



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores:
Br. Marfil, María Eugenia
C.I. 26.011.154
Br. Soto, Daniel Arturo
C.I. 24.441.743

Urb. Yuma II, Calle No 3 Municipio San Diego
Teléfono (0241) 8714240 (máster)



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de

ODONTOLOGO

Autores:

Br. Marfil, María Eugenia
C.I. 26.011.154

Br. Soto, Daniel Arturo
C.I. 24.441.743

Tutor contenido:

Od. Sucre, Loren

Tutor metodológico:

Prof. Gladys Orozco

San Diego, diciembre de 2018.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CARRERA ODONTOLOGÍA

San Diego, julio 2018

ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado: **Prevalencia del Síndrome de Kelly en Pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez** ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre Tutor Académico

Firma

Fecha



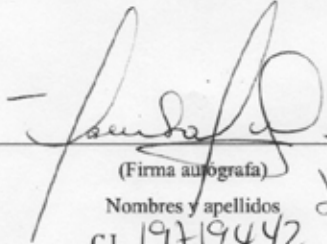
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Loren Sojía Sucre, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 19719442 en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Daniel Soto, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 24491743, titulado Prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los ___ días del mes de ___ del año dos mil dieciocho.


(Firma autógrafa)
Nombres y apellidos Loren Sojía Sucre
C.I. 19719442

Dra. Loren S. Sucre F.
Odontólogo
C.I. 19719442 - COG. 3038
MPPS. 33880 - COV. 32980



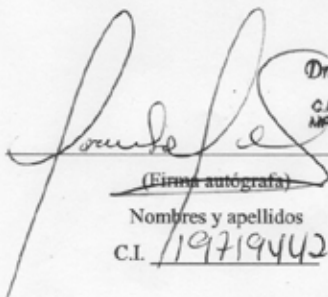
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Loren Sojía Sucre, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 19719442, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) María Alejandra Macfíl, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 26011.154, titulado Prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez

presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los ___ días del mes de ___ del año dos mil dieciocho.


Dra. Loren S. Sucre F.
Odontólogo
C.I. 19719442 - COC. 3035
MPPS. 33660 - COV. 32968
(Firma autógrafa)
Nombres y apellidos Loren Sojía Sucre
C.I. 19719442



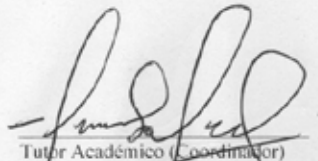
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

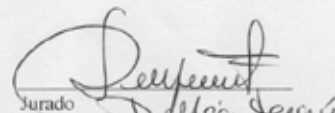


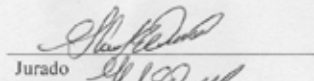
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE REHABILITACIÓN PROTESICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ" realizado por Maria Marfil, C.I. 26.011.154 cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)
Nombre: Loren Suarez
C.I.: 19.719.442


Jurado
Nombre: Dellcia Ferrer
C.I.: 4089070


Jurado
Nombre: Shel Marshall
C.I.: 4123558



Fecha: 22-01-19



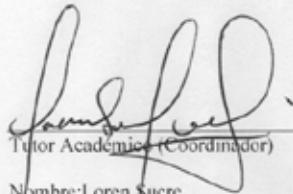
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

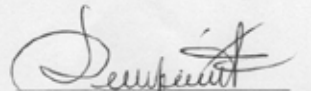


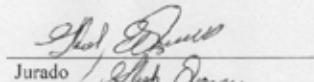
ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ", realizado por : **Daniel Soto, C.I. 24.441.743** Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


 Tutor Académico (Coordinador)
 Nombre: Loren Sucre
 C.I.: 19.719.443


 Jurado
 Nombre: Delfín Acevedo
 C.I.: 7.089.070


 Jurado
 Nombre: Gladys Rojas
 C.I.: 4128558



Fecha: 22-01-09

DEDICATORIA

A Dios principalmente, por protegerme, ayudarme y guiarme siempre, por ser esa luz y guía que me impulsaba todos los días a continuar luchando.

A mis Padres, Luis Soto y Doris Rodríguez, no existen palabras para agradecer todo lo que me han dado y todo lo que han hecho por mí, pero puedo decir que son mis pilares de vida. Gracias por siempre creer en mí, por enseñarme lo que era bueno y lo que no lo era, por guiarme y siempre apoyarme en mis decisiones. Ustedes son mi ejemplo a seguir y agradezco a Dios por esta familia que me dio. Y este logro que con mucho esfuerzo y dedicación va dedicado a ustedes porque sin ustedes no lo hubiese logrado. Los Amo.

A mi Hermano, que siempre me apoyo desde que supo qué carrera quería estudiar, tu eres lo mejor que pudo regalarme Dios y mis padres, siempre has sido mi amigo incondicional, que esta para mí en todo momento y que siempre me ha regañado si me desvíó del camino o si me desviaba de la meta. Sé que estas en otro país buscando tu futuro pero este logro también va dedicado a ti hermano, horas y horas de estranochos rindieron frutos ahora si podré decir lo logre. Te amo un mundo y pronto nos veremos.

A mi Tía, María Soto, desde un principio se convirtió en una persona muy importante en mi vida, su apoyo incondicional, su confianza en mí y ese amor que me da como si fuera un hijo no tiene comparación ninguna, mis palabras no bastaran para agradecerle. Este logro se lo dedico a usted y con orgullo puedo decir que tuve la mejor enseñanza que ningún profesor llego a igualar, usted es única y agradezco a Dios por ponerla en mi camino, siempre la considerare como mi otra mama la Amo.

A mi Madrina, otra mama que la vida me dio, siempre me guio, siempre ha estado presente y siempre me ha brindado un amor único e incondicional, hemos superado etapas juntos y sé que superaremos muchas más, le agradezco por todo y bueno sé que faltaran palabras aquí pero con decirle que la Amo bastara por el momento, porque decirle que la quiero es como usted me dice puedes querer un carro, un teléfono, entre otras cosas. Siempre me recordare de esas palabras. Le dedico este logro y agradezco a Dios por esta grandiosa Madrina que me dio.

A ti Abuela, no solo eres mi pilar, eres pilar principal de una gran familia que ha pasado momentos muy buenos, como momentos que hay veces ni quisiéramos recordar, pero nos ha enseñado como superarlos y como saber afrontar las cosas, su fuerza y amor que nos brinda a todos no tiene comparación. Yo se lo dije desde un principio que habría otro Odontólogo en la familia y bueno aquí esta abuela este logro es para usted también.

Daniel Soto

A mi Mamá y mi familia, quienes han estado desde siempre apoyándome y animándome durante este gran recorrido que ha sido mi carrera. Gracias por haberme convertido en quien soy e impulsarme a lograr todas mis metas.

A mi Papá y mis abuelos, siempre los tengo presentes conmigo y sé que estarían orgullosos de este logro tan grande. Los extraño y los amo, desde donde estén.

A mi Madrina, gracias por todas tus enseñanzas y abrazos en momentos de estrés. Gracias por todo el apoyo incondicional y enseñarme ese amor al arte de la odontología, sin ti este trabajo no podría haber sido posible.

Ma Eugenia Marfil

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a Dios.

Le agradecemos a nuestros padres y familiares por todo su apoyo incondicional en este trabajo y durante nuestra carrera.

A nuestra tutora Loren por sus enseñanzas y dedicación a nosotros y a nuestros profesores por ser quienes nos formaron en nuestra carrera y enseñarnos el amor a lo que hacemos.

A nuestra Universidad por abrirnos las puertas y brindarnos la oportunidad de estudiar esta carrera.

A nuestros amigos por estar a nuestro lado y compartir estas experiencias.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	pp
PORTADA.....	i
CONTRAPORTADA.....	ii
ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO.....	
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	iv
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN INFORMATIVO.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xv
CAPÍTULO	
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. OBJETIVOS.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	4
II MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES.....	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	9
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	19
2.4 BASES LEGALES.....	20
III MARCO METODOLÓGICO.....	25
3.1 DISEÑO Y TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25

	3.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
	3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
	3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
IV	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS...	28
	4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	28
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
	5.1 CONCLUSIONES.....	51
	5.2 RECOMENDACIONES.....	53
	REFERENCIAS.....	54
	ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Higiene Bucal de los Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo.	29
Tabla 2. Edentulismo en Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	30
Tabla 3. Uso y estado de Prótesis de los Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	32
Tabla 4. Prótesis según arcada de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	34
Tabla 5. Clasificación de Kennedy de los Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	35
Tabla 6. Características del Síndrome de Kelly en Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	36

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pag
Grafico 1. Higiene Bucal de los Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo.	29
Grafico 2. Edentulismo en Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	30
Grafico 3. Tiempo de Edentulismo en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuido por sexo	31
Grafico 4. Uso de Prótesis en los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	32
Grafico 5. Estado de Prótesis de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	33
Grafico 6. Prótesis según su Arcada de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	34
Grafico 7. Clasificación de Kennedy de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	35
Gráfico 8. Características del Síndrome de Kelly en Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo	37
Grafico 9. Tendencia de las Características del Síndrome de Kelly en los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP)	37
Grafico 10. Presencia de las Características del Síndrome de Kelly en	38

Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la
Universidad José Antonio Páez (UJAP)



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE
ACUDEN A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores:

Marfil, María Eugenia

Soto, Daniel Arturo

Tutor metodológico: Prof. Gladys Orozco

Tutor académico: Od. Loren Sucre

Fecha: Julio 2018

RESUMEN INFORMATIVO

El presente trabajo tuvo como objetivo principal demostrar la prevalencia del síndrome de Kelly en pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez. Bajo una metodología de campo no experimental, transversal descriptiva, evaluativa, donde la población estuvo integrada por 140, de la cual se extrajo una muestra 25; como técnica, se empleó la guía de observación y como instrumento, el cuestionario. Los resultados que se obtuvieron, fueron analizados mediante la técnica de análisis. Las conclusiones de la investigación nos permitió saber que el tiempo de edentulismo no presenta relación con el Síndrome de Kelly, sino el uso de prótesis y el poco mantenimiento de esta, así como su uso constante a la hora de dormir, son factores contribuyentes a que exista una relación con el Síndrome de Kelly. También se observó que existe una alta prevalencia del Síndrome, teniendo como resultado que el 88% de la población evaluada presento el Síndrome de Kelly, mientras que el 12% presento tendencia a poseer el síndrome.

Descriptor: Prevalencia, Pacientes Edéntulos Total y Parcial, Síndrome de Kelly

INTRODUCCIÓN

La preservación de la salud bucal puede verse afectada por múltiples factores que comprometen la funcionalidad y estética de un paciente, entre estos factores se destacan la falta de higiene bucal, descuido, la falta de conocimiento acerca de enfermedades bucales, padecimientos sistémicos, y la adquisición de malos hábitos que se consideran dañinos, los cuales de alguna manera influyen, no solo en el bienestar de salud integral, sino también en el ámbito social, emocional o psicológico de una persona. De esta manera es de suma importancia tener los conocimientos necesarios sobre las diferentes afecciones bucales, como lo es el Síndrome de Kelly.

Es así como el Síndrome de Kelly, es un conjunto de características bucales que posee un paciente con edentulismo total superior y edentulismo parcial inferior, quien debido a esta condición y con todos los factores contribuyentes, como el uso de prótesis, condiciones sistémicas y malos hábitos, dificultan la atención adecuada del paciente.

Por este motivo es de gran importancia ampliar el conocimiento sobre esta afección bucal a los estudiantes de odontología, ya que sin un amplio conocimiento de este síndrome pueden ocurrir muchos errores protésicos, como prótesis más adaptadas, incrementar la reabsorción ósea del maxilar y mandibular, desajuste de la oclusión y pérdida de la dimensión vertical. Es por eso que el conocimiento de las distintas afecciones bucales así como sus estados no patológicos ayudan a crear una atención integral a los pacientes en el área de odontología.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

La rehabilitación protésica, en las últimas décadas, se ha convertido para la odontología en un reto, ya que para lograr la adecuada rehabilitación del paciente hay que tomar en consideración diversos factores físicos, estéticos y funcionales, los cuales van a depender de la cantidad de unidades dentarias ausentes y las condiciones bucales del paciente, debido a que el plan de tratamiento a aplicar y los patrones a seguir varían según dichos factores.

