



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA EN EL PERÍODO 2018-2019.
CUENCA-ECUADOR**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

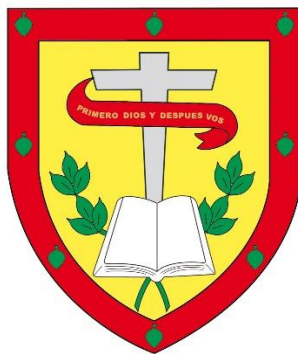
AUTOR: EDISON ARIEL CAGUANA CHIRIBOGA

DIRECTOR: OD. ESP. ERICA DAYANA QUITO VALLEJO

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA EN
EL PERIODO 2018-2019. CUENCA-ECUADOR

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR: EDISON ARIEL CAGUANA CHIRIBOGA

DIRECTOR: OD. ESP. ERICA DAYANA QUITO VALLEJO

CUENCA - ECUDOR

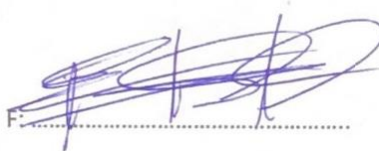
2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Edison Ariel Caguana Chiriboga portador(a) de la cédula de ciudadanía N.º **1718938952**. Declaro ser el autor de la obra: **“EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA EN EL PERIODO 2018-2019.CUENCA-ECUADOR”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 07 de agosto de 2023



Edison Ariel Caguana Chiriboga

C.I. 1718938952.

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Od. Esp. Cristina Vásquez

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación designado **“EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA EN EL PERIODO 2018-2019.CUENCA-ECUADOR”** realizado por **EDISON ARIEL CAGUANA CHIRIBOGA**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación.

Cuenca, 07 de agosto de 2023.



Dr. Ebingen Villavicencio

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Esp. Cristina Vázquez

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración.

El presente trabajo de titulación designado **“EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA EN EL PERIODO 2018-2019.CUENCA-ECUADOR”** 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 expedito para su sustentación.

Cuenca, 07 de agosto de 2023.



.....

Tutor: Od. Esp. Erica Dayana Quito Vallejo

DEDICATORIA:

Con infinita gratitud quiero dedicar todos estos años de estudio a quienes son el pilar de mi vida, mis padres,

a mí por no rendirme en cada etapa de mi vida,

a mi familia por el apoyo incondicional brindado;

lo que me ha permitido llegar con éxito a cumplir

una meta más. Todos mis logros son por ustedes.

Edison

EPIGRAFE

“La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento,
sino también en la destreza de aplicar los
conocimientos en la práctica”.

Aristóteles.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser una fortaleza, persistencia de superación y su apoyo incondicional de seguir adelante, mis abuelos, por inculcarme valores y principios, a mis hermanos por su apoyo moral durante todo este camino de lucha y perseverancia.

A la Od. Esp. Erica Quito, tutora de la tesis, por compartirme sus conocimientos y sugerencias, durante el desarrollo de este trabajo.

A las autoridades y personal académico de la Universidad Católica de Cuenca, por formar, en mí conocimientos sólidos, que me permitirán ejercer esta maravillosa profesión con eficiencia.

A todos ellos dedico este presente trabajo.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PPR: Prótesis Parcia Removible.

EP: Edentulismo Parcial.

PPF: Prótesis Parcial Fija

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	III
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	IV
DEDICATORIA:.....	V
EPÍGRAFE.....	VI
AGRADECIMIENTOS.....	VII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
ÍNDICE.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1.....	5
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
3.1. Objetivo General.....	8
3.2. Objetivos Específicos.....	8
4. MARCO TEÓRICO.....	9
4.1. TEORIA DE LA CIENCIAS MEDICAS, EN LA SALUD BUCAL.....	9
4.2.c. ALTERACIONES ÓSEAS.....	13
4.2.d. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY.....	15
4.3. METODOS DE APLEGATE APLICADAS A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY.....	15
4.4. DIAGNÓSTICO.....	16
4.5. TRATAMIENTO.....	17
4.6. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS PDPR.....	17
5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
5.1. HIPÓTESIS.....	24
CAPÍTULO II.....	25
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	25
1. MARCO METODOLÓGICO.....	26
2. POBLACIÓN.....	26

3.1. Criterios de selección:	27
3.1.a. Criterios de inclusión:	27
4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	30
4a. Instrumentos documentales	30
4b. Instrumentos mecánicos	30
4c. Materiales	30
4d. Recursos.....	30
6. PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE DATOS	31
5a. Ubicación espacial	31
5b. Procedimiento de la toma de datos	31
5.3.a. Método de examen	32
6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	32
7. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	32
CAPÍTULO III.....	33
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	33
1. RESULTADOS	34
2. DISCUSIÓN.....	40
3. CONCLUSIONES.....	42
4. BIBLIOGRAFÍA	43

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS.	34
TABLA 2 FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL.	35
TABLA 3 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY.	36
TABLA 4 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL, SEGÚN LA EDAD.	37
TABLA 5 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN EL SEXO.	38
TABLA 6 FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN EL MAXILAR.	39

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el período 2018-2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se desarrolló con un enfoque cualitativo, descriptivo y retrospectivo, el cual se examinó 2219 fichas clínicas de pacientes. Para el registro de datos se utilizó la computadora corei5, con el programa EPI INFO, se realizó tablas de resultados en Excel, se procesaron los datos para conocer la prevalencia del edentulismo parcial en adultos, edad, sexo y maxilar predominante según la clasificación de Kennedy.

RESULTADOS: Los pacientes mayores de edad parcialmente dentados fue de 1501 casos, sumando un total de maxilares con Edentulismo Parcial de 2210, siendo el sexo femenino el de mayor predominio con más del 61% del total, la prevalencia por edad fue en un 26% en pacientes de 18 a 30 años de edad, el mayor número de maxilares con edentulismo parcial pertenece al maxilar inferior con un 52% y según el sistema de Kennedy la clase más frecuente es la clase III con un 46%.

CONCLUSIÓN: De 2219 fichas clínicas revisadas de la Universidad Católica de Cuenca, la prevalencia de edentulismo parcial en adultos fue 1501 casos, predominando en el sexo femenino y en el maxilar inferior. El grupo etario con mayor prevalencia fueron adultos jóvenes de 18 a 30 años con edentulismo parcial y de acuerdo a la clasificación de Kennedy la clase con mayor prevalencia fue la clase III.

Palabras clave: Edentulismo parcial, fichas clínicas, pérdida dental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of partial edentulism in adult patients who received treatment at the clinic of the Catholic University of Cuenca during the period 2018-2019.

MATERIALS AND METHODS: A qualitative, descriptive, and retrospective approach was used, analyzing 2219 clinical records of patients. Data recording was performed using the EPI INFO program on a corei5 computer. The tables of results were generated in Excel to process the data and determine the prevalence of partial edentulism in adults, considering age, sex, and the predominant maxilla according to Kennedy's classification.

RESULTS: Out of the 2219 clinical records reviewed, 1501 cases of partially edentulous adult patients were identified, totaling 2210 maxillae with partial edentulism. The female sex was the most predominant, accounting for over 61% of the total cases. The prevalence of partial edentulism was higher among patients aged 18 to 30 years, representing 26% of the cases. The lower jaw had the largest number of maxillae with partial edentulism, accounting for 52% of the cases. According to the Kennedy classification, class III was the most frequent, comprising 46% of the cases.

CONCLUSION: The prevalence of partial edentulism in adults was 1501 cases out of 2219 clinical records reviewed at the Catholic University of Cuenca. It was more prevalent in the female sex and in the lower jaw. The age group with the highest prevalence of partial edentulism was young adults between 18 and 30 years of age, and the most common Kennedy classification was class III.

Keywords: Partial edentulism, clinical records, dental loss.



INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es una enfermedad, irreversible e incapacitante, que afecta a la población mundial, dicho trastorno a pesar de los intentos preventivos llevados a cabo por los diferentes ministerios de salud para el control de patologías como caries dental, enfermedades periodontales y en menor grado por traumatismos, que conllevan a la pérdida de órganos dentales, esta enfermedad afecta mayormente a los adultos y adultos mayores, causa daños al sistema estomatognático, reflejándose inclusive con dolor, molestias y alteraciones de la oclusión, que originan alteraciones o repercusiones temporomandibulares, el mismo que perjudica la calidad de vida a nivel funcional, fonético y estético.

Así mismo las estructuras orales remanentes sufren alteraciones de contorno y posición. Todas estas alteraciones afectan al individuo paulatinamente, que influyen en el aspecto emocional, debido a esto la persona se siente insegura con sus amigos, familiares y en público, que a largo plazo provoca trastornos de incomodidad, e inhibición y más graves como la depresión, ansiedad y pérdida de interacción social, del mismo modo la odontología en búsqueda de encontrar una solución, en el área de prevención ha implementado programas de salud y en la especialidad de rehabilitación oral, tratamientos más compatibles y funcionales, enfocándose en estas dos áreas con un objetivo en común, que es combatir las enfermedades que causan la pérdida dental y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población afectada.

