UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Título

Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019

Tesis previa a la obtención del Título de Odontóloga

AUTORA: Sophia Anabella Sánchez León

DIRECTORA: Odont. Tatiana Isabel Luna Salinas, Esp.

LOJA-ECUADOR

2021

CERTIFICACIÓN

Odont. Tatiana Isabel Luna Salinas, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

Que la tesis denominada "**Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019**"; de autoría de la Srta. Sophia Anabella Sánchez León, previo a la obtención del título de Odontóloga, ha sido dirigido, analizado y revisado detenidamente en todo su contenido y desarrollo, por lo cual me permito autorizar su presentación para el respectivo trámite legal previo a la sustentación y defensa de su trabajo de titulación.

Loja, 26 de noviembre del 2021

Firmado electrónicamente por:
TATIANA ISABEL LUNA SALINAS

Odont. Tatiana Isabel Luna Salinas, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Loja, 26 de noviembre de 2021

Yo, Sophia Anabella Sánchez León, declaro ser autora del presente trabajo de tesis: "**PREVALENCIA DE PACIENTES PARCIALMENTE EDÉNTULOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 1 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO 2018-2019**". Por lo que eximo a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja para la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:

Autora: Sophia Anabella Sánchez León

Cédula de identidad: 1105775116

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Sophia Anabella Sánchez León, autora del trabajo de investigación "**PREVALENCIA DE PACIENTES PARCIALMENTE EDÉNTULOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 1 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN EL PERIODO 2018-2019**", autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 26 días del mes de noviembre del 2021, firma.

Firmado electrónicamente por:
SOPHIA
ANABELLA
SANCHEZ LEON

Autora: Sophia Anabella Sánchez León

Cédula de identidad: 1105775116

Correo electrónico: sophiasanchez298@gmail.com

Teléfono: +593 997 480 585

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Odont. Tatiana Isabel Luna Salinas, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidente del Tribunal: Odont. Tatiana Isabel Luna Salinas, Esp.
Miembro del tribunal: Odont. Cecilia Mariana Díaz López, Esp.
Miembro del tribunal: Odont. Claudia Stefanie Piedra Burneo, Esp.

DEDICATORIA

A Dios.

A mis padres, quienes han sido desde siempre mi más grande ejemplo de lucha y perseverancia.

A mis hermanos, que me han impulsado y acompañado en cada momento; y a quienes han permanecido siempre.

AGRADECIMIENTO

A mi Universidad, que ha sido la fuente de nuevos conocimientos, oportunidades y experiencias.

A mi directora de tesis, Odont. Tatiana Isabel Luna Salinas, Esp., quien se ha prestado con su característica gentileza a instruirme de la mejor manera y compartir sus conocimientos desinteresadamente.

A las docentes Odont. Jhoanna Alexandra Riofrío Herrera, Esp., Odont. Cecilia Mariana Díaz López, Esp., y Odont. Liliana Elizabeth Picoita Castro; y a la Srta. Zoila Rosa Martínez Ojeda, encargada de la Unidad de Atención Odontológica 1.

Y a quienes de una u otra manera, me motivaron con su ayuda y saber.

ÍNDICE

Carátula i

Certificación ii

Autoría iii

Carta de autorización iv

Dedicatoria v

Agradecimiento vi

Glosario ..... **¡Error! Marcador no definido.**

1 Título 2

2 Resumen 3

3 Introducción 5

4 Revisión de la literatura 7

CAPÍTULO I 7

4.1 Salud bucal 7

4.2 Edentulismo parcial 8

4.2.1 Definición 8

4.2.2 Causas del edentulismo parcial 9

4.2.3 Factores asociados 14

4.2.4 Consecuencias del edentulismo parcial 16

CAPÍTULO II 20

4.3 Clasificación de Kennedy 20

4.4 Leyes de Applegate 22

5 Materiales y Métodos 23

5.1 Enfoque 23

5.2 Tipo y nivel de investigación 24

5.3 Lugar de investigación 24

5.4 Unidad de estudio 24

5.5 Universo y muestra 24

5.6 Criterios de inclusión 24

5.7 Criterios de exclusión 25

5.8 Técnicas 25

5.9 Instrumento 26
5.10 Variables 26
5.11 Procedimiento 27
5.12 Equipo y materiales 28
5.13 Análisis estadístico 28
6 Resultados 28
7 Discusión 34
8 Conclusiones 37
9 Recomendaciones 39
10 Referencias 40
11 Anexos 47

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ATM: Articulación Témporomandibular

CAP: Colegio Americano de Prostodoncistas

CDA: California Dental Association

FDI: Federación Dental Internacional

IADR: International Association for Dental Research

MSP: Ministerio de Salud Pública

OHQoL: Oral Health-Related Quality of Life

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UAO1: Unidad de Atención Odontológica 1

UNL: Universidad Nacional de Loja

WHO: World Health Organization

1 TÍTULO

Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019

2 RESUMEN

El edentulismo parcial es una condición en la que se ha perdido uno o más dientes, por diferentes factores etiológicos, generando consecuencias que afectan el estado de salud general del paciente. La Clasificación de Kennedy es un método de categorización del edentulismo parcial, tiene gran aceptación en la práctica clínica por su precisión de codificación mediante visualización de las arcadas parcialmente edéntulas. **Objetivo:** determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la Clasificación de Kennedy, atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019. **Materiales y métodos:** investigación de tipo descriptivo, transversal; el universo fue conformado por 124 historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UNL del periodo 2018-2019, la muestra estuvo compuesta de 117 que cumplieron los criterios de inclusión. Se recolectaron los datos pertinentes mediante una matriz virtual. Se realizó una estadística descriptiva de los resultados. **Resultados:** se determinó una prevalencia de edentulismo parcial de la Clase I (33,33%), Clase II (29,92%) y Clase III (29,92%), y Clase IV (6,84%). Predominó el grupo etario de 20-49 años (48,72%), el sexo femenino (71,8%) y la arcada inferior (58,97%). **Conclusiones:** se determinó que en general, la Clase I de la Clasificación de Kennedy, fue la de mayor prevalencia, y la Clase IV fue la menos representativa. Sobresalieron con un mayor porcentaje de edentulismo parcial, el grupo de 20-49 años, el sexo femenino y la arcada inferior.

Palabras clave: Arcada Parcialmente Edéntula; Pérdida de Diente; Salud Bucal

ABSTRACT

Partial edentulism is a condition in which one or more teeth have been lost, due to different etiological factors, generating consequences that affect the general health status of the patient. The Kennedy Classification is a method of categorizing partial edentulism, it is widely accepted in clinical practice due to its coding precision through visualization of partially edentulous arches. **Objective:** to determine the prevalence of partial edentulous patients according to the Kennedy's Classification treated at the Unidad de Atención Odontológica 1 of the Universidad Nacional de Loja, in the period 2018-2019. **Materials and methods:** descriptive, cross-sectional research; the universe was made up of 124 clinical records of Removable Partial Prosthesis of the UNL from the 2018-2019 period, the sample was made up of 117 that met the inclusion criteria. The pertinent data was collected using a virtual matrix. Descriptive statistics of the results were carried out. **Results:** a prevalence of partial edentulism of Class I (33.33%), Class II (29.92%) and Class III (29.92%), and Class IV (6.84%) was determined. The age group of 20-49 years (48.72%), the female sex (71.8%) and the lower arch (58.97%) predominated. **Conclusions:** it was determined that, Class I of the Kennedy Classification was the one with the highest prevalence, and Class IV was the least representative. The 20-49 year-old group, the female sex, and the lower arch stood out with a higher percentage of partial edentulism.

Key words: Edentulous Jaw, Edentulous, Tooth Lose, Oral Health

3 INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es una patología irreversible, caracterizada por la pérdida de una o más piezas dentales permanentes, que generan afectaciones crónicas e incapacitantes y que a la vez, limitan las funciones fisiológicas y psicológicas de quien la padece. Rosenstiel y Land (2009) manifiestan que las prótesis parciales removibles juegan un papel fundamental dentro de las opciones de tratamiento, sin embargo, para tratar adecuadamente a dichos pacientes, la realización de un diagnóstico óptimo se considera un requisito imprescindible. Por lo tanto, uno de los índices de diagnóstico de edentulismo parcial recomendado por el Colegio Americano de Prostodoncistas (CAP), es la Clasificación de Kennedy, la cual facilita la categorización tanto en la arcada superior como inferior. (Jeyapalan y Shankar, 2015)

Los factores etiológicos del edentulismo parcial son variados, sin embargo los más frecuentes están relacionados a patologías y alteraciones orales, enfermedades sistémicas que comprometen la estabilidad estomatológica y condiciones socio-culturales. Esta patología, a su vez desencadena una serie de complicaciones y secuelas que comprometen el bienestar integral de quienes la padecen, al alterar factores funcionales, estéticos, sociales, y de autopercepción, involucrando finalmente la salud en general y la calidad de vida del paciente.

En un estudio realizado por Vanegas-Avecillas, Villavicencio-Caparó, Alvarado y Ordóñez (2016), se estableció que el edentulismo parcial de los pacientes de género femenino representó el 67%; también se destacó una considerable prevalencia en pacientes mayores de 40 años. Por otro lado, Fayad, Baig, y Alrawaili (2016), determinaron que la arcada inferior fue la que predominó en cuanto a edentulismo parcial, con un 57,04%.

La falta de suficientes registros de información relacionada a la prevalencia de edentulismo parcial en nuestro medio local y en el registro universitario, se traduce en una necesidad de actualizar los datos epidemiológicos correspondientes al tema, ya que la desinformación al respecto puede provocar una minimización de la gravedad de esta condición por parte del personal de Odontología y la población en general. Frente a este escenario, el presente trabajo tuvo como objetivo, establecer la prevalencia de pacientes edéntulos parciales atendidos en la Universidad Nacional de Loja según la clasificación de Kennedy, en el periodo 2018-2019, con un enfoque en la relación a la edad, sexo y las arcadas parcialmente edéntulas. Lo que brindó datos actuales, pertinentes y verídicos con los cuales, se podrán guiar en futuros estudios a partir del presente trabajo, estrategias efectivas de prevención direccionadas a la pérdida de dientes, y métodos de tratamiento protésico, en cuanto a Rehabilitación Oral para pacientes atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja.

4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I

4.1 Salud bucal

La Federación Dental Internacional publicó en el 2016 una nueva definición para salud oral, en la que se la considera como un ente poliédrico, que abarca la capacidad de hablar, sonreír, masticar, tragar; así mismo, de poseer sentido del olfato, gusto y tacto; y que manifiesta a través de la expresión de la cara diferentes emociones, permitiendo al individuo desenvolverse con confianza, sin dolor, malestares ni enfermedades en el complejo craneofacial. Se asocian directamente ciertos atributos a la salud bucal, el primero hace relación a que es un componente indispensable de la salud y del bienestar tanto físico como mental de un individuo; así mismo, refleja los rasgos fisiológicos, psicológicos y sociales esenciales para la calidad de vida. Y es influenciado por la variedad de vivencias, percepciones y expectativas de la persona, así como de su nivel de adaptación en las diferentes circunstancias posibles. (Glick, M. et al. 2016)

Según la California Dental Association (CDA), la salud bucal no solo engloba el bienestar de los dientes, sino que hace referencia a dientes, encías y tejido de soporte, paladar duro y blando, recubrimiento mucoso de la boca y garganta, lengua, labios, glándulas salivales, músculos, maxilar y mandíbula.

Portocarrero, C. (2009), establece que la calidad de vida relacionada con la salud oral abarca distintas áreas, como la autopercepción del individuo, relaciones interpersonales, aspectos sociales, emocionales y funcionales, generando un impacto directo en el ritmo de vida diario del individuo.

Según la Organización Panamericana de la Salud, nueve de cada diez personas a nivel mundial están en riesgo de tener algún tipo de enfermedad bucodental, tales como caries dental, enfermedades periodontales, cáncer de boca, entre otras. Por lo tanto, la salud oral es un aspecto primordial dentro de las condiciones generales de salud en todo el continente americano como a nivel mundial, al tomar en consideración su alcance en la carga global de morbilidad oral, los costos por tratamientos y la posibilidad de aplicar métodos oportunos de prevención. (PAHO, 2009)

En Ecuador, el Plan Nacional de Salud Bucal creado por el Ministerio de Salud Pública, tiene un enfoque en promoción y prevención con el objetivo de mejorar la calidad de salud y vida de las personas, tomando en consideración que la salud bucal está relacionada directamente a los problemas sociales de las comunidades. (MSP, 2009)

4.2 Edentulismo parcial

4.2.1 Definición

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad oral. El edentulismo es un problema de salud pública a nivel mundial, caracterizado por una etiología multifactorial. Afecta principalmente a los adultos mayores y en un porcentaje reducido a personas jóvenes, además, es más prevalente en grupos sociales con un nivel socioeconómico y demográfico desfavorecido. (Huamanciza, E., et al. 2019)

Así mismo, se lo puede considerar una enfermedad que involucra una agresión a la integridad de un individuo, pues al comprometer el sistema masticatorio se desencadenará una serie de

secuelas funcionales, estéticas y psicológicas desfavorables, que finalmente pueden afectar el estado de salud general del paciente. (Rojas-Gómez, P. et al., 2017)

Portocarrero, C. (2019), define al edentulismo parcial como la alteración o perjuicio de la armonía biológica y ecológica oral, provocando secuelas perjudiciales tanto en la salud general, como en la calidad de vida de las personas.