Dentro de este marco, la rehabilitación protésica se desarrolla para solucionar las ausencias dentarias en la boca, ya sean por factores congénitos como la agenesia, o por factores fisiológicos o contribuyentes, lo que se puede conocer como edentulismo parcial, en donde existe la ausencia de una o varias unidades dentarias, ó el edentulismo total, en donde hay una ausencia total de unidades dentarias. En lo que se refiere al edentulismo parcial, en el año 1925, Edward Kennedy diseño una clasificación la cual se fundamenta en la relación que guardan las brechas desdentadas con los dientes remanentes, esta se encuentra elaborada con la finalidad de facilitar al odontólogo la visualización del caso y la elaboración de la rehabilitación por medio de la prótesis parcial removible, la cual se le conoce como Clasificación de Kennedy.

Dicho lo anterior, la Clasificación de Kennedy se divide en cuatro clases, cada una con modificaciones respectivas, que se deben considerar en el establecimiento del plan de tratamiento adecuado, así como el correcto diagnóstico del tipo de edentulismo que presenta el paciente. Es por eso que es necesario un estudio exhaustivo del caso para que los resultados sean satisfactorios.

En lo que se refiere al edentulismo total, es la ausencia total de unidades dentarias en el maxilar superior e inferior o en ambos. Esta forma de edentulismo ocurre mayormente en personas de edad avanzada quienes debido a caries, enfermedades periodontales o enfermedades sistémicas conllevan a la pérdida dentaria progresivamente, lo que dificulta las funciones básicas tales como la masticación, fonación, articulación, entre otros.

Por lo que se refiere al síndrome de Kelly o síndrome de combinación, fue descrito por primera vez por Ellsworth Kelly en 1972, quien lo definió como un conjunto de características que ocurren cuando un maxilar superior edéntulo es antagonizado por dientes anteriores mandibulares naturales (Clase I de Kennedy). Sin embargo Ernest Mallat, describe el Síndrome combinado de Kelly, como la situación que se presenta cuando un edentulismo completo se opone a un edentulismo parcial. Por lo tanto, las características principales de este síndrome, las compone la pérdida de hueso en la porción anterior del maxilar, el sobre crecimiento de las tuberosidades, la extrusión de dientes anteriores inferiores, la protusión mandibular, entre otros.

Se debe agregar que este síndrome puede generar dificultades al realizar el tratamiento protésico, puesto que requiere múltiples adaptaciones debido a la reabsorción ósea, el plano oclusal, y el tamaño de las tuberosidades maxilares, las cuales además de asegurar la adaptación en la parte posterior también tienden a cambiar la sonrisa. De no realizar estas correcciones, se puede llegar a producir una hiperplasia papilar. Así mismo, el síndrome combinado se caracteriza en algunos casos, por presentar una mandíbula únicamente con unidades dentarias anteriores, esto conlleva al reposicionamiento anterior en busca de contacto oclusal causando una pseudo clase III o falsa clase III, lo cual produce problemas de relación oclusal y problemas articulares.

Llegado a este punto, el síndrome de Kelly constituye un reto para la rehabilitación de los pacientes, y el conocimiento sobre esta condición, al igual que todos sus factores, modificaciones y clasificaciones, es crucial para el establecimiento de un correcto plan de tratamiento adaptado a las condiciones bucales en las que se

encuentre el paciente. Así mismo, los hábitos funcionales del paciente, debido a la presencia de unidades dentarias en un arco dental, obligan al paciente a funcionar sobre estos dientes remanentes, descuidando así la posición mandibular y modificando de esta forma el plano oclusal, lo que puede agravar los procesos destructivos debido a la oclusión de los dientes anteriores mandibulares con la mucosa del reborde maxilar superior, causando así daño a la mucosa.

En relación a lo antes expuesto, el conocimiento adecuado del Síndrome de Kelly por los estudiantes de la facultad de odontología, permitirá atender a los pacientes edéntulos en la Clínica de Rehabilitación Protésica II, por lo que serán capaces de identificar las principales características para su diagnóstico y tomar en cuenta como este síndrome combinado, puede repercutir en el plan de tratamiento para no inducir o empeorar la condición del paciente. Además de saber planificar la correcta rehabilitación protésica para los pacientes que ya han desarrollado el síndrome o tienen tendencia a desarrollarlo. Así mismo informar y educar al paciente sobre su condición y las complicaciones potenciales que se pueden presentar durante y después del tratamiento protésico.

1.1.1 Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General:

Demostrar la prevalencia del síndrome de Kelly en pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Establecer el tiempo de Edentulismo unimaxilar superior de los pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez
- Categorizar los pacientes con edentulismo total superior y edentulismo parcial inferior que acuden en Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez
- Estimar los pacientes que tienen el Síndrome de Kelly que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez

1.3 Justificación

El presente trabajo, se hizo con la finalidad de dar a conocer a los estudiantes, el Síndrome de Kelly y sus repercusiones en el plan de tratamiento. De igual forma fomentar la información sobre esta patología, la etiología que la produce y las características de cómo identificar este síndrome por medio de un exhaustivo estudio de las condiciones clínicas de los pacientes.

Por otra parte, se le aportó a la Universidad y a los estudiantes conocimientos de este síndrome o patología ya que no solo afecta la estética del paciente sino que también afecta el proceso de masticación, problemas en la pronunciación de palabras, alteraciones a nivel psicológicos, por estos motivos es importante saber cómo manejar estos pacientes, como ejercer su plan de tratamiento y como saber diferenciarlos, para poder lograr un buen tratamiento y una tasa alta de éxito que la universidad requiere y exige.

Dicho esto, está justificada la necesidad que tiene el paciente edéntulo total o parcial, de obtener una rehabilitación oral para recuperar las funciones perdidas y así mismo, la obligación del odontólogo de realizar un excelente tratamiento, sin omitir, ningún paso del protocolo para obtener un resultado exitoso. Por eso, es importante destacar los beneficios que puede ofrecer una correcta rehabilitación oral de pacientes

que presentan síndrome de combinación con la finalidad de conseguir reponer todos los parámetros perdidos, funcionales y estéticos. Es así como la línea de investigación de este trabajo es la Odontología Correctiva, pues se busca el cambio de las afecciones que presenta el paciente y darle mejora a dichos problemas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Según Méndez (2001), el marco teórico es la descripción de los elementos teóricos planteados por uno o por diferentes autores que permiten al investigador fundamentar los procesos de conocimientos con dos aspectos diferentes: Por una parte, permite ubicar el tema objeto de investigación dentro de las teorías existentes, para precisar en qué corriente de pensamiento se inscribe y en qué medida significa algo nuevo o complementario. Por la otra, es una descripción detallada de cada uno de los elementos de la teoría que serán directamente utilizados en el desarrollo de la investigación, incluyendo las relaciones más significativas que se dan entre esos elementos teóricos.

2.1 Antecedentes de la Investigación.

“Se refiere a los estudios previos y tesis de grado relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna vinculación con el problema en estudio”. (Arias, F, 2012). Por no conseguirse antecedentes nacionales ni regionales, se recurre a los antecedentes internacionales sobre el tema.

Benavides, K (2017) en su trabajo titulado “Prevalencia de Síndrome de Kelly en Pacientes asistentes a la clínica odontológica de la UDLA” para optar por el título de Odontólogo, en el cual el objetivo principal de este estudio, fue determinar la prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas en el periodo marzo – Junio del 2017. Los datos fueron recolectados por medio de una encuesta en la que se registró

presencia o ausencia de Síndrome de Kelly, además de las clases y modificaciones, en caso de presentar el síndrome. En cuanto a los resultados obtenidos se registró un 45,37% de prevalencia que corresponde a 162 pacientes de los 357 que asistieron a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas.

En este mismo orden de ideas, se establece que el estudio presentado por el autor Benavides, tiene relación con la presente investigación ya que ambas tiene como objetivo principal determinar en un pequeño grupo de personas la prevalencia del Síndrome de Kelly y los factores que se modifican dependiendo de los tipos de clases edentulos y las modificaciones de dichas clases y como estos factores influyen en la rehabilitación protésica. De acuerdo a lo antes expuesto, en el trabajo de Benavides, se observa que gran parte de la población estudiada presentaron el Síndrome de Kelly, siendo este uno de los factores contribuyentes en la afectación del reborde residual dependiendo de la clase y modificación que posea el paciente.

Chamba, V (2016) en su trabajo de grado titulado “Prevalencia del Síndrome de Combinación en Pacientes adultos Edentulos y sus factores asociados en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca Período 2015-2016” para la optar por el título de Especialista en Rehabilitación Oral, esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Combinación (SC) y su relación con factores como: el tipo de edentulismo mandibular, la edad y sexo. Este estudio transversal contó con una muestra de 312 pacientes, 230 mujeres y 82 hombres. La muestra se evaluó utilizando un formulario que incluye información validada para diagnosticar las características que presentaron los pacientes.

Siguiendo con lo anterior como resultado, se registró una prevalencia de 21,8% de Síndrome de Combinación en los pacientes adultos edéntulos. Así mismo se determinó que no hay asociación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Combinación y el sexo. En relación al Síndrome de Combinación con la edad fue alta para los adultos mayores.

De acuerdo a lo antes expuesto, se determina que el estudio presentando por los autor Chamba, tiene relación con la presente investigación, ya que ambas se basan en

determinar la influencia de los factores que afectan tanto directa como indirectamente sobre los pacientes que presentan el Síndrome de Kelly y como se desarrollan con la edad. Sin embargo en el presente trabajo no se tomara en cuenta el sexo del paciente como factor influyente.

Bastidas, J (2015) en su trabajo de grado titulado “Alternativas de técnicas de impresión para mejorar la adaptación de prótesis totales superiores en pacientes que presentan Síndrome de Kelly” para optar por el título de Odontólogo, en el cual el objetivo principal fue determinar la alternativa de técnica de impresión superior para un paciente que padece Síndrome de Kelly, para mejorar la adaptación de la prótesis. El método de investigación que se uso fue documental, descriptivo, correlacional y explicativo. En cuanto a la conclusión se determinó que la cubeta indicada para los pacientes que padecen el Síndrome de Kelly es la cubeta individualizada ya que va a registrar los detalles anatómicos de cada paciente y se adapta mejor al tamaño de la arcada del paciente.

Siguiendo las ideas expuestas anteriormente, se concluye que el estudio presentado por la autora, tiene relación con la presente investigación, ya que ambos trabajos pretenden demostrar los métodos efectivos para una buena rehabilitación protésica que permita restaurar las características y dimensiones bucales perdidas y poder restablecer las funcionalidades bucales satisfactoriamente, con el fin de lograr un buen ajuste de las rehabilitaciones protésicas.

2.2 Bases Teóricas.

“Comprenden un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado”. (Arias, F, 2012).

2.2.1 Salud

La Salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud), es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A partir de la década de los cincuenta, la OMS hizo una revisión y

reemplazo a lo que antes era la definición de salud, que simplemente se creía que era la ausencia de enfermedades biológicas.

En este mismo orden de ideas, el Doctor Floreal Ferrara tomo la definición de la OMS y anexo complementos de manera que este concepto fuera más integro de lo que es en realidad la Salud. Estos son:

- **Salud Física:** Consiste en el bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento de los organismo de los individuos. Cuando las personas se encuentran en óptimas condiciones de salud físicas, pueden realizar diversas actividades, fomentar el bienestar y seguir desarrollando o cultivando las habilidades en pro de su salud general.
- **Salud Mental:** Radica en el equilibrio que posee una persona con el entorno que los rodea, sus relaciones interpersonales las capacidades comunicativas y expresivas, los métodos aplicados para la resolución de problemas, entre otros. Es el bienestar y equilibrio que debe tener una persona en su aspecto psíquico, emocional y social.
- **Salud Social:** Es la habilidad de interactuar apropiadamente con las demás personas y el contexto, satisfaciendo las relaciones interpersonales

2.2.2 Epidemiología y Prevalencia

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), es el estudio de la distribución y determinante de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de sus estudios al control de las enfermedades y otros problemas de la salud. No solo se estudia las enfermedades sino todo tipo de fenómenos relacionados con la salud, entre los que se encuentran causas de muerte, hábitos de vida y uso de servicios de salud pública o la calidad de vida relacionado con salud, entre otras. Los determinantes de estos fenómenos son los factores físicos,

biológicos, sociales, culturales y de comportamiento que influyen sobre la salud.

