

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ARLEY HERNANDEZ MOREIRA
MORÓN**

Título: Tratamiento de las Estomatitis Subprótesis con Manzanilla en estado natural.

Tesis en Opción a Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral

Autor: Dr. Omar Antonio Rivero Duarte.

Morón, 2016

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"ARLEY HERNANDEZ MOREIRA"
MORÓN**

Título: Tratamiento de las Estomatitis Subprótesis con Manzanilla en estado natural.

Tesis en Opción a Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral

Autor: Dr. Omar Antonio Rivero Duarte. Residente de 2do año de la Especialidad de Estomatología General Integral (EGI).

Tutora: Dra. Marileidi Morales Cabrera. Especialista de Estomatología General Integral. Profesora asistente.

Institución de procedencia: Facultad de Ciencias Médicas Arley Hernández Moreira, Morón.

Morón, 2016

DEDICATORIA:

A mi madre que desde muy pequeño siempre me dio su cariño y comprensión, la cual ha sido ejemplo de sacrificio para mi carrera, para así cumplir con sus más caros anhelos de verme convertido en Doctor.

A mi padre por su amor y comprensión infinito, por su apoyo y preocupación constante en los momentos difíciles.

A mi familia por su presencia y por estar presente en los momentos que más necesitaba de su ayuda.

A mi hermano por estar siempre presente en mi vida.

A mis profesores de la carrera, principalmente a la Dra: Marileidi que siempre ha estado al lado mío en los momentos difíciles de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS:

Difícilmente haya quien pueda realizar estudios académicos sin haber contado con un número significativo de colaboradores, compañeros y amigos; así lo pienso, porque sin ellos, yo no habría podido. Es por eso, que aun a riesgo de cometer omisiones, deseo dejar constancia de mi agradecimiento:

A la Doctora Marileidi Morales Cabrera por su apoyo y confianza, por la paciencia y dedicación con que me ha auxiliado en la realización de este trabajo.

A todas mis familias y amigos.

A las Doctoras y profesoras Sahily, Mara, Tania y Vivian quien han confiado en mí siempre y me brindaron su apoyo incondicionalmente.

A todas las personas que contribuyeron en mi formación y a todos aquellos que de una forma u otra han puesto su granito de arena para que este proyecto se pudiera realizar.

A todos mis compañeros de trabajo del Policlínico de Bolivia, en especial al Dr: Yunierkys Portela Amargo que tuvo la dedicación en ayudarme realizar este trabajo.

A La Revolución y al comandante Fidel Castro por haber puesto en nuestras manos todos los recursos para formarnos como profesionales de la salud.

En fin agradezco a todas aquellas personas que estuvieron presentes en mi vida y en la realización de esta Tesis.

Muchísimas Gracias.

PENSAMIENTO:

... Para ser médico se requiere una sensibilidad exquisita, una gran calidad humana, gran capacidad intelectual y una moral a toda prueba”.

Fidel Castro Ruz

RESUMEN:

Se realizó un estudio pre-experimental para evaluar la efectividad de la Manzanilla en su estado natural en pacientes con Estomatitis Subprótesis atendidos en la clínica estomatológica del municipio Bolivia. El estudio se llevó a cabo desde octubre del 2014 a mayo 2016. La muestra estuvo conformada por 59 pacientes de 118 registrados con dicha patología en nuestro servicio, todos aquellos que cumplieron con los criterios preestablecidos para el estudio. La muestra afectada por Estomatitis Subprótesis, un 62.7%, pertenece al sexo femenino, mientras que el 37.3% de los portadores de la enfermedad fueron hombres. Se aprecia que el 57.6 % de los pacientes presentaban una Estomatitis Subprótesis grado II y 25 para un 42.4 % grado I. Se puede apreciar como el 76.3% de la población estudiada presentó hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis solamente 14 pacientes para un 23.7% retiraban el aparato para cepillarlo después de cada comida y realizaban la limpieza de la cavidad bucal, además de retirárselo para dormir, con previo cepillado de la cavidad bucal. También se aprecia como en el 69.5% de los pacientes la enfermedad cursó de forma asintomática, y la utilidad de la terapia fue evaluada de buena en el 88.9% de los pacientes grado I, donde se aprecia que ningún paciente presentó reacciones adversas a la manzanilla,

Palabras claves: Estomatitis Subprótesis / Manzanilla

ÍNDICE:

	Páginas
I – INTRODUCCIÓN	1
II – MARCO TEÓRICO	7
III – MATERIALES Y MÉTODO	14
IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
V – CONCLUSIONES	33
VI – RECOMENDACIONES	34
VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
VIII – ANEXOS	43

INTRODUCCION.

El envejecimiento de la cavidad bucal genera modificaciones en los dientes, sus tejidos de soporte, los músculos, las glándulas salivales y las mucosas. En los adultos mayores la mucosa oral generalmente presenta un aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañadas más fácilmente. Algunas de las alteraciones de la mucosa que presentan estos pacientes son: la hiperqueratosis, queilitis angular, hiperplasia, penfigoides y la estomatitis sub-prótesis, entre otras ⁽¹⁾.

La Estomatitis Subprótesis es la patología que con más frecuencia encontramos en los servicios de prótesis estomatológica, lesión que impide iniciar de forma inmediata una rehabilitación protética ⁽¹⁻⁷⁾.

Esta lesión conocida también como Denture Sore Mouth se define como una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente. Generalmente se presenta en la mucosa de soporte, de pacientes total o parcialmente desdentados y portadores de prótesis removibles, las cuales se encuentran casi siempre en mal estado. Se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan Estomatitis Subprótesis en un grado variable. Estudios realizados reportan un nivel de afectación que oscila entre un 11 y un 67% ⁽⁷⁻⁹⁾.

La Estomatitis Subprótesis tiene una prevalencia de un 40% en personas entre 50 a 65 años de edad, presentando un predominio en el género femenino con una relación de 4:1, y su ubicación más frecuente en el maxilar superior ^(1, 6).

Por lo general, la enfermedad se detecta cuando el paciente acude a la consulta para una nueva rehabilitación protésica o para ser atendido por otra causa, pues la lesión cursa de forma asintomática, a tal punto que es ignorada por algunos pacientes, pero en ocasiones aparecen síntomas tales como: sensación de ardor, prurito, sabor metálico, edema y calor ⁽¹⁻⁸⁾.

El aspecto clínico varía desde áreas hiperémicas localizadas hasta lesiones que delimitan el contorno de la prótesis, y en estado avanzado aparecen proyecciones papilares dispuestas en estrecha proximidad que dan aspecto verrugoso. Empieza como una congestión en algunos puntos de la mucosa; estos puntos van extendiéndose, llegan a confluir y la congestión puede alcanzar a toda la mucosa en contacto con la prótesis ^(1,2).

Entre las etiologías de la Estomatitis Subprótesis están: las causas traumáticas, tóxicas,

reacciones de hipersensibilidad al monómero, enfermedades sistémicas, desequilibrios hormonales, trastornos nutricionales, estrés e irritaciones locales, y además hábitos propios del paciente en cuanto a la higiene y el uso continuo durante la noche de la prótesis. Por esta razón se recomienda su retirada nocturna, con el objetivo de disminuir el tiempo de exposición a los microorganismos de la placa y del trauma producido por la misma prótesis, y para que sea más efectiva esta indicación, es necesario la higienización de las prótesis, la desinfección siempre que sea posible con agentes antioxidantes (clorhexidina), el tratamiento eventual de una candidiasis y un adecuado procesado del material de base para disminuir las microporosidades y con ello, la presencia de microorganismos^(1,3).

Debido a que la Estomatitis Subprótesis es tan frecuente, se hace necesario tener opciones para tratarla, y es de interés encontrar un tratamiento efectivo que disminuya el tiempo de curación de la lesión. La no utilización de la prótesis para lograr la curación, trae consigo afectaciones estéticas y funcionales; casi siempre existe poca cooperación del paciente en este sentido, sobre todo porque es necesario un período de descanso protésico de 7 a 15 días.⁽¹⁰⁾

En la actualidad existen terapéuticas bioenergéticas y naturales que han revolucionado la odontología como son la utilización de fitofármacos. Dentro de las plantas medicinales de demostrada efectividad en diversas afecciones de la cavidad bucal de origen inflamatorio, encontramos la Manzanilla cuya actividad farmacológica se realiza por el efecto conjunto de algunas sustancias químicas que lo componen.⁽¹¹⁻¹⁷⁾

La acción terapéutica de la Manzanilla consiste en ser promotora de la granulación, epitelización y regeneración de la piel, lo que produce un efecto estimulante, debilitando los fenómenos inflamatorios secundarios; su efecto biológico sobre las lesiones mucosas está dado por los principios activos que entran en su composición, de los cuales los más importantes son los glucósidos antraquinónicos. Además de poseer propiedades fungicidas^(6,11-16).

