultos mayores dependientes pertenecientes al Programa de Cuidados Domiciliarios de la Comuna de Providencia [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2015. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2747/a115452 Romero N Prevalencia y manejo de estomatitis 2016 Tesis .pdf?sequence=1](https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2747/a115452_Romero_N_Prevalencia_y_manejo_de_estomatitis_2016_Tesis.pdf?sequence=1)
 9. García-Rodríguez B, Rodríguez-Cuellar Y, González-Cardona Y. Under prosthesis stomatitis in total and partial tooth extraction. Rev Latinoam Hipertens 2022; 17(4):289-293 [Citado 29 de septiembre de 2022] Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85137205258&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=denture+stomatitis&nlo=&nlr=&nls=&sid=b07492ce8a295023af49767f371435c0&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%22022%22%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct&sl=33&s=TITLE-ABS-KEY%28denture+stomatitis%29&relpos=38&citeCnt=0&search Term>
 10. Zulfikar A, Kimmie-Dhansay F. Prevalence of Denture-Related Stomatitis in Edentulous Patients at a Tertiary Dental Teaching Hospital 2021. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35048072/>
 11. Vega, M., Sanabia, R., Ramos M., Vázquez, R. Sub-prosthesis stomatitis in patients of Area VI. Cienfuegos. 2015-16. Medisur – Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2019; 17(3), pp. 429-436. Web of science [Internet]. [Citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000473293300017>
 12. Azima Hanin SM, Jayaraj G, Muralidoss H. Prevalence of denture stomatitis among denture wearers. Int J Pharm Res 2020; 12(3):2194-2201. [Citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85089316112&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=2a109c963fc9abd817acb8d44296419c&sot=a&sdt=a&cluster=scopubyr%2c%222022%22>

%2ct%2c%222021%22%2ct%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28denture+stomatitis%29&relpos=15 &citeCnt=0&searchTerm=

13. Wang LL, Liu XH, Yang LM, Li XX. Clinical analysis of denture-related oral mucosal lesions in 185 patients with removable denture. 2020. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32524128/>
14. Chaithanya V., Maheswari T., Chaudhary M. Prevalence on the Types of Denture Stomatitis Reported in A Private Dental Hospital: A Retrospective Study. *Biotechnology & Applied Microbiology in ESCI edition*; 2021; 14(10), pp. 31-37. Web of science [Internet]. [Citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000739685700005>
15. Godlin J, Subhashree R, Nivedhitha M. Prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions - A retrospective institutional study. *J contemp issues bus gov* [Internet]. 2021 [citado el 21 de octubre de 2022];27(02). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/fed580e94ebf527c3b585a85c11c64957b4081db>
16. Velázquez A., Florentín G., Defazio D. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 2017; 4(1), 45-50. [Citado 30 de Setiembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.20320/rfcsude.s.v4i1.106>
17. Blacio M. Tipos de prótesis para pacientes edéntulos parciales y totales. 2015 [Citado 29 de Setiembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3335/1/664%20Blacio%20Ch%C3%A1vez.pdf>
18. Estrada G., Márquez M., Agüero L. Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica. 2017. *MEDISAN*, 21(11), 3180-3187. [Citado 06 de octubre de 2022] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n11/san062111.pdf>
19. Figueredo E., Del Toro K., Torres M., Pérez, M., Gilbert Y., Rico, M. Efectividad del oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 60 años. *Correo Científico Médico*, 2017; 21(3), 764-775. [Citado

