

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**



**ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
NIVEL DE PREGRADO  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO MAYO - JULIO DEL 2014.”**

Tesis Previa a la Obtención del  
Título de Odontóloga

**Autora:**

**Yadira del Cisne Barba Silva**

**Directora de Tesis:**

**Odt. Esp. Cecilia Mariana Díaz López.**

**LOJA - ECUADOR**

**2014**

## CERTIFICACIÓN

Od. Esp.

Cecilia Mariana Díaz López

**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Haber asesorado y orientado durante todo su desarrollo la tesis titulada: **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO MAYO - JULIO DEL 2014”**. Autoría de Yadira del Cisne Barba Silva, egresada de la Carrera de Odontología, ha sido revisado y asesorado por lo tanto autorizo su presentación para que continúe con los trámites legales para su sustentación y defensa.

Loja, Octubre del 2014



Od. Esp. Cecilia Mariana Díaz López

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Las ideas, opiniones, juicios y resultados expuestos en el presente trabajo son en su totalidad absoluta responsabilidad de la autora.

**AUTORA:** Yadira del Cisne Barba Silva

**FIRMA:**



**CÉDULA:** 1104430069

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Yadira del Cisne Barba Silva, declaro ser autora de la tesis titulada: **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO MAYO - JULIO DEL 2014”**. Como requisito para optar al grado de Odontóloga General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los    días del mes de octubre del dos mil catorce, firma la autora.

Firma  .....

**AUTORA:** Yadira del Cisne Barba Silva

**Cédula:** 1104430069

**Dirección:** Shushuguayco

**Correo Electrónico:** sebastianroblesb@hotmail.com

**Teléfono Celular:** 0969803850

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Od. Esp. Cecilia Mariana Díaz López.

### Tribunal de Grado:

**PRESIDENTA:** Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo.

**PRIMER VOCAL:** Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg.Sc.

**SEGUNDO VOCAL:** Dr. Esp. Juan Arcenio Cuenca Apolo.

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a DIOS, por darme la vida a través de mis adorados Padres, por hacer que mi fe y amor hacia ellos haya podido culminar mis estudios con la mejor de la satisfacción.

A mis padres HERNÁN Y BLANCA que con su amor incondicional, cariño y ejemplo hicieron que sea una persona con valores para desenvolverme como: Hija, Madre, Esposa y Profesional. Quienes hicieron todo lo posible para que pueda lograr mi sueño, quienes me dieron la vida, consejos, apoyo emocional, económico, aliento para continuar cuando parecía que me iba a rendir.

A mi esposo JORGE por su paciencia y comprensión, por preferir sacrificar su tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por su forma de ser y su amabilidad me inspiro a ser mejor y superarme para nosotros, ahora sí puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado.

A mi hijo SEBASTIÁN quien ha sido y será la razón por la cual me he superado día a día, por quien cada día tiene sentido, a él mi felicidad, mi esperanza.

A mis hermanos RONALD, ROSMAN Y CAROLINA por su apoyo incondicional que con su amor me han enseñado a salir adelante. Muy en especial a mi hermano Rosman que desde el cielo siempre me da su mano, por estar presente en mi mente y corazón, por inspirarme a ser mejor cada día, quien durante su vida en la tierra creyó en mí.

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional de Loja de Loja por permitirme realizar mis estudios profesionales.

A la Doctora Cecilia Díaz que, como directora de mi tesis, me ha orientado, apoyado y direccionado mi labor con un interés, esfuerzo y dedicación quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar la tesis con éxito.

Agradezco a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación personal y profesional.

.

Finalmente agradezco a todas las personas que de una u otra manera colaboraron y me apoyaron hasta la culminación de mi tesis.

## **1. TÍTULO**

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL, EN EL PERIODO COMPRENDIDO MAYO - JULIO DEL 2014**

## 2. RESUMEN

EL presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo - julio del 2014.

La muestra de estudio fue de 237 estudiantes con edentulismo parcial, de sexo femenino y masculino, legalmente matriculados en cualquier carrera que ofrece la Universidad Nacional De Loja, que presentaron edentulismo parcial. El instrumento utilizado para la recopilación del diagnóstico estomatognático a los estudiantes fue la Historia clínica Odontológica previamente diseñada y elaborada, mediante la cual se obtuvo la muestra de los estudiantes con edentulismo parcial.

Entre los principales resultados se encontró que en las arcadas superiores la clase más prevalente fue la clase III que corresponde a un 86,2%, y las menos prevalentes fueron la clase I y IV con un 3,4% respectivamente. Mientras que en la arcadas inferiores la clase más prevalente fue la clase III correspondiente a un 90,9%, y la menos prevalente fue la clase IV que corresponde al 0,6%.

En esta investigación es mayor la presencia de edentulismo parcial en la arcada inferior que en la arcada superior de los estudiantes. Las mujeres presentan mayor edentulismo que los hombres.

**PALABRAS CLAVES:** Edentulismo Parcial, Clasificación de Kennedy

## **ABSTRACT**

The present study determine the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification of the students of the National University of Loja, in the modality, in the period May to July 2014.

The study sample of 237 students partially edentulous, female and male, legally registered in any career that offers of Universidad Nacional de Loja, who presented partial edentulism. The instrument used for the collection of diagnostic stomatognathic students was previously designed and developed Dental Medical History. Whereby the sample of students with partial edentulism was obtained.

Among the main results we found that of the upper arches class was the most prevalent class III corresponding to 86.2% and were less prevalent class I and IV with 3.4% respectively. While the lower arches was the most prevalent class corresponding to the class III 90.9%, and was less prevalent Class IV corresponds to 0.6%.

In this study the presence of partially edentulous in the lower arch is higher than in the upper arch of the students. Women have higher edentulism than men.

Keywords: Partial Edentulism, Classification of Kennedy

### 3. INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las causas son diversas, siendo las principales la caries dental, traumatismos y la enfermedad periodontal. La falta de cuidado de higiene bucal conduce a la pérdida dental, la cual puede deberse a las condiciones económicas de la población y también por la escasa y pobre información que se brinda a la población sobre medidas preventivas de promoción, rehabilitación adecuada de la salud bucal y la inaccesibilidad de los servicios de salud. (Medline, 2011)

Las principales consecuencias del edentulismo parcial son la disminución del soporte óseo por reabsorción del hueso alveolar y/o el desplazamiento de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión. Disminución de la eficiencia masticatoria; sobrecarga masticatoria en los demás dientes, trastornos articulares y musculares en cara y cabeza, pérdida de soporte de los labios o mejillas. Puede disminuir el autoestima, inducir alteraciones en la pronunciación de las palabras, en la función masticatoria y en la articulación temporomandibular. (Stewart, 2003)

Los dientes tienen una relación directa con la salud general del individuo. Es muy importante que conservemos dientes sanos y una correcta oclusión, lo que permite tener una adecuada masticación, buena vocalización y estética. (Medline, 2011)

El edentulismo desde siempre fue un problema importante para la población mundial, en la actualidad los avances odontológicos clínicos en los tratamientos restaurativos, protésicos, tratan de mejorar la salud bucal general para lograr disminuir la pérdida de las piezas dentarias y sus consecuencias que perjudican tanto el aspecto funcional como el estético, siendo la mayoría de veces el aspecto estético la fuerza motivadora que impulsa el tratamiento odontológico del paciente. (Medline, 2011)

El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vió la necesidad de establecer un sistema de clasificación de Kennedy con sus respectivas modificaciones, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias en boca. (Carr, 2008)

El presente estudio, tiene importancia académica porque nos permitirá determinar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy y sus modificaciones, de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo - julio del 2014.

Los resultados obtenidos en esta investigación son que la clase de Kennedy más prevalente en las arcadas superiores de los estudiantes fue la clase III con un 86,2%. Y la clase de Kennedy más prevalente en las arcadas inferiores de los estudiantes fue la clase III con un 90,9%.

La clase de Kennedy con mayor prevalencia en los hombres en las arcadas superiores parcialmente edéntulas es la clase III con un 86,3%; y en las arcadas inferiores edéntulas parciales es la clase III con un 87,7%; y la clase III con modificación es la más prevalente con un 64%. Mientras que la clase de Kennedy con mayor prevalencia en las mujeres en las arcadas superiores parcialmente edéntulas es la clase III con un 86,2%; y en las arcadas inferiores edéntulas parciales es la clase III con un 94,0%.

# **4. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

## **CAPÍTULO I**

### **EDENTULISMO PARCIAL**

#### **1. EPIDEMIOLOGÍA, FISIOLÓGÍA DEL EDENTULISMO PARCIAL.**

##### **1.1. PÉRDIDA DE LOS DIENTES Y EDAD**

##### **1.2. CAUSA FRECUENTES DE PÉRDIDA DENTAL**

###### **1.1.1. CONGÉNITAS**

###### **1.1.2. ADQUIRIDAS**

###### **1.1.2.1. CARIES**

###### **1.1.2.1.1. ETIOLOGÍA**

###### **1.1.2.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL**

###### **1.1.2.2.1. FACTOR ETIOLÓGICO**

###### **1.1.2.3. TRAUMATISMOS**

###### **1.1.2.3.1. DESPLAZAMIENTOS**

###### **1.1.2.4. FACTORES ASOCIADOS**

##### **1.2. CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES**

###### **1.2.1. ALTERACIONES FACIALES POR FALTA DE DIENTES**

**1.2.2. ALTERACIONES INTRAORALES POR LA PÉRDIDA DE DIENTES**

**1.2.3. DEFECTOS DEL REBORDE ALVEOLAR EN LAS REGIONES EDÉNTULAS**

**1.2.4. DEFICIENCIA DE LA MASTICACIÓN POR PÉRDIDA DENTARIA**

**CAPÍTULO II**

**2. CLASIFICACIÓN DE ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULAS  
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY**

**2.1. CLASE I**

**2.2. CLASE II**

**2.3. CLASE III**

**2.4. CLASE IV**

**3. REGLAS DE APLEGATE APLICABLES A LA CLASIFICACIÓN DE  
KENNEDY**

**CAPÍTULO III**

**4. IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL Y BIENESTAR GENERAL**

**5. HIGIENE BUCAL EN EDÉNTULOS PARCIALES**

**5.1. MATERIALES UTILIZADOS**

**5.1.1. CEPILLO DENTAL**

**5.1.2. PASTA DENTAL**

**5.1.3. ENGUAJE BUCAL**

**5.1.4. HILO DENTAL**

## CAPÍTULO I

### EDENTULISMO PARCIAL

#### 1. EPIDEMIOLOGÍA, FISIOLOGÍA DEL EDENTULISMO PARCIAL.

##### 1.2. PÉRDIDA DE LOS DIENTES Y EDAD



Título: Pérdida de dientes. Fuente: (Muñoz, 2014)

