

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO UNIVERSITARIO
"RAFAEL MAS NARANJO"
PRIMERO DE ENERO**

Título: Evaluar el uso de la manzanilla en su estado natural como tratamiento alternativo para los pacientes con diagnóstico de ES

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

Autor: Dr. Frank Justin Fis.

Morón, 2017

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO UNIVERSITARIO
"RAFAEL MAS NARANJO"
PRIMERO DE ENERO

Título: Evaluar el uso de la manzanilla en su estado natural como tratamiento alternativo para los pacientes con diagnóstico de ES

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

Autor: Dr. Frank Justin Fis. Residente de la Especialidad de Estomatología General Integral (EGI). Policlínico Rafael Mas Naranjo del Municipio Primero de enero

Tutor: Dr. Silvio Betancourt Companioni. Especialista en I Grado de Prótesis. Profesor Asistente. Policlínico sur del municipio Morón.

Morón, 2017

DEDICATORIA

- ❖ A mi madre por haber sembrado en mí el amor y la consagración al estudio.
- ❖ A mi familia por su presencia y por estar presente en los momentos que más necesitaba de su ayuda.
- ❖ A mi hermana porque confíe en ella y siempre transitará por el camino que ella me ha indicado.
- ❖ A mis profesores de la carrera, principalmente a la Dr. Silvio 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 Doctor Silvio Betancourt por su apoyo y confianza, por la paciencia y dedicación con que me ha auxiliado en la realización de este trabajo.
- ❖ Al Dra. Marileidi Morales Cabrera por el apoyo que he recibido, con esa sencillez que le caracteriza, pero también con la mano firme, por estar a mi lado brindándome su confianza para seguir adelante. Gracias por su ayuda a mí y a todos los que has formado.
- ❖ A las Dras. Sahily, Vivian, Mara, Sara y Tania por su contribución en mi formación profesional.
- ❖ A la Dra. Ester Machado quien ha confiado en mí siempre y me brindó su apoyo incondicional en mi último año de carrera.
- ❖ A todas las personas de la clínica de Primero de Enero 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 La Revolución y al comandante Fidel Castro por haber puesto en nuestras manos todos los recursos para formarnos como profesionales de la salud.

A todos, muchas gracias.

RESUMEN

Se realizó un estudio experimental del tipo pre experimental para evaluar la efectividad del uso de la Manzanilla en su estado natural en pacientes con Estomatitis Subprótesis atendidos en la clínica estomatológica del municipio Primero de Enero. El estudio se llevó a cabo desde octubre del 2015 a mayo 2017. La muestra estuvo conformada por 90 pacientes de 180 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 62.2%, pertenece al sexo femenino, mientras que el 37.7% de los portadores de la enfermedad fueron hombres. Se aprecia que 66 pacientes que representan el 73,3 % de los pacientes presentaban una Estomatitis Subprótesis grado I y 24 pacientes para un 26,6 % grado II. Se puede apreciar como 67 pacientes que representa el 74,4% de la población estudiada presentó hábitos inadecuados de higiene y uso incorrecto y mala higiene del aparato protésico, solamente 23 pacientes para un 25,5% 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 37,7% de los pacientes la enfermedad cursó de forma asintomática, y la utilidad de la terapia fue evaluada de buena en el 65,6% de los pacientes con ES 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

INTRODUCCIÓN

Todo aquel que profesa alguna ciencia, no puede darse el lujo de ver en ella más que lo que tiene delante, pues cada investigación tiene una base informativa antes de emprenderse. Es por ello que el amor a una ciencia implica, además de disfrutar sus aciertos, sufrir sus inconvenientes, ya no sólo en el momento presente o en el futuro, sino también durante su evolución en el tiempo y en el espacio. ⁽¹⁾

En el caso específico de la odontología se han producido un sin número de acontecimientos dignos de ser reconocidos, amén de que son fuentes que enriquecen la cultura de quienes la ejercen.

