



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PERSONAS  
MAYORES DE 45 AÑOS DEL GAD PARROQUIAL DE SININCAY,  
CUENCA-ECUADOR, EN EL PERÍODO 2018-2019

TÍTULO DE ODONTÓLOGO

**AUTORA:** León Aldáz Sofía Valeria

**DIRECTOR:** Saquisilí Saquitana Sandra Patricia.

**CUENCA**

2018

## **DECLARACIÓN:**

Yo, León Aldáz Sofía Valeria, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....  
**Autora: León Aldáz, Sofía Valeria**

**C.I: 1105168536**

## **CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de titulación denominado **FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PERSONAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL GAD PARROQUIAL DE SININCAY, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERÍODO 2018-2019**, realizado por **LEÓN ALDÁZ SOFIA VALERIA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Octubre 2019

.....  
**Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.**  
**Coordinador Departamento De Investigación**

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Dra. Liliana Encalada Verdugo.

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN-CARRERA  
ODONTOLOGÍA.**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PERSONAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL GAD PARROQUIAL DE SININCAY, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERÍODO 2018-2019**”, realizado por **LEÓN ALDÁZ SOFIA VALERIA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedido para su sustentación.

Cuenca, Octubre 2019

.....  
**Saquisili Saquitana, Sandra Patricia Od. Esp.**

**DIRECTOR**

## **DEDICATORIA.**

El presente estudio es dedicado primeramente a Dios, quien dirige mi camino día a día, por su amor infinito y bendiciones que brinda cada día a mi familia y a mí.

A mis padres Ramiro y Gladis, que son un pilar fundamental en mi vida, quienes me dieron vida, educación, apoyo incondicional y sabios consejos, que hacen de mí la persona que soy, a mis hermanas Fernanda y Romina, que son mi fuente de inspiración, pues a ellos les debo todos mis logros y méritos.

A mi tutora y amigos que me ayudaron con su tiempo, para poder cumplir esta meta más de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco a las Autoridades de la Parroquia de Sinincay que me ayudaron con la aprobación para la realización de esta investigación.

Agradezco a todos los pacientes que me colaboraron con este estudio.

Agradezco a mi tutora Dra. Sandra Saquisilí, por su apoyo constante y disposición para orientarme en la realización de ésta investigación.

## ÍNDICE GENERAL

Contenido

<b>RESUMEN.....</b>	<b>11</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>12</b>
<b>PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>2.- JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>3.-OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.-Objetivo General: .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2.-Objetivos Específicos:.....</b>	<b>15</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>4. 1. Edentulismo Parcial .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1.a. Definición.....</b>	<b>16</b>
<b>4. 1.b. Pérdida dental y la edad .....</b>	<b>16</b>
<b>4. 1.c. Causas frecuentes de la pérdida dental .....</b>	<b>16</b>
<b>4. 1.1. Consecuencias del Edentulismo Parcial .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1.2. Consecuencia de la pérdida dental.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1.2.a. Alteraciones faciales por falta de dientes .....</b>	<b>18</b>
<b>4. 1.2.b. Alteraciones intraorales por la pérdida de dientes.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1.2.c. Defectos del reborde alveolar en la región edéntula .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1.2.d. Deficiencia de la masticación por pérdida dentaria.....</b>	<b>19</b>
<b>4. 1.3. Epidemiología del edentulismo parcial .....</b>	<b>20</b>
<b>4. 1.4. Clasificación de arcadas parcialmente edéntulas según Kennedy en 1925.....</b>	<b>20</b>
<b>4. 1.5. Reglas de Applegate aplicables a la clasificación de Kennedy .....</b>	<b>22</b>
<b>4. 1.6. Importancia de la salud bucal y bienestar general .....</b>	<b>22</b>
<b>4. 1.7. Higiene bucal en edéntulo parcial.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1.7.a. Materiales utilizados .....</b>	<b>23</b>
<b>4. 1.8. Necesidad de tratamiento de prótesis parcial removible .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>24</b>

<b>5. HIPÓTESIS.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>27</b>
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>27</b>
<b>1.-MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>28</b>
<b>2.-POBLACIÓN Y MUESTRA. ....</b>	<b>28</b>
<b>2.1.- Criterios de selección:.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1.a. Criterios de inclusión:.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1. b. Criterios de exclusión:.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2.-Tamaño de la muestra: .....</b>	<b>28</b>
<b>3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>30</b>
<b>4. INSTRUMENTOS, MATERIALES, Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Instrumentos documentales.....</b>	<b>31</b>
<b>4.2. Instrumentos mecánicos .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3. Materiales .....</b>	<b>31</b>
<b>4.4. Recursos.....</b>	<b>31</b>
<b>5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5.1.-Ubicación espacial.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.-Ubicación temporal.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.- Procedimiento para la toma de datos.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3. a.-Método de examen bucal utilizado por los observadores.....</b>	<b>32</b>
<b>5.3. b.-Criterios de registro de hallazgos.....</b>	<b>33</b>
<b>6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS.....</b>	<b>33</b>
<b>7.- ASPECTOS BIOÉTICOS.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>35</b>
<b>RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>1. RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
<b>2. DISCUSIÓN .....</b>	<b>42</b>
<b>3. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>44</b>
<b>III.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>49</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de edentulismo .....	36
Tabla 2. Discriminación de edentulismo parcial según el sexo.....	37
Tabla 3. Discriminación de edentulismo parcial según la edad .....	38
Tabla 4. Frecuencia de edentulismo parcial por maxilares.....	39
Tabla 5. Frecuencia de edéntulismo parcial según Kennedy en ambos maxilares.....	40
Tabla 6. Necesidad de tratamiento en base al uso de prótesis parcial.....	41

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIG.1 CLASE I DE KENNEDY (TOMADO DE: LOZA FD. 2007)</b> .....	20
<b>FIG.2 CLASE II DE KENNEDY (TOMADO DE: LOZA FD. 2007)</b> .....	21
<b>FIG.3 CLASE III DE KENNEDY (TOMADO DE: LOZA FD. 2007)</b> .....	21
<b>FIG.4 CLASE IV DE KENNEDY (TOMADO DE: LOZA FD. 2007)</b> .....	21

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en personas mayores de 45 años del GAD Parroquial de Sinincay, Cuenca-Ecuador, en el periodo 2018-2019. En el cual se ha podido observar un incremento en el número de casos de edentulismo parcial. **Materiales y métodos:** la metodología usada es tipo observacional basada en un test, no experimental, Cuantitativa, de campo, Transversal y Descriptivo. La muestra fue conformada por 345 individuos residentes de la parroquia de Sinincay que cumplieron con los requisitos de inclusión mediante una encuesta, la misma que fue analizada y usada como un instrumento de ficha de recolección de datos como datos personales, antecedentes médicos, examen dental, antecedentes protésicos, clasificación de Kennedy y sus modificaciones, la cual se considerara como medio de estudio que permite determinar la variable dependiente que es el edentulismo parcial. **Resultados:** En cuanto al grupo etario, el rango de 45-49 tuvo una mayor frecuencia de 74 edentulismo parcial que representa el (39%), La mayor frecuencia de edentulismo parcial por el género se encontró en 116 en el sexo femenino con un porcentaje (62%). En base a la clasificación de Kennedy por maxilares, mostraron que la clase III es la más prevalente en el maxilar superior con 72 que corresponde al 49% y en el maxilar inferior 64 con el 36%. Con respecto a la necesidad de tratamiento encontramos un predominio de frecuencia de 105 con (56%) que necesitan rehabilitación protésica, considerando que de los 83 individuos que utilizan prótesis, el (29%) que corresponde a 24 tienen prótesis desadaptadas. **Conclusión:** El edentulismo parcial es el más frecuente en la parroquia de Sinincay, siendo la clase III las más prevalente en ambos maxilares, presente en el grupo de edad entre 45 a 59 años.

**Palabras claves:** Edentulismo parcial, nivel de instrucción

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the frequency of partial edentulism according to Kennedy's classification in people over 45 years of the Parish GAD of Sinincay, Cuenca-Ecuador, in the period 2018-2019. In which it has been observed an increase in the number of cases of partial edentulism. **Materials and methods:** the methodology used is an observational type based on a test, not experimental, Quantitative, field, Transversal and Descriptive. The sample was made up of 345 individuals resident in the Sinincay parish who met the inclusion requirements through a survey, which was analyzed and used as an instrument for data collection such as personal data, medical history, dental exam, prosthetic background, Kennedy classification and its modifications, which is considered as a means of study that allows to determine the dependent variable that is partial edentulism. **Results:** Regarding the etareo group, the range of 45-49 had a higher frequency of 74 partial edentulism representing (39%), the highest frequency of partial edentulism by gender was found in 116 in the female sex with a percentage (62%). Based on the Kennedy classification by jaws, classification III is the most prevalent in the upper jaw with 72 corresponding to 49% and in the lower jaw 64 with 36%. Regarding the need for treatment, we found a frequency predominance of 105 with (56%) needing prosthetic rehabilitation, which of the 83 individuals who need prostheses, the (29%) corresponding to 24 have maladaptive prostheses. **Conclusion:** Partial edentulism is the most frequent in the parish of Sinincay, with class III being the most prevalent in both jaws, present in the age group between 45 and 59 years.

**Keywords:** Partial edentulism, level of instruction

## INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es un estado de salud bucal que corresponde a la ausencia de dos o más piezas dentarias. Sus causas son diversas, entre ellas las más importantes son las caries dental, enfermedad periodontal y fracturas radiculares<sup>1</sup>. La pérdida de piezas dentarias afecta significativamente la calidad de vida produciendo la alteración de las principales funciones de la cavidad bucal como la masticación, la fonética y principalmente la estética.

La mayoría de los casos de pacientes con edentulismo parcial corresponde a personas de edad avanzada, considerándolo como un problema irreversible. Un estudio aplicó un cuestionario OHIP (Perfil de Impacto de la Salud Bucal) el mismo que encontró que el edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más frecuente con un 75% y que la clase III de Kennedy es la más predominante con el 42% en el maxilar y 40% mandíbula)<sup>2</sup>. Otros estudios, como el realizado en la ciudad de Cuenca, corrobora que el edentulismo parcial se presenta de manera frecuente en la población adulta, con un porcentaje del 87 %<sup>4</sup>.