El tratamiento de rehabilitación oral en el área de prótesis parcial removible de la Carrera de Odontología utiliza el sistema de clasificación de Kennedy que determinan el tipo de edentulismo de lo más simple a lo más complejo para el uso de la prótesis parcial removible (PPR) sigue siendo una de las principales opciones de tratamientos en los pacientes desdentados parciales, ya sea por lo rápido y económico de este tipo de tratamientos. Por lo cual el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos atendidos en la Clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo 2018-2019.

CAPÍTULO 1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen varios estudios realizados que indican una alta incidencia de edentulismo parcial en el Ecuador, siendo la población adulta la más afectada por esta enfermedad, el edentulismo parcial, es una de las enfermedades bucales más prevalentes a nivel mundial, ya que debidos al desgaste fisiológico y a la susceptibilidad de enfermedades bucodentales, las personas adultas son más propensas a sufrir pérdidas dentales.

Los últimos datos sobre el edentulismo parcial en la Universidad Católica de Cuenca, no han sido actualizados, por lo que es necesario plantearse la siguiente pregunta. ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos atendidos en el área de prótesis parcial removible de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca en el año 2018-2019?

2. JUSTIFICACIÓN

La alta demanda de casos de edentulismo parcial en personas adultas, denota la relevancia investigativa, misma que deja reflejada mediante este trabajo investigativo, atribuyendo a la comunidad científica, como un punto de partida clínico.

Esta investigación se centra en pacientes mayores de 18 años con edentulismo parcial, reportados durante el periodo 2018 y 2019 de la Clínica de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Odontología, esta enfermedad afecta mayormente a personas adultas y adultas mayores, debido a varios factores como patologías orales, desgastes fisiológicos, y no menos importante, la falta de información o el difícil acceso a tratamientos dentales, por lo que la presente investigación es de gran relevancia social.

Los datos estadísticos obtenidos de la prevalencia de pacientes con edentulismo parcial en adultos, en nuestra Carrera de Odontología, muestra gran importancia a tal punto de ser publicados en sus registros de atención, para que a futuro se implementen sistemas de atención destinados a esta problemática, con la finalidad de que pueda mejorar la subsistencia a los grupos etarios más vulnerables a padecer de esta enfermedad buco dental.

En cuanto al desarrollo de esta investigación, es viable, ya que cuenta con los recursos económicos autofinanciados, datos y equipos institucionales de la Universidad Católica de Cuenca. Otra de las razones que se sustenta el desarrollo de esta investigación, es apoyo investigativo para la comunidad científica estudiantil y profesional en el área de la odontológica pertenecientes a la comunidad ecuatoriana, a su vez es de interés personal, considerando que es un requerimiento académico para la obtención del Título Universitario, en concordancia con las políticas institucionales de investigación.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General.

Determinar la prevalencia de Edentulismo parcial en pacientes adultos, atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo 2018-2019.

3.2. Objetivos Específicos.

- Conocer el tipo de Edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy, en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca. Periodo 2018-2019.
- Determinar la prevalencia de Edentulismo parcial en pacientes adultos, atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca, en el periodo 2018-2019, según la edad y el género.
- Determinar el maxilar más frecuente con Edentulismo parcial, en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo 2018-2019

4. MARCO TEÓRICO

4.1. TEORIA DE LA CIENCIAS MEDICAS, EN LA SALUD BUCAL

En cuanto a la Salud del hombre, relaciona diversos aspectos como físico, psicológico entre otros, pueden estar vinculados a diversos factores, es así que el desarrollo científico con relación a la Salud Bucal establece que debe adherirse a la Salud en general, para un estudio eficaz. Asimismo, en las teorías médicas nos establece que la estomatología y la odontología están encargadas del estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades del aparato estomatognático. Es decir, de enfermedades bucales, como dientes, encías, paladar, lengua, labios, amígdalas, etc. Según Servet”(1)

En otras palabras, la Salud Bucal desde épocas atrás, se ha denotado que una de las causas de afectación, es la costumbre de la persona en su higiene bucal, atrasando ineficazmente a los tratamientos y mejora bucodental, obligando a las Organizaciones Internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, a buscar soluciones de mejora o erradicar factores que conlleven a patologías bucales.

4.1.a. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA BUCAL

Con relación a la calidad de vida oral de una persona adulta, la higiene toma un papel fundamental ya que la exposición a patologías bucales es mayor, sin embargo cabe mencionar que el edentulismo no es exclusivo de la adultez como lo pensaríamos, esto se debe a múltiples factores concurrentes por tiempos prolongados que causan daños irreparables en las estructuras orales, en los adultos debido al desgaste fisiológico acumulado durante su vida, es normal ciertas características propias de la edad, pero al no tener una buena calidad de vida y malos hábitos orales, los tejidos orales, sufren alteraciones y son más propensos a desarrollar enfermedades bucodentales, las más frecuentes y principales es la caries dental, enfermedades periodontales, traumatismos, si bien esto es cierto, existe personas que carecen de salud bucal, por otros factores no menos importantes como enfermedades sistémicas, situaciones socioeconómicas, estilo de vida (consumo de sustancias estupefacientes, psicotrópicos) y enfermedades congénitas(2).

El nivel de educación toma un papel importante para mantener una buena higiene oral, del mismo modo la falta de información y el descuido propio son detonantes principales que conducen a pérdida dental de manera permanente, cabe mencionar que los servicios odontológicos son de diferente trato en instituciones públicas y privadas, al sector público, su realidad es la falta de recursos y la prolongación del turno asignado, empeorando la salud bucal a tal punto de ser irreparable, al ser atendidas en un tiempo prolongado de la enfermedad, en su mayoría terminan en extracciones dentales. Así describe Brennan(3).

4.1.b. PREDOMINACIÓN DE LA CARIES DENTAL

De las patologías orales, la caries dental tiene mayor incidencia en el mundo, afecta al 99% de la población, catalogándolo como el principal causante de la pérdida de órganos dentales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la caries dental se define como un proceso patológico localizado de origen multifactorial que se inicia posteriormente a la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad.”(4)

La caries dental es una enfermedad crónica transmisible de origen multifactorial con mayor prevalencia e incidencia en el Ecuador (Código CIE - 10K02) la Caries entre las enfermedades bucodentales, está conformada por cuatro mecanismos y son los principales causantes que interactúan para la formación de esta patología, (microflora bacteriana, sustratos, huésped, tiempo.) (5)

El proceso de la caries dental se da mediante la interacción entre la superficie dental y la placa bacteriana a nivel microscópico y macroscópico, determinando la destrucción del esmalte hasta llegar a afectar todas las superficies, iniciándose como una mancha blanca, llegando a comprometer tejidos adyacentes como tejido dentinario, tejido pulpar y destrucción tisular, a medida que la enfermedad progresa puede llevar incluso a la pérdida irreversible de piezas dentales. (5)

4.1.c. EDENTULISMO Y SU ETIOLOGÍA

La protección y cuidado de la Salud bucal como derecho, tiene gran impacto en la carrera de odontología, ya que compromete a la realización de estudios para prevenir patologías bucales, una de las enfermedades orales más recurrentes es el edentulismo parcial, la cavidad bucal está conformada por una serie de tejidos bucodentales susceptible a problemas radicales como el edentulismo parcial que inevitablemente afecta a la autopercepción, a la calidad de vida ya que sobrelleva limitaciones funcionales, conduciéndolo directamente al deterioro de la persona.