En el año 2003, la FDI, la OMS y la IADR plantearon un plan de metas para el nuevo milenio, es decir para el 2020. Algunos de los objetivos relacionados a la pérdida de dientes eran, reducir el número de personas edéntulas en los grupos etarios de 35-44 años y 65-74 años; incrementar el número de dientes naturales presentes en boca en las edades de 18, 35-44 y 65-74 años; y finalmente, aumentar la cantidad de individuos con dentición funcional (21 o más dientes naturales, según la OMS) entre las edades de 35-44 y 65-74 años. (Hobdel, M. et al. 2003)

4.2.2 Causas del edentulismo parcial

La pérdida de órganos dentarios, genera un desequilibrio en el sistema estomatognático, puesto que los dientes se desenvuelven y relacionan con variadas y muy importantes funciones y estructuras anatómicas, por lo tanto es indispensable identificar las causas y factores que conducen a este estado. (Leyva, L., et al. 2018)

Las causas del edentulismo parcial son diversas, no obstante, se ha reconocido a la caries dental y a la enfermedad periodontal como las principales. Estas patologías aún se consideran un problema de salud con impacto a nivel mundial, puesto que afectan tanto a la población infantil como adulta, además de presentarse con mayor frecuencia en individuos con un nivel socioeconómico bajo. (Gutiérrez-Vargas, et al. 2015) (Rojas-Gómez, et al. 2017)

4.2.2.1 Caries dental

La caries dental es conocida como una enfermedad infecciosa y transmisible, además de ser multifactorial puesto que involucra tres factores principales: microorganismos, sustrato y huésped, que interactúan juntos durante un tiempo considerable, y a los que se relacionan otros elementos modificadores, como susceptibilidad (abarca resistencia dental, saliva, alimentación, entre otros), actividad (involucra adherencia, producción de ácido, crecimiento microbiano, entre más) y factores sociales, económicos y culturales primordialmente. (Barrancos Mooney y Barrancos, 2007)

Según el International Caries Consensus Cooperation, llevado a cabo en el 2015 y en el que participaron 21 expertos en Cariología a nivel mundial, la caries dental se puede definir como una patología multifactorial, desencadenada por una descompensación del equilibrio ecológico oral provocada por el incremento de carbohidratos fermentados que dan como resultado altos índices de ácidos orgánicos, generando así una alteración en el biofilm y consecuentemente una pérdida mineral en los dientes. (Innes, N.P.T et al. 2016)

Escenarios como existencia de una gran cantidad de dientes previamente restaurados, detección de signos reiterativos de caries, así como la progresiva descalcificación dental, son factores que permiten determinar que el paciente es susceptible a caries dental. (Phoenix, R. et al. 2008)

Según la OMS, se estima que, a nivel mundial, cerca de 2300 millones de personas padecen caries en dientes permanentes.

Barrancos (2007), sostiene que la caries dental en adultos es una de las razones principales por las cuales se pierden piezas dentales. Leyva y colaboradores (2018), concuerdan en que la

caries dental es un problema de salud pública, que en caso de ocasionar una infección y afectación dental muy avanzada, y a pesar de considerar tratarla con los diferentes métodos preventivos y curativos conservadores existentes, no es posible, generará una destrucción grave que afectará al paquete vásculo nervioso; finalmente en el caso menos favorecedor, se deberá proseguir con la exodoncia de la pieza, generando un escenario de desdentamiento total o parcial en el individuo.

4.2.2.2 Enfermedad periodontal

El periodonto en su totalidad está conformado por diferentes elementos, estos incluyen a las encías, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar. A su vez, el periodonto se divide en dos grupos, el primero involucra las encías, que se encargan de preservar los tejidos subyacentes; y el segundo, es el aparato de inserción, que se compone del ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar. (Newman, M.. y Takei, H., 2003)

La Academia Americana de Periodontología (AAP) y la Federación Europea de Periodontología (EFP), en el año 2018 publicaron la estructura común más actual para clasificar y definir la salud y las patologías gingivales, las enfermedades y las condiciones periodontales y las enfermedades y condiciones periimplantarias. (Herrera, D. et al, 2018)

En cuanto a la periodontitis, se adoptó un nuevo esquema de clasificación de esta patología. Actualmente, ya no se la clasifica como “crónica” o “agresiva”, simplemente existe una única categoría de “periodontitis”, de la cual se presentan tres formas: 1. Periodontitis; 2. Periodontitis necrotizante; 3. Periodontitis como manifestación directa de enfermedades sistémicas. Adicional a esto, se organizó un sistema fundado en estadios y grados para catalogar las diversas manifestaciones de periodontitis en los casos individuales. Dichos estadios representan la

gravedad y extensión de la enfermedad, mientras que los grados detallan la posibilidad de su avance. (Sanz & Tonetti, 2019)

En Ecuador, las enfermedades periodontales componen un grupo de patologías prevalentes, con una frecuencia del 20% al 50% de la población, que acrecienta con la edad, se ha establecido una frecuencia del 70% de los adultos mayores de 65 años, y una frecuencia de 56,4% en el sexo masculino. Algunos de los factores relacionados con mayor frecuencia con la higiene deficiente, consumo de cigarrillo, enfermedades sistémicas como la diabetes, consumo de varios medicamentos y la edad. (Parise-Vasco, J. et al. 2020)

Las enfermedades periodontales, si no son tratadas oportunamente pueden llegar a niveles de complejidad que finalmente desembocan en la pérdida de dientes. Este tipo de patologías, según la OMS, afectan al 5-20% de la población adulta en edad madura. (González, M. et al., 2017)

4.2.2.3 Traumatismos

El traumatismo dentoalveolar es producto del impacto de una fuerza externa, con intensidad variable, que perjudica la calidad de vida del individuo debido sobre todo a la alteración en la estética y modificaciones del habla, lo que genera un impacto psicológico y social. Los escenarios considerados factores de riesgo para posibles traumas dentoalveolares, son las actividades deportivas de contacto, accidentes de tráfico, falta de seguridad en parques infantiles, escuelas y lugares de trabajo, violencia, asaltos. (Corrêa-Faria et al, 2015).

4.2.2.4 Causas congénitas

La agenesia dental es una anomalía craneofacial basada en el desorden determinado genéticamente que se presenta como la ausencia congénita de uno o más dientes. Es de origen multifactorial influenciada por factores genéticos, ambientales, patológicos y evolutivos

implicados en los mecanismos normales de la odontogénesis. Al trastornarse la lámina dental, se imposibilita la formación del germen dental, esto puede darse generar la inexistencia de cualquier diente, sin embargo, es más frecuente que se produzca de manera bilateral, con los incisivos laterales superiores y los terceros molares, tanto superiores como inferiores. (Jiménez-Sánchez & Sierra-Robles, 2019)

La agenesia se subdivide en diferentes tipos, el primero es la hipodoncia, que hace referencia a la condición en la que faltan entre uno a cinco dientes; la oligodoncia, se basa en la ausencia de más de 6 dientes (sin considerar a los terceros molares); ateloblastodoncia, se refiere a la presencia de una cantidad de dientes permanentes superior a dieciseis; y finalmente, la anodoncia, que es la condición en la que no se desarrolla ningún diente. (Marchena & Fernández, 2015)

4.2.2.5 Otras causas

La menopausia se presenta tras la interrupción definitiva de las menstruaciones, como resultado de la pérdida de la actividad folicular del ovario. La edad de presentación de la menopausia espontánea está entre los 45 y 55 años. Como resultado de los cambios hormonales durante la menopausia, algunas mujeres presentan síntomas que afectan a su calidad de vida. Una de las afectaciones comunes asociadas con la menopausia es la osteoporosis, la cual se relaciona con la pérdida dentaria y la pérdida de inserción periodontal; también se ha establecido que la osteoporosis está involucrada con la altura de la cresta alveolar y con los dientes perdidos en la mujer postmenopáusica. (Fajardo, et al. 2017)

El factor socioeconómico también puede condicionar el estado de salud bucal de un individuo, se ha determinado que un nivel socioeconómico bajo se relaciona frecuentemente con

un escaso grado de conocimiento de cuidado e higiene bucal, un mayor índice de consumo de azúcares en la dieta diaria, reducido acceso a servicio odontológico, y poca facilidad para adquirir productos de higiene oral. (Peñuela, R., 2020)

Otra causa relacionada a la pérdida de dientes, es la negligencia frente al cuidado dental, esto hace referencia a la inexistencia de precaución para cuidar y mantener la salud oral y a la falta de voluntad para asistir a servicios de atención odontológica. Frente a esto, la OMS estableció que no se puede relacionar de manera directa a la negligencia con un nivel socioeconómico bajo, puesto que la primera está asociada más con la voluntad del individuo que con su condición. Es decir, la negligencia frente al cuidado de la salud oral puede presentarse en cualquier nivel socioeconómico y estrato cultural, profesional, social, étnico y religioso. (Verdugo-Rosas & Encalada-Verdugo, 2019)

4.2.3 Factores asociados

4.2.3.1 Edad

La edad debe ser tomada en consideración dentro de la revisión clínica en pacientes con edentulismo parcial, debido a que algunas patologías se relacionan con este factor. Así mismo, existen condiciones sistémicas que tienen una mayor probabilidad de recurrencia en pacientes de determinadas edades. Incluso, para poder establecer un pronóstico es fundamental conocer este dato. (Nallaswamy, D. 2017)

El edentulismo puede afectar a personas de diferentes edades, sin embargo, se observa con más frecuencia en el adulto mayor, debido a que con el transcurso del tiempo, es más probable el desarrollo de enfermedades crónicas orales, como la caries dental y la periodontitis. (Marín, A. et al. 2019)

Según Carr et al. (2016), existe una relación directa entre el incremento de edad y la pérdida dentaria. Cerca del 71, 5% de los individuos entre 65-74 años de edad son desdentados parciales.

Se ha analizado la relación entre el envejecimiento y los diferentes cambios que pueden generarse en las áreas biológica, social y psicológica de los individuos con edentulismo parcial, ocasionando alteraciones funcionales que afectan la vitalidad de las personas y aumentan la vulnerabilidad a experimentar consecuencias degenerativas. Sin embargo, se recalca que la pérdida de dientes durante el envejecimiento, es prevenible. (Esquivel & Jiménez, 2008)

Jeyapalan y Shankar (2015), analizaron que existe la posibilidad de que al aumentar la edad, la tendencia a presentar Clases I y II aumente, mientras que las posibilidades de presentar Clases III y IV sean más reducidas en adultos mayores, mientras que en personas jóvenes pueden ser más comunes.

4.2.3.2 Sexo

Nallaswamy, D. (2017), establece que es fundamental tomar en consideración el sexo del paciente durante la evaluación clínica, puesto que en muchos casos la mentalidad y autopercepción del paciente se ven relacionadas al género, e incluso ciertas condiciones sistémicas y determinadas patologías se asocian más al sexo masculino o femenino.