Por la presencia de una gran variedad de casos hallados de edentulismo parcial, es importante realizar un registro del estado dental en la población de Sinincay del cantón Cuenca. Con el fin de realizar comparaciones a través de datos ya establecidos y observar si existe un incremento o disminución de pérdida dental. Para que a través de la toma de estos datos crear una forma que mejore el estado de conservación de las piezas dentarias y conocer si son efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población. Así como, incentivar a la sociedad, que al presentar esta condición en su cavidad bucal necesitan de una rehabilitación oral para proteger las piezas dentales remanentes, para evitar llegar al estado de edentulismo total.

El objetivo de este estudio es conocer y analizar la frecuencia del edentulismo parcial en personas mayores de 45 años del GAD parroquial de Sinincay de la ciudad de Cuenca, a través de la Clasificación de Kennedy por Edward Kennedy en 1925, método que ayuda de manera clara a establecer los tipos de edentulismo parcial, tomando en cuenta las observaciones realizadas por el Dr. Applegate, en 1960.

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO.**

## 1.-PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

El edentulismo parcial afecta significativamente la calidad de vida de las personas mayores de 45 años. Sin embargo existe una falta de información con relación al edentulismo parcial en el GAD Parroquial de Sinincay. Esta investigación promoverá la determinación de datos actuales para identificar la frecuencia de edentulismo parcial que existe en esta parroquia, así como la necesidad de tratamiento protésico y la correcta prevención del cuidado bucal.

De forma tal que la interrogante principal de esta investigación fue: ¿Cuánto es la frecuencia de edentulismo parcial en personas mayores de 45 años del GAD Parroquial de Sinincay, Cuenca-Ecuador, en el período 2018-2019?

## 2.- JUSTIFICACIÓN

El tema de esta investigación radica en determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy (1925) en una de las 21 parroquias rurales de la ciudad de Cuenca. Esta información permitirá mejorar el conocimiento actual del edentulismo parcial en personas mayores de 45 años de esta zona, según dicha clasificación. Aportando datos significativos a la comunidad científica sobre el estado de salud bucal de las personas mayores de 45 años que asisten al centro recreativo del GAD Parroquial de Sinincay y son residentes de la parroquia, como también la clase de Kennedy más frecuente de la misma, lo cual denota la **relevancia científica** del presente estudio. La **relevancia social** del presente estudio es aportar datos importantes sobre la salud bucal de las personas de 45 años en adelante, con el fin de crear medidas de prevención que disminuyan la pérdida dental prematura en las parroquias rurales. A través de la difusión de esta información a las instituciones de salud que diseñan y ejecutan estas políticas. La **relevancia humana** se basa en que la información obtenida de esta investigación influya de manera positiva en la calidad de vida de cada individuo. Con el fin de informarse de los riesgos y las medidas que deben emplear ante la pérdida dental, para evitar problemas funcionales que reducen la eficiencia masticatoria aumentando el riesgo de desnutrición. El presente tema es de **interés personal**, dado que se presenta como parte de los requerimientos del programa académico de Odontología para titulación.

### **3.-OBJETIVOS**

#### **3.1.-Objetivo General:**

- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en personas mayores de 45 años del GAD Parroquial de Sinincay, Cuenca-Ecuador, en el período 2018-2019.

#### **3.2.-Objetivos Específicos:**

- Discriminar la frecuencia de edentulismo parcial, por edad.
- Discriminar la frecuencia de edentulismo parcial, por sexo.
- Discriminar la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares.
- Determinar la frecuencia de pacientes con necesidad de tratamiento de prótesis parcial removible.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4. 1. Edentulismo Parcial**

#### **4.1.a. Definición**

El edentulismo parcial es el estado de salud bucal que se caracteriza por la pérdida de dos o más piezas dentales, su origen es múltiple y afecta frecuentemente a la población de edad avanzada. La pérdida dental trae como consecuencia la alteración de los principales aspectos funcionales del sistema estomatognático, como son la fonación, formación del bolo alimenticio y estética.<sup>1</sup>

#### **4. 1.b. Pérdida dental y la edad**

La pérdida dental no debe ser considerado como un proceso normal de la vejez, al contrario, nuestras piezas dentales están destinadas a durar toda la vida, sin embargo, existen factores que predisponen esta patología a través de erróneos hábitos de alimentación y una higiene oral deficiente, adoptada desde la niñez, adolescencia y adultez que trae como consecuencia en la edad avanzada, la pérdida prematura de las piezas dentales. Por otra parte, el descuido de la salud bucal, crea un medio de fácil ingreso para las patologías bucales como caries, periodontitis, que son factores principales que aceleran la pérdida dental en los pacientes, sin importar la edad que presenten.<sup>2</sup>

#### **4. 1.c. Causas frecuentes de la pérdida dental**

Existen diversas causas y factores que provocan la pérdida dental, se relacionan principalmente con una mala higiene dental que desencadena la presencia de caries y enfermedad periodontal, se consideran como las principales enfermedades que causan la pérdida dental. Además, existen otras afecciones que producen esta condición, tales como traumatismo, tratamientos inconclusos, desgaste y fracturas dentales.<sup>3</sup>

- **Caries dental:** Es una enfermedad infecciosa multifactorial que ocasiona la pérdida progresiva de la estructura dental, afectando esmalte, dentina y por último la pulpa dental que es la parte sensitiva del diente, causando infección en el periodonto. Cuando la destrucción del diente es severa, la única opción de tratamiento es la extracción dental.<sup>2</sup>

- **Enfermedad periodontal:** Es un conjunto de enfermedades infecciosas e inflamatorias de origen bacteriano derivado del biofilm o placa bacteriana, localizadas en las encías y estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar). La presencia de bacterias tiene un importante papel en el inicio y posterior desarrollo de la enfermedad periodontal, causando la inflamación, enrojecimiento y sangrado gingival (gingivitis). Sin embargo, si no se trata esta afección, puede evolucionar a periodontitis que es la pérdida del tejido conectivo y del hueso alveolar alrededor de la raíz del diente, lo que conduce a la exfoliación eventual del diente.<sup>3</sup>
- **Traumatismos dentales:** Son lesiones causadas por accidentes, caídas o golpes que involucran la cavidad bucal, afectando las piezas dentales y tejidos de soporte. Causando fracturas corono y/o raíz, movilidad dental, lesiones de hueso y la avulsión de uno o más dientes.<sup>4</sup>
- **Piezas dentales con tratamientos odontológicos inconclusos:** Son piezas dentales previamente tratadas, que no presentan signos ni molestias aparentes durante un largo período, provocando la aparición de nuevas infecciones que terminan en la destrucción total de la pieza dental.<sup>5</sup>

#### 4. 1.1. Consecuencias del Edentulismo Parcial

La estética, la reabsorción del hueso alveolar, la extrusión dental por pérdida del antagonista y el desplazamiento de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio creado por la pérdida dental, son las consecuencias principales del edentulismo parcial que desencadena un desequilibrio funcional en la oclusión de la cavidad bucal.<sup>6-7</sup>

#### 4.1.2. Efectos de la pérdida dental

Uno de los principales problemas de la pérdida dental está relacionado con la estética, es común que las personas con esta condición tengan la sensación de fealdad y falta de aceptación, adoptando actitudes de aislamiento en actividades cotidianas y sociales. Los problemas estéticos guardan una estrecha relación con las alteraciones psicológicas de la persona, que afectan principalmente a su autoestima y aumenta cuando el edentulismo se produce en los dientes anteriores.<sup>8</sup>

La pérdida dental aparte de generar problemas estéticos, conlleva consecuencias funcionales, como es la alteración de la pronunciación, que causa dificultad en vocalizar con naturalidad algunas consonantes, como son la “v” o la “z”.<sup>8</sup>

Otra consecuencia funcional del edentulismo es la alteración de la oclusión y el sistema masticatorio. La pérdida de la función masticatoria genera problemas al sistema digestivo, al momento del proceso de deglución de alimentos, los mismos que no pueden ser digeridos normalmente por su tamaño, dando lugar a atragantamientos y alteraciones digestivas.<sup>9</sup>

La reabsorción del hueso alveolar es otra consecuencia principal del edentulismo, el hueso alveolar es el encargado de brindar soporte a las piezas dentales, al momento de la pérdida dental la encía modifica su tamaño, amoldándose a la nueva situación y afectando a los tejidos blandos, provocando un desequilibrio en la cavidad bucodental.<sup>10</sup>

#### **4.1.2.a. Alteraciones faciales por falta de dientes**

Las múltiples pérdidas dentales modifican la función del hueso, esto produce un cambio específico en las estructuras intraorales y en la configuración externa del rostro. Provocando la pérdida del contorno labial, envejecimiento facial prematuro, expresión de boca ancha, disminución de la altura facial originada de un colapso de la dimensión vertical, pérdida del ángulo labiomentoniano y expresión de tristeza cuando los labios se encuentran en reposo.<sup>11</sup> En cuanto a la modificación ósea el mentón rota hacia delante y causa una apariencia cóncava del perfil de la cara. La posición retraída del labio está relacionada con la disminución anterior del reborde superior y la pérdida del tono muscular principalmente de los músculos involucrados en la expresión facial.<sup>12</sup>

#### **4. 1.2.b. Alteraciones intraorales por la pérdida de dientes**

Las alteraciones causadas por la pérdida dental, producen una disminución de la mucosa adherida, generalmente es más intensa en la mandíbula que en el maxilar superior.<sup>2</sup> Cuando esta reabsorción es muy marcada provoca la aparición de superficies irregulares como la apófisis geni o exóstosis, que dificulta el asentamiento de prótesis dental removible.