Dicho lo anterior, el objetivo de la epidemiología es controlar los programas de la salud. Para ello se genera información en tres campos:

- Sobre la historia natural de las enfermedades y la eficacia de medidas preventivas y curativas que pretenden modificar dicha historia de forma más favorable para el ser humano.
- Para formular, ejecutar y evaluar planes y programas de salud que mejoren el nivel de salud de las poblaciones.
- Para mejorar el proceso de toma de decisiones clínicas, dirigidas a mejorar la salud de sujetos enfermos y el desarrollo de protocolos o guías clínicas

A su vez cuando se habla de epidemiología existe un concepto clave en el cual es la prevalencia, que se conoce como la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. La prevalencia como dato estadístico, es de vital importancia para la epidemiología, así como también para muchas otras ramas de la medicina.

En relación con lo anterior, la prevalencia es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia relacionando el mismo y generar hipótesis explicatorias, las que permiten desarrollar planes de salud y prevención por medio de diferentes métodos para evitar la propagación de dichas enfermedades.

2.2.3 Pacientes Edentulos:

El paciente edentulo se considera como aquella persona en la cual, debido a caries, enfermedades periodontales, traumatismos o enfermedades congénitas, han

sufrido la pérdida total o parcial de unidades dentarias y por consiguiente alteran las funciones básicas del sistema estomatognático, tales como la masticación y la fonética, así como la estética del paciente. Siendo así, las caries dentales es una enfermedad infecciosa causada por bacterias que provocan la desmineralización de los dientes, que a medida que avanza, causa la destrucción del diente, y sin el tratamiento adecuado pueden causar la pérdida del diente. Otra de las causas de edentulismo por caries, es el miedo al odontólogo y sus procedimientos, por lo que el paciente en ocasiones prefiere realizarse una exodoncia de la unidad cariada para ahorrarse las citas continuas en tratamientos que ayudan a salvar el diente.

Como se mencionó anteriormente, el paciente puede perder las unidades dentarias por distintas causas, tales como por factores congénitos como la anodoncia, la cual es una anomalía dental de número caracterizada por la ausencia congénita de uno o varios dientes, afectando a ambas denticiones (temporal y definitiva). Siendo así la anodoncia total, también llamada agenesia, es la ausencia total de los dientes debido a la falta de desarrollo de un germen dental, debido a esto, los dientes temporales se mantienen en su sitio y pueden confundirse con los dientes permanentes. Es importante que el odontólogo tenga conocimiento de la anatomía de los dientes deciduos y de los permanentes para establecer un buen diagnóstico.

En este mismo orden de ideas, el paciente edéntulo puede variar su alimentación debido a la dificultad al masticar alimentos de consistencia dura, se ve forzado a comer alimentos de consistencia blanda, los cuales pueden ocasionar una disminución de nutrientes y proteínas, comprometiendo así su estado nutricional. Por otro lado, en cuanto a la fonética se refiere, la misma se ve alterada debido pues se le dificulta la articulación de letras como la “F”, “R”, “T” entre otras letras. Así mismo, el paciente que presenta edentulismo, estará estéticamente comprometido, lo que puede causar afecciones psicológicas, como la disminución de la autoestima o depresión.

Por tal motivo, la odontología rehabilitadora se ha ido especializando en los tratamientos de pacientes edentulos, para poder devolver la funcionalidad, estética, mejorar la fonética y así lograr una rehabilitación completa del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales ya sean fijas, parciales o totales y de esta forma lograr el remplazo de las piezas dentarias ausentes, buscando siempre una correcta oclusión, evitando la mala adaptación de las mismas y educando al paciente en su mantenimiento para su conservación, ya que de lo contrario se pueden producir daños estomatológicos aún más graves, por lo que se deben considerar todos estos factores a la hora de rehabilitar protésicamente a un paciente, donde la prioridad es mejorar y mantener su salud bucal.

Siguiendo con lo anteriormente expuesto, el tratamiento de un paciente edéntulo sigue ciertos pasos imprescindibles a seguir para conseguir el éxito en la rehabilitación protésica del paciente, siendo así, la historia clínica debe ser llenada de forma minuciosa y la exploración detallada tanto intraoral como extraoral, puesto que con ella se

Se debe agregar que una vez se tiene la historia clínica, se procederá a la toma de impresión con alginato, para la obtener modelos de estudio, con los cuales se nos facilitara el estudio y trabajo del caso. Una vez estudiado el caso, tomando el tipo de edentulismo se procederá con los pasos correspondientes para cada tipo de edentulismo, con la finalidad de poder tomar la impresión definitiva, con la cual se espera obtener la réplica exacta de cada una de las estructuras anatómicas del paciente. Esta impresión facilitara al odontólogo la elaboración de la estructura de la prótesis, con la cual se procederán a las siguientes pruebas hasta llegar al paso final en donde se le entregara la prótesis al paciente y se considerara rehabilitado protésicamente, así mismo se le debe indicar al paciente el cuidado de la prótesis

Considerando todo lo anterior, en el presente trabajo se espera identificar aquellos pacientes edentulos que acuden a la Clínica de Rehabilitación protésica II, con el fin de ser examinados y atendidos para el restablecimiento de las funciones

básicas antes mencionadas por medio de una prótesis, así como instruirlos al cuidado de la salud bucal y su importancia.

2.2.4 Edentulismo Total Superior

El edentulismo total superior, se define como la ausencia total de las unidades dentarias en el maxilar superior de un paciente, quien puede o no tener presente unidades dentarias en la región mandibular. Siendo así, se debe tomar en cuenta para la rehabilitación del paciente, la anatomía del maxilar y sus características ideales para asegurar el éxito del tratamiento.

Siguiendo este mismo orden de ideas, en la anatomía del maxilar podemos encontrar varias zonas que deben ser tomadas en cuenta para la rehabilitación protésica, tales como: el reborde alveolar, la tuberosidad maxilar, el surco hamular la zona potdammen y el torus palatino, son algunas de las principales estructuras que deben ser evaluadas con gran detenimiento para lograr la rehabilitación del paciente. Siendo así el reborde alveolar, el cual es el borde formado en la cavidad bucal de un paciente desdentado. Este debe tener una altura, volumen y forma homogénea que muestre una cinta de reborde sin depresiones o prominencias, ya que de esta forma se distribuyen mejor las fuerzas oclusales.

Por otro lado, en el caso de ser irregular, la altura, volumen y forma crean una cinta con depresiones o prominencias que pueden crear punto de apoyo y vásculas para la prótesis. Así mismo, el grado de reabsorción del reborde permite o no, dar un buen soporte y retención de la prótesis, es por eso que un reborde alto sin hipertrofias es el caso más favorable para la rehabilitación, por otro lado los rebordes bajos, son rebordes totalmente reabsorbidos que nos complica la capacidad de retención y estabilidad. Otra característica de los rebordes a tomar en cuenta es la forma al corte transversal en donde la forma de U, presenta tanto el flanco vestibular como el palatino se encuentran paralelos, más o menos perpendiculares a la base, permitiendo un eje de inserción cómodo para la prótesis.

Siguiendo lo anterior, la forma de V presenta los flancos vestibular y palatino inclinados que en la cinta se forma una arista redonda, la cual crea dificultades en la

retención y estabilidad así como molestias. Por último la forma de C, se refiere a cuando el flanco vestibular y/o palatino presentan un estrangulamiento formado por una cinta de reborde con mayor volumen que el 1/3 medio del reborde alveolar.

Se debe acotar que además del reborde alveolar, también es importante tener en cuenta la mucosa oral, en donde la mucosa firme, es una delgada, no comprensible que presenta irritaciones frecuentes en zona donde la prótesis puede estar creando mayor fuerza oclusal. La mucosa resiliente es una mucosa de grosor adecuado, que permite una compresión ligera, de manera que amortigüe las fuerzas oclusales. La mucosa Flácida es aquella que su grosor es exagerado, móvil, blanda, permitiendo el desplazamiento de la prótesis es por eso que constituye un factor negativo para la rehabilitación del paciente a nivel protésico.

Por otro lado, las tuberosidades maxilares son prominencias redondas de hueso que se extienden en sentido posterior a la región del tercer molar. Es la porción final del proceso alveolar y se diferencia del resto del maxilar por presentar espacios medulares más amplios. Esta puede ser grande, mediana o pequeña, en la cual la tuberosidad grande está hipertrófica debido a extrusiones dentarias antes de llegar a ser edéntulo total, por lo cual son retentivas y siendo esto desfavorable. Por otro lado la tuberosidad mediana es de un tamaño normal y por último la tuberosidad pequeña, pueden ser producto de reabsorciones severas o exodoncias traumáticas en esas zonas.

Por lo que se refiere a la zona del Postdamming, se le define como la zona comprendida entre el paladar duro y el paladar blando, se puede localizar al decirle al paciente que diga "AH" y observar las vibraciones, reconociendo así el límite. Esta zona tiene importancia en cuanto a la retención de la prótesis, por lo cual es necesario evaluarla detalladamente y determinar su clasificación por la disposición que puede tomar. De este modo, el tipo I se refiere cuando los tejidos van en línea casi recta desde el borde posterior del paladar duro hacia la faringe; en el tipo II, los tejidos toman una posición dando la apariencia de un plano inclinado que va del borde posterior del paladar duro hacia la faringe; finalmente el tipo III, el cual es

considerada la clasificación menos favorable, por la disposición casi vertical de los tejidos.

Llegados a este punto, en el presente trabajo se tomarán a consideración las partes anatómicas anteriormente descritas, así como la evaluación de las alteraciones que puedan presentar las zonas mencionadas en los pacientes edentulos totales superiores que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II

2.2.5 Edentulismo Parcial Inferior

El edentulismo parcial inferior es la ausencia parcial de unidades dentarias en la mandíbula de un paciente. La conservación del estado de salud oral es imprescindible para mantener la prótesis puesto que el tratamiento para una persona desdentada parcialmente comprende varios tipos de prótesis, además del empleo de varios dientes remanentes y tejidos.

Siguiendo lo anteriormente dicho, es conveniente agrupar los tipos de edentulismo parcial más frecuentes y clasificarlas para facilitar el estudio de los casos y poder diseñar y desarrollar una prótesis apta para cada paciente en particular. La clasificación más usada es la Clasificación de Kennedy, propuesta por el Dr. Edward Kennedy en 1925, en donde intenta agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer principios que faciliten el estudio. Es así como Kennedy, dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a su vez le añadió modificaciones según el área edéntulo que presentaran que fueran diferentes de los cuatro tipos básicos establecidos. Siendo así, la clasificación de Kennedy es:

- Clase I: se refiere a las áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.
 - La Clase I Modificación 1, será la edentulo bilateral posterior con un segmento edentulo anterior.
 - La Clase I Modificación 2, será la edentulo bilateral con dos segmentos edentulos anteriores.

- La Clase I Modificación 3, será la edentulo bilateral posterior con 3 segmentos edentulos anteriores.
 - La Clase I Modificación 4, será la edentulo bilateral posterior con 4 segmentos edentulos anteriores.
- Clase II: se refiere al área edéntula unilateral posterior a los dientes naturalmente remanentes.
 - La Clase II Modificación 1, será el edentulo unilateral posterior con un segmento edentulo.
 - La Clase II Modificación 2, será el edentulo unilateral con dos segmentos edentulos.
 - La Clase II Modificación 3, será el edentulo bilateral posterior con 3 segmentos edentulos.
 - La Clase II Modificación 4, será el edentulo bilateral posterior con 4 segmentos edentulos.
- Clase III, se refiere al área edentula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edentula
 - La Clase III Modificación 1, edentula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edentula, con un segmento edentulo anterior
 - La Clase III Modificación 2, edentula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edentula, con dos segmentos edentulos anteriores.
 - La Clase III Modificación 3, edentula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edentula, con tres segmentos edentulos anteriores
 - La Clase III Modificación 4, edentula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edentula, con cuatro segmentos edentulos anteriores

- Clase IV, se refiere al área edentula única bilateral que atraviesa la línea media anterior a los dientes naturales remanentes

Dicho lo anterior, la principal ventaja de esta clasificación es que permite la visualización directa del caso del paciente parcialmente desdentado y se distinguen con facilidad las zonas de soporte para la prótesis, así como los dientes remanentes que servirán como apoyos para la prótesis. Gracias a esta clasificación se puede observar con lógica el plan de tratamiento, así como los problemas que se puedan presentar.

