

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA.**

**EFFECTIVIDAD DEL OLEOZÓN® ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS.**

AUTORA: DRA. DAYANA BARÓ CERVANTES.

2020

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE COMUNITARIO
“RAÚL ORTIZ”**

**EFFECTIVIDAD DEL OLEOZÓN® ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA
ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS.**

**(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología
General Integral).**

Autora: Dra. Dayana Baró Cervantes.

Residente de Estomatología General Integral.

Tutora: Dra. Mercedes Ávila García.

**Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y
Ortodoncia.**

Profesor Asistente.

Asesora: Dra. Olga Liz Fernández González.

**Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral y
Prótesis Estomatológica.**

Máster en Medicina Bioenergética y Natural.

Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

2020

PENSAMIENTO

**...Quien se alimente de ideas jóvenes vive siempre...
José Martí.**

DEDICATORIA

A mi madre Marilyn Cervantes que ha estado conmigo en todo lo largo de este camino de formación profesional, dándome el máximo del apoyo para poder lograr cada objetivo que me he propuesto hasta el momento.

A mi hermano Hiannys que ha sido mi fuerza y cuando me he sentido agotada él ha estado dándome ese apoyo incondicional.

•

AGRADECIMIENTOS

- Me gustaría agradecer de forma especial a mi amiga y asesora la Dra. Olga Liz Fernández por brindarme la oportunidad de recurrir a su experiencia científica y profesional, por su amistad, por su apoyo incondicional y por motivarme con su ejemplo a ser cada día mejor persona, estudiante y profesional.
- A mi tutora la Dra. Mercedes Ávila por ser ejemplo de profesional, entrega y dedicación
- A mi asistente Daysi Franco por su apoyo en cada una de las facetas durante mi carrera.
- En fin, a todas las personas que de una forma u otra colaboraron para la realización de esta investigación.

Muchas gracias:

DAYANA.

ÍNDICE

	Páginas
I – INTRODUCCIÓN	1
II – MARCO TEÓRICO	5
III – MATERIALES Y MÉTODO	14
IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
V – CONCLUSIONES	38
VI – RECOMENDACIONES	39
VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII – ANEXOS	

RESUMEN.

Se realizó un estudio experimental controlado y aleatorizado para evaluar la efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis (ES) en el Servicio de Estomatología del Policlínico “Raul Ortiz”, de Ciro Redondo entre el 1o de mayo 2018 y 31 de Diciembre del 2019. El universo estuvo constituido por los 169 pacientes con diagnóstico clínico de E.S en cualquiera de sus estados atendidos por primera vez en el Departamento de Prótesis del Servicio de Estomatología del Policlínico “Raul Ortiz”, en el período de tiempo antes mencionado. Quedando conformada la muestra por 64 pacientes que cumplieron además los criterios preestablecidos para el estudio. En ambos grupos de tratamiento, indistintamente al grado de la enfermedad, todos los pacientes curaron, no obstante el uso del Oleozón® oral minimizó el tiempo de curación con respecto al tratamiento convencional. El tratamiento con este producto resultó evaluado de manera general de efectivo por resultar de manera individual altamente efectivo en el 80% de los pacientes donde se aplicó. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento.

Palabras Clave: ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS/tratamiento OLEOZON, OZONO, OZONOTERAPIA.

I INTRODUCCIÓN.

Charles Chaplin afirmó "Una sonrisa cuesta poco y produce mucho. No empobrece a quien la da y enriquece a quien la recibe, dura un instante y perdura en el recuerdo eternamente." Sin embargo una sonrisa sin dientes no puede expresar alegría ni dejar un grato recuerdo en la memoria de quienes la perciben. Es entonces cuando la Estomatología, comienza a jugar su papel como ciencia, como la noble profesión que ayuda a tener esa sonrisa, previniendo, curando y/o rehabilitando.⁽¹⁾

La Prótesis Estomatológica brinda la oportunidad de sustituir por dientes artificiales los valiosos dientes naturales perdidos. Una rehabilitación estomatognática satisfactoria se vincula directamente a la calidad de vida de los pacientes ya que además de restablecer las necesidades propias de la masticación permite una correcta fonación y estética facial lo que facilita una mejor integración del individuo como unidad bio-sico-social. Sin embargo la instalación de cualquier tipo de prótesis estomatológica produce cambios en el medio bucal que lo obligan a reaccionar para adaptarse a la nueva situación, en dependencia de las características de las prótesis, del medio y la capacidad de reaccionar de cada organismo; así por ejemplo, en un paciente puede ocasionar cambios adaptativos, mientras que en otros provoca modificaciones no fisiológicas, como la Estomatitis Subprótesis (ES), que es la afección más frecuentes en la mucosa bucal asociada al uso de prótesis dentales mucosoportadas.⁽²⁻⁶⁾

La ES es un proceso inflamatorio de la mucosa bucal relacionado con prótesis removibles y cuyos parámetros fundamentales son el eritema y la inflamación de la mucosa. Esta lesión tiene causa multifactorial y ha sido asociada con la presencia de *Cándida albicans* y otros microorganismos bucales.⁽²⁻⁸⁾

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 transita clínicamente la mucosa inflamada, variando la gravedad inflamatoria e incorporando cambios

fibroproliferativos en caso de que la enfermedad no sea interceptada precozmente.^(3-5, 8, 9)

La alta prevalencia de esta afección llama la atención y obliga a los profesionales involucrados a estudiar y proponer soluciones. La prevalencia informada de esta enfermedad es variada: en Dinamarca, entre 40 y 60 %; Chile, 53 %; Japón, 43 %; Brasil, 56 %; Finlandia, 52 % y Alemania un 70 %. En Cuba, según Casado, llega a alcanzar cifras de hasta un 47% e implica, en su terapia, el retiro de la prótesis, lo que provoca afectación de las funciones normales como la masticación, la fonación y la estética.⁽⁸⁾

En Ciego de Ávila estudios recientes realizados en la Clínica Docente Luís Páez Alfonso (2017) y en los municipios Ciro Redondo (2014) y Venezuela (2017) reportan cifras que oscilan entre 28,62% y un 35,47% ^(4,5,9,10)

Esta enfermedad es más común en pacientes con edades entre 45 y 60 años del sexo femenino. De manera habitual se localiza en el paladar duro de pacientes que utilizan prótesis mucosoportadas y aparece en la mandíbula en raras ocasiones. El tratamiento prescrito a través de los años ha sido la retirada de la prótesis y su higienización con lo cual se afectan la estética, la masticación y la fonética.⁽²⁻⁹⁾

La no utilización de la prótesis para eliminar las lesiones, trae consigo afectaciones estéticas y funcionales y casi siempre existe poca cooperación del paciente en este sentido, debido a que es necesario un período de descanso protésico, que se prolonga según el grado de las lesiones, y que interfiere en el desarrollo personal y social de las personas que la padecen, por lo que se hace necesario la búsqueda y utilización de otros tratamientos más inocuos y con resultados satisfactorios en un tiempo más breve.⁽²⁻⁹⁾

En la actualidad existen terapéuticas bioenergéticas y naturales que han revolucionado la odontología. Expertos sugieren el uso de productos naturales como el láser, fitofarmacos, apifarmacos y el ozono medicinal. El ozono tiene uso industrial

como precursor en la síntesis de algunos compuestos orgánicos, pero primero, como desinfectante depurador y purificador de aguas minerales. Su principal propiedad es que es un fuerte oxidante.⁽¹⁰⁻¹³⁾

El ozono medicinal es un compuesto de ozono y oxígeno puro que puede utilizarse como gas o unirse con agua y obtenerse agua ozonizada, con gran poder desinfectante o unirse a aceite y formar aceite ozonizado. El ozono utilizado en la práctica médica se utiliza unido a aceites vegetales como el de oliva. En Cuba se realizaron ensayos clínicos controlados que sustituyeron el aceite de oliva por el de girasol con resultados favorables. A esta unión se le denominó Oleozón® oral y se le atribuyen propiedades bactericidas, fungicidas, cicatrizantes, desinfectantes, esterilizantes, antiinflamatorias y analgésicas entre otras. El Oleozón® oral, además de sus ventajas económicas, ha pasado de manera satisfactoria las pruebas preclínicas de irritabilidad dérmica, oftálmicas y ensayos de mutagenicidad y teratogenicidad.⁽¹⁰⁻¹³⁾

En la provincia avileña se viene haciendo un seguimiento de esta patología desde el año 2012⁽²⁾ por constituir su presencia un indicador negativo de la atención estomatológica y constituir un factor de riesgo para el desencadenamiento de lesiones premalignas y malignas del complejo bucal e implementándose diferentes protocolos de tratamientos para la misma basados en el uso del láser, el aloe vera en estado natural, el romerillo y la ozonoterapia no obstante se continua en busca de la terapia más adecuada y aceptada por la población que la padece y que continúa asistiendo a los Servicio de Prótesis y de Estomatología General Integral de la provincia y del municipio Ciro Redondo con un cuadro clínico en mayor o menor severidad de ES y de manera asintomática.