El desarrollo de la sociedad está íntimamente relacionado con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, donde el conocimiento científico se impone por todo el mundo, las apariciones de las modernas tecnologías ganan terreno e influyen en las economías de los países. ⁽²⁾

Actualmente los países desarrollados tienen el control de la ciencia y la técnica en el mundo, pues los países del tercer mundo que son el 75 por ciento de la población mundial sólo tienen el 15 por ciento de la misma. ⁽³⁾

La medicina ha sufrido un proceso en su historia y luego de los lógicos entusiasmos ocasionados por los adelantos de laboratorios, el descubrimiento de las llamadas drogas milagrosas y el extraordinario arsenal terapéutico actual, vuelve en busca de sus valores permanentes. ⁽⁴⁾

Es así que amalgamados todos estos adelantos encaramos al sujeto enfermo como un ser total buscando ávidamente la relación del soma y la psiquis y resurge así en estos últimos años con toda la fuerza de la verdad, el empleo de la medicina natural y tradicional. ⁽⁵⁾

Asumida como ciencia constituida, la Medicina Natural y Tradicional que promueve los mecanismos de defensa naturales del cuerpo humano, ha sido aplicada desde la antigüedad hasta los días con gran interés y se ha demostrado en la práctica diaria que sus modalidades son excelentes métodos terapéuticos en la solución de muchos problemas de salud.

Es el conjunto de todos los medicamentos y prácticas sean susceptibles de explicación o no, utilizadas para prevenir, diagnosticar y eliminar los desequilibrios físicos, mentales y sociales; que se basan exclusivamente en la experiencia y observación práctica transmitida de generación en generación,

oralmente y por escrito. También puede considerarse como una amalgama de práctica médica activa y experiencia asistencial. ⁽⁶⁾

La medicina tradicional y natural constituye el patrimonio cultural de cada país y desde mucho antes del desarrollo de la medicina actual ; constituye una especialidad médica en Cuba, y tiene como misión integrar los métodos terapéuticos de las medicinas tradicionales de varios países, y otras terapias naturales, con la medicina académica que históricamente se imparte en las universidades; bajo una rigurosa selección que tiene en cuenta la eficacia, seguridad y costo, determinados con el método científico. ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Medicina Natural y Tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

Consideraciones de la OMS sobre la Medicina Natural y Tradicional.

1. Considera que el 80% de los más de 4000 millones de personas a nivel mundial tienen confianza en esta medicina para sus necesidades de salud.
2. Plantea que existen 119 sustancias químicas vegetales, obtenidas de 91 especies, que son fármacos en diferentes países y corresponden a 62 categorías farmacéuticas.
3. Hace referencia a que la preferencia al uso de las plantas medicinales dentro de la Medicina Natural y Tradicional se ha tratado de explicar por diferentes razones, como: rechazo a tratamientos modernos cuando el pronóstico es desfavorable, experiencia exitosa previa del paciente, amigos y familiares de tratamiento con plantas medicinales y deficiencias de la medicina académica. ⁽⁴⁾

Hoy día, la Medicina Natural y Tradicional desempeña un papel activo en la asistencia médica y la protección de la salud de las personas; con el desarrollo de la medicina moderna, la humanidad ha logrado un rápido avance en el control de las enfermedades. Sin embargo, la Medicina Natural y Tradicional ha de desempeñar un importante papel para ayudarnos a enfrentar el desafío del siglo XXI. ⁽⁷⁾

La OMS considera la Medicina Natural y Tradicional como una parte del

desarrollo de la salud pública y estimula la armonía mantenida entre las medicinas tradicionales y modernas para satisfacer las necesidades de la población. Estamos conscientes de lo valioso de su empleo en el transcurso del nuevo siglo, por su origen, enraizado en la sabiduría antigua y confirmada hoy por la medicina moderna. ⁽⁸⁾

Desde hace algún tiempo las personas están empezando a reconocer la efectividad de la manera en que la medicina natural enfoca la salud, combinando la mente y el cuerpo, la ciencia y la experiencia y los métodos tradicionales y transculturales de diagnóstico y tratamiento. ⁽⁹⁾

Estudios recientes en varios países desarrollados revelan que una tercera parte de los encuestados habían elegido la Medicina Natural y Tradicional en lugar de los métodos convencionales.