Sin embargo, a pesar de que la clasificación de Kennedy facilita distinguir el tipo de edentulismo parcial, cada caso puede variar según el paciente, siendo así Applegate, elaboro dichas reglas con la finalidad de facilitar el empleo de la clasificación de Kennedy. Es necesario tener en cuenta dichas reglas para el diseño de las prótesis, siendo así las reglas de Applegate son:

Regla 1: La clasificación se debe hacer después de realizar las exodoncias

Regla 2: Si falta un tercer molar y no va ser reemplazado, no se tiene en cuenta en la clasificación

Regla 3: Si se halla presente el tercer molar y se va utilizar como diente pilar, se lo considera en la clasificación

Regla 4: Si falta un segundo molar y no va ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación

Regla 5: El área desdentada más posterior siempre es la que determina la clasificación

Regla 6: Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan la clasificación se denominan modificaciones identificándose por su número

Regla 7: La extensión de la modificación no se considera, si no tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.

Regla 8: No puede haber áreas de modificación en arcos de clase IV. Si existiese otra zona desdentada posterior al “área desdentada única pero bilateral por

atravesar la línea media”, esta determinaría el cambio de clase, de acuerdo con la regla 5.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, en el presente trabajo se espera identificar a los pacientes que sean parcialmente desdentados en la arcada mandibular, quienes se encuentren bajo la Clase I de Kennedy que serán atendidos en la Clínica de Rehabilitación Protésica II, para la evaluación de los dientes remanentes y de los tejidos bucales, así como de la posición en la que se encuentren con respecto a la clase molar.

2.2.6 Síndrome de Kelly

El Síndrome de Combinación o de Hiperfunción Anterior, fue descrito por Ellsworth Kelly en 1972 cuando realizó un estudio en la Universidad de California con 500 pacientes portadores de prótesis removibles, en donde observó que había ciertas características que poseían varios pacientes edéntulos totales superiores y edéntulos parciales en inferior, siendo Clase I de Kennedy. Por lo que estableció cinco características para definir el síndrome: hipertrofia de las tuberosidades, reabsorción ósea en zona anterior del maxilar, extrusión de los dientes anteriores mandibulares, hiperplasia papilar en el paladar duro y pérdida ósea bilateral en las zonas posteriores mandibulares edéntulas que soportan las prótesis.

En relación al concepto del síndrome, este se ha ampliado en los últimos años. Tolstunov en el 2007 clasificó el síndrome de forma más amplia en donde agrupa a estos pacientes en tres clases, en donde por medio del edentulismo maxilar se determina la clase de síndrome que presenta el paciente y con el edentulismo parcial mandibular se define la modificación.

- Clase I: Se presenta un maxilar edéntulo.
 - Modificación I: se presenta a una mandíbula Clase I de Kennedy
 - Modificación II: se presenta a una mandíbula con dentición completa, ya sean dientes naturales, implantes o puentes dentosoportados.
 - Modificación III: se presenta a una mandíbula Clase II de Kennedy

- Clase II: Se presenta un maxilar edentulo solo anterior
 - Modificación I: se presenta a una mandíbula Clase I de Kennedy
 - Modificación II: se presenta a una mandíbula con dentición completa, ya sean dientes naturales, implantes o puentes dentosoportados.
 - Modificación III: se presenta a una mandíbula Clase II de Kennedy
- Clase III: Se presenta un maxilar edentulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral.
 - Modificación I: se presenta a una mandíbula Clase I de Kennedy
 - Modificación II: se presenta a una mandíbula con dentición completa, ya sean dientes naturales, implantes o puentes dentosoportados
 - Modificación III: se presenta a una mandíbula Clase II de Kennedy

Como se ha dicho, las características descritas por Kelly, resultan en la dificultad para la correcta rehabilitación del paciente puesto que requiere de un buen manejo a nivel protésico, así como del aspecto quirúrgico, por lo que el tratamiento convencional en la mayoría de las veces resulta ser inadecuado o insatisfactorio además de las múltiples adaptaciones debido a la continua reabsorción ósea.

Por otra parte, cuando se planifica la rehabilitación protésica, es necesario tener en cuenta las consecuencias que reportara la futura restauración sobre las estructuras bucales remanentes. El síndrome de Kelly se caracteriza por producir inestabilidad en las dentaduras al no existir una presión uniforme sobre los rebordes alveolares causando el desalojamiento de la prótesis.

Se han propuesto distintos tratamientos que van desde las prótesis completas convencionales, pasando por las sobre dentaduras con la exodoncia de los dientes remanentes y finalmente prótesis fija sobre implantes posterior a un tratamiento quirúrgico encaminado a corregir la reabsorción con injertos, elevación del seno maxilar, distracción ósea, etc. Siendo así la rehabilitación convencional es la más desfavorable, por otro lado la prótesis fija implantosoportada resulta la mejor opción para los pacientes ya que resulta en mayor éxito y existe una menor reabsorción ósea

al cambiar la distribución de las fuerzas oclusales. Sin embargo es siempre necesario conocer de la situación del paciente y si estará a gusto con el plan de tratamiento, manteniendo como objetivo principal la restitución de las funciones básicas.

Dicho lo anterior, en el presente trabajo se espera estudiar el número de pacientes que presente el síndrome combinado o síndrome de Kelly que acudan a la Clínica de Rehabilitación Protésica II, así como evaluar la clasificación de Kelly más común que se presente en la clínica, de igual forma dar a conocer la información de este síndrome a los estudiantes que cursen dicha clínica.

2.3 Definición De Términos.

La terminología básica, según Arias (2012) “consiste en dar el significado preciso y según el contexto a los conceptos principales, expresiones o variables involucrados en el problema y en los objetivos formulados”. Así mismo, Tamayo (2012) sostiene que “...las personas que lleguen a una investigación determinada conozcan perfectamente el significado con el cual se va a utilizar el término o concepto a través de toda la investigación”.

Alginato: Es una sal soluble de sodio o potasio que se obtiene a partir de unas algas marinas a las que se conoce como alginas. Los odontólogos utilizan estas sales en forma de polvo y a la que se ha añadido un retardador para controlar el tiempo necesario para su manipulación. Este polvo se disuelve en agua para obtener un gel de alginato el cual es usado como material de impresión.

Apoyos: Es una extensión rígida de la estructura metálica que transmite las fuerzas funcionales a los dientes y previene el movimiento de la prótesis hacia los tejidos

Caries: Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos de los dientes como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana.

Clase Molar: Está basada en la relación anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

Exodoncia: Es un acto quirúrgico por el que se extrae un diente o una parte remanente del mismo que ha quedado alojada en el alveolo.

Impresión Dental: es la técnica que utiliza la odontología para obtener la boca del paciente en escayola, mediante ella se reproduce el negativo de las piezas dentales y demás tejidos orales.

Maxilar Inferior: Es un hueso plano y simétrico en forma de herradura, está compuesto de dos huesos dentarios. La mandíbula alberga a la dentadura de la parte inferior..

Maxilar Superior: Son dos huesos, uno a cada lado, ubicados por dentro del hueso malar, ellos forman la pared interna de la órbita y el techo de la cavidad bucal. Contiene unos orificios llamados alveolos en donde se insertan los dientes y molares de la arcada dental superior.

Reabsorción Dental: Es el proceso de eliminación de los tejidos duros dentales por parte de los osteoclastos (células que reabsorben el hueso alveolar)

Reabsorción Ósea: Es el procedimiento que lleva a la sangre a recoger el tejido óseo que eliminan las células denominadas osteoclastos.

Trauma Oclusal Primario: Lesión del aparato de inserción, provocada por fuerzas oclusales excesivas sobre un diente o dientes con soporte periodontal normal.

Trauma Oclusal Secundario: Lesión en el aparato de inserción, provocada por fuerzas oclusales normales o excesivas aplicadas sobre un diente o dientes con soporte periodontal reducido

Periodontitis: Es una enfermedad crónica e irreversible afecta el tejido de sostén de los dientes que son las encías, el hueso alveolar, el cemento radicular y el ligamento periodontal.

Prótesis: Pieza o aparato artificial que se coloca o se implanta en el cuerpo de un ser vivo para sustituir a otra pieza, a un órgano o a un miembro

Rehabilitación Protésica: Son tratamientos protésicos que pueden ser complejos o sencillos dependiendo del grado de complejidad que posea la persona y dependiendo

del muy mal estado bucal que este posea. Esto permite restaurar la anatomía, tanto en apariencia como en funcionalidad, de la boca.

2.4 Bases Legales

Según Villafranca D. (2002) “Las bases legales no son más que se leyes que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto” explica que las bases legales “son leyes, reglamentos y normas necesarias en algunas investigaciones cuyo tema así lo amerite”.

Ley del Ejercicio de la Odontología

Capítulo I

ARTÍCULO 2: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento.

El presente artículo establece, que la odontología se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamientos de las enfermedades bucales y regiones circundantes, que deben ser realizados única y exclusivamente por profesionales que estén legalmente autorizados y estos mismos profesionales poseen la autoridad suficiente para delegar a un auxiliar para que realice ciertos tratamientos y métodos que la ley les permita.

Capítulo III

De los Deberes y Derechos de los Odontólogos

ARTÍCULO 16: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran

El presente artículo establece que todo odontólogo tiene y está en su total capacidad de ayudar a la prevención y mejoras de salud bucal en la comunidad, así

como también ayudar a cualquier otro auxiliar de la salud para atender a personas que lo requieran o ameriten en el caso de una emergencia médica, y contribuir con nuevos avances que tengan beneficios y mejoras para la población.

Código de Deontología Odontológica

Capítulo Segundo

De los Deberes hacia los Pacientes

ARTÍCULO 18: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.

El presente artículo establece que el Odontólogo debe tener como objetivo principal cuidar y velar por el estado de salud del paciente, así como también debe implementar tratamientos que certifiquen la mejora y la recuperación eficaz de la salud del paciente y a la hora de cualquier alteración del paciente el odontólogo debe mantener la calma y serenidad y tratar al paciente con el mejor profesionalismo que pueda brindar.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Según Finol y Camacho (2008) el marco metodológico está referida al cómo se realizará la investigación, muestra el tipo y diseño de la investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad y las técnicas para el análisis de datos.

3.1 Diseño y Tipo de la Investigación:

3.1.1 Diseño de la Investigación:

Según Arias, F. (2006) “El diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. En atención al diseño, la investigación se clasifica en documental, de campo y experimental.” Así mismo, el autor también define a la investigación de campo como “Aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad de donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna.” Siguiendo lo anterior, la presente investigación es de campo no experimental, pues se buscó obtener los datos directamente en los pacientes edéntulos que asistían la Clínica de Rehabilitación Protésica II, para valorar cuántos de esos pacientes poseen las características propias del Síndrome de Kelly.

3.1.2 Tipo de la Investigación:

Para Méndez (2007) “Al desarrollar el tipo de investigación se debe considerar el nivel de conocimiento científico (observación, descripción, explicación) al que espera llegar el investigador, se debe formular el tipo de estudio”. De acuerdo a lo descrito anteriormente, la presente investigación es de tipo no experimental transversal descriptiva ya que se pretende el estado o nivel de unas o diversas variables en un momento dado en un tiempo determinado, pudiendo esta abarcar un grupo o sub grupo de personas, objetos o indicadores.

3.2 Nivel de la Investigación

Arias, F. (2006) señala que “el nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio. En la redacción del objetivo general, el investigador expresa el nivel que le dará a su investigación”. Así mismo Suarez, M y Mujica, D (2010) afirman que “La investigación de nivel evaluativo se caracteriza por la evaluación de los resultados de un programa aplicado en relación a las metas propuestas.” Siguiendo lo anterior, la presente investigación es de nivel evaluativo, pues se buscó evaluar las características clínicas a nivel bucal que presenten los pacientes edentulos que asistan a la Clínica de Rehabilitación Protésica II, y a su vez asociarlas al Síndrome de Kelly de modo que se pueda establecer la prevalencia de este síndrome.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

Según Arias, F (2006) “la población es el conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación.” Igualmente Bernal (2006) “la población está constituida por la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea buscar tener inferencias.” De acuerdo a lo antes mencionado, la presente investigación contó con una población conformada por 140 pacientes edentulos que asistieron a Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

3.3.2 Muestra

De Barrera (2008), señala que “la muestra se realiza cuando: la población es tan grande o inaccesible que no se puede estudiar toda, entonces el investigador tendrá la posibilidad seleccionar una muestra.” Igualmente, Balestrini (2006), señala que: “una muestra es una parte representativa de una población, cuyas características deben producirse en ella, lo más exactamente posible.” Dicho lo anterior, en la presente investigación, se contó con una muestra de 25 pacientes

edentulos que presenten el Síndrome de Kelly que asistieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo con Hernández et al. (2006), “Después de haber definido el diseño de la investigación y su respectiva población, se procede a la recolección de datos sobre las variables objeto de estudio, para lo cual se desarrollará un instrumento que será validado previamente por expertos. El cual se aplicó para obtener las respuestas respectivas, las cuales fueron registradas para posteriormente se realizar el análisis de los resultados obtenidos.