El edentulismo parcial, se traduce a la pérdida o ausencia de uno o más órganos dentales, es un problema a nivel mundial, de origen multifactorial, entre las principales causas de enfermedades bucales que ocasionan la pérdida de piezas dental, tenemos la caries dental, traumatismos dentales, enfermedades periodontales, tratamientos ortodónticos, dientes impactados, neoplasias, enfermedades congénitas, enfermedades sistémicas como la diabetes, artritis, entre otras, al igual también existen situaciones que influyen como nivel socioeconómico, formación académica, residencia en zonas rurales con difícil acceso a servicio de salud pública.(6)

4.1.d. PRINCIPALES FACTORES QUE CONLLEVAN A LA PÉRDIDA DENTAL

Entre las principales causas de enfermedades bucales que ocasionan la pérdida de piezas dental, tenemos la caries dental, traumatismos dentales y enfermedades periodontales, la caries al ser una de las enfermedades orales con mayor prevalencia a nivel mundial, se la define como proceso de naturaleza multifactorial infeccioso de avance lento e irreversible que mediante una acción químico biológico desintegra los tejidos duros del diente, causando la destrucción del órgano dental inclusive la mutilación de la misma. (7)
(8)

Las enfermedades periodontales, causan la inflamación de los tejidos blandos, generalmente esta enfermedad actúa a nivel de la encía, específicamente en los tejidos de soporte o de sostén, la primera señal de alarma en el sangrado de la encía a esta enfermedad se la conoce como gingivitis, si esta no es tratada a tiempo avanza a una segunda etapa, la periodontitis, donde la inflamación se acompaña de sangrado, reabsorciones óseas, destrucción del ligamento periodontal. (9)

La periodontitis se define como una patología de origen multifactorial, los factores de riesgo generalmente son microorganismos subgingivales, mala higiene, tabaquismo, enfermedades sistémicas, biofilm dental, uso de medicamentos, y factores genéticos que influyen en el desarrollo de la misma, la susceptibilidad del huésped jugará un papel fundamental para que esta enfermedad evolucione, esta enfermedad se manifiesta con la presencia de sangrado, bolsas periodontales, pérdida de inserción y la movilidad dental que finalmente conduce a la pérdida de piezas dentales. La ciencia que estudia los tejidos de sostén del diente y además previene, diagnostica y trata las enfermedades que afectan a estos tejidos es la periodoncia. (10)

Los traumatismos dentales son más frecuentes cada día, con alta prevalencia y mayor concurrencia en el sexo masculino, existen cuatro tipos: fracturas coronarias, radiculares, luxaciones y las avulsiones dentales, esta última se traduce a la pérdida o desplazamiento total del diente del alveolo, este tipo de traumatismo puede ser reversible si el órgano dental es conservado de la manera correcta y reposicionado lo antes posible, de lo contrario conduce finalmente a la presencia de edentulismo parcial.(11)

4.2. ALTERACIONES DE LAS ESTRUCTURAS ORALES EN PACIENTES CON EDENTULISMO PARCIAL

4.2.a. CONSECUENCIAS DEL EDENTULISMO PARCIAL EN LOS REMANENTES DENTALES Y TEJIDOS ADYACENTES

Las alteraciones bucodentales causadas por enfermedades orales que conllevan a la pérdida dental, clínicamente se evidencia modificaciones y trastornos que afectan la armonía bucodental, la estética y funciones fisiológicas. Este trastorno produce un cambio en los remanentes dentales, alteraciones en los tejidos de soporte de dientes antagonista al espacio edéntulo, también genera incomodidad al hablar, dolor al masticar, sensibilidad dental de tejidos dentales adyacentes, todos estos cambios estructurales anatómicos y fisiológicos son de avance progresivo e irreversibles, que empeoran la situación causando atrofia de los tejidos de soporte, hueso y mucosa bucal. (12)

La pérdida parcial dental puede afectar la dieta debido a la ausencia de piezas dentales y estados actuales de los tejidos mucogingivales degenerados o reabsorbidos, estéticamente la persona que sufre estos cambios, presenta un aspecto más longevo, debidos a la disminución vertical causada por la resorción de los tejidos dentales. Estudios realizados en pacientes con ausencia parcial dental, demostraron neuropatías sensitivas nerviosas que inervan los tejidos bucodentales, es decir estas alteraciones sensitivas pueden generar condicionamiento y dolor, finalmente pueden llevar al colapso tanto de la persona como de las estructuras orales remanentes. (13)

4.2.b. AFECCIONES DENTALES

Inicialmente se debe tener en cuenta que las afecciones dentales principalmente provienen de las caries, por otra parte, provienen de ciertas patologías como enfermedades periodontales, pérdida de dientes, bruxismo; dejando claro que las afecciones bucodentales son evitables. Dicho de otro modo, Campo & Robles describe “las patologías más comunes en pacientes edéntulos se encuentra la leucoplasia, el épulis fisurado, mucositis, xerostomía y estomatitis protésica para los portadores de prótesis parciales”(14)

Si las personas parcialmente dentadas, no son tratadas a tiempo, genera consecuencias graves de manera irreversible, y si estas brechas edéntulas no son atendidas a tiempo causan alteraciones en los tejidos remanentes, es decir afectan a las piezas dentales funcionales, que sufren alteraciones como extrusión, migraciones laterales, alteraciones de mordida, bruxismo, entre otras. (15)

4.2.c. ALTERACIONES ÓSEAS

El edentulismo parcial además de causar alteraciones en los tejidos de soporte, si no son tratadas a tiempo pueden llegar a empeorar y ser gravemente perjudicial para el desarrollo de los trastornos óseos, tenemos las reabsorciones alveolares, reabsorciones a nivel maxilar, alteraciones del ATM, articulaciones degenerativas y atrofiaciones alveolares, que aumenta la incidencia de cambios malignos, que pueden generar limitaciones funcionales a nivel del sistema masticatorio que inclusive provoca la pérdida de músculo esquelético, llegando a expresarse incluso con sintomatología dolorosa en diferentes grados de intensidad, provocando el deterioro progresivo hasta la incapacidad funcional, empeorando la calidad de vida de las personas que la padecen. (16)

CONJETURA DE LAS CLASIFICACIONES DEL EDENTULISMO PARCIAL A LO LARGO DE LA HISTORIA.

El edentulismo parcial, al ser un estado de disfunción oral, que afecta directamente el bienestar de la persona en distintos aspectos de su vida, ya sea estéticos, funcionales y psicológicos; es así que en las últimas décadas se ha implementado varios sistemas de clasificación que ayudan a determinar el tratamiento más eficaz en base a la disposición de los remanentes dentales, y espacios edéntulos de la boca, facilitando la comunicación entre técnicos dentales y odontólogos.(17)

CLASIFICACIONES MÁS ACEPTADAS

La primera clasificación fue propuesta por Cummer en 1920, el proponía IV clases basadas en puntos de retención y ejes de rotación, seguido de autores de renombre como Baylin, quien proponía la clasificación basada, en si la prótesis es dentosoportada, mucosoportada y dento mucosoportada, dentro de las clasificaciones más aceptadas tenemos Neurohr, Wild, Skinner Avant, Kennedy y Aplegate.(18)

La clasificación de Kennedy fue propuesta por el Dr. Edward Kennedy en 1925, quien propuso IV clases, siendo universalmente la más aceptada y utilizada por su fácil entendimiento, fácil de aplicar y visualización inmediata, para generar un buen plan de tratamiento y diseño de la prótesis, sin embargo, en 1960, Applegate aplicó ocho reglas para mejorar el entendimiento de las clases de Kennedy, es aplicable a todos los tipos de edentulismo, cada maxilar es evaluado de manera individual y clasificado por el número de espacios.(17,18)

Cabe recalcar que todas estas clasificaciones propuestas, ninguna nos proporciona información sobre el estado de salud actual de las piezas dentales remanentes, dientes antagonistas y estado de los rebordes residuales, tejidos bucodentales adyacentes, solo de manera topográfica. Es por eso que uno de los sistemas de clasificación más completos por evaluar es estado actual de las piezas dentales y tejidos circundantes en los últimos años es la de American College of Prosthodontists propuesta en 2002 que ayuda a determinar la mejor opción de tratamiento. (18,19)

4.2.d. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

La clasificación de Kennedy se basa una imagen topográfica, entre la localización de los espacios desdentados y los remanentes dentales.

Clase I: Ausencia de piezas dentales de manera bilateral posterior, es decir las brechas edéntulas se encuentran en los extremos libres.(20)

Clase II: Ausencia de piezas dentales de manera unilateral posterior, es decir el espacio edéntulo se encuentra en un solo lado del extremo libre. “Esta clase admite modificaciones, independiente de la que da la clase.(21)

Clase III: Ausencia de piezas dentales de manera unilateral con pilar posterior, es decir la brecha edéntula se encuentra limitada por remanentes dentales, la zona edéntula más posterior definirá la clase de Kennedy. “Esta clase admite modificaciones, independientemente de la que da la clase.”(20,21)

Clase IV: Ausencia de piezas dentales en la zona anterior, el espacio edéntulo debe comprometer ambas hemiarquadas, es decir la brecha edéntula debe cruzar la línea media del maxilar. Esta clase no admite modificaciones. “sí existen más espacios se consideraría otra clase de las ya mencionas”(20)

4.3. METODOS DE APPLGATE APLICADAS A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

Applegate en 1960, elaboro 8 reglas fundamentales para facilitar el empleo de la Clasificación de Kennedy. (22)

- a) Se debe determinar la clase de Kennedy luego de cualquier extracción dental y no antes ya que puede modificar la clasificación. (23)
- b) Si existe la ausencia de un tercer molar y no va a ser sustituido, no se lo considera en la clasificación.(22)
- c) Si existe la presencia de un tercer molar y será usado como pilar, se lo considera en la clasificación. (22,23)