Se ha comprobado una relación específica de la ausencia de dientes con el incremento de la edad, y la existencia de los dientes que se retienen más tiempo que otros. Se ha sugerido que la pérdida de los dientes varía según la arcada, y que se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares. También se ha insinuado otra diferencia dentro de la misma arcada, perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los anteriores. Con bastante frecuencia los últimos dientes que permanecen en boca son los mandibulares anteriores, especialmente los caninos, y es frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores. (Carr, 2008)

Si se acepta que la pérdida de los dientes está relacionada con la edad, la reposición de los dientes ausente es una necesidad común de los pacientes, sobre todo en edades avanzadas. (Carr, 2008) Los patrones de pérdida de los dientes con la edad sufren transformaciones. Se han observado que la proporción de adultos edéntulos va en descenso. Sin embargo se ha comprobado que el número total de pacientes desdentados que necesitan atención está creciendo actualmente, y por lo tanto, también crece la necesidad de restaurar estas

situaciones de edentulismo parcial. Se admite que la arcada parcialmente edéntula más frecuente es la maxilar y que la mayor parte de dientes ausentes son los primeros y segundos molares. (Carr, 2008)

### **1.3. CAUSA FRECUENTES DE PÉRDIDA DENTAL**

La pérdida de piezas dentales puede ocurrir por diversas razones: ausencia congénita, traumatismo, enfermedad dental como caries o enfermedad periodontal. (Robles, 2011)

Los dientes pueden fracturarse de tal manera que no puedan conservarse y sea necesario extraerlos. Esto puede suceder como resultado de hábitos de apretar y rechinar los dientes (bruxismo), o debido a motivos mecánicos relacionados con la falta de soporte suficiente de los otros dientes que causa presión extrema en los dientes que aún tienen funcionalidad. (Robles, 2011)

#### **5.1.5. CONGÉNITAS**

Las causas congénitas del Edentulismo, hacen referencia a ser un síndrome que viene desde el nacimiento, es decir, que existe la ausencia congénita de alguna pieza dental. (Pérez, 2011)

No es inusual que exista ausencia congénita de una o varias piezas dentales. Por lo general, el diente primario está presente, pero no existe el sucesor (diente permanente) para remplazarlo. Con frecuencia, esto será aparente cuando se cambia o se cae el diente primario (por lo general durante la adolescencia). Sin embargo, a menudo el diente primario permanecerá en su lugar y funcionará hasta que falle debido a la falta de soporte por la raíz y otra enfermedad dental. En este momento será necesario extraerlo. (Pérez, 2011)

## 5.1.6. ADQUIRIDAS

### 5.1.6.1. CARIES



Título: Caries Fuente: (Muñoz, 2014)

La caries dental es una enfermedad multifactorial de origen microbiano que afecta a los tejidos duros del diente provocando su desmineralización y consecuente destrucción. Este proceso se desarrolla en forma permanente, continua e irreversible que avanza desde el exterior hasta el interior hasta alcanzar la pulpa dental. (Gómez, 2013)

#### 5.1.6.1.1. ETIOLOGÍA

Se puede afirmar que la caries inicia cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención entre la superficie dentaria (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una concentración elevada en la placa, por aporte excesivo de azúcares en la alimentación (sustrato). Es una causa común de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes. (Barrancos, 2006).

Las bacterias se encuentran normalmente en la boca. Estas bacterias convierten los alimentos, especialmente los azúcares y almidones, en ácidos. Las bacterias, el ácido, los pedazos de comida y la saliva se combinan en la boca para formar placa, la cual está completamente adherida a los dientes al cabo de 48 después de haber comido. Los ácidos en la placa dañan el esmalte que cubre los dientes produciendo caries, esta si no es tratada a tiempo avanza al complejo dentinopulpar. (U.S. National Library of Medicine, 2014)

### 5.1.6.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL



Título: Enfermedad Periodontal Fuente. (Carranza, 2000)

La enfermedad periodontal es un grupo de enfermedades infecciosas caracterizadas por una serie de reacciones inflamatorias de los tejidos que protegen y soportan los dientes, como son: el hueso, el cemento y el ligamento periodontal. (Enciclopedia Médica, 2008).

#### 5.1.6.2.1. FACTOR ETIOLÓGICO

El agente etiológico de la mayoría de las enfermedades periodontales es la placa bacteriana (biopelícula) y los mecanismos por medio de los cuales se ocasiona los daños a los tejidos, es decir que la producción de enzimas como colagenas, proteasa, elastasa por las bacterias a nivel del surco gingival de la placa pueden producir daño directo a los tejidos. (Carranza, 2000)

La placa que no se elimina de los dientes se convierte en una sustancia llamada sarro o cálculo. Por lo tanto, el cálculo es en esencia la placa mineralizada que comienza 1 a 14 días después que se inicia su formación. Estos depósitos calcificados se encuentran adheridos con fuerza a las coronas clínicas de los dientes, por encima del margen gingival libre y también se localizan en las superficies radiculares por debajo del margen gingival. La placa y el cálculo irritan las encías, produciendo gingivitis y periodontitis. (Carranza, 2000)

### **5.1.6.3. TRAUMATISMOS**

Los traumatismos pueden causar pérdida dental de diversas maneras. Un traumatismo puede ocasionar la pérdida de los dientes. No obstante, es común que el traumatismo afecte a los dientes de maneras que no se manifiesten sino hasta meses o años más tarde. Las fracturas de la raíz pueden no ser evidentes hasta cierto tiempo después, cuando se desarrolla una infección. En ocasiones, luego del traumatismo, los dientes pueden tratarse y aparentar estar bien, hasta muchos años después, cuando la resorción de la raíz se vuelve evidente. Esto ocurre cuando el cuerpo reacciona contra sí mismo y causa que las células desgasten la superficie de la raíz, lo que a menudo permite que el hueso invada el defecto que se ha creado. (Pérez, 2011)

Los accidentes dentales son causados comúnmente por:

- Caídas accidentales. (Pérez, 2011)
- Traumatismos relacionados con el deporte. (Pérez, 2011)
- Peleas. (Pérez, 2011)
- Accidentes Automovilísticos. (Pérez, 2011)
- Masticación de alimentos duros. (Pérez, 2011)
- Situaciones de violencia. (Pérez, 2011)
- Actividades profesionales. (Pérez, 2011)

#### **5.1.6.3.1. DESPLAZAMIENTOS**

Durante un traumatismo, un diente puede ser forzado dentro de su alvéolo. Los desplazamientos se clasifican en: subluxación, intrusión, extrusión, desplazamiento parcial y desplazamiento total. (Veleiro, 2011)

Es importante mencionar el tipo de desplazamiento que ocasiona la pérdida de las piezas dentales: La avulsión, la cual se diagnostica cuando el diente ha sido desalojado completamente de su alvéolo. Cuando un diente es avulsionado, el trauma al periodonto resulta en una inflamación localizada en el ligamento periodontal. Si la respuesta inflamatoria no es excesiva y no está presente ningún

otro estímulo inflamatorio, la cicatrización se presenta con la formación de un nuevo Ligamento periodontal y capa de cemento. Este proceso se denomina reabsorción superficial. La reabsorción inflamatoria y de reposición ha sido identificada como una complicación de la avulsión dental. (Veleiro, 2011)

#### **5.1.6.4. FACTORES ASOCIADOS**

No son causantes pero si acentúan el riesgo, entre ellos tenemos: edad del paciente, grado de instrucción del paciente, nivel socioeconómico, ocupación, sexo, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, medicamentos o mal nutrición. Las enfermedades bucales como la caries o las periodontopatías, no son las únicas causas para que un paciente se convierta en edéntulo. Existen muchos factores no relacionados con las enfermedades bucales como: nivel sociocultural, actitud, conducta, características del sistema de atención pública odontológica y salud, representan factores importantes en la etiología del edentulismo. Además, existe una importante relación entre el estado edéntulo y las personas de estratos sociales bajos. (Torres, 2009)

## **5.2. CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES**

Al perder un diente la cresta residual no se beneficia nunca más del estímulo funcional que recibía y, en consecuencia, se produce una pérdida del volumen de la cresta tanto en altura como en anchura. Este hallazgo no es predecible en todos los individuos con ausencia de dientes, porque los cambios anatómicos son muy variables dentro de los diversos grupos de pacientes. (Carr, 2008)

En general, la pérdida de los dientes es mayor en la mandíbula que en el maxilar, más pronunciada posterior que anteriormente y, en consecuencia, se produce una arcada mandibular más ancha con una arcada maxilar más estrecha. Estos cambios anatómicos son un desafío para la construcción de las prótesis, tanto de las implanto-soportadas como de las dentaduras parciales removibles. Junto a la pérdida de los dientes aparece una transformación de la mucosa oral. La encía adherida del hueso alveolar se reemplaza con mucosa menos queratinizada y más fácilmente traumatizable. (Carr, 2008)

El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función. La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales, al quedar alterado el soporte labial y reducirse la altura facial como resultado de la disminución de la dimensión vertical oclusal. (Carr, 2008)

### 5.2.1. ALTERACIONES FACIALES POR FALTA DE DIENTES

Las consecuencias faciales de la falta de dientes son:



Título: Alteraciones Faciales. Fuente: (Boucher, 2014)

- Disminución de la dimensión vertical. (Boucher,2014)
- Pérdida de soporte óseo para los tejidos peri-orales; labios hipotónicos: Hundimiento labial, pérdida de expresión labial, boca ensanchada. (Boucher,2014)
- Pseudoprognatismo debido a que la mandíbula rotará en sentido antihorario sobre el eje intercondilar buscando la estabilidad que aportaban los dientes. Asimismo, los distintos mecanismos de reabsorción en ambos maxilares acentúan la discrepancia entre las dos arcadas (en el maxilar superior predomina la reabsorción en cara vestibular, mientras que en la mandíbula predomina la reabsorción en la zona lingual). (Boucher,2014)

Restaurar la estética facial manteniendo un aspecto apropiado puede resultar conflictivo, si bien es un factor importantísimo a tener en cuenta en la restauración y la toma de decisiones protésicas. (Carr, 2008)

### **5.2.2. ALTERACIONES INTRAORALES POR LA PÉRDIDA DE DIENTES**

Las consecuencias intraorales de la falta de dientes son:

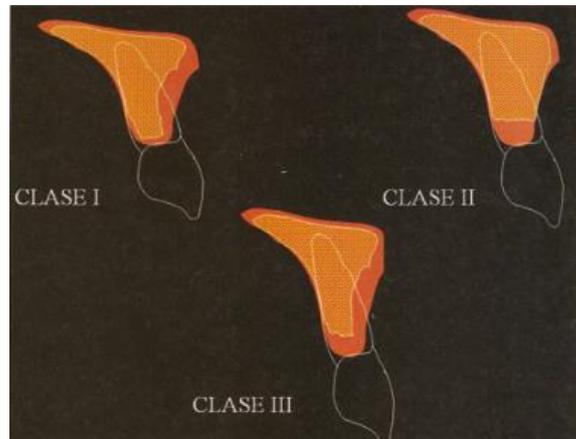
- Disminución del área de mucosa adherida, con una menor zona de soporte. (Boucher,2014)
- Reabsorción del proceso alveolar, que en la mandíbula es más intensa que en el maxilar superior. Cuando esta reabsorción es muy intensa provoca la aparición en superficie de irregularidades o alteraciones de la mandíbula, dificultando aún más el asentamiento de una prótesis dental removible. (Boucher,2014)
- Pérdida de propioceptores del ligamento periodontal que controlan la intensidad de las fuerzas masticatorias. Disminución de la sensibilidad. (Boucher,2014)
- Macroglosia relativa, al invadir la lengua el espacio antes limitado por las piezas dentales. (Boucher,2014)

### **5.2.3. DEFECTOS DEL REBORDE ALVEOLAR EN LAS REGIONES EDÉNTULAS**

Según Seibert, una vez producidos los defectos por el colapso del reborde alveolar, podrían clasificarse, en función de la pérdida de dimensión vestibulolingual o apicocoronaria en:

- **Clase I:** Se ha perdido el tejido en dirección vestibulolingual, y la altura es normal en dirección ápico coronal. (Boucher, 2014)
- **Clase II:** Se ha perdido el tejido en dirección ápico coronal, y la anchura es normal en dirección vestibulolingual. (Boucher, 2014)

- **Clase III:** Es una combinación de Clase I y Clase II, ya que hay pérdida tanto en altura como en anchura. (Boucher, 2014)



Título: clases de Seibert. Fuente: (Boucher, 2014)

La función del proceso alveolar es albergar las raíces de los dientes y actuar como transmisor de fuerzas masticatorias. Cuando se van perdiendo los dientes comienza un proceso de reabsorción ósea, que en el desdentado total o parcial de larga duración termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes. (Boucher, 2014)

#### 5.2.4. DEFICIENCIA DE LA MASTICACIÓN POR PÉRDIDA DENTARIA

La masticación forma parte del proceso continuo de alimentación, precede a la deglución y no es un fin en sí misma. La masticación entraña dos actividades sencillas pero bien sincronizadas: la división del alimento por la fuerza aplicada, y la manipulación selectiva de la lengua y mejillas para separar las partículas gruesas y conducir las a las superficies oclusales de los dientes para su ulterior trituración.

El tamaño, forma y textura de las partículas alimenticias proporcionan los estímulos sensoriales que deciden la configuración y el área de cada golpe masticatorio. Por consiguiente, el proceso de la masticación está muy influenciado por factores que dependen de la habilidad física para reducir el alimento y para controlar el proceso

de reducción a través de medios sensoriales. Esto es de sumo interés cuando se juzga necesario el empleo de una prótesis parcial. (Carr, 2008)

Puesto que el área de contacto oclusal guarda una estrecha relación con la actividad masticatoria, no es raro que la pérdida de los molares suponga un mayor impacto, puesto que los molares tienen un área de contacto oclusal muy grande. Así, se ha podido demostrar que los individuos con pérdida de molares requieren más golpes masticatorios y es mayor el tamaño de las partículas antes de la deglución. (Carr, 2008)

Se argumenta que el reemplazo protésico de los dientes aporta una función que acostumbra ser menor que la de la dentición natural completa. Se considera que la funcionalidad está más cerca del estado natural cuando las restituciones se realizan con prótesis fijas rígidamente soportadas por dientes o implantes; con un grado de funcionalidad intermedia cuando se emplean prótesis removibles dentosoportadas; con una funcionalidad baja cuando las prótesis están soportadas por dientes y crestas edéntulas, y por último la funcionalidad más baja sería cuando las prótesis están soportadas solamente por las crestas edéntulas. (Carr, 2008)

## CAPÍTULO II

### 6. CLASIFICACIÓN DE ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULAS CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto originalmente por el Dr. Edward Kennedy en 1925 e intenta agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño de cada situación. (Carr, 2008)

Kennedy dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a los que añadió modificaciones, las áreas edéntulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas. (Carr, 2008)

#### 6.1. CLASE I

Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales. (Carr, 2008)



Título: Clase I de Kennedy. Fuente: (Enríquez, 2011)

Pertenece a aquellos pacientes que presentan dos extremos libres con permanencia del grupo anterior de dientes. La prótesis que llevará será dentomucosoportada, es decir, que se apoyará tanto en los dientes como en la mucosa. Las subclases se denominarán según el número de espacios libres, en modificación 1, 2, 3 y 4. (Mallat, 2004)



Título: Modificaciones de las clases de Kennedy. Fuente: (Cabrera, 2012)

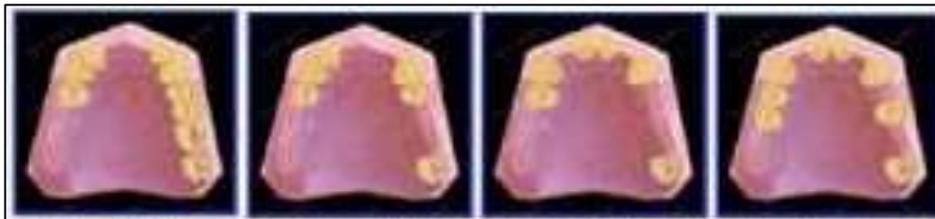
## 6.2. CLASE II

Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes. (Carr, 2008)



Título: Clase II de Kennedy. Fuente: (Robles, 2014)

A esta clase pertenecen las bocas con sólo un extremo libre, es decir, un extremo libre unilateral. En el otro lado existen la totalidad de los dientes salvo cuando ya se entra en las subclases en que también existirán las cuatro variantes mencionadas, según el número de espacios desdentados. Es decir, modificación 1, 2, 3 y 4. La prótesis que llevará será dentomucosoportada. (Mallat, 2004)



Título: Modificaciones de las clases de Kennedy. Fuente: (Cabrera, 2012)

### 6.3. CLASE III

Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula. (Carr, 2008)



Título: Clase III de Kennedy. Fuente: (Robles, 2014)

La clase III llevará una prótesis dentomucosoportada, pues en un lado están todas las piezas dentarias y en el otro están ausentes varias piezas dentarias, salvo la última que podría ser el molar del juicio o el segundo molar. También presenta las cuatro variantes, según el número de espacios desdentados. Es decir, modificación 1, 2, 3 y 4. (Mallat, 2004)



Título: Modificaciones de las clases de Kennedy. Fuente: (Cabrera, 2012)

### 6.4. CLASE IV



Título: Clase IV de Kennedy. Fuente: (Robles, 2014)

Área edéntula única bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes. La clase IV no presenta modificaciones. (Carr, 2008)

Esta clase es semejante a la anterior salvo que la zona desdentada es todo el grupo anterior de dientes. Si la ausencia es de los cuatro incisivos probablemente podrá hacerse una prótesis fija. También es dentosoportada, pero el inconveniente es prácticamente que toda la guía incisal es removible y para una boca es muy importante tener una guía incisal potente que guíe los movimientos mandibulares y proteja a los premolares y molares. El ideal será transformar una prótesis removible en una fija mediante implantes. (Mallat, 2004)

El Dr. O.C. Applegate (1960) realizó un intento de aumentar la clasificación de Kennedy al añadir una clase V y VI. Su aceptación no ha sido universal. La clase V describe la zona edéntula limitada anteriormente y posteriormente por dientes naturales pero en donde el diente pilar anterior (el incisivo lateral) no es aconsejable como soporte. (Stewart, 2003)

La clase VI es una situación edéntula en donde los dientes adyacentes al espacio son capaces de soportar totalmente los requerimientos de la prótesis; ocurre muy frecuentemente en los jóvenes para quienes la prótesis fija se indica pero existe un posible daño a la pulpa si se realiza la preparación dentaria. La clase V y VI no son verdaderamente indicativas de un diseño especial. (Stewart, 2003)

## **7. REGLAS DE APPLGATE APLICABLES A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY**

Applegate mencionó las siguientes ocho reglas que gobiernan la aplicación de la clasificación de Kennedy. (Stewart, 2003)

### **REGLA 1**

La clasificación debe ser luego de las extracciones y no después de las mismas, ya que ellas alteran la clasificación original. (Stewart, 2003)

## **REGLA 2**

Si el tercer molar no está presente y no va hacer reemplazado, no se considera en la clasificación. (Stewart, 2003)

## **REGLA 3**

Si el tercer molar está presente y si se va a utilizar como pilar, se considera en la clasificación. (Stewart, 2003)

## **REGLA 4**

Si el segundo molar no está presente y no se va a reemplazar (debido a que el segundo molar antagonista tampoco está presente y no va a ser reemplazado) no se considera en la clasificación. (Stewart, 2003)

## **REGLA 5**

La zona edéntula más posterior siempre determina la clasificación. (Stewart, 2003)

## **REGLA 6**

Otras zonas edéntulas adicionales que las que determinan la clasificación son referidas como espacios para las modificaciones y son designadas por su número. (Stewart, 2003)

## **REGLA 7**

La extensión de la clasificación no es considerada, solo el número de las zonas edéntulas adicionales. (Stewart, 2003)

## **REGLA 8**

No existen zonas de modificación en la clase IV. Cualquier zona edéntula posterior a una zona simple bilateral, determina la clasificación. (Stewart, 2003)

La secuencia numérica del sistema de clasificación está basada en los principios de diseño: la dentadura parcial clase I es designada como prótesis dento-muco-soportada, la clase III como totalmente dento-soportada y la clase II como una combinación de las clases I y III es decir, parcialmente dento-muco-soportada y parcialmente dento-soportada. (Stewart, 2003)

## CAPÍTULO III

### 8. IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL Y BIENESTAR GENERAL



Título: Salud General. Fuente: (Castrejón, 2011)

La boca juega un papel importante en la salud general y la calidad de vida de las personas. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal; la boca participa como parte del sistema de protección del cuerpo, pues al masticar fragmenta los alimentos, los mezcla con la saliva, sustancia rica en lipasa lingual, amilasa-alfa salival y mucinas que facilitan la deglución y comienzan con el proceso de digestión de los alimentos, fragmentando los ácidos grasos. La saliva también contiene inmunoglobulina (Ig) A, que es la primera línea de defensa del sistema inmune contra el ataque de virus y bacterias; ésta es acompañada por lisozima y lactoferrina, que ayudan al control bacteriano, entre otras sustancias. La saliva también participa en la fonación, lubricando y facilitando los movimientos labiales y de la lengua. (Castrejón, 2011)