3.4.1 Técnicas

Arias, F (2006) define las técnicas de recolección de datos como “Las distintas formas o maneras de obtener la información. Son ejemplos de técnicas; la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades (entrevista o cuestionario), el análisis documental, análisis de contenido, etc.” Siguiendo lo anterior, Zapata (2006) redacta que “Las técnicas de observación son procedimientos que utiliza el investigador para presenciar directamente el fenómeno que estudia, sin actuar ni modificarlo sobre él.” La presente investigación usó la técnica de encuesta sobre la muestra, para obtener una cantidad aproximada de pacientes edentulos que presentaron el Síndrome de Kelly.

3.4.2 Instrumentos

Según Arias, F (2006) “Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. Ejemplo: fichas, formatos de cuestionario, guías de entrevista, lista de cotejo, grabadores, escalas de actitudes u opinión (tipo likert), etc” En relación con lo anterior Ortiz (2004) define a la guía de observación como “Una estructura que corresponde con la sistematicidad de los aspectos que se prevé registrar acerca del objeto. Permite registrar los datos con orden cronológico, práctico y concreto para de ellos derivar el análisis de una situación”.

La presente investigación utilizó una guía de observación por el cual se evaluó las características tales como edad, sexo higiene bucal, estado de prótesis,

entre otras, así como las características clínicas bucales que presentaron los pacientes edentulos, lo que nos ayudó a estimar cuantos pacientes presentan el Síndrome de Kelly en la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez.

CAPITULO IV
ANALISIS E INTRERPRETACIÓN DE LOS RESUELTOS

4.1 Análisis de los Resultados

Tabla N°1

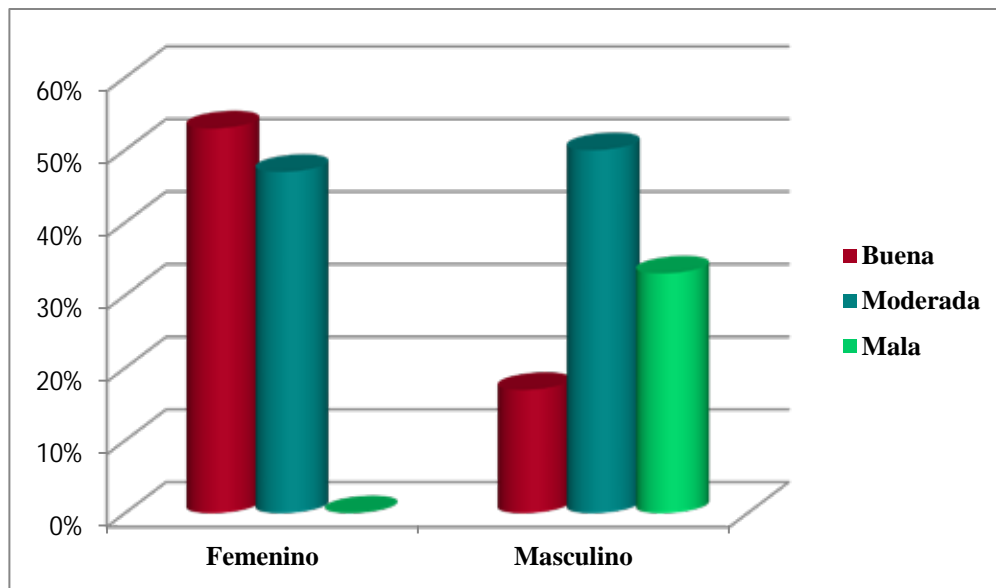
**Higiene Bucal de los pacientes que acudieron a la Clínica de
Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP)
distribuidos por sexo**

Sexo	f	%	Higiene Bucal					
			Buena		Moderada		Mala	
			f	%	f	%	F	%
F	19	76%	10	53%	9	47%	0	0%
M	6	24%	1	17%	3	50%	2	33%

Fuente: Marfil, Soto (2018)

Gráfico N°1

**Higiene Bucal de los pacientes que acudieron a la Clínica de
Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP)
distribuidos por sexo**



Los resultados muestran que de un total de 25 pacientes distribuidos por sexo, el 53% de la población femenina, poseen una buena higiene bucal. Por otro lado, la población masculina presento un 50% de higiene bucal moderada. Esto contrasta con un estudio donde la población de pacientes geriátricos controlados obtuvo el 50% de buena higiene bucal, mientras que el otro 50% se le considero una higiene bucal moderada (García, G, 2002)

Tabla N°2

Edentulismo en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

Sexo	f	%	Edentulismo				Tiempo					
			Superior		Inferior		1 a 5 años		6 a 11 años		12 años o más	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	19	76%	17	89%	2	11%	4	21%	6	32%	9	47%
M	6	24%	4	67%	2	33%	4	67%	2	33%	0	0%

Fuente: Marfil, Soto (2018)

Grafico N°2

Edentulismo en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

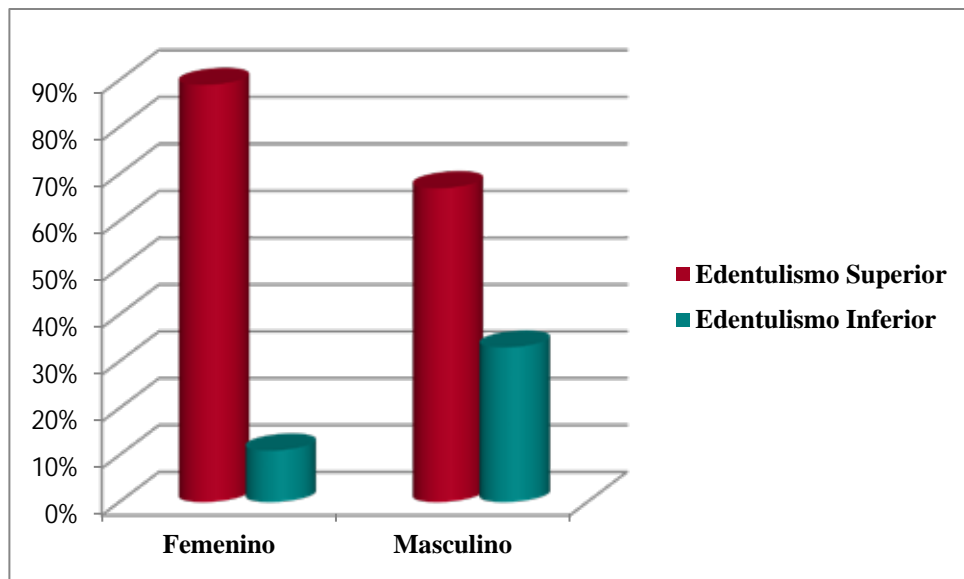
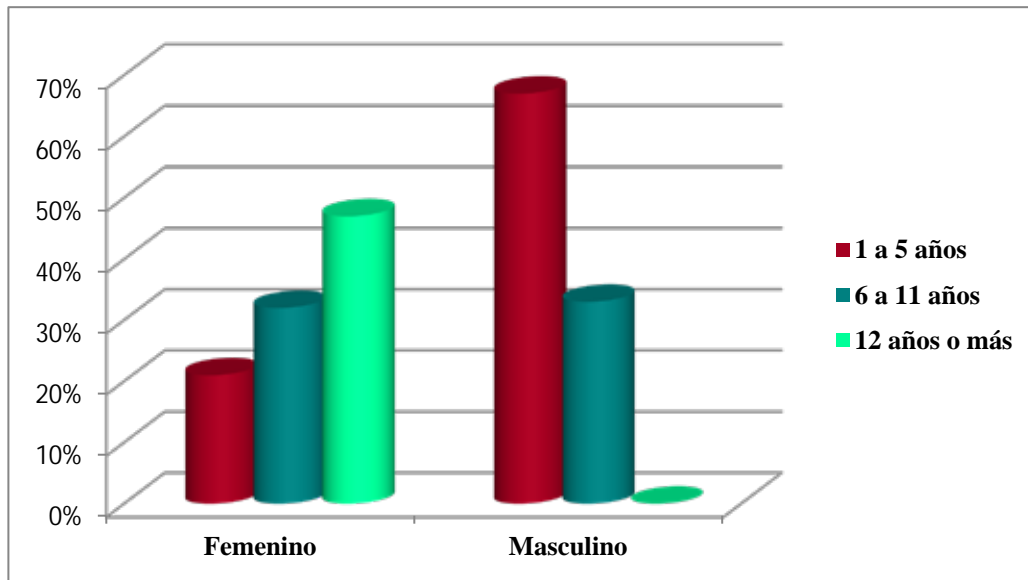


Grafico N°3

Tiempo de Edentulismo en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo



Los resultados del gráfico N°2 reflejan que para un total de 25 pacientes evaluados clasificados por sexo, el 89% de la población femenina y el 67% de la población masculina presentaron edentulismo superior. Por otro lado el 11% del grupo femenino y el 33% del grupo masculino, presentaron edentulismo inferior. Esto contrasta con estudios anteriores realizados en Guayaquil, en donde se observó que la pérdida de dientes maxilares es de un 58%, sobre el 42% de pérdida dental mandibular. (Morales, 2017).

Por otro parte, el gráfico N° 3 representa que 67% del sexo masculino han presentado edentulismo por 1 a 5 años, mientras que el 47% del sexo femenino han presentado edentulismo por 12 años o más.

Tabla N°3

Uso y estado de Prótesis de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

Sexo	f	%	Uso de Prótesis				Estado de la Prótesis					
			Si		No		Buena		Moderada		Mala	
			F	%	f	%	f	%	f	%	F	%
F	19	76%	12	63%	7	37%	4	33%	7	58%	1	8%
M	6	24%	3	50%	3	50%	0	0%	2	67%	1	33%

Fuente: Marfil, Soto (2018)

Gráfico N° 4

Uso de Prótesis de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

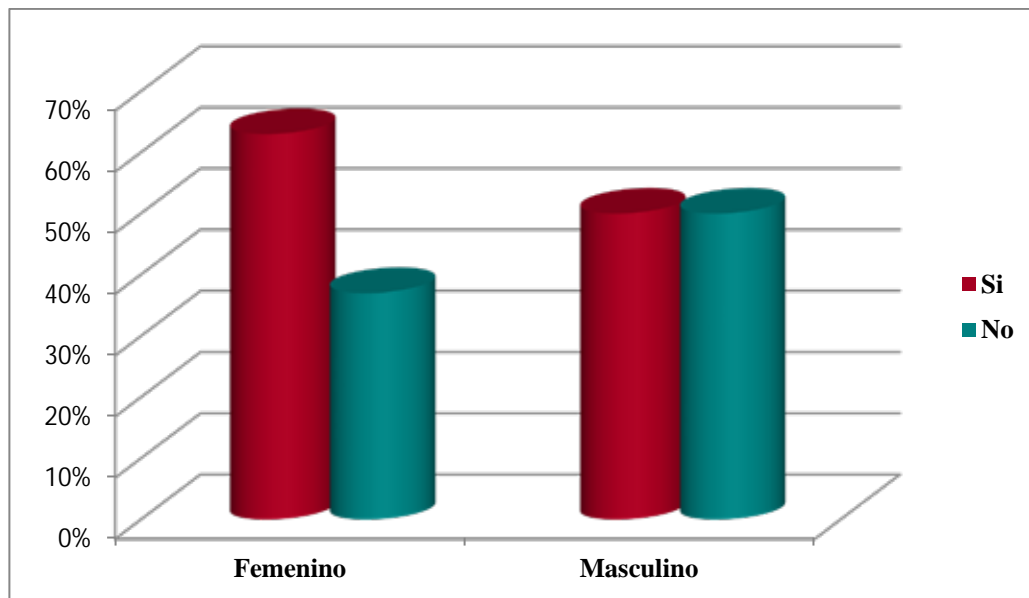
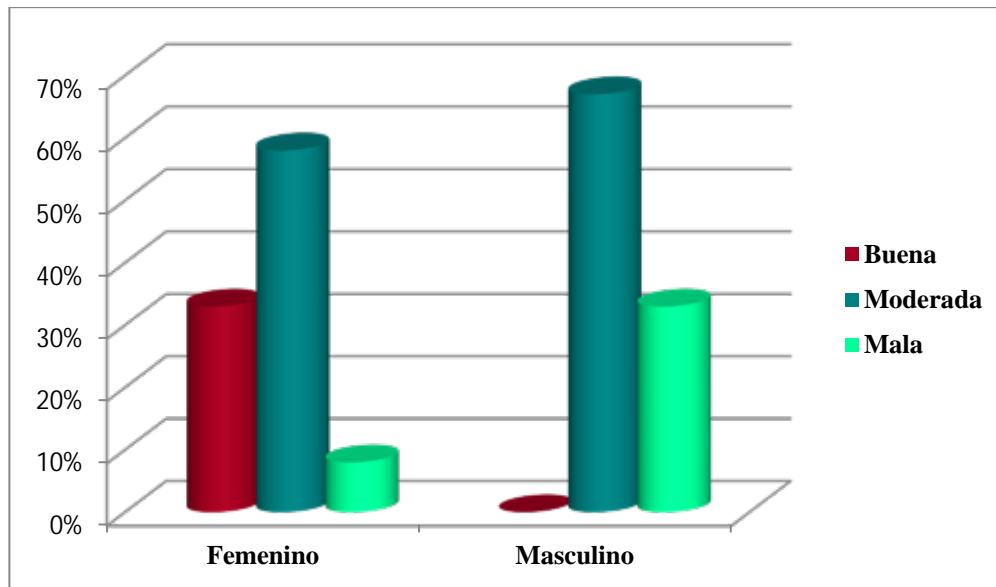