- 06 de octubre de 2022] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n3/ccm13317.pdf>
20. Urzúa, B., Palma, P., Salinas, J., Lee, X., Cortés, A., Vergara, C., Ortega, A., Espinoza, I., Morales, I. Efecto de miconazol sobre el recuento de levaduras en candidiasis asociada a estomatitis protésica. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 2018; 11(2), 102-105. [Citado 06 de octubre de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0719-01072018000200102>
 21. Barragán X. Tratamiento de la estomatitis subprotésica en el adulto mayor. 2019. [Citado 09 de octubre de 2022] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40050>
 22. Martín, A., López, J. Estomatitis Protésica. 2016. [Citado 06 de octubre de 2022] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n6/puesta1.pdf>
 23. Mayán, G., Ramos L., Maden, D., Morán L., Fernández Y., Alvarez M. Vázquez L. Estomatitis subprótesis en el adulto mayor. Reporte de 2 casos. Investigaciones Médico quirúrgicas, 2019; 11(3). [Citado 09 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92463>
 24. Peralta F. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017. [Citado 10 de octubre de 2022] Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/844>
 25. Pibaque J. Lesiones orales en pacientes portadores de prótesis removible pertenecientes a la Facultad de Odontología. Universidad de Guayaquil. 2020. [Citado 10 de octubre de 2022] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48419>
 26. Riverón L. Estomatitis subprotésica asociada a candida: Revisión de la literatura Tesis, Universidad Finis Terrae (Chile) Facultad de Odontología. 2018. [Citado 13 de octubre de 2022] Disponible en: <http://repositorio.uft.cl:80/xmlui/handle/20.500.12254/789>
 27. Maureira N., Viera P., Fernández A., Urrejola M., Bravo C., Mardones F., Vines E. D., Haidar Z. S. Susceptibilidad de Cepas de Candida Oral a Extracto Etanólico del Propóleo Chileno de Olmué. International journal of

- odontostomatology, 2017; 11(3), 295-303. [Citado 13 de octubre de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2017000300295>
28. Pérez, M., Bravo, B. Xerostomía en la población geriátrica del municipio Marianao. 2017. Gaceta Médica Espirituana. 2018; 20(3), 24-33. [Citado 06 de octubre de 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000300024
29. Ramírez S. Prevalencia de manifestaciones orales en pacientes que utilizan prótesis removibles. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2019. [Citado 13 de octubre de 2022] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/19834/>
30. Farfán K., Flores A. Prevalencia de estomatitis subprotésica en la mucosa bucal de pacientes con prótesis total superior pertenecientes al Centro de Referencia Manuela Sáenz, periodo 2016. 2017. [Citado 13 de octubre de 2022] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/9488>
31. León M., Gavilanes N., Mejía E. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. Dominio de las Ciencias. 2019; 5(1), 603-623. [Citado 13 de octubre de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.23857/dc.v5i1.880>
32. Valladares D., Bravo M., Hurtado L. Efectividad de la terapia láser en el tratamiento de la Estomatitis subprótesis. Universidad Médica de Villa Clara. 2020. [Citado 14 de octubre de 2022] Disponible en: <http://www.cienciamayabeque2021.sld.cu/index.php/Fcvcm/Cienciamayabeque2021/paper/viewFile/270/209>
33. Zaldivar F., Thompson D., Martín O. R. Eficacia de la terapia laser en la estomatitis subprótesis. Estudio preliminar. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2016; 4(4), 0-0. [Citado 14 de octubre de 2022] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v4n4/amc030400.pdf>
34. Ponce M. Factores de riesgo estomatitis subprotésica. 2020. [Citado 06 de octubre de 2022] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49875>
35. Araya B. Contreras C. Conductas de tratamientos adoptadas en candidiasis oral asociada a estomatitis subprotésica en un grupo de odontólogos docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae. Universidad Finis

- Terrae. 2018. [Citado 14 de octubre de 2022] Disponible en: <https://repositorio.uft.cl/xmlui/bitstream/handle/20.500.12254/1604/Araya-Contreras%202018.pdf?sequence=1>
36. García T. Estudio sobre la etiología de la estomatitis subprotésica en un colectivo de pacientes geriátricos. Universidad de Sevilla. 2017. [Citado 14 de octubre de 2022] Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/76493>
 37. Schröder H. Denture stomatitis: Results of a follow-up study. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. 2015; 34(10), 782-785. [Citado 14 de octubre de 2022] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/393499/>
 38. Casado D., Quezada L., Casado P., Santos R., Méndez O., Pérez A. Efectividad del tratamiento con oleozón versus crema de aloe en la estomatitis subprotésica. Revista Archivo Médico de Camagüey, 2017; 21(2), 202-212. [Citado 16 de octubre de 2022] Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4921/2710>
 39. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23ª ed., [versión 23.5 en línea]. [Citado 16 de octubre de 2022] Disponible en: <https://dle.rae.es>
 40. Mosby. Diccionario de Odontología. 2019; 4da edición. [Citado 16 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-mosby-diccionario-de-odontologia-2-ed/9788480864626/1485711>
 41. Manzini, Jorge. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica - ACTA BIOET. 6. 10.4067/S1726-569X2000000200010. [Citado 16 de octubre de 2022] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237310989_Declaracion_de_Helsinki_Principios_eticos_para_la_investigacion_medica_sobre_sujetos_humanos
 42. Vera JF, Castaño R, Torres YG. Fundamentos de metodología de la investigación científica [Internet]. Guayaquil Ecuador: Editorial Grupo Compás; 2018. Disponible en: <http://142.93.18.15:8080/jspui/bitstream/123456789/274/3/libro.pdf>
 43. Brantes MF, Azevedo RS, Rozza-De-menezes RE, Póvoa HC, Tucci R, Gouvêa AF, et al. Analysis of risk factors for maxillary denture-related oral mucosal lesions: A cross-sectional study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2019; 24(3):e305-e313. [Citado 29 de mayo de 2023] Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/ver/10000/24305>