En cuanto al género femenino, se ha establecido que presentan un mayor índice de conciencia de la importancia del cuidado de la salud, a diferencia del género masculino, lo que podría estar relacionado con la pérdida de dientes. No obstante, otros autores difieren al determinar que no existe una correlación de género significativa con la aparición de edentulismo parcial. (Jeyapalan y Shankar, 2015) (Araby, et al. 2017) (Özkurt-Kayahan et al. 2016)

4.2.3.3 Arcadas dentarias

La pérdida dentaria se produce antes en el maxilar que en la mandíbula, así mismo, se considera que los dientes posteriores se pierden con mayor frecuencia que los dientes anteriores. (Carr, et al 2016)

4.2.4 Consecuencias del edentulismo parcial

El edentulismo parcial desencadena varios inconvenientes para los individuos que lo padecen, incluidos desafíos clínicos y compromisos en el estilo de vida. La pérdida de dientes altera el sistema estomatognático, puesto que genera inclinación de los dientes adyacentes, extrusión de los dientes opuestos, alteración del habla, cambios en la apariencia y estética facial, trastornos de la articulación témporomandibular, y pérdida continua del hueso alveolar. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona. Además, conduce a la falta de autoconfianza y autoestima, lo que genera que el individuo limite actividades públicas, relaciones interpersonales, y relaciones afectivas y sexuales. Todo esto, provocará un impacto negativo en la calidad de vida y salud psicológica. (Gutiérrez, V., et al. 2015) (Jeyapalan y Shankar, 2015)

4.2.4.1 Pérdida de dimensión vertical

La dimensión vertical será afectada en caso de que exista pérdida de los contactos que usualmente determinan la dimensión vertical en oclusión debido a la pérdida de dientes y a la migración de los dientes remanentes. La pérdida de dimensión vertical puede repercutir en el estado neuromuscular, propioceptivo y postural del individuo; además, el tercio inferior de la cara se reducirá, la mandíbula tendrá una apariencia protruida, los pliegues genianos y

labiomentonianos se notarán incrementados y se provocará falta de espacio protésico. (Pairazaman, J., 2016)

4.2.4.2 Desviación mandibular

Las interrupciones del esquema oclusal normal pueden generar una ruta anormal de la mandíbula para evitar contactos oclusales deflectivos, es decir contactos prematuros. Esta desviación, que generalmente se encuentra acompañada de pérdida de soporte oclusal, puede generar dolor y malestar en otros componente del sistema masticatorio, sobre todo en los músculos de la masticación y en la articulación témporomandibular. (Owen, 2000)

4.2.4.3 Pérdida de hueso alveolar

Donde no existe ligamento periodontal, no hay hueso alveolar. Por lo tanto, en la extracción de dientes, se producirá pérdida de hueso, este fenómeno podrá continuar durante toda la vida a diferentes ritmos, y variará en cada individuo. El hueso necesita de estimulación para mantener su forma y densidad. Los dientes transmiten las fuerzas de comprensión y tracción al hueso subyacente. Cuando se pierde un diente, independientemente del factor etiológico, disminuye la estimulación del hueso residual, lo que genera una reducción trabecular y de la densidad ósea en dicha región, tanto en la anchura como en la altura del volumen óseo. Así mismo, se debe considerar que dicha pérdida puede estar influida por el sexo, las hormonas, el metabolismo, la parafunción y las prótesis mal ajustadas en caso de emplearlas. (Fernández, 2012) (Owen, 2000)

La pérdida ósea dará como resultado una serie de modificaciones estéticas, tomando en consideración la zona parcialmente edéntula, algunas de estas pueden ser, disminución de la altura facial debido a la alteración de la dimensión vertical en oclusión; profundización de líneas verticales a causa de la pérdida del ángulo labiomentoniano; prognatismo a causa de movimiento

delantero del mentón; apariencia de tristeza o seriedad como consecuencia de pérdida de tonicidad en la musculatura. (Fernández, 2012)

4.2.4.4 Trastornos témporomandibulares

La pérdida de las piezas dentarias bilaterales posteriores del maxilar inferior son las que se asocian con mayor frecuencia a alteraciones de la ATM. Dichas afectaciones se producen en sí debido a que en los pacientes edéntulos parciales, tomando en consideración la clase de edentulismo parcial que presenta, la articulación no posee el equilibrio ortopédico de su mandíbula ni el tope cierto en el cierre, con la resultante reducción de espacios intrarticulares y afectación de la biomecánica del movimiento mandibular. Pueden presentarse ciertas manifestaciones, como presencia de dolor, ruidos articulares, restricción mandibular, desviación mandibular. (Christiani, J. et al 2020)

4.2.4.5 Deficiencia masticatoria

La cantidad de dientes presentes en boca está directamente relacionada a la eficiencia masticatoria. Una cantidad menor a 20 dientes, con 9 a 10 pares de unidades de contacto, se asocia con una deficiencia masticatoria, y con un rendimiento y una capacidad masticatoria perjudicados. Esta discapacidad podría influir sustancialmente en el deseo de morder, masticar, deglutir, e incluso causa una modificación en la selección de alimentos, generalmente se opta por una menor ingesta de frutas, verduras y alimentos fibrosos, y una mayor ingesta de carbohidratos y comida procesada, aumentando de esta manera el riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y trastornos gastrointestinales. (Emami, E., et al. 2013)

4.2.4.6 Impacto en la calidad de vida

La calidad de vida hace referencia a la percepción de un individuo, sobre él mismo, tomando en consideración su contexto cultural, entorno social, su sistema de valores y anhelos personales. La calidad de vida relacionada con la salud bucal, también conocida como OHQoL, por sus siglas en inglés (Oral Health-Related Quality of Life), es empleada para determinar y evaluar la calidad y eficacia de la atención de la salud oral. El edentulismo parcial es una condición que puede ocasionar una baja calidad de vida, debido sobre todo a la disminución de la autoestima y del bienestar psicosocial de la persona. (Emami, E., et al. 2013)

4.2.4.7 Alteraciones psicológicas

Se ha determinado que algunas acciones frecuentes en los individuos parcialmente edéntulos son, distanciamiento social voluntario, poca interacción o participación en su ambiente social, sensación de provocar incomodidad en otros por el aspecto físico, búsqueda de consolación, baja inserción laboral. Otras consecuencias resultantes son, sufrimiento, mal humor, ansiedad, depresión, y pérdida de autoestima. (Rojas-Gómez, et al. 2017)

Von Marttens, et al. (2010) describen que la manera de afrontar la pérdida de un diente va a variar de un paciente a otro. No obstante, hay ciertas conductas, emociones y pensamientos que suelen ser comunes en los casos de pérdida de dientes. Se ha establecido que, cuanto más altere la pérdida dental a la estética de la persona, más afectación psicológica puede generar.

4.2.4.8 Afectación de relaciones interpersonales afectivas

Sentirse atractivo es importante tanto para uno mismo como para la pareja. Con la pérdida de dientes usualmente las relaciones sentimentales pueden verse afectadas en distintos grados, desde dejar de sentirse atraído por alguien o evitar el contacto o cercanía con la pareja en el caso del

paciente edéntulo, ya sea parcial o total. Los sentimientos más frecuentes en cuanto a las relaciones interpersonales por parte de los individuos parcialmente edéntulos son de rechazo, vergüenza y lástima. (Von Marttens, et al. 2010)

Fuentes-Fernández et al. (2015), manifiesta que la sexualidad es definida como una dimensión esencial de las personas, una parte integral del ser humano y se relaciona directamente con la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Por lo que la instabilidad en ella se exterioriza con problemas físicos, sentimentales y de pareja. Además, se debe considerar que la pérdida de dientes, se refleja como la pérdida de una parte erotizada del cuerpo. En el estudio realizado por Fuentes-Fernández y colaboradores, se determinó que la pérdida dentaria afectó al 65,5% de las mujeres encuestadas, quienes confirmaron que esta condición afectaba negativamente su sexualidad.

CAPÍTULO II

4.3 Clasificación de Kennedy

Según Nallaswamy, D. (2017), existen más de 40 clasificaciones descritas para diagnosticar el tipo de edentulismo parcial, propuestas entre 1921 y 2008, las cuales toman en consideración diferentes factores y criterios.

Se ha establecido que para que una clasificación sea empleada para la oportuna diferenciación de edentulismo parcial, debe cumplir con dos criterios fundamentales: permitir visibilizar al instante el tipo de arco que se está analizando; y, posibilitar la distinción entre una prótesis parcial removible de tipo dentosoportada o dentomucosoportada. (Rendón, R., 2006)

En el año 1923, el Dr. Edward Kennedy, propuso una clasificación para poder identificar el tipo de edentulismo parcial del paciente, misma que hoy en día es considerada como la más popular en Prostodoncia, debido a su enfoque en las arcadas parcialmente edéntulas mas no en la dentadura en sí; además de cumplir con los dos criterios previamente mencionados. Originalmente, esta clasificación fue dividida en cuatro categorías; años después, en 1960, Applegate realizaría una modificación en la clasificación aumentando otras dos categorías. (Nallaswamy, 2017)

Dicha clasificación, proporciona al profesional un esquema clínico teórico ágil, coherente y efectivo para poder realizar una planificación adecuada del tratamiento protésico en base a las características y necesidades del paciente. (Mahmood, W., et al., 2009).

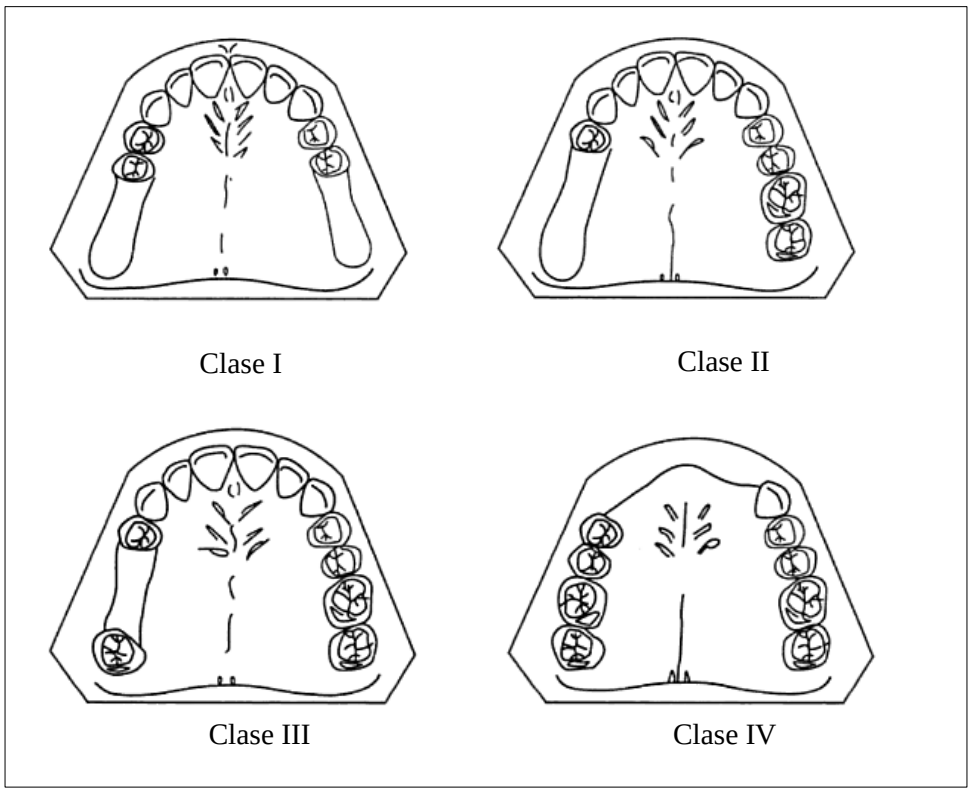
La clasificación de Kennedy (1923) está conformada de la siguiente manera:

Clase I: arco dentario con dos extremos libres posteriores adyacentes distalmente a los dientes presentes del sector anterior (edéntulo posterior bilateral). La prótesis adecuada para esta clase es tipo dentomucosoportada. (Mall-Desplats, E., Mallat-Callís, E., 2004)

Clase II: área edéntula unilateral que se encuentra posterior a la zona de dientes naturales remanentes. Se caracteriza por el empleo de prótesis parcial removible dentomucosoportada. (Phoenix, R. et al. 2008)

Clase III: zona edéntula unilateral con presencia de dientes remanentes anteriores y posteriores a la misma. Se emplea prótesis parcial removible dentosoportada. (Rendón, R., 2006)

Clase IV: única área edéntula bilateral localizada anterior a los dientes remanentes del arco. La prótesis parcial removible para esta clase es de tipo dentosoportada. (Mallat Desplats, E., Mallat Callís, E., 2004)



Rendón, R. (2004). *Clasificación de Kennedy*.

Según, Özkurt-Kayahan et al. (2016), la frecuencia de las diferentes clases de edentulismo parcial puede reflejar los aspectos de la población en las prioridades de salud dental.

4.4 Leyes de Applegate

Es posible que en un mismo arco existan más áreas edéntulas, cabe recalcar que no se consideran a los órganos dentales faltantes, sino en general.

En 1954, el Dr. O.C. Applegate proporcionó reglas específicamente diseñadas para aplicarlas al sistema de clasificación del Dr. Kennedy, mencionadas a continuación. (Nallaswamy, 2017)

Regla 1: la clasificación debe realizarse luego de cualquier extracción dental que se deba realizar, la cual pudiera afectar la clasificación.

Regla 2: en caso de que falte un tercer molar, y no se lo planee remplazar, entonces no se lo tomará en cuenta para la clasificación.