- d) Si existe la ausencia de un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo tomara en cuenta en la clasificación. (22)
- e) El espacio edéntulo más posterior dará la clasificación.
- f) Los espacios desdentados, adicionales a los que determinan la clasificación son considerados como modificaciones de la clase y serán denominadas por su número. (21)
- g) No tiene relevancia la extensión de las modificaciones, solo se toma en cuenta el número de las modificaciones.
- h) La clase IV no admite modificaciones, solo la clase I, II Y III. (20)

4.4. DIAGNÓSTICO

Tomar en cuenta el estado actual del paciente, tanto físico, psicológico e historial médico y odontológico para el uso de una prótesis parcial removible, ya sea metálica o acrílica se debe considerar características bucales ya sea intraoral o extraoral.(24)

Cuando se realiza una anamnesis extraoral, debemos considerar ciertas estructuras anatómicas como:

- Labios: Observar si existe la presencia de anomalías o patología, densidad y color.
- Mejillas: Abultamientos, dolor a la palpación, coloraciones.
- ATM: Examinar la presencia de crepitaciones, apertura limitada, dolor y desviaciones laterales, palpación de las glándulas salivales y ganglios.
- Espacios edéntulos: Cuando la brecha edéntula es mayor y no se puede hacer uso de prótesis fija, para preservar los remanentes dentales como el reborde residual y cuando las reabsorciones óseas progresaron tanto que se puede utilizar restauraciones artificiales.(25)

Cuando se realiza una anamnesis intraoral, debemos considerar ciertas estructuras anatómicas como:

- Lengua: se examina por todas las caras, que no exista la presencia de alteraciones patológicas.
- Paladar: se examina color, tamaño y la presencia de algún tipo de secreción, los tejidos examinados son paladar duro, ovula, amígdalas, y mucosa faríngea,

también podemos observar si existe la presencia de patológicas como torus palatino.

- Piso de la boca: observar que no existas alteraciones, ulceraciones o abultamientos que no sean normales.
- Carrillos: se examina textura, color, membrana y ulceraciones.
- Dientes: se evalúa el estado actual de los remanentes dentales o la necesidad de la extracción o remoción de caries, y el estado de salud periodontal.(25)

4.5. TRATAMIENTO

La suplencia de dientes ausentes es una de las necesidades más demandadas de los pacientes, principalmente por qué quieren restaurara la anatomía, estética y funcionalidad, el tratamiento tiene como objetivo devolver todas las características que definen a una persona dentada saludable, mejorando la condición de vida por medio de placas o prótesis dentales que poseen dientes artificiales que van a suplantar a los dientes naturales ausentes. El uso PPR es una las opciones de tratamientos usada en pacientes desdentados parcialmente.(26)

4.6. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÓTESIS PDPR

Existen dos tipos de prótesis parciales removibles: las acrílicas y metálicas. Estas pueden ser denominadas o catalogadas según el grado de soporte. (27)

Según el grado de soporte:

- La prótesis que transfieren sus fuerzas a las piezas dentales a través de la oclusión se las conoce como prótesis dentosoportados.
- La prótesis que transfieren la fuerza al reborde residual y a las piezas dentales remanentes se la conoce como prótesis dentomucosoportada.
- La prótesis que transfieren de manera directa las fuerzas masticatorias en los rebordes alveolares y no posee ningún tipo de retención dental se la conoce como prótesis mucosoportada.(28)

PRÓTESIS PARCIAL FIJA (PPF)

Tiene como prioridad tratar dientes afectados o sustituir la ausencia de un diente natural, a este tipo de prótesis se le conoce como prótesis parcial fija, consta de dientes pilares que servirán de anclaje para el puente, el pónico es la estructura dental ausente, y los retenedores que soportarán las fuerzas oclusales y mantendrán el pónico.(29)

Los puntos a tener en cuenta cuando se va a realizar un tratamiento dental con puente fijo, no ser invasivos con remanentes dentales sanos adyacentes al espacio desdentado, es decir, ser lo más conservador y mínima mente invasivos, en casos como este la mejor opción de tratamiento es un implante dental.(30)

4.7. PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE (PPR)

Los aparatos removibles usados para reemplazar la ausencia de dientes naturales perdidos es uno de los tratamientos dentales más rápidos y económicos, cabe mencionar que la personas que portan PPR. Generalmente se encuentran satisfechas y se sienten reinsertadas en la sociedad. Sin embargo, los problemas colaterales que pueden ocasionar a largo plazo, ya que expone a tejidos blandos remanentes, (borde alveolar residual) a cargas no fisiológicas, que pueden estar relacionadas con la mala adaptación causando dolor, irritación de tejidos blandos e incluso una sobre adaptación.(31)

Además, el uso de PPR. por largos periodos, conlleva a reabsorciones de hueso, problemas patológicos a nivel de la mucosa, de manera paulatina e incluso halitosis si el portador no lleva una correcta higiene.(31)

Componentes de una PPR

- Base protésica.
- Conector mayor.
- Dientes artificiales.
- Conector menor.
- Placa palatina retenedor pasivo.
- Apoyo de la prótesis.
- Rejilla perforada. (32)

5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Obra: Estudio Investigativo: “Retrospectiva realizado en Cachemira- Patrón de edentulismo parcial basado en la clasificación de Kennedy ente pacientes dentales en Cachemira”

Autor: Mahommad alt cols

Resultados: El análisis fue realizado a 142 pacientes, quienes cumplían con los criterios de inclusión como la edad y género, a su vez los criterios de exclusión fueron menores de edad y pacientes ausencia de dientes congénitos y terceros molares sin erupcionar. Los pacientes fueron separados en tres grupos etarios; entre los 21 a 30, 31 a 40 y de 41 a 50 años de edad. Las brechas edéntulas, independientemente a la que da la clasificación, no fueron tomadas en cuenta “las modificaciones”. Finalmente, los estudios demostraron que la Clase III es la más prevalente con un 65.4% entre ambos maxilares y está afectaba al grupo 2 y 1, con un total de 93 pacientes, seguida por la Clase II, en el maxilar con un 14.8% y en la mandibular con un 16.3%, con mayor incidencia en el grupo 1 y 2 con un total de 22 pacientes. La clase I se presenta más en grupo 2 y 3, con un total de 19 pacientes. La clase IV es la menos incidente y se presenta en personas de edad avanzada, es decir afecta directamente al grupo 3, con un total de 8 pacientes(33).

Obra: Artículo de revista: “Edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en Clínica Universitaria Cuenca Ecuador 2016”

Autor: Vanegas-Avecillas, Elizabeth; Villavicencio-Caparo, Ebingen; Alvarado Jimenez, Omar y Ordoñez Plaza, Patricia

Resultados: La investigación se ejecutó en 378 pacientes, donde incluyeron variables como edad, pacientes adultos, y ambos géneros. Se clasifico el tipo de edentulismo aplicando las reglas de Kenndy, se encontró que, de 378 pacientes, 284 fueron edéntulos parciales, con un total de 75.1%, reflejando que el edentulismo parcial tiene mayor prevalencia que el edentulismo total. En sus resultados la Clase III de Kennedy tiene mayor frecuencia con un 42% en el maxilar y un 40% en el maxilar inferior. (34)

Obra: Estudio Investigativo: “Prevalencia de Edentulismo Parcial, según la Clasificación de Kennedy según la edad, sexo y arcada”

Autores: Ashish R. Jain

Resultados: El estudio realizado en la Saveetha Dental College and Hospitals en India, se analizó la prevalencia de desdentado parcial en 200 pacientes de diferentes grupos de edad y género, entre los grupos de edad (20-30, 30-40, 40-50 y 50-60 años). Se utilizó la clasificación de Kennedy para registrar y tabular los datos. Los resultados mostraron que la Clase III de Kennedy con alrededor del 76% en mujeres y 77.9% en hombres fue la más común en ambos arcos dentales y en todos los grupos de edad, seguida de la Clase I. La Clase I de Kennedy se observó en los grupos de edad de 30 a 40 años, 40 a 50 años y 50 a 60 años en mujeres y hombres. La Clase II de Kennedy se encontró en todos los grupos de edad, pero solo en el arco mandibular, con una prevalencia del 6.25% en mujeres y 4.8% en hombres. La Clase IV fue menos frecuente en mujeres (1%) en comparación con hombres (6.7%) en ambos arcos y en todos los grupos de edad. La prevalencia de las diferentes clases de Kennedy varió según la edad y el arco, y el edentulismo parcial mandibular fue más frecuente que el maxilar. En general, la edad tuvo un efecto significativo en la prevalencia de las diferentes clases de Kennedy, mientras que el género no mostró un efecto significativo.(35)

Obra: Estudio Investigativo: “Edentulismo parcial: patrón, distribución, relación con la edad y género y reconstrucción protésica para pacientes tratados en clínicas de odontologías Universidad Hail. Enero de 2021”