Gráfico N°5

Estado de Prótesis de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo



Los resultados muestran que de un total de 25 pacientes distribuidos por sexo, el 63% de la población femenina y el 50% de la población masculina hacen uso de una prótesis. Por otro lado en la gráfica N°5 se observa el estado en el que se encontraron las prótesis de los pacientes evaluados, en donde el 67% de las prótesis del sexo masculino se encontraron en un estado moderado. Mientras que el 58% de la población femenina, se encontraron las prótesis en estado moderado igualmente. Esto contrasta con un estudio donde el estado de conservación de las prótesis parciales removibles evaluadas fue bueno 34%, regular 36% y malo 30%. (Bernal, C, 2010)

Tabla N°4

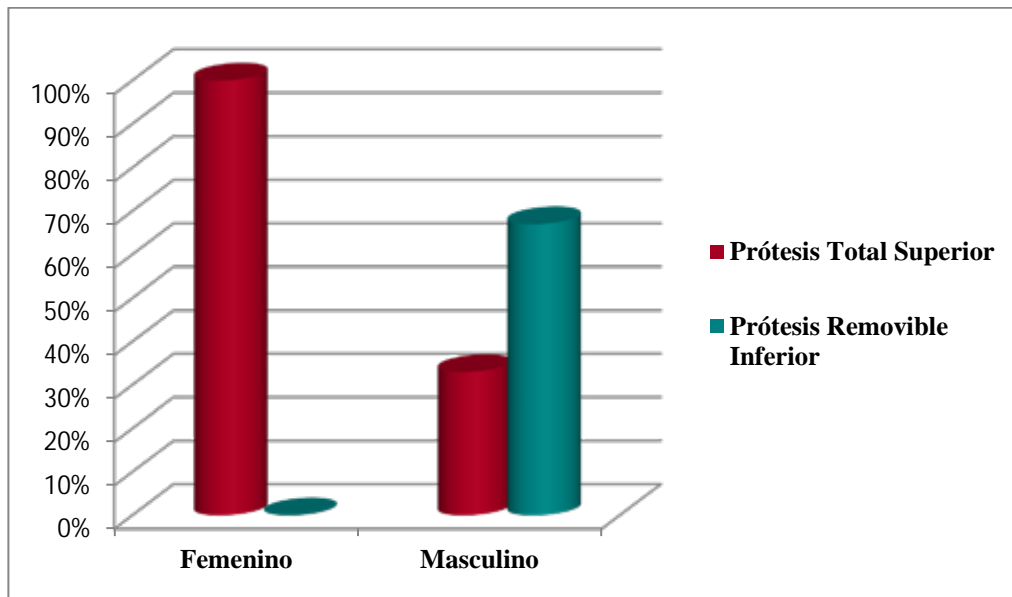
Prótesis según arcada de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

Sexo	f	%	Prótesis según arcada			
			Prótesis Total Superior		Prótesis Removible Inferior	
			f	%	f	%
F	19	76%	12	100%	0	0%
M	6	24%	1	33%	2	67%

Fuente: Marfil, Soto (2018)

Gráfico N°6

Prótesis según arcada de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo



Los resultados muestran que de un total de 25 pacientes distribuidos por sexo, el 100% de la población femenina y el 33% de la población masculina hacen uso de prótesis total superior. Por otro lado el 0% del grupo femenino y el 67% del grupo masculino usan prótesis removible inferior. Esto hace contraste con los autores

García, M; Hidalgo, S y Gómez, S, quienes en su estudio de “**Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica**” obtuvieron como resultados que el 81, 4 % portaban prótesis total superior y el 46, 5 % prótesis removible inferior.

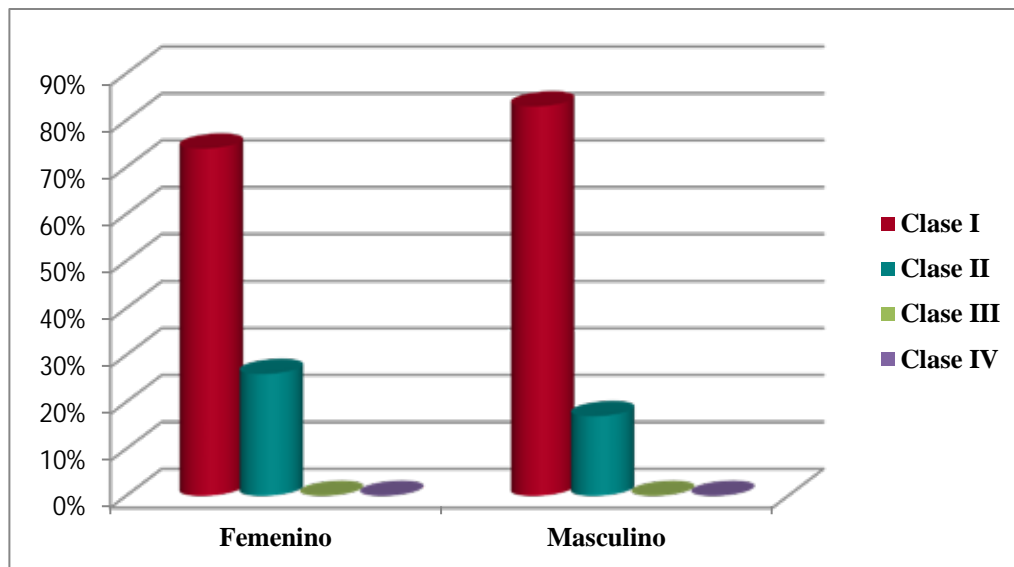
Tabla N°5

Clasificación de Kennedy de los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

Sexo	f	%	Clasificación de Kennedy							
			Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV	
			f	%	f	%	f	%	f	%
F	19	76%	14	74%	5	26%	0	0%	0	0%
M	6	24%	5	83%	1	17%	0	0%	0	0%

Gráfico N°7

Clasificación de Kennedy de los Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo



Los resultados muestran que de un total de 25 pacientes distribuidos por sexo, existe mayor tendencia a la Clase I de Kennedy, observando que en el grupo femenino se obtuvo el 74% de la población tiene esta clase, así como también el 83% de la población masculina. Esto contrasta con un estudio realizado en Quito, donde se pretendía conocer qué clase de Kennedy tenía mayor tendencia, arrojó como resultado que el 53% de la población tenían la Clase III de Kennedy (Cargua, 2016).

Tabla N°6

Características del Síndrome de Kelly en Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

Sexo	f	%	Hipertrofia de las tuberosidades				Reabsorción Ósea en Zona anterior Maxilar				Extrusión de Dientes Anteriores Mandibulares				Extrusión de los Dientes Posteriores Maxilares				Hiperplasia Papilar en el Paladar Duro				Pérdida Ósea Bilateral en Zona Posterior Mandibular			
			Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
F	19	76	16	84	3	16	19	100	0	0	15	79	4	21	9	47	10	53	6	32	6	32	14	74	5	26
M	6	24	5	83	1	17	6	100	0	0	6	100	0	0	1	17	5	83	0	0	6	100	4	67	2	33

Gráfico N° 8

Características del Síndrome de Kelly en Pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP) distribuidos por sexo

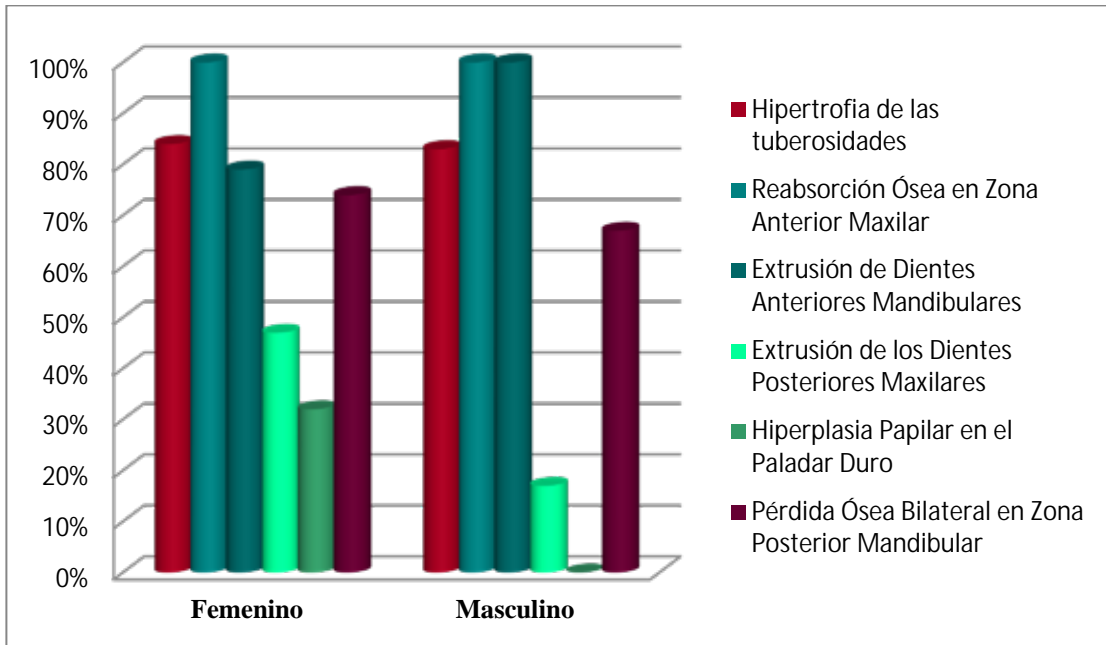


Gráfico N°9

Tendencia de las características del Síndrome de Kelly en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP)