Regla 3: si se encentra presente un tercer molar, y será empleado como pilar, sí será considerado para la clasificación.

Regla 4: en caso de que falte un segundo molar que no se lo planee remplazar, no será tomando en cuenta dentro de la clasificación.

Regla 5: el área (o áreas) edéntula más posterior será siempre la que determine la clasificación.

Regla 6: las áreas desdentadas distintas a la que determina la clasificación, serán consideras como modificaciones, y se las designará con un número arábigo.

Regla 7: no se considera la extensión de la(s) modificación, solamente se toma en cuenta la cantidad de zonas edéntulas adicionales.

Regla 8: no pueden existir modificaciones en los arcos de Clase IV.

5 MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Enfoque

Cuantitativo

5.2 Tipo y nivel de investigación

Descriptivo: se realizó el respectivo registro y descripción de los datos observados de las historias clínicas y resultantes del estudio.

Transversal: la investigación se realizó empleando historias clínicas de Prótesis Parcial Removible del periodo 2018 –2019.

5.3 Lugar de investigación

Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, Loja-Ecuador.

5.4 Unidad de estudio

Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible (codificación de modelo de historia clínica empleado en la UAO1: UNL/HCL-PPR/2018/ODONTOLOGÍA), de pacientes edéntulos parciales atendidos la UAO 1 de la UNL, durante el periodo 2018-2019.

5.5 Universo y muestra

Universo: 124 historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de pacientes edéntulos parciales atendidos en la UAO 1 de la UNL, en el periodo 2018-2019, existentes en el registro universitario.

Muestra: 117 historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de pacientes edéntulos parciales, atendidos en la UAO 1 de la UNL en el periodo 2018-2019, que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

5.6 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL, del periodo 2018 – 2019.

- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL, de pacientes de sexo masculino y femenino.

- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL, de pacientes de entre 15-120 años, según los grupos de edad establecidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para la Producción Estadística.

5.7 Criterios de exclusión

- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL, que no registradas en el periodo 2018- 2019.
- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL, de pacientes cuya edad no se incluya en el rango requerido.
- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL, incompletas o con falta de información necesaria.

5.8 Técnicas

Para determinar la prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos, según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019, se realizó la búsqueda de historias clínicas en el archivo odontológico universitario. Una vez seleccionadas las historias clínicas, en base a los criterios de inclusión, se procedió a revisarlas y registrar los datos de número de historia clínica, fecha de ingreso del paciente, edad (según edades establecidas por la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud del MSP para la Producción Estadística 2006-2016), sexo (masculino y femenino), arcada dentaria (superior e inferior), clasificación de Kennedy, en una

matriz virtual de recolección de datos, con la cual posteriormente se realizó un análisis de tipo estadístico descriptivo para determinar los valores de prevalencia.

5.9 Instrumento

Se realizó una matriz virtual en Microsoft Excel 2010, para la recolección de los datos pertinentes para la investigación: edad, sexo, arcada dentaria edéntula y Clasificación de Kennedy de las historias clínicas.

5.10 Variables

Variables

Variable dependiente: Edentulismo parcial

Variable independiente: Edad, Sexo, Arcada

Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALORES
Edentulismo parcial	Cualitativa	Clasificación de Kennedy	Nominal	Clase I Clase II Clase III Clase IV
Edad	Categórica Cuantitativo	Años cumplidos desde el nacimiento	Razón	15-19 20-49 50-64 65-120
Sexo	Categórica Cualitativa	Sexo biológico del individuo	Nominal	Femenino Masculino
Arcada	Cualitativo	Arcada dentaria maxilar o mandibular	Nominal	Superior Inferior

5.11 Procedimiento

Fase 1: se realizó la tramitación de permisos para el acceso a la Unidad de Atención Odontológica 1 de la UNL, desde la etapa de Proyecto de Investigación (octubre-mayo 2020); los mismos fueron aprobados por la Coordinadora de la Carrera de Odontología de la UNL, para proseguir con el manejo de las historias clínicas de Prótesis Parcial Removible, del periodo 2018 – 2019, para revisión y recolección de datos.

Fase 2: para el periodo de Trabajo de Titulación (abril-septiembre 2021), se renovó el permiso de ingreso y manejo de historias clínicas, y se coordinó el horario para realizar las actividades correspondientes en las instalaciones de la UAO1 de la UNL.

Fase 3: durante la etapa de recolección de datos, se revisó un total de 43 archivos correspondientes a los años 2018 y 2019, de los cuales se obtuvo un total de 124 historias clínicas de Prótesis Parcial Removible, de las que se seleccionó una muestra de 117 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión, y de las cuales se recopiló el número de historia clínica, fecha de ingreso del paciente, edad, sexo, arcada dentaria y clasificación de Kennedy.

Fase 4: se prosiguió con el ordenamiento de los datos, en una matriz virtual establecida según parámetros analizados y/o recomendados por tres docentes especialistas de la UNL que colaboraron en el proceso, para posteriormente emplear dicha matriz primero en una prueba piloto. Posteriormente, se realizó la recopilación de datos final para el correspondiente procedimiento de estadística descriptiva con el fin de determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, en base a edad, sexo y arcada.

Fase 5: se tabuló y obtuvo los valores resultantes, de los cuales se realizó la interpretación de los datos en tablas de prevalencia y gráficos.

5.12 Equipo y materiales

Equipo utilizado para registrar los datos pertinentes de las historias clínicas fue computadora portátil marca HP, y programa Microsoft Excel 2010.

5.13 Análisis estadístico

Los datos correspondientes fueron obtenidos empleando Microsoft Excel 2010, y posteriormente se los presentó en tablas y gráficos.

6 RESULTADOS

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos específicos que se recolectaron de las historias clínicas de Prótesis Parcial Removible pertenecientes al periodo 2018-2019, de la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja; mediante el programa Microsoft Excel 2010.

Tras la revisión de 117 historias clínicas, se constató en general una mayor prevalencia de edentulismo parcial de las Clases I, II y III, en comparación con la Clase IV que mostró una prevalencia baja en la población estudiada. En los hallazgos obtenidos, se determinó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial en base a la Clasificación de Kennedy, fue predominada por el grupo etario de 20-49 años (48,72%), por el sexo femenino (71,8%); y por la arcada inferior (58,97%).

Tabla Nro. 1

Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Unidad de Atención Odontológica (UAO) 1 de la Universidad Nacional de Loja (UNL), en el periodo 2018-2019

Clasificación de Kennedy	**TOTAL**	
	n	**%**
Clase I	39	33,33
Clase II	35	29,92
Clase III	35	29,92
Clase IV	8	6,84
TOTAL	117	100

Fuente: Archivos de historia clínicas UAO 1 de la UNL.
Elaboración: Sophia A. Sánchez León

Como se observa en la Tabla 1, la Clase I fue la de mayor prevalencia con un 33,33%, tras el registro de 39 historias clínicas; las Clases II y III presentaron resultados similares con un 29,92% correspondientes a 35 historias clínicas cada una; la Clase IV fue la de menor prevalencia con 6,84%, de 8 historias clínicas.

Tabla Nro. 2

Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en base a edad (años) de pacientes atendidos en el periodo 2018-2019 en la UAO 1 de la UNL

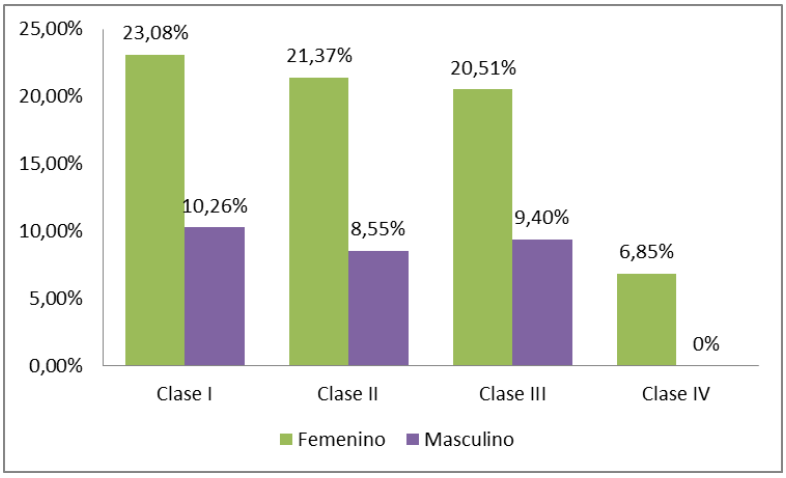
Clasificación de Kennedy	**Grupos de edades (años)**								**TOTAL**	
	15-19		**20-49**		**50-64**		**65-120**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Clase I	0	0	9	7,693	24	20,512	6	5,127	39	33,333
Clase II	1	0,855	20	17,095	10	8,547	4	3,418	35	29,915
Clase III	0	0	23	19,659	11	9,401	1	0,855	35	29,915
Clase IV	1	0,855	5	4,274	2	1,709	0	0	8	6,837
TOTAL	2	1,71	57	48,72	47	40,17	11	9,4	117	100

Fuente: Archivos de historia clínicas UAO 1 de la UNL
Elaboración: Sophia A. Sánchez León

De las 117 historias clínicas revisadas del periodo 2018-2019, 57 pertenecieron al rango de edad de 20-49 años (48,72%), siendo este grupo el de mayor prevalencia, y en el cual la Clase III sobresalió (19,659%); seguido de 47 pacientes que correspondieron a un rango de 50-64 años de edad (40,17%), predominando la Clase I (20,512%); y los grupos de menor prevalencia abarcaron el grupo etario de 65-120 años con 11 historias clínicas (9,4%), siendo la Clase I la más común en este grupo (5,127%); y finalmente, 2 historias clínicas que pertenecían al grupo de 15-19 años (1,71%), donde las Clases II y IV tuvieron el mismo valor (0,855%).

Figura Nro. 1

Prevalencia de edentulismo parcial, según sexo, de acuerdo a la clasificación de Kennedy de pacientes atendidos en el periodo 2018-2019 en la UAO 1 de la UNL



Fuente: Archivos de historia clínicas UAO 1 de la UNL.
Elaboración: Sophia A. Sánchez León

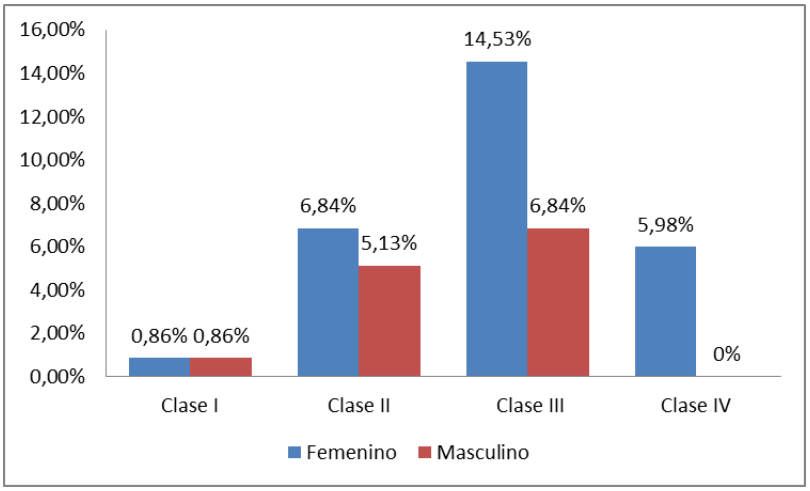
De una muestra de 117 historias clínicas, las pacientes de sexo femenino mostraron una prevalencia mayor a los pacientes de sexo masculino, en todas las clases de Kennedy. En cuanto

al sexo femenino, que contó con 84 historias clínicas (71,8%), se registraron 27 de Clase I correspondientes al 23,08%, siendo esta la clase con mayor prevalencia; seguida de un 21,37% de la Clase II, que correspondió a 25 historias clínicas consideradas; seguida la Clase III, que conformó el 20,51% con un registro de 24 historias clínicas; finalmente la Clase IV, mostró la menor prevalencia en pacientes de sexo femenino, correspondiendo a un 6,85% con 8 historias clínicas revisadas.

Por otro lado, de los 33 pacientes de sexo masculino (28,21%), la Clase I de Kennedy fue la que predominó con un 10,26% correspondiente a 12 historias clínicas revisadas; seguida de esta, la Clase III representó un 9,4% abarcando 11 historias clínicas, mientras que la Clase II mostró una prevalencia menor con un 8,55% como resultado de la revisión de 10 historias clínicas. No se registraron historias clínicas de pacientes de sexo masculino de Clase IV.