En Cuba existen experiencias clínicas sobre el uso de algunos fitofármacos en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con resultados alentadores, sin embargo, son escasos los reportes bibliográficos sobre el tema siendo necesaria la valoración científica de los resultados obtenidos en las diferentes terapias, incorporando el personal médico-estomatológico a este campo^(12,17).

La clínica estomatológica Rafael Pérez González del municipio de Bolivia no está exenta de

esta patología. De los pacientes que acuden a esta entidad médica un 23% presentan Estomatitis Subprótesis. A estos pacientes se les indica que no deben usar la prótesis hasta que desaparezca la lesión y para que cicatrice deben aplicar Sábila en el paladar. Es difícil enmarcar un tiempo exacto para la cicatrización, por lo general y en dependencia del grado que presenta la lesión la enfermedad puede durar hasta dos meses.

La Estomatitis Subprótesis es una patología muy frecuente en los pacientes rehabilitados por prótesis, principalmente en los que usan aparatología acrílicas removibles. La lesión aparece por el desajuste de la prótesis y esto resulta una preocupante para los servicios estomatológicos debido a que el paciente con esta enfermedad debe retirarse las prótesis y las funciones normales como la masticación, fonación y estética se afectan.⁽¹⁸⁾

Por todo lo anteriormente expuesto, por la alta frecuencia de Estomatitis Subprótesis en los servicios estomatológicos, lo difícil que muchas veces resulta el tratamiento convencional, por las propiedades que presenta la Manzanilla, además de las posibilidades de acceso a estos recursos que poseen tanto estomatólogos como pacientes se decidió realizar el presente estudio para evaluar la eficacia del uso de esta planta medicinal en estado natural en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis.

Todo lo anterior expuesto permite plantear el **problema científico** a resolver ¿Será efectivo el uso de la manzanilla en su estado natural para el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente, del municipio Bolivia?

Hipótesis: Si se realiza un estudio sobre la efectividad del uso de la Manzanilla en su estado natural en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente del municipio Bolivia, en el período comprendido entre octubre 2014 a mayo 2016, entonces se logrará una disminución de los signos y síntomas de la enfermedad en un menor periodo de tiempo.

Justificación: La estomatitis Subprótesis es una enfermedad bucal común en el municipio Bolivia, con una alta prevalencia y el tratamiento de esta enfermedad consume importantes recursos humanos y materiales al sector salud. El uso de la Manzanilla no es una medicina alternativa, sino que es considerada una medicina natural.

Siendo el **objeto de estudio** la aplicación de la Manzanilla y la estomatitis Subprótesis como **campo a investigar**.

Novedad científica: La propuesta es novedosa porque integra un sistema de tratamiento de

carácter práctico con el uso de la manzanilla en pacientes con Estomatitis Subprótesis, además que da un nuevo aporte de conocimiento a la estomatología en el municipio Bolivia.

El **aporte científico** de la investigación radica en la elaboración de un sistema de tratamiento que por su carácter inocuo, eficaz y económico contribuya a la prevención y tratamiento de la Estomatitis Subprótesis, disminuyendo su prevalencia en los pacientes que presenten la enfermedad.

El **aporte social** radica en que al aplicar el tratamiento con Manzanilla y lograr disminuir la prevalencia de la Estomatitis Subprótesis en los pacientes en estudio, se contribuye a mejorar su salud bucal.

Aporte económico: Una vez diagnosticada y tratada la enfermedad mediante esta medicina natural evitamos tratamientos posteriores con la utilización de fármacos específicos y los posibles desatinos de ellos.

Objetivos.

Objetivo general:

Evaluar la efectividad de la Manzanilla en su estado natural en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente del municipio Bolivia, en el período comprendido entre octubre 2014 a mayo 2016.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la población objeto de estudio según :
 - 1.1 Grupo de edad y sexo,
 - 1.2 Grado clínico de la enfermedad
 - 1.3 Hábitos de higiene y uso de la prótesis
 - 1.4 Síntomas presentes.
- 2 Evaluar la utilidad de la manzanilla según grado clínico de la Estomatitis Subprótesis.
- 3 Identificar la presencia de reacciones adversas al aplicarse Manzanilla en su estado natural.

MARCO TEÓRICO.

Antecedentes históricos, teóricos y contextuales

La Estomatitis Subprótesis, es una de las alteraciones que con más frecuencia se diagnóstica dentro de la Patología Bucal, constituyendo un factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Se define como una alteración de tipo inflamatoria, que puede degenerar en una lesión hiperplásica si no se trata oportunamente. Generalmente se presenta en la mucosa de soporte, en pacientes total o parcialmente desdentados (mucosoportadas o dento-mucosoportadas) y portadores de prótesis removibles, las cuales se encuentran casi siempre en mal estado. Es por esto que constituye una enfermedad muy prevalente entre los portadores de prótesis removibles, sus reportes, en el nivel de afectación, oscilan entre un 11 y un 67% ^(1,2-6).

En general se considera que las dos terceras partes de los portadores de prótesis removibles presentan Estomatitis Subprótesis en un grado variable. Esta patología presenta una serie de particularidades tales como su elevada frecuencia y sus diferentes variantes clínicas de presentación en las cuales confluyen dos aspectos fundamentales que son: el trauma y la infección ^(1,5,7).

Esta entidad se localiza principalmente en la mucosa del paladar por debajo de la superficie de ajuste de las prótesis removibles superiores, en tanto que no es común que se presente en la mucosa del maxilar inferior. Las lesiones aparecen debajo de cualquier tipo de material; pueden ser localizadas, generalizadas o granulares y van desde simples modificaciones fisiológicas o adaptaciones, hasta alteraciones patológicas ^(1,9, 10).

Generalmente la sintomatología puede ser variable o estar ausente. En numerosas ocasiones se descubre el proceso al retirar la prótesis en una exploración rutinaria o al inicio de un tratamiento rehabilitador. Se plantea que entre un 28% y hasta un 70% de los pacientes pueden presentar síntomas, señalándose entre estos, inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, dolor, mal gusto, halitosis, xerostomía, etc. ⁽¹⁸⁾. En algunas ocasiones en pacientes con inestabilidad psíquica y tendencia a posiciones hipocondríacas el motivo fundamental de consulta puede ser la "cancerofobia"⁽¹⁰⁾.

Tradicionalmente ha existido una gran controversia respecto a la denominación más correcta para la Estomatitis Subprótesis, la primera fue realizada por Cahn en 1936 quien la denominó "denture sore mouth", lo que puede ser traducido como boca dolorida por la dentadura. También en 1936 Pryor se refirió a la entidad como "chronic denture palatitis", con la cual

hacía referencia a la cronicidad del proceso y su ubicación anatómica. En 1956 Fisher la llama “stomatitis venerata”, denominación que recuerda las no muy alentadoras terminologías medievales, en el latín significa venenoso o embrujado. No es hasta 1963 cuando Cawson la denomina “denture stomatitis”; esta definición es el término más aceptado en la lengua inglesa. La amplitud de la lengua en ocasiones dificulta la denominación acertada para resumir la esencia de un fenómeno, por lo que es recomendable el empleo del término Estomatitis Subprotésica. Esta denominación intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética ⁽¹⁴⁾.

Esta patología presenta una serie de particularidades tales como su elevada frecuencia y sus diferentes variantes clínicas de presentación en las cuales confluyen dos aspectos fundamentales que son: el trauma y la infección. Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de Estomatitis Subprótesis, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas ^(1, 2, 15, 21).

Resulta interesante la asociación de la Estomatitis Subprótesis con otros procesos orales. La enfermedad que más se asocia es la Queilitis angular candidiásica, alcanzando entre el 33% y 82,6%. De forma poco frecuente se han reportado asociaciones con Leucoplasias y cuadros de Candidiasis orales pseudomembranosas ⁽¹⁰⁾.

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de Estomatitis Subprótesis, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas. Dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de la enfermedad, la de Newton ha sido una de las más empleadas, la cual agrupa a la Estomatitis Subprótesis en tres grados que expresan las diferentes etapas por las que transitan los pacientes en caso de no ser interceptado precozmente su padecimiento como se muestra a continuación ^(1-8, 16, 18):

Grado I: Signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños punto eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el

paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Grado III: Lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspectos papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.