Los conceptos básicos de la Medicina Natural y Tradicional no son nuevos. Representan el regreso a los principios que han sido parte de la manera en que los humanos hemos entendido la salud y la enfermedad durante miles de años. A través de los siglos, la sabiduría médica evolucionó dentro de un marco que vinculaba la salud a un estado de armonía o equilibrio y tomaba en cuenta los factores que contribuían a ambos. ⁽¹⁰⁾

Se han señalado diversos agentes etiológicos de la estomatitis subprótesis. Inicialmente fueron consideradas como alergias a los materiales de base de las prótesis. Los mismos autores que lo plantearon posteriormente consideraron como causa fundamental los traumatismos ocasionados por las prótesis desajustadas. La infección causada por la *Cándida Albicans* ha sido particularmente objeto de muchos estudios, y a pesar de ello aún no está convenientemente aclarado su papel. ⁽¹¹⁾

A pesar de las diferentes opciones terapéuticas que se pueden aplicar en esta enfermedad, existen limitantes para un tratamiento adecuado de la misma, hay diferentes factores que influyen en esto, entre los que se mencionan los que afectan los servicios de prótesis estomatológica, los que han influido directamente en el paciente y en los servicios de farmacia, estos han determinado el fundamento teórico de la investigación. En la parte que le compete al paciente, los problemas estéticos, masticatorios y de fonación que trae consigo la retirada de la prótesis, sin la posibilidad de ser rehabilitado una vez concluido su tratamiento, aspecto por lo que el paciente muestra resistencia

a la retirada de las mismas, así como la presencia de gérmenes oportunistas, específicamente la *Cándida* asociada a una higiene bucal deficiente.

En cuanto a las farmacias, influye el déficit de medicamentos y por otra parte lo relacionado a los laboratorios de Prótesis Estomatológica, los cuales no cuentan con los recursos disponibles para la confección de la aparatología protésica con la calidad requerida., pues no se realizan asignaciones que puedan suplir las necesidades de la población incluso ni la de todos los pacientes incluido en el Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal (PDCB), los que una vez operados, no se les puede garantizar su rehabilitación protésica. Se destaca el déficit de acrílico en líquido, quedando un exceso de polvo que por la carencia de recursos es utilizado con otros líquidos de diferentes fabricantes, sin tener en cuenta que cada productor confecciona el polvo específico para ese líquido, para ser utilizado como un binomio.

Por otro lado el deficiente termocurado de las prótesis, proceso que se ve afectado a causa de la interrupción del servicio eléctrico sin previa planificación, por lo que independientemente de los cuidados que tienen los existiendo por tanto una influencia negativa, por ser violaciones de los principios de producción, que pueden traer consecuencias desfavorables como la aparición de la estomatitis subprótesis en pacientes con poco tiempo de confeccionada la prótesis; todo esto explica la elevada necesidad de rehabilitación protésica. ⁽¹²⁾

En investigaciones realizadas para determinar la prevalencia de la afección en países con atención estomatológica de gran desarrollo tecnológico como Brasil, Japón, Bélgica, Finlandia e Inglaterra los reportes estuvieron entre 40 y 60% ^(8,13). En Cuba se han realizado estudios epidemiológicos con este fin, reportándose una prevalencia de 46,84%, cifra que coincide con los valores informados en los artículos especializados más relevantes. ^(14,)

La Manzanilla es una planta medicinal cuyo nombre científico es *Matricaria Recutita* L: dentro de sus propiedades tenemos:

- Antiinflamatorio.
- Anti fúngico,
- Anti infeccioso,
- Antiséptica

- Sedante.

La Manzanilla en su estado natural es de uso común para muchas personas, en esta investigación se estudió en relación con el tratamiento de la estomatitis subprótesis. ⁽⁸⁾

Este tipo de medicina es aplicado en actualidad en el tratamiento de múltiples afecciones del complejo bucal, la estomatitis subprotésica es una de ellas.

La estomatitis subprótesis es una de las alteraciones más frecuentes del paladar duro que padecen los pacientes portadores de prótesis mucosoportadas. Es el término más empleado para designar una lesión de diferentes grados clínicos. ⁽¹²⁾

En general se observa por debajo de las prótesis superiores. Es necesario distinguirlas de las erosiones y ulceraciones provocadas por los frotos y presiones localmente exageradas de aparatos protésicos insuficientemente adaptados. Ellas se extienden por debajo de la totalidad de la placa protésica, en la superficie de contacto fibromucosa. ⁽¹³⁾.

Teniendo en cuenta los resultados de investigaciones anteriores y que, en muchos de los casos, aunque se han obtenido buenas evoluciones no han logrado disminuir la alta prevalencia de estomatitis subprótesis y para poder lograr una recuperación integral de la salud de los pacientes y que se incorporen a una vida plena en el ámbito personal, familiar, laboral y social se decide iniciar esta investigación.