Figura Nro. 2

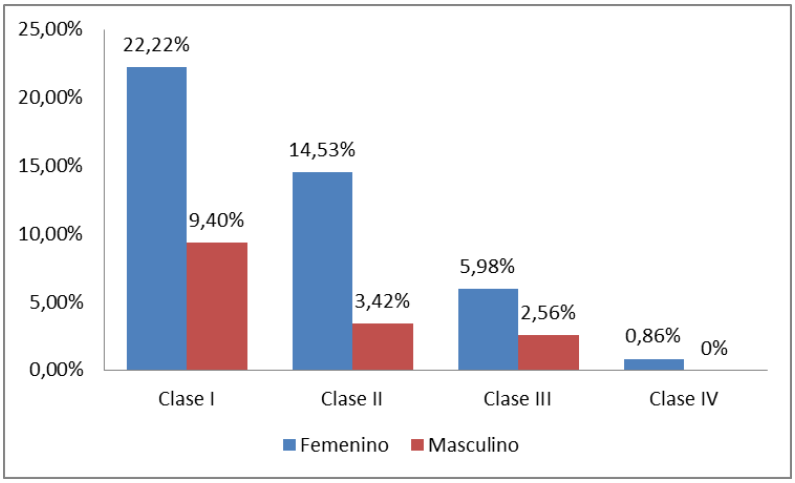
Prevalencia de edentulismo parcial en arcada superior, según sexo, de acuerdo a la clasificación de Kennedy de pacientes atendidos en el periodo 2018-2019 en la UAO 1 de la UNL



Fuente: Archivos de historia clínicas UAO 1 de la UNL.
Elaboración: Sophia A. Sánchez León

Figura Nro.3

Prevalencia de edentulismo parcial en arcada inferior, según de sexo, de acuerdo a la clasificación de Kennedy de pacientes atendidos en el periodo 2018-2019 en la UAO 1 de la UNL



Fuente: Archivos de historia clínicas UAO 1 de la UNL.
Elaboración: Sophia A. Sánchez León

En la arcada superior, tanto en pacientes de sexo femenino como masculino, la Clase III fue la más prevalente. En pacientes de sexo femenino, representó un 14,53% correspondiente a 17 historias clínicas revisadas, en cuanto a los pacientes de sexo masculino se obtuvo un 6,84% tras la revisión de 8 historias clínicas. Las clases de Kennedy con menor prevalencia en la arcada superior, en pacientes de sexo femenino fue la Clase I, con un 0,86% al contar con 1 historia clínica. Mientras en que en pacientes de sexo masculino, fue la Clase IV con 0% (Figura 2).

En la arcada inferior, las pacientes de sexo femenino predominaron en todas las clases de Kennedy, siendo la Clase I la más sobresaliente con un 22,22% perteneciente a 26 historias clínicas, mientras que la menos prevalente fue la Clase IV, con 0,86%, con 1 historia clínica. En relación a los pacientes de sexo masculino, la Clase I también fue la más prevalente, con un 9,40% correspondiente a 11 historias clínicas; por otro lado, no existieron casos de la Clase IV en arcada inferior según sexo masculino en las historias clínicas revisadas (Figura3).

Tabla Nro.3

Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy, según arcadas dentarias de pacientes atendidos en el periodo 2018-2019 en la UAO 1 de la UNL

Clasificación de Kennedy	**Arcada Dentaria**				**TOTAL**	
	Superior		**Inferior**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Clase I	2	1,71	37	31,62	39	33,33
Clase II	14	11,97	21	17,95	35	29,92
Clase III	25	21,37	10	8,55	35	29,92
Clase IV	7	5,98	1	0,85	8	6,84
TOTAL	48	41,03	69	58,97	117	100

Fuente: Archivos de historia clínicas UAO 1 de la UNL.
Elaboración: Sophia A. Sánchez León

En base a la muestra de 117 historias clínicas, se determinó que en la arcada superior, el 21,37% pertenece a la Clase III, siendo la de mayor prevalencia; seguida de la Clase II con un 11,967%, la Clase IV con un 5,98% y finalmente, la Clase I con un 1,71% siendo esta última la de menor prevalencia.

En cuanto a la arcada inferior, la Clase I fue la que predominó con un 31,62%, le sigue la Clase II con un 17,95%, la Clase III con 8,55% y la Clase IV con 0,85% representa a la de menor prevalencia en esta arcada.

7 DISCUSIÓN

El edentulismo parcial es una condición caracterizada por la pérdida de una o más piezas dentarias, como resultado de diferentes factores etiológicos, cuyo impacto consecuencial abarca diferentes áreas, funcional, estética, psicológica, social, entre más.

Cabe recalcar que, no existen reportes o investigaciones actuales en cuanto a la prevalencia de esta condición en la población atendida en la Universidad Nacional de Loja, en Loja-Ecuador; por tal razón, el objetivo del presente estudio era determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, en pacientes de dicha Institución de Educación Superior, para que a partir de los datos obtenidos en el mismo, se pueda posteriormente considerar la creación de más programas de prevención y atención enfocados en esta población.

Para la presente investigación se contó con una muestra de 117 historias clínicas, tras su revisión se estableció que la Clase I fue la de mayor prevalencia con un 33,3%, mientras que la Clase IV fue la de menor prevalencia con un 6,84%. Así también, se determinó que el grupo etario de 20-49 años fue el grupo predominante, con 48,72%. Por otro lado, el sexo femenino registró una prevalencia mayor en todas las Clases de Kennedy, con un 71,8%. Finalmente, la arcada inferior presentó una mayor prevalencia con un 58,97%, en comparación con la arcada superior con un 41,03%.

Se concuerda con Cisneros et al. (2014), quienes realizaron una investigación en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, en Perú, con una muestra de 200 individuos de los cuales se analizó 359 maxilares edéntulos parciales, dando como resultado que el rango de edad etario de 31 a 50 años, fue el más prevalente en su estudio con un 51,81%. Así mismo, Almusallam y AlRafee (2020) en su investigación realizada en Arabia Saudi, con un

total de 618 sujetos entre las edades de 35–74 años, establecieron que el 55,9% de los participantes en el grupo de 35 a 44 años tenían pérdida de dientes parcial; coincidiendo con parte del rango etario predominante en el presente estudio. Por otro lado, se varía con la investigación dirigida por Gutiérrez-Vargas et al. (2015) en 168 individuos residentes del distrito de Ventanilla, en Lima-Perú, se determinó que el porcentaje más elevado de edentulismo parcial fue en individuos de 41 a 64 años de edad con 92,3%.

Los resultados en cuanto a la relación del sexo del paciente con el edentulismo parcial coinciden con los estudios de Escudero et al., (2020) quienes analizaron una población de 15 a 85 años de la ciudad de Sucre, en Bolivia, y establecieron que el sexo femenino tenía un predominio en la prevalencia de edentulismo parcial con un 41.6%. Por otro lado, Huamanciza-Torres et al. (2019), en la Universidad Nacional de San Marcos de Lima, Perú, llevaron a cabo un estudio con una muestra de 100 pacientes, y determinaron que el sexo femenino fue más prevalente que el masculino, con un 66%. Así mismo, Dau et al. (2016), en la Clínica de Posgrado de la Universidad de Guayaquil, en Ecuador, concretaron que el 62,26% de su población estudiada correspondía al sexo femenino. Adicionalmente, Vadavadagi et al. (2015), establecieron en su investigación llevada a cabo en India, que los pacientes de sexo femenino predominaron con un 52.1% en su investigación. No obstante, los mencionados resultados varían con Almusallam y AlRafee (2020), quienes determinaron en su investigación con una muestra de 618 pacientes, que el sexo masculino tenía una mayor prevalencia con un 71,1%.

En cuanto a la relación existente entre la arcada dentaria y el edentulismo parcial, el presente estudio coincide con Cisneros et al. (2014), quienes determinaron que los casos en arcada inferior predominaron con un 51,81%. Así mismo, el presente estudio concuerda con la investigación realizada en Perú, por Chumpitaz et al. (2018), quienes determinaron que la clase

en el maxilar inferior más prevalente fue la Clase I con 42,4%, y en el maxilar superior la Clase III con 42,4%. De igual manera, se coincide con Huamanciza-Torres et al. (2019), que establecieron una mayor prevalencia de la Clase III en la arcada superior, con un 50% seguida de la Clase II con un 30%. Sin embargo, no se concuerda con la investigación realizada por Escudero et al. (2020), puesto que precisaron que la clase III mandibular presentó una mayor prevalencia con un 38%.

El presente estudio ha permitido determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la población local atendida en la Universidad Nacional de Loja, durante el periodo 2018-2019, tomando en consideración edad, sexo y arcadas dentarias; lo que brinda una noción más amplia de esta condición en el medio, y lo que permitirá en un futuro, direccionar de mejor manera la prevención y atención en las instalaciones universitarias.

8 CONCLUSIONES

Una vez recolectados y analizados los datos del presente estudio, estos nos permitieron conocer la prevalencia de edentulismo parcial en los pacientes atendidos durante un periodo de 2 años, 2018-2019, mediante la revisión de historias clínicas del archivo universitario, de la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, tomando en consideración variables de edad, sexo y arcada dentaria, ante lo cual se concluyó lo siguiente:

En cuanto a la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, en base a la edad, el grupo de 20-49 años dominó, siendo la Clase III la más prevalente en dicho grupo, en pacientes edéntulos parciales atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019.

Así mismo, se logró precisar que el sexo femenino tuvo un mayor porcentaje de edentulismo parcial, tanto en maxilar como mandibular; en ambos grupos la Clase de Kennedy I predominó; en pacientes edéntulos parciales atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019.

Por otro lado, se logró determinar que la prevalencia de edentulismo parcial en la arcada inferior predominó en relación con la arcada superior; siendo la Clase I de Kennedy la más prevalente en la arcada inferior, y la Clase III en la arcada superior, en pacientes edéntulos parciales atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019.

En el presente trabajo, se estableció que la Clase I de la Clasificación de Kennedy, fue la de mayor prevalencia, mientras que la Clase IV fue la menos representativa, específicamente, en

pacientes edéntulos parciales atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019.

9 RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios con una muestra más amplia para analizar la prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy, en la población atendida en la Universidad Nacional de Loja.

Se recomienda que en estudios futuros, se incluya una mayor cantidad de variables para analizar su posible relación, de causa o consecuencia, con el edentulismo parcial; tomando en consideración el nivel socioeconómico, ubicación demográfica, antecedentes de enfermedades sistémicas, impacto psicológico y autopercepción, entre otras.

Se recomienda plantear a partir del presente estudio, planes de prevención y concientización estratégicos frente a la pérdida de dientes, dirigidos por docentes y alumnos de la Facultad de Odontología, para la población atendida en las instalaciones de la Universidad Nacional de Loja.

Se recomienda elaborar y establecer protocolos de tratamientos oportunos de Rehabilitación Oral para edentulismo parcial con el objetivo de emplearlos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, para abordar óptimamente la atención a los pacientes.

Se recomienda realizar un llenado adecuado de cada sección de las historias clínicas para lograr obtener resultados más amplios y precisos en estudios futuros.

Se recomienda mantener un registro periódico de pacientes con edentulismo parcial atendidos en la Universidad Nacional de Loja.

10 REFERENCIAS

Almusallam, S. & AlRafee, M. (2020), The prevalence of partial edentulism and complete edentulism among adults and above population of Riyadh city in Saudi Arabia, Journal od Family Medicine and Primary Care, Vol. 9, N., 4, 1868-1872.

Araby, Y., Almutairy, A. & Alotaibi, F. (2017), Pattern of Partial Edentulism in Correlation to Age and Gender among a Selected Saudi Population, International Journal of Dental Sciences and Research, Vol. 5, No. 1

Barrancos Mooney, Barrancos (2007), Operatoria Dental: Integración Clínica, 4 Edición, Editorial Médica Panamericana

Carr, A., McGivney, G. & Brown, D. (2016), McKraken Protesis Parcial Removible, Edición 13, ELSEVIER

CDA (2003), Salud Bucal, California Dental Association. Recuperado de: https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_health_spanish.pdf

Christiani, J., Mayan, A., Gómez, A. & Altamirano, R. (2020), Estudio de trastornos

Chumpitaz, R., Lecca, M. & Díaz, C. (2019), Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Peru, J Oral Res, vol.8, n.3, 236-243

Cisneros, M., Verástegui, A., & Fernández, H., (2014), Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria, Revista Científica Alas Peruanas, vol.1, n.1

Corrêa-Faria, P., Martins Paiva, S., Almeida Pordeus, I. & Ramos, J. (2015), Influence of Clinical and Socioeconomic Indicators on Dental Trauma in Preschool Children. Braz Oral Res, v.29, n.1, 1-7

Dau, R., Ortiz, E., Mazzini, F., Ubilla, W. (2016), Análisis de la prevalencia de la Clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos, GEROINFO, Vol.13. No.3

Emami, E., Freitas de Souza, R., Kabawat, M. & Feine, J. (2013), The Impact of Edentulism on Oral and General Health, International Journal of Dentistry, v.7

Escudero, R., Muñoz, M., De la Cruz, C., Aprili, L. & Valda, E. (2020), prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación, v.18 n.21

Esquivel, R. & Jiménez, J. (2008), El efecto de los dientes perdidos En la calidad de vida de un grupo de adultos mayores, Odontología Actual, v.5, n. 58

Fajardo, M., Rodríguez, O. & Rodríguez, A. (2017), Las hormonas sexuales femeninas y su relación con la enfermedad periodontal, MEDISAN, v.21, n.1

Fayad, M., Baig, M. & Alrawaili, A. (2016) Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia. J Int Soc Prev Community Dent, vol. 6

Fernández, A. (2012), Consecuencias anatómicas de la ausencia de dientes, Zona Hospitalaria.