En la bibliografía se describe el uso del Oleozón® oral en afecciones bucales como la E.S con buenos resultados clínicos.No obstante, aunque existen varias evidencias publicadas de su efecto antimicrobiano, cicatrizante y antifúngico los mismos son insuficientes.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ y hace que en municipios como Ciro Redondo no exista experiencia clínica del uso del mismo en Estomatología, a pesar de ser un producto

comercializado por la Red de Farmacias del país, factible de usar y al alcance de todos. Por todo lo anterior se hizo necesario en el Área de Salud el desarrollo de un protocolo de tratamiento para la E.S basado en el uso de este producto y su evaluación en el contexto estudiado bajo las condiciones imperantes del medio. De esta manera se abrió paso a esta investigación con la que se dio respuesta a la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Cuán efectivo será el Oleozón® oral en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis?.

Objetivos.

General: Evaluar la efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en pacientes atendidos en el Departamento de Prótesis del Servicio de Estomatología del Policlínico “Raúl Ortiz” de Ciro Redondo entre el 1o de mayo 2018 y 31 de Diciembre del 2019.

Específicos:

1- Caracterizar la población objeto de estudio según:

- Edad y sexo.
- Localización de las lesiones.
- Años de uso de la prótesis.
- Hábitos de higiene y uso de la prótesis.
- Presencia de síntomas subjetivos en el momento del diagnóstico.

2- Determinar según el grado clínico de la enfermedad y el esquema de tratamiento las siguientes variables:

- Evolución clínica del paciente.
- Tiempo necesario para lograr la curación.

3- Evaluar la efectividad individual y general del tratamiento con Oleozón® oral con respecto al tratamiento convencional.

HIPOTESIS: El Oleozón® oral es efectivo en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis, logrando la remisión total de los signos y síntomas de la enfermedad en un periodo de tiempo menor al logrado con el tratamiento convencional.

II-MARCO TEORICO

La mucosa de la vía aerodigestiva superior y en particular la mucosa de la cavidad oral, recubre las paredes de las cavidades y espacios anatómicos que conforman esa parte de la anatomía, tapizando tanto las estructuras blandas como los huesos maxilares, incluyendo los rebordes óseos que soportan los órganos dentarios (rebordes alveolares). Múltiples factores locales y sistémicos pueden afectar el epitelio de la mucosa aerodigestiva, en especial las mucosas orales, alterando sus características clínicas y microscópicas. Las enfermedades e incluso simples alteraciones que comprometen la mucosa oral y la oro-faringe son, por lo general, accesibles a la inspección visual directa y a la pesquisa en un examen de rutina.^(6,7)

El complejo biosicosocial de los pacientes portadores de prótesis dental se ve afectado con relativa frecuencia al dejar de constituir un estímulo para los tejidos de sostén y convertirse en una agresión física al medio bucal. Dentro de las afecciones de mayor prevalencia en los portadores de prótesis se encuentra la E.S, que comienza con una congestión en algunos puntos de la mucosa y se extiende hasta confluir; la congestión puede alcanzar toda la mucosa chapeada, y se describen tres grados según Newton:^{(3-5,8,9)*} **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.

Son múltiples los estudios realizados a nivel internacional y nacional que revelan el comportamiento de la enfermedad por la repercusión que tiene su presencia,

revelando cifras de incidencia entre un 11% y un 70%, y mayor afectación del sexo femenino y de la mucosa del maxilar superior 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. Esta entidad, de no ser eliminada en etapas premonitorias, evoluciona hacia estadios de mayor agresividad, incluso llega a considerarse una lesión premaligna.⁽²⁻⁹⁾

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, constituido especialmente en base a formas cocáceas, basillares, filamentosas y fúngicas esenciales como la “Candida Albicans”.^(2-8,16,-20)

Asimismo, aunque la alergia producida por los acrílicos en la mucosa bucal 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.^(2-8,16,-20)

En su inicio se caracteriza por un cuadro asintomático con modificaciones estructurales mínimas que no alertan al individuo afectado, pero la experiencia indica que el fenómeno de transformación neoplásica está precedido habitualmente por una alteración preliminar, sometido a un estado de alarma constante.⁽³⁻⁹⁾

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, 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 necesaria la higienización de las prótesis y la desinfección siempre que sea posible con agentes antioxidantes (clorhexidina)., así como la utilización de enjuagatorios bucales y una terapia con antifúngicos o antimicrobianos si es necesaria.^(9,18-20)

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 E.S 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 ^(14-17, 21-24)

El Anfotericina B es también 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.^(3,4)

Últimamente un nuevo campo terapéutico se abre paso en el mundo contemporáneo tomando un auge cada vez mayor en casi todo el mundo, la Medicina Bioenergética y Natural o “Medicina Natural y Tradicional” (MNT) denominada también como alternativa, complementaria, energética y naturalista, la cual ha ido poco a poco ocupando un lugar significativo entre profesionales de la salud y población en general como una “nueva” forma de entender y tratar de solucionar los problemas de salud de la humanidad. Además de constituir 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.⁽²⁻⁴⁾

La Medicina Bioenergética y Naturales es considerada por algunos autores y de lo que toma parte el autor del presente trabajo, ante todo y en un sentido más amplio, como una de las aristas de la concepción del mundo, un principio filosófico holista para comprender y analizar al hombre de manera general a partir del binomio salud-enfermedad. En un sentido más estrecho y profesional se considera que la Medicina Natural y Tradicional es una alternativa médica de carácter holista que tomando principios naturales y culturales como basamento, analiza el binomio salud-enfermedad partiendo del hombre como un todo (ente biológico, psíquico y social) en sus múltiples interrelaciones y no de la enfermedad como fenómeno, lo cual expresa su carácter predominantemente preventivo. La misma está constituida por un conjunto de técnicas, métodos y procedimientos característicos de diferentes sistemas terapéuticos que se aplican en dependencia de las especificidades concretas de cada persona. Además de la prevención, tiene como objetivo el restablecimiento de la salud.^(2, 25,26)

Estudiosos de la E.S han utilizado tratamientos basados en diferentes modalidades de la MNT como la apiterapia (miel de abeja), la ozonoterapia , el láser con sus

propiedades analgésicas, y la fitoterapia (la sábila, la manzanilla, el romerillo) obteniendo resultados satisfactorios en un tiempo más breve y escasas reacciones adversas. (2,3,4,5,8,9,11,12,14,18,19,23)

OZONOTERAPIA.

Las terapias a base de oxígeno alteran la química del cuerpo para ayudar a superar las enfermedades, promover la reparación y mejorar la función general. Se ha encontrado que estas terapias son efectivas en el tratamiento de una gran variedad de patologías que incluyen las infecciones virales, micóticas, parasitarias y bacterianas.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Uno de los últimos aportes más notables en el campo de la medicina alternativa es el empleo del ozono como agente terapéutico. El ozono es una forma alotrópica del oxígeno presente en la atmósfera de modo natural. El mismo se encuentra en la naturaleza, en las zonas donde confluyen plantas y cascadas, así como en las regiones menos contaminadas. En los espacios más vírgenes del planeta se puede percibir el olor característico del ozono natural.⁽⁸⁾ Se ha producido artificialmente, a través de una descarga eléctrica en atmósfera de oxígeno, lo cual es de bajo costo y fácil de hacer.⁽⁴⁻⁶⁾ Se ha empleado como gas, combinado con agua (agua ozonizada) y con aceite (aceite ozonizado), cada modalidad con sus propiedades, algunas probadas, otras en estudio y otras por descubrir.⁽¹⁰⁻¹²⁾

La ozonoterapia es la aplicación del ozono al organismo humano, a través de técnicas especiales y con fines terapéuticos. La terapia con ozono se basa en la aplicación de un agente terapéutico bio-oxidativo versátil (Ozono), que se administra en forma gaseosa, disuelto en agua o en aceite para la obtención de beneficios terapéuticos en el paciente.⁽²⁹⁻³¹⁾