Se ha encontrado que la salud bucal se relaciona con la selección de alimentos, el estado nutrición, la calidad de vida, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, deterioro cognitivo, trastornos inflamatorios y metabólicos, por ello es importante saber que los dientes están diseñados para durar toda la vida, ya que son los instrumentos trituradores de la comida, las estructuras que soporta los tejidos blandos de la cara (mejillas) y los principales actores de una sonrisa atractiva. (Castrejón, 2011)

Conservar una buena condición de salud bucal, lo cual nos permitirá reducir la pérdida de dientes haciendo más eficaz el proceso de masticación, disfrutar más

del sabor de los alimentos, mejorar la apariencia personal, mejorar la salud y el bienestar general, lo que dará como resultado un mejor desempeño social y personal. (Castrejón, 2011)

## **9. HIGIENE BUCAL EN EDÉNTULOS PARCIALES**

Durante muchos años el mensaje para evitar las enfermedades bucodentales más frecuentes era “no comer demasiada alimentos azucarados, ni carbohidratos”. En las últimas décadas el consumo de azúcar y carbohidratos en muchos países se ha mantenido constante mientras que los niveles de caries han disminuido. Esto sugiere que cuando se practica una higiene bucal adecuada. Se manifiesta menos el papel del azúcar en la formación de caries. (Morales, 2006)

Las características físicas de un alimento, especialmente cuánto se pega a los dientes, también ayudan al proceso de formación de caries. Los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización. Por ello es imprescindible mantener una buena higiene bucal. (Muñoz, 2014)

Médicos y odontólogos recomiendan una higiene bucal óptima para evitar problemas de caries, gingivitis, placa bacteriana y otras enfermedades bucales. (Morales, 2006)

Los edéntulos parciales deberían revisar sus dientes cada 6 meses para evitar las posibles caries cervicales. Además, tendrían que utilizar pastas y colutorios, así como hacer una limpieza exhaustiva de sus prótesis. (Encarnación, 2014)

Una de las fases más importantes en el cuidado de la prótesis removible reside en los propios hábitos de higiene oral del paciente. Este debe practicar un programa de limpieza que incluye tanto a los dientes remanentes como a la prótesis removible. Se necesita algo mejor que el cuidado habitual de los dientes naturales, puesto que la presencia de la dentadura parcial no disminuye, por el contrario,

aumenta el riesgo de formación de caries en los dientes con los cuales contacta. (Encarnación, 2014)

La vida útil de una prótesis se verá seriamente acortada por la mala higiene bucal, esta originará en el desdentado parcial caries en los dientes y alteraciones de la mucosa oral en los lugares de asiento, que también se ven en los desdentados totales. Los pacientes pueden recibir instrucciones personales para la remoción de la placa, lo que debe cumplirse sobre una base de controles regulares. (Encarnación, 2014)

Los pacientes se instruirán para que se saquen las dentaduras durante la noche o por lo menos por un período de 3 horas durante el día. Algunos pacientes experimentan fatiga como resultado de tenerlas fuera de la boca toda la noche, mientras que para otros, en ello redundan en descanso. El contacto constante de un material extraño con los tejidos bucales de algunos individuos, produce cambios en aquellos. Se ha observado que muchas reacciones hiperplásicas de los tejidos bajo dentaduras ocurren en pacientes que la usan de forma continua de día y de noche. (Encarnación, 2014)

## **9.1. MATERIALES UTILIZADOS**

### **9.1.1. CEPILLO DENTAL**

Los cepillos de dientes son importantes para el aseo bucal, su función es la de eliminar restos de comida de los dientes, encías y lengua, también a prevenir la halitosis (mal aliento) y problemas de caries. Los cepillos de diente se usan adicionalmente con una pasta dental (dentífrico) para mejorar su función de uso en cuanto a eficacia. (Arrigía, 2014)

Para mantener las prótesis parciales limpias se debe utilizar un limpiador para prótesis o en su defecto detergente común, un cepillo para prótesis o cepillo de uñas pequeño, y un cepillo cilíndrico del tipo de limpiar bombillas si la prótesis tiene ganchos. (Cabrera, 2012)

Las prótesis deben ser cepilladas después de cada comida, enjuagarla no es suficiente, los tejidos bucales, carillos, lengua y paladar deben ser cepillados con un cepillo blando para ayudar a mantener en estado de buena salud. (Arrigía, 2004)

### **9.1.2. PASTA DENTAL**

Las pastas de dientes o dentífricos son composiciones con ingredientes activos que ayudan a tener una salud bucal más óptima. La pasta de dientes está compuesta por los siguientes ingredientes de limpieza (representados en porcentajes aproximados): Agua y humectantes: 75 %, Abrasivos: 20 % , Espuma y agentes de sabor: 2 %, Amortiguadores del pH: 2 %,Colorantes y agentes que opacan y aglutinan: 1,5 %, Fluoruro: 0,15 % Una pequeña porción de flúor es buena para prevenir la caries, pero una cantidad excesiva de flúor puede producir fluorosis dental. (Arrigía, 2004)

### **9.1.3. ENGUAJE BUCAL**

El enjuague bucal es una solución que suele usarse para mantener la higiene bucal y la higiene de las prótesis, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable. (Arrigía, 2004)

Uno de los principios activos más habitual es el flúor, una sustancia de probada eficacia anticaries. Además del flúor, los enjuagues bucales suelen incorporar otros ingredientes de efecto antiséptico tales como la clorhexidina, el cloruro de cetilpiridinio, la hexetidina y el triclosan, que ayudan a mantener las prótesis en mejores condiciones. (Arrigía, 2004)

### **9.1.4. HILO DENTAL**

El hilo dental es un conjunto de finos filamentos de nailon o plástico (comúnmente teflón o polietileno) usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental de los dientes. El hilo se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los dientes, en especial por la zona cercana a la encía, algo que combinado con el cepillado de dientes previene infecciones de las encías, halitosis y caries dentales.

En ocasiones, el hilo dental puede encontrarse protegido con una capa de cera. Existen distintos tipos según el grosor del hilo, que debe ser seleccionado según el espacio entre los dientes del usuario. (Medlineplus, 2010)

Una de las obligaciones del equipo que trabaja en la educación del paciente es tomarse el trabajo de enseñar hábitos de higiene, usos y cuidados que deben de tenerse con las prótesis estomatológicas, y el autoexamen bucal buscando posibles lesiones producidas por las prótesis, por lo menos hasta cerciorarse de que sus puntos de vista han sido comprendidos. (Medlineplus, 2010)

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo descriptivo – transversal. Descriptivo porque se hizo el registro de características observadas, en este caso de la presencia de edentulismo parcial de los estudiantes de la muestra y adecuadamente analizadas en cuadros estadísticos para conocer la prevalencia. Y Transversal, porque es un tipo de estudio que mide la prevalencia de la muestra en un solo momento determinado.

El universo fue de 894 estudiantes de la universidad Nacional de Loja matriculados en el periodo académico marzo – julio del 2014

La muestra es de 237 estudiantes de las diferentes carreras de la Universidad Nacional de Loja, matriculados en el periodo académico marzo-julio del 2014.

Se incluyó en esta investigación a los estudiantes legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras, a estudiantes que desearon participar y expresaron su consentimiento por escrito y a los estudiantes de sexo femenino y masculino que presentaron edentulismo parcial, tanto en la arcada superior, como en la arcada inferior en la edad comprendida entre 18 y 30 años de edad.

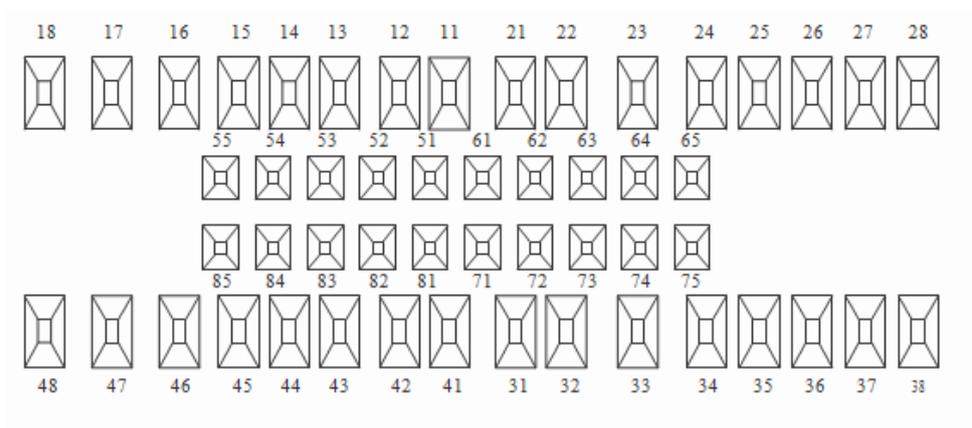
Se excluyó a los estudiantes que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no desearon participar en la investigación, estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico, estudiantes de sexo femenino y masculino que no presentaron edentulismo, estudiantes que presentaron restos radiculares y estudiantes con extracciones indicadas.

El instrumento utilizado fue la historia clínica odontológica, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico. Mediante las historias clínicas ya aplicadas se obtuvo la muestra de los estudiantes con edentulismo parcial.

Tomando en cuenta que este tema de tesis parte de un macroproyecto realizado por los estudiantes de la Carrera de Odontología. Se ejecutó los siguientes procedimientos: Una vez de haber constituido la muestra

aleatoriamente tanto en hombres como en mujeres y contando con el consentimiento de cada uno de los seleccionados se realizó a los estudiantes un diagnóstico clínico estomatognático, el cuál incluía el odontograma dental y cuadros donde se registra la presencia de edentulismo parcial superior e inferior.

### ODONTOGRAMA DE LA HISTORIA CLÍNICA



### EDENTULISMO PARCIAL

CLASES	NO PRESENTA	PRESENTA	MODIFICACIONES	
CLASE I			MODIFICACIÓN 1	
CLASE II			MODIFICACIÓN 2	
CLASE III			MODIFICACIÓN 3	
CLASE IV			MODIFICACIÓN 4	

Luego observando el registro de los diagnósticos de cada una de las historias clínicas se recogió los datos necesarios de los estudiantes que presentaron edentulismo. Y debido a que el objetivo de esta investigación es medir la tasa de prevalencia se utilizó la siguiente fórmula para que los datos puedan ser analizados en cuadros estadísticos

$$TP = \frac{I}{PT} \times 100.000$$

PT = Población en riesgo

## 6. RESULTADOS

TABLA # 1

### 1. ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA QUE PRESENTAN EDENTULISMO PARCIAL

VARIABLE	f	TASA DE PREVALENCIA
Estudiantes con Edentulismo	237	26,51 %
Estudiantes sin Edentulismo	657	73,49 %
<b>TOTAL</b>	<b>894</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Historia Clínica

Elaborado por: Yadira Barba

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Los estudiantes que presentan edentulismo parcial son 237 estudiantes, que corresponden a un 26,57% y los estudiantes que no presentan edentulismo son 657, correspondientes a un 73,49%. Estos datos nos revelan que hay un número significativo de estudiantes que presentan alguna clase de Edentulismo Parcial.