Esta entidad se localiza principalmente en la mucosa del paladar por debajo de la superficie de ajuste de las prótesis removibles superiores, en tanto que no es común que se presente en la mucosa del maxilar inferior. Las lesiones aparecen debajo de cualquier tipo de material; pueden ser localizadas, generalizadas o granulares y van desde simples modificaciones fisiológicas o adaptaciones, hasta alteraciones patológicas ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

La mayoría de los investigadores plantean que la etiopatogenia es de origen multifactorial. Dentro de los factores involucrados, hay varios a los que se les concede especial importancia, y dentro de los que se destacan: el factor mecánico-traumático: originado por una prótesis con un deficiente estado funcional (desajustada por falta de soporte, de retención, fallas oclusales y de relación vertical) sumado a los malos hábitos de su utilización. El factor higiénico-infeccioso: el cual generalmente aparece por fallas mecánicas asociadas a una mala higiene, las cuales dan origen a la formación de placa bacteriana sobre la superficie interna de la prótesis conformando un verdadero ecosistema. La constitución morfológica de la placa bacteriana es especialmente en base a formas cocáceas, basílicas, filamentosas y fúngicas, esencialmente la "Candida Albicans". El factor dietético determinado por la ingesta excesiva de carbohidratos, falta de ciertos nutrientes y vitaminas. También aunque la alergia en la mucosa bucal producida por los acrílicos ha sido muy discutida, muchos autores a través de los años han asociado la E.S con la presencia de un factor alérgico por el contacto de la resina protésica y sus productos de liberación (monómero del metacrilato de metilo no polimerizado, los catalizadores y colorantes de las resinas sintéticas) con la superficie mucosal. Actualmente estudios realizados han demostrado, que en un acrílico bien procesado ni el monómero residual, como tampoco los restos de inhibidores, catalizadores o pigmentos alcanzan proporciones como para concederles importancia en la aparición de lesiones, admitiéndose que el eritema subprotésico se debe a un traumatismo capilar favorecido a veces por una fragilidad capilar y a la población de la Cándida Albicans, microorganismo cuyas colonias pueden estar en los defectos de la superficie mucosal de la prótesis o en los microporos de las mismas. Los antecedentes patológicos personales de enfermedades como la Diabetes Mellitus y las Anemias son considerados

también como predisponentes de esta enfermedad ^(1-8, 16, 18).

Generalmente la sintomatología puede ser variable o está ausente. En numerosas ocasiones se descubre el proceso al retirar la prótesis en una exploración rutinaria o al inicio de un tratamiento rehabilitador. En algunas ocasiones en pacientes con inestabilidad psíquica y tendencia a posiciones hipocondríacas el motivo fundamental de consulta puede ser la "cancerofobia". Desde el punto de vista clínico resulta interesante la asociación de la Estomatitis Subprótesis con otros procesos orales. La enfermedad que más se asocia es la queilitis angular candidiásica, alcanzando entre el 33% y 82,6%. De forma poco frecuente se han reportado asociaciones con Leucoplasias y cuadros de candidiasis orales pseudo-membranosas ^(7, 10,18).

El tratamiento de esta afección va encaminado a la eliminación de los factores locales y al mejoramiento de las condiciones biológicas de los tejidos afectados, varios autores recomiendan retirarse las prótesis por largos períodos, cepillarlas, así como la utilización de enjuagatorios bucales y una terapia con antifúngicos o antimicrobianos ^(6-9,15-17).

La terapia local con diferentes agentes antifúngicos es de uso frecuente en el tratamiento de la candidiasis asociada a Estomatitis Subprótesis. Este tratamiento produce una significativa reducción de la inflamación de la mucosa palatina y síntomas orales asociados. Además produce una disminución importante del componente inflamatorio granular presente en la estomatitis grado I y II. En cambio en la estomatitis hiperplásica a pesar del tratamiento persiste la inflamación ⁽²¹⁻²⁴⁾.

El tratamiento antifúngico más antiguo en la Estomatitis Subprótesis, es la nistatina, de la cual se han hecho múltiples estudios micológicos los cuales han concluido que si bien se observa una supresión de las levaduras orales con el tratamiento, luego que el paciente deja el tratamiento la flora fúngica se restablecen nuevamente con facilidad ^(21-24, 25).

Actualmente el tratamiento antifúngico está a cargo de los azoles de uso tópico como el miconazol y sistémico como el fluconazol. Los azoles poseen una actividad antifúngica de amplio espectro in vitro y son efectivos en forma tópica para casi todos los hongos de interés clínico. Además estos agentes son efectivos contra ciertas bacterias y protozoos, pero de ninguna manera reemplazan el tratamiento habitual para estos microorganismos. El miconazol es la primera elección para el uso odontológico ^(21-24, 25).

Estudios recientes sobre el efecto de la administración oral de miconazol demuestran una reducción significativa del eritema y la concentración de levaduras en pacientes con

cándidiasis asociada con Estomatitis Subprótesis. Sin embargo investigaciones realizadas en pacientes que estuvieron bajo terapia antifúngica por dos semanas con un azol de uso sistémico como el fluconazol demostró que este tiempo de tratamiento es deficiente para eliminar las esporas del hongo. Por lo tanto en la actualidad se recomienda el uso de fluconazol por lo menos por un mes para obtener los resultados esperados del fármaco ^(22, 23, 25).

Otra opción de tratamiento de la Estomatitis Subprótesis es el uso de sustancias antimicrobianas como: la solución de gluconato de clorhexidina al 0,2% para enjuagatorios orales y con solución de gluconato de clorhexidina al 2% para tratar la prótesis. Este tratamiento produce una reducción de la inflamación y del número de levaduras en la mucosa al igual que en la prótesis. Estudios recientes in-Vitro demostraron que la clorhexidina suprime el efecto antifúngico de la nistatina. Esto indica que la combinación en la terapia oral para Estomatitis Subprótesis de antifúngicos y clorhexidina no es viable. Sin embargo, la inmersión de la prótesis en clorhexidina al 2% puede combinarse con terapia antifúngica sistémica (fluconazol) obteniéndose buenos resultados ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

El Anfotericina B es otro antimicrobiano recomendado, fundamentalmente en la estomatitis grado III en la cual predominan los fenómenos proliferativos y donde los tratamientos anteriormente nombrados no son efectivos; haciéndose imprescindible recurrir a técnicas quirúrgicas La técnica más adecuada es el empleo de diatermia quirúrgica selectiva de cada una de las papilas, y la aplicación en el transcurso de los cinco días sucesivos, de cremas cuyo mecanismo de acción estimule con capacidad regulatoria el crecimiento y la proliferación celular, como: el Anfotericina B, el ungüento hidrófilo y el factor de crecimiento epidérmico ^(3, 25).

Últimamente un nuevo campo terapéutico se abre paso en el mundo contemporáneo: la Medicina Bioenergética y Natural. Esta constituye una vía para evadir los efectos adversos de la síntesis química, tanto en el plano médico como en el económico y buscar mayor acceso y aceptabilidad social. A tales efectos se realizan las investigaciones y acciones necesarias para la acelerada introducción y extensión de estas formas terapéuticas en el Sistema Nacional de Salud. Estudiosos de la Estomatitis Subprótesis han utilizado tratamientos más inocuos como la miel de abeja, la sábila, el láser y el ozono obteniendo resultados satisfactorios en un tiempo más breve y evitando de esta forma la utilización de medicamentos tóxicos como los convencionales ^(3-5, 8,9, 16)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental para evaluar la efectividad de la Manzanilla en su estado natural en pacientes con Estomatitis Subprótesis atendidos en la clínica estomatológica del municipio Bolivia. El estudio se llevó a cabo desde octubre del 2014 a mayo 2016.

Universo de estudio.

El universo estuvo constituido por toda la población con diagnóstico clínico de la Estomatitis Subprótesis atendida en la Clínica Estomatológica Docente del municipio Bolivia, en el período comprendido entre octubre del 2014 y mayo del 2016 de forma no probabilística.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 59 pacientes de 118 registrados con dicha patología en nuestro servicio, todos aquellos que cumplieron con los criterios preestablecidos para el estudio.

Criterios de inclusión:

- Presentar lesiones de Estomatitis Subprótesis.
- Voluntariedad del paciente para participar en el estudio. (Anexo 1)
- Asistencia periódica a la clínica estomatológica.

Criterios de exclusión:

- El paciente no tiene disponibilidad de tiempo para garantizar la asistencia a todas las consultas.
- Embarazadas

Criterios de salida:

- Inasistencia a dos o más consultas.
- Deseos del paciente de no continuar con el tratamiento.
- Reacción adversa a tratamientos aplicados.
- Combinación del tratamiento prescrito con otras formas terapéuticas.