Fernandez-Barrera, M., Medina-Solísa,C., Márquez-Corona, M., Vera-Guzmána, S., Ascencio-Villagrána, A., Minaya-Sánchezb, M. & Casanova-Rosadob,A. (2016), Edentulismo en adultos

de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral vol.9 no.1

Fuentes-Fernández, R., Oporto, V., Silva, M., Prieto, R., Sanhueza, A. & Cantín, M. (2015), Impacto de la caries dental y enfermedad periodontal sobre la sexualidad de la mujer, AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA, Vol. 31 - Núm. 4

Glick, M., Williams, D., Kleinman, D. & Vujicic, M. (2017), A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health, Journal of Public Health Dentistry, 77(1):3-5

González, M., Rocha, M., González, A. (2017), Grado de educación, prevención e importancia dental: realidad en padres de familia de León, Guanajuato. Revista ADM, v.74, n.2, 67-68

Gutierrez-Vargas, V., León-Manco, R. & Castillo-Andamayo, D. (2015) Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal, Rev Estomatol Herediana, v.25, n.3

Herrera, D., Figuero, E., Sanz, M. (2018) Periodoncia Clínica: diagnóstico y tratamiento periodontal, Revista Científica de la Sociedad Española de Periodoncia, n.11

Hobdel, M., Poul, E., Clarkson, J. & Johnson, N. (2003), Global Goals for Oral Health 2020, International Dental Journal, v.53, 285–288

Huamanciza, E., Chávez, L., Chacón, P. & Ayala, G. (2019) Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural, Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol.18 no.2

Innes, N., et al. (2016) Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Terminology, Advances in Dental Research Vol. 28(2) 49–57

Jeyapalan, V. & Shankar, C. (2015), Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review, JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH v.9, n.6

Jiménez-Sánchez A. & Sierra-Robles E. (2019), Frecuencia de agenesias dentales en pacientes que acudieron a un centro radiológico en Guadalajara, México. Revista Tamé, v.8, n.22

Leyva, L., Ledesma, N., & Fonte, M. (2018) Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos, REMIJ, vol. 19, n.2

Mallat Desplats, E. & Keogh, T. (1998), Prótesis Parcial Removible: Clínica y Laboratorio, Harcourt Brace, España

Mallat Desplats, E., Mallat Callís, E. (2004), Prótesis parcial removible y sobredentaduras, ELSEVIER

Marchena, L. & Fernández, C. (2015), Etiología de las agenesias dentales, Revista Europea de Odontoestomatología

Marín, A. & Chavarría, M. (2019), Factores sistémicos asociados con el edentulismo, según edad y género, mediante las radiografías panorámicas y expedientes digitales, Odontología Vital n.31

MSP (2009), Plan Nacional De Salud Bucal, Recuperado de: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf

Nallaswamy, D. (2017), Textbook of Prosthodontics 2° Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers, Daryaganj

Newman, M. & Takei, H. (2003), Carranza Periodontologia Clinica 9ºEdición, McGraw-Hill

Owen, CP. (2000), Fundamentals of Removable Partial Dentures, 2º Edition, University of Cape Town Press, South Africa

Özkurt-Kayahan, Z., Özçakır C. & Kazazoğlu, E. (2016), Partial edentulism and treatment options, Yeditepe Dental Journal 13(1):31-36

Pairazaman, J. (2016), Recuperación de la dimensión vertical con prótesis combinada: reporte de caso clínico, Rev. Salud & Vida Sipanense. (1):61-74

Parise-Vasco, J., Zambrano-Achig, P., Viteri-García, A. & Armas-Vega, A. (2020), Estado de la salud bucal en el Ecuador, Odontología Sanmarquina, 23(3): 327-332

Patiño, M., Meza, A. & Gutiérrez, A., (2020) Edentulismo y dentición funcional en adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Rev. Tame, N.21, vol. 8, 810-815

Peñuela, R., (2020), La Salud Bucal es un privilegio de Clase Social, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia, https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4407/Pe%C3%B1uela_Munevar_Ritba_Camila_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez, B., Enríquez, D., Perdomo, C., González, W. & Noriega, S. (2020), Morbilidad en ancianos con pérdida dentaria, MEDISAN vol.24 no.3

Phoenix, R., Cagna, D. & DeFreest, C. (2008), Stewart's clinical removable partial prosthodontics 4º Edition, Quintessence Publishing Co, Inc. Canada

Potocarrero, C. (2019), SALUD ORAL Y SU IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA, Universidad de San Marín de Porres, Perú, https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5145/portocarrero_aca.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Ministerio de Salud Pública (2016) Producción Estadística MSP 2006-2016, Coordinación General de Planificación, Ecuador.

Rendón, R. (2004), Prótesis Parcial Removible. Conceptos actuales. Atlas de diseño, Editorial Médica Panamericana

Rojas-Gómez, P., Mazzini-Torres, M., & Romero-Rojas, K. (2017), Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos, Revista Científica Dominio de las Ciencias, vol.3, n.2

Sánchez, M. (2018), Traumatismos dentoalveolares, características clínicas e imagenológicas: una revisión de la literatura, Rev Cient Odontol (Lima), vol. 6 (2): 195-212

Sanz, G., Llanes, C., Gretel, L. & Valdés, Y. (2018) Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor, GEROINFO, Vol.13. No.3

Sanz, M. & Tonetti, M. (2019), Nueva Clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias, European Federation of Periodontology

Temporomandibulares en pacientes parcialmente desdentados, RAAO, v. LXIII, n.2

Vadavadagi, S., Srinivasa, H., Goutham, G., et al. (2015), Partial Edentulism and its Association with Socio-Demographic Variables among Subjects Attending Dental Teaching Institutions, India, Journal of International Oral Health, v.7, n.2, 60-63

Vadavadagi, S., Srinivasa, H., Goutham,G., Hajira, N., Lahari,, M. & Prasantha, G. (2015), Partial Edentulism and its Association with Socio-Demographic Variables among Subjects Attending Dental Teaching Institutions, India. Journal of International Oral Health, vol. 7, n.2, 60–63.

Vanegas-Avecillas, E., Villavicencio-Caparó, E., Alvarado, O., Ordóñez, P. (2016) Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016, Rev. Estomatol. Herediana vol.26 no.4, Lima

Verdugo-Rosas, L. & Encalada-Verdugo, L. (2019), NEGLIGENCIA AL CUIDADO DENTAL EN POBLACIÓN ADULTA DE CUENCA - ECUADOR 2018, Revista Científica de Especialidades Odontológicas UG, v.3, n.1

Von Marttens, A., Carvajal, J., Leighton, Y. & Von Marttens, M. (2010), Experiencia y Significado del Proceso de Edentulismo de Adultos Mayores, Atendidos en un Consultorio del Servicio Público Chileno, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehábil. Oral Vol. 3(1)

WHO (2020), Salud bucodental. World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=Las%20enfermedades%20bucodentales%20constituyen%20una,otras%20importantes%20enfermedades%20no%20transmisibles.

11 ANEXOS

Anexo 1.

Matriz de obtención de muestra

MATRIZ DE OBTENCIÓN DE MUESTRA																				
Nº	# DE HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	EDAD DEL PACIENTE*				SEXO DEL PACIENTE		ARCADA		CLASE DE KENNEDY				MODIFICACIONES DE CLASE DE KENNEDY				
			15-19	20-49	50-64	65-120	F	M	SUP	INF	I	II	III	IV	0**	1	2	3	4

*Edad del paciente= grupos de edad según MSP

**0= sin modificaciones.

Anexo 2.

Recopilación de datos de historias clínicas de la UAO1 de la UNL

Anexo 3.

Autorización de ingreso a la UAO1 de la UNL, y revisión de archivos de historias clínicas de Prótesis Parcial Removible del periodo 2018-2019

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

OF. No. 041-DCO-FSH-UNL
Loja, 18 de enero de 2021

Srta. Zoila Martínez
SERVIDORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Presente. –

De mis consideraciones:

Por medio del presente pongo a su conocimiento que se autoriza a la señorita **Sophia Sánchez León** estudiante del IX ciclo de la Carrera de Odontología, el acceso al archivo de las Historias Clínicas de prótesis parcial removible de los años 2018 y 2019, de las Unidades de Atención de la Carrera de Odontología de la UNL, con la finalidad que pueda recabar la información para el desarrollo del Proyecto de Investigación de la asignatura de Trabajo de Titulación denominado **"Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018- 2019"** .

.Por la atención al presente le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

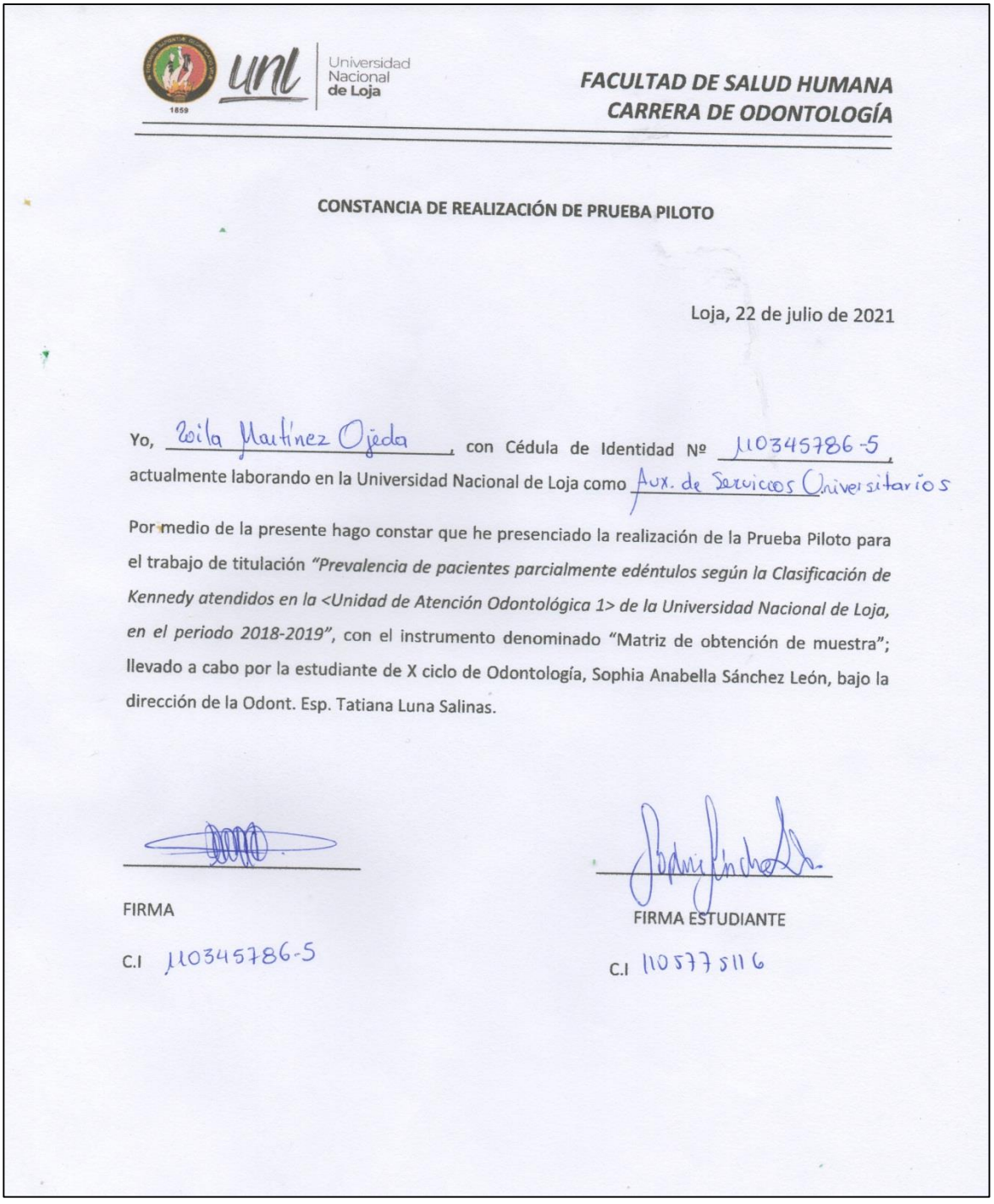
Odt. Esp. Susana González Eras
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA FSH-UNL

SGE/ep
C.c Archivo

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 - 571379 Ext.102

Anexo 4.