Existe la pérdida de propioceptores del ligamento periodontal que es el encargado de controlar la intensidad de las fuerzas masticatorias y la disminución de sensibilidad.<sup>13</sup>

Otra de las alteraciones intraorales, es la macroglosia que se denomina como un trastorno en el que la lengua tiene un tamaño más grande que el normal, causada por la colocación constante en los espacios de las piezas ausentes.<sup>14</sup>

#### **4.1.2.c. Defectos del reborde alveolar en la región edéntula**

Cuando existe la pérdida dental, se inicia un proceso de reabsorción ósea, donde el reborde alveolar presenta un aspecto aplanado o cóncavo, con una reducción marcada de la altura y ancho del reborde alveolar que se encuentra en una posición más lingual o palatina, presente con mayor frecuencia en el maxilar superior que en la mandíbula. Los cambios de la morfología del hueso alveolar no siguen un patrón constante.<sup>15</sup>

(Seibert. J, 1983)<sup>3</sup>, clasifica los defectos del reborde alveolar en 3 clases relacionado al componente horizontal y vertical del defecto:

- **Clase I:** Pérdida de la dimensión vestibulolingual, conservando una altura normal de la cresta.<sup>15</sup>
- **Clase II:** Pérdida de la dimensión apicocoronaria, conservando una anchura normal de la cresta.<sup>15</sup>
- **Clase III:** Pérdida tanto de la dimensión vestibulolingual como apicocoronaria. Pérdida de la altura y anchura normal de la cresta.<sup>15</sup>

Por su parte, (Gaizan. A, 1985)<sup>4</sup>, introduce el concepto de severidad, considerando el defecto:

- **Leve:** Menor a 3mm.<sup>4</sup>
- **Moderado:** De 3 a 6mm<sup>4</sup>
- **Severo:** Mayor de 6mm.<sup>4</sup>

#### **4.1.2.d. Deficiencia de la masticación por pérdida dentaria**

Los problemas de la masticación afectan principalmente a la dieta nutricional de la persona, provocando restricciones dietéticas, como remplazar alimentos sólidos por el consumo de alimentos blandos que afectan principalmente al estado nutricional de la persona.<sup>15</sup>

Entre las principales alteraciones de la alimentación por la disminución de la ingesta de frutas, verduras y fibra, son el aumento del colesterol y grasas saturadas que predisponen la obesidad y el aumento de las tasas de cambios cardiovasculares.<sup>15</sup>

#### **4. 1.3. Epidemiología del edentulismo parcial**

Estudios revelan que el edentulismo parcial se presentó con mayor frecuencia (75%) que el edentulismo total (25%), con una afección mayor en el género femenino (67,2%) y pacientes mayores de 40 años de edad (63,5%).<sup>5-6</sup>

#### **4. 1.4. Clasificación de arcadas parcialmente edéntulas según la clasificación de Kennedy en 1925**

Se fundamenta en una vista universal, funcional, mecánica y topográfica de los maxilares, donde se observa la relación que existe entre los espacios edéntulos con los dientes remanentes. Debemos considerar entonces, cuatro clases de Kennedy descritas mediante letras romanas (I, II, III, IV) y sus respectivas modificaciones con algoritmos arábigos (1, 2, 3, 4).<sup>16</sup>

##### **- Clase I: Edéntulo Posterior Bilateral**

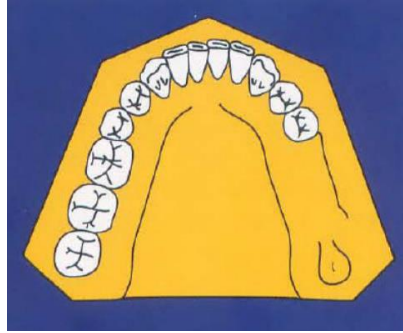
Se refiere a la presencia de ambas zonas posteriores edéntulas, con remanente dental en el sector anterior ya sea en maxilar superior o inferior.<sup>16</sup> Fig.1.



**Fig.1 CLASE I de Kennedy** (Tomado de: Loza FD. 2007).<sup>17</sup>

##### **- Clase II: Edéntulo Posterior Unilateral**

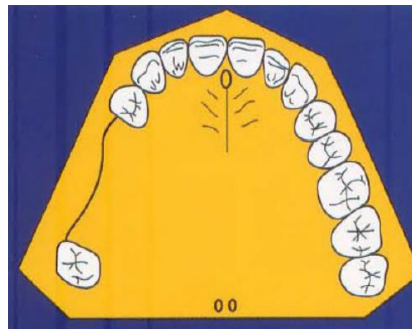
Presenta la zona posterior de un solo lado, edéntula. Esta clase admite modificaciones según el número espacios desdentados existentes en maxilar superior o inferior.<sup>16</sup> Fig.2.



**Fig.2 CLASE II de Kennedy** (Tomado de: Loza FD. 2007).<sup>17</sup>

- **Clase III: Edéntulo posterior unilateral con pilar posterior**

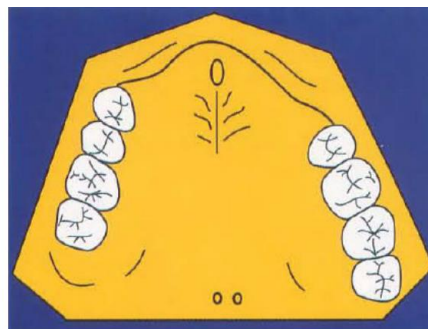
Presenta espacio edéntulo posterior unilateral con pilares anteriores y posteriores. Si admite modificaciones.<sup>16</sup> Fig. 3.



**Fig.3 CLASE III de Kennedy** (Tomado de: Loza FD. 2007).<sup>17</sup>

- **Clase IV: Edéntulo anterior bilateral**

Presenta espacio edéntulo anterior bilateral que sobrepasa la línea media. Esta clase no admite modificaciones, porque si presentara más de una brecha desdentada estaría incluida dentro de las clases I, II, III.<sup>16</sup> Fig. 4.



**Fig.4 CLASE IV de Kennedy** (Tomado de: Loza FD. 2007).<sup>17</sup>

#### **4. 1.5. Reglas de Applegate aplicables a la clasificación de Kennedy**

- La clasificación debe ser siempre después de realizar las extracciones dentales, para evitar alterar la clasificación original.<sup>18</sup>
- Si el tercer molar está ausente, no se incluye en la clasificación y en el caso de estar presente y se utilizará como pilar, se debe incluir en la clasificación.<sup>18</sup>
- Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, porque no existe diente antagonista, no se le considera para la clasificación.<sup>18</sup>
- El área edéntula más posterior será la que determine la clasificación.<sup>18</sup>
- Sólo las clases I, II y III pueden tener modificaciones.<sup>18</sup>

#### **4. 1.6. Importancia de la salud bucal y bienestar general**

Según la OMS la salud se define como "Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". La salud oral forma parte de la salud sistémica y su estado patológico se ve reflejado en el estado de salud general.<sup>19</sup>

La cavidad bucal puede revelar la salud o enfermedad de los individuos, así como ciertas patologías sistémicas que manifiestan inicialmente sus síntomas en la cavidad bucal. Fisiológicamente, la boca es una cavidad séptica donde están presentes millones de bacterias. Entre ellas existen bacterias relacionadas con caries y enfermedad periodontal, provocando una puerta de entrada de microorganismos patógenos hacia el sistema circulatorio y, a través de éste, dar lugar a diferentes problemas, alguno de ellos tan graves como valvulopatías cardíacas.<sup>19</sup>

Si en la cavidad bucal no se digieren correctamente los alimentos por falta de piezas dentales o porque existe una maloclusión que dificulta esta función, los alimentos no serán triturados adecuadamente y llegarán al estómago e intestino en malas condiciones, dando lugar a problemas gástricos.<sup>19</sup>

Es preciso concienciar a la población de mantener un protocolo de higiene oral que incluye el correcto cepillado y visitas periódicas al odontólogo, puesto que esto contribuye de manera positiva a la salud general y la calidad de vida.<sup>19</sup>

#### **14. 1.7. Higiene bucal en edéntulo parcial**

##### **4.1.7.a. Materiales utilizados**

La higiene oral en personas con edentulismo parcial debe ser constante, se recomienda cepillarse 3 veces al día con el correcto uso del cepillo dental para la remoción de la placa en las caras vestibular, palatina, mesial y principalmente en la cara distal de los últimos dientes, empleo de la seda dental, enjuagues orales con flúor para evitar la aparición de caries radiculares o el uso complementario de cepillos interproximales con pastas y colutorios específicos para su edad, revisiones cada 6 meses y limpieza dental (detartraje) una vez al año para mantener sanas sus encías.<sup>20</sup>

#### **4. 1.8. Necesidad de tratamiento de prótesis parcial removible**

La rehabilitación oral con prótesis parciales removibles juega un papel importante en el restablecimiento de la función, estética y la armonía del sistema estomatognático. El tratamiento protésico debe cumplir con varios objetivos como retención, soporte, estabilidad, fijación y estética, para poder soportar las fuerzas oclusales, con el fin de evitar daños mecánicos en la cavidad bucal. Sin embargo, al comparar la prótesis parcial fija con la prótesis parcial removible las ventajas de esta, incluyen un menor costo y una forma fácil de higiene oral. A partir de este hecho se considera como prioridad el poder mejorar y/o mantener la salud bucal de los pacientes y de esta forma mejorar su calidad de vida a través de la rehabilitación odontológica.<sup>20</sup>

## 4.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el artículo “Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal, 2015”, realizado por Gutiérrez Vanessa y col<sup>5</sup>, reportaron que el estudio fue realizado en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El rango de edad más frecuente fue de 32 a 40 años de edad (76,8%) y en lo que respecta el grado de instrucción, se obtuvo la mayor frecuencia del edentulismo en el nivel de estudios de primaria completa e incompleta (81.5%) tanto para hombres y mujeres.

En el estudio denominado “Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Universitaria Cuenca -Ecuador 2016”, el autor Vanegas Elizabeth y col<sup>2</sup>, determinaron que el estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal y el impacto en la calidad de vida, se analizó con el cuestionario OHIP 14. Se registraron los datos en SPSS vs.21 y se ejecutó el análisis de Odds Ratio. Los resultados encontrados en esta investigación, revelaron que el edentulismo parcial se presentó con mayor frecuencia (75%) que el edentulismo total (25%). Por otro lado, considerando los grupos de edad, se observó una mayor incidencia en personas por encima de los 40 años (63,5%) que aquellas de 40 años o menos (36,5%).

