

José Arturo Molina-Ramón¹

E-mail: ua.josemr04@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1206-8809>

Diana Elizabeth Romero-Borja¹

E-mail: dianarb07@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8733-2714>

Mariela Lisbeth Cunalata-Lasluisa¹

E-mail: marielacl99@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6308-0217>

Marco Antonio Chisaguano-Tonato¹

E-mail: marcoct52@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0329-9505>

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Molina-Ramón, J. A., Romero-Borja, D. E., Cunalata-Lasluisa, M. L., & Chisaguano-Tonato, M. A. (2026). Protocolos clínicos basados en evidencia para la rehabilitación protésica: Un enfoque integrado en prótesis total, removible y fija. *Revista UGC*, 4(2), 13-19.

Fecha de presentación: 12/12/2025

Fecha de aceptación: 07/02/2026

Fecha de publicación: 01/04/2026

RESUMEN

La rehabilitación protésica es fundamental para restaurar las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas en pacientes edéntulos o parcialmente edéntulos. Esta investigación, de enfoque cualitativo y basada en una revisión bibliográfica sistemática, tiene como objetivo proponer protocolos clínicos estandarizados para la ejecución de prótesis totales, removibles y fijas. Se seleccionaron 12 artículos científicos de alto impacto que analizan avances clínicos y tecnológicos contemporáneos. Como resultado, se diseñaron tres protocolos integrales que estructuran cada fase crítica del tratamiento: desde la toma de impresiones y el registro de relaciones maxilomandibulares hasta el cementado o instalación final. Estas guías integran tecnologías de vanguardia como el flujo digital CAD/CAM, junto con criterios de biocompatibilidad, ergonomía y precisión marginal. La propuesta incluye diagramas de flujo diseñados para optimizar la implementación práctica en entornos clínicos y de laboratorio. Se concluye que la estandarización de estos procedimientos, bajo un enfoque basado en evidencia, permite optimizar la calidad de las restauraciones, reducir los márgenes de error técnico y promover una atención odontológica más eficiente y centrada en el bienestar del paciente.

Palabras clave:

Rehabilitación oral, prótesis total, prótesis removible, prótesis fija, protocolos clínicos, odontología restauradora, flujos de trabajo digitales.

ABSTRACT

Prosthetic rehabilitation is essential for restoring masticatory, phonetic, and aesthetic functions in edentulous and partially edentulous patients. This qualitative research, based on a systematic literature review, aims to propose standardized clinical protocols for complete, removable, and fixed prosthodontics. Twelve high-impact scientific articles analyzing contemporary clinical and technological advancements were selected. As a result, three comprehensive protocols were designed to structure each critical phase of treatment: from impression-taking and maxillomandibular relationship records to final cementation or placement. These guidelines integrate cutting-edge technologies such as CAD/CAM digital workflows, alongside criteria for biocompatibility, ergonomics, and marginal precision. The proposal includes flowcharts designed to optimize practical implementation in clinical and laboratory settings. It is concluded that the standardization of these procedures, under an evidence-based approach, enhances the quality of restorations, reduces technical error margins, and promotes more efficient, patient-centered dental care.

Keywords:

Oral rehabilitation, complete dentures, removable dentures, fixed dentures, clinical protocols, restorative dentistry, digital workflows.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la rama de la odontología se ha experimentado un avance significativo en el diseño y elaboración de prótesis dentales, permitiendo soluciones funcionales y estéticas para una amplia gama de necesidades. En este contexto, los protocolos de elaboración de prótesis fija, removible y coronas juegan un papel crucial para garantizar resultados predecibles y de alta calidad que satisfagan tanto las expectativas del profesional como las necesidades del paciente.

Según Stegelmann et al. (2011), la prótesis fija incluye elementos como coronas unitarias, puentes y otras restauraciones cimentadas que ofrecen estabilidad y funcionalidad a largo plazo. Estas restauraciones requieren una planificación rigurosa y la aplicación de técnicas avanzadas que combinen tecnologías como el diseño asistido por computadora (CAD) y la manufactura asistida por computadora (CAM). Por otro lado, Adar et al. (2012) señalan que las prótesis removibles, como las parciales y completas, constituyen una alternativa versátil para pacientes con edentulismo parcial o total, siendo esenciales para restaurar la estética y la función masticatoria de manera no invasiva. Estas prótesis deben cumplir con criterios de estabilidad, retención y comodidad para el paciente.