Constancia de realización de prueba piloto



Universidad Nacional de Loja

FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DE PRUEBA PILOTO

Loja, 22 de julio de 2021

Yo, Zoila Martínez Ojeda, con Cédula de Identidad Nº 1103457865, actualmente laborando en la Universidad Nacional de Loja como Aux. de Servicios Universitarios

Por medio de la presente hago constar que he presenciado la realización de la Prueba Piloto para el trabajo de titulación *"Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la <Unidad de Atención Odontológica 1> de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019"*, con el instrumento denominado "Matriz de obtención de muestra"; llevado a cabo por la estudiante de X ciclo de Odontología, Sophia Anabella Sánchez León, bajo la dirección de la Odont. Esp. Tatiana Luna Salinas.

FIRMA

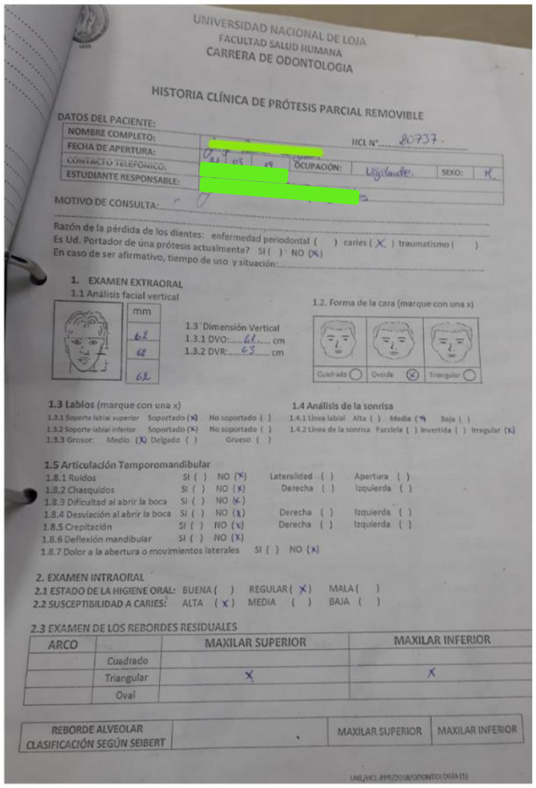
C.I 1103457865

FIRMA ESTUDIANTE

C.I 1105775116

Anexo 5.

Historia Clínica de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 de la UNL


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

DATOS DEL PACIENTE:
NOMBRE COMPLETO: [redacted] HCL N° 20737.
FECHA DE APERTURA: OCUPACIÓN: Vigilante. SEXO: H.
CONTACTO TELEFÓNICO: [redacted]
ESTUDIANTE RESPONSABLE: [redacted]
MOTIVO DE CONSULTA:
Razón de la pérdida de los dientes: enfermedad periodontal ( ) caries (X) traumatismo ( )
Es Ud. Portador de una prótesis actualmente? SI ( ) NO (X)
En caso de ser afirmativo, tiempo de uso y situación:

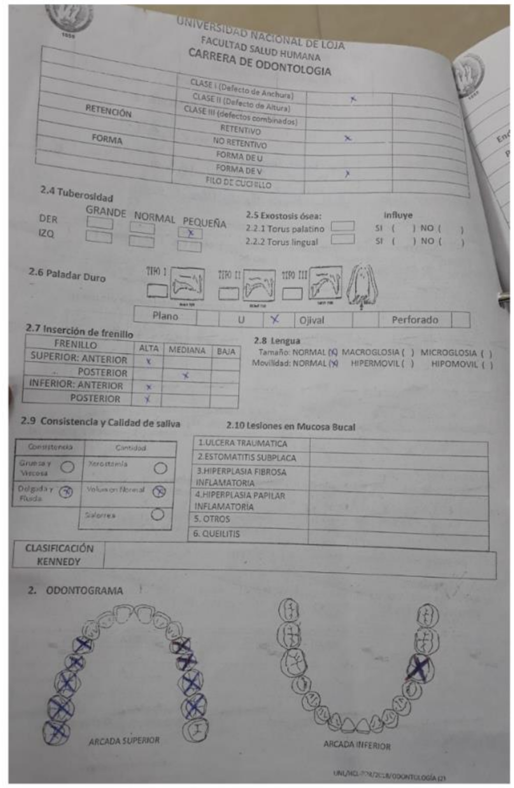
1. EXAMEN EXTRAORAL
1.1 Análisis facial vertical
1.2. Forma de la cara (marque con una x)
1.3 Dimensión Vertical
1.3.1 DVO: 61 cm
1.3.2 DVR: 63 cm
Cuadrado ( ) Ovoide (X) Triangular ( )

1.3 Labios (marque con una x)
1.4 Análisis de la sonrisa
1.5 Articulación Temporomandibular

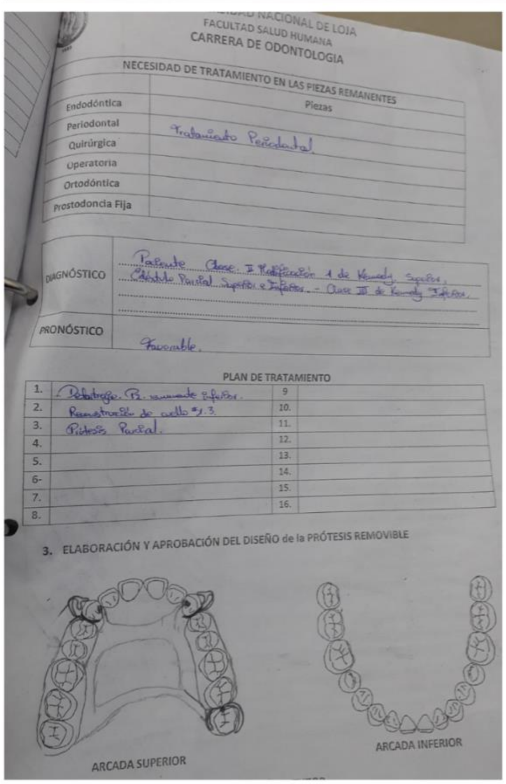
2. EXAMEN INTRAORAL
2.1 ESTADO DE LA HIGIENE ORAL: BUENA ( ) REGULAR (X) MALA ( )
2.2 SUSCEPTIBILIDAD A CARIES: ALTA (X) MEDIA ( ) BAJA ( )
2.3 EXAMEN DE LOS REBORDES RESIDUALES

ARCO	MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR
Cuadrado		
Triangular	X	X
Oval		

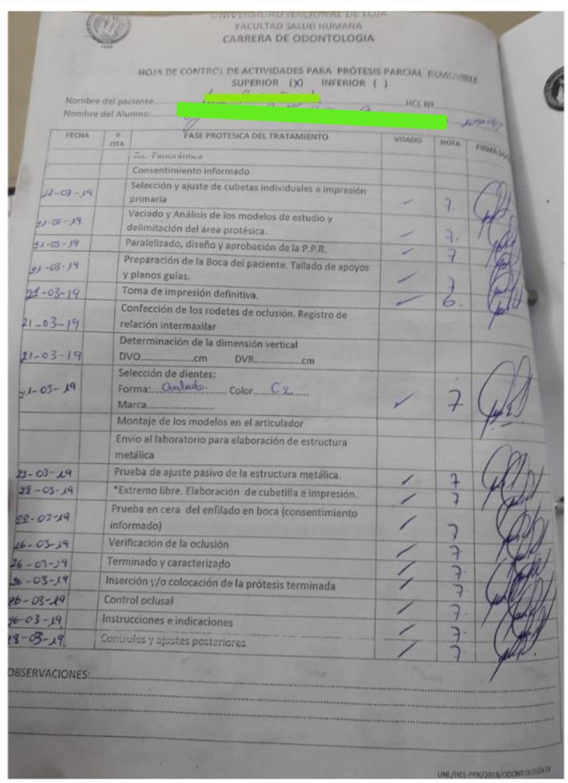
REBORDE ALVEOLAR CLASIFICACIÓN SEGÚN SEIBERT — MAXILAR SUPERIOR — MAXILAR INFERIOR


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

RETENCIÓN — FORMA
2.4 Tuberosidad
2.5 Exostosis ósea
2.6 Paladar Duro
2.7 Inserción de frenillo
2.8 Lengua
2.9 Consistencia y Calidad de saliva
2.10 Lesiones en Mucosa Bucal
CLASIFICACIÓN KENNEDY
2. ODONTOGRAMA
ARCADA SUPERIOR — ARCADA INFERIOR

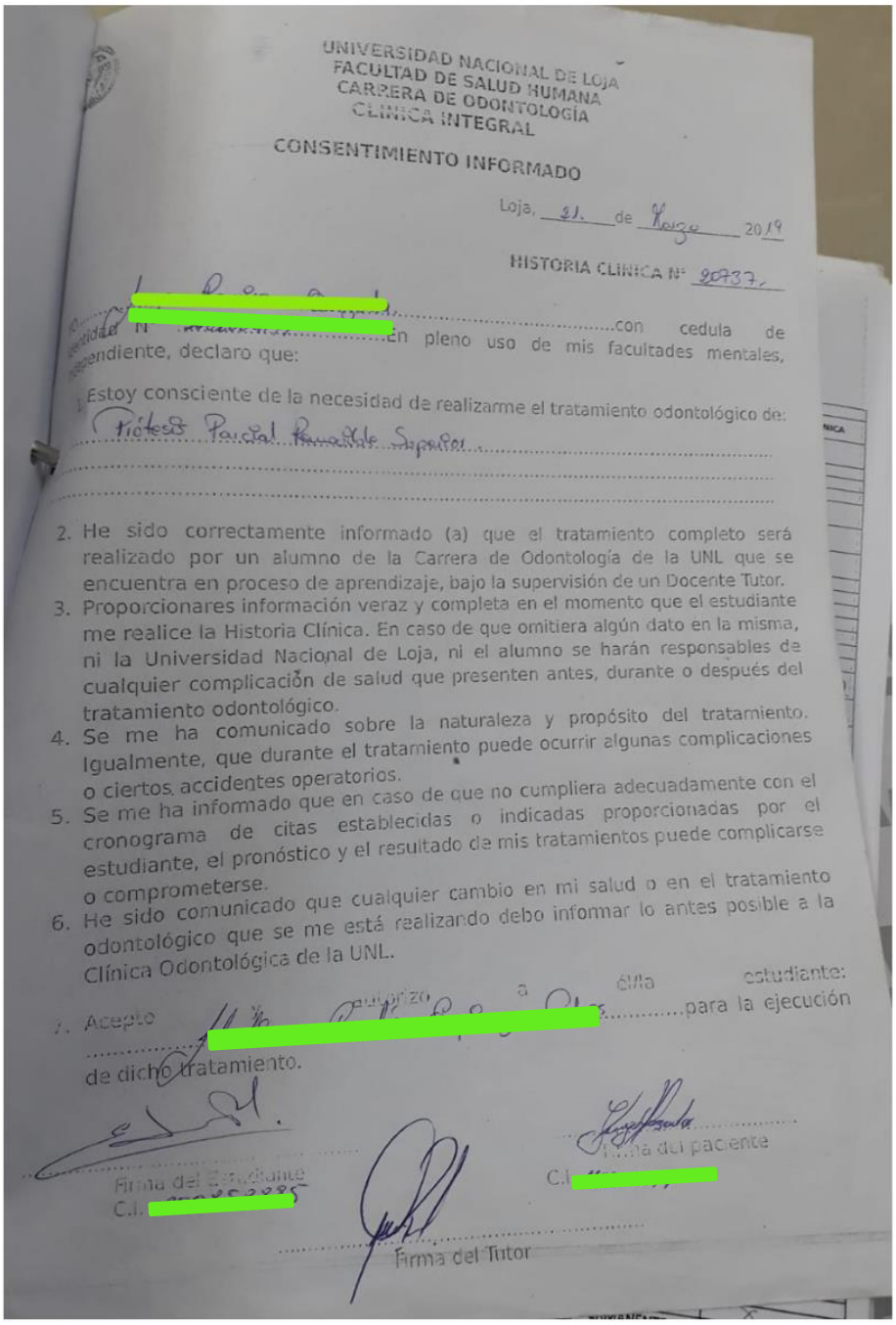

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN LAS PIEZAS REMANENTES
Endodóntica — Periodontal: Tratamiento Periodontal — Quirúrgica — Operatoria — Ortodóntica — Prostodoncia Fija
DIAGNÓSTICO
PRONÓSTICO: Favorable.
PLAN DE TRATAMIENTO
3. ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL DISEÑO de la PRÓTESIS REMOVIBLE
ARCADA SUPERIOR — ARCADA INFERIOR