Autores: Aisha Zakaria, Zainah Alhababi, et, al, cols

Resultados: Se describe un estudio epidemiológico observacional realizado en una clínica dental universitaria en la región de Hail, Arabia Saudita. El objetivo del estudio fue investigar los patrones de edentulismo parcial en pacientes que visitaron la clínica. Se recopilaron datos de fichas de pacientes y radiografías panorámicas de 384 pacientes. Se registraron la edad, el sexo, el historial dental, el número de dientes faltantes y el tipo de reconstrucción protésica realizada. Los resultados mostraron que la clase III de Kennedy fue la forma más común de edentulismo parcial tanto en hombres como en mujeres, pero hubo una disminución significativa de esta clase con la edad. A medida que aumentaba la edad, hubo una disminución de la clase III y un aumento de las clases I y II. Las mujeres tenían un mayor número de dientes faltantes en comparación con los hombres. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el número de dientes faltantes y la edad, con una progresión lineal a medida que aumentaba la edad. Además, se observó que la mayoría de los pacientes no habían reemplazado los dientes perdidos en el

momento de su primera visita, y los puentes fijos fueron el tipo de reconstrucción más utilizado. El estudio concluye que el edentulismo parcial aumenta con la edad y que el género y la edad están relacionados con el número de dientes faltantes y las clases de Kennedy.(36)

Obra: Artículo de revista: “Patrones de edentulismo parcial basados en la clasificación de Kennedy entre pacientes que acuden al Nepal Medical College and Teaching Hospital”

Autor: Rana SB, Acharya B, Bhochohibhoya A, Sharma R, Acharya J, Mainali A.

Resultados: El estudio realizado en el Departamento de Medicina Bucal y Radiología de la Facultad de Medicina y Hospital de Nepal examinó a 300 pacientes con edentulismo parcial. Un investigador recopiló datos sociodemográficos y realizó exámenes clínicos para registrar el sistema de clasificación de Kennedy y las modificaciones de Applegate. Se encontró que el 40,7% de los pacientes eran hombres y el 59,3% eran mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 51 a 60 años. Casi la mitad de los pacientes tenían edentulismo parcial en ambas arcadas, mientras que el resto lo tenía en el arco maxilar o mandibular solamente. En la arcada maxilar, la clase III de Kennedy fue la más frecuente, seguida de la clase II de Kennedy con modificación 1. Se observó que el edentulismo parcial era más común en mujeres y en el grupo de edad de 51 a 60 años. Estos resultados pueden ser útiles para reconocer las necesidades de rehabilitación protésica y estimar los requisitos de materiales educativos y preventivos.(37)

Obra: “Un estudio epidemiológico de análisis de edentulismo parcial en grupo de estudio”
J Adv Med Dent Scie Res 2018”

AUTOR: Singh VP, Sharma A, Atri B.

RESULTADOS: El presente estudio se realizó en 620 pacientes, en el Departamento de Prostodoncia, Instituto de Ciencias y Tecnología Dentales de la India, se incluyeron ambos sexos, grupos de edad y que todos los pacientes fueron evaluados con edentulismo parcial mediante la aplicación de Kennedy, se encontró que 370 pacientes fueron hombres y 250 mujeres, de acuerdo a la edad y el sexo, se muestra que el grupo de edad 20-30 años tuvo 40 hombres y 25 mujeres, 30-40 años tuvo 60 hombres y 35 mujeres, 40-50 años tuvo 75 hombres y 40 mujeres, 50-60 años tuvo 85 hombres y 50 mujeres y >60 años tenían 110 hombres y 100 mujeres, según la clasificación de Kennedy en el maxilar se vio que la clase I se encontró 120 casos, 100 en la clase II, 75 en la clase III y 40 de la clase IV. Se observó que el edentulismo parcial tuvo mayor prevalencia en hombres, el grupo de edad mayormente afectado fue 60 años en adelante y la clase I de Kennedy como la más prevalente. (38)

Obra: “Edentulismo parcial y Opciones de tratamiento” Se realizó una evaluación retrospectiva en el Departamento de Prostodoncia, Facultad de Odontología de Yeditepe, en el año 2017 Turquía.

Autor: Asoc. Prof. Zeynep Özkurt-Kayahan

Resultados: El estudio realizado en 527 pacientes parcialmente desdentados. El tipo de edentulismo parcial más frecuente fue el Kennedy III, tanto en maxilar (71,1%) como en mandíbula (55,8%). Kennedy IV fue el tipo menos prevalente (2,8%) en maxilar, 0,7% en la mandíbula, Kennedy I fue el tipo más prevalente en los grupos de edad de 60 a 69 años (56%). Sin embargo, no hubo diferencia significativa entre el género y las clasificaciones de Kennedy, las mujeres tenían más mandíbulas Kennedy II que los hombres. ($p < 0,05$).

Los implantes dentales fueron la opción de tratamiento menos común para el edentulismo parcial. Las dentaduras parciales fijas fueron el tratamiento más común para Kennedy III y IV, mientras que las dentaduras parciales removibles fueron las más comunes para Kennedy I y II. (39)

Obra: Artículo Investigativo “Prevalencia del edentulismo parcial y su asociación con la edad” Departamento de Prostodoncia, 2020 India.

Autores: Ramanathan, Visalakshi

Resultados: El estudio se realizó en 400 casos parcialmente desdentado, de los cuales el 9,5% son pacientes con clase I de Kennedy, el 15,25% son clase II de Kennedy y la mayoría de la población pertenecía a la clase III de Kennedy con un porcentaje del 63,5% y clase IV de Kennedy representando el 11,75% de la población de estudio, al igual se realizó tres grupos etarios, en el grupo de edad (18-30) fue de 91 y 225 pacientes de la categoría de edad (31-50). Los 84 restantes son del grupo de edad de (51-80).

La clase III de Kennedy tubo mayor prevalencia tanto en hombres y mujeres, pertenecientes al grupo de 31 a 50 años de edad también se observó que la clase III de Kennedy es la más común entre todos los grupos de edad concluyendo que hay una diferencia estadísticamente significativa entre el edentulismo parcial y la edad en el presente estudio. (40)

Obra: "Patrones de edentulismo parcial según Kennedy's clasificación-un estudio transversal Pak Fuerzas Armadas Med J 2020"

Autor: Maleeha Nayyer, Danish Azeem Khan*, Hashmat Gul, Ayesha Aslam*, Nauman Bari Khan, Faiza Aslam

Resultados: En este estudio se incluyeron un total de 202 pacientes masculinos y femeninos parcialmente desdentados, 91 eran hombres y 111 eran mujeres, según la clasificación de Kennedy el maxilar con mayor prevalencia de edentulismo parcial es maxilar superior con un total de 102 y el mandibular con 100 casos, no existe una diferencia significativa, la clase II de Kennedy tubo mayor prevalencia en ambos maxilares con un 107 caso, seguida de la clase III. No se encontró una diferencia significativa según la arcada. Según el sexo, la clase de Kennedy en mujeres fue de 59 casos clase III y 48 casos de la clase II en hombre los resultados fueron similares, por otro lado, hubo un número significativamente mayor de mujeres 10,8% presentó clase IV en comparación con los hombres 2,2%. Por otro lado, una frecuencia significativamente mayor de varones 32,9% presentó Clase-II en comparación con las mujeres 21,6%. Se observó una asociación significativa entre el género y el patrón de edentulismo parcial y No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de las clases de Kennedy entre los arcos maxilar y mandibular.(41)

Obra: "Prevalencia de Clases de Kennedy en Edentulismo Parcial – Un estudio Transversal" Instituto de Odontología Nishtar, Multan del 15 al 31 de enero de 2022

Autor: Bukhari J, Zafar R, Javed Iqbal M, Rafiq M, Abdullah U, Romana Noreen

Resultados: Este estudio fue realizado en 214 manteniendo un nivel de confianza del 95%, proporción poblacional del 15% y precisión absoluta de 0,05. De 214 pacientes, 108 (50,5%) eran hombres y 106 (49,5%) mujeres. La población fue agrupada según la edad de 21-30, 31-40, 41-50,51-60,61 años o más. Los más afectados de 31 a 40 años con 54 pacientes, seguida de 41-50 años con 53 casos, lo que tenían menor prevalencia fueron adultos mayores de 60 años en adelante. El maxilar con mayor incidencia fue la arcada superior con un 110 caso 51.1% y 104 casos 48.6% en la arcada inferior. Según la clasificación de Kennedy, la clase con mayor prevalencia fue la clase III en ambos sexos, seguida de la clase II y en menor incidencia la clase I y IV. En este estudio se observó La clase III de Kennedy fue el patrón de edentulismo parcial más encontrado. No se encontró asociación significativa entre la clase de Kennedy y el género o tipo de arco. (42)

5.1. HIPÓTESIS

Este estudio no necesita de hipótesis por ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO

Enfoque: Cuantitativo.