**TABLA # 2**

**2. DISTRUBUCIÓN DE LAS ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULAS EN LOS ESTUDIANTES CON EDENTULISMO PARCIAL**

Nro. DE ARCADAS EXAMINADAS	VARIABLES	EDENTULISMO	PARCIAL	DENTADOS	
		f	Tasa de prevalencia	f	Tasa de prevalencia
	ARCADAS SUPERIORES	116	41%	84	44%
	ARCADAS INFERIORES	165	59%	109	56%
TOTAL: 474	TOTAL DE LAS ARCADAS	281	100%	193	100%

**Fuente:** Historia Clínica  
**Elaborado por:** Yadira Barba

**ANALISIS E INTERPRETACIÓN:**

De los 237 estudiantes que presentaron edentulismo parcial. Que corresponden a 474 arcadas examinadas. 116 arcadas superiores presentaron edentulismo parcial correspondiente a un 41%. Y las arcadas inferiores presentaron 165 arcadas edéntulas parciales que corresponde a un 59%. Por lo tanto es más prevalente el edentulismo parcial en la arcada inferior que en la arcada superior de los estudiantes.

**TABLA # 3**

**3. CLASES DE EDENTULISMO DE KENNEDY, CON SUS MODIFICACIONES EN LA ARCADA SUPERIOR EN LOS Y LAS ESTUDIANTES.**

VARIABLES	MOD. 1		MOD.2		MOD. 3		MOD.4		SIN MOD.		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	Tasa de prevalencia
CLASE I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	3,4%	4	3,4%
CLASE II	1	0,9%	0	0%	0	0%	0	0%	7	6%	8	6,9%
CLASE III	18	15,5%	11	9,5%	0	0%	0	0%	71	61,2%	100	86,2%
CLASE IV									4	3,4%	4	3,4%
TOTAL DE EDÉNTULOS PARCIALES											116	100,0%

**Fuente:** Historia Clínica

**Elaborado por:** Yadira Barba

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De 100% de la población de parcialmente edéntulos en la arcada superior, las clases I y IV representan a un 3,4% respectivamente, clase II corresponde a un 6,9%. La clase III corresponde a un 86,2%. La clase III sin modificación es la más prevalente con un 61,2% del 86,2% que presenta dicha clase. Por lo tanto, es más prevalente el edentulismo clase III de Kennedy, y menos frecuente la clase I y IV. Y la modificación más frecuente es la clase III sin modificación.

**TABLA # 4**

**4. CLASES DE EDENTULISMO DE KENNEDY, CON SUS MODIFICACIONES EN LA ARCADA INFERIOR EN LOS Y LAS ESTUDIANTES**

VARIABLES	MOD. 1		MOD.2		MOD. 3		MOD.4		SIN MOD.		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	F	%	f	%	f	Tasa de Prevalencia
CLASE I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	1,8%	3	1,8%
CLASE II	2	1,2%	3	1,8%	0	0%	0	0%	6	3,6%	11	6,7%
CLASE III	40	24,2%	6	3,6%	0	0%	0	0%	104	63,0%	150	90,9%
CLASE IV									1	0,6%	1	0,6%
TOTAL DE EDÉNTULOS PARCIALES											165	100,0%

**Fuente:** Historia Clínica

**Elaborado por:** Yadira Barba

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De 100% de la población de parcialmente edéntulos en la arcada inferior, la clase I representa a un 1,8%, la clase II corresponde a un 6,7%. Clase III corresponden a un 90,9% y la clase IV corresponde a un 0,6%. La clase III sin modificación es la más prevalente con un 63,0% del 90,9% que presenta dicha clase. Por lo tanto, es más prevalente el edentulismo clase III de Kennedy, y menos frecuente la clase IV. Y la modificación más frecuente es la clase III sin modificación.

**TABLA # 5**

**5. EDENTULISMO PARCIAL DE LAS ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR POR GÉNERO**

GÉNERO	Nro. ARCADAS		ARCADA SUPERIOR				ARCADA INFERIOR			
			EDENTULISMO		DENTADOS		EDENTULISMO		DENTADOS	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
MASCULINO	224	47%	51	44%	40	48%	81	49%	52	48%
FEMENINO	250	53%	65	56%	44	52%	84	51%	57	52%
TOTAL	474	100%	116	100%	84	100%	165	100%	109	100%

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De 474 arcadas dentales examinadas. 224 arcadas corresponden al género masculino, y 250 al género femenino.

Las arcadas superiores que presentan edentulismo parcial son 116 que representa el 100%; de las cuales el género masculino presenta un 44% y el género femenino un 56%. Por lo tanto es más prevalente en la arcada superior el edentulismo parcial en el género femenino. En cuanto a las arcadas inferiores que presentan edentulismo parcial son 165 que representa el 100%; de las cuales el género masculino presenta un 49% y el género femenino un 51%. Por lo tanto es más prevalente en la arcada superior el edentulismo parcial en el género femenino.

**TABLA # 6**

**5. CLASES DE EDENTULISMO PARCIAL DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN EL GÉNERO MASCULINO**

VARIABLES		MOD. 1		MOD.2		MOD. 3		MOD.4		SIN MOD.		TOTAL	
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	Tasa de Prevalencia
ARCADA SUPERIOR	CLASE I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
	CLASE II	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	12%	6	11,8%
	CLASE III	6	12%	6	12%	0	0%	0	0%	32	63%	44	86,3%
	CLASE IV									1	2,0%	1	2,0%
	TOTAL DE ARCADAS SUPERIORES EDÉNTULAS PARCIALES											51	100,0%
ARCADA INFERIOR	CLASE I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	4%	3	3,7%
	CLASE II	1	1%	3	4%	0	0%	0	0%	3	4%	7	8,6%
	CLASE III	16	20%	3	4%	0	0%	0	0%	52	64%	71	87,7%
	CLASE IV									0	0%	0	0,0%
	TOTAL DE ARCADAS INFERIORES EDÉNTULAS PARCIALES											81	100,0%

**Fuente:** Historia Clínica

**Elaborado por:** Yadira Barba

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De las 51 arcadas superiores parcialmente edéntulas del género masculino. La clase I no presenta edentulismo parcial, la clase II representa el 11,8%, la clase III presenta un 86,3% y la clase IV el 2,0%. Por lo tanto es más prevalente el edentulismo clase III de Kennedy. Y la modificación más frecuente es la clase III sin modificación con un 63% del 86,3% que representa la clase III de Kennedy.

De las 81 arcadas inferiores parcialmente edéntulas del género masculino. La clase I representa el 3,7%, la clase II presenta un 8,6%, la clase III un 87,7% y no presentan la clase IV. Por lo tanto es más prevalente el edentulismo clase III de Kennedy. Y la modificación más frecuente es la clase III sin modificación con un 64% del 87,7% que representa la clase III de Kennedy.

**TABLA # 7**

**6. CLASES DE EDENTULISMO PARCIAL DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN EL GÉNERO FEMENINO**

VARIABLE		MOD. 1		MOD.2		MOD. 3		MOD.4		SIN MOD.		TOTAL	
		f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	Tasa de Prevalencia
ARCADA SUPERIOR	CLASE I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	6,2%	4	6,2%
	CLASE II	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	2	3,1%
	CLASE III	12	18%	5	8%	0	0%	0	0%	39	60%	56	86,2%
	CLASE IV									3	4,6%	3	4,6%
	TOTAL DE EDÉNTULOS PARCIALES											65	100,0%
ARCADA INFERIOR	CLASE I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
	CLASE II	1	1%	3	4%	0	0%	0	0%	3	4%	4	4,8%
	CLASE III	24	29%	3	4%	0	0%	0	0%	52	62%	79	94,0%
	CLASE IV									1	1,2%	1	1,2%
	TOTAL DE EDÉNTULOS PARCIALES											84	100,0%

**Fuente:** Historia Clínica

**Elaborado por:** Yadira Barba

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

De las 65 arcadas superiores parcialmente edéntulas del género femenino. La clase I representa el 6,2%, a la clase II el 3,1%, la clase III presenta un 86,2% y la clase IV el 4,6%. Por lo tanto es más prevalente el edentulismo clase III de Kennedy. Y la modificación más frecuente es la clase III sin modificación con un 60% del 86,2% que representa la clase III de Kennedy.

De las 84 arcadas inferiores parcialmente edéntulas del género femenino. La clase I no presenta edentulismo parcial, la clase II presenta un 4,8%, la clase III un 94,0% y la clase IV un 1,2%. Por lo tanto es más prevalente el edentulismo clase III de Kennedy. Y la modificación más frecuente es la clase III sin modificación con un 62% del 94,0% que representa la clase III de Kennedy.

## 7. DISCUSIÓN

Esta investigación determinó la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja. En este estudio los principales resultados que se encontró fueron que en las arcadas superiores de los y las estudiantes la clase más prevalente fue la clase III que corresponde a un 86,2%, y las menos prevalentes fueron la clase I y IV con un 3,4% cada una. Mientras que en la arcadas inferiores de los y las estudiantes la clase más prevalente fue la clase III correspondiente a un 90,9%, y la menos prevalente fue la clase IV que corresponde al 0,6%.

En Lima - Perú el Dr. José Carrera en el 2005 realizó un estudio sobre la frecuencia y clases de edentulismo parcial, encontró la presencia de edentulismo parcial en un 66.1% de la población evaluada. Se encontró que las mujeres presentaban mayor frecuencia de edentulismo que los varones tanto en el maxilar superior con un 40.9% para 30.8%, como en el inferior con un 61.4% para 53.8%. En cuanto a la clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy la más frecuente fue la clase III tanto en maxilar superior con un 73.0% como en el maxilar inferior 67.9%. Estos resultados son semejantes a este estudio ya que la clase III predomina a las demás clase de Kennedy y de acuerdo al género la arcada superior parcialmente edéntula con mayor prevalencia en este estudio es la del género femenino con un 56%, al igual que la arcada inferior con un 51%.

En un estudio realizado en Loja por Gabriel Luna en el año 2011 sobre la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja, se determinó que la clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72%. Estos resultados son similares a este estudio.

Quiroz en 1998 en Chile, realizó un estudio acerca de la distribución de las cargas protésicas en pacientes desdentados parciales según la Clasificación de

Kennedy y encontró que la Clase más frecuente fue la Clase III con el 61% y la Clase I con 23%. Por lo que es semejante a este estudio.

Curti, en 1992 en Estados Unidos estudio la incidencia de las clases de prótesis parciales, encontró a la Clase III como la más frecuente con el 40% de los casos y a la Clase IV como la menos frecuente con el 9%. La cual es similar a este estudio, ya que cómo se mencionó anteriormente la clase de Kennedy que predomina es la clase III y la menos frecuente es la clase IV.