En la clínica estomatológica del municipio Primero De Enero hay una alta prevalencia de pacientes con ES a la institución acuden un total de 180 pacientes afectados por dicha patología de ellos se tomó una muestra de 90 pacientes que al tratamiento convencional con nistatina tubo un periodo de recuperación de la lesión fue muy lento entre 11 y 15 días y otros que no obtuvieron el medicamento para dicho tratamiento por lo que se decide utilizar la manzanilla en su estado natural.

Ante esta problemática se precisa el siguiente **problema científico**: ¿Cómo disminuir el tiempo de curación de la lesión en pacientes con ES?

Como **hipótesis científica** se acota: Si se evalúa la manzanilla en su estado natural como tratamiento alternativo para los pacientes con diagnóstico de ES, entonces es posible disminuir el tiempo de curación de la lesión.

Esta investigación tiene como **objeto de estudio** la estomatitis subprótesis.

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 Primero de Enero.

Para la investigación se definieron los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Evaluar la Manzanilla en su estado natural en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente del municipio Primero de Enero, en el período comprendido entre octubre 2015 a mayo 2017.

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 Aplicar la manzanilla en su estado natural según grado clínico de la Estomatitis Subprótesis.
- 3 Identificar la presencia de reacciones adversas al aplicarse Manzanilla en su estado natural.

MARCO TEÓRICO

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%. (15-20).

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. (15,19,21). 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. (15,22,23).

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. (27)

En algunas ocasiones en pacientes con inestabilidad psíquica y tendencia a posiciones hipocondríacas el motivo fundamental de consulta puede ser la "cancerofobia". (25).

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 Subprotésis. Esta denominación intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética. ⁽²⁴⁾.

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. ^(15, 16, 25, 26).

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. ⁽²⁵⁾

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: ^(15-21,27-29)

Grado I: Signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden

aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeño 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 papilares 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. ^(30,31)

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, basilares, filamentosas y fúngicas, esencialmente la "Cándida 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 la resina sintética) 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 subprótesis 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. (15-21,27,-29)

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. (21, 23,29)

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. (20,22,23-30)

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. (26-24)

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. (26-32, 33)

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. (26,32, 33)

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 candidiasis 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. (33-35)

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. (32-36)

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. (17, 33)

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. (17-19, 22,27, 28)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental del tipo pre experimental para evaluar la efectividad del uso la Manzanilla en su estado natural en pacientes con Estomatitis Subprótesis atendidos en la clínica estomatológica del municipio Primero de Enero. El estudio se llevó a cabo desde octubre del 2015 a mayo 2017.

El **universo** estuvo constituido por 180 pacientes con diagnóstico clínico de la Estomatitis Subprótesis atendida en la Clínica Estomatológica Docente del municipio Primero de Enero, en el período comprendido entre octubre del 2015 y mayo del 2017. La **muestra** quedo conformada por 90 pacientes, seleccionado mediante un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple y que respondieron a los siguientes criterios:

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 de tratamiento.

Para la investigación se tuvo en cuenta los siguientes **métodos científicos**:

Del nivel teórico:

- **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.

Del nivel empírico:

- **Revisión de documento** con el objetivo de identificar en las historias clínicas estomatológicas con una buena anamnesis recopilar datos para saber el motivo de la ES. (anexo 2)
- **Método clínico** con el objetivo de alcanzar resultados en el menor tiempo posible. (anexo 3)
- La **observación** para determinar la evolución de los pacientes después de implementado la manzanilla en su estado natural.

Como **método estadístico** se empleó la estadística descriptiva mediante el cálculo porcentual representado en tablas.

Principales variables

Variable independiente: Manzanilla en su estado natural.

Manzanilla en estado natural: La manzanilla común es una hierba perenne, de tallo procumbente de hasta 26 cm de largo, glabro o suavemente pubescente. Forma matas densas. Presenta hojas sésiles, alternas, bi- o tripinnatilobuladas, finamente divididas, con los folíolos lineares. En posición terminal presenta en verano una inflorescencia en forma de capítulo paniculado. Los floras radiales son unos 20, con la lígula blanca, mientras que los del disco son numerosos, hermafroditas, con la corola amarilla, las puntas de las anteras ovadas y el extremo del estilo trunco. La cabeza floral no supera 1 cm de diámetro. Los frutos son aquenios cilíndricos, de más o menos 1 mm de diámetro, algo mayores los radiales. La polinización la realizan himenópteros, pero la planta es capaz de autopolinizarse. ⁽²²⁾

Variable dependiente: Disminución de la prevalencia de ES.