Diseño de investigación: Descriptivo

Nivel de investigación: Descriptivo

Tipo de investigación:

- **Por el ámbito:** Documental
- **Por la técnica:** Revisión de fichas
- **Por la temporalidad:** Retrospectivo

2. POBLACIÓN

En el desarrollo del trabajo investigativo, las fichas clínicas del año 2018 hasta 2019, dieron solvencia científica al 100%, con un número de la población de 2219 casos, los pacientes con edentulismo parcial fue de 1501, pacientes dentados fue de 518, menores de edad fue de 137, con edentulismo parcial 62.

3. MUESTRA

Siendo una parte de toda la población, en función a la necesidad del tema de investigación, en la muestra se descartaron a pacientes menores de edad, a los edéntulos totales, y dentados luego de aplicar estos criterios de selección, la muestra fue de 1501 pacientes con edentulismo parcial, considerando que algunos pacientes eran edéntulos parciales bimaxilar y otros unimaxilar, dando como resultando 2210 maxilares en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca.

3.1. Criterios de selección:

Para la validación de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección.

3.1.a. Criterios de inclusión:

- Fichas con radiografías de pacientes con Edentulismo parcial.
- Fichas de pacientes que presenten Edentulismo parcial, mayores de 18 años.
- Fichas de pacientes con Edentulismo parcial que pertenezcan al período 2018-2019

3.1.b. Criterios de exclusión:

- Fichas incompletas.
- Fichas sin consentimiento informado.
- Fichas clínicas fotocopiadas.
- Fichas clínicas de pacientes Menores de edad.
- Fichas clínicas de pacientes dentados.
- Fichas clínicas de pacientes con Edentulismo total.

4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERATIVA.	TIPO ESTADISTICO.	ESCALA.	DATOS.
EDENTULISMO PARCIAL	El Edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia o pérdida de una o más piezas dentales.	El edentulismo parcial se traduce a la ausencia de una o mas piezas dentales de manera parcial.	Cualitativa	Nominal	Perdida de una o más dientes.
GENERO	En la biología, el sexo se refiere a las características biológicas que definen a las personar en masculinos y femeninos.	Características internas y externas que caracterizan al hombre y a la mujer.	Cualitativa	Nominal.	Masculino. Femenino.
EDAD	Es el tiempo trascurrido de una persona, a partir de su existencia de vida.	Años vividos de una persona	Cuantitativo	De razón	Juventud (18 - 30) Adultez (31- 59 años) Adulto Mayor (60 años o más)
CLASE I DE KENNEDY	Desdentado posterior bilateral, conservando los dientes anteriores.	Tienes brechas edéntulas bilaterales a extremos libres.	Cualitativa.	Nominal.	Perdida bilateral posterior. Sin perdida bilateral posterior
CLASE II DE KENNEDY	Desdentado Unilateral posterior, es decir presenta una brecha edéntula en el extremo libre de un solo lado, esta clase admite subdivisiones.	Edentulismo parcial unilateral posterior con extremo libre.	Cualitativa.	Nominal.	Perdida unilateral posterior. Sin perdida unilateral posterior

CLASE III DE KENNEDY	Desdentado unilateral o bilateral con pilas posterior, la brecha edéntula se encuentra entre piezas dentarias remanentes, esta clase también admite subdivisiones.	Edentulismo parcial unilateral o bilateral con pilar posterior.	Cualitativa.	Nominal.	Perdida parcial con pilar posterior. Perdida parcial sin pilar posterior.
CLASE IV DE KENNEDY	Desdentado bilateral anterior, esta brecha edéntula debe comprometer ambas hemiarcadas, esta clase no admite subdivisiones.	Edentulismo parcial bilateral anterior.	Cualitativa.	Nominal.	Perdida bilateral anterior. Sin perdida bilateral anterior.
ARCADA MAXILAR	Cada una de las dos piezas óseas que forman la boca de los vertebrados y en las cuales están alojados los dientes.	Arcada superior conformada por Tejido óseo, dientes y tejidos blandos, Forma parte de la órbita, cavidad nasal y paladar. Arcada inferior, es un hueso móvil que está conformado por tejidos óseo, dientes y tejidos blandos.	Cualitativa.	Nominal.	Maxilar superior. Maxilar Inferior.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4a. Instrumentos documentales

Se utilizó la información de las fichas clínicas, de pacientes atendidos en la Universidad Católica de Cuenca, de la Carrera de Odontología del periodo 2018-2019, la observación consta de: número de historia clínica, edad, sexo y diagnóstico de piezas perdidas, diagnóstico de caries, entre otras que nos permita la documentación digital.

4b. Instrumentos mecánicos

Para el registro de datos se Utilizó, computadora, procesador corei5.

4c. Materiales

Base de datos Epi Info.

Radiografías panorámicas.

SPSS versión 26.

4d. Recursos

Recursos institucionales, Departamento de investigación, Recursos humanos. (Recolección de Historias clínicas) de la Universidad Católica de Cuenca, y Recursos Autofinanciados.

6. PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE DATOS

Previo a obtener los permisos del departamento de Bioética, los datos se obtuvieron mediante el análisis de las fichas clínicas, del año 2018-2019 de la Universidad Católica de Cuenca, cada ficha clínica debe estar llena de manera correcta y con el año correspondiente, contar con radiografías y ser originales, luego se creó una base de datos de los mismos, con el programa Epi info, donde se guardaron los datos obtenidos de la fichas clínicas con radiografías panorámicas, de las cuales se confirmó el llenado correcto del odontograma, después se realizó tablas de resultados en el programa Excel MS for Windows versión 2013 y luego se procesaron los datos utilizando el programa SPSS versión 26, para conocer la prevalencia del Edentulismo parcial en adultos, edad predominante, sexo predominante, maxilar predominante.

5a. Ubicación espacial

Geográficamente Cuenca está ubicada en la provincia del Azuay al Sur del Ecuador en la Región Sierra, a una distancia de 432 km de Quito y 191 Km de Guayaquil.

“La Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, se encuentra ubicada en la Avenida de las Américas y Humbolt con una longitud de 2°53'05"S y latitud de 79°00'26"O”

5b. Procedimiento de la toma de datos

Las fichas clínicas de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca de los años 2018 y 2019 que pertenezcan a pacientes adultos, los cuales reflejen información sobre el diagnóstico presuntivo y definitivo.

5.3.a. Método de examen

Recopilación de las fichas clínicas de los pacientes adultos con edentulismo parcial, del periodo 2018 a 2019, para seleccionar datos que atribuya al desarrollo de la investigación.

6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

La información fue tomada de fichas clínicas de la Universidad, donde se tomó en cuenta que las historias clínicas contaran con radiografías panorámicas, que estén correctamente llenadas, descartando fichas que no cumplen con los parámetros establecidos, las fichas clínicas seleccionadas se registraron en una base de datos llamada, programa Epi Info, luego se realizó las tablas de resultados en el programa Excel MS for Windows versión 2013, mediante la aplicación de filtros en Excel, se pudo conocer la frecuencia de Edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy.

7. ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente Estudio de titulación no implicó ningún conflicto bioético, ya que se realizado con datos ya existentes de pacientes atendidos en la Universidad, además se guardó la respectiva confidencialidad sobre los datos proporcionados, tomando en cuenta el llenado correcto de las fichas clínicas.

CAPÍTULO III
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. RESULTADOS

El presente trabajo de titulación se llevó a cabo en base a los datos obtenidos de las fichas clínicas de Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca del periodo 2018 -2019, la base de datos se obtuvo mediante la aplicación de criterios de inclusión.

TABLA 1 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS.

POBLACIÓN TOTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDENTULISMO TOTAL	62	2,7%
EDENTULISMO PARCIAL	1501	67,6%
DENTADOS	518	23,3%
MENORES DE EDAD	137	6,1%
TOTAL	2219	100%

Fuente: Recolección de datos

Elaborado por: Edison Caguana

INTERPRETACIÓN: La población es de 2219 fichas clínicas, los pacientes mayores de edad con edentulismo parcial fue de 1501 casos que es el (67.7%), los casos con edentulismo total fue de 62 (2.7%), Dentados de 518 (23.3%) y los menores de edad que fueron excluidos en este estudio, fue de 137 (6.1%).

TABLA 2 FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL.

EDENTULISMO PARCIAL	TOTAL
CUANTOS PARTICIPANTES	1501
CUANTOS MAXILARES	2210

Fuente: Recolección de datos

Elaborado por: Edison Caguana

INTERPRETACIÓN: Los pacientes mayores de edad con Edentulismo parcial fue de 1501 individuos, considerando que algunos son edéntulos unimaxilar y otros bimaxilar, sumaron un total de maxilares con edentulismo parcial de 2210 casos.

TABLA 3 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY.