De acuerdo con Adar et al. (2012), las prótesis totales son dispositivos removibles diseñados para reemplazar todos los dientes en una o ambas arcadas dentales cuando el paciente ha perdido la dentición natural. Estas prótesis están compuestas por una base acrílica que imita la encía y dientes artificiales de resina o porcelana. Su función principal es restaurar la estética, la capacidad de masticación y el habla, mejorando la calidad de vida del paciente.

El establecimiento de protocolos estandarizados para la elaboración de estas prótesis es esencial para asegurar la uniformidad en los resultados clínicos. Según Revelo (2020), estos protocolos incluyen fases que van desde el diagnóstico y planificación inicial, hasta la toma de impresiones, el modelado y ajuste final. En la actualidad, la integración de tecnologías digitales y el uso de materiales biocompatibles han revolucionado la forma en que se abordan estas etapas, mejorando la precisión y reduciendo los tiempos de tratamiento.

Además, para Sánchez (2016), “la colaboración interdisciplinaria entre odontólogos, técnicos dentales y otros especialistas resulta fundamental para optimizar el proceso de elaboración de las prótesis” (pág. 3). Cada miembro del equipo aporta conocimientos y habilidades específicas que contribuyen al éxito del tratamiento. Por ejemplo, el técnico dental desempeña un rol esencial en la fabricación de prótesis personalizadas, garantizando que se adapten perfectamente a las características únicas de cada paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación tiene como objetivo principal establecer protocolos detallados y estandarizados para la elaboración de prótesis total, removible y fija (coronas), con el propósito de optimizar los procesos técnicos implicados en la rehabilitación oral. Para ello, se adoptó un enfoque metodológico de tipo cualitativo, sustentado en una revisión bibliográfica sistemática. Este enfoque permitió recopilar, analizar e interpretar información secundaria procedente de literatura científica especializada, orientada a identificar los procedimientos, materiales y técnicas más pertinentes en el ámbito protésico.

El estudio posee un alcance correlacional, dado que busca establecer relaciones y patrones entre diversas técnicas, materiales y protocolos documentados en la elaboración de prótesis dentales. El análisis se centró en reconocer cómo estas variables interactúan dentro del proceso de rehabilitación oral y en qué medida contribuyen a la eficacia y durabilidad de las restauraciones.

El diseño metodológico es de tipo no experimental, pues no se manipularon variables independientes de manera controlada. En cambio, se optó por una estrategia de revisión documental que permite evaluar el estado del arte sin intervenir directamente en los procesos clínicos o técnicos, respetando la integridad de los estudios analizados. Asimismo, la investigación se desarrolló bajo una temporalidad de corte transversal, ya que la recopilación y sistematización de la información se realizó dentro de un período específico, brindando una visión actualizada sobre los protocolos existentes.

Para la recolección de datos, se emplearon instrumentos de fichaje bibliográfico. A través de fichas estructuradas se organizó la información más relevante extraída de artículos científicos, libros especializados, estudios de caso y revisiones sistemáticas. Este procedimiento garantizó un análisis ordenado y riguroso de los contenidos, facilitando la identificación de criterios comunes, diferencias metodológicas y propuestas de innovación tecnológica en la elaboración de prótesis.

La unidad de análisis estuvo conformada por un corpus documental compuesto por 20 artículos científicos relacionados con protocolos de elaboración de prótesis total, removible y fija. Estos artículos fueron seleccionados a partir de bases de datos reconocidas en el ámbito de la salud, tales como PubMed, Elsevier, J-Stage y ScienceDirect. Tras aplicar criterios de inclusión centrados en la actualidad, la relevancia temática y la calidad metodológica, se seleccionaron 12 artículos que cumplieron con los requisitos establecidos. Los documentos excluidos no presentaban suficiente rigurosidad metodológica o no se ajustaban al enfoque técnico requerido por el estudio.