El descubrimiento de la ozonoterapia es atribuido al científico alemán Christian Friedrich Schönbein (1840) quien se considera el padre de la terapia de ozono. Posteriormente, en 1857 Joachim Hänsler y Hans Wolff, ambos físico y médicos alemanes, desarrollaron el primer generador de ozono para uso médico, dando paso

a la fundación del Instituto de Terapia de Oxígeno y Sanación en Berlín.⁽²⁸⁻³¹⁾ Sin embargo, los avances en el área odontológica fueron desconocidos hasta el año 1950, momento en el que el Dr. E. A. Fisch, dentista alemán, utilizó agua ozonizada para procedimientos odontológicos aplicándolo en el área de la cirugía dental, para efectos desinfectantes, como antiséptico previo a la cirugía, refuerzo de aporte de oxígeno en heridas quirúrgicas y para tratar canales endodónticos y alvéolos.⁽²⁹⁻³¹⁾ Actualmente el aceite ozonizado ha cobrado protagonismo en los servicios estomatológicos.^(10-13,16,19,27-34)

En Latinoamérica, Cuba ha sido pionero en esta área desarrollando en 1974 el Laboratorio de Ozono del Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC): comenzaron a realizar investigaciones fundamentales para la utilización del O₃ en el campo de la química y fueron el sustento científico para la aplicación de la ozonoterapia en el país. Así, en noviembre de 1986, se creó la primera sala experimental de ozonoterapia en el Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular (INACV), en colaboración con el Laboratorio de Ozono del CNIC, hoy Centro de Investigaciones del Ozono. Todo ello permite el tratamiento de varias enfermedades de importancia social con un enfoque clínico-investigativo muy estrechamente ligado a los trabajos experimentales de laboratorio, con resultados muy satisfactorios.⁽³¹⁾

Actualmente se considera que la ozonoterapia es: oxigenante, revitalizante, antioxidante, inmunomodulador, regenerador, estimulante de la circulación sanguínea, antálgico, anti-inflamatorio y germicida. Puede usarse en cualquiera de sus modalidades, teniendo en cuenta las individualidades del paciente y las dosis y concentraciones de ozono recomendadas en cada caso; siendo la modalidad más segura, el aceite ozonizado por su estabilidad.^(8-12,28-31)

El Oleozón® oral es un medicamento desarrollado en el Centro Cubano de Investigaciones del Ozono, a partir de la ozonización del aceite de girasol en condiciones adecuadas. Es un producto germicida, casi natural, de amplio espectro, que ha pasado satisfactoriamente pruebas toxicológicas, teratogénicas e histológicas

con resultados satisfactorios. Ha sido registrado nacionalmente para el tratamiento de la epidermofitosis y la giardiasis, muy efectivo contra procesos infecciosos producidos tanto por virus como por bacterias, parásitos y hongos. Aunque sus potentes propiedades germicidas, motivó la investigación de su acción en el tratamiento de diversos procesos sépticos locales, de infecciones dermatológicas, ginecológicas, oftalmológicas y estomatológicas.⁽²⁹⁾

El uso del ozono en odontología se basa en las diversas acciones que éste provoca en el organismo, de las cuales se pueden mencionar la inmunoestimulación, la analgesia, la antihipoxia y la desintoxicación antimicrobiana, bioenergética y estimulación de la biosíntesis por activación del metabolismo de carbohidratos, proteínas y lípidos.⁽³¹⁾ Asimismo, múltiples investigaciones demuestran como las propiedades del ozono lo hacen tener un gran valor para la terapia en estomatología.^(10-14,19,27-34)

Alba⁽¹⁰⁾ plantea que la importante acción en la oxigenación de los tejidos del ozono y su poder estimulante de la regeneración tisular; representa y explica su eficacia en el tratamiento de enfermedades infecciosas y de compromiso circulatorio, por lo que se considera que su aplicación tiene grandes posibilidades de ser beneficiosa en las enfermedades inflamatorias e infecciosas de la cavidad bucal.

Fernandez⁽³¹⁾ a través de la revisión de la literatura especializada afirma que por sus propiedades, principalmente su acción germicida estimulante de la regeneración tisular, su buena tolerancia, así como la ausencia de efectos secundarios en su empleo, el ozono ha sido aplicado en el tratamiento de varias patologías bucales con éxito.

En la actualidad la ozonoterapia se enmarca dentro del subgrupo de tratamientos biológicos, farmacológicos y antioxidantes, aplicados a diferentes tipos de enfermedades.^(1,25,28) No obstante Bermudez,⁽²⁰⁾ resalta la necesidad de explorar en qué condiciones se encuentra su conocimiento y uso, pues no siempre se hace una oportuna utilización de la misma por los profesionales, que aunque las conocen, no

están bien preparados en su aplicación, no las consideran en sus consultas y restan una posibilidad más de tratamiento para numerosas afecciones bucales.

Con esta perspectiva resulta importante que el amplio número de métodos, técnicas y procedimientos que abarca la Ozonoterapia, alcancen cada vez mayor desarrollo en el gremio odontológico y ocupen un lugar significativo en el arsenal terapéutico al servicio de los pacientes, en Estomatología.^(1,29-31)

A nivel mundial resulta cada vez mayor la incorporación de la Ozonoterapia al tratamiento de numerosas afecciones bucales como la ES, lo cual responde a la tendencia contemporánea existente en salud dirigida hacia las terapias naturales.^(29,30)

Oleozón y estomatitis Subprótesis.

El ozono es adecuado para el tratamiento de infecciones virales, bacterianas y fúngicas, gracias a su gran poder de oxidación y a su capacidad de estimular la circulación sanguínea y la respuesta inmune.⁽³¹⁾ Por su parte el Oleozón® oral es una mezcla de hidroxiperóxidos de triglicéridos insaturados, oxígeno activo, agua purificada y aceite de girasol que además de las anteriores propiedades se le reconocen además las acciones de ser activo contra hongos productores de micosis superficiales en humano así como un antimicrobiano activo contra *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus hemolítico* del grupo A y diferentes especies de bacilos Gram negativos, todos microbianos patógenos muy frecuentes en la E.S.

García⁽²²⁾ refiere que la aplicación diaria del Oleozón® tópico es efectiva para el tratamiento de la estomatitis subprótesis, en los grados I y II incluso en el grado III. Asimismo Alba⁽¹⁰⁾ reflexiona que los efectos bactericidas, virucidas y fungicidas del Oleozón® oral promueve una pronta recuperación epitelial, acelerando la cicatrización en conjunto con la disminución del dolor cuando aparece. Pero a pesar de esto, en la E.S no se puede considerar esta terapia por sí sola, sino como un complemento del tratamiento convencional para obtener mejores resultados clínicos.

Fernández⁽³¹⁾ plantea que la E.S es una manifestación de la acumulación de biofilm en la superficie de la prótesis y para prevenir su instalación indica utilizar exitosamente el Ozono para limpiar las prótesis. El autor manifiesta que el producto es eficaz contra varios microorganismos, sin comprometer las propiedades de la prótesis como la textura superficial o el peso, ya sea metálica o acrílica. Se sugiere realizar una aplicación tópica de aceite ozonizado sobre la superficie del tejido afectado y/o sobre la superficie de la prótesis. Además, la acción desinfectante del ozono también se puede utilizar para la mantención de la prótesis, aconsejando a los pacientes que remojen la prótesis en agua ozonizada durante al menos 10 minutos después de su limpieza mecánica y también antes de insertarlo en la boca.

La autora del presente estudio considera que la posibilidad de contar con un arsenal terapéutico amplio y novedoso, como lo es la ozonoterapia, permite al estomatólogo ofrecer a los pacientes diversas posibilidades y alternativas de tratamiento, resultando importante que el amplio número de métodos, técnicas y procedimientos que abarca esta terapia natural, alcancen cada vez mayor desarrollo en los Servicios Estomatológicos y ocupen un lugar significativo en el arsenal terapéutico al alcance, desarrollo y aplicación de los estomatólogos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental controlado y aleatorizado para evaluar la efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis en pacientes atendidos en el Departamento de Prótesis del Servicio de Estomatología del Policlínico “Raúl Ortiz” de Ciro Redondo entre el 1o de mayo 2018 y 31 de Diciembre del 2019.

El universo estuvo constituido por los 169 pacientes con diagnóstico clínico de E.S en cualquiera de sus estados^(2-9,19) atendidos por primera vez en el Departamento de Prótesis del Servicio de Estomatología del Policlínico “Raul Ortiz”, en el período de tiempo antes mencionado. Quedando conformada la muestra por 64 pacientes que cumplieron los criterios preestablecidos para el estudio:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que bajo consentimiento informado expresen su voluntariedad de participar en el estudio (Anexo1).
- Pacientes que tuvieran contraindicado la laserterapia o no podían cumplir con el protocolo de laser establecido para esta patología.⁽⁴⁾

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se les dificultó la asistencia a consultas establecidas.
- Paciente embarazada o lactando.
- Pacientes inmunodeprimidos o bajo tratamiento inmunosupresor.
- Pacientes con retraso mental.
- Pacientes con deficiencia de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (fabismo).
- Pacientes con antecedentes de infarto de miocardio reciente(6 meses antes).
- Pacientes hipertiroideos.
- Pacientes con Anemia.
- Pacientes con Miastenia grave.
- Pacientes con trastornos hematológicos.
- Pacientes alcohólicos.