Hay que resaltar una baja frecuencia de la presencia de las clases I, II y IV siendo estas las más difíciles y a la vez perjudiciales para el paciente tanto en el aspecto estético, funcional, como para el aspecto protésico para la rehabilitación de las personas que presenten esta condición.

En un estudio realizado por López Judith en Lima – Perú en el año 2009, sobre la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, la clase I fue la clase de Kennedy que presento el mayor porcentaje con el 38.43%, seguida por la clase II con el 37.68%, la clase III con el 23.3% y finalmente la clase IV con el 1.1%. Esta investigación discrepa con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que se encontró con mayor prevalencia la presencia de edentulismo clase III.

## 8. CONCLUSIONES

- La arcada dental con mayor prevalencia de edentulismo parcial en los estudiantes es la arcada inferior con un 59%.
- La clase de Kennedy más prevalente en las arcadas superiores de los estudiantes fue la clase III con un 86,2%. Y en cuanto a la modificación la clase III sin modificación es la más prevalente con un 61,2%.
- La clase de Kennedy más prevalente en las arcadas inferiores de los estudiantes fue la clase III con un 90,9%. Y en cuanto a la modificación la clase III sin modificación es la más prevalente con un 63,0%.
- De acuerdo al género, la arcada superior parcialmente edéntula con mayor prevalencia es la del género femenino con un 56%. Y la arcada inferior con mayor prevalencia es la del género femenino con un 51%.
- La clase de Kennedy con mayor prevalencia en los hombres en las arcadas superiores parcialmente edéntulas es la clase III con un 86,3%; y la clase III sin modificación es la más prevalente con un 63%. Y en las arcadas inferiores edéntulas parciales es la clase III con un 87,7%; y la clase III sin modificación es la más prevalente con un 64%.
- La clase de Kennedy con mayor prevalencia en las mujeres en las arcadas superiores parcialmente edéntulas es la clase III con un 86,2%; y la clase III sin modificación es la más prevalente con un 60%. Y en las arcadas inferiores edéntulas parciales es la clase III con un 94,0%; y la clase III sin modificación es la más prevalente con un 62%.

## 9. RECOMENDACIONES

- En las futuras investigaciones acerca de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy se deba complementar con modelos de estudio, para facilitar la realización del trabajo investigativo.
- Para futuras investigaciones incrementar el rango de edad, debido a que conforme la edad de los seres humanos avanza, puede existir un mayor número de pérdida de piezas dentales.
- Siendo esta institución universitaria formadora de los presentes y futuros profesionales sería imprescindible que desarrollen frecuentemente este tipo de análisis con el objetivo de que la población universitaria tome conciencia acerca de la importancia de conservar las piezas dentales.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. CARR, Alan, Prótesis Parcia Removible, Undécima Edición, Elsevier– Madrid – España, 2008.
2. STEWARD, K. L.; RUDD, K. D. y KUEBKER, W. A, Prostodoncia parcial removible, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. Segunda Edición, Caracas, Venezuela, 2003.
3. MALLAT D., Ernest, Mallat Stephane, Prótesis parcial removible y Sobredentaduras, Elseiver, España, 2004.
4. SHILLINGBUR, Herbet, Fundamntos Esenciales en Prótesis Fija, Tercera Edición, Editorial Quitessence S.L. –Barcelona 2000-2002.
5. CARRANZA, Fermín, Periodoncia Clínica, séptima edición, de Glickman Interamericana. McGram-Hill. 2000.
6. BARTOLUCCI, Enrico, Atlas Periodontal, Ripano, Editorial médica 2007.
7. BARRANCOS, Mooney, Operatoria Dental, editorial médica panamericana, 4ta edición, 2006
8. BOUCHER Luis; “Rehabilitación del Desdentado Parcial.”; 1era Edición; Editorial Interamericana; México - D.F 2004.
9. ARRIGÍA Cuenca Sala Emili, MANAU Navarro Carolina, SERRA Majem Lluis; “Odontología Preventiva Y Comunitaria”; Editorial MASSON S,A 2004.
10. MORALES, Agustín, Sánchez Ruíz-Cabello J., Pautas de alimentación. Manual en Atención Primaria. Ed Adhara S.L., 2006.
11. APPLGATE, Oliver, 1959, Elementos de Dentaduras Parciales Removibles. Editorial Bibliográfica Argentina. Buenos Aires, Argentina. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez\\_oj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf).

12. MUÑOZ, Roberto, Medicina y salud -Factores predisponentes y atenuantes de la caries dental, Publicado en marzo 10, 2014. Disponible en: <http://www.conocimientosweb.net/dcmt/ficha24522.html>.
13. GÓMEZ R., Circe, Operatoria Dental Clínicas, Bolivia, Publicado el 12 abril del 2003, DISPONIBLE EN: <http://es.slideshare.net/circegomezrivera/caries-dental-18698663>.
14. U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health  
Página actualizada: 09 octubre 2014, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>.
15. MEDLINEPLUS; "Caries Dental"; Actualizado: 2/22/2010 Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001055.htm>.
16. PÉREZ C., José Ignacio. Medicina familia, Fecha de publicación: 27-11-2011, Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/nos-preocupa-que/tratamientos-dentales>
17. VELEIRO, Carolina, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Caracas, Venezuela, Publicado en el 2011, Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
18. LÓPEZ, Antonio, estomatólogo, Madrid, Publicado en el 2011, Disponible en: <http://www.sepa.es/es/pacientes/enf-periodontales/tratamientos.html>
19. MEDLINE. Enciclopedia Médica. Publicado en el 2008, Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html> 2008.  
<http://gingivitisulcerosanecrosante.blogspot.com/>.

20. ROBLES, Luis, edentulismo, epidemiología. Publicado en el 2014, Disponible en: [http://centrodeartigo.com/articulos-de-todos-los-temas de prótesis dental](http://centrodeartigo.com/articulos-de-todos-los-temas-de-prótesis-dental).
21. CURZON, MEJ and Pollard MA. Nutrition and Dental Caries in Europe. International Dental, la última actualización el 24 octubre del 2014. Disponible en: <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>
22. RODRÍGUEZ, Orlando, Prótesis parcial removible, Publicado el 29 de septiembre de 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/orlandorochi/protesis-parcial-removible-39662884?related=1>.
23. CASTREJÓN, Roberto Carlos, Salud bucal e importancia de la salud bucal y general, Publicado el 12 de febrero del 2011, Disponible en: <http://saludbucalmx.blogspot.com/2011/02/importancia-de-la-salud-bucal.html>.
24. TORRES, Paola, Factores condicionantes de salud, publicado en el 2009, Disponible en: <http://es.slideshare.net/roximaribeli/factores-condicionantes-de-la-salud-1586064?related=1>
25. ENRÍQUEZ, Miguel. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Publicado el 28 de diciembre del 2011. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072012000100007).
26. ENCARNACIÓN, Gabriel, Hábitos de Higiene Bucal, Publicado el 2013, Disponible en: <http://www.dentaidexpertise.com/es/que-habitos-de-higiene-bucal-deben-seguir-los-pacientes-adultos-mayores/91>.
27. CABRERA, Carlos, Prótesis Removible, Publicado en 2012, Disponible en: <http://www.protesis.com.uy/limpieza-de-las-protesis/>
28. CARRERA, José, Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H “sol naciente”

del distrito de Carabaylo-Lima en el año 2005. Disponible en:  
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JOSEMAXCARRERARIVERA.pdf>.

29. LUNA, Gabriel, Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de Rehabilitación social de la ciudad de Loja, en el periodo Junio- noviembre del 2011. Publicado en el 2011. Disponible en:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4125/1/LUNA%20MEJ%C3%8DA%20GABRIEL%20ALEJANDRO%20.pdf>
30. QUIROZ Rocheford, Christian Carranza, “Distribución De Las Vías De Carga Protésica En Pacientes Desdentados Parciales De Acuerdo A La Clasificación De Kennedy”. 1998. Revista de la Facultad de Chile.
31. CURTI, D, “Incidence of Various Classes of Removable partial Dentures” University of California, School of Dentistry, San Francisco. Journal of Prosthetic Dental.
32. LÓPEZ, Judhit, Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, Lima – Perú, Publicado en el 2009, Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez\\_oj.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf)

# **11. ANEXOS**

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy y sus modificaciones de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en la modalidad presencial en el periodo Mayo- Julio del 2014.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Establecer la prevalencia de edentulismo parcial clase I de Kennedy y sus modificaciones 1, 2, 3 y 4.
- Identificar la prevalencia de edentulismo parcial clase II de Kennedy y sus modificaciones 1, 2, 3 y 4.
- Conocer la prevalencia de edentulismo parcial clase III de Kennedy y sus modificaciones 1, 2, 3 y 4.
- Investigar la prevalencia de edentulismo parcial clase IV de Kennedy.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy por género.

**MACROPROYECTO:**

**“VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS  
y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA  
MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL”**

**UBICACIÓN:**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**PERIODO:**

**MAYO-JULIO 2014**

**FINALIDAD:**

Determinar el estado de salud bucodental y principales patologías del sistema estomatognático, en los estudiantes de la modalidad presencial de la Universidad Nacional de Loja, para mejorar la salud bucodental como parte de la salud integral y el bienestar de los mismos.

**PROPÓSITOS:**

1. Realizar el diagnóstico de salud bucodental, en los estudiantes de la modalidad presencial de la Universidad Nacional de Loja, que permita contar con una base de datos a fin de que los estudiantes que cursan el proceso de titulación puedan desarrollar sus tesis individuales.

2. Realizar una profilaxis dental a cada uno de los estudiantes seleccionados como parte del mejoramiento de la calidad de salud oral; y, remitir para el tratamiento correspondiente al Departamento de Bienestar Universitario los casos que amerite.

#### **RESULTADOS ESPERADOS:**

1. La Carrera de Odontología del ASH de la UNL, cuenta con una base de datos, debidamente elaborada, que contiene los diagnósticos odontológicos, datos generales y específicos, de al menos 894 alumnos de las diferentes carreras de la modalidad presencial de la UNL.
2. Se han realizado, al menos 894 profilaxis dentales a los estudiantes de las carreras de la UNL y remitido al Departamento de Bienestar Universitario a los alumnos que ameriten tratamiento odontológico.
3. Se han elaborado, sustentado en forma privada y pública, 44 tesis de grado correspondientes a igual número de estudiantes, del Décimo Módulo de la Carrera de Odontología, Proceso de Titulación.
4. Se cuenta con el borrador del libro sobre: Situación de salud bucodental, problemáticas y factores de riesgo, en los estudiantes de la UNL, 2014.