CLASE KENNEDY	MAXILAR SUPERIOR	PORCENTAJE	MAXILAR INFERIOR	PORCENTAJE	TOTAL	%
CLASE I	150	6.7	352	15.9	502	22.7
CLASE II	320	14.4	345	15.6	665	30.0
CLASE III	572	25.8	453	20.4	1025	46.3
CLASE IV	17	0.7	1	0.045	18	0.8
TOTAL	1059	47.9	1151	52.08	2210	100.000

Fuente: Recolección de datos

Elaborado por: Edison Caguana

Chi² p= 106.6

Grados de libertad 3

Valor-p<0.0000001

INTERPRETACIÓN: Se encontró que la clase III de Kennedy es la más frecuentes con 1025 casos que es el (46.3%), seguida de la clase II de Kennedy con 665 casos que sumo (30.9 %) y la menos frecuentes fue la clase IV de Kennedy, representando (0.81%), con un total de 18 casos, para saber si existe correlación del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se usó la prueba estadística, la fórmula de **Chi²** según el resultado la correlación de edentulismo parcial según Kennedy es de Chi² p= 106.6 traduciendo a que no existe correlación.

TABLA 4 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL, SEGÚN LA EDAD.

EDAD	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
18 a 30	296	13.3	280	12.6	576	26
31 a 40	234	10.5	236	10.6	470	21.2
41 a 50	257	11.6	284	12.8	541	24.4
51 a 60	194	8.7	237	10.7	431	19.5
61 a 70	64	2.9	88	3.9	152	6.8
71 a 80	12	0.54	24	1.09	36	1.6
81 a más	2	0.09	2	0.09	4	0.18
TOTAL	1059	47.92	1151	52.08	2210	100.00

Fuente: Recolección de datos.

Elaborado por: Edison Caguana.

Chi² p=10.07

Grados de libertad 6

Valor-p 0.1218

14% of 14 cells have expected values < 5.

Ninguna celda tiene valores esperados <1.

INTERPRETACIÓN: De las 1501 fichas clínicas con edentulismo parcial, sumaron un total de 2210 maxilares, que se distribuyeron en siete grupos etarios de acuerdo a la edad, entre el grupo de edad más afectado, se observa que aquellos individuos entre los 18 a 30 años, con mayor presencia de edentulismo parcial con un (26.06%), un total de 576 casos, seguido de individuos, entre 41 a 50 años, con un (24,48%), con un total de 541 casos, y los grupos etáreos que presentaron menos arcadas desdentadas parciales fueron, (61 a 70), (71 a 80) y los de (81 o más) años, estos resultados se deben a que los grupos etarios menos afectados asistieron en menor cantidad a la clínica. Para evaluar si existe existía correlación entre los grupos de edades se aplicó la fórmula **Chi²** el resultado de correlación fue **Chi² p=10.07**, utilizando estos criterios se concluye que no existe correlación entre los grupos etarios.

TABLA 5 PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN EL SEXO.

SEXO	PACIENTES	%	MAXILAR SUPERIOR	%	MAXILAR INFERIOR	%	TOTAL
MASCULINO	552	36.7	404	18.2	441	19.9	38.2
FEMENINO	949	63.2	655	29.6	710	32.1	61.7
TOTAL	1501	100.000	1059	47.9	1151	52.0	100.000

Fuente: Recolección de datos

Elaborado por: Edison Caguana

Chi² p= 0.8179

Grados de libertad 2

Valor-p 0.6643

Cochran recomienda aceptar el chi cuadrado si

INTERPRETACIÓN: La muestra obtenida de edentulismo parcial según el sexo, se observó que el sexo femenino predomina con más del (61,2%) del total, es decir que 949 fichas clínicas son de mujeres y el (38.2%) pertenecen a las fichas clínicas de los hombres, con un total de 552 fichas clínicas de hombres. pero no se puede generalizar que el sexo femenino tenga menos cuidado en la salud bucal en comparación con el masculino, si no que, al momento de extrapolar los datos, se evidencio que más mujeres asistieron a la clínica Universitaria Católica de Cuenca en el periodo 2018-2019, para comprobar la correlación según el género se aplicó la formula estadística de **Chi² p=**. mediante el resultado se puede expresar que la correlación según el sexo de casos con prevalencia de edentulismo parcial es de **Chi² p=0.8179** traduciéndose a que no existe correlación estadística entre hombres y mujeres.

TABLA 6 FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN EL MAXILAR.

MAXILAR	N°	PORCENTAJE %
MAXILAR SUPERIOR	1059	47.919
MAXILAR INFERIOR	1151	52.081
TOTAL	2210	100.000

Fuente: Recolección de datos

Elaborado por: Edison Caguana

INTERPRETACIÓN: Se observó que el porcentaje de edentulismo parcial por maxilar es mayor en el maxilar inferior con un (61.76%), el maxilar superior con un (38.23%). Para evaluar si existe correlación se aplicó la prueba estadística de **Chi 2 p= 2x2** mediante el resultado se observó que **Chi 2 p= 0.9363**, no existe correlación según el maxilar.

2. DISCUSIÓN

La siguiente Investigación se llevó a cabo con las fichas clínicas correspondientes a pacientes atendidos en la Universidad Católica de Cuenca durante el periodo 2018 y 2019, en el cual hubo un total de 1501 pacientes, se excluyó pacientes menores de edad, personas dentadas, y fichas clínicas incompletas, el total de maxilares con edentulismo parcial fue de 2210 arcadas, en el maxilar superior hubo un total de 1059 casos que es un 47.91% y en el maxilar inferior 1151 que es 52.08 % con edentulismo parcial, es decir no hubo una diferencia estadística significativa de edentulismo parcial por maxilares, concordando con el estudio de Ashish R. Jain, el edentulismo mandibular fue más frecuente que el maxilar, debido a la edad de los pacientes, según la clasificación de Kennedy, lo contrario a los resultados expuestos por Bukhari J. et al. menciona mayor prevalencia en el maxilar superior, sin embargo no hubo diferencia significativa.

De una manera similar tiene el estudio metodológico de Aisha Zakaria, en la Universidad de Hail, sin embargo, en sus resultados la clase III de Kennedy fue la más común, pero hubo disminución de esta clase con la edad, aumentando la clase I, II. Contrario al proyecto desarrollado, ya que mediante la clasificación de Kennedy determina la mayor prevalencia en la clase II y III, por otro lado, Sharma.A, and Govt. I, en sus resultados denota con mayor prevalencia la clase I con 120 casos de 620 pacientes, así mismo la clase III reflejo el tercer lugar en prevalencia con 75 casos, contradictorio a la investigación desarrollada en este proyecto.

Por consiguiente, en esta investigación según el género, hubo 949 mujeres y 552 hombres; el sexo femenino tubo mayor prevalencia con un 63.22%, 655 maxilares superiores y 710 maxilar inferior. Opuesto al estudio realizado por Ashish R. Jain en la Saveetha Dental College and Hospitals, quien utilizó la misma clasificación de Kennedy en 200 pacientes de diferente género, el cual no mostró un efecto significativo de prevalencia de sexo, no obstante, un estudio realizado por Sharma.A, and Govt. I, demostró que el genera masculino tubo mayor prevalencia con un total de 370 hombre de 620 pacientes.

Respecto a la edad, los pacientes tomados en cuenta fueron pacientes adultos desde 18 años en adelante, los grupos etarios más prevalentes son de 18 a 30 y 41 a 50 años de edad con un 50.54%, seguida de pacientes que tienen entre 31 a 40 años de edad con un 21.27% y los menos frecuentes fueron adultos mayores a partir de 61 a 81 años o más con un 8.69%. Exponiendo resultados en la tabla, conforme a sus filas de diagnóstico, demuestra que a los 18-30 años de edad predomina con el 26.06% es decir 576 casos. Comparado al estudio de 142 pacientes del Mohammad alt cols, los cuales fueron separados en tres grupos (21 a 30; 31 a 40; y 41 a 50 años de edad). De manera similar la clase III es la más prevalente, pero afecta más al grupo de 2 y 1, recalca que es gente joven, la más afectada de 21 a 30 y de 31 a 40, con un total de 93 pacientes, resultados que refleja mayor atención y alarma. Diferente a lo investigado por Zeynep Ózkurt-Kayahan, en sus resultados, la clase I de Kennedy tuvo un 56%, en personas 60 a 69 años de edad, fue la grupa más afectada. Sharma.A, and Govt. I, en su estudio realizado, el grupo de edad más afectado fue de 60 años o más, lo contrario a grupo de edad afectado en esta investigación.

3. CONCLUSIONES

El edentulismo parcial es una de las patologías que tienen mayor incidencia en las enfermedades orales cuyo trastorno interfiere directamente en la calidad de vida, causando daños psicológicos, físicos y estéticos, siendo así que mediante este estudio podemos llegar a la conclusión, que la frecuencia de edentulismo es mayor con un (67,6%) de la población total.

Al igual se concluyó, que la clase III es la más prevalente, seguida de la clase II y I y la clase con menor prevalencia fue la clase IV con.