Criterios de salida:

- Inasistencia a dos o más consultas.

- Pacientes que después de iniciar el tratamiento lo interrumpieron.
- Pacientes que al uso del Oleozón® oral presentaron alguna reacción alérgica al tratamiento aplicado.
- Pacientes que combinaron el tratamiento prescrito con otras formas de tratamiento.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente y a doble ciegas a los grupos experimental (A) y control (B), lo que implicó que todo individuo que participara en la investigación tuviera igual probabilidad de ser asignado a uno de los grupos. Este procedimiento permitió eliminar o atenuar el sesgo de selección de los sujetos.

Para lograr la asignación aleatoria de los sujetos se consideró, previo al inicio de la investigación, que ambos grupos fueran homogéneos en el número de elementos y que los pacientes a los que se le adjudicara un número par en la base de datos conformarían el grupo A (experimental) y el resto de los pacientes (números nones) conformarían el grupo B (control). La selección del valor asignado al grupo experimental se hizo a través de un Generador de Números Aleatorios, se escogió un valor entre 1 (nones) y 2 (pares) del cual resultó el 1.

Los datos para la investigación se tomaron de las Historias Clínicas Individuales del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz” y para la obtención de los mismos se emplearon el interrogatorio y el examen físico realizado a los pacientes en cada consulta, antes, durante y después del tratamiento en condiciones adecuadas de higiene e iluminación según lo establecido por las normas de trabajo y con ayuda del Set de Clasificación, ambos aspectos claramente reflejados en el mencionado documento médico legal.

A los pacientes del Grupo A se les prescribió el Oleozón® oral 3 veces al día por un periodo de 15 días. Se orientó aplicar el medicamento por toda la zona afectada con un aplicador estéril previo secado de la mucosa. La primera aplicación se realizó en el Departamento y se suministraron las cantidades de necesarias del medicamento así como los aplicadores estériles para su uso en el hogar por los pacientes. Además

se indicó retirada de la prótesis permitiendo sólo su uso para comer con una correcta higienización mecánica del aparato y la cavidad bucal, orientando aplicar Oleozón® oral sobre la superficie de la prótesis después de la limpieza y al menos 10 minutos antes de comer.^(10,31,32)

Los pacientes fueron evaluados al 3, 7,11 y 15 días posteriores al inicio del tratamiento para especificar la evolución de la enfermedad y determinar la remisión total de los signos y síntomas de la misma (paciente curado). Una vez curado el paciente, se inició de forma inmediata la rehabilitación protésica, manteniendo el protocolo de uso e higiene del aparato indicado. Terminado el número de sesiones propuestas, si el paciente no estuvo totalmente curado se le indicaron otros tipos de terapias hasta lograr su curación, de igual manera sucedió si apareció alguna reacción adversa o efectos secundarios.

A los pacientes del grupo B se les indicó solamente la retirada de la prótesis autorizando sólo su uso para comer con una correcta higienización mecánica de la prótesis y de la cavidad bucal. El control del tratamiento siguió el mismo ciclo de evaluación que los del grupo A.

Operacionalización de variables y definición de escalas.

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Edad	Cuantitativa discreta	Años de vida cumplidos hasta el inicio de la investigación.	Menor de 19 años 19-34 años 35 -59 años 60 y más	Número y porcentaje según grupo de edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Según características sexuales primarias y secundarias. Sexo biológico.	Masculino. Femenino.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Localización de las lesiones:	Cualitativa nominal politómica	Se consideró la localización de las lesiones teniendo en cuenta el maxilar	Maxilar superior Mandíbula Ambos	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

		afectado.		
Años de uso de la prótesis:	Cuantitativa discreta	Se consideró el periodo de tiempo existente entre el momento en que se realizó la instalación del aparato en uso y el diagnóstico de la patología.	5 años o menos Entre 6 y 10 años Entre 11 y 15 años Entre 16 y 20 años 21 años o más	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
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.	Adecuados Inadecuados	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Presencia de síntomas subjetivos en el momento del diagnóstico	Cualitativa nominal politómica	Se tuvo en cuenta la presencia o no de síntomas subjetivos en el momento del diagnóstico y referidos por el paciente	Sintomático Asintomático	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

		(2-9,17): Sintomático: paciente con presencia al menos de uno de los siguientes síntomas: ardor, dolor, edema, calor, prurito (picazón), sabor metálico, halitosis (mal olor), sensación de quemazón y/o sequedad bucal. Asintomático: no presenta ninguno de los síntomas anteriores.		
Grado clínico de la enfermedad:	Variable cualitativa ordinal	Se midió en grados teniendo en cuenta la clasificación de Newton (2-9,19-27)*.	Grado I Grado II Grado III	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Evolución clínica del paciente:	Variable cualitativa ordinal	Se evaluó al decimo sexto día de iniciado el tratamiento prescrito según el grupo, teniendo en cuenta los siguientes criterios según grado clínico de la enfermedad: Curado: Cuando hubo una remisión total de los síntomas de la enfermedad y desaparecieron los signos inflamatorios de la mucosa, adquiriendo ésta su aspecto normal. Mejorado: Se consideraron todos aquellos pacientes que al	Igual. Curado Mejorado Empeorado	Número , porcentaje y pruebas de significación estadística según grupo de tratamiento

		<p>decimosexto día mantenían aun síntomas de la enfermedad y/o signos inflamatorios de la mucosa pero con menor intensidad que en el momento del diagnóstico.</p> <p>Empeorado: Se consideraron todos aquellos pacientes que al decimosexto día habían intensificado los síntomas de la enfermedad, aparecieron nuevos síntomas y/o habían aumentado los signos inflamatorios de la mucosa o agravando su estado clínico inicial.</p> <p>Igual: Se consideraron todos aquellos pacientes que al decimosexto día mantenían los mismos síntomas de la enfermedad y signos inflamatorios de la mucosa que en el momento del diagnóstico.</p>		
Tiempo necesario para la curación del paciente.	Cuantitativa discreta	Se consideró el tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y la remisión total de los síntomas y signos inflamatorios de la mucosa, adquiriendo ésta su aspecto normal	<p>De 3-7 días de tratamiento.</p> <p>De 8-11 días de tratamiento.</p> <p>De 12-15-días de tratamiento.</p>	Número , porcentaje y pruebas de significación

		Paciente no curado: Todo paciente que al décimosexto día de iniciado el tratamiento mantenía signos y síntomas de la enfermedad	No curado	estadística según grupo de tratamiento
Efectividad individual del tratamiento	Variable cualitativa ordinal	Se evaluó teniendo en cuenta la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. se consideraron los siguientes criterios por esquemas de tratamiento aplicado ⁽¹⁴⁾ Alta efectividad: Los pacientes grado I que curaron entre 3 y 7 días y grado II y III curados entre 3 y 11 días (rápida evolución). Baja efectividad: Los pacientes Grado I que curaron entre 8 y 15 días y Grado II y III que curaron de 12 y 15 días de iniciado el tratamiento Nula efectividad: Los pacientes cuyas lesiones no sanaron, se agravaron o estancaron los signos.	Alta efectividad. Baja efectividad. Nula efectividad.	Número , porcentaje y pruebas de significación estadística según grupo de tratamiento.
Efectividad general del tratamiento	Variable cualitativa ordinal	Se evaluó teniendo en cuenta la efectividad individual del tratamiento aplicado. Considerando ⁽¹⁴⁾ Efectiva: Si del 80 al 100	Efectivo Poco efectivo No efectiva.	

		<p>% de los pacientes se situaron en la categoría de alta efectividad.</p> <p>Poco efectiva: Si del 79 % al 51 % de los pacientes se situaron en la categoría de baja efectividad.</p> <p>No efectiva: Si el 50 % o más de los pacientes se situaron en la categoría de nula efectividad.</p>		<p>Número , porcentaje y pruebas de significación estadística según grupo de tratamiento.</p>
--	--	---	--	---

Procesamiento de la información y técnicas estadísticas a utilizar.

Los datos fueron organizados, clasificados y resumidos adecuadamente en una base de datos en Microsoft Office Excel. Los resultados se reflejaron de forma tabular para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores así como arribar a conclusiones y recomendaciones. Se utilizó el porcentaje y los números absolutos como medidas de resumen, además de pruebas de significación estadísticas para muestras independientes en relación con el tipo de variable (Prueba de Kruskal-Wallis) para verificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos. Se trabajó con un nivel de confiabilidad de un 95% y una probabilidad de error de un 0,05 ($p = 0,05$). De aquí que se estableciera:

Si $p \leq 0,05$ se rechaza la H_0 y se acepta la H_1

Si $p > 0,05$ se acepta la H_0 .