1. **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:
 - 1.1 Menor de 19 años.
 - 1.2 De 19 a 34 años.
 - 1.3 De 35 – 59 años.
 - 1.4 De 60 y más.
2. **Sexo:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideró según características sexuales primarias y secundarias. Sexo biológico.
 - 2.1 Masculino.
 - 2.2 Femenino.
3. **Grado clínico de la enfermedad:** Variable cualitativa ordinal medida en grados teniendo en cuenta la clasificación de Newton.
 - 3.1 Grado I: Presencia de puntos de hiperemia.
 - 3.2 Grado II: Presencia de eritema difuso.
 - 3.3 Grado III: Inflamación granular o inflamación papilar.
4. **Hábitos de higiene y uso de la prótesis:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideró evaluándose los siguientes criterios:
 - 4.1 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.
 - 4.2 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.
5. **Síntomas presentes:** Cualitativa nominal politómica. Se tuvieron en cuenta aquellos síntomas subjetivos presentes en el momento del diagnóstico y referidos por el paciente. Estimar los siguientes criterios: (15, 16, 22, 29).

- Ardor	- Calor	- Halitosis (mal olor)	- Asintomático
- Dolor	- Prurito (picazón)	- Sensación de	
- Edema	- Sabor metálico	- Sequedad bucal	
6. **Tiempo necesario para lograr la efectividad del tratamiento aplicado de acuerdo al grado clínico de la enfermedad:**

6.1. Tiempo para un tratamiento. efectivo

6.2. Tratamiento no efectivo

7. Utilidad de la Manzanilla según el grado clínico de la lesión:

7.1. Bien

7.2. Regular

7.3. Mal

8. Reacciones adversas al tratamiento con Manzanilla:

8.1. sin reacción

8.2 Con reacción

ASPECTOS ETICOS:

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 los pacientes con ES del Policlínico Universitario de Primero de Enero en el periodo de octubre 2016 a mayo del 2017 según edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
De 19 a 34 años	5	5,5	8	8,8	13	14,4
De 35 a 59 años	15	16,6	8	8,8	23	25,5
De 60 y más	36	40	18	20	54	60
Total	56	62,2	34	37,7	90	100

Fuente: Cuestionario de datos primarios.

En la tabla se aprecia que más de la mitad de la muestra afectada por Estomatitis Subprótesis, un 62.2%, pertenece al sexo femenino, mientras que el 37.7% 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 las lesiones 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 psicosomáticas 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. (16, 37, 38)

Los resultados encontrados en el presente estudio son muy semejantes a los obtenidos por el Dr. Rivero Duarte O en investigaciones realizadas en el Municipio de Bolivia quien encontró un mayor porcentaje de afección por E.S en el sexo femenino, con un 62,7%, 37,3% respectivamente. (39).

Tabla 2. Grado clínico de la enfermedad.

Grado Clínico	No	%
Grado I	66	73,3
Grado II	24	26,6
Total	90	100

En la tabla se aprecia que el 73,3 % de los pacientes presentaban una Estomatitis Subprótesis grado I y un 26,6 % 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 con ES 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%). En correspondencia con los resultados alcanzados por el Dr. Rivero Duarte O. difieren al el tener mayor prevalencia de la ES grado II con un porcentaje del 57,6% con un total de 34 pacientes afectados. ⁽³⁹⁾.

Tabla 3. Hábitos de higiene y uso de la prótesis

Hábitos	No	%
Adecuados	23	25,5
Inadecuados	67	74,4
Total	90	100

En la tabla se puede apreciar como el 74,4% de la población estudiada presentó hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis solamente 23 pacientes para un 25,5 % 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 ,25 refirieron sólo lavarse con agua y enjuagarse la boca, explicando este proceder por la ausencia de dientes, y 15 pacientes refirieron el uso de cloro, ceniza y algún blanqueador 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 (75 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. ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾

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. ⁽⁴⁰⁻⁴²⁾

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. ^(41, 43)

Coincidiendo con los resultados de esta investigación referente a los pacientes encuestados con E.S según higiene de las prótesis realizado en el municipio de Bolivia por el Dr. Rivero Duarte O. ⁽³⁹⁾

Tabla 4. Síntomas presentes de Estomatitis Subprótesis

Síntomas de Estomatitis Subprótesis	No	% (n =90)
Inflamación	9	10
Dolor	15	16,6
Ardor	12	13,3
Sensación de quemazón	20	22,2
Asintomático	34	37,7

En la tabla se aprecia como en el 37,7% 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 20 pacientes para un 22,2% seguido en orden decreciente de frecuencia por el dolor (16,6%), el ardor (13,3%) y la inflamación con un 10%.