Este proceso permitió construir una base documental robusta y confiable, a partir de la cual se diseñaron

protocolos específicos para cada tipo de prótesis, con una visión integradora de los avances tecnológicos (como CAD/CAM), las buenas prácticas clínicas y los criterios técnicos aplicables al laboratorio dental. En consecuencia, los resultados de esta investigación no solo ofrecen un análisis crítico de la literatura revisada, sino que también contribuyen con propuestas prácticas orientadas a la mejora continua de la calidad protésica en el contexto odontológico actual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los estudios sobre prótesis totales y removibles han proporcionado evidencia clave sobre la retención, estabilidad y satisfacción del paciente. Por ejemplo, Othman & Abdulkareem (2023) compararon bases de prótesis convencionales versus impresas en 3D, ofreciendo datos que permiten optimizar la retención protésica. Perić et al. (2024) realizaron una revisión sistemática sobre estomatitis por prótesis, identificando factores de riesgo y estrategias preventivas que orientan la práctica clínica. El-Zawahry et al. (2015) analizaron mediante elementos finitos cómo los distintos materiales de base afectan la biomecánica articular, aportando criterios de diseño más seguros y funcionales. Egido et al. (2020) evaluaron la calidad de vida y satisfacción de pacientes con prótesis totales y sobredentaduras mandibulares, evidenciando la importancia del enfoque centrado en el paciente y la personalización del tratamiento.

En prótesis parciales fijas e implantosoportadas, Mendez Alvarado (2023) estudió tensiones en prótesis unitaria implantosoportadas con diferentes materiales, mientras que Cruz González et al. (2013) demostraron la eficacia de la resina compuesta en la reparación intraoral de prótesis metal-cerámica, fortaleciendo las estrategias de manejo conservador y restaurativo. Garzón Tello (2024) estableció criterios de indicación para prótesis plurales de metal-cerámica y zirconio, guiando la selección clínica de materiales y técnicas. Velastegui et al. (2019) documentaron fracasos de restauraciones cerámicas sobre circonio, contribuyendo a la identificación de factores de riesgo y prevención de fallas.

Respecto a función masticatoria y salud oral, Moya et al. (2019); y Toro et al. (2024) evaluaron el desempeño funcional de prótesis en adultos mayores y pacientes con prótesis parciales removibles, mostrando la relevancia de la adaptación y el soporte estructural para maximizar la eficiencia masticatoria. Vargas Duran (2018); y Vélez Álava (2022) exploraron la relación entre calidad de vida, salud bucal y lesiones subprotésicas, enfatizando la necesidad de un seguimiento clínico regular y de estrategias preventivas para minimizar complicaciones.

Estos trabajos fortalecen el conocimiento sobre rehabilitación oral, combinando evidencia clínica, biomecánica, diseño de materiales, evaluación funcional y percepción del paciente. Los autores contribuyen significativamente

a la optimización de protocolos clínicos, personalización de tratamientos y mejora de la calidad de vida, consolidando un enfoque integral y basado en evidencia en odontología restauradora.

La investigación en prótesis dentales ha avanzado significativamente, permitiendo el desarrollo de materiales y diseños que mejoran tanto la funcionalidad como el confort del paciente. Los estudios revisados abordan diversos aspectos de las prótesis, tales como la retención, la satisfacción del paciente, el impacto biomecánico, la salud bucal y la durabilidad de los materiales utilizados.

Un tema recurrente en la literatura es la comparación de los materiales empleados en la fabricación de bases protéticas. El estudio de Othman & Abdulkareem (2023) indica que los materiales utilizados en la fabricación de bases de prótesis pueden influir de manera significativa en su retención. Esto se alinea con la investigación de El-Zawahry et al. (2015), que examina cómo los materiales protéticos afectan la biomecánica de la articulación temporomandibular.

Además, la presencia de patologías asociadas al uso de prótesis es otro aspecto relevante. Perić et al. (2024) identifican la estomatitis protética como una de las complicaciones más comunes, debido a factores como la mala higiene y la proliferación de *Candida* spp. Este problema también es tratado por Vélez Álava (2022), quien subraya la importancia del diagnóstico temprano de lesiones subprotésicas.

La calidad de vida y la satisfacción de los pacientes son temas centrales. Egido et al. (2021) analizan las diferencias entre prótesis completas y sobredentaduras mandibulares. Vargas (2018) investiga la relación entre calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis removibles.

En cuanto a la eficiencia funcional, Toro et al. (2024) comparan la fuerza masticatoria entre prótesis dentomucosoportadas y dentoimplantosoportadas, concluyendo que estas últimas ofrecen mayor eficiencia.