En el artículo denominado “Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos, 2016”, realizado por Fernández Miguel y col.<sup>13</sup> Reportaron que la prevalencia de edentulismo observada fue del 15,7%, con mayor frecuencia en las mujeres con un 17,6% y en los hombres de 12,5%. En cuanto a las variables socioeconómicas se observó, que a mayor escolaridad la prevalencia de edentulismo disminuyó (hasta primaria 28,4%, hasta preparatoria 10,5% y más de preparatoria 6,8%). El análisis estadístico se efectuó en Stata 11.

En el estudio denominado “Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años del IMSS”. 2015, realizado por Ortiz C y Moreno A.<sup>8</sup> En base al análisis estadístico fue utilizado el OHIP-14 (escala que mide la calidad de vida relacionada con la salud oral) y medición clínica de la pérdida dental y las prótesis removibles. Los resultados obtenidos muestran que las condiciones dentales con respecto a la pérdida dental y el

uso de prótesis removible influyen en la calidad de vida relacionada con la salud oral. Se encontró que la prevalencia de uso de prótesis fue de 35%; de estas 66,1% tenían mala calidad. Entre las personas que utilizaban prótesis parcial el 66,2% eran mujeres y entre los que empleaban prótesis total el 34,5% eran hombres.

El estudio de “Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una Clínica docente Universitaria”. Perú-2016, elaborado por Cisneros del Águila, Melvin, y col.<sup>9</sup> Indicaron que se incluyó a 1614 pacientes adultos que acudieron a la Clínica de la Universidad Alas Peruanas. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico. El grupo etáreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%. En relación con los maxilares, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase de Kennedy as frecuente fue la clase III con 52,65%; en ambos sexos y la menos frecuente fue la clase IV con 3,06%.

En el artículo de “Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar – UACUE 2016.”, realizado por Matute-Bueno X., Pacheco-Arce MG.<sup>6</sup> La recolección de los datos generales y clínicos se realizó mediante un formulario utilizado de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para evaluar la salud bucal del paciente, su situación y necesidad de tratamiento protésico. Los resultados obtenidos fueron que de los 100 pacientes estudiados de la Clínica Integral, el 87 % son edéntulos parciales bimaxilares y el 13 % presentan edentulismo parcial superior y el 13% edentulismo parcial inferior. Predominando así la necesidad de tratamiento protésico con un porcentaje de 88 %.

El estudio de “Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi” Chile- 2014, realizado por Cortés V, Carrasco F, Vergara C.<sup>11</sup> Reportaron, que los datos recopilados fueron analizados mediante SPSS 18. Con un 89,7% del total de evaluados que demostraron ausencia de al menos uno o más piezas dentarias. En base a la clasificación de Kennedy describen que en la arcada maxilar muestran mayor porcentaje de Clase 3 (42%) y para arcada mandibular un similar porcentaje para Clase 1 y 3 (29%), siendo la Clase 4 la menos prevalente para ambas arcadas.

En el artículo denominado “Naturalización del edentulismo en poblaciones vulnerables. Estudio de caso en Tilcara, provincia de Jujuy, Argentina”. 2014 elaborado por Santilli Irene.<sup>10</sup> Estudio en el que emplearon datos epidemiológicos ya existentes en la provincia. En el cual, el 70 % de la población estudiada, se sometió a una exodoncia alguna vez, 35% de piezas anteriores y 65% de piezas posteriores. En relación a la percepción del problema por parte de la persona afectada, el 50% expresa que su falta de piezas dentarias es una barrera para conseguir distintos empleos, el 25% acusa problemas para masticar, pero solo el 19 % elige los alimentos para poder desmenuzarlos e ingerirlos bien. El 22% se cubre la boca para hablar o reír.

En el artículo de “Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo”. 2014, elaborado por Belaúnde María y col,<sup>7</sup> donde se efectuó un análisis bivariado, mediante la prueba de Chi cuadrado, para determinar la relación entre las variables componentes de acceso a la atención dental y el edentulismo. Los resultados obtenidos fueron que el 45,24% de dentados completos y el 36,84% de la condición parcial superior no acudieron al dentista por falta de dinero. El 50% de la condición parcial inferior, el 41,18% de la condición parcial bimaxilar y el 50% de la condición total superior y parcial inferior, no acudieron la última vez al dentista por falta de tiempo; mientras que el 100% de edéntulos totales y el 50% de la condición total superior y parcial inferior no fueron al dentista por otras razones.

En el trabajo de investigación denominada “Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito, 2015”, realizado por Cargua José.<sup>14</sup> Reporto que la clase III de Kennedy es más prevalente con un 82,81%, clase II con 19,93%, clase I con 15,41 %, y clase IV con 11,39%; según edad de 30-39 años, predominó la clase III con 54,67 %, en cuanto al género femenino la clase III sobresalió con 31,83% y en el arco superior la clase III prepondera con un 26,80%.

## **5. HIPÓTESIS**

No precisa hipótesis por ser estudio descriptivo

## **CAPÍTULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1.-MARCO METODOLÓGICO.

**Enfoque:** Cuantitativa.

**Diseño de Investigación:** Transversal Descriptivo <sup>21</sup>

**Nivel de investigación:** Descriptivo

**Tipo de Investigación:**

- **Por el ámbito:** De campo
- **Por la técnica:** Observacional
- **Por la temporalidad:** Transversal actual.

## 2.-POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio fue de 3118 individuos, procedentes de la parroquia de Sinincay, distribuidas por comunidades. La muestra estuvo conformada por personas mayores de 45 años, que cumplan con los criterios de inclusión.

**2.1.- Criterios de selección:** Para la selección de la población se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

**2.1.a. Criterios de inclusión:** se incluirán a todos las personas de ambos sexos que residan y asistan al centro recreativo del GAD Parroquial de Sinincay, personas que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado y que responden a las preguntas del test aplicado en la investigación.

**2.1. b. Criterios de exclusión:** se excluirá a todos los pacientes con dentición completa, personas con discapacidad mental y sujetos que no aceptaron participar en el estudio.

### 2.2.-Tamaño de la muestra:

La población conocida fue de 3118 que corresponde a personas mayores de 45 años que residen y asisten al GAD parroquial de Sinincay. El tamaño muestra se calculó mediante la siguiente fórmula: <sup>22</sup>

Se asume que la probabilidad de que suceda este fenómeno es del 50%, lo que en términos estadísticos se escribe como  $P=0,5$ ; de igual forma, tenemos que saber, cuál es el margen de error que nos permitiremos, convencionalmente se usa 5 % que se escribe como  $E=0,05$ ; sabiendo que la confiabilidad tiene una constante de  $Z=1,96$ ; para el 95 % de confianza, finalmente solo nos queda averiguar el tamaño de la población (N).<sup>22</sup>

$$n = \frac{Z^2 * P * (1 - P) * N}{Z^2 * P * (1 - P) + E^2 * (N - 1)}$$

Dónde:

$$Z^2 = (1.96)^2$$

$$p = 0.5$$

$$1-p = 0.5$$

$$E^2 = (0.05)^2$$

$$N = 3118$$

$$n = 345$$

$$n = 345$$

Se estratificaron proporcionalmente las 345 muestras de acuerdo a la proporción de habitantes a partir de 45 años de la parroquia de Sinincay de la ciudad de Cuenca.

### 3.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES <sup>21</sup>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO ESTADISTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Edentulismo Parcial	Número de piezas ausentas en el maxilar superior e inferior.	Localización y extensión de las áreas edéntulas	Tipo de edentulismo	Porcentaje	Cualitativa	Nominal	Edentulismo Parcial Edentulismo Total Dentado	Test para prótesis parcial y removible
Edad	Tiempo de vida de la persona	Edad cronológica en años	Adultos mayores de 45 años	Porcentaje	Cuantitativa	Intervalo	45- 59, 60-79, 80-99 años	Test para prótesis parcial y removible
Sexo	Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre y a la mujer	Características antropomórficas		Porcentaje	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Test para prótesis parcial y removible
Clasificación de Kennedy	Clasificación anatómica que distribuye el número y situación de las zonas edéntulas.	Número de piezas dentales ausentes en una arcada	Numero de espacios presentes en los arcos dentarios.	Porcentaje	Cualitativa	Clasificación de Kennedy	Clase I de Kennedy Clase II de Kennedy Clase III de Kennedy Clase IV de Kennedy	Test para prótesis parcial y removible
Necesidad de tratamiento	Devolver la función, anatómica, fonación y estética alteradas del aparato estomatognático	Ausencia de piezas dentales	Uso de prótesis	Porcentaje	Cualitativa	Nominal	Ninguna Prótesis Removible Prótesis Total	Test para prótesis parcial y removible

## **4. INSTRUMENTOS, MATERIALES, Y RECURSOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

### **4.1. Instrumentos documentales**

Se utilizó un formulario de prótesis de la Universidad Católica de Cuenca, para evaluar el estado bucal (ANEXO1), que consta de 7 partes, la primera refieren a los datos generales de la persona, la segunda parte son los antecedentes médicos y hábitos, la tercera parte son signos vitales, la cuarta son los antecedentes dentales y de la prótesis, la quinta es el examen extra oral, la sexta es el examen intraoral y la séptima parte se basa en la calidad de vida (ANEXO 1), previo a la aceptación del consentimiento informado (ANEXO 2).

### **4.2. Instrumentos mecánicos**

Para la toma de datos se utilizará espejos bucales, explorador, cubetas metálicas, computadora, EPI INFO 7.1.

### **4.3. Materiales**

Se utilizará los consentimientos informados, fichas para la evaluación bucal y esferos.

### **4.4. Recursos**

Para llevar a cabo el estudio, se utilizó recursos institucionales UCACUE, el GAD (Gobiernos Autónomo descentralizado) Parroquial de Sinincay, recursos humanos (Investigador y colaborador), recursos financieros (Autofinanciado).