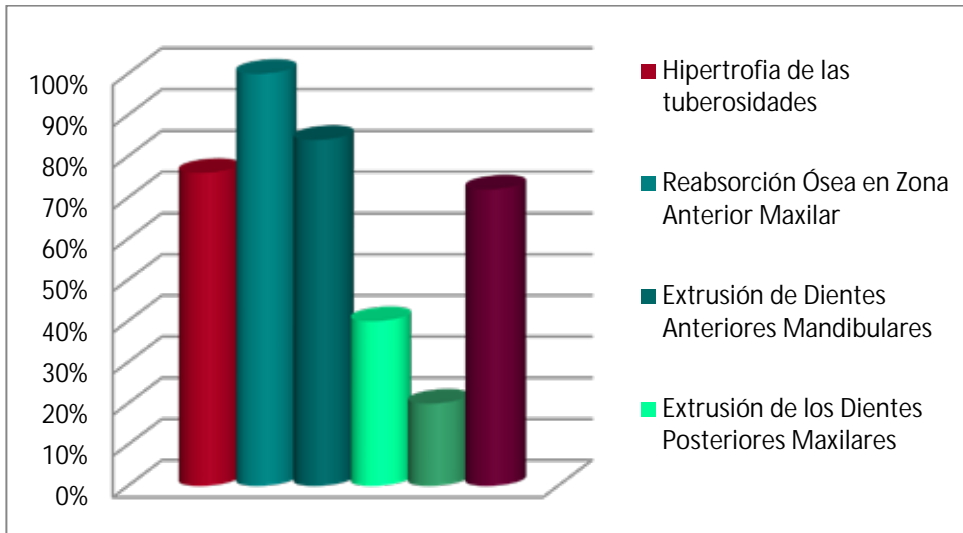
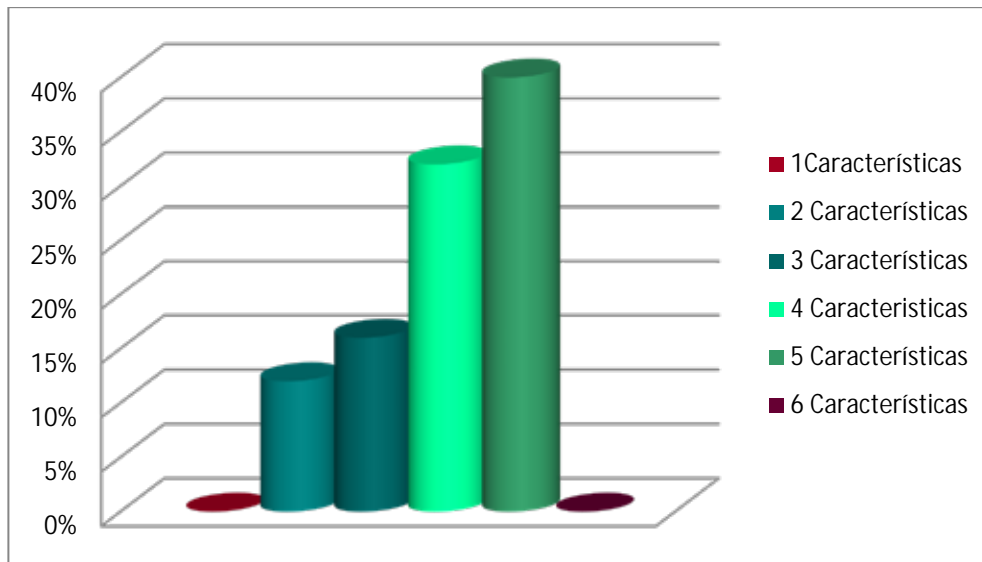


Gráfico N°10

Presencia de las características del Síndrome de Kelly en pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP)



Los resultados muestran que de un total de 25 pacientes distribuidos por sexo, la población femenina, posee mayor tendencia a presentar las características del síndrome con respecto a la población masculina, quienes presentaron rangos menores. De este modo se difiere con lo presentado en un estudio realizado en Cuenca donde observaron que el sexo no es un factor determinante para este síndrome (Chamba, 2016).

Por otro lado, en lo que se refiere a la presencia de las características del Síndrome, la Reabsorción Ósea en Zona anterior Maxilar presento un 100% en ambos sexos, siendo seguida de la Extrusión de Dientes Anteriores Mandibulares con un 84% y la Hipertrofia de las tuberosidades con un 76%. De esta manera se compara con los resultados de un estudio en Venezuela, donde la reabsorción del reborde óseo maxilar se encontró en un 38% en la población seguido de la extrusión dentaria antero-inferior con un 38% igualmente. (Ucar & Barríos, 2015)

Finalmente en lo que se puede observar en el gráfico N°10, se observa la presencia en su totalidad de las características del Síndrome de Kelly en la población total evaluada. En este gráfico se aprecia como existe una gran cantidad de la población que poseen el Síndrome de Kelly, tomando para este estudio a partir de 3 características se le considera un paciente con el síndrome. Siendo así, de la población de 25 pacientes evaluados y teniendo en cuenta los valores obtenidos se obtiene que el 88% de la población presentan el Síndrome de Kelly. Solo el 12% que representa la presencia de 2 características se le considero como un paciente con tendencia a padecer el Síndrome de Kelly. Es así como se obtienen resultados diferentes al estudio realizado en Venezuela donde encontraron la prevalencia del síndrome en un 30% en su población. (Ucar & Berríos, 2015)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Luego de la interpretación y análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la guía de observación a los 25 pacientes evaluados se puede concluir que:

- En cuanto al tiempo de Edentulismo Unimaxilar Superior, el cual se distribuyó, en tres grupos según los años de edentulismo, en donde se puede observar que la población femenina es la que posee el índice más alto en cuanto al tiempo de edentulismo.

Siguiendo lo anterior, el tiempo de edentulismo no presenta relación con el Síndrome de Kelly, pues se pudo observar que hubo pacientes con un tiempo de edentulismo comprendido entre 1 a 5 años que presentaron las características de este síndrome. Si bien existe mayor tendencia al edentulismo en edades avanzadas, no es una característica influyente en el Síndrome de Kelly.

- Con respecto a la categorización los pacientes con edentulismo total superior y edentulismo parcial inferior, se observó que en tanto la población femenina como masculina presentaron edentulismo total superior. Así mismo, se identificó que existe un mayor índice en lo que se refiere al uso de prótesis en ambos sexos. Por otro lado en lo que se refiere al estado de la prótesis existe a una mayor tendencia a que la prótesis se encuentre en un estado moderado, igualmente en lo que se refiere a la higiene bucal de los pacientes evaluados.

Así mismo existe mayor tendencia a que los pacientes femeninos presenten un edentulismo parcial inferior, en donde se encontrarían en la Clase I de la Clasificación de Kennedy, seguidos de la Clase II de la

clasificación antes mencionada. En relación con lo antes expuesto, el uso de prótesis y el poco mantenimiento de esta, así como su uso constante a la hora de dormir, son factores contribuyentes a que exista una relación con el Síndrome de Kelly con el tipo de edentulismo, al igual que el tipo de edentulismo parcial inferior.

- Finalmente, en cuanto a la prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes evaluados en la Clínica de Rehabilitación Protésica III, se observó que existe una alta prevalencia del Síndrome, teniendo como resultado que el 88% de la población evaluada presento el Síndrome de Kelly, mientras que el 12% presento tendencia a poseer el síndrome. Por otro lado, se concluyó que son las personas del sexo femenino quienes tienen una mayor incidencia a presentar el síndrome en comparación a los del sexo masculino.

Como se expuso anteriormente, el Síndrome de Kelly son un conjunto de características alteradas que va a poseer un paciente con edentulismo, el cual al momento de su rehabilitación debe ser tomado en cuenta, puesto que si la rehabilitación no es realizada correctamente, esto repercutirá en la situación del paciente pudiendo empeorar su condición. Es necesario que los estudiantes cursante de la Clínica de Rehabilitación Protésica II tengan conocimiento de esta afección y sepan tomarlo en cuenta a la hora del tratamiento de los pacientes con edentulismo, así mismo instruir al paciente en cuanto al uso y cuidado correcto de las prótesis.

5.2 Recomendaciones

A partir de la investigación desarrollada y las conclusiones anteriormente mencionadas se realizan las siguientes recomendaciones:

En primera instancia la creación de una guía informativa sobre el Síndrome de Kelly para los estudiantes cursantes de la Clínica de Rehabilitación Protésica I y II. Esta guía estará destinada a que la población estudiantil se informe y tengan

conocimiento de cómo tratar adecuadamente a los pacientes bajo esta condición, puesto que como se explicó anteriormente, sin el seguimiento apropiado, puede empeorar su estado.

La creación de un formato con información, para los pacientes que acudan a las Clínicas de Rehabilitación Protésica I y II, sobre el uso y cuidado de las prótesis. Este formato será para que los pacientes atendidos en la clínica tengan conocimiento sobre los usos y cuidados adecuados para sus prótesis, puesto que se ha visto, que la gran parte de los pacientes que son atendidos no poseen conocimientos de los cuidados básicos de las prótesis. El formato le permitirá que los pacientes mantengan sus prótesis en óptimo estado, además de otorgarles una ayuda para el mantenimiento de su salud bucal.

La realización de un formato en la historia protésica que permita a los estudiantes de las Clínicas de Rehabilitación Protésica I y II, poder diagnosticar la presencia del Síndrome de Kelly en los pacientes que acudan a dichas clínicas. Con dicho formato, los estudiantes serán capaces de reconocer los elementos principales del Síndrome y tenerlos en cuenta al momento del llenado de historia clínica y desarrollo del plan de tratamiento.

REFERENCIAS

Fuentes en Línea

Fuentes Electrónicas en Línea

a) Documentos y Reportes Técnicos

Anatomía protética de la Superficie de Asiento del Maxilar Superior y del Maxilar Inferior (2015). (Documento en línea) Disponible: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Dentaduras_Totales/ANATOMIA_PROTETICA_DE_LA_SUPERFICIE_DE_ASIENTO.pdf. (Consulta 06, 2018).

Bastidas, J. (2015, 06). Alternativas de técnicas de impresión para mejorar la adaptación de prótesis totales superiores en pacientes que presentan Síndrome de Kelly. *Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil*. (Documento en línea) Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11253/1/BASTIDASjenny.pdf>. (Consulta 06, 2018).

Benavides, K. (2017, 06). Prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes asistentes a la Clínica Odontológica de la UDLA. *Repositorio Digital Universidad de las Américas*. (Documento en línea) Disponible: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7161/1/UDLA-EC-TOD-2017-80.pdf>. (Consulta 06, 2018).

Chamba, V. (2016). Prevalencia del síndrome de combinación en pacientes adultos edéntulos y sus factores asociados en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca período 2015-2016. *Repositorio Institucional Universidad de Cuenca*. (Documento en línea) Disponible:

http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1279/1/Fiorella_Trab.Acad._bachiller_2017.pdf. (Consulta 06, 2018).

Díaz, P. (2014, 04). Factores asociados al Edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. *Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. (Documento en línea) Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2180/diaz_mp.pdf;jsessionid=970290A5C20609E83FDC5CBBE6A67834?sequence=1. (Consulta 06, 2018).

Espinosa, J. (2013, 07). REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS TOTAL Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN UN PACIENTE CON SÍNDROME COMBINADO DE KELLY. *Repositorio Digital de la Universidad Internacional del Ecuador*, (Documento en línea). Disponible: <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/369/1/T-UIDE-0348.pdf> (Consulta 06, 2018).

b) Sitios de Información

(2017,12.) Concepto de Salud (según la OMS). Equipo de Redacción de Concepto.de. Obtenido 2018,10, de <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>

Moscoso, N. (2007, 06). La Periodontitis. *Monografías.com*. (Página Web en Línea) Disponible: <https://www.monografias.com/trabajos47/periodontitis/periodontitis.shtml>. (Consulta 06, 2018).

Romero, D, Valarezo, J, Velasco, K y Concha, G (2017, 05). Técnicas de impresión alternativas en pacientes que presentan Síndrome de Combinación o Kelly. Polo del Conocimiento. (Página Web en Línea) Disponible: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/viewFile/68/pdf>. (Consulta 06, 2018).

Odontología Especializada (2016, 07). ¿Qué es la rehabilitación dental?. (Página Web en Línea) Disponible: <http://odontologiaespecializadasevilla.com/estetica-dental-protesis/rehabilitacion-protetica-total/> (Consulta 06, 2018).

Organización Mundial de la Salud. (2009, 08). Epidemiología. Obtenido 10, 2018, de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Perio Expertise (2017, 01). Trauma Oclusal y Periodoncia. Obtenido 10, 2018, de <https://www.perioexpertise.es/articulo/trauma-oclusal-y-periodoncia>

Propdental (2010). Clasificación Angle (Página Web en Línea) Disponible: <https://www.propdental.es/ortodoncia/clasificacion-angle/> (Consulta 06, 2018).

Definición ABC. (2016, 07). Huesos de la Cara Definición, Concepto y Que es. (Página Web en Línea) Disponible <https://www.definicionabc.com/salud/huesos-cara.php> (Consulta 06, 2018).

Definición ABC. (2016, 06). Definición Prevalencia. Obtenido 10, 2018, de <https://www.definicionabc.com/salud/prevalencia.php>

Salud CCM. (2016, 07). Mandíbula Definición. (Página Web en Línea) Disponible: <https://salud.ccm.net/faq/18935-mandibula-definicion>(Consulta 06, 2018).