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. (16, 17, 32, 38, 40) 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 el 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 ⁽²⁸⁾.

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	
	No	%	No	%
De 3 -5 días	6	18,1	4	7
De 6-10 días	18	54,5	17	29,8
De 11-15 días	6	18,1	31	54,3
Tratamiento no efectivo	3	9,1	5	8,7
Total	33	100.0	57	100.0

En la tabla se puede observar que en ambos grados a medida que aumentó la gravedad de la Estomatitis Subprótesis aumentó el tiempo de tratamiento necesario para la resolución de las lesiones. El 18,1 % de los pacientes con ES grado I donde se indicó la Manzanilla curaron entre 3 y 5 días después de iniciado el tratamiento y el resto un 54,5% entre 6-10 días, después de comenzar con la retirada e higienización de la prótesis, el 18,1 % de los pacientes con ES grado I eliminan todos sus síntomas entre 11-15 días después del diagnóstico, además un 9,1% 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 11-15 días con un 54,3%, no obstante, un 7,0 % de los pacientes tratados con manzanilla eliminaron sus síntomas entre 3-5 días y sólo el 29,8% necesitó extender el tratamiento de 6-10 días. Se le cambió de tratamiento después del periodo estipulado para lograr su curación. Se lograron diferencias estadísticamente significativas.

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	21	65,6	35	60,3
Regular	10	31,2	20	34,4
Mal	1	3,1	3	5,1
Total	32	100	58	100

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 65,6% de los pacientes con ES grado I y en el 60,3% de los del grado II y de regular en el 31,2% del grado I y en el 34,4 de los de grado II, también obtuvimos 3,1% en el grado II de mal y 5,1% del grado II, por no cumplir lo establecido a la hora del tratamiento.

El autor 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. ⁽⁹⁾

Tabla 7. Reacciones adversas al tratamiento con Manzanilla.

Reacciones adversas	No	%
Sin reacción	90	100,00
Con reacción	—	—
Total	90	100,00

En la tabla se aprecia que ningún paciente presentó reacciones adversas a la manzanilla, resultados que coinciden con la bibliografía consultada. ^{(9, 29, 31, 45).}

Estudios realizados por períodos de varios años de experiencia, han demostrado que la Manzanilla es una planta que se usa en diferentes procedimientos estomatológicos, aspecto al que se suma la experiencia de los autores del trabajo en otras investigaciones realizadas. ⁽³⁰⁻⁴⁴⁾

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. ^{(9).}

CONCLUSIONES

En el estudio se encontró una incidencia de E.S con un predominio del grado I de la enfermedad, del sexo femenino y del grupo de edad de 60 años y más. En su mayoría los pacientes presentaban hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis y acudieron de manera asintomática al Servicio, siendo la sensación de quemazón el síntoma referido con más frecuencia. Los pacientes diagnosticados con ES grado I donde se aplicó la manzanilla asociada a la retirada de la prótesis todos los pacientes curaron sus lesiones. Los pacientes afectados con grado I necesitaron menos tiempo para curar su lesión, aunque en el grado I éste se logró más rápido que en el II, donde no en todos los casos logró ser efectivo. La manzanilla en su estado natural resultó ser útil en la mayoría de los pacientes donde se aplicó, sin reportarse reacciones adversas con su uso. Se obtuvieron estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES

Introducir y generalizar el uso de la manzanilla en su estado natural en pacientes con ES en la localidad de Bolivia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Díaz Gisbert L. Ciencia, tecnología y desarrollo económico en América Latina. Disponible en: <http://www.ucf.edu.cu/publicaciones/anuario2002/NTCI/articulo3.pdf>. (20/12/06)
2. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Editorial Felix Varela, La Habana; 2012.
3. Núñez Jover J. Ciencia, tecnología y sociedad. Editorial Felix Varela, La Habana; 2014.
4. Organización de estados iberoamericanos para la educación, la ciencia y la cultura. Disponible en: <http://www.campus-oci.org/catedractsi/presentación.htm>. (20/12/10)
5. Colectivo de autores. Problemas sociales de la ciencia y la tecnología. Editorial Félix Varela, La Habana; 2012.
6. Moreira E, Bernal A, Vélez J, Lesa J. Estomatitis subprótesis: Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. Rev Cubana Estomatol 1989; 26 (1-2):71-80.
7. DA, Joshi A, Jones JA Kador T. Comparison of different treatment Macus methods for localized and generalized simple denture stomatitis. J. Oral Rehabil 2009; 22(5): 365-9.
8. Akerele O. Lo mejor de ambos mundos: Actualización de la Medicina Tradicional. Ginebra, Suiza: OMS; 2015
9. 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.
10. Pérez Suárez M. Gel de Propóleos en el tratamiento de la estomatitis subprótesis según grados clínicos (TTM, 2005).
11. Moreira E, Bernal A, Prado MC, Catalá F. Asociación entre el grado clínico de la estomatitis subprótesis y las alteraciones del epitelio de la mucosa palatina. Rev Cubana Estomatol 2010; 29(2):75-80.
12. Barbachán JD, Rados PV, Sant Ana M, Domínguez M. Clinical study of denture stomatitis. Rev Fac Odontol Porto Alegre 2009; 36 (1): 27-31.
13. Dorey I. Oral mucosal disorders in denture wearers. J Prosth Dent 2010; 53(2):210- 3.
14. Burton Golberg. Medicina Alternativa. California: Future Medicine Publishing; 1999.
15. 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>.
16. 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>.
 17. 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>.
 18. 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>.
 19. CampsMullines I, Corona Carpio MH, Medina Maglue 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>
 20. 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>.
 21. 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.
 22. 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.

23. 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.
24. 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.
25. 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
26. 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>.
27. 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>.
28. 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.
29. 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.
30. 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
31. Martínez Abreu, Judit, T. Weisser, Mark. Seguridad durante el

tratamiento con ozono en el consultorio dental, [citada: 13 de agosto de 2013], Matanzas, Cuba.

32. Moreira Díaz EE. La estomatitis subprótesis. ¿Qué es y cómo prevenirla? Copyright (c) 2011, Disponible en: dentistaenlared@gmail.com.
33. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2006. p. 76-159.
34. 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>.
35. 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.actaodontológica.com/40-3-2002/41.asp>.
36. Estomatitis sub-prótesis [Biblioteca virtual en línea] www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/.pdf [consulta: 15 noviembre 2012].
37. 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>.
38. 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/web hosting. htm>.
39. Tratamiento de las Estomatitis Subprótesis con Manzanilla en estado natural. Dr. Omar Antonio Rivero Duarte.
40. 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>.
41. 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.

42. 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. *Oral Microbiol Immunol*. [Internet]. 2008 Oct [Citado 1 de enero de 2012]; 23(5): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18793360>.
43. 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; 2014.
44. 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=S1025-02552008000300005.
45. 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.

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 mí 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 3: HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

Datos generales del paciente

MOD. 4702-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA	FECHA:
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGICA			No. DE LA H. CLINICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.		
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE:	
DIRECCION:			
EDAD:	SEXO: MASC. () FEM. ()	ESCOLARIDAD:	

MOTIVO DE CONSULTA:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PATOLOGICOS (Personal-Familiar) hemorrágicos reac- ción a Medicamentos	

HÁBITO

HABITOS	
Succión Lengua	
Proctátil. Cepillado	
Bruxismo, Tabaquismo	
Café, Alcohol y otros	

EXAMEN BUCAL

EXAMEN BUCAL (Señalar Afectaciones)	

EXAMEN FÍSICO GENERAL

EXAMEN FISICO General (Piel y Mucosas. Hábito Externo)	

DENTIGRAMA

DENTIGRAMA																																			
												SUPERIOR																							
												LABIAL																							
18 17 16			15 14			13 12 11			21 22 23			24 25			26 27 28																				
55 54			53 52 51			61 62 63			64 65																										
												LINGUAL																							
DERECHO																								IZQUIERDO											
			85 84			83 82 81			71 72 73			74 75																							
48 47 46			45 44			43 42 41			31 32 33			34 35			36 37 38																				
												LABIAL																							
												INFERIOR																							

DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO:

EVOLUCIÓN

D	M	A	EVOLUCION	ESTOMATOLOGO

Anexo 3: 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 _____
 - De 19 a 34 años _____
 - De 35 a 59 años _____
 - De 60 años 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** _____