## **5. PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS**

### **5.1.-Ubicación espacial**

La parroquia de Sinincay es una unidad de organización política administrativa, dentro de la ciudad de Cuenca, que está ubicada a 6 km del centro de la ciudad, cuenta con 17.000 habitantes, su temperatura va de 13.8 grados centígrados, el clima se clasifica como cálido y templado. La parroquia cubre un área de 24,9 km<sup>2</sup> aproximadamente, tiene una buena cobertura de servicios básicos. Se caracteriza por su riqueza cultural, gastronomía y sus simbólicas tradiciones.

## **5.2.-Ubicación temporal**

La investigación se realizó entre el mes de diciembre del año 2018 hasta junio del 2019, recolectando datos de las fichas respectivas.

## **5.3.- Procedimiento para la toma de datos**

Se obtuvo primeramente la autorización mediante una solicitud escrita al Presidente del GAD Parroquial de Sinincay, aprobando la toma de datos de la investigación. Luego se obtuvo la aprobación de los consentimientos informados de las personas mayores de 45 años que asisten al centro recreativo de esta parroquia. Mediante el formulario de la UCACUE evaluamos los antecedentes médicos, el estado de la dentición, aspectos extra orales, antecedentes protésicos y tratamiento protésico necesario.

### **5.3. a.-Método de examen bucal utilizado por los observadores**

Entrevista-observacional, el examinador antes de iniciar con la exploración registra los datos personales del paciente, con la ayuda del espejo bucal inicia observando desde el cuadrante superior derecho hacia el cuadrante superior izquierdo de ahí continua con el cuadrante inferior izquierdo hacia el cuadrante inferior derecho. Se observó, si el paciente es portador de prótesis y el estado de la misma o si necesitaba un cambio por falta de adaptación. Luego se examinó de forma extra oral (ATM).

El examinador debe seguir las siguientes recomendaciones:

- a) En lo posible no tocar la boca del paciente con los dedos.
- b) Inicialmente, cada espacio y número de dientes se examina de forma visual.
- c) Usar el explorador bucal solo en caso de evaluar las piezas pilares.
- d) Indagar al paciente la razón de su pérdida dental, pero si la respuesta no permite obtener una conclusión, el examinador seguirá su criterio clínico.
- e) Para evitar errores de anotación se debe contar los espacios entre dientes, las veces que sean necesarias para establecer una correcta clasificación de Kennedy.

### **5.3. b.-Criterios de registro de hallazgos**

Al momento de realizar el examen bucal, los datos obtenidos se colocaron en cada casilla. La encuesta se inició con la anamnesis del paciente, enfocándose en los criterios de hallazgo del edentulismo parcial relacionados con la edad y el sexo. (Anexo 1)

El cuadro de examen dental se basó en criterios de hallazgos clínicos, donde se registró el tipo de edentulismo a través de la observación clínica. Los datos obtenidos fueron el uso de prótesis que se relaciona directamente con la necesidad de tratamiento, el tiempo de uso y en caso de usar prótesis se investiga los antecedentes de la misma. (Anexo 1)

En base a los criterios de la clasificación de Kennedy, los datos se registraron de forma clínica, observando la cavidad bucal de cada persona encuestada. Primero se determinó el tipo de edentulismo (edéntulo total y edéntulo parcial), en caso de presentar piezas dentarias, fueron anotadas en el odontograma de la ficha mediante un círculo en el número de cada pieza, reforzando el diagnóstico de la clasificación de Kennedy mediante modelos de yeso, tomados previamente con alginato.

## **6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS DE DATOS**

Se realizará el análisis y la tabulación mediante el programa EPI INFO 7.1, para obtener resultados confiables. Los datos se tabularan en tablas simples, que indiquen la variable, frecuencia y porcentaje.

## **7.- ASPECTOS BIOÉTICOS**

El presente estudio no implicó conflictos bioéticos, debido a que se ejecutó a través de una entrevista-observacional, aplicando el formulario de prótesis de la UCACUE (ANEXO 1) a personas mayores de 45 años de la parroquia de Sinincay, el cual conto con la autorización del GAD (Gobiernos Autónomos Descentralizados) Parroquial de Sinincay.

Se procedió a dar el consentimiento informado (ANEXO 2) procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación. Por ello, en este estudio no existe ningún riesgo para el paciente. Se le explicó brevemente el compromiso de confidencialidad de sus datos y se procedió a realizar el respectivo examen.

Adicionalmente al terminar el examen bucal, se les reunió a las personas para la toma de impresiones. (Le36FREOD03) Anexo 3.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

## 1. RESULTADOS

El siguiente estudio se llevó a cabo en el periodo de septiembre del año 2018 a junio del año 2019 en el centro recreativo de adultos mayores del GAD Parroquial de Sinincay, en el Subcentro de Salud y en el sector central de la parroquia. Se estudió la prevalencia del edéntulismo parcial según la clasificación de Kennedy en un total de 345 personas desde los 45 años en adelante, que participaron en la investigación durante el período mencionado. La información obtenida se organizó mediante la aplicación de la encuesta en una base de datos del programa EPI INFO 7.1. Los resultados que se muestran a continuación corresponden al procesamiento de datos de las encuestas aplicadas al grupo de estudio, con las variables asociadas al Edéntulismo Parcial y su necesidad del tratamiento, del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 1. Frecuencia de edentulismo**

	<b>EDENTULISMO</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edéntulo Total</b>	157	44
<b>Edéntulo Parcial</b>	178	51
<b>Dentado</b>	10	5
<b>TOTAL</b>	345	100

De la muestra total estudiada se expone que el grupo de estudio, estuvo constituido mayoritariamente por edéntulos parciales.

**Tabla 2. Discriminación de edentulismo parcial según el sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Femenino</b>	116	62
<b>Masculino</b>	72	38
<b>TOTAL</b>	188	100

El total de la muestra de edentulismo parcial es de 188 personas, valor que se tomó como muestra general, para determinar la frecuencia en base al sexo, con un porcentaje mayoritario que corresponde al sexo femenino.

**Tabla 3. Discriminación de edentulismo parcial según la edad**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>45-59</b>	115	61
<b>60-79</b>	62	33
<b>80-94</b>	11	6
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

La mayor parte de la muestra se encuentra entre 45-49 años (61%), que representa un porcentaje alto de la frecuencia de edentulismo parcial en relación a los diferentes grupos etarios, seguido del grupo de edad entre 60-64 años (33%).

**Tabla 4. Frecuencia de edentulismo parcial por maxilares**

<b>Valoración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edéntulo parcial Superior</b>	5	2
<b>Edéntulo parcial Inferior</b>	37	20
<b>Edéntulo parcial Bimaxilar</b>	146	78
<b>TOTAL</b>	188	100

La frecuencia del edentulismo parcial se presentó mayoritariamente en edéntulos parciales bimaxilares (78%), mientras que la muestra en relación al maxilar y la mandíbula, se observa que en la mandíbula el porcentaje es mayor (20%), en comparación del maxilar (2%).

**Tabla 5. Frecuencia de Edéntulismo parcial según Kennedy en el maxilar y mandíbula**

<b>Clases de Kennedy</b>								
	<b>I</b>	<b>%</b>	<b>II</b>	<b>%</b>	<b>III</b>	<b>%</b>	<b>IV</b>	<b>%</b>
<b>MAXILAR SUPERIOR</b>	31	21	19	13	72	49	24	17
<b>MAXILAR INFERIOR</b>	63	35	44	25	64	36	7	4

De acuerdo a los arcos dentarios, el edentulismo parcial clase III de Kennedy es el que predomina con un 46% en el maxilar superior, mientras que en el arco inferior prevalece con un 36%, seguido de la clase I con una relación estadísticamente mínima del 35%.

**Tabla 6. Necesidad de tratamiento en base al uso de prótesis parcial**

<b>Uso de Prótesis Parcial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI	83	44
NO	105	56
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100%</b>

<b>Portadores de Prótesis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adaptada	59	71
Desadaptada	24	29
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

En la necesidad de tratamiento protésico se determinó que 105 (56%) individuos lo requieren, mientras que en los 83 (44%) individuos que presentan prótesis, el 71% no requiere cambio y el 29% necesitan recambio por desadaptación de la misma.

## 1. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en residentes mayores de 45 años de la parroquia de Sinincay del cantón de Cuenca, provincia del Azuay, en el período 2018-2019. Los resultados se obtuvieron con una muestra de 345 personas de las cuales 236 pertenecen al sexo femenino que corresponde al 68% y 109 masculinos equivalente al 32%.

Los resultados de la presente investigación, demostraron que el edentulismo parcial, se presenta con mayor frecuencia 188; (54%), que el edentulismo total 157; (46%), con predilección por el sexo femenino (62%), a diferencia del sexo masculino (38%). Información contraria a ésta fue reportada por Pacheco, quien en su estudio realizado en una muestra de 377 adultos mayores, determinó el 80,10% de la población es edéntula total que representa 190 mujeres y 112 varones y el 19,89% es edéntula parcial que representa 35 mujeres y 40 hombres, es decir que los resultados indican que existe mayor porcentaje de edentulismo total en mujeres y un número elevado de edentulismo parcial en los hombres.<sup>21</sup> El porcentaje de edentulismo total es superior al nuestro, porque la población considerada fue de 65 años en adelante, edad en la que existe mayor grado de pérdida dental, además fue realizada en la parroquia rural de Chiquintad en comparación a nuestro estudio que fue realizado en la parroquia rural de Sinincay, con costumbres y nivel de instrucción diferentes. En nuestro estudio el porcentaje de edentulismo parcial es mayor en el sexo femenino, debido a que la mayoría de mujeres son amas de casa, trabajan en la agricultura y que por su tiempo de trabajo, no tienen un horario determinado para dar un seguimiento a su cuidado bucal, con diferencia al de los hombres.