Formas de obtención de la información.

Los datos para la investigación se tomaron de las Historias Clínicas Individuales de los pacientes tratados en la Clínica Estomatológica Docente del municipio Bolivia, llevándose toda la información a un cuestionario de datos primarios (anexo 2) confeccionado según los objetivos propuestos por el investigador.

El examen que se realizó con luz natural, utilizando exploradores nuevos del número 5 y espejos dentales planos con las mismas características, guantes de exploración desechables y cubre bocas.

El tratamiento se prescribe por un período de 10 días se debe indicar lavado de las matas (parte aérea) y macerado obteniéndose de este proceso el jugo de la Manzanilla el cual se debe diluir en agua hirviendo (Infusión), una cucharadita en 120 mL de agua, tapar y esperar que se refresque, filtrar a través de un paño y aplicar en forma de colutorios fríos 3 veces al día ,15 minutos. Una vez aplicado se orientó no ingerir agua ni otro alimento durante una hora después de aplicado el tratamiento y realizar la última aplicación antes de dormir, y retirada inmediata de la prótesis.

En la primera etapa: Al hacer el contacto inicial se les explicó el objetivo y otros detalles del estudio asegurándoles confidencialidad. **(Anexo1)**

En la segunda etapa: En esta segunda etapa se les indicó que una vez aplicado el producto no se debe ingerir agua ni otro alimento durante una hora después de aplicado el tratamiento y realizar la última aplicación antes de dormir, y retirada inmediata de la prótesis.

Etapas de evaluación: Los pacientes fueron evaluados al término del tratamiento para especificar cuándo se inició la mejoría real y cuándo estuvieron totalmente curados.

Al transcurrir el tiempo indicado de tratamiento, si el paciente no estuvo totalmente curado se indicó la terapia convencional u otra terapia alternativa, de igual manera sucedió a los que le apareciera alguna reacción adversa o efectos secundarios.

Métodos del nivel teórico:

Los métodos teóricos fueron empleados desde el inicio y hasta la conclusión del proceso investigativo permitiendo identificar los antecedentes en el contexto internacional nacional, provincial y local, además de fundamentar la investigación en sus diferentes etapas y brindar un camino para el esclarecimiento de los resultados.

Análisis histórico-lógico: Se seleccionó este método con el objetivo de poder estudiar la trayectoria de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de la historia de la Estomatitis Subprótesis en la naturaleza del mismo a nivel mundial y en el país poniendo énfasis especial en los últimos cinco años.

Análisis-síntesis: se analizó las fuentes bibliográficas, separando lo esencial de lo secundario, que nos determinara lo importante a partir de la bibliografía revisada y sintetizar lo necesario para determinar las posiciones teóricas que sustenta la solución del problema científico.

Inducción-deducción: Para valorar el carácter de sistema de los componentes del problema.

Hipotético-deductivo: Posibilitó el surgimiento de conocimientos a partir de influencias teóricas, que ayudarán a corroborar la hipótesis e inferir conclusiones.

Método estadístico–matemático. Estadístico-descriptivo: Se utilizará para comparar los datos obtenidos como resultado del estudio

Operacionalización de las variables.

Edad: Variable cuantitativa discreta. Se consideraron los años de vida cumplidos hasta el inicio de la investigación. Se evaluaron los grupos establecidos por el Departamento de Estadística:

- Menor de 19 años
- 19 – 34 años
- 35 – 59 años
- 60 y más

Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideró según características sexuales primarias y secundarias. Sexo biológico.

- Masculino
- Femenino

Grado clínico de la enfermedad: Variable cualitativa ordinal medida en grados teniendo en cuenta la clasificación de Newton^(1-8,16,18).

Hábitos de higiene y uso de la prótesis: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideró evaluándose los siguientes criterios:

- Adecuados: si el portador de la prótesis retiraba el aparato para cepillarlo después de cada comida y realizaba la limpieza de la cavidad bucal y además retira la prótesis para dormir, con previo cepillado.
- Inadecuados: Cuando el portador de la prótesis la usaba de forma continua solo retirando el aparato para cepillarla, o se refiere no realizarse la higienización del aparato y de la cavidad bucal independiente de dormir o no con ella.

Síntomas presentes: Cualitativa nominal politómica. Se tuvieron en cuenta aquellos síntomas subjetivos presentes en el momento del diagnóstico y referidos por el paciente. Evaluamos los siguientes criterios^(1, 2, 9, 18):

- | | | | |
|---------|---------------------|-------------------------|----------------|
| - Ardor | - Calor | - Halitosis (mal olor) | - Asintomático |
| - Dolor | - Prurito (picazón) | - Sensación de quemazón | |
| - Edema | - Sabor metálico | - Sequedad bucal | |

Métodos de procesamiento de la información.

En la investigación fueron empleados métodos de investigación cuantitativos y cualitativos como parte de la triangulación metodológica considerada. El sistema de métodos investigativos incluyó los teóricos, empíricos y procedimientos estadísticos. Los métodos teóricos fueron empleados desde el inicio y hasta la conclusión del proceso investigativo y permitieron identificar los antecedentes en el contexto internacional nacional, provincial y

local, además de fundamentar la investigación en sus diferentes etapas y brindar un camino para el esclarecimiento de los resultados.

Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a una base de datos utilizando los programas MICROSOFT EXCEL y SPSS (Statistical Packed For Social Cience), versión 15.0 para WINDOWS con las variables y categorías definidas. Los resultados se reflejaron de forma tabular y gráfica para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores, así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa EPIDAT (Programa para el análisis epidemiológico de los datos tabulados), versión 3.0.

Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos y se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas (FCM) de Morón para el cuál se empleó una PC Pentium IV, Sistema Operativo Windows 7, los textos se procesaron en Microsoft Word y las tablas en Microsoft Excel.

Procedimientos éticos:

Para que esta investigación estuviese sustentada en los principios de la ética, la participación en el estudio, dependió del consentimiento previo de los pacientes (Anexo 1), tomándose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos al respecto: respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los pacientes fueron explícitamente informados de los fines de la investigación y formalizaron el consentimiento informado si así lo consideraban, previamente a su incorporación al estudio. La incorporación o no de un paciente al estudio no influyó de modo alguno en la relación de este con el trabajador de la salud con que interactuó ni otro miembro del sistema. Se les explicó que los datos obtenidos sólo serían empleados con fines investigativos, de diagnóstico y tratamiento, respetando en todo momento su privacidad.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de la población objeto de estudio según edad y sexo. Tratamiento de las Estomatitis Subprótesis con Manzanilla en estado natural.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
19-34 años	3	5.1	3	5.1	6	10.2
35-59 años	8	13.5	7	11.8	15	25.4
60 y más	26	44.1	12	20.3	38	64.4
Total	37	62.7	22	37.3	59	100.0

Fuente: Cuestionario de datos primarios

En la tabla se aprecia que más de la mitad de la muestra afectada por Estomatitis Subprótesis, un 62.7%, pertenece al sexo femenino, mientras que el 37.3% de los portadores de la enfermedad fueron hombres.

La mayor afectación en el sexo femenino podría atribuirse a que las féminas cuidan más de la estética, manteniendo el aparato protésico en la boca el mayor tiempo posible además acuden con más frecuencia que los hombres a los servicios de Estomatología para resolver sus problemas dentales por lo que están más expuestas a los exámenes bucales y por consiguiente a detectarse la lesión con más probabilidad que los hombres. También estudiosos del tema plantean que las mujeres tienen características propias como son: una mucosa bucal más fina, mayor fragilidad capilar, sobre todo a partir de la tercera década de la vida. También son frecuentes las afecciones psicósomáticas tanto producidas por el estrés como por causa del climaterio las cuales tienen influencias en los tejidos bucales al alterar la irrigación, el flujo salival y la tasa de anticuerpos circulantes. Algunos autores han descrito que la mucosa palatal masculina es más resistente al uso de la prótesis con respecto a las del sexo opuesto (2, 33, 39).

La mayor parte de los trabajos revisados indican que esta enfermedad es más frecuente entre las mujeres, en cambio, algunos autores consideran que no existe diferencia entre

sexos y otros como Camps I. y colaboradores difieren al reportar una afectación mayor en el sexo masculino con un 65% en el grupo control y un 68,15% en el de estudio ^(5, 6, 40).