Finalmente, se analiza la durabilidad de los materiales. Velastegui et al. (2019) examinan fallas en prótesis con núcleo de circonio. De manera similar, Méndez (2023) estudia tensiones en prótesis implantosoportadas según diferentes materiales.

Protocolo para la elaboración de prótesis total

La elaboración de una prótesis total inicia con el registro detallado de las estructuras anatómicas de los maxilares desdentados. Para ello, el odontólogo realiza una impresión preliminar con material irreversible, generalmente alginato, con el objetivo de obtener un modelo de estudio que permita diseñar la cubeta individual.

Posteriormente, se procede al vaciado de la impresión en yeso tipo III para la obtención del modelo de estudio. Sobre este modelo se confecciona la cubeta individual, la

cual debe ser rígida, resistente y con un espesor uniforme aproximado de 2 mm. Su extensión debe cubrir completamente la superficie de soporte protésico, incluyendo una adecuada adaptación a los rebordes. Los bordes deben ser redondeados y la superficie interna lisa y pulida para evitar traumatismos en los tejidos blandos.

La cubeta es sometida a un proceso de remarginación utilizando godiva de baja fusión, con el fin de conformar adecuadamente los bordes funcionales mediante el recorte muscular. Esto garantiza un sellado periférico correcto. Posteriormente, se realiza la impresión definitiva con pasta zinquenólica, logrando un registro preciso de los detalles anatómicos.

Para conservar la forma y profundidad del fondo del surco, se efectúa el encofrado mediante la colocación de cera utility alrededor de la impresión, lo que permite obtener un modelo definitivo con zócalo adecuado. La impresión se vacía en yeso tipo IV, que proporciona mayor resistencia y precisión dimensional. Tras el fraguado, se procede a la separación, biselado y preparación del modelo definitivo.

Platos base y rodetes

Los platos base constituyen la estructura sobre la cual se realizarán los registros intermaxilares y representan la futura base protésica. Se confeccionan eliminando zonas retentivas del modelo y aplicando un separador yeso-acrílico. El material acrílico se adapta mediante técnica de goteo o en fase plástica, seguido de su polimerización.

Los rodetes de cera permiten registrar la relación intermaxilar y orientar la colocación dental. Se elaboran con

medidas específicas que garantizan correcta dimensión vertical y funcionalidad.

Montaje y selección dentaria

El montaje en articulador se realiza utilizando los registros obtenidos previamente, permitiendo reproducir los movimientos mandibulares. La selección de dientes se basa en tres criterios fundamentales: forma facial, tamaño (relacionado con la distancia intercanina y la línea de sonrisa) y proporción estética.

Procesos de laboratorio

El festoneado permite caracterizar la encía protésica, mejorando la integración estética y funcional. Luego se realiza el enmuflado mediante inclusión del modelo en una mufla con yeso, creando el molde para la futura prótesis.

El proceso continúa con la eliminación de cera, dejando el espacio destinado a la resina acrílica. Posteriormente se realiza el acrilado, seguido de la polimerización mediante control térmico, que transforma la resina en una estructura rígida.

Finalmente, se procede al desenuflado, terminado y pulido de la prótesis, eliminando excesos de material y logrando superficies lisas que favorecen la higiene, la comodidad y la adaptación clínica.

La figura 1 muestra un diagrama de Flujo de Prótesis Total.