Hipótesis estadísticas.

H_0 : Hipótesis nula, existe independencia entre las variables estudiadas.

H_1 : Hipótesis alternativa, plantea que existe asociación estadística significativa entre las variables.

Se redactó un informe final según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Aspectos éticos.

A todos los pacientes se les explicaron los objetivos del estudio en un lenguaje claro y preciso para todos. Además se les informó detalladamente las características del medicamento a utilizar, los posibles efectos adversos, que aunque escasos podían aparecer; Además se les aclaró que su participación sería estrictamente voluntaria, libre de cualquier presión y en caso de negarse a participar no se tomarían ninguna medida como represalia siendo atendidos por los métodos convencionales. También se les explicó que estaban en libertad de abandonar el estudio cuando lo desearan sin ningún tipo de daño ni perjuicios para su persona. Luego se les pidió autorización (por escrito) para participar de la investigación asegurándoles que la información derivada de este estudio sólo sería utilizada con fines científicos, los datos personales serían guardados en orden de garantizar una absoluta confidencialidad

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Población con Estomatitis Subprótesis atendida en el Departamento de Prótesis del Servicio de Estomatología del Policlínico “Raúl Ortiz” según edad y sexo. Ciro Redondo Mayo 2018-Diciembre 2019. “Efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis.”

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%		
35-59 años	15	35,7	6	27,3	21	32,8
60 y más	27	64,3	16	72,7	43	67,2
Total	42	65,6	22	34,4	64	100,0

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortiz”.

Nota: No encontraron pacientes menores de 19 años y entre 19-34 años.

En la tabla se puede ver que un 65,6 % de la muestra afectada por ES, eran féminas, mientras que sólo el 34,4 % de los portadores de la enfermedad fueron hombres. En cuanto a la edad, se observó en ambos sexos un aumento progresivo del número de afectados con el avance de la edad predominando el grupo de 60 años y más con un 64,3% en las mujeres y un 72,7 % en los hombres.

Al igual que lo planteado por otros autores se considera que la mayor afectación por E.S del sexo femenino podría resultar de que las mujeres cuidan más su estética que los hombres, y por lo tanto mantienen el aparato protésico en la boca el mayor tiempo posible además acuden con más frecuencia a los servicios de Estomatología para resolver sus problemas dentales por lo que están más expuestas a los exámenes orales y por consiguiente a detectarse las lesiones con más probabilidad.^(2, 3,6, 10,28)

También se plantea como posible causa de la aparición de estas lesiones en las mujeres a la presencia de una mucosa bucal más fina en este sexo, con una mayor fragilidad capilar, sobre todo a partir de la tercera década de la vida. Además las afecciones psicósomáticas son frecuentes en las féminas, tanto 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 describen una resistencia mayor de la mucosa palatal masculina al uso de la prótesis con respecto a las del sexo opuesto.^(3,9,15-19)

En cuanto a la edad se toma partido a favor de lo planteado por expertos de que a medida que avanza la 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 jóvenes. También al envejecer aumentan las parodontopatías, lo que lleva aparejada la pérdida de dientes, independiente de los traumatismos y otras causas que durante la vida conllevan a un crecimiento de las necesidades de prótesis en este grupo de edad.^(6,9,10, 16,21-24)

La mayor parte de los trabajos revisados indican que la E.S es más frecuente entre las mujeres, coincidiendo con el presente estudio autores como Jiménez⁽¹⁶⁾ quien evidenció que el mayor porcentaje de pacientes correspondieron a este sexo para 62,0 %. Silva⁽⁷⁾ en Pinar del Río, muestra una supremacía de un 59,1% de afectación en las mujeres con prótesis dental sobre hombres con idéntica condición. Castillo⁽⁸⁾ reportó 37 casos en féminas para un 54,4%.

Se difiere de los resultados encontrados por Fleites⁽⁹⁾, quien reporta que el sexo más afectado fue el masculino, con el 65 % en el grupo control y el 68,1 % en el grupo estudio.

Otros Investigadores como Creagh et al ⁽²³⁾ reportan una frecuencia de E.S 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, ellos afirman que 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 fácilmente. Por su parte Alba⁽¹⁰⁾, 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.

Los resultados obtenidos se acercan a los de casi todos los autores consultados. Tellez⁽¹⁹⁾ reporta un mayor número de afectados a medida que avanza la edad en ambos sexos. Napoles⁽⁶⁾ y Morales⁽¹⁵⁾ obtuvieron que después de la tercera década de la vida fuera más frecuente la E.S.^(6,15) También las Dras Fernández⁽⁴⁾ y Martín⁽³⁾ en el municipio Ciro Redondo en diferentes estudios y años comentan cifras similares.

Otros autores como Espasandín⁽³⁵⁾, Plana⁽³⁶⁾ y Silva⁽⁷⁾, advierten que no existe límites de edad para contraer la enfermedad pero observan en sus investigaciones que se presenta con más frecuencia entre los 40 y 59 años de edad.

Tabla 2. Población estudiada según localización de las lesiones.

Localización de las lesiones	No	%
Maxilar Superior	54	84,4
Maxilar Inferior	1	1,5
Ambos Maxilares	9	14,7
Total	64	100

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”

En la tabla se puede ver que en el 84,4 % de los casos las lesiones se encontraron en el maxilar superior, en 9 casos para un 14,7 % aparecieron en ambos maxilares y sólo en el 1,5% de la muestra aparecen solamente en la mandíbula.

Estos hallazgos pueden estar dados porque la prótesis superior por problemas estéticos es la más usada y la de mayor tiempo de uso, no dándole el reposo requerido a los tejidos de soporte.

Plana⁽³⁶⁾ en un estudio realizado en el Servicio de Estomatología del Instituto de Medicina del Deporte hace referencia a una diferencia marcada entre la frecuencia de aparición de las lesiones según la arcada afectada, con 54 lesiones en el paladar con relación a sólo 4 lesiones en la mandíbula.

Otros autores también encuentran resultados similares. Martín⁽³⁾ en Ciro Redondo, Ciego de Ávila, Cuba reporta que en el 96,15 % de los casos las lesiones se encuentran en el maxilar superior, pero a diferencia del actual trabajo en 5 casos para un 3,21 % aparecieron en la mandíbula y sólo en el 0.64 % de la muestra en ambos maxilares estuvieron afectados. Asimismo, León⁽²¹⁾ y Jiménez⁽¹⁶⁾ reportan una frecuencia de E.S de un 86,7 % y un 89,19% en el maxilar.

En un estudio hecho en Ciego de Ávila por Alba⁽¹⁰⁾ se expone que el 66,0% de los sujetos presentaron E.S asociada con la dentadura superior.

Tabla 3. Población estudiada según tiempo de uso de la prótesis.

Tiempo de uso	No	%
Entre 6 y 10 años	47	73,4
Entre 11 y 15 años	17	26,6
Total	64	100

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”.

Nota: No hubo pacientes con un uso de la misma aparatología por 5 años o menos, entre 16-20 años y por 21 años o más.

En la tabla se reporta la presencia de E.S según el tiempo de uso en años de la prótesis encontrando que el 73,4 % de los pacientes con esta afección que acudieron al Departamento llevaban entre 6 y 10 años usando el mismo aparato protésico y 17 pacientes para un 26,6 % la usaban entre 11 y 15 años.

Estos resultados no coinciden con los encontrados en una etapa anterior, en este municipio Ciro Redondo, por las Dras. Fernández⁽⁴⁾ y Martín⁽³⁾ pero si se toma partido a favor de lo planteado por ellas de que la presencia de la E.S se relaciona con el trauma de la mucosa bucal ocasionado por el desajuste del aparato debido a los años de uso.

Algunos autores analizan junto al tiempo de uso, la calidad del producto terminado y en varios estudios se encuentra que las dentaduras son confeccionadas por prácticos dentales o profesionales empíricos sin la calidad ni los requisitos necesarios del aparato, creando una realidad poco deseable y condiciones que favorecen la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas e hiperplasias.⁽³⁻⁷⁾

También dentro de las variables analizadas por Fleitas⁽⁹⁾ en el Departamento de Prótesis del municipio Venezuela, Ciego de Ávila se encuentra la presencia de E.S según el tiempo de uso de la prótesis, indicando que a medida que aumenta el tiempo de uso, aumenta la presencia de la enfermedad. Asimismo, Espasandín,⁽³⁵⁾ Plana⁽³⁶⁾, Nápoles⁽⁶⁾, y Rodríguez⁽¹⁷⁾ también consideran una relación directamente

proporcional entre la presencia de E.S, y su gravedad con el tiempo de uso de la aparatología. Rodríguez⁽¹⁷⁾ además expresa que el 100% de la población era portadora de dentadura artificial por un tiempo mayor de cinco años dato que coincide con los de este estudio.