Los resultados encontrados en el presente estudio son muy semejantes a los obtenidos por Ley Sifontes, Nápoles IJ. Y Carreira Piloto en investigaciones realizadas en las provincias de Camagüey y Ciudad de la Habana quienes encontraron un mayor porcentaje de afección por E.S en el sexo femenino, con un 70,6%, 59,7% y 75% respectivamente ^(2, 29, 41). También se coincide con Espasadin González I. quien observó en la muestra estudiada un predominio de Estomatitis Subprótesis en el sexo femenino con un 70.83% (39) y con Sánchez Iturriaga ME. en su estudio en el Servicio de Estomatología de Las Llanadas en el municipio de Cumaná, perteneciente al Estado Sucre de la República Bolivariana de Venezuela, de noviembre del 2009 a agosto del 2010 quien evidenció que el mayor porcentaje de pacientes correspondieron al sexo femenino para 62,0 % ⁽³²⁾.

Castillo Santiesteban, en Holguín reportó 37 casos en el sexo femenino para un 54,4% (30). Silva Contreras AM. En la Clínica Estomatológica "Ormani Arenado" de Pinar del Río muestra una supremacía de un 59,1% en las mujeres con prótesis dental sobre hombres con idéntica condición ⁽³⁸⁾.

En cuanto a la edad en ambos sexos se observa en la tabla un aumento progresivo del número de afectados con el avance de la edad predominando el grupo de 60 años y más (562.7% en las mujeres y 37.3% en los hombres) seguido del grupo etario de 35-59 años y el de 19-34 años con un 25.4% y un 10.2% respectivamente.

La edad es una variable de interés en los pacientes con Estomatitis Subprótesis ya que la regeneración de la mucosa no se comporta igual en los diferentes años de vida. Estos resultados pueden estar dados a que en la tercera edad ocurren fenómenos involutivos de desintegración fisiológica y morfológica que tienden a comprometer la coherencia funcional del organismo, por lo que se reduce gradualmente la capacidad adaptativa de la mayoría de los órganos y sistemas, razón por la cual los ancianos son más propensos a enfermar que las personas más jóvenes. También con el de cursar de los años aumentan las parodontopatías, lo que lleva a la pérdida de dientes, independientes de los traumatismos y otras causas que durante la vida conllevan a un crecimiento de las necesidades de prótesis en esa edad. ⁽³⁴⁾

Estudiosos del tema en Chile plantean que el envejecimiento de la cavidad bucal genera

modificaciones en los dientes, sus tejidos de soporte, los músculos, las glándulas salivales y las mucosas. En los adultos mayores la mucosa oral generalmente presenta un aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañadas más fácilmente. En su trabajo ellos reportan una prevalencia de Estomatitis Subprótesis de un 40% en personas entre 50 a 65 años de edad, presentando un predominio en el género femenino con una relación de 4:1 ⁽³⁴⁾. Por su parte la Dra. Francisco Local A. Y colaboradores en un estudio realizado en la Parroquia El Guapo, Municipio Páez, Estado Miranda, en Venezuela, al analizar la distribución de los pacientes con Estomatitis Subprótesis según edad y sexo apreció que el grupo de 35 a 59 años presentó la mayor frecuencia de afectación y que en todos los grupos de edades hubo un predominio de afectación del sexo femenino ⁽³⁵⁾.

Los resultados obtenidos se acercan a los de Herrera IB ⁽²¹⁾ y Noguera GA ⁽⁴³⁾. Quienes obtuvieron que después de la tercera década de la vida fuera más frecuente la Estomatitis Subprótesis. También se coincide con Espasadin González I. quien reporta un mayor número de afectados a medida que avanza la edad en ambos sexos ⁽⁴⁰⁾.

Los resultados de este trabajo coinciden también con los publicados por Camps I. En Santiago de Cuba quien plantea que el grupo más afectado es el de 60 y más años ⁽⁵⁾. No obstante se discrepa con algunos autores consultados como Tan N. y colaboradores ⁽³⁹⁾, quienes encontraron una mayor afectación en el grupo de 35-44 años, con Moreira Díaz ⁽²⁴⁾ que reportó como grupo de edad más afectado el de 30-44 años y con García E. que halló que las edades más afectadas fueron las comprendidas entre 30-45 años y 46-60 años respectivamente ⁽¹⁸⁾.

Tabla 2. Grado clínico de la enfermedad.

Grado Clínico	No	%
Grado I	25	42.4
Grado II	34	57.6
Total	59	100.00

En la tabla se aprecia que el 57.6 % de los pacientes presentaban una Estomatitis Subprótesis grado II y 25 para un 42.4 % grado I.

Algunos autores como Ley Sifontes ⁽²⁾, Sagué GA ⁽⁵³⁾, Haggard K ⁽⁵⁴⁾, y colaboradores, en sus trabajos realizados, encontraron que la presencia de Estomatitis Subprótesis fue alta y coinciden en que el grado II es el de mayor frecuencia. Espasadin González I, Brevis Azocar

P⁽⁴⁵⁾. Y Herrera López IB⁽²¹⁾. Obtuvieron en sus estudios un predominio de los pacientes afectados por Estomatitis Subprótesis grado I, resultado diferente al encontrado en esta investigación en la que se encontró predominio del grado II.

Cruz Guerra OS⁽¹⁶⁾, Menéndez Cepero, Martínez M.E.⁽¹⁶⁾, en un estudio realizado a 25 pacientes con Estomatitis Subprótesis tratados con ozonoterapia y encontraron que 15 de ellos fueron diagnosticados como grado II representando el 62,50% de la muestra, seguido en orden de frecuencia por el grado I con cinco pacientes (20,83%) y el grado III con cuatro personas (16,67%) Similares resultados también obtuvo Nápoles González I⁽²⁹⁾. Al reportar que el grado de la lesión que predominó fue el grado II con 62 pacientes para un 55,35 %.

Tabla 3. Hábitos de higiene y uso de la prótesis

Hábitos	No	%
Adecuados	14	23.7
Inadecuados	45	76.3
Total	59	100.0

En la tabla se puede apreciar como el 76.3% de la población estudiada presentó hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis solamente 14 pacientes para un 23.7% retiraban el aparato para cepillarlo después de cada comida y realizaban la limpieza de la cavidad bucal, además de retirárselo para dormir, con previo cepillado de la cavidad bucal.

Al interrogar a los pacientes sobre la limpieza de la prótesis la mayoría refirió quitársela para cepillársela y lo hacían con pasta y cepillo ,17 refirieron sólo lavarse con agua y enjuagarse la boca, explicando este proceder por la ausencia de dientes, y 7 pacientes refirieron el uso de cloro para lavar las dentaduras artificiales. Contradictoriamente a lo referido al examen clínico en muchos casos se encontró restos de alimentos, placa dentobacteriana y sarro en los aparatos y en los dientes remanentes en caso de desdentados parciales. En cuanto al uso nocturno de la prótesis la mayoría no se las retiraba para dormir justificando con respuestas como “se me cae cuando me la voy a poner de nuevo”, “se me olvida”, “me acostumbé a dormir con ella”, entre otras, situaciones estas que reflejan que los pacientes no están conscientes de la importancia de retirar sus aparatos. También se indagó si en el momento en que se las habían instalados no se les dieron indicaciones sobre su uso y cuidado a lo que respondieron un número elevado de ellos (45 pacientes) negativamente. De esta manera, se percibió también falta de información en cuanto a la importancia de retirar las prótesis para el descanso nocturno como una medida indispensable para lograr que la mucosa bucal reciba el descanso necesario ante los cambios hísticos que ésta provoca con

el uso continuo.

En el agravamiento de la Estomatitis Subprótesis juegan un importante papel una serie de hábitos nocivos. Unos que con frecuencia han sido enunciados por varios autores son el uso continuado de la prótesis y la higiene bucal ^(29, 37, 48).

La práctica de usar la prótesis, incluso durante el sueño, provoca degeneración de las glándulas salivales y, a su vez, bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye la secreción salival y su ph, debido a que también disminuye la función buffer de la saliva; ésta se torna viscosa y favorece la acumulación de placa dentobacteriana y por tanto acúmulo de microorganismos. Por eso es muy importante dejar descansar la mucosa cubierta por la prótesis durante el horario del sueño, con el fin de permitir que los tejidos bucales se oxigenen, se recuperen y proporcionar a la lengua y los labios la oportunidad de realizar la acción de autolimpieza; se plantea este horario para no afectar la apariencia estética del paciente. ^(29, 37, 48).

La mayoría de los autores y entre ellos se incluyen los de esta investigación consideran que el uso del o los aparatos protésicos, origina efectos de presión, tracción, empuje y frotamiento de la mucosa, convirtiéndose, de hecho, en factores de irritación mecánica, que pueden no ser soportados funcionalmente en dependencia de su magnitud, intensidad, duración y el factor de tolerancia de los tejidos, así como la calidad, el tipo y tiempo de uso de la rehabilitación protésica ^(37, 49).