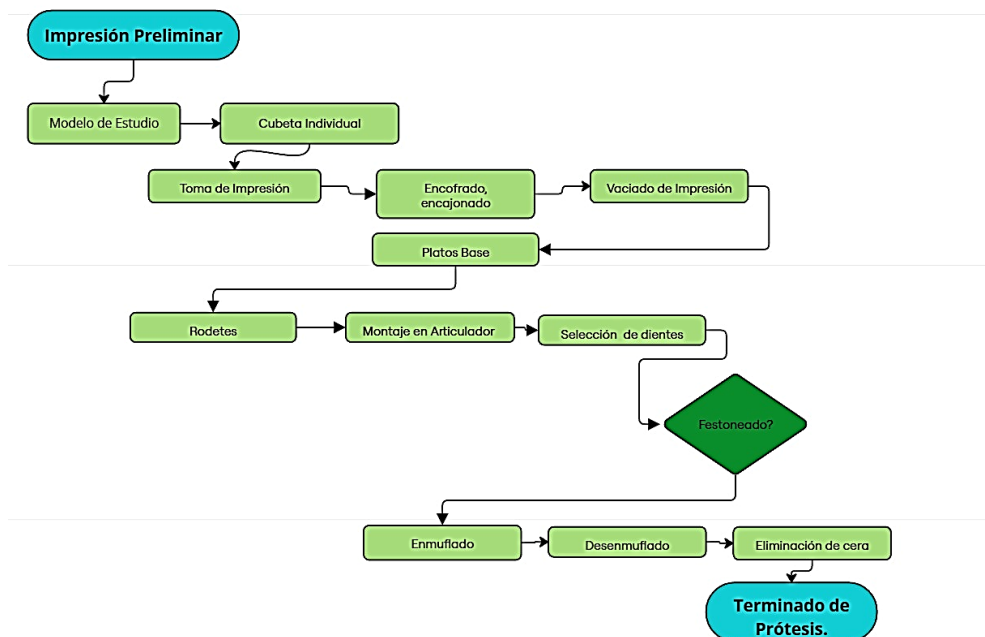


Figura 1. Diagrama de Flujo de Prótesis Total.

Protocolo para la fabricación de coronas metal-cerámicas

La elaboración de coronas metal-cerámicas constituye un procedimiento restaurador que combina técnicas tradicionales de laboratorio con tecnologías digitales contemporáneas, como los sistemas CAD/CAM. No obstante, el éxito clínico de la restauración depende fundamentalmente de una adecuada planificación y de una fase inicial correctamente ejecutada, incluyendo la precisión del modelo de trabajo y la selección apropiada de materiales.

El proceso inicia con la preparación del modelo maestro, generalmente confeccionado en yeso extraduro con forma de herradura. Se colocan pines de precisión para facilitar la posterior separación de los troqueles. Luego se realiza el zocalado del modelo con yeso piedra, proporcionando estabilidad y resistencia durante las etapas de trabajo.

Posteriormente, se separan las piezas dentales que serán restauradas y el odontólogo marca el límite cervical, garantizando una adaptación marginal adecuada. A partir de esta delimitación se realiza el encerado del margen cervical y del muñón, definiendo la anatomía final de la restauración y asegurando el espacio necesario para el material de recubrimiento.

Se elaboran los conformadores y se procede a la inclusión del patrón de cera mediante la colocación del revestimiento refractario, el cual debe fraguarse correctamente para mantener la precisión dimensional. Una vez

preparado el molde, se realiza la fundición del metal siguiendo las especificaciones técnicas del material seleccionado. El proceso de centrifugado permite una distribución homogénea del metal dentro del molde.

Tras la fundición, la estructura metálica se somete a arenado para eliminar residuos y mejorar la adhesión. Luego se efectúa el corte de los bebederos, la adaptación al modelo y los ajustes necesarios mediante desgaste controlado para optimizar la morfología y el ajuste marginal.

Se realiza un segundo arenado para garantizar una superficie limpia antes del tratamiento térmico de oxidación, procedimiento fundamental para mejorar la unión metal-cerámica. Posteriormente se aplica la capa inicial de porcelana (wash), que actúa como base de adhesión.

En caso necesario, se colocan capas de opaco para asegurar la correcta reproducción del color. Luego se aplica la porcelana en estratos controlados, modelando la anatomía definitiva de la restauración, respetando forma, función y estética.

Finalmente, se realiza el proceso de glaseado, que proporciona el acabado superficial brillante, mejora la resistencia y optimiza la integración estética de la corona. Este protocolo integra precisión técnica, control de materiales y criterios biológicos, garantizando restauraciones duraderas, funcionales y estéticamente satisfactorias. La Figura 2 contiene el diagrama de Flujo de Coronas de Metal Cerámica.