En el presente estudio se observó la presencia de edentulismo parcial referente al grupo de edad, con mayor prevalencia en el rango comprendido de 45-59 años que representa el 61%. Los datos de este estudio concuerdan con el estudio de Gutiérrez y col, que demuestran que la frecuencia del edentulismo fue ascendiendo con la edad, obteniendo el porcentaje más elevado en las personas de 41 a 64 años de edad con 92,3%<sup>5</sup>. Información contraria reportada por Cisneros que observó que el grupo etario de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%.<sup>9</sup> La pérdida dental es mayor en este grupo de edad debido a que priorizan las necesidades del bienestar familiar, al ser los únicos pilares del cuidado. Ubicándose al final de las responsabilidades, expuestos a numerosos factores de riesgo que inducen a los problemas de salud dental, principalmente

la pérdida dental que está relacionada directamente con el avance de la edad o por otras causas, como caries y la enfermedad periodontal. Además se debe considerar el poco interés del cuidado personal, la atención odontológica y necesidad de rehabilitación protésica. Luna y col, en su estudio coinciden con los criterios antes mencionados.<sup>24</sup> Esto quiere decir que la edad es un factor relacionado de forma directa con la pérdida dental y que aumenta de forma ascendente el tamaño de espacios edéntulos presentes en boca.

Los datos obtenidos en la presente investigación, indican que la clase III de Kennedy es la más prevalente en el maxilar superior con el 49% que corresponde a 72 arcos superiores, mientras que para la mandíbula fue el 36% con 64 arcos inferiores para la clase III, seguido de la clase I con una prevalencia similar del 35%. El presente estudio difiere de la investigación encontrado por Sánchez y col, que revelan que la clase I, tuvo mayor prevaecía en ambo maxilares, en el maxilar con 52,4% y 69.2 % en la mandíbula.<sup>22</sup> El aumento significativo de pérdida dental en la zona posterior, relacionado directamente a la falta de higiene oral, que favorece la aparición de factores que aumentan el riesgo de pérdida dental de estas piezas, además que el nivel socio económico repercute en el cuidado de la salud oral, que aumenta la pérdida dental en las zonas rurales con menor acceso a la información del cuidado de la salud oral. Huamanciza y col, coinciden con las causas antes señaladas.<sup>25</sup>

La necesidad de tratamiento en base al uso de prótesis parcial en el edentulismo, indica que el 56% que corresponde a 105 individuos, no recibieron tratamiento protésico, mientras que el 44% que corresponde a 83 individuos, presentan tratamiento protésico, seguido del 29% que utilizan prótesis que están mal adaptadas y necesitan el cambio de prótesis. Dicho resultado muestra similitud con el estudio de Gutiérrez, que demuestra que las necesidades de tratamiento con prótesis parciales se encuentran en mayor porcentaje (71,4%), que la necesidad de tratamiento con prótesis totales con un 42,8%.<sup>5</sup> La necesidad de tratamiento protésico es alta debido a que la población pertenece a un sector rural, donde la rehabilitación protésica es escasa, el Ministerio de Salud Pública no cubre esta especialidad y los consultorios particulares ofrecen su servicios con tratamientos costosos que restringe aún más su atención, ya sea para la confección de una prótesis, como para el cambio de una nueva por mal adaptación.

## **2. CONCLUSIÓN**

Primera: El estudio concluye que el mayor número de casos se atribuye al edentulismo parcial con un 56%, relacionado directamente con la falta de atención odontológica, servicio que debe incluirse en los sectores rurales de la provincia con programas de prevención.

Segunda: Se determina que en la frecuencia de edentulismo parcial el sexo femenino es mayor con 62% que corresponde a 116 casos.

Tercera: En relación a la prevalencia de las clases de Kennedy según el arco dentario, se determina que la clase III resultó ser la más frecuente en relación a las demás clasificaciones en el maxilar superior con un 49%, resultados similares en el maxilar inferior donde la clase III predomina con el 36%, seguido con una diferencia mínima de la clase I con 35%. Demostrando que la mayor frecuencia de pérdida dental se encuentran en la parte posterior.

Cuarta: El grupo de edad con mayores casos de edentulismo parcial corresponde al rango de 45-49 años con un porcentaje del 39%.

Quinta: Se determina que existe un alto porcentaje en cuanto a la necesidad de tratamiento en la población de edentulismo parcial, con 105 personas que no utilizan prótesis y 24 personas que utilizan pero necesitan un recambio por mala adaptación.

### III.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández B, Medina E, et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Publicado por Elsevier España. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. [Internet]. 2016;9(1):59-65. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0718539116000057/1-s2.0-S0718539116000057-main.pdf?\\_tid=4c4228c3-1ee3-43d9-bba8-4a229d83c4ef&acdnat=1543699036\\_c954a78e1a694e8b7c5b9ae3da175b78](https://ac.els-cdn.com/S0718539116000057/1-s2.0-S0718539116000057-main.pdf?_tid=4c4228c3-1ee3-43d9-bba8-4a229d83c4ef&acdnat=1543699036_c954a78e1a694e8b7c5b9ae3da175b78)
2. Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, et al. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2016; 26( 4 ): 215-221. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es)
3. Seibert J. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. Compend Contin Educ Dent 1983; 4(5):437-53.
4. Allen E, Gainza C, Farthing G, Newbold A. Improved technique for localized ridge augmentation. A report of 21 cases. J Periodontol 1985; 56(4):195-9.
5. Gutiérrez V, León R, Castillo E. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2015; 25(3):179-86. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf?fbclid=IwAR1ILBPZQmKAq6f5JggUsf04vbL-7UXHbn7d6Os8nPko91Tf3oyK9\\_K6lXc](http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf?fbclid=IwAR1ILBPZQmKAq6f5JggUsf04vbL-7UXHbn7d6Os8nPko91Tf3oyK9_K6lXc)
6. Matute X, Pacheco M. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE 2016. Artículo Original. Revista OACTIVA UC Cuenca. [Internet]. 2016; 2 (1): 21-26. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323649571\\_EDENTULISMO\\_Y\\_NEGESIDAD\\_DE\\_TRATAMIENTO\\_PROTESICO\\_EN\\_PACIENTES\\_ADULTOS\\_DE\\_LA\\_UNIDAD\\_ACADEMICA\\_DE\\_SALUD\\_Y\\_BIENESTAR\\_-\\_UCACUE\\_2016](https://www.researchgate.net/publication/323649571_EDENTULISMO_Y_NEGESIDAD_DE_TRATAMIENTO_PROTESICO_EN_PACIENTES_ADULTOS_DE_LA_UNIDAD_ACADEMICA_DE_SALUD_Y_BIENESTAR_-_UCACUE_2016)

7. Belaúnde A, Salazar F, Castillo D, Manrique J, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2012; 22(2): 77-81. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370002>
8. Ortiz C, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Ago [citado 2019 Ene 24] ; 30( 4 ): 195-203. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lng=es).
9. Cisneros. M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Revista científica Alas Peruanas [Internet]. 2014; 1(1): 1-18. Disponible en: [http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/426/330?fbclid=IwAR1dnO0MPfQYrzNxWHmm6jhSerKr\\_sgfHuwUfGsmKkwFxiGQ6QAX4nJ439o](http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/426/330?fbclid=IwAR1dnO0MPfQYrzNxWHmm6jhSerKr_sgfHuwUfGsmKkwFxiGQ6QAX4nJ439o)
10. Santilli I. Naturalización del Edentulismo en Poblaciones Vulnerables. Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy. Argentina. Revista FOUNT [Internet]. 2015 ; 33 : 29 – 33. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/304540030\\_Naturalizacion\\_del\\_Edentulismo\\_en\\_Poblaciones\\_Vulnerables\\_Estudio\\_de\\_caso\\_en\\_Tilcara\\_Provincia\\_de\\_Jujuy\\_Argentina](https://www.researchgate.net/publication/304540030_Naturalizacion_del_Edentulismo_en_Poblaciones_Vulnerables_Estudio_de_caso_en_Tilcara_Provincia_de_Jujuy_Argentina)
11. Cortez, V, Carrasco F. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas butachauoues y Tac, Quemi.. Rev Chil Salud Pública. [Internet]. 2014; 18 (3): 257-262. Disponible en: [https://revistaderechoambiental.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/33956/35674?fbclid=IwAR3S5QON4IWHpjhmHuvMC5\\_vqTFxkB2IAsPpBm5WHN3yCZVqP5BjsXCdYRQ](https://revistaderechoambiental.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/33956/35674?fbclid=IwAR3S5QON4IWHpjhmHuvMC5_vqTFxkB2IAsPpBm5WHN3yCZVqP5BjsXCdYRQ)
12. Belaunde M, Salazar F, Castillo D. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2012; 22(2):77-81. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/129/105>
13. Fernández M, Medina C, Márquez M. Vera S. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2016; 9(1): 59-65. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0718539116000057?token=2143EF2B587A01>

[2F20561BEEA22DD7DEFF9CCB93824A6D701FCD0AFF03B12478400C95A51C59DE39F39847538B80B7C5](https://doi.org/10.24251/2F20561BEEA22DD7DEFF9CCB93824A6D701FCD0AFF03B12478400C95A51C59DE39F39847538B80B7C5)