s://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85065509830&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=2a109c963fc9abd817acb8d44296419c&sot=a&sdt=a&cluster=scopubyr%2c%222022%22%2c%2c%222021%22%2c%2c%222020%22%2c%2c%222019%22%2c%2c%222018%22%2c&sl=44&s=TITLE-ABS-KEY%28denture+stomatitis%29&relpos=29&citeCnt=7&searchTerm=

44. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiología y etiología de la estomatitis protésica: Estomatitis protésica. *J Prosthodont* [Internet]. 2011;20(4):251–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x>
45. Arendorf TM, Walker DM. Estomatitis protésica: una revisión. *J Oral Rehabil* [Internet]. 1987;14(3):217–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.1987.tb00713.x>
46. McCord JF, Grant AA. Tratamiento predefinitivo: prótesis de rehabilitación. *Br Dent J* [Internet]. 2000;188(8):419–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.4800500>
47. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en adultos mayores en Santiago de Chile: Prevalencia de lesiones de la mucosa oral. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 2003;32(10):571–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0714.2003.00031.x>
48. Moosazadeh M, Akbari M, Tabrizi R, et al. Denture Stomatitis and Candida Albicans in Iranian Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent (Shiraz)*. 2016;17(3 Suppl):283-292.
49. Yarborough A, Cooper L, Duqum I, Mendonça G, McGraw K, Stoner L. Evidencia sobre el tratamiento de la estomatitis protésica: Tratamiento de la estomatitis protésica. *J Prosthodont* [Internet]. 2016;25(4):288–301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jopr.12454>
50. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en adultos mayores en Santiago de Chile: Prevalencia de lesiones de la mucosa oral. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 2003;32(10):571–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0714.2003.00031.x>
51. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Lesiones de la mucosa bucal y hábitos de higiene bucal en ancianos. *J Rehabilitación Oral*. 1997; 24:332–7.