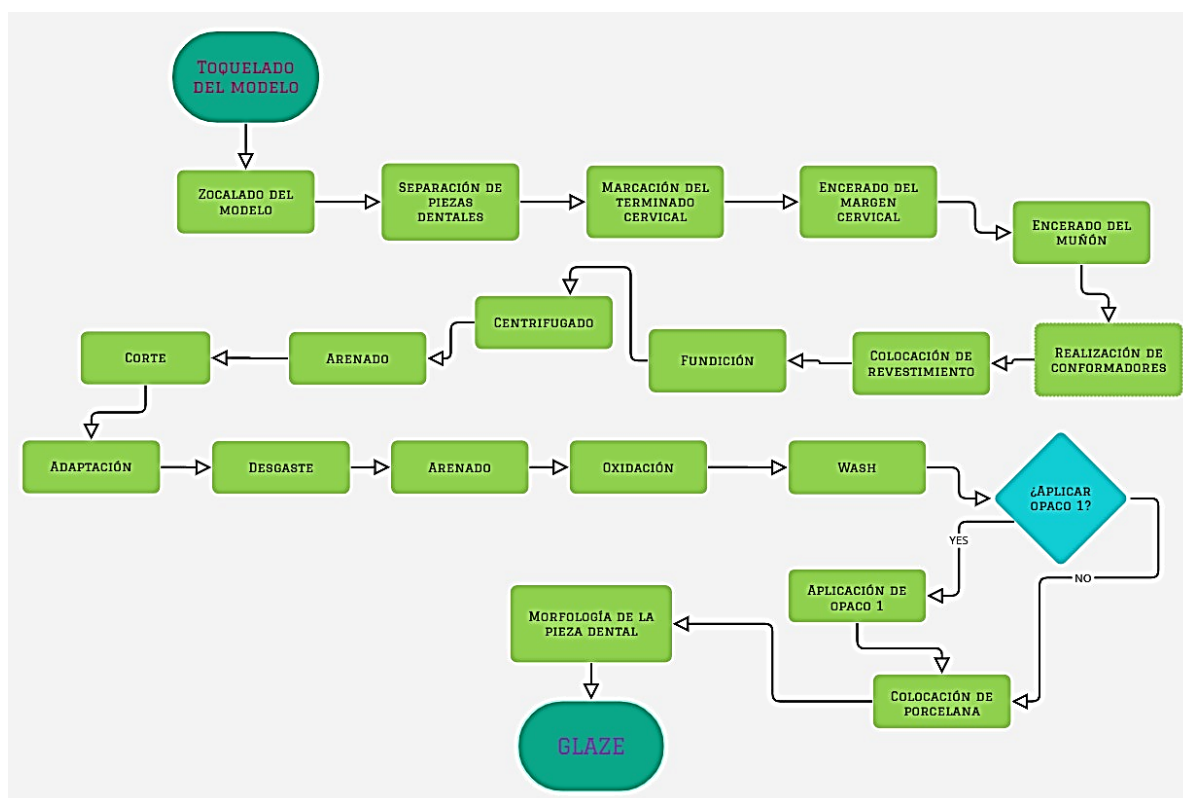


Figura 2. Diagrama de Flujo de Coronas de Metal Cerámica.

Protocolo para la fabricación de prótesis parcial removible

Las prótesis parciales removibles constituyen una alternativa terapéutica indicada en arcadas parcialmente edéntulas, permitiendo restaurar la función masticatoria, la fonación y la estética, además de prevenir la migración dental y el deterioro de los dientes remanentes. Tradicionalmente han representado una solución fundamental antes del desarrollo y masificación de los tratamientos implantosoportados. Su clasificación se basa en el sistema de Kennedy (1932), el cual permite organizar los casos según la distribución de las áreas edéntulas.

El objetivo de este tipo de rehabilitación es restablecer la anatomía y fisiología del sistema estomatognático, mejorar la calidad de vida del paciente y contribuir a su salud oral y general. Asimismo, busca proporcionar soporte adecuado a los tejidos blandos, optimizar la fonética, recuperar la función oclusal, restablecer la dimensión vertical cuando sea necesario, establecer un plano oclusal equilibrado y devolver la armonía estética.

El procedimiento inicia con la toma de impresiones preliminares utilizando alginato o material de impresión de alta viscosidad, con el fin de obtener modelos de estudio. Posteriormente, se realiza el análisis del modelo en el paralelómetro para determinar las zonas de retención, la vía de inserción y el diseño de la estructura metálica, considerando la posición de los dientes pilares. En esta etapa se lleva a cabo el paralelizado del modelo y, cuando es necesario, la preparación de planos guía y nichos para apoyos oclusales que favorezcan la estabilidad y distribución de cargas.