14. Cargua J. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito. (Tesis de pregrado). Universidad de las Américas, Quito. 2016. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6005>
15. Villafuerte R, et al. Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kenendy en pacientes parcialmente edéntulos. Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. [Internet]. 2016. 3 (2): 19-27. Disponible en: <https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2017/01/analisis-de-la-prevalencia-de-la-clasificacion-de-kennedy-en-pacientes-parcialmente-edentulos.pdf>
16. Selmani Bukleta M, Bukleta D, Selmani M, Kuhar M. Frequency of complete and removable partial denture treatment in the primary health centres in three different regions of Kosovo from 2002 to 2013. Zdr Varst. [Internet]. 2019; 58(3): 104-111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6598391/>
17. Devishree R. A, Sangeetha S, Ashish R. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification based on age, gender, and arch. Department of Prosthodontics, Saveetha Dental College and Hospital. [Internet]. 2018; 10(1): 108-110. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Ashish\\_Jain52/publication/324769602\\_Prevalence\\_of\\_partial\\_edentulism\\_according\\_to\\_Kennedy%27s\\_classification\\_based\\_on\\_age\\_gender\\_and\\_arch/links/5affd91f4585154aeb042a0a/Prevalence-of-partial-edentulism-according-to-Kennedys-classification-based-on-age-gender-and-arch.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ashish_Jain52/publication/324769602_Prevalence_of_partial_edentulism_according_to_Kennedy%27s_classification_based_on_age_gender_and_arch/links/5affd91f4585154aeb042a0a/Prevalence-of-partial-edentulism-according-to-Kennedys-classification-based-on-age-gender-and-arch.pdf)
18. Loza FD, Valverde MH. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 1ª Edición. Madrid, España. Editorial Médica Ripano. 2007.
19. Applegate, Oliver, 1959, Elementos de Dentaduras Parciales Removibles. Editorial Bibliográfica Argentina. Buenos Aires, Argentina.
20. Rana S, Acharya B. Patterns of partial edentulism based on Kennedy's classification among patients reporting to Nepal Medical College and Teaching Hospital. Journal of Kathmandu Medical College. [Internet]. 2018; 7(4): 153-157. Disponible en: <https://www.nepjol.info/index.php/IJMC/article/view/23313>

21. Villavicencio E. Torracchi E. Pariona M. Alvear M. ¿Cómo plantear las variables de esta investigación?: operacionalización de variables. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2019; 4(2): 14-18. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/289/500>
22. Villavicencio-Caparó E, et al. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? Odontología Activa Revista Científica. [Internet]. 2017; 2 (1), 59-62. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/323649401\\_EL\\_TAMANO\\_MUESTRAL\\_PARA\\_LA\\_TESIS\\_CUANTAS\\_PERSONAS\\_DEBO\\_ENCUESTAR](https://www.researchgate.net/publication/323649401_EL_TAMANO_MUESTRAL_PARA_LA_TESIS_CUANTAS_PERSONAS_DEBO_ENCUESTAR)
23. Pacheco M. Índice de CPOD y necesidad de tratamiento protésico en adultos mayores de la parroquia Chiquintad de la provincia del Azuay, 2016. Trabajo de titulación. Universidad Católica de Cuenca- Ecuador; 2016.
24. Sánchez P. Edentulismo parcial y sus factores asociados en pacientes de 18 a 35 años en el hospital provincial General Docente de Riobamba. Trabajo de titulación. Universidad Nacional de Chimborazo- Ecuador; 2017.
25. Luna G. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja periodo Junio-Noviembre del 2015. Tesis Bachiller. Loja Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
26. Huamanciza E. Chávez L. et al. Type of bimaxillary partial edentulism and its association with socioeconomic cultural level. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019. 18(2): 281-297. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000200281&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200281&lng=es).
27. Bharathi M. Mahesh K. et al. Partial Edentulism based on Kennedy's Classification: An Epidemiological Study. The Journal of Contemporary Dental Practice. 2014;15(2):229-231. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/3fb6/116af6f7f31bbb3871e17959d654168009da.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta para evaluar la frecuencia de Edentulismo

<b>TEST PARA PRÓTESIS TOTAL Y REMOVIBLE</b>										
<b>1. DATOS GENERALES.</b>					PTR: <input style="width: 100%;" type="text"/>					
<b>Nombre del estudiante:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>										
<b>Nombre del paciente:</b> <input style="width: 80%;" type="text"/>							<b>Edad:</b> <input style="width: 10%;" type="text"/>		<input style="width: 10%;" type="text"/>	
<b>Sexo:</b>		Masculino <input type="checkbox"/>			Femenino <input type="checkbox"/>					
<b>Telefono casa</b> <input style="width: 60%;" type="text"/>				<b>celular</b> <input style="width: 40%;" type="text"/>						
<b>Discapacidad</b>										
No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/>		Tipo <input style="width: 80%;" type="text"/>						
<b>Estado civil:</b>										
Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>		Unido <input type="checkbox"/>		Separado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>	
<b>Cómo se identifica usted según su cultura y costumbres:</b>										
Indígena <input type="checkbox"/>		Afroecuatoriano <input type="checkbox"/>			Negro <input type="checkbox"/>		Mulato <input type="checkbox"/>			
Montubio <input type="checkbox"/>		Mestizo <input type="checkbox"/>			Blanco <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>			
<b>Características educacionales</b>										
Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/>					SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
<b>Nivel de instrucción escolar</b>										
Ninguno <input type="checkbox"/>		Preescolar <input type="checkbox"/>		Secundario <input type="checkbox"/>		Bachillerato <input type="checkbox"/>		Superior <input type="checkbox"/>		
Centro de alfabetización <input type="checkbox"/>		Primario <input type="checkbox"/>		Educación básica <input type="checkbox"/>		Ciclo PostBachillerato <input type="checkbox"/>		Posgrado <input type="checkbox"/>		
<b>Ocupación laboral:</b>							Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Empleado u obrero del Estado. <input type="checkbox"/>		Empleado u obrero privado <input type="checkbox"/>		Jornalero o peón <input type="checkbox"/>		Patrono <input type="checkbox"/>		Socio <input type="checkbox"/>		
Trabajador no remunerado <input type="checkbox"/>		Empleado domestico <input type="checkbox"/>		Cuenta propia <input type="checkbox"/>		Labores domésticas <input type="checkbox"/>		Jubilado <input type="checkbox"/>		
<b>2. ANTECEDENTES MÉDICOS Y HABITOS.</b>										
<b>Antecedentes médicos:</b>										
Anemia <input type="checkbox"/>		Hipertensión <input type="checkbox"/>		Diabetes <input type="checkbox"/>		Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/>		Intervenciones quirúrgicas <input type="checkbox"/>		
Epilepsia <input type="checkbox"/>		Cáncer <input type="checkbox"/>		Alergias <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>				
<b>Hábitos personales</b>										
Fumador <input type="checkbox"/>		Alcohólico <input type="checkbox"/>		Consumo de estupefacientes <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		

**3. SIGNOS VITALES.**

<b>Presión sanguínea:</b>	Glucosa	
---------------------------	---------	--

**Datos bioquímicos y microbiológicos:**

pH salival		Hisopado:	Si		No	
Tipo de pH salival:	<u>Acido</u>	<u>Neutro</u>		<u>Alcalino</u>		

**4. EXAMEN DENTAL.****Datos varios:**

Visita al odontólogo		Si		No	
Tipo de atención odontológica:	<u>Público</u>		<u>Privado</u>		

**Dentición**

Edéntulo total		Edéntulo parcial		Tiempo aproximado de edentulismo	
¿Usa actualmente prótesis total?	Si		No	Tiempo de uso aproximado:	

**Antecedentes de la prótesis**

Material de confección de la prótesis:						
Higiene de la prótesis:	<u>1 vez al día</u>		<u>2 veces al día</u>		<u>3 veces al día</u>	
Adaptación:	<u>Adaptada</u>		<u>Desadaptada</u>			
Hábitos de uso:	<u>Continuo</u>		<u>Discontinuo</u>			
En caso de presentar lesión (localización):	<u>Cuadrante 1</u>		<u>Cuadrante 2</u>		<u>Cuadrante 3</u>	<u>Cuadrante 4</u>

**5. EXAMEN EXTRAORAL.**

Dimensión vertical:	<u>Aumentada</u>		<u>Normal</u>		<u>Disminuida</u>	
Dimensión vertical:	En reposo (mm)			En oclusión (mm)		
ATM:	<u>Dolor</u>	Si	No	<u>Normal</u>	<u>Desviación</u>	Izq Der
Apertura bucal:	<u>Normal</u>			<u>Limitada</u>		

**6. EXAMEN INTRAORAL****Datos varios:**

Frenillos	<u>Normal</u>		<u>Hipertróficos</u>	
Exostosis	<u>Torus palatino</u>		<u>Mandibular</u>	

	Consistencia	Normal		Flácidos		Hiperflácidos	
Rebordes residuales superiores:		Altura	Normal		Reabsorbido		Pronunciado
Rebordes residuales inferiores:		Consistencia	Normal		Flácidos		Hiperflácidos
		Altura	Normal		Reabsorbido		Pronunciado
	Dientes pilares:		Sanos		Restaurados con:		
	Higiene bucal:		Buena		Regular		Mala
FACTORES ASOCIADOS A LA PERDIDA DENTAL	CARIES		TRAUMATISMO		ENFERMEDAD PERIDONTAL		ENFERMEDADES SISTEMICAS

**ODONTOGRAMA: MARQUE CON UN CIRCULO LAS PIEZAS QUE ESTAN PRESENTES EN LA CAVIDAD ORAL**

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18	17	16	15	14	13	12	21	22	23	24	25	26	27	28	
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Clase I	Clase II		Clase III	
Clasificación de Angle:						
ANÁLISIS DE MODELOS Clasificación de Kennedy	SUPERIOR	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV	MODIFICACION:
	_INFERIOR					

**7. CALIDAD DE VIDA**

¿Está satisfecho con su aspecto físico en lo referente a su boca y sus dientes? Diría que actualmente es:

Muy bueno	Bueno	Satisfactorio	No muy bueno	Malo
0	1	2	3	4

Quejas o síntomas que pueden ocurrir en relación con su enfermedad o su tratamiento. Por favor, valore en qué medida le molestaron las quejas o síntomas en los últimos 7 días. (Si no lo ha notado, marque con una cruz en «no tuvo»).

Respuesta común a las nueve preguntas:

Preguntas	No tuve [ ]	Si tuve y me molestó				
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
		0	1	2	3	4
1. ¿Tiene problemas al masticar?						
2. ¿Tiene dificultad al tragar?						
3. ¿Hace mal las digestiones?						
4. ¿El estado de su boca le retrae al acudir a un restaurante o a una reunión social?						
5. ¿Tiene dificultad para pronunciar con claridad?						
6. ¿Ha habido comentarios desfavorables por parte de alguno de sus compañeros de trabajo o amigos?						
7. ¿Cree que el estado de su boca repercute en su vida familiar?						
8. ¿Cree que el estado de su boca repercute en su ámbito profesional?						
9. ¿Está satisfecho, en general, con su salud bucodental?						
<b>TOTAL</b>						

**Realizado por:**

- Od. Esp. Erica Quito Vallejo.
- Od. Esp. Sandra Saquisili Suquitana.
- M.Sc. Edisson Pacheco Quito.
- Dra. Jessica Sarmiento.
- Sr. Katrihel Carrión Z.