Coincidiendo con los resultados de esta investigación referente a los pacientes encuestados con E.S según higiene de las prótesis Ley Sifontes en Camagüey ⁽²⁾ y Brevis Azocar en Brasil ⁽⁴⁵⁾ plantearon que los pacientes con higiene deficiente de las prótesis fueron los más afectados; así como Gutiérrez C. ⁽³⁴⁾ hace referencia en su investigación a la respuesta inflamatoria en la E.S y los aspectos relacionados con la higiene de las dentaduras. En un estudio hecho en Cuba en 6302 pacientes con Estomatitis Subprótesis se encontró que el 83,38% de los pacientes examinados dormían con las prótesis, destacando dos elementos en particular fundamentales en la etiología de la enfermedad que son el traumatismo crónico provocado por la prótesis sobre las mucosas y la infección de esta por un hongo y algunos tipos de bacterias ⁽²⁵⁾.

Noguera GA ⁽⁴³⁾. Y Fleitas AT ⁽⁴³⁾. Observaron que el 54,2% de los pacientes con Estomatitis Subprótesis presentaron placa bacteriana en la prótesis, relacionada con una mala higiene oral coincidiendo con la literatura y con el autor de este trabajo en que la deficiencia en la higiene oral se considera como un factor etiológico importante de la Estomatitis Subprótesis,

siendo probablemente la causa de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso Silva Contreras AM., en estudio realizado en Pinar del Río obtiene que la proporción de pacientes sanos que no duermen con las prótesis fuera dos veces mayor a la que se observa en los que duermen con ella. Los resultados de la investigación demostraron que el riesgo de padecer la Estomatitis Subprótesis aumentó en la medida que disminuyó la higiene bucal ⁽³⁸⁾.

En otros estudios, se observa que el grado de la lesión va aumentando a medida que la higiene disminuye y que una higiene deficiente es capaz de provocar irritaciones a los tejidos por la producción de ácidos a causa de la descomposición de los alimentos, lo que crea el medio propicio para la proliferación de microorganismos ^(38, 49-51).

Varios estudios prueban que las prótesis se colonizan por microorganismos y que prácticamente son un reservorio de estos formando una placa o película microbiológicamente activa. Esta placa es muy parecida a la que se forma en los dientes normales. Los conglomerados de placa que se encuentran en contacto con la mucosa bucal por un extenso período de tiempo producen toxinas muy irritantes que hacen que aparezcan las lesiones. Se conoce que esta película microbiana se adhiere a las prótesis en las zonas más porosas, infectando el acrílico de la prótesis y facilitando el desarrollo de gérmenes oportunistas como la *Cándida Albicans* ^(23, 24, 46).

Carreira Piloto V. y Almagro Urrutia ZE., en su estudio plantean que con respecto al hábito de uso de las prótesis, de 100 pacientes estudiados, 75 presentaron uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían hábito de uso discontinuo ⁽⁴²⁾.

La falta de información adecuada y la presencia de información errónea sobre el uso de la prótesis parecen tener un efecto directo en el bienestar del paciente, pues en estudios de resultados similares relacionados con fallas en el uso de las prótesis y presencia de lesiones subprotésicas, los pacientes también han indicado no haber recibido las orientaciones necesarias. Estos resultados según criterios de estudiosos del tema y a los que se suman los autores del presente trabajo son de considerable importancia y muestran la necesidad de planificar e implementar intervenciones educativas que se correspondan con las necesidades reales y características particulares de la población estudiada, a través de un trabajo multidisciplinario para proveer de información al paciente con necesidades protésicas en cuanto al uso y cuidado de las mismas y en cuanto a la importancia de mantener la salud bucal como parte de su salud integral ⁽⁴⁷⁾.

Tabla 4. Síntomas presentes de Estomatitis Subprótesis

Síntomas de Estomatitis Subprótesis	No	%	(n =59)
Inflamación	2	3.4	
Dolor	3	5.1	
Ardor	5	8.5	
Sensación de quemazón	8	13.6	
Asintomático	41	69.5	

En la tabla se aprecia como en el 69.5% de los pacientes la enfermedad cursó de forma asintomática, siendo diagnosticada en el momento de inicio del tratamiento rehabilitador. En los pacientes sintomáticos, la sensación de quemazón fue el síntoma más frecuente, presente en 8 pacientes para un 13.6% seguido en orden decreciente de frecuencia por el ardor (8.5%), el dolor (5.1%) y la inflamación con un 3.4%.

Los resultados obtenidos coinciden con la bibliografía consultada donde se plantea que la sintomatología es muy variable y muchas veces está ausente o es mínima y el paciente no sabe que la padece. En numerosas ocasiones la descubre el estomatólogo al inicio de un tratamiento rehabilitador. Los síntomas más frecuentes son la sensación de quemazón, el ardor y el dolor ^(2, 3, 18, 24, 29, 39).

Ship JA ⁽⁵²⁾. Et al y García Rodríguez ⁽⁴⁶⁾ et al plantean que la E.S es completamente asintomática, aunque el 28-70% de los pacientes puedan presentar síntomas, señalándose entre estos, inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, de dolor, mal gusto, halitosis y xerostomía

Cruz Guerra OS. et al reporta en un estudio realizado que el mayor porcentaje de pacientes con E.S se encontraban asintomáticos (16 casos para un 66,67%) en el momento del

diagnóstico. Los síntomas más frecuentes fueron la inflamación, la sensación de quemazón y sólo un paciente refirió dolor ⁽¹⁶⁾.

Tabla 5. Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento aplicado de acuerdo al grado clínico de la enfermedad.

Tiempo para un tratamiento. efectivo	Grado clínico de la enfermedad			
	Grado I		Grado II	
	Grupo A		Grupo A	
	No	%	No	%
De 3 -5 días	8	32.0	6	17.6
De 6-10 días	12	48.0	10	29.4
De 11-15 días	4	16.0	16	47.0
Tratamiento no efectivo	1	4.0	2	5.9
Total	25	100.0	34	100.0

En la tabla se puede observar que en ambos grupos a medida que aumentó la gravedad de la Estomatitis Subprótesis aumentó el tiempo de tratamiento necesario para la resolución de las lesiones. El 32.0 % de los pacientes grado I asignados al grupo A, donde se indicó la Manzanilla curaron entre 3 y 5 días después de iniciado el tratamiento y el resto un 48.0% entre 6-10 días, después de comenzar con la retirada e higienización de la prótesis, el 16.4 % de los pacientes grado I de este grupo eliminan todos sus síntomas entre 11-15 días después del diagnóstico, además un 4.0% de estos pacientes no curaron y se les cambió el tratamiento. Por su parte en los pacientes diagnosticados con una Estomatitis Subprótesis grado II el mayor porcentaje de los pacientes, se curaron en un periodo de curación de 6-10 días 29.4% del grupo A, no obstante un 17.6 % de los pacientes tratados con manzanilla eliminaron sus síntomas entre 3-5 días y sólo el 47.0% necesitó extender el tratamiento de 11-15 días. Se le cambió de tratamiento después del periodo estipulado para lograr su curación. Se lograron diferencias estadísticamente significativas.

Estos resultados coinciden con Almagro Z. Carriera ⁽¹⁷⁾ quien expone que a medida que aumenta la gravedad de las lesiones de los tejidos de la cavidad bucal el tratamiento se

prolonga por más tiempo y como tal el número de sesiones de ozonoterapia, se coincide con García López ⁽¹⁸⁾, Eneida quien plantea que el tratamiento con ozonoterapia resultó eficaz en los pacientes con lesiones de Estomatitis Subprótesis grado III.

Martínez Abreu ⁽¹⁹⁾, Judit, T. Weisser, Mark ⁽⁵⁴⁾ en Matanzas y García López, E ⁽¹⁸⁾. y cols en La Habana Vieja encontraron en sus estudio resultados muy similares a los del presente trabajo, logrando la cura o remisión de las lesiones de grado II y III en la totalidad de los pacientes a los que se les aplicó este tipo de tratamiento.

Tabla 6. Utilidad de la Manzanilla según el grado clínico de la lesión.

Utilidad De la Manzanilla	Grado clínico de la enfermedad			
	Grado I		Grado II	
	No	%	No	%
Bien	16	88.9	21	51.2
Regular	1	5.6	18	43.9
Mal	1	5.5	2	4.9
Total	18	100.0	41	100.0

En la tabla se demuestra como la manzanilla resultó ser útil en la mayoría de los pacientes con Estomatitis Subprótesis. La utilidad de la terapia fue evaluada de buena en el 88.9% de los pacientes grado I y en el 51.2% de los de grado II y de regular en el 5.6% del grado I, también obtuvimos 5.5% de grado I de mal y 4.9% del grado II, por no cumplir lo establecido a la hora del tratamiento.