A continuación, se realiza la impresión definitiva empleando materiales de mayor precisión dimensional, como silicona de adición o elastómeros de mediana viscosidad. Con estos registros se procede a la adaptación y prueba de la estructura metálica, verificando que coincida con el diseño previamente planificado.

En la fase protésica funcional, se confeccionan los rodetes en cera, los cuales permiten registrar referencias de oclusión, fonética y estética. Con estos datos se realiza el montaje en articulador, utilizando el registro de relación bicondílea y los parámetros obtenidos previamente.

Luego se lleva a cabo el enfilado dental conforme a la selección realizada, seguido de las pruebas clínicas para evaluar oclusión, dimensión vertical, estabilidad, estética y articulación del habla. En caso de requerirse ajustes, estos se realizan mediante desgaste selectivo y posterior pulido progresivo, utilizando puntas abrasivas de baja velocidad, iniciando con instrumentos más abrasivos y finalizando con materiales de menor abrasividad para obtener superficies lisas.

El acabado final incluye el uso de cepillos impregnados con agentes de pulido y felpas que proporcionan brillo y suavidad a la superficie protésica. Posteriormente, se realiza la adaptación intraoral definitiva, efectuando los ajustes oclusales y de la base protésica necesarios para garantizar comodidad y funcionalidad.

Finalmente, es indispensable establecer controles inmediatos y periódicos tras la colocación de la prótesis, con el fin de realizar ajustes, evaluar la adaptación tisular y prevenir complicaciones, asegurando así el éxito clínico a largo plazo. En la Figura 3 aparece el diagrama de Flujo de Prótesis Removible.

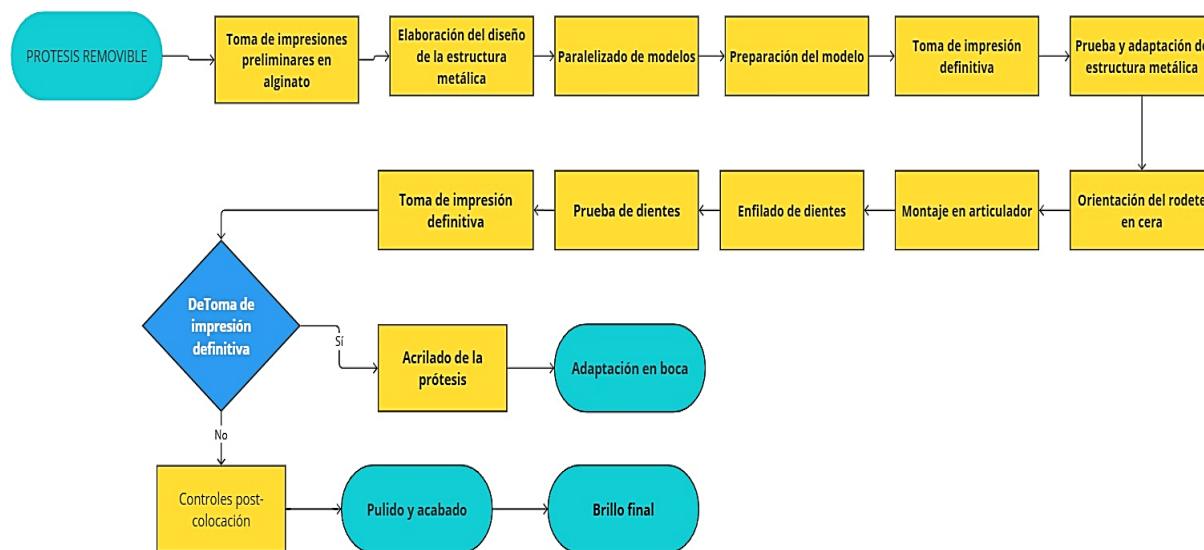


Figura 3. Diagrama de Flujo de Prótesis Removible.

CONCLUSIONES

El éxito de cualquier tipo de prótesis depende de la precisión en cada fase del proceso. Desde el diseño y toma de impresiones hasta la adaptación final en la cavidad oral, la exactitud es fundamental para asegurar que la prótesis sea funcional, cómoda y estéticamente agradable para el paciente.

En el caso de las prótesis totales, estas requieren un enfoque minucioso en la toma de impresiones y la fabricación para garantizar que la prótesis se ajuste de manera adecuada a la mucosa, evitando puntos de presión que puedan causar incomodidad o lesiones.