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

HOJA DE CONTROL DE ACTIVIDADES PARA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE
SUPERIOR (X) INFERIOR ( )
Nombre del paciente: [redacted]
Nombre del Alumno: [redacted]

FECHA — # CITA — FASE PROTÉSICA DEL TRATAMIENTO — VISADO — NOTA — FIRMA
Consentimiento informado
Selección y ajuste de cubetas individuales e impresión primaria
Vaciado y Análisis de los modelos de estudio y delimitación del área protésica.
Paralelizado, diseño y aprobación de la P.P.R.
Preparación de la Boca del paciente. Tallado de apoyos y planos guías.
Toma de impresión definitiva.
Confección de los rodetes de oclusión. Registro de relación intermaxilar
Determinación de la dimensión vertical
Selección de dientes
Montaje de los modelos en el articulador
Envío al laboratorio para elaboración de estructura metálica
Prueba de ajuste pasivo de la estructura metálica.
Prueba en cera del enfilado en boca (consentimiento informado)
Verificación de la oclusión
Terminado y caracterizado
Inserción y/o colocación de la prótesis terminada
Control oclusal
Instrucciones e indicaciones
Controles y ajustes posteriores
OBSERVACIONES:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA INTEGRAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Loja, 21 de Mayo 2019

HISTORIA CLÍNICA Nº 20737

Yo [redacted] con cedula de identidad Nº [redacted] en pleno uso de mis facultades mentales, debidamente, declaro que:

1. Estoy consciente de la necesidad de realizarme el tratamiento odontológico de: Prótesis Parcial Removible Superior
2. He sido correctamente informado (a) que el tratamiento completo será realizado por un alumno de la Carrera de Odontología de la UNL que se encuentra en proceso de aprendizaje, bajo la supervisión de un Docente Tutor.
3. Proporcionares información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la Historia Clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja, ni el alumno se harán responsables de cualquier complicación de salud que presenten antes, durante o después del tratamiento odontológico.
4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente, que durante el tratamiento puede ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicadas proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mis tratamientos puede complicarse o comprometerse.
6. He sido comunicado que cualquier cambio en mi salud o en el tratamiento odontológico que se me está realizando debo informar lo antes posible a la Clínica Odontológica de la UNL.
7. Acepto [redacted] autorizo a dicha estudiante: [redacted] para la ejecución de dicho tratamiento.

Firma del Estudiante
C.I. [redacted]

Firma del paciente
C.I. [redacted]

Firma del Tutor

Anexo 6.

Certificado de resumen traducido al inglés emitido por un profesional

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN

EL QUE SUSCRIBE, LIC. ADRIANA MARILÚ GONZÁLEZ ARCINIEGA, LIC. EN INGLÉS CON CÉDULA DE IDENTIDAD 1101480919 Y NÚMERO DE REGISTRO 1031-02-147513

CERTIFICA:

Que se realizó y verificó la traducción correspondiente al resumen del trabajo de titulación de la Srta. Sofía Sánchez para obtener el título de Odontóloga.

Se entrega el presente certificado a solicitud del interesado, para los fines pertinentes.

ADRIANA MARILÚ GONZALEZ ARCINIEGA

LIC. DE INGLÉS

1101480919.

Anexo 7.

Proyecto de Trabajo de Titulación

PROYECTO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Estudiante: Sophia Anabella Sánchez León

Tutora: Odt. Esp. Tatiana Luna

1. TÍTULO DEL PROYECTO

Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la <Unidad de Atención Odontológica 1> de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019

2. PROBLEMATIZACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que "la salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida", no obstante, las diferentes enfermedades bucodentales forman parte de los problemas de salud pública en los distintos países. (WHO, 2020)

El edentulismo parcial hace referencia a la ausencia de uno o más dientes permanentes como resultado de distintos factores etiológicos, que provoca una disfunción masticatoria que abarca diferentes funciones. En sí, "es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad oral". (Huamanciza, 2019)

Dentro de los posibles factores causales se encuentran los hábitos de higiene bucal deficientes, enfermedad periodontal, caries dental, accidentes traumáticos, factores culturales, edad, entre más. (Sanz, 2018)

Esto a su vez, desencadena graves afectaciones para quien lo padece, por ejemplo, dificultad para hablar, masticar, alteración estética, migración dental, alteraciones de la articulación témporomandibular y pérdida de dimensión vertical. (Sanz, 2018) Incluso afectaciones relacionadas al área psicológica y social del paciente, como baja autoestima, depresión, dificultad para socializar, entre otras. El edentulismo parcial afecta tanto a hombres como mujeres, de distintas edades.

El edentulismo es un problema de salud pública a nivel mundial. Según diferentes estudios realizados en cuanto a la tasa de edentulismo se ha establecido que el promedio en todo el mundo es del 20.0% de la población adulta a los 60 años. (Patiño, 2019)

En la actualidad, la provincia de Loja, perteneciente a Ecuador, no cuenta con suficientes registros de información relacionada a la prevalencia de edentulismo parcial, por lo que el presente trabajo busca establecer la prevalencia de pacientes edéntulos parciales atendidos en la Universidad Nacional de Loja, según la clasificación de Kennedy, dentro del periodo 2018-2019, tomando en consideración datos específicos, como arcadas parcialmente edéntulas, edad y sexo del paciente.

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la Clasificación de Kennedy, atendidos en la <Unidad de Atención Odontológica 1> de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019.

Objetivos Específicos:

- Establecer la prevalencia de pacientes edéntulos parciales según edad, atendidos en la <Unidad de Atención Odontológica 1> de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019, según la Clasificación de Kennedy.
- Precisar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales según sexo, atendidos en la <Unidad de Atención Odontológica 1> de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019, según la Clasificación de Kennedy.
- Determinar qué arcada presenta mayor y menor prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, en pacientes edéntulos parciales atendidos en la <Unidad de Atención Odontológica 1> de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019.

4. JUSTIFICACIÓN

La falta de suficientes registros de información relacionada a la prevalencia de edentulismo parcial se traduce en una necesidad de actualizar los datos epidemiológicos correspondidos al tema, ya que la desinformación al respecto puede provocar una minimización de la gravedad de esta condición por parte del personal de Odontología y la población en general. Así mismo, no se podrá direccionar de forma oportuna una correcta prevención dirigida al cuidado de los órganos dentales para evitar su pérdida, ni se conocerán los tratamientos protésicos más comunes y por

ende más necesarios, en cuanto a esta condición, tomando en cuenta las arcadas dentarias y el grupo social según sexo y edad más afectados en los últimos años en dicha zona geográfica.

Por lo tanto, los resultados de este estudio permitirán que la comunidad odontológica se informe acerca de las cifras de prevalencia de edentulismo parcial de los años 2018-2019, para de esta manera direccionar de mejor manera la atención que se brinda en esta área dentro de la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja. Con lo que se podrá lograr establecer posteriormente en estudios más a profundidad a partir del presente, estrategias de prevención y tratamiento efectivas, en cuanto a Rehabilitación Oral, además de abrir paso a la posibilidad de llevar un registro periódico de esta condición en los pacientes que se atiendan en el mencionado establecimiento.

5. METODOLOGÍA

La siguiente es una investigación no experimental, de tipo mixto (cuantitativo y cualitativo), se realizará revisión bibliográfica acerca de empleando fuentes de información virtuales: Google Scholar, PubMed, Cochrane Library; además se recopilará y estructurará datos de variables específicas de historias clínicas seleccionadas en base a los criterios de inclusión y exclusión, para obtener los resultados frente a los objetivos planteados.

Tipo de estudio

- **Descriptivo**: se realizará una revisión bibliográfica acerca de la temática, y se procederá a realizar el respectivo registro de los datos observados de las historias y resultantes del estudio.

- **Analítico:** en base a la revisión de los datos de las historias clínicas de la UAO 1 de la

UNL, se analizará las variables específicas para determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy.

- **Transversal:** la investigación se realizará empleando historias clínicas del periodo enero 2018 – enero 2019.
- **Retrospectivo:** se realizará el análisis de historias clínicas de Prótesis Parcial Removible, de la Unidad de Atención Odontológica 1, del periodo 2018-2019.

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 del periodo enero 2018 – enero 2019.
- Historias clínicas de pacientes de sexo masculino y femenino.
- Historias clínicas de pacientes de entre 30-80 años.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de la UAO1 que no se encuentren registradas en el periodo enero 2018- enero 2019.
- Historias clínicas de pacientes cuya edad no se incluya en el rango requerido.
- Historias clínicas incompletas o con falta de información necesaria.

Universo: (#) Total de historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de pacientes edéntulos parciales atendidos en la UAO 1 de la UNL, en el periodo 2018-2019, existentes en el registro universitario.

Muestra: (#) Historias clínicas de Prótesis Parcial Removible de pacientes edéntulos parciales, atendidos en la UAO 1 de la UNL en el periodo 2018-2019, que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

Variables:

- Variable dependiente: Edentulismo parcial
- Variable independiente: Clasificación de Kennedy, Edad, Sexo, Arcada superior, Arcada inferior

6. MARCO TEÓRICO

1. Fundamentos teóricos

1.1 Salud bucal

1.2 Edentulismo parcial

1.2.1 Definición

1.2.2 Causas del edentulismo

1.2.2.1 Caries dental

1.2.2.2 Enfermedad periodontal

1.2.2.3 Traumatismos

1.2.2.4 Causas congénitas

1.2.2.5 Otras causas

1.2.3 Factores asociados

1.2.3.1 Edad

1.2.3.2 Sexo

1.2.3.3 Arcadas dentarias

1.2.4 Consecuencias del edentulismo

1.2.5 Clasificación de Kennedy

1.2.6 Leyes de Applegate

1.3 Variables

1.4 Hipótesis de la investigación

7. PRESUPUESTO

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total	Responsable
Viáticos: movilización	10	$1.25	$12.50	Autora
Mascarillas KN95	5	$1.25	$6.25	Autora
Caja de guantes de nitrilo	1	$8.50	$8.50	Autora

Zapatones desechables	5	$0.90	$4.50	Autora
Batas quirúrigicas desechables	5	$1.50	$7.50	Autora
Alcohol	1	$2.00	$2.00	Autora
Material de oficina: hojas, carpetas, bolígrafo, tóner.	$30	$30	$30	Autora
Impresiones	$25	$25	$25	Autora
Internet	$25	$25	$25	Autora
Impresión de trabajo	$20	$20	$20	Autora
Empastado	$7	$7	$7	Autora
Extras	$10	$10	$10	Autora
TOTAL			$133.25	Autora

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	SEMANAS																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Organización logística de la investigación	x	x																		
Reconocimiento de campo			x																	
Trabajo de campo				x	x	x	x	x												
Sistematización de la información / Análisis e interpretación de datos									x	x	x									
Elaboración de resultados de la investigación												x	x	x						
Levantamiento de texto e informe final															x	x	x			
Primer borrador de la tesis																		x		
Trámite administrativo para la titulación																			x	x

9. ANEXOS

MATRIZ DE OBTENCIÓN DE MUESTRA																			
Nº	# DE HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	EDAD DEL PACIENTE*				SEXO DEL PACIENTE		ARCADA		CLASE DE KENNEDY				MODIFICACIONES DE CLASE DE KENNEDY				
			15-19	20-49	50-64	65-120	F	M	SUP	INF	I	II	III	IV	0**	1	2	3	4

*Edad del paciente= grupos de edad según MSP

**0= sin modificaciones

10. BIBLIOGRAFÍA

Huamanciza, E., Chávez, L., Chacón, P., & Ayala, G. (2019). Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *18*(2), 281-297.

Patiño, M., Meza, A., Gutiérrez, A. (2019) Edentulismo y dentición funcional en adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez. *Revista Tamé*, 7(4), 810-815.

Sanz, G., Molleda, C., Chibás, L., Valdés, Y. (2018), Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. *GEROINFO Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría*, 13(3).

WHO (2020), Salud bucodental. *World Health Organization*.