La autora de este trabajo consideran que los resultados obtenidos en cuanto a la remisión de los síntomas de la enfermedad demuestran una vez más el efecto analgésico, antiinflamatorio de la Manzanilla, aunque en el caso de esta patología debe ser considerado coadyuvante y no

sustituto del tratamiento convencional, ya que a pesar que las lesiones en la mayoría de los casos desaparecen más rápidamente con esta terapéutica, su evolución no difiere de manera extrema con respecto a la terapia convencional, no obstante no deja de ser la Manzanilla una opción de tratamiento de la Estomatitis Subprótesis inocua, y que disminuye el tiempo de espera para la rehabilitación protésica de estos pacientes.

Indefectiblemente la estomatología y el hombre son beneficiarios del uso del Manzanilla y su alcance indica un indetenible ascenso en la terapia que apuntan hacia la excelencia de los Servicios ⁽¹³⁾.

Tabla 7. Reacciones adversas al tratamiento con Manzanilla.

Reacciones adversas	No	%
Sin reacción	59	100,00
Con reacción	—	—
Total	59	100,00

En la tabla se aprecia que ningún paciente presentó reacciones adversas a la manzanilla, resultados que coinciden con la bibliografía consultada ^(16, 18, 19, 55).

Estudios realizados por períodos de varios años de experiencia, han demostrado que la Manzanilla es una planta que se usa en diferentes procederes estomatológicos, aspecto al que se suma la experiencia de los autores del trabajo en otras investigaciones realizadas ⁽¹¹⁻¹⁷⁾.

Indefectiblemente la estomatología y el hombre son beneficiarios del uso de la Manzanilla y su alcance indica un indetenible ascenso en la terapia que apuntan hacia la excelencia de los Servicios ⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

El sexo femenino y el grupo de 60 años y mas fueron los más afectados por la Estomatitis subprotesis con un predominio del grado II de la enfermedad, el mayor porcentaje de los pacientes afectados presentaban hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis y acudieron de manera asintomática al Servicio. La manzanilla resultó ser útil en la totalidad de los pacientes donde se aplicó, sin reportarse reacciones adversas con su uso.

RECOMENDACIONES

Divulgar los resultados obtenidos en esta investigación con el propósito de generalizar el uso de la manzanilla en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Nápoles González I, Díaz Gómez S, Puig Capotell E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. . Archivo Médico Camagüey [serie en Internet] 2011 [citado 14 de jun del 2012]; 13(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/htm>.
2. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Dra. Martín Reyes O, Paz Latorre E, Landrián Díaz C. Comportamiento de la estomatitis subprótesis Archivo Médico Camagüey [serie en Internet] 2010 [citado 22 de jun del 2010]; 14(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211116130009>.
3. Nápoles González I, Hidalgo Hidalgo S, Milanés Santana R, Fernández Franch N, Echemendía Guzmán O. Aplicación de un colutorio de aloe en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Archivo Médico Camagüey [serie en Internet] 2003 [citado 14 de ene del 2010]; 7(5): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2012/v7supl1/674.htm>.

4. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Martín Reyes O, Paz Latorre E I, Landrián Díaz C. Eficacia del aceite de girasol ozonizado en el tratamiento de la estomatitis subprótesis grado I y II. AMC. 2008 [citado 23 jun 2013]; 12(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
5. CampsMullines I, Corona Carpio MH, Medina Maglueñ C, Bruzón Varona C, Ibáñez Castillo MC. Eficacia de la crema de aloe al 25 % en la estomatitis subprotésica grado II. Rev Cubana Estomatol. [Serie en internet]. 2012 [citado 27 abr 2012]; 44 (3): [aprox. 12 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
6. Díaz Martell Y, Martell Forte IC, Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol. 2007 [citado 2012 Nov 23]; 44(3). Disponible en: <http://bvs.sld.cu>.
7. Del Valle Zelenenko O. Factores de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal del adulto mayor portador de prótesis total. Publicado en formato electrónico CD del Congreso Internacional Estomatología. 2011. ISBN 959-164-3-7.
8. García López E., Roche Martínez A., Blanco Ruiz AO et al. La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. [online]. [Citado 7 dic. 2011]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
9. Colectivo de autores. Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales. En: Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2011. p. 195-260.
10. Carreira Piloto V, Almagro Urrutia ZE. Efectividad del oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2000 [citado 12 ene 2006]; 37(3): [aprox.6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_3_00/est07300.htm.
11. Monsenego P. Presence of microorganisms on the fitting denture complete surface: study «in vivo». J Oral Rehabil. 2000; 27(8): 708-13. [Citado 4 de abril de 2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-025520080003000005.
12. Bernal Baláez AE. Estomatitis subprótesis. Parada de reflexión. RevSocColombProstod [serie en internet]. 2004 [citado 4 ago 2011]: [aprox. 44 p.]. Disponible en: http://encolombia.com/prosto_subpro6.htm.
13. Pardi G, Cardozo de Pardi EI. «Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la estomatitis sub-protésica de origen infeccioso». Acta OdontolVenez. 2011;41(2):1.
14. Díaz M, Hernández R, Martínez G, Vidal G, Gómez M, Fernández H, Garcés R. «Comparativestudy of ozonized olive oil and ozonizedsunfloweroil». J BrazChem Soc. 2013; 17(2):403-7.

15. Carreira Piloto V, Almagro Urrutia ZE. Efectividad del oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2011 [citado 12 ene 2012]; 37(3): [aprox.6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_3_00/est07300.htm
16. Cruz Guerra OS, Menéndez Cepero, Martínez M.E. Aplicación de la ozonoterapia en el tratamiento de la alveolitis. Rev Cubana Estomatol 2010; 34(1).21.
17. Almagro Z. Carriera. Estomatitis sub-prótesis en pacientes desdentados totales. Rev Cubana Estomatol 2010; 37(3):133. [citada: 18 de abril del 2010]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200004
18. García López, E., Roche Martínez, A., Blanco Ruiz AO., Rodríguez García LO. La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en la Clínica Estomatológica del área de la salud Policlínico "9 de Abril" [en internet]. 2011, La Habana [citado 18 abril 2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200004.
19. Martínez Abreu, Judit, T. Weisser, Mark. Seguridad durante el tratamiento con ozono en el consultorio dental, [citada: 13 de agosto de 2013], Matanzas, Cuba.
20. Murillo O. M. Envejecimiento bucodental. Anales en Gerontología, N.º 6 / 59-67, 2010 ISSN: 1659-0813.
21. Herrera IB, Osorio M. Revisión bibliográfica sobre estomatitis subprótesis. Rev Habanera CiencMéd [Internet]. 2010 [citado 6 Sep 2011]; 4(3): [aprox. 17p.]. Disponible en: <http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulorev14/estomatitisubprot.htm>.
22. Nápoles IJ, Díaz SM, Puig E, Espeso N. La candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis. ArchMéd Camagüey [Internet]. 2010 [citado 14 Oct 2011]; 12(6): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n6/Index.html>.
23. Cardozo de Pardi E I, Pardi G. Mecanismo de defensa del hospedero en estomatitis subprotésica inducida por cándida. Acta OdontolVenez. [Serie en Internet] 2009 [citado 14 de may del 2011]; 40(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/40-3-2002/41.asp>.
24. Moreira Díaz EE. La estomatitis subprótesis. ¿Qué es y cómo prevenirla? Copyright (c) 2011, Disponible en: dentistaenlared@gmail.com.
25. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2006. p. 76-159.
26. Estomatitis sub-prótesis [Biblioteca virtual en línea] www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/.pdf [consulta: 15 noviembre 2012].