52. Motalebnezhad M, Shirvani M. Lesiones de la mucosa oral en la población de edad avanzada (Instituto Geriátrico Kahrizak de Teherán; 2000). *J Babol Univ Med Scien (JBUMS)*. 2000; 3:28–33.
53. Agarwal V, Maiti S. PREVALENCIA DE ESTOMATITIS PROTÉSICA Y SU EVALUACIÓN HACIA EL MANEJO -UN ESTUDIO RETROSPECTIVO. *Eur Chem Bul*. 2022;11(2):23–9.Scopus.com. [citado el 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85131>
54. Reddy A, Sherlin B, Nivethigaa HJ. Lesiones traumáticas de la mucosa oral en pacientes dentales de edad avanzada: un estudio institucional. *Int J Res Pharm Sci*. 2020;11:1054–9.Scopus.com. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85092>
55. Ocampo K, Barrera J, Figueroa A, Salgado A. The most common oral lesions in edentulous patients with total prostheses. *J Oral Res* 2019; 8(5):394-399. [Citado 25 de mayo del 2023] Disponible en: <https://www.scopus.com/rehttp://dx.doi.org/10.17126/joralres.2019.061>
56. Morel LL, Possebon APR, Faot F, Pinto LR. Prevalence of risk factors for denture stomatitis in complete denture wearers. *Braz J Oral Sci* 2019; 18(1). [Citado 29 de mayo de 2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20396/bjos.v18i0.8655147>
57. De León A., Palenque A., Morales T., Bermúdez D., Barrio T. Dental mucose lesions associated to dentures. *Medisur – Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*; 2019; 17(2), pp. 201-209. Web of science [Internet]. [Citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000466174000008>
58. Morales P., Meras J., Batista A. Lesiones paraprotéticas de tejidos blandos en pacientes portadores de prótesis total. *Medicentro Electrónica [Internet]*. 2019 Mar; 23(1): 19-25. [Citado 25 de mayo del 2023] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000100004&lng=es.
59. Sardari F, Khalili P, Hakimi H, Mahmoudaghaei S, Abedi P. The prevalence of denture stomatitis in cigarette and hookah smokers and opium addicts: findings from Rafsanjan Cohort Study. *BMC Oral Health* 2021; 21(1). . [Citado 29 de Setiembre de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-021-01807-6>. Disponible en: <https://www.scopus.com/re>
60. Carballo M, Berenguer R, Bravet A, Fonseca A, Luís SMR. Algunos factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. *multimed*. 2019;23:207–19 Sld.cu. [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10284818201900.
61. Wang LL, Liu XH, Yang LM, Li XX. [Clinical analysis of denture-related oral mucosal lesions in 185 patients with removable denture]. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2020 Feb; 29(1):85-88. Chinese. PMID: 32524128. [Citado 26 de mayo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32524128/>

62. Rosales A, FVMESAF de RAM [internet] 2022 F [citado 2023 J 02], 26(1): e2049. Sld.cu. [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100011&lng=es.
63. García C, García G. Caracterización de la estomatitis subprótesis en adultos mayores en la Clínica Estomatológica Ormani Arenado Llonch. AMC. 2017;21(5):602–11.
64. González N, Gómez D, Nápoles G, Sarduy P, Salas N. Caracterización de la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico “Julio Antonio Mella.” Julio Antonio Mella" Rev Electrónica Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta.2016;41(2).en:http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/392/pdf_244.
65. De León AGV, Guillemí AIP, de Oca T de JMM, Morales DCB, de Jesús Barrio Pedraza T. Caracterización de pacientes portadores de estomatitis subprótesis. Medisur [Internet]. 2017 [citado el 1 de junio de 2023];15(6):792–9. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3565>
66. Gutiérrez M, Sánchez Y, Castillo Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCH Correo ciento Holguín [Internet]. 2013 [citado el 3 de junio de 2023];17(4):452–60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005
67. Noguera A, Fleitas G. Frecuencia de la estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Rev Odontol Andes. 2006; 1:20–7.
68. Corona C, Verdecia L, Escalante D, Jiménez R, Hernández T. Efectividad de la tintura de propóleos al 10 % en pacientes con estomatitis subprótesis. MEDISA. 2018;22(9):863–74.
69. Castro PA, Verdugo ED. Prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles totales y parciales que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2012. Cuenca-Ecuador; 2012. Edu.ec. [citado el 2 de junio de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25617/1/TESIS.pdf>.

70. Sixto C, Sixto P, Acosta P, Camejo G, Iglesias S. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico “Hermanos Cruz.” Univ Méd Pinareña. 2019;15(2):242–50.
71. Van der M-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, de Baat C. Factores de riesgo para la neumonía por aspiración en personas mayores frágiles: una revisión sistemática de la literatura. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2011;12(5):344–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.099>

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de Operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Estomatitis Protésica	Se determina por ser una zona eritematosa enrojecida de superficie lisa o granular, que es asintomática, pero que en ocasiones provoca ardor o dolor y sensación de picazón en la zona afectada. ¹⁸	Determinar el grado de inflamación de la mucosa bucal mediante el examen clínico de la zona afectada de los pacientes portadores de prótesis dental del Centro de Salud 9 de Octubre y de Táchala.	Estomatitis Protésica localizada simple	Grado I	Ordinal
			Estomatitis Protésica difusa simple	Grado II	
			Estomatitis Protésica granular o de hiperplasia granular	Grado III	