Por su parte León⁽²¹⁾ plantea que generalmente el uso de las prótesis por períodos superiores a lo estipulado como adecuado, está relacionado con razones de orden económico y/o cultural. La mayoría de los pacientes incluidos en su estudio reportan que habían usado su prótesis por más de diez años, encontrándose pacientes que manifestaron haber usado el mismo aparato durante 16, 18, 20, 25, 28, 30 y 36 años.

Tabla 4. Hábitos de higiene y uso de la prótesis.

Hábitos	No	%
Adecuados	22	34,4
Inadecuados	42	65,6
Total	64	100

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”.

En la tabla se puede observar como el 65,6% de la población estudiada presentó hábitos inadecuados de higiene y uso de la prótesis, solamente 22 pacientes para un 34,4 % retiraban el aparato para cepillarlo después de cada comida 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 ,pero contradictoriamente a lo referido, en el 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 fue muy común encontrar que no la retiraban para dormir.

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.^(3,4,6,31)

El uso continuo de la prótesis aparece reportado en la literatura como uno de los hábitos más importantes relacionados con la aparición y agravamiento de esta patología además de una serie de hábitos nocivos como la mala higiene bucal.^{(2-10,21-}

24,35,36) Silva⁽⁷⁾ en Pinar del Río obtiene que la proporción de pacientes sanos que no duermen con las prótesis fue dos veces mayor a la que se observa en los que duermen con ella.

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.⁽²⁻¹⁰⁾

Igual a lo que refieren en sus estudios por las Dras. Martín⁽³⁾ y Fernández⁽⁴⁾ los resultados obtenidos constataron que en muchos de los casos no se corresponde el conocimiento que tienen los pacientes con sus estilos de vida. Moreira⁽²⁴⁾ plantea que de 100 pacientes estudiados, 75 presentaban uso continuo del aparato protésico, mientras que sólo 25 tenían hábito de uso discontinuo.

Se coincide además con los hallazgos obtenidos por los autores referidos a continuación que confirman que la deficiencia en la higiene oral es un factor etiológico importante de la E.S, siendo probablemente junto al factor traumático la causa de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso. Nápoles⁽⁶⁾ y Casado⁽⁸⁾ hallan que los pacientes con higiene deficiente de las prótesis fueron los más afectados por E.S. También Fleitas⁽⁹⁾ observa en su trabajo que el 54,2% de los pacientes con E.S presentaban placa bacteriana en la prótesis, relacionada con una mala higiene oral. Asimismo, Silva⁽⁷⁾ demuestra que el riesgo de padecer la E.S aumentó en la medida que disminuyó la higiene bucal.

Tabla 5. Síntomas subjetivos de Estomatitis Subprótesis.

Síntomas de Estomatitis Subprótesis	No (n =64)	%
Inflamación	4	6,3
Ardor	10	15,6
Sensación de quemazón	6	9,4
Asintomático	44	68,7

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”.

Nota: No se encontraron pacientes con síntomas de calor, dolor y/o prurito.

En la tabla se puede ver como en el 68,7% de los pacientes la enfermedad cursó de forma asintomática. En los pacientes sintomáticos, el ardor fue el síntoma más frecuente, presente en 10 pacientes para un 15,6 % seguido en orden decreciente de frecuencia por la sensación de quemazón con un 9,4% y la inflamación (6,3%)

Los resultados obtenidos en el estudio coincidieron con los expresados por otros investigadores como Rodríguez⁽¹⁷⁾ quien plantea que la E.S es completamente asintomática, aunque de un 28-70 % de los pacientes puedan presentar síntomas. Espasandín⁽³⁵⁾ reporta que el 66,67% de los pacientes con E.S se encuentran asintomáticos en el momento del diagnóstico siendo los síntomas más frecuentes la inflamación y la sensación de quemazón. También Martín⁽³⁾ y Fernández⁽⁴⁾ encuentran un predominio de pacientes asintomáticos, 89,10% y 91,86% respectivamente, en estudios precedentes a éste, en el municipio Ciro Redondo, no obstante a diferencia del actual trabajo, ellas reportan casos con sensación de dolor en un 2,56%. y un 2,33% respectivamente.

Tabla 6. Evolución clínica del paciente según grado clínico de la enfermedad. en ambos grupos de tratamiento.

Evolución de la enfermedad	Grado Clínico de la enfermedad							
	Grupo A				Grupo B			
	Grado I		Grado II		Grado I		Grado II	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Curado	22	100	10	100	26	100	6	100
Mejorado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Igual	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	22	100	10	100	26	100	6	100
Kruskall-Wallis: p: 0,5747								

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”.

Nota: No se encontraron pacientes con E.S grado III.

El 100 % de los pacientes indistintamente del grado de las lesiones y de la terapéutica utilizada curaron sus lesiones. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos esquemas de tratamiento lo que significa que la evolución de la enfermedad en los pacientes tratados con Oleozón® oral no difiere con respecto a la de los pacientes tratados con terapia convencional.

La E.S es un proceso inflamatorio de la mucosa cubierta por prótesis, y aunque en algunos estudios se observa una considerable mejoría con ciertos medicamentos, el personal de salud debe seguir mostrando empeño en sanar al enfermo. Investigaciones afines han encontrado una curación efectiva de las lesiones con la aplicación del Oleozón oral. Casado⁽⁸⁾, Tellez⁽¹⁹⁾ y Alba⁽¹⁰⁾ en estudios realizados Camagüey, Bayamo y Ciego de Ávila reportan que la totalidad de los pacientes con E.S grado I y grado II curaron, obteniéndose resultados significativos, sin embargo, con respecto al grado III, los dos primeros estudios reportan que aunque no existieron diferencias significativas entre los curados y no curados, siendo los

segundos más frecuentes, si se observa mejoría clínica de las lesiones. Por su parte García⁽²⁸⁾ en un estudio comparativo de corte transversal y prospectivo muestra que en el grupo A tratado con el Oleozón® oral aparece un mayor porcentaje de curados en relación al grupo B, dándosele de alta al total de los pacientes del grupo, indistintamente al grado de las lesiones. En este trabajo tampoco se observaron E.S grado III.

Esta terapéutica tiene un amplio campo de aplicación, mucha aceptación social y se está imponiendo como tratamiento en numerosas enfermedades por su alta efectividad sobre cuadros clínicos de difícil pronóstico, junto con la ausencia de efectos secundarios de importancia. Dado que las bacterias anaerobias, protozoos y hongos malviven en una atmosfera rica en oxígeno, todas las enfermedades como la E.S causadas por estos agentes son potencialmente tratables con el Oleozón basando su éxito en sus efectos germicida (elimina hongos, bacterias y virus), inmunomodulador (incremento en la proliferación y actividad de linfocitos y macrófagos, aumento de interleucinas, citocinas e inmunoglobulinas) y antiinflamatorio (por activación de enzimas antioxidantes que eliminan los radicales libres estimulantes de la liberación de mediadores de la inflamación).⁽³⁷⁾

Tabla 7. Tiempo necesario para la curación del paciente según grado clínico de la enfermedad en ambos grupos de tratamiento.

Tiempo necesario para la curación del paciente	Grado clínico de la enfermedad								
	Grado I				Grado II				
	Grupo A		Grupo B		Grupo A		Grupo B		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
De 3 -7 días	15	68,2	4	15,4	3	30,0	0	0,0	
De 8-11 días	7	31,8	20	77,0	7	70,0	4	66,7	
De 12-15 días	0	0,0	2	7,6	0	0,0	2	33,3	
Total	22	100,00	26	100,00	10	100,00	6	100,00	
Kruskall-Wallis: p = 0,0019									

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”.

Nota: No se encontraron pacientes que no curaron sus lesiones, ni con un diagnóstico clínico de E.S grado III.

En la tabla se puede observar que en ambos grupos a medida que aumentó la gravedad de la E.S aumentó el tiempo de tratamiento necesario para la resolución de las lesiones, no obstante el uso del Oleozón® oral minimizó el tiempo de curación indistintamente al grado de la enfermedad. En el grupo A entre tres y siete días de tratamiento curaron el 68,2% de los pacientes con E.S grado I y el 30,0% de los grado II sin embargo en este mismo periodo de tiempo solo se logró la curación del 15,4% de los afectados por E.S grado I del grupo B. En este grupo la mayoría de los pacientes (grado I y II) remitieron todos sus signos y síntomas entre los ocho y once días de tratamiento, pero 4 pacientes (2 grado I y 2 grado II) necesitaron de once a quince días para curar y comenzar la rehabilitación. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos esquemas de tratamiento.