En cambio, las coronas deben ser exactas en su preparación. El protocolo debe incluir una correcta toma de impresiones, un modelo de trabajo preciso y el uso de materiales biocompatibles que aseguren la duración y resistencia de la restauración.

Finalmente, las prótesis removibles a diferencia de las prótesis totales, deben tener un buen sistema de retención para evitar desajustes y proporcionar estabilidad al paciente, lo que requiere atención en la selección de materiales y la técnica de fabricación.

REFERENCIAS

- Adar, P., Mieszko, A., & Chu, S. (2012). La corona de concepto: Restauración innovadora aplicando la técnica moderna. *Quintessence Técnica*, 23(3), 129–142. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-tecnica-33-articulo-la-corona-concepto-restauracion-innovadora-X1130533912438628>
- Egido, S., Ayuso, R., Schemel, M., Roca-Umbert, J., Izquierdo, K., & López, J. (2021). Evaluation of the quality of life and satisfaction in patients using complete dentures versus mandibular overdentures: Systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Dental Research*, 7(2), 231–241. <https://doi.org/10.1002/cre2.347>
- El-Zawahry, M., El-Ragi, A., El-Anwar, M., & Ibraheem, E. (2015). The biomechanical effect of different denture base materials on the articular disc in complete denture wearers: A finite element analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(3), 455–461. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.074>
- Mendez, Y. (2023). *Tensiones en una prótesis parcial fija unitaria implantosoportada en primer premolar inferior con diferentes materiales mediante elementos finitos* [Tesis de grado, Universidad Científica del Sur].
- Othman, G., & Abdulkareem, J. F. (2023). An in vitro comparative study of maxillary denture base retention between conventional fabrication and 3D printed techniques. *Sulaimani Dental Journal*, 10(2), 45–53. <https://doi.org/10.17656/sdj.10173>

- Perić, M., Miličić, B., Kuzmanović Pfićer, J., Živković, R., & Arsić Arsenijević, V. (2024). A systematic review of denture stomatitis: Predisposing factors, clinical features, etiology, and global *Candida* spp. distribution. *Journal of Fungi*, 10(5), 328. <https://doi.org/10.3390/jof10050328>
- Revelo, F. (2020). *Estandarización del proceso de producción de prótesis dentales del laboratorio odontológico Tecnidentlab Cía. Ltda* [Tesis de pregrado, Universidad de las Américas].
- Sánchez, F. (2016). *Manual básico del tratamiento protésico para odontólogos*. Els Alzamora.
- Stegelmann, K., & Luthardt, R. (2011). Principios básicos de la planificación de prótesis removibles. *Quintessence*, 24(1), 23–29. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-pdf-download-X0214098511909537>
- Toro, M., Chaple-Gil, A., Romo, F., & Díaz, L. (2024). Rendimiento y fuerza masticatoria máxima funcional en pacientes con prótesis parcial removible dentomuco-soportadas y dentoimplantosoportadas. *Revista Cubana de Estomatología*, 61. <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v61/1561-297X-est-61-e4917.pdf>
- Vargas, K. (2018). *Calidad de vida y salud bucal en usuarios de prótesis dental removible del Centro Integral del Adulto Mayor* [Trabajo de titulación, Universidad Privada Norbert Wiener].
- Velastegui, C., Toro, M., Chaple, A., Sánchez, G., & Fernández, E. (2019). Fracasos de las restauraciones cerámicas en base de circonio. *Revista Cubana de Estomatología*, 56(4). <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n4/1561-297X-est-56-04-e2107.pdf>
- Vélez Álava, Z. (2022). *Diagnóstico de lesiones subprotésicas en pacientes rehabilitados con prótesis dental removible* [Trabajo de titulación, UNiversidad San Gregorio de Portoviejo].

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores:

José Arturo Molina-Ramón, Diana Elizabeth Romero-Borja, Mariela Lisbeth Cunalata-Lasluisa, Marco Antonio Chisaguano-Tonato: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio.

Declaración ética:

El estudio aborda temas relacionados con estudiantes/personas vulnerables, pero se realizó únicamente mediante revisión documental, análisis de información secundaria o bases de datos públicas. No implicó la participación directa de seres humanos ni el manejo de información personal identificable.