Género	Identidad sexual, especialmente en relación con la sociedad o la cultura. ³⁹	Identidad sexual ya sea Masculino o Femenino de los pacientes portadores de prótesis dental de los centros de salud de 9 de Octubre y Táchala.	Características Fenotípicas	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Tiempo de existencia de alguna persona, ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. ³⁹	Tiempo de existencia de los pacientes portadores de prótesis dental de los centros de salud de 9 de Octubre y Táchala, desde su nacimiento, hasta la actualidad.	Grupo Etaerio	Menos de 40 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años 70 años a más	Ordinal
Tiempo de Uso de prótesis dental	Tiempo comprendido desde la instalación de la prótesis dental. ⁴⁰	Tiempo comprendido desde la instalación de la prótesis dental hasta el momento en que se realice el examen.	Años	0 - 5 años 6 - 10 años 11 años a más	Ordinal

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de Observación

Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis dental de dos Centros de Salud de Piura, 2023.

Investigación realizada por los estudiantes:

- Manrique Lizama, Jhonny Omar
- Neyra Saavedra, Jose Deogracio Kenlly

Nombre del paciente: _____

1	Género	Masculino	Femenino

2	Edad	Menos de 40 años	
		40 - 49 años	
		50 - 59 años	
		60 - 69 años	
		70 - 79 años	
		Mas de 80 años	

3	Estomatitis Protésica	Si	No

4	Clasificación de Newton	Clase I	
		Clase II	
		Clase III	

5	Otros	
---	-------	--

6	Tiempo de uso	0 - 5 años	
		6 - 10 años	
		11 a más años	

Anexo 3. Constancia de calibración



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, Dr. Henry Miranda Gutiérrez con DNI N° 2152094 Magister
en Estomatología
N° ANR/COP R12 1291 de profesión Quirurgo Dentista
desempeñándome actualmente como Docente y Clínico Dentista
en UPSO y Hospital Regional Docente de Tumb

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado al(los) estudiante(s)

- Marianne Lizama Thomy Omas
- Maria Soledad Tori Delacruz Gentry

con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos del Proyecto de Investigación

titulado: "Evaluación de antorcha estéril en pacientes portadores de prótesis dental de dos Centros de Salud de Huancayo 2023"

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Piura a los diez días del mes de noviembre del dos mil veintidós.

CD. Henry Miranda Gutiérrez
C.O.P. 7896 - RNE 1291

Mgr. : Henry Miranda
DNI : 2152094
Especialidad : Medicina y Patología Estomatológica
E-mail : henry_dental@yahoo.com

Anexo 04. Autorización de la prueba piloto.



GOBIERNO REGIONAL PIURA
GERENCIA DE DESARROLLO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA

" AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL "

Sullana, 28 de Octubre del 2022

OFICIO N° 473 -2022-SRSLCC-CSCS

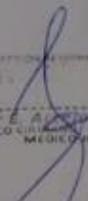
A : MG. ERIC GIANCARLO BECERRA ATOCHE INFANTE
DIRECTOR ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

DE : DR. JAVIER EDUARDO ARCELA CORONADO
JEFE DEL C.S COMUNIDAD SALUDABLE

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente reciba usted mis cordiales saludos y aprovechar la oportunidad para dar autorización a los alumnos Manrique Lizama Jhonny Omar y Neyra Saavedra José Deograco Kenlly para realizar la prueba piloto del trabajo de investigación en la institución.

Esperando la atención a la presente, me despido usted no sin antes reiterarle los sentimientos de mi estima personal.




Anexo 5. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO	ÁREA DE INVESTIGACIÓN
---	--	--------------------------

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTE:	Manrique Lizama, Jhonny Omar Neyra Saavedra, José Deogracio Kenly
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:	Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis dental de dos Centros de Salud, Región Piura – 2023.
1.3. ESCUELA PROFESIONAL:	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO:	Ficha de Observación
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD:	Coeficiente de Kappa (x)
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	21/11/2022
1.7. MUESTRA APLICADA :	18

II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD:	0,753
--------------------------	-------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (*Ítems iniciales, ítems mejorados, eliminados, etc.*)

Se realizó el análisis de fiabilidad a 18 fotografías de pacientes usando el coeficiente de Kappa, obteniendo un 0,753 donde tiene una fuerza de concordancia **Considerable**, recomendándose la ejecución de las preguntas en su totalidad.