#### **RESPONSABLES:**

##### **COORDINADORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

Dra. Tannya Valarezo Bravo

##### **DOCENTE DEL PROCESO DE TITULACIÓN:**

Dra. Deisy Saraguro Ortega

##### **DOCENTES DIRECTORES DE TESIS:**

Dr. Xavier Delgado

Dra. Leonor Peñarreta

Dr. Luís Vilela Mora

Dra. Claudia Gómez  
Dra. Paola Espinoza  
Dra. Zulema Castillo  
Dr. José Salinas

### **AUTORIZACIÓN:**

Comisión Académica de la Carrera de Odontología  
Dirección del Área de la Salud Humana.

### **BREVE DESCRIPCIÓN DEL MACROPROYECTO:**

El presente macroproyecto denominado **“VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL”**, es una propuesta académica orientada principalmente a facilitar un proceso investigativo, con los docentes y estudiantes que cursan el proceso de titulación de la Carrera de Odontología; que permita contar con datos claros y precisos del estado de la salud bucodental de los y las estudiantes de la modalidad presencial, de la Universidad Nacional de Loja, agrupados en las cinco Áreas Académico Administrativas y, en cada una de sus carreras; y, para realizar en cada uno de quienes constituyan la muestra representativa las acciones de una profilaxis dental mejorando la calidad de salud oral, como parte de servicio social en el marco del bienestar estudiantil.

El macroproyecto se desarrollará durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 2014; la responsable académica principal será la Docente del Proceso de Titulación, Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega; y, los Docentes Directores a quienes se les encomendará esta actividad en forma proporcional a su carga horaria. Asimismo, se contará con el asesoramiento metodológico de los siguientes Docentes: Dr. Jorge Reyes Jaramillo, Docente

investigador del ASH; y Doctores José Procel González, y Leonidas Brito, docentes contratados del Área de la Salud Humana, especialistas en atención primaria de salud. En la parte asistencial del diagnóstico bucodental participarán los docentes de la Clínica Odontológica Dra. Ana María Granda, Dra. Claudia Gómez, Dr. Xavier Delgado, Dr. Franklin Quinche. Los materiales que se empleen serán entregados por la Clínica Odontológica de la Carrera de Odontología y no será cobrada la profilaxis dental en virtud de que se trata de estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Loja.

En la parte metodológica se ha determinado una muestra representativa de 600 estudiantes; luego se realizará un muestreo aleatorio, considerando la división por áreas, carreras y cursos. Las personas seleccionadas concurrirán a la clínica odontológica en donde se les practicará un diagnóstico bucodental y una profilaxis dental. Los resultados del diagnóstico, junto con las respuestas a una serie de interrogantes devenidas de las variables que en el proyecto se indican, constituirán la base de datos, bajo la responsabilidad de la docente de Proceso de Titulación, los docentes directores de tesis y cuarenta y cuatro tesis, estudiantes del décimo módulo de la Carrera de Odontología. Los estudiantes que ameriten el tratamiento odontológico serán referidos al Departamento del Bienestar Universitario.

Luego de constituida la base de datos se pondrá a disposición de los tesis y directores de tesis, para que puedan desarrollar sus proyectos individuales de investigación, de acuerdo a las patologías que previamente se han establecido, dichos trabajos, por un lado harán una descripción de la problemática encontrada y luego una identificación y valoración de los factores de riesgo utilizando la misma muestra como casos y testigos.

Finalmente, la base de datos será patentada como propiedad intelectual del Área de la Salud Humana y publicada para que sea fuente de consulta de otras investigaciones; y, los trabajos individuales de tesis serán reportados a fin de que se trabaje en una consolidación de la

información que permita a los docentes de titulación y directores de tesis, realizar una adecuada compilación, ampliación o reformulación, pertinente, la publicación respectiva.

Esta actividad se correlacionará con propuestas similares de las Carreras de Medicina Humana y Psicología Clínica que trabajarán con el mismo universo y muestra en temáticas específicas de cada una de estas carreras, con metodologías similares.

Loja, Mayo de 2014.

Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega.  
DOCENTE DE PROCESO DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ODONTOLOGIA



MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

## HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nº HC

### DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO: F

M

CI.

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TELÉFONO:

TRABAJA:

SI

NO

### ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD

SI

NO

QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

SI

NO

QUE FARMACO?

ALERGIAS

SI

NO

CUAL?

EMBARAZO: SI  NO

GASTRITIS SI  NO  REFLUJO GASTRICO SI  NO

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI  Parentesco  NO

HTA SI  Parentesco  NO

CANCER SI  Parentesco  NO

OTROS

**HÁBITOS**

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana  más de dos veces al mes  ocasionalmente  nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente  poco frecuente  nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI  NO  QUE ACTIVIDAD

OTROS:

**HABITOS DE HIGIENE BUCAL**

Óptimo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 1 vez	<input type="checkbox"/>	Utiliza hilo dental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	Cepilla 2 veces	<input type="checkbox"/>	Utiliza enjuague bucal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 3 veces	<input type="checkbox"/>			
		Otros	<input type="checkbox"/>			

**CONTROL ODONTOLÓGICO**

Óptimo	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	1 vez al año	<input type="checkbox"/>
regular	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	2 veces al año	<input type="checkbox"/>
malo	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	3 veces al año	<input type="checkbox"/>

**PUNTOS DOLOROSOS**

NEURALGIA DEL TRIGEMINO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>								
FRONTAL	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>

**GANGLIOS LINFÁTICOS:**

TUMEFACIOS	SI	<input type="checkbox"/>
NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>

**ATM:**

Función de ATM	RUIDO (click/crépito)	<input type="checkbox"/>	DESVIACIÓN	<input type="checkbox"/>	DEFLEXIÓN	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>
Dolor en la ATM	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Limitación en apertura	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Desviación mandibular a la apertura.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA	<input type="checkbox"/>
Pérdida de soporte Oclusal Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

**LABIOS:**

Pigmentaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Labio fisurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Queilitis angular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Color cianótico:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros  Cuáles

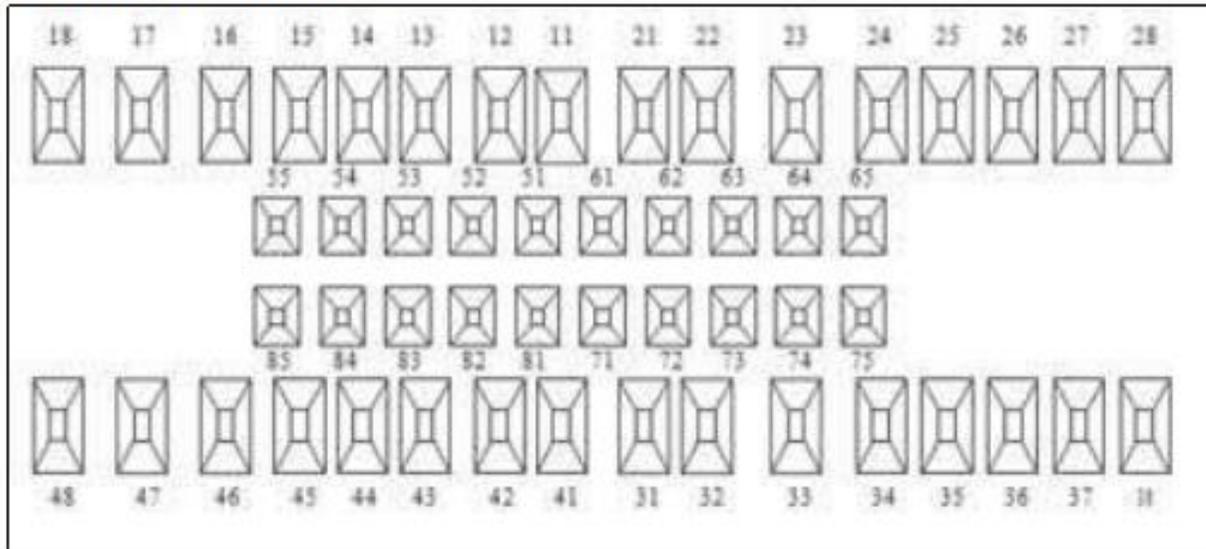
Tonicidad labial				
Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Normal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**FORMA DE ROSTRO**

Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalado	<input type="checkbox"/>



# ODONTOGRAMA:



C

P

O

Porta ortodoncia fija SI  NO

Tuvo tratamiento ortodoncico SI  NO

## TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

<p><b>CUADRANTE 1</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p><b>CUADRANTE 3</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>	<p><b>CUADRANTE 2</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p><b>CUADRANTE 4</b></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p>
---	---

**CLASE DE KENNEDY**

CLASE I	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE II	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE III	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE IV	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

**PORTADOR DE PROTESIS**

P. FIJA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tipo	<input type="checkbox"/>
P.REMOVIBLE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MATERIAL	<input type="checkbox"/>
P. TOTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="checkbox"/>

LESIONES NO CARIOSAS      SI       NO

Erosión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Clase I	<input type="checkbox"/>	clase II	<input type="checkbox"/>	clase III	<input type="checkbox"/>				
Abrasión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>										
Atrición	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>				
Abfracción	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>										
Fluorosis dental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuestionable	<input type="checkbox"/>	Muy leve	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>

**ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES**

Supernumerarios	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>
Agnesia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>

**PERDIDA POR PATOLOGIAS**

Traumatismos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>
Caries	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pieza:	<input type="checkbox"/>

**OCLUSIÓN**

**RELACIÓN MOLAR:**

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

**RELACIÓN CANINA:**

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

OVERJET	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
OVERBITE	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>

**MALOCLUSIONES**

Mordida abierta Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida Abierta Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida profunda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida cruzada anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida cruzada posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida bis a bis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

**APIÑAMIENTO DENTAL**

Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>

**FORMA DE DIENTES**

Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalados	<input type="checkbox"/>
Cuadrados	<input type="checkbox"/>

**PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL**

MESIALISADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	DISTALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
LINGUALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	VESTIBULARIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
EXTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	INTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>

**MAXILAR - Forma de arcada:**

Ovoidal	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>

**PALADAR DURO**

Torus palatino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Comunicación bucosinusal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Atresia maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Micrognatismo maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Macrognatismo Maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Petequias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

**PALADAR BLANDO**

Lesiones Ulcerosas      Aftas mayores       Aftas menores       Lesiones Herpéticas

**MANDIBULA**

Forma de arcada        
Cuadrado        
Triangular        
Ovoidal     

**MUCOSA ORAL**

Lesiones Blancas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Lesiones Rojas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Lesiones Ulcerosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>

EPULIS TRAUMATICO      SI       NO       Localizado Carrilos       Localizado Reborde

**PISO DE LA BOCA:**

Ránula	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Hipertrofia de frenillo lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Torus lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