Se determinó que el maxilar inferior tiene mayor incidencia que el superior el edentulismo parcial, sin embargo, la diferencia en porcentajes es similar, es decir que no existe una diferencia estadística significativa. Sin embargo, también se observó que el sexo femenino tiene mayor prevalencia de edentulismo parcial que el sexo masculino.

Los grupos etarios más afectados fue de adultas jóvenes de 18 a 30 años de edad, seguida de los adultos de 41 a 50 años, y ocupando el tercer lugar en este estudio fueron los adultos de 41 a 50 años de edad. Y los menos afectados en el rango de edades fue de pacientes adultos mayores que rondan los 61 años en adelante, este resultado se debe a que el número de pacientes adultos mayores que acudieron por servicio odontológico fueron sumamente inferior a los grupos etarios ya mencionados.

Se pudo observar que el edentulismo parcial en el maxilar superior es de un (47.91%) y en el maxilar inferior es de (52.08%) en el sexo masculino, el maxilar superior tuvo un porcentaje de (18.28%) y en el maxilar inferior (19.95%). El sexo femenino, los casos en el maxilar superior fue de (29.63%) y en el maxilar inferior con un (32.12%) en conclusión.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es la estomatología? | Clínica Dental Lorenzo [Internet]. [cited 2023 Jun 13]. Available from: <https://www.clinicalorenzo.com/blog/estomatologia/>
2. Díaz-Reissner CV, Casas-García I, Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. International journal of odontostomatology [Internet]. 2017 Apr [cited 2023 Jun 11];11(1):31–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G, Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral [Internet]. 2018 Aug [cited 2023 Jun 13];11(2):78–83. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000200078&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología. J, Pinzón Tofiño M, Huerta Leyva E, Obregón Parlange A, Portilla Robertson J, Pinzón Tofiño M, et al. Revista odontológica Mexicana. [Internet]. Vol. 14, Revista odontológica mexicana. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México; 2010 [cited 2023 Jun 12]. 218–225 p. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2010000400218&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Zanini M, Tenenbaum A, Azogui-Lévy S. La caries dental, un problema de salud pública. EMC - Tratado de Medicina. 2022 Mar 1;26(1):1–8.
6. Al Servicio Del Pueblo CE, De Odontología C. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.
7. Subira C. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. Int Dent J. 2001;51(3 SUPPL.):228–34.
8. Núñez DP, García Bacallao L. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2010 [cited 2023 Jun 13];9(2):156–66. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Loney RW. Removable Partial Denture Manual.
10. Rioboo Crespo M, Bascones A. Avances en periodoncia e implantología oral. [Internet]. Vol. 17, Avances en Periodoncia e Implantología Oral. [Avances en Odontostomatología]; 2005 [cited 2023 Jun 13]. 69–77 p. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Tipos de traumatismos dentales - Higienistas VITIS [Internet]. [cited 2023 Jun 13]. Available from: <https://www.higienistasvitis.com/tipos-traumatismos-dentales/>
12. Salari N, Darvishi N, Heydari M, Bokaei S, Darvishi F, Mohammadi M. Global prevalence of cleft palate, cleft lip and cleft palate and lip: A comprehensive systematic review and meta-analysis. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2022 Apr 1;123(2):110–20.
13. Sanz Fernández G, Molleda CL, Chibás LG, Valdés YV. GerolInfo Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria Consequences of total and partial edentulism in elderly.
14. Ocampo García KG, Basilio Robles J. Microbiota Oral Presente en Pacientes Edentulos. International journal of odontostomatology [Internet]. 2015 Apr [cited 2023 Jun 13];9(1):79–84. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Tijerino Fernanda VE. Protesis Removibles Parciales y Totales. 2020;13.
16. Christiani JJ, Busso M, Gómez Artymyszyn A, Altamirano R. Estudio de trastornos temporomandibulares [Internet]. [cited 2023 Jun 12]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150550/raao632-articulo5.pdf

17. Bukhari JH, Zafar R, Javed Iqbal M, Rafiq M, Abdullah U, Noreen R. Prevalence of Kennedy's Classes in Partial Edentulism – A cross-sectional study. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2022 Jan 30;16(1):12–1262.
18. Obradović-đuričić K, Đuričić T, Medić V, Stamenković D. Protocols in classification of partially edentulous patients. *Srp Arh Celok Lek*. 2019 Jan 1;147(1–2):110–6.
19. Vozza I, Manzon L, Passarelli PC, Pranno N, Poli O, Grippaudo C. The effects of wearing a removable-partial-denture on the bite forces: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1;18(21).
20. RA Devishree SSA. J. Prevalencia de edentulismo Parcial Según la C. Kennedy. 2018.
21. Analysis of Partial Edentulism Of Kennedy's Class I Classification Based on Gender and Arch- A Retrospective study. *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*. 2021 Feb 2;27(02).
22. Durand RC, Gonzalez ML, Torres CD. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Peru. *Journal of Oral Research*. 2019;8(3):236–43.
23. Mora Merchán RM, Loor Albán JS, Anrango Bonilla HB. La clasificación de Kennedy en los pacientes parcialmente desdentados. *RECIAMUC*. 2022 Jul 19;6(3):231–8.
24. Mohammad Arif Lone SAS y SM. Patrón de edentulismo Parcial Basado en la Clasificación de Kennedy. 2019;209–2012.
25. Mora Merchán RM, Loor Albán JS, Anrango Bonilla HB. Pacientes Parcialmente desdentados Diagnostico. *RECIAMUC*. 2022 Jul 19;6(3):235–6.
26. Mora Merchán RM, Loor Albán JS, Anrango Bonilla HB. La clasificación de Kennedy en los Pacientes Parcialmente desdentados, Tratamiento. *RECIAMUC*. 2022 Jul 19;6(3):237–8.

27. Kurosaki Y, Kimura-Ono A, Mino T, Arakawa H, Koyama E, Nakagawa S, et al. Edentulismo parcia con tres tipos de rehabilitación. *J Prosthodont Res.* 2021;65(3):332–9.
28. Kim JJ. Revisión de la dentadura Postiza Parcial Removible. Vol. 63, *Dental Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2019. p. 6–9.
29. Sanz Fernández G, Molleda CL, Chibás LG, Valdés YV. Concecuencias del Edentulismo Total y Parcial en adultos. 2018;2–4.
30. Sanz Fernández G, Molleda CL, Chibás LG, Valdés YV. Edentulismos Total y Parcial en adulto. 2018;4–6.
31. Rojas-Gómez ' PN, Mazzini-Torres " MF, Romero-Rojas K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. 2018;3(2):712–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.702-718>URL:<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
32. Constanza Aguilera SF. Protocolo simplificado de diseño en prótesis parcial removible. 2018;19–26.
33. Mohammad alt, C. Patrón de edentulismo parcial basado en la clasificación de Kennedy en Cachemira. 2019;209–2012.
34. Vanegas-Avecillas E, Villavicencio-Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 14];26(4):215–21. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=
35. Ashish R. Jain. Prevalencia de Edentulismo Parcial, según la Clasificación de Kennedy según la edad, sexo y arcada [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 14]. Available from: jprsolutions.inf

36. Mostafa A, Alshammari S, Alrimali J, Alhababi Z, Alamrani S, Alshammari D. Edentulismo parcial: patrón, distribución, relación con la edad y género y reconstrucción protésica para pacientes tratados en clínicas de odontologías Universidad Hail. *International Journal of Medicine in Developing Countries*. 2021;1901–8.
37. Rana SB, Acharya B, Bhochhibhoya A, Sharma R, Acharya J, Mainali A. Patrones de edentulismo parcial basados en la clasificación de Kennedy entre pacientes que acuden al Nepal Medical College and Teaching Hospital. *Journal of Kathmandu Medical College*. 2018 Dec 31;7(4):153–7.
38. Aditi Sharma IGG. Un estudio epidemiológico de análisis de edentulismo parcial en grupo de estudio. 2017;31–3.
39. Zeynep Ózkurt-Kayahan. Edentulismo parcial y Opciones de tratamiento. *Yeditepe Dental Journal*. 2016;13(1):31–6.
40. Ramanathan V. Prevalencia del Edentulismo parcial y su asociación con la edad. *Int J Dent Oral Sci*. 2020;7(10):951–4.
41. Maleeha Nayyer, Danish Azeem Khan, Hashmat Gul, Ayesha Aslam, Nauman Bari Khan, Faiza Aslam. Patrones de Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy: una sección transversal [Internet]. 2020. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/342439208>
42. Bukhari JH, Zafar R, Javed Iqbal M, Rafiq M, Abdullah U, Noreen R. Prevalencia de Clases de Kennedy en Edentulismo Parcial- Un estudio transversal. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2022 Jan 30;16(1):1260–2.

Autorización de publicación en el repositorio institucional

Edison Ariel Caguana Chiriboga portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1718938952**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA EN EL PERIODO 2018-2019.CUENCA-ECUADOR”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de agosto de 2023.



Edison Ariel Caguana Chiriboga

C.I. 1718938952.