La autora de este trabajo considera que los resultados obtenidos en cuanto a la remisión de los síntomas de la enfermedad demuestran que el Oleozón® oral como

coadyuvante del tratamiento convencional disminuye el tiempo de curación y la espera para la rehabilitación protésica de los pacientes.

Estos resultados coinciden con García⁽²⁸⁾ y Alba⁽¹⁰⁾ quienes también exponen que a medida que aumenta la gravedad de las lesiones de los tejidos de la cavidad bucal el tratamiento se prolonga por más tiempo. Asimismo Jiménez⁽¹⁶⁾ encuentra que la aplicación diaria del Oleozón® fue efectiva para el tratamiento de la E.S indistintamente del grado entre las cuatro y siete visitas a consulta, siendo el tiempo necesario para desaparecer los signos clínicos de la enfermedad menor que en el grupo donde se aplicó el esquema de tratamiento tradicional.

Téllez⁽¹⁹⁾ también encuentra resultados similares a los del presente trabajo, logrando la cura o remisión de las lesiones de grado II en la totalidad de los pacientes a los que se les aplicó ozonoterapia, para lo cual necesitó el máximo de sesiones propuestas (máximo 10 sesiones).

Estudiosos del tema coinciden en que el ozono medicinal aumenta la efectividad del tratamiento, observándose en la mayoría de los casos una disminución del tiempo de recuperación del paciente,^(8,11,18,30-34)

Tabla 8. Evaluación de la efectividad individual y general del tratamiento con Oleozón® oral con respecto al tratamiento convencional.

Efectividad individual del tratamiento	Grupo de tratamiento			
	Grupo A		Grupo B	
	No	%	No	%
Alta efectividad.	25		4	
Baja efectividad	8		24	
Total	32		32	
Kruskall-Wallis: $p = 0,0374$				

Fuente: Historia Clínica Individual del Departamento de Prótesis del Policlínico “Raúl Ortíz”.

Nota: No hubo pacientes donde las terapias aplicadas se evaluaran con nula efectividad.

En la tabla se aprecia cómo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la efectividad de ambos tratamientos ($p = 0,00374$); el Oleozón® oral en el 88,9 % de los pacientes presentó alta efectividad y en el 11,1 % restante alcanzó una mediana efectividad. Sin embargo el uso de la terapia convencional solamente resultó altamente efectividad en 4 pacientes para un 10%, en el 81 % de los pacientes se evaluó de baja efectividad. Considerando estos resultados basados en la total remisión de los síntomas y signos relacionados con el tiempo de evolución de cada paciente, se puede plantear que el tratamiento con Oleozón® oral resultó evaluado de manera general de efectivo en el tratamiento de la E.S, pues más del 80% de los pacientes presentaron una alta efectividad individual con su uso, facilitando un rápido inicio de la rehabilitación.

Aunque no es un aspecto a evaluar en la investigación si se considera importante señalar que durante el proceso investigativo no se presentaron reacciones adversas al Oleozón® oral, aspecto que reafirma la inocuidad del producto, como se plantea en otras investigaciones realizadas.^(8,10,12,13,16,27-29,37)

Los resultados en cuanto a la efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la E.S coinciden con los reportes encontrados en la literatura, los cuales muestran que la efectividad del tratamiento con Oleozón® oral fue muy superior a la del tratamiento convencional o a la de otro producto con el que se comparó.^(8,10,12,13,16,27-29,37)

Se toma partido a favor de lo planteado por Fernández⁽²⁾, Casado⁽⁸⁾,Hernández⁽⁹⁾ y Alba⁽¹⁰⁾ de que en los momentos actuales y en contraposición con los avances alcanzados en la creación de nuevos medicamentos en el mundo, la utilización de la medicina natural, cobra cada vez más defensores y ejecutores, debido fundamentalmente a las formas naturales de curación y a la carencia de efectos secundarios de estas terapias.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No se encontraron limitaciones para realizar el estudio, ni eventos significativos que pudiesen influir en los resultados.

CONCLUSIONES.

La Estomatitis Subprótesis fue más frecuente en los adultos mayores, las féminas y en el maxilar superior. Los pacientes en su mayoría usaban el mismo aparato por un periodo de 6-10 años, presentaban hábitos inadecuados de uso e higiene bucal además de estar asintomáticos en el momento del diagnóstico y presentar un predominio de las lesiones clasificadas como grado I. En ambos grupos de tratamiento, indistintamente al grado de la enfermedad, todos los pacientes curaron, no obstante el uso del Oleozón® oral minimizó el tiempo de curación con respecto al tratamiento convencional. El tratamiento con este producto resultó evaluado de manera general de efectivo por resultar de manera individual altamente efectivo en el 80% de los pacientes donde se aplicó. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento.

APORTE DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación tiene importancia teórica, porque se aportan datos e información al conocimiento científico sobre el uso del producto cubano Oleozón® oral los cuales podrán ser utilizado en futuras investigaciones.

Además, tiene una importancia social, ya que se implementó una nueva alternativa de tratamiento económica, sostenible, asequible y de buena aceptación por los pacientes para el enfrentamiento de la E.S en el municipio Ciro Redondo, que al igual que otras terapias naturales y bioenergéticas, minimizan el tiempo de desdentamiento y aceleran el inicio de la rehabilitación protésica. Además se demuestra la necesidad del control odontológico de la E.S y del desarrollo de proyectos promoción de la salud oral en relación con ella.

RECOMENDACIONES.

1. Continuar investigando sobre la temática.
2. Divulgar los resultados obtenidos en esta investigación con el propósito de generalizar el uso del Oleozón® oral, como una alternativa más en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. a la Población. Ed Ciencias Med. La Habana, Febrero 2017 Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_nac_aten_estomatologia_poblacion/completo_prog_nac_atenc_estomat_poblc..pdf
2. Fernández-González OL. Alcance social del láser terapéutico como tecnología apropiada para el tratamiento de la estomatitis subprótesis en el municipio Ciro Redondo de la provincia Ciego de Ávila [Trabajo de Problemas Sociales de Ciencia Tecnología y Sociedad en opción a la Categoría Docente Principal de Profesor Auxiliar].Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”;2015.
3. Martín-Pereira Y. Tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con Aloe Vera en estado natural [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2014.
4. Fernández GOL. Tratamiento de la Estomatitis Subprótesis con Láser de Arsenuro de Galio y Aluminio. Mediciego[Internet].2015[citado 6 Ene 2020]; 21(4):50-8 Disponible en : <http://www.revmediciego.sld.cu>
5. Monteagudo de la GV, Hernández RJM, Rodríguez SC. Efectividad del bórax y la crema de áloe al 25 % en la estomatitis subprotésica. Medicentro Electrónica [Internet]. Sep 2016 [citado 6 Ene 2020];20 (3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300005&lng=es
6. Nápoles GI, Díaz GSM, García NCI, Pérez SD, Nápoles SAM. Caracterización de la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico "Julio Antonio Mella". Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. Feb 2016 [citado 31 Ene 2020]; 41(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/392>
7. Silva CAM, Cardentey GJ, Crespo PCL, Suárez MC. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". Rev Cien Méd [Internet]. Oct 2012 [citado 6 Ene 2020];16(5):[aprox. 10 p.]. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500004&lng=es

8. Casado TD et al. Efectividad del tratamiento con oleozón versus crema de aloe en la Estomatitis Subprotésica Rev. Arch Med Camagüey [Internet].2017[citado 31 Ene 2020];21(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/2111/211150128004/6
9. Hernández-Fleites J. Tratamiento de la estomatitis subprótesis con colutorios de Romerillo [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”; 2017.
10. Alba-Lago Y. Tratamiento de la estomatitis subprótesis con ozonoterapia [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”;2016.
11. Martínez SG. Los retos de la ozonoterapia y el acceso a sus fuentes de información. Rev Cubana Farm [Internet]. Sep 2014 [citado 3 Ene 2016];48(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152014000300001&lng=es
12. Padilla GEM, Sueiro SI, Quintero ChI, Domínguez RC, Hernández MAB, Ercia SLE. Usos terapéuticos del ozono en los en los servicios de salud. Rev Cubana Med Nat Trad [Internet]. Oct 2016 [citado 31 Ene 2020];1(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmnt.sld.cu/index.php/>
13. Peña SM, Díaz del ML, Ferrer GS, Aguilar VMI, Santos TL. Eficacia del Oleozon® en pacientes con periodontitis del adulto. MEDISAN [Internet]. Nov 2015 [citado 4Ene 2020];19(11):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
14. Bermúdez AR, Pérez OI, Martínez BG, Monteagudo de la GV, Hernández RJM , Rodríguez SC. Efectividad del bórax y la crema de áloe al 25 % en la Estomatitis Subprotésica. MEDISAN [Internet]. Jul-Sep 2016 [citado 4 Ene 2020];20(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2016/cmc163e.pdf>
15. Morales PYJ, Meras JTM, Batista AMY. Lesiones paraprotéticas de tejidos blandos en pacientes portadores de prótesis total. Medicentro Electrónica[Internet].Ene-Mar 2019[citado 4 Ene 2020];23(1):[aprox. 8 p.].

Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000100004}

16. Jiménez LY, Matos CDM, Pita LLY, de la Cruz MM, Matos CMC. Efectividad del Oleozón® tópico en la estomatitis subprótesis. Rev Información Científica[Internet]. Sep-Oct 2017 [citado 4 Ene 2020]; 97(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2018/ric185c.pdf>
17. Rodríguez COL, Rodríguez AA, Rodríguez SR. Lesiones de la mucosa bucal en pacientes rehabilitados con prótesis estomatológica acrílica total removible Rev Cien Med Hab [Internet]. May 2018 [citado 4 Ene 2020]; 97(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2018/cmh181d.pdf>
18. Churata-Oroya DE. Actividad antifúngica del Citrus paradisi “toronja” sobre cepas de Candida albicans aisladas de pacientes con estomatitis subprotésica[Internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 31 Ene 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4924>
19. Téllez VYL, Milanés SY, González RI, Velázquez Zamora RM. Eficacia de la ozonoterapia en la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico Bayamo. 2015. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología 2015 [Internet]. Nov 2015 [citado 4 feb 2020]. Disponible en: <http://estomtología2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/1130/249>
20. Bermúdez AR, Martínez BGR, Ibáñez CR. Evaluación de conocimientos sobre estomatitis subprotésica en pacientes y profesionales de la Clínica Docente de Especialidades. Mediacentro Electrónica [Internet]. Dic 2015 [citado 31 Ene 2020]; 19(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S102930432015000400006&In>
21. León HIJ, Alfonso HS, Sogo IGT, del Rey DML. Estomatitis subprótesis en un consultorio médico del municipio Jaruco. Rev de Ciencias Méd La Habana [Internet]. 2015 [citado 4 Feb 2020]; 21(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/783/pdf_56

22. García CM. Estomatitis subprótesis en pacientes atendidos en el policlínico “Guillermo Tejas Silva”. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet].2015 [citado 4 Feb 2020]; 40(5): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/306>.
23. Creagh CY, Oliveros NRS. Árnica Montana como tratamiento homeopático en pacientes con Estomatitis Subprótesis de grados I y II. Congreso Internacional de Estomatología: 2015 Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/410/507>
24. Ávila CG, Rojas PS, Santos MSJ, Durañona ÁL. Caracterización de las lesiones de la mucosa bucal en pacientes portadores de prótesis. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [internet]. 2016 [citado 20 ene. 2020];39(8):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/216/395>
25. Colectivo de autores. Cátedra de estomatología. Manual Terapias Naturales en Estomatología. Instituto Politécnico de la Salud “Mártires del 27 de noviembre”: Matanzas; 2003.
26. Garza Gutiérrez E. Guía de remedios naturales para obtener salud y bienestar. México: Editorial Orvit; 2008.
27. Frías BM, Frías TJA, Báez MCL, Rodríguez FCB, González FJM. Eficacia del Oleozón tópico en el afta bucal. presentación de casos. Multimed [Internet]. Mar-Abr 2017 [citado 9 Feb 2020];22(2):[aprox. 9 p.] . Disponible en: <http://holar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=oleozón+en+odontología&btnG=&lr>
28. García E, Roche A, Osvaldo A., Ruiz B., Rodríguez L. La ozonoterapia en el tratamiento de la estomatitis subprótesis. Rev Cubana Estomatología [Internet]. 2003 [citado 9 Feb 2020]; 40(2):[aprox. 8 p.] . Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est04203.htm
29. Peña RA, Capote FJL, Jover CN. Utilidad del oleozón tópico en la gingivitis crónica fibroedematosa. Rev Méd Electrón [Internet]. Ene-Feb 2019 [citado 9 Feb 2020]; 41(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2577/4206>

30. Gallego GJ, Muñoz S, Gaviria JD, et al Uso del Ozono en diferentes campos de la Odontología. CES Odontología [Internet]. 2007 [citado 9 Feb 2020]; 20(2):65-8. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/111>
31. Fernández-Sánchez B. Aplicaciones de la ozonoterapia en la odontología [Internet]. Chile: Universidad Finis Tέρrea; 2018[citado 9 Feb 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uff.cl/bitstream/handle/20.500.12254/794/FernandezRadovic%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Bishop FL, Yardley L, Lewith GT. Why consumers maintain complementary medicine use: a qualitative study. Journal Of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.) [Internet]. Feb. 2016 [citado 9 Feb 2020]; 16(2):175-82. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=107&sid=7c3070fc-f6f6-4b13-beec-90d6a244d149%40sessionmgr104>
33. Saint R. Ozone therapy in dentistry: A strategic review. J Nat Sci Biol Med [Internet]. Jul-Dic 2017 [citado 9 feb 2020];2(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276005/>
34. Varun Prasad, P. Elavenil, V.B. Krishnakumar. Does topical ozone therapy improve patient comfort after surgical removal of impacted mandibular third molar? - A randomized controlled trial. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. Ene 2017 [citado 9 feb 2020];75(1):51-9. Disponible en: [doi:10.1016/j.joms.2016.09.014](https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.09.014). Epub2016
35. Espasandín GS, Martínez TG, Reyes SVO, Díaz VR. Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. Rev Hab Cienc Med [Internet]. 2013 [citado 26 Ene 2020]; 19(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/585>.
36. Plana Domínguez Tratamiento de la Estomatitis subprótesis con propomiel en atletas y ex atletas del Instituto de Medicina Deportiva. Rev Cienc Méd La Habana[Internet]. Oct 2011 [citado 9 feb 2020];16(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>}

37. Guerra FN. Uso del ozono en el tratamiento de diferentes afecciones bucales Invest Medicoquir [Internet]. Jul-Dic 2017[citado 9 feb 2020];9(2):292-300 Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/download/395/474>

VII. ANEXOS.

ANEXO 1 MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: “EFECTIVIDAD DEL OLEOZÓN® ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS.”

Somos un grupo de investigadores que estamos realizando un estudio acerca del Oleozón® oral en el tratamiento de la estomatitis Subprótesis. Quisiéramos que Usted participara en el mismo, asistiendo a todas las consultas previstas, cumpliendo con las indicaciones de uso y brindando la información solicitada con toda sinceridad, la cual será tratada confidencialmente y sólo para fines estadísticos.

Propósitos del Estudio:

El propósito de nuestro estudio es evaluar la efectividad del Oleozón® oral en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en nuestro centro, debido a su amplio uso en la estomatología .

Es importante que Ud. sepa, que contamos con la aprobación de la Dirección Municipal de Estomatología

Procedimientos:

Esta investigación se realizará mediante un estudio experimental controlado y será aplicada por profesionales de la estomatología. Los datos se recogerán a través del llenado de la Historia Clínica, lo cual será realizado individualmente por el propio profesional en condiciones de aislamiento y privacidad.

Riesgos e incomodidades:

La realización de este estudio no advierte riesgos. Entienda que la participación en este estudio es totalmente voluntaria.

Beneficios del estudio:

Con el desarrollo de esta investigación se espera obtener resultados que amplifiquen la utilización Oleozón® oral en los tratamientos estomatológicos, lo cual se espera minimice el tiempo de desdentamiento y acelere el inicio de la rehabilitación protésica. Anticipadamente agradecemos su atención y comprensión, y por ende su aprobación en participar en este estudio. Si le queda alguna duda no vacile en consultarnos todas las preguntas que desee.

Sobre los resultados y progreso de la investigación:

Nos gustaría hacerle llegar los resultados finales de este trabajo. Para ello, una vez terminada la investigación se comunicará por vía institucional las conclusiones a las que se hayan arribado.

Criterios y aceptación del paciente.

Yo _____ he recibido adecuada explicación sobre los objetivos y procedimientos de esta investigación, por lo que a través de este documento expreso mi consentimiento a participar en ella.

Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos y sin que esto repercuta en mi atención sanitaria.

Dado en Ciro Redondo a los _____ días del mes de _____ del año_____.

Firma de la paciente

Firma del Investigador

Firma del padre o tutor en caso de menores de 19 años.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de la Especialidad: **“EFECTIVIDAD DEL OLEOZÓN® ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPRÓTESIS.”** de la autora Dra. Dayana Baró Cervantes en opción al título de de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste y en virtud de los derechos que se me conceden como tutora de la Tesis firmo la presente certificación en Ciro Redondo, a los 7 días del mes de Julio del 2020.

Dra. Mercedes Ávila García