 Ingrid Katerine Gómez Domínguez
 LIC. EN ESTADÍSTICA
 COESPE 1252

FIRMA DEL ESTADÍSTICO

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTE:	Manrique Lizama, Jhonny Omar Neyra Saavedra, José Deogracio Kenlly
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:	Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes portadores de prótesis dental de dos Centros de Salud, Región Piura – 2023.
1.3. ESCUELA PROFESIONAL:	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO:	Ficha de Observación
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD:	KR-20 kuder Richardson ()
	Alfa de Cronbach. (x)
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	15/11/2022
1.7. MUESTRA APLICADA :	30

II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	0,87
------------------------------------	------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (Ítems iniciales, ítems mejorados, eliminados, etc.)

Se realizó el análisis de fiabilidad a 30 pacientes usando el estadístico Alfa de Cronbach teniendo en cuenta las variables dicotómicas, recomendándose la ejecución del total de sus preguntas.



 Ingrid Katerine Gómez Domínguez
 LIC. EN ESTADÍSTICA
 COESPE 1252

FIRMA DEL ESTADÍSTICO

Anexo 06. Modelo de Consentimiento y/o asesoramiento informado, formato UCV.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos Centros de Salud nivel I-3. Región Piura - 2023**, los Investigadores son: **Manrique Lizama, Jhonny Omar (ORCID:0000-0002-3460-5855) Neyra Saavedra, Jose Deogracio Kenlly (ORCID: 0000-0003-2000-5899)**

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Prevalencia de estomatitis protésica”, Esta investigación es desarrollada por estudiantes de pre grado) de la carrera profesional de estomatología de la Universidad César Vallejo del campus Piura aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de las Institución del Centro de Salud 9 de octubre I-3- Sullana y Tácala Piura.

La presente investigación aportará datos acerca del estado situacional de la salud bucodental de las personas que usan prótesis dental y de acuerdo a lo identificado se puede evaluar la aplicación de herramientas o estrategias de promoción y prevención para mejorar las actitudes de los pacientes portadores de prótesis dentales.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se utilizará una ficha de recolección de datos en donde se consignarán los datos personales de los pacientes que participarán en la investigación titulada **“Prevalencia de estomatitis protésica en pacientes que acuden a dos centros de salud nivel I-3. Región Piura - 2023”**
2. Una vez con la autorización del paciente, este será examinado en un ambiente con buena iluminación en el cual se realizará el diagnóstico clínico con ayuda de espejos dentales y la luz de la unidad dental, esta evaluación tendrá un tiempo estimado de 15 minutos

Participación voluntaria

El participante puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si será parte de la presente investigación, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si este cambia de opinión y no desea continuar, puede hacerlo con total libertad.

Riesgo

En la presente investigación NO existe riesgo o daño al participante. Sin embargo, si existieran preguntas que le resulten incómodas, este tiene la potestad de responderlas o no.

Beneficios

El desarrollo de esta investigación contribuirá a enriquecer los conocimientos acerca de la prevalencia de esta patología y los resultados del estudio podrán ser tomados como referencia para la aplicación de herramientas o estrategias de

promoción y prevención en temas de la salud que beneficien a la sociedad. También aportara a la salud individual de las personas.

Confidencialidad

El investigador tiene la información y garantiza que sus datos no serán revelados, manteniéndolo de forma anónima, dándole la seguridad al paciente de que no podrá ser identificado. Garantizamos que la información de datos que usted nos brinde será totalmente Confidencial no será empleada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia de los investigadores y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar a los Investigadores:

Manrique Lizama jhonny Omar, email: jhonnyomarmanri@gmail.com

Neyra Saavedra José Deograco Kenlly, email: jdneyrasa@ucvvirtual.edu.pe.

Docente asesor: Espinoza Salcedo María Victoria, email: mepinozasa02@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación **AUTORIZO** a participar en la investigación antes mencionada.

Participante	Testigo
Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
DNI:	DNI:
Fecha y hora:	

Investigador	Investigador
Manrique Lizama, Jhonny Omar	Neyra Saavedra José Deograco Kenlly
DNI: 03695203	DNI: 72322499