**CARRILLOS:**

Aftas o estomatitis      SI       NO

**GLÁNDULAS SALIVALES:**

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dolor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secresión Purulenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fluidez Salival	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obstrucción de conductos salivales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PH SALIVAL**

ÁCIDO(ROJO)

BÁSICO(AZUL)

NORMAL(NO HAY CAMBIO)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**FRENILLO LABIAL**

NORMAL

INSERCIÓN BAJA

APÉNDICE DE FRENILLO

Produce diastemas a nivel incisivos

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

	SI	NO
NORMAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INSERCIÓN BAJA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APÉNDICE DE FRENILLO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Produce diastemas a nivel incisivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**FRENILLO LINGUAL**

NORMAL

ANQUILOGLOSIA

PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

	SI	NO
NORMAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANQUILOGLOSIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**LENGUA:**

FISURADA

GEOGRÁFICA

MACROGLOSIA

PATOLOGÍA PULPAR:

	SI	NO
FISURADA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GEOGRÁFICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MACROGLOSIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PATOLOGÍA PULPAR:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1. Inspección**

Cambio de color	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Caries penetrante	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Exposición pulpar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Líneas de fisura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fistula	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Microfiltración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>

Fractura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
----------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------	----------------------

Tejidos Dentales

Coronaria	<input type="text"/>
Radicular	<input type="text"/>
Corono-radicular	<input type="text"/>

Tejidos de Soporte

Contusión	<input type="text"/>
Subluxación	<input type="text"/>
Luxación	<input type="text"/>
Intrusión	<input type="text"/>
Avulsión	<input type="text"/>

**2. Análisis del fenómeno doloroso**

§ Provocado	<input type="text"/>	§ Sordo	<input type="text"/>
§ Localizado	<input type="text"/>	§ Expansivo	<input type="text"/>
§ Corto	<input type="text"/>	§ Pulsátil	<input type="text"/>
§ Intermitente	<input type="text"/>	§ Irradiado	<input type="text"/>
§ Espontaneo	<input type="text"/>	§ Ocasional	<input type="text"/>
§ Difuso	<input type="text"/>	§ Constante	<input type="text"/>
§ Prolongado	<input type="text"/>	§ Agudo	<input type="text"/>
§ Continuo	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

**3. Palpación**

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Apical	Sintomático	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tumefacción firme	<input type="checkbox"/>				
Tumefacción Blanda	<input type="checkbox"/>				

Asintomático	<input type="checkbox"/>				
<b>4. Percusión</b>					
Horizontal	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	
Vertical	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	
<b>5. Pruebas térmicas</b>					
frío	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Cede después del estímulo
calor	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Al retirarlo persiste
<b>6. Movilidad</b>					
Grado I		Pieza	<input type="checkbox"/>		
Grado II		Pieza	<input type="checkbox"/>		
Grado III	<input type="checkbox"/>	Pieza	<input type="checkbox"/>		
<b>7. Sondaje periodontal</b>					
MV	<input type="checkbox"/>	MeV	<input type="checkbox"/>	DV	<input type="checkbox"/>
MP-L	<input type="checkbox"/>	MeP-L	<input type="checkbox"/>	DP-L	<input type="checkbox"/>
<b>8. Diagnóstico Radiográfico</b>					
Cámara pulpar Normal			<input type="checkbox"/>		
Modificada			<input type="checkbox"/>		
<b>Conductos radiculares</b>					
Calcificación					
Resorción interna			<input type="checkbox"/>		
Resorción externa			<input type="checkbox"/>		
Otros			<input type="checkbox"/>		
<b>Periápice</b>					
Lesión periapical		Presente	<input type="checkbox"/>		
		Ausente	<input type="checkbox"/>		
<b>Ligamento periodontal</b>					
		Normal	<input type="checkbox"/>		
		Denso	<input type="checkbox"/>		
		Roto	<input type="checkbox"/>		

**9. DIAGNÓSTICO**

**NECROSIS PULPAR**

**PULPITIS IRREVERSIBLE**

**PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA**

**PULPITIS REVERSIBLE**

**ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO**

**ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA**

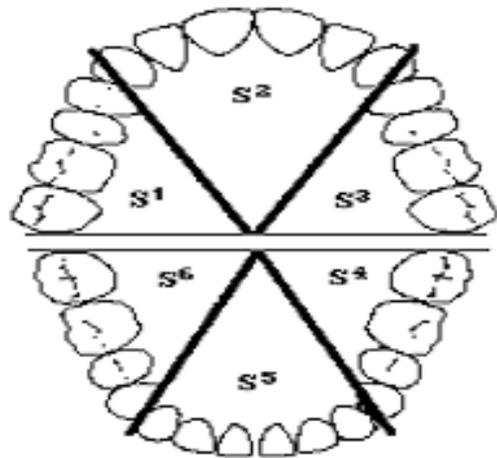
**ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA**

**DESPULPADO / RETRATAMIENTO**

**OTRO: .....**

## FORMULARIO DE PERIODONCIA PATOLOGIA PERIODONTAL

### EVALUACIÓN PERIODONTAL:



### Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

- 0 Tejidos sanos
- 1 Sangrado gingival
- 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
- 3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

Código 0: Mantener las medidas de prevención.  
 Código 1: Instrucción de higiene bucal  
 Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes  
 Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular

DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

### VALORACIÓN DE RAMFJORD

- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| G0 | <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> | G0 | AUSENCIA DE INFLAMACION                          |
| G1 | <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> | G1 | Zona enrojecida de encía que rodea al diente     |
| G2 | <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> | G2 | Gingivitis alrededor del diente                  |
| G3 | <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> | G3 | Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones |

**PERIODONTITIS**

Perdida de inserción de 3 mm - LEVE

SI  NO

Perdida de inserción de 3 - 6 mm - MODERADO

SI  NO

Perdida de inserción mayor 6 mm - SEVERO

SI  NO

**PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL**

SI  NO

**CÁLCULO SUPRAGINGIVAL**

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona

**CÁLCULO SUBGINGIVAL**

PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz

**INDICE IHOS**

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

Le gustaría recibir tratamiento odontológico

Si  No  Que tipo de tratamiento

Qué tipo de atención prefiere

Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clínica odontológica de la UNL

Si  No

Le gustaría ser atendido en la clínica odontológica de la UNL

Si  No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tratamiento Odontológico

Si  No  Porque

RESPONSABLE:



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE SALUD HUMANA  
CARRERA DE ODONTOLOGIA  
CLINICA INTEGRAL**

Loja,.....del 20.....

Historia Clínica N°.....

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

Yo....., con cédula de identidad #..... en pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

1. Estoy consciente de la necesidad de realizarme el tratamiento odontológico de:  
.....  
.....  
.....
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 supervisión de un Docente Tutor.
3. Proporcionaré 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 se presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente que durante el tratamiento pueden 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 indicaciones proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mi tratamiento 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 y autorizo a él (la) estudiante:..... para la ejecución de dicho tratamiento.

----- Firma Paciente  
----- Firma Estudiante

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

<b>PORTADA .....</b>	<b>i</b>
<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vi</b>
<b>TÍTULO.....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I: EDENTULISMO PARCIAL.....</b>	<b>6</b>
<b>1. EPIDEMIOLOGÍA, FISIOLÓGÍA DEL EDENTULISMO PARCIAL.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. PÉRDIDA DE LOS DIENTES Y EDAD.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. CAUSA FRECUENTES DE PÉRDIDA DENTAL.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1. CONGÉNITAS.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2. ADQUIRIDAS.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.2.1. CARIES .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.2.1.1. ETIOLOGÍA.....</b>	<b>11</b>

1.2.2.2.	ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	12
1.2.2.2.1.	FACTOR ETIOLÓGICO.....	12
1.2.2.3.	TRAUMATISMOS .....	13
1.2.2.3.1.	DESPLAZAMIENTOS.....	13
1.2.2.4.	FACTORES ASOCIADOS.....	14
1.3.	CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES.....	14
1.3.1.	ALTERACIONES FACIALES POR FALTA DE DIENTES.....	15
1.3.2.	ALTERACIONES INTRAORALES POR LA PÉRDIDA DE DIENTES.....	16
1.3.3.	DEFECTOS DEL REBORDE ALVEOLAR EN LAS REGIONES EDÉNTULAS.....	16
1.3.4.	DEFECTOS DE LA MASTICACIÓN POR PERDIDA DENTARIA.....	17
	CAPÍTULO II: .....	19
2.	CLASIFICACIÓN DE ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULAS CLASIFICACIÓN DE KENNEDY .....	19
2.1.	CLASE I .....	19
2.2.	CLASE II .....	20
2.3.	CLASE III .....	21

2.4. CLASE IV .....	21
3. REGLAS DE APLEGATE.....	21
CAPÍTULO III: .....	24
4. IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL Y BIENESTAR GENERAL....	25
5. HIGIENE BUCAL EN EDÉNTULOS PARCIALES .....	26
5.1. MATERIALES UTILIZADOS.....	27
5.1.1. CEPILLO DENTAL .....	27
5.1.2. PASTA DENTAL .....	28
5.1.3. ENGUAJE BUCAL .....	28
5.1.4. HILO DENTAL .....	28
MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
RESULTADOS .....	33
DISCUSIONES .....	42
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES .....	45
BIBLIOGRAFÍA .....	46
ANEXOS.....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>PÉRDIDA DE LOS DIENTES Y EDAD .....</b>	<b>9</b>
<b>CARIES.....</b>	<b>11</b>
<b>ENFERMEDAD PERIODONTAL .....</b>	<b>12</b>
<b>ALTERACIONES FACIALES POR LA FALTA DE DIENTES .....</b>	<b>15</b>
<b>DEFECTOS DEL REBORDE ALVEOLAR EN LAS REGIONES EDÉNTULAS.....</b>	<b>17</b>
<b>CLASE I DE KENNEDY.....</b>	<b>19</b>
<b>MODIFICACIONES EN LA CLASE I.....</b>	<b>20</b>
<b>CLASE II DE KENNEDY.....</b>	<b>20</b>
<b>MODIFICACIONES EN LA CLASE II.....</b>	<b>20</b>
<b>CLASE III DE KENNEDY.....</b>	<b>21</b>
<b>MODIFICACIONES EN LA CLASE III.....</b>	<b>21</b>
<b>CLASE IV DE KENNEDY.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPITULO III: IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL Y SALUD GENERAL.....</b>	<b>25</b>

## **ÍNDICE DE CUADROS ESTADÍSTICOS**

<b>TABLA Nro. 1.....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA Nro. 2.....</b>	<b>34</b>
<b>TABLA Nro. 3. ....</b>	<b>35</b>
<b>TABLA Nro. 4.....</b>	<b>36</b>

<b>TABLA Nro. 6.....</b>	<b>37</b>
<b>TABLA Nro. 7.....</b>	<b>38</b>
<b>TABLA Nro. 8.....</b>	<b>40</b>