- Od. Esp. Sebastian MatuteBueno

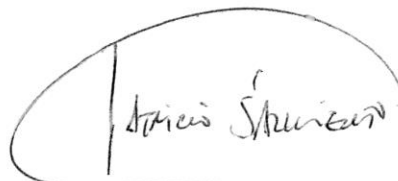
**Aprobado por:**

- Dr. Patricio Sarmiento Criollo

**Validador por:**

- Od. Mgs. Carolina Guerra
- Od. Esp. Paul Cuesta Nieto
- Od. Esp. Katherine Kinkead Butan

**Revisado por:**



**SARMIENTO PATRICIO DR.  
REVISADO**

*Sarmiento Patricio Dr.*  
MGS. ODONTOLOGÍA RESTAURADORA  
Y ESTÉTICA DENTAL  
**DOCENTE**

## Anexo 2: Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Código

### COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERISDAD CATÓLICA DE CUENCA

**Título del proyecto de investigación:** CONDICIONES DE SALUD ORAL Y ESTADO PROTÉSICO DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN CUENCA.

**Institución a la que pertenece el investigador:** Universidad Católica de Cuenca.

**Nombre del investigador responsable:** Od. Esp. Sandra Patricia Saquisili Suquitana.

**Datos de localización del investigador responsable:** Telf: 072858209 / 0983043299 Mail: ssaquisilis@ucacue.edu.ec

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción:** *Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación*

Los pacientes portadores de prótesis deben cumplir con las indicaciones del odontólogo para mantener una buena salud oral y los cuidados protésicos para un correcto funcionamiento, la prótesis tiende a acumular placa microbiana, que está constituida por una matriz orgánica derivada de las glucoproteínas salivales y productos extracelulares, esta acumulación se presenta en prótesis de muchos años de uso y en zonas rugosas y porosas, además la higiene defectuosa favorecen la adhesión de la placa microbiana subprotésica, facilitando que los microorganismos ingresan en la resina. Por ello la prótesis constituye un reservorio de microorganismos que facilita la aparición de estomatitis subprotésica, así como de muchas otras enfermedades. El objetivo del estudio es indagar las condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta de las parroquias rurales del cantón Cuenca, mediante la recolección de información en fichas clínicas y análisis microbiológico con la finalidad de mejorar las condiciones de salud bucodental. Actualmente, en Ecuador no hay registros de prevalencia de desdentados parciales o totales, ni estudios similares al propuesto; en América Latina su prevalencia bordea el 40% poblacional.

**Objetivo del estudio** (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El objetivo de este estudio es indagar las condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta de las parroquias rurales del cantón Cuenca, mediante la recolección de información en fichas clínicas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud bucodental.

**Descripción de los procedimientos** (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

La investigación se realizará con un enfoque cuantitativo, el diseño de la investigación es descriptivo, transversal-actual y el nivel de investigación es observacional.

El cantón Cuenca, está conformado por 21 parroquias rurales, las cuales constan de una población de 173 697, siendo 81 132 Hombres y 92 565 Mujeres según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2010 (INEC). De esta población tomaremos como muestra de estudio a personas comprendidas entre los 30 a 100 años, siendo una población de 66 392 personas, de estos son 28 242 hombres y 38 150 mujeres. De esta población según el cálculo del tamaño muestral, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, incluida la proporción esperada de pérdida del 15%, el tamaño muestral es de 449 personas a estudiar.

El estudio será de tipo descriptivo, donde se aplicará una ficha clínica, que constará de las siguientes variables: sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación, antecedentes médicos, hábitos, examen dental, examen microbiológico, y estado protésico de los pacientes. Se aplicará una ficha clínica específica para la evaluación de la Salud bucodental, en donde se tomarán datos precisos de los pacientes, evaluación clínica, evaluación extraoral, articulación temporomandibular, mucosa oral, hipoplasia del esmalte, fluorosis dental, estado de la dentición y tratamiento necesario, ICDAS, factores socioeconómicos y alimenticios, con esta información realizaremos una base de datos que nos permitirá discernir los principales problemas bucodentales, y así realizar un plan de intervención clínico para los pacientes, dicho plan se llevará a cabo con la colaboración de docentes, estudiantes. La intervención va ir



enfocada a la evaluación e intervención de pacientes edéntulos totales y parciales, por lo cual se realizará el estudio en las siguientes etapas:

Antes del tratamiento protésico se realizará un muestreo microbiológico de la cavidad oral, con el fin de observar *Cándida spp.*, y poder relacionar la prevalencia de este microorganismo con pacientes edéntulos. Este muestreo se realizará con medios de transporte Stuart y posteriormente se realiza el cultivo en los laboratorios de la Carrera de Biofarmacia.

Posteriormente, en una cita se realiza la toma de impresiones preliminares en alginato, mediante la utilización de cubetas estandarizadas para pacientes edéntulos totales. Una vez obtenida dicha impresión, se realiza el vaciado en yeso piedra tipo III, con el fin de tener una reproducción de las arcadas tanto superior como inferior del paciente. Todo esto con el fin de evaluar las condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta de las parroquias rurales del cantón Cuenca.

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

La presente investigación no implica riesgo biológico, intelectual, social o discriminación para los participantes y para aquellas personas que se rehúsen a participar dentro del mismo

#### Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y Universidad Católica de Cuenca tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética del estudio.

#### Derechos del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0983043299 que pertenece a la Od. Esp. Sandra Saquisilí Suquitana, o envíe un correo electrónico a [ssaquisilis@ucacue.edu.ec](mailto:ssaquisilis@ucacue.edu.ec)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Carlos Flores Montesinos, coordinador del Comité Institucional de Bioética en Investigación de Seres Vivos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina ([cflores@ucacue.edu.ec](mailto:cflores@ucacue.edu.ec))



Código

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

### Anexo 3: Certificado de Bioética



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 19/6/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

#### **CERTIFICA**

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PERSONAS MAYORES DE 45 AÑOS DEL GAD PARROQUIAL DE SININCAY, CUENCA-ECUADOR, EN EL PERIODO 2018-2019.

Trabajo de titulación realizado por Sofía Valeria León Aldáz

Código: Le36FREOD03



**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA**

**Anexo 4: Oficios al GAD Parroquial para la aprobación del estudio.**



Administración 2014-2019

**GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO  
PARROQUIAL DE SININCAY**

Oficio No. 461 GADP\_S  
Sinincay, 28 de noviembre de 2018

Odontóloga  
Sandra Saquisilí Suquitana  
DIRECTORA DEL PROYECTO  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
Presente

De mi consideración:

Con un atento saludo me permito dar atención a su oficio de fecha 6 de noviembre de 2018, aceptando el desarrollo del proyecto "Condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta de las parroquias rurales del cantón Cuenca". Desde ya agradezco por haber tomado en consideración a la parroquia Sinincay.

Sin otro particular, suscribo.

Atentamente,

Sr. José Luis Atancuri Once  
PRESIDENTE  
C.I. 0101026227  
Celular 0991316082



mn

**Sinincay, fundado el 5 de febrero de 1853**

Cuenca -Azúay Telefax. 4146985 [www.sinincay.gob.ec](http://www.sinincay.gob.ec) [juntapsinincay09@hotmail.com](mailto:juntapsinincay09@hotmail.com)



**ACTA DE CONFIDENCIALIDAD**

Cuenca, 06 de agosto de 2019

Yo SOFIA VALERIA LEON ALDAZ con CI: 1105168536. mayor de edad, estudiante de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA de la carrera de ODONTOLOGÍA, me comprometo a utilizar la información recopilada de forma responsable y confidencial exclusivamente dentro del contexto de prácticas universitarias. Evaluar la prevalencia de Edentulismo parcial en el Adulto mayor del Club del Centro de Salud de Sinincay.

Por lo expresado.

Atentamente,

Sofia León Aldaz

CI: 1105168536

NÚMERO DE CELULAR: 0989192975





**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



## ACTA DE COMPROMISO

Los miembros del proyecto; M. Cs. Edison Pacheco, Od. Esp. Priscila Fernández, Dra. Jessica Sarmiento, Od. Esp. Erica Quito y Od. Esp. Sandra Saquisili en calidad de Directora del proyecto **CONDICIONES DE SALUD ORAL Y ESTADO PROTÉSICO DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LAS PARROQUIAS RURALES DEL CANTÓN CUENCA**, de la carrera de (**ODONTOLOGÍA**) de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca por medio de la presente me comprometo a cumplir con responsabilidad el **ANÁLISIS DE LA CAVIDAD ORAL**, de las personas que acepten participar en este proyecto en la parroquia de Sinincay, para ello se llevara todo el material e insumos odontológicos necesarios, posterior a la entrega de resultados al Departamento de Vinculación se desarrollara la intervención ontológica con la finalidad de entregar **PRÓTESIS PARCIAL Y TOTAL** a las personas que requieran de este tratamiento, las fichas y la toma de muestras se realizara, acatando las disposiciones y normas internas del GAD Parroquial de Sinincay, a su vez que el Gobierno Parroquial de Sinincay se compromete dar facilidades del caso y facilitar con un local para la atención y ejecución del proyecto, como también se compromete a realizar la difusión del proyecto, cumpliendo con los requisitos y procedimientos de la Universidad Católica de Cuenca.

Cuenca, 4 de, diciembre de 2018

Od. Esp. Sandra Saquisili Suquitana  
0301632535  
DIRECTORA DEL PROYECTO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
Od. Esp. Sandra Saquisili S.  
DOCENTE  
ODONTOLOGÍA - MATRIZ

Sr. José Luis Atarcuri  
PRESIDENTE DEL GAD PARROQUIAL  
SININCAY