27. Nápoles IJ, Barciela J, Cabrera N, Puig E. Eficacia del tratamiento homeopático en la estomatitis subprótesis. ArchMéd Camagüey [Internet].15 2008 [citado 14 Sep 2010]; 12(5): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc07508.htm>.
28. Ramos M, Hidalgo S, Rodríguez M, Lorenzo G. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. ArchMéd Camagüey [Internet]. 2010 [citado 17 Oct 2012]; 9(5): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/2073.htm>.
29. Nápoles González IJ, Díaz Gómez SM, Puig Capote E, Casanova Rivero Y. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. AMC. 2009 [citado 11 Jul 2013]; 13(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf>.
30. Castillo Santiesteban Y, Gutiérrez Segura M, Machado Cuayo M, González Arévalo E. Afecciones de la mucosa oral en pacientes geriátricos portadores de prótesis de la Clínica Artemio Mastrapa de Holguín. CCM 2013; (1) Supl 1. Disponible en: ycastillo@crystal.hlg.sld.cu.
31. Rodríguez V, Arellano I, Zambrano R, Roldán MT. Lesiones de los tejidos blandos de soporte en pacientes portadores de dentaduras totales. Los Nevados, Estado Mérida. RevOdontol de los Andes: 2(1). Ene-Jun 2011: Mérida-Venezuela.
32. Sánchez Iturriaga ME, Reyes Romagosa DE, Arias Tardón R, Rondón Martín A. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis Removibles MEDISAN 2013; 17(11):8057-60.
33. Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Rev Cubana Estomatol. 2009 [citado 11 Jul 2013]; 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
34. Gutiérrez C; Medina L; Sanchez M; Cornejo L, Zambrano ME. Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. Int. J. Odontostomat. 7 (2): Temuco ago. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
35. Francisco Local AM, González Beriau Y, Vázquez de León AG. Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Medisur; 7(1), 2010.
36. Benjamín, José. ¿Qué es la Ozonoterapia? Madrid [Internet] [consulta: 11 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.prodmedica.com/ozono.html>
37. Expósito Sánchez, J; González Olazabal, M; Ruiz Calabuch, H. Factores de riesgos de la estomatitis subprótesis en los pacientes del municipio de Taguasco: 2008-2009.

Gacmédespirit; 12(2), mayo-ago. 2010.

38. Silva Contreras, AM; Cardentey García, J; Silva Contreras, AM; Crepo Palacios, CL; Paredes Suárez, MC. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al policlínico Raúl Sánchez. RevCiencMéd Pinar Río; 16(5), oct. 2012.

39. Tan N, Hidalgo CR, Tan NT, Rodríguez GM, Mulet M. Eficacia del tratamiento homeopático en la alveolitis dental. ArchMéd Camagüey [Internet]. 2012 [citado 14 Dic 2013]; 11(2): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/webhosting.htm>.

40. Espasadin González, Martines Toledo G, Reyes Seconz O, Díaz Viera R. Estomatitis Subprotésica en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. MEDISAN 2013; 18(10):8165.

41. Lazarde Y. Estomatitis subprótesis. Acta OdontolVenez 2010; 39(3):9-17.

42. Carreira Piloto V; Amagro Urrutia ZE. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Multimed 3(3) 99 [Internet]. 2010 [citado 25 de Junio de 2011]; 12(18): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/amc/v7n2/672.htm>

43. Noguera GA, Fleitas AT. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. RevOdontol Los Andes [Internet]. 2006 [citado 14 Oct 2011]; 1(1): [aprox. 27 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=47031&id_seccion=2994&id_ejemplar=4762&id_revista=177

44. Budtz-Jorgensen E, Theilade E, Theilade J. Quantitative relationship between yeasts and bacterial in denture induced stomatitis. ScandinavianJournal of Dental Research. 1983; (91):134-142.

45. Brevis Azocar P., CancinoMarchart J., Cantín López M. Estomatitis Subprotésica: estudio clínico y microbiológico de Cándida. Int J. odontostomat [Internet]. 2008 [citado 15 Abr 2010]; 2(1):101-8 Disponible en: [http://www.ijodontostomat.com/pdf.2\(1\)/Estomatitis.pdf](http://www.ijodontostomat.com/pdf.2(1)/Estomatitis.pdf)

46. García Rodríguez, Beatriz; Romero Junquera, Carlos Rafael. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. Correo CientMéd Holguín; 16 (3), 2012. ^bgraf, ^btob.

47. Belandria A, Perdomo B. Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa. Rev odontol de los Andes;2(2) Mérida-Venezuela Jul-Dic 2011.

48. Coco BJ, Bagg J, Cross LJ, Jose A, Cross J, Ramage G. Mixed Candida albicans and Candida glabrata populations associated with the pathogenesis of denture stomatitis. OralMicrobiolImmunol. [Internet]. 2008 Oct [Citado 1 de enero de 2012]; 23(5):

[Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793360>.

49. Pérez Sánchez F. Frecuencia y comportamiento de la Estomatitis Subprótesis en portadores de prótesis atendidos en la Clínica Estomatológica "Ernesto Guevara" [Tesis]. Las Tunas: Clínica Estomatológica Ernesto Guevara; 2006.

50. Al-Dwairi ZN. Prevalence and risk factors associated with denture-related stomatitis in healthy subjects attending a dental teaching hospital in North Jordan. J Dent Assoc. [Internet]. 2008 Apr-May [citado 1 de enero de 2012]; 54(2): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578384>.

51. Pereira Cenci T, Del Bel Cury AA, Crielaard W, Ten Cate JM. Review Development of Candida-associated denture stomatitis: new insights. J Appl Oral Sci. [Internet]. 2008 Mar-Apr [Citado 1 de enero de 2012]; 16(2): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089197>

52. Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ. Xerostomia in the geriatric patient. J Am Geriatr Soc. 2012; 50(3):535-43.

53. Sagué GA, Castañeda M. Eficacia de la tintura de caléndula al 20% en el tratamiento de la estomatitis Subprótesis grado I. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 [citado 21 Dic 2008]; 44 (3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/GSS/GSS01/gss01.htm>

54. Haggard K, Arvelo B, Gennovo P. Recomendaciones para la limpieza de prótesis removible. Acta Odontol Venez [Internet]. 2005 [citado 26 Abr 2011]; 55(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.elcov.org1tra BPV_855-5.htm.

55. Fernández González, Liz Olga. Tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con laser de Arsenuro de Galio y Aluminio en la Clínica Estomatológica Docente [Tesis]. Ciego de Ávila. Clínica Estomatológica Docente Ciego de Ávila, 2014.

56. Marcia Colás-Costa, Febe Rosell-Sarmiento. La efectividad del Oleozón en el tratamiento de la Estomatitis Aftosa Recurrente en el Policlínico Universitario "Omar Renedo Pubillones", Guantánamo, Cuba. 2012 [citado 12 jul. 2012]. Disponible en: <http://cienciagtmo.idict.cu>

57. Flores Abuná, Gabriel. Tratamiento de la Estomatitis Protésica. Facultad de Odontología UMSA. Rev. Act. Clin. Med [online]. 2012, vol.24, pp. 1186-1188. ISSN 2304-3768. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000900012&script=sci_abstract

ANEXOS

Anexo 1: MODELO DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Nombre del paciente: _____

Declaro que:

Se me ha solicitado participar en el estudio de referencia, durante el cual será realizado un proceder médico de investigación. Antes de dar mi consentimiento firmando en este documento, fui informado por el autor de la investigación del contenido y el alcance del proyecto, de sus beneficios y posibles efectos, así como de sus inconvenientes, que pueden presentarse, de los propósitos del mencionado estudio y de la metodología con que va a ser llevado a cabo el mismo. La colaboración voluntaria puedo suspenderla en cualquier momento que lo desee sin que por ello conlleve algún tipo de agravio por parte del personal involucrado en mi atención.

También se me ha informado que para mi protección en el desarrollo del estudio, dispondré de la asistencia médica y sanitaria adecuada, de los tratamientos complementarios que necesite, además de que se tomarán las medidas apropiadas para que el estudio se encuentre debidamente controlado.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del investigador: _____

Anexo 2: CUESTIONARIO DE DATOS PRIMARIOS

1. Nombre del paciente:

2. Tipo de Estomatitis Subprótesis

- Grado I _____
- Grado II _____
- Grado III _____

3. Edad:

- Menor de 19 años _____
- 19-34 años _____
- 35-59 años _____
- 60 y más _____

4. Sexo:

- Masculino _____
- Femenino _____

5. Síntomas Subjetivos

- Inflamación _____
- Dolor _____
- Sensación de quemazón _____
- Asintomático _____

6. Hábitos de higiene y uso de la prótesis:

- Adecuados _____
- Inadecuados _____

7. Evolución clínica del paciente al décimo- sexto día de iniciado el tratamiento:

- Curado _____ Empeorado _____
- Mejorado _____ Igual _____

8. Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento:

Días de tratamiento

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Curado

A llenar por el investigador:

- 3to -5to día. _____
- 6vo -10mo día. _____

- 11 -15 días. _____
- Tratamiento no efectivo _____

Solo para los pacientes donde se aplicó la Manzanilla

9- Utilidad de la Manzanilla:

- Buena _____
- Regular _____
- Mala _____

10. Reacciones adversas a la Manzanilla

- Con reacción adversa. _____
- Sin reacción adversa _____