SalusPlay (2018, 02). Características y objetivo de la epidemiología. Obtenido 10, 2018, de <https://www.salusplay.com/blog/caracteristicas-objetivo-epidemiologia/>

Significados.com. (2018, 09). Salud Física. Obtenido 10, 2018, de <https://www.significados.com/salud-fisica/>

Significados.com. (2015, 01). Salud Mental. Obtenido 10, 2018, de <https://www.significados.com/salud-mental/>

Rare Commons. (2016, 04). Prevalencia, comorbilidad e incidencia de una enfermedad. Obtenido 10, 2018, de <https://www.rarecommons.org/es/actualidad/prevalencia-comorbilidad-incidencia-enfermedad>

Tolstunov, L. (2016, 09). Síndrome Combinado un reto para la rehabilitación protésica. *Odontoespacio*. . (Página Web en Línea) Disponible: <https://www.odontoespacio.net/noticias/sindrome-combinado-un-reto-para-la-rehabilitacion-protésica/>(Consulta 06, 2018).

Tratamientos para los Pacientes Desdentados (2017, 06). *Estudi Dental Barcelona*. . (Página Web en Línea) Disponible: <https://estudidentalbarcelona.com/tratamientos-los-pacientes-desdentados/>(Consulta 06, 2018).

Vidal, X. (2016, 07). Edentulismo: ¿Qué pasa cuando perdemos dientes?. *Salud Mapfre*. . (Página Web en Línea) Disponible: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/enfermedades-bucodentales/edentulismo-que-pasa-cuando-perdemos-dientes/>(Consulta 06, 2018).

Vieira, D. (2013, 05). Reabsorción Dental. *Propdental*. . (Página Web en Línea) Disponible: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/reabsorcion-dental/>(Consulta 06, 2018).

Vieira, D. (2014, 04). Fisiopatología del edentulismo. *Propdental*. (Página Web en Línea) Disponible: <https://www.propdental.es/blog/estetica-dental/fisiopatologia-del-edentulismo/>(Consulta 06, 2018).

c) Fuentes de Tipo Legal

Ley del Ejercicio de la Odontología (1970). Gaceta Oficial de República Bolivariana de Venezuela 30.004 (Extraordinaria), enero 11 de 1973.) (Transcripción en línea)_(Consulta 06, 2018).

d) Artículos en Publicación Periódica

Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación* (6ta Edición ed., Vol., pp. 21-34). Caracas, Editorial Episteme. (Revista en línea) (Consulta 06, 2018).

Gutierrez, V, León, R, Castillo, D. (2015, 09). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatol Herediana-* (Revista en línea) (Consulta 06, 2018).

Millares, W, Munive, F. (1995, 12). Historia Clínica Práctica para el Desdentado Completo. *Revista Virtual Carta Odontológica.* (Revista en línea) http://www.sppdmf.org/descargas/1995/HC_edentulo_Total.pdf (Consulta 06, 2018).

Ramiro, C., Guevara, C., Gómez, M., Celemín, A.(2011, 12) ¿Qué tratamiento podemos elegir para rehabilitar pacientes con Síndrome de Combinación. (Revista en línea) http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol8_num3/65-69.pdf (Consulta 06, 2018)

ANEXOS



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



GUÍA DE OBSERVACIÓN

El presente instrumento tiene como finalidad recoger los datos requeridos para desarrollar la investigación titulada: “Prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez”. Estudio realizado en la Universidad José Antonio Páez San Diego- Edo. Carabobo durante los meses Septiembre-Diciembre 2018. Su uso será netamente de carácter confidencial e investigativo y serán recaudados por las autoras de la investigación.

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
Fecha: / /	Sexo: _____	Edad: _____
B. HIGIENE ORAL		
Buena _____ Moderada _____ Mala _____		
C. ANTECEDENTES PROTÉSICOS		
1. Edentulismo:		
Edentulismo Superior: Si ___ No ___ Tiempo: _____		
Edentulismo Inferior: Si ___ No: ___ Tiempo: _____		
2. Uso de Prótesis: Si ___ No ___		
3. Prótesis según su arcada:		
Prótesis Total Superior Sí ___ No ___		
Prótesis Removible Inferior Sí ___ No ___		
4. Estado de la prótesis: Bueno ___ Moderado ___ Malo ___		
D. EXAMEN INTRAORAL		
5. Clasificación de Kennedy		
Clase I: _____		
Clase II: _____	Modificación: Si ___ No ___	
Clase III: _____	Tipo de Modificación: _____	
Clase IV: _____		
E. SINDROME DE KELLY		
6. Hipertrofia de las Tuberosidad: Si ___ No ___		
7. Reabsorción Ósea en Zona Anterior del Maxilar: Si ___ No ___		
8. Extrusión de los Dientes Anteriores Mandibulares: Si ___ No ___		
9. Extrusión de los Dientes Posteriores Superiores: Si ___ No ___		
10. Hiperplasia Papilar en el Paladar Duro: Si ___ No ___		
11. Pérdida Ósea Bilateral en Zona Posterior Mandibular: Si ___ No ___		



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Consentimiento informado

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que la Br _____ CI: _____ y el Br _____ CI: _____ realicen un trabajo de investigación y autorizo mi participación en el mismo. Observaran algunos detalles de mi boca, me harán diferentes preguntas referente a mi salud a nivel bucal y a la prótesis dental que uso, el equipo de investigación asume preservar la confidencialidad de mis datos por completo. Al ser elegido para éste estudio por contar con los requisitos buscados por los investigadores, se me ha notificado que es del todo voluntario y que aun iniciada la investigación puedo rehusarme a responder alguna pregunta o de permitir que me revisen la boca, así como también de retirarme en el momento que yo decida de la investigación, sin que se vean afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueda necesitar de alguno de los investigadores o de algún prestador de servicio médico u odontológico ya sea público o privado. El objetivo principal de ésta investigación es “Prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez Prevalencia del Síndrome de Kelly en pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez”. Estudio realizado en la Universidad José Antonio Páez, San Diego- Edo. Carabobo durante los meses Septiembre-Diciembre 2018. Para ello, se toma tomará una muestra de 43 pacientes que cumplan con el perfil previamente establecido. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la Br _____ cuyo número de móvil es: _____ y el Br _____ celular: _____ son las personas que debo buscar en caso de que tenga alguna duda o pregunta sobre la investigación o sobre mis derechos como participante.

Nombre y apellido del participante: _____

Cédula de identidad: _____ Fecha: _____

Firma _____



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemos que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: *Prevalencia del Síndrome de Belyen en pacientes que residen en la zona*
 AUTORES: *María E. Morán y Daniel Soto*

CRITERIO	PERTINENCIA (Pertinencia Científica)		CLARIDAD (Profundidad)		CONSERVENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Aplicable	Indicador	Aplicable	Indicador	Aplicable	Indicador	Siempre	Algunas veces	Nunca
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Orlando Armas</i>	<i>8217078</i>	<i>[Firma]</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<i>ODONTÓLOGO</i>	<i>6º Nivel</i>	<i>29-10-18</i>



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: *Prevención del Síndrome de Bello en pacientes que acuden a la Clínica*
 AUTORES: *Maria E. Marfil y Daniel Soto*

CRITERIOS	PERTINENCIA (Pertinencia Conceptual)		CLARIDAD (Claridad)		COHERENCIA (Coherencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Melba Oviedo de G.</i>	<i>5.385.110</i>	<i>Melba Oviedo</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<i>Odontólogo</i>	<i>Doctorado</i>	<i>29-10-18</i>



FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítemes que conforman este instrumento, en cuanto a cuatro aspectos específicos, para ello sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta

TÍTULO DEL TRABAJO: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY (..)
 AUTORES: MARIL, HO. EUGENIA y SOTO, DANIEL

CRITERIOS	PERTINENCIA (Relevancia Científica)		CLARIDAD (Precisión)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISION		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Siempre	Nunca	Otros
1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
2	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
8	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
9	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
10	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DE INSTRUMENTO:
 APLICABLE: NO APLICABLE: _____
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
<u>IVETMAR GOMEZ</u>	<u>V-9436559</u>	
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<u>ODONTOLOGO</u>	<u>3º NIVEL</u>	<u>30/10/18</u>

#	Sexo		Edad			Síndrome de Kelly											
	F	M	50 a 60 años	61 a 70 años	71 años o más	Hipertrofia de las tuberosidades		Reabsorción Ósea en Zona anterior Maxilar		Extrusión de Dientes Anteriores Mandibulares		Extrusión de los Dientes Posteriores Maxilares		Hiperplasia Papilar en el Paladar Duro		Pérdida Ósea Bilateral en Zona Posterior Mandibular	
						Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1		X		X		X		X		X		X		X	X		
2		X	X			X		X		X		X		X	X		
3	X			X		X		X		X	X		X		X		
4	X		X			X		X		X		X	X		X		
5	X				X	X		X		X		X		X	X		
6	X				X		X	X		X		X		X	X		
7	X				X		X	X		X	X		X		X		
8		X		X		X		X		X		X		X	X		
9	X				X	X		X		X		X		X	X		
10	X				X	X		X		X		X		X	X		
11	X			X		X		X		X	X		X		X	X	
12	X				X	X		X		X		X		X	X		
13	X			X		X		X		X		X		X	X		
14		X		X		X		X		X		X		X		X	

15		X	X			X		X		X			X		X	X	
16		X	X				X	X		X			X		X		X
17	X			X		X		X		X			X		X	X	
18	X			X		X		X		X		X		X			X
19	X		X			X		X		X		X		X			X
20	X		X			X		X		X			X		X	X	
21	X			X		X		X		X		X			X	X	
22	X				X	X		X		X			X	X		X	
23	X			X		X		X		X		X			X		X
24	X				X	X		X		X			X		X		X
25	X				X		X	X			X		X		X	X	

Sistemas de Variables y Operacionalización

Definición de Variables

Cuadro N°1

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Establecer el tiempo de Edentulismo Unimaxilar superior de los pacientes que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez	Pacientes Edentulos	El término suele utilizarse para nombrar a la persona con ausencias dentarias que, se encuentra bajo atención médica.
Categorizar los pacientes con edentulismo total superior y	Edentulismo Total Superior	El edentulismo total superior es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia completa de las

edentulismo parcial inferior que acuden en Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez	Edentulismo Parcial Inferior	piezas dentarias en el maxilar superior
		El edentulismo parcial inferior es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia parcial de las piezas dentarias en la mandíbula
Estimar los pacientes que tienen el Síndrome de Kelly que acuden a la Clínica de Rehabilitación Protésica II de la Universidad José Antonio Páez	Síndrome de Kelly	Es una condición dental que se ve comúnmente en pacientes con un maxilar edéntulo completo y la mandíbula parcialmente edéntulo, con dientes anteriores conservados

Fuente: Marfil, Soto (2018)

Operacionalización de Variables

Cuadro N°2

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
Pacientes Edéntulos	Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de Prótesis • Higiene Bucal 	
Edentulismo Total Superior Edentulismo Parcial Inferior	Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación de Kennedy en arcada inferior • Tiempo de Edentulismo Total Superior • Estado de la Prótesis 	
Síndrome de Kelly	Censal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia de las Tuberosidades • Reabsorción Ósea en Zona Anterior del Maxilar • Extrusión de los dientes anteriores mandibulares • Extrusión de los dientes posteriores maxilares • Hiperplasia papilar en el paladar duro • Pérdida Ósea Bilateral en zona posterior mandibular 	

Fuente: Marfil, Soto (2018)

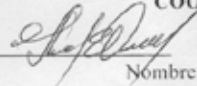
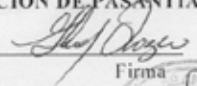


REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGIA
 PLANILLA DE SOLICITUD


DATOS PERSONALES		
Apellidos: Soto Rodriguez	Nombres: Daniel Arturo	C.I.: 24.441.743
Dirección: Avenida La Honda Casa # 11. Urbanización Las Palmas. Tocuyito Municipio Libertador		Teléfono: 02418942739
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: Daniel Soto	Teléfono: 04121337516	
Título del Trabajo: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLINICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicación: Ver la prevalencia del Síndrome de Kelly en los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II y sus repercusiones en la Rehabilitación Protésica		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico propuesto: Loren Suere		

APROBADO _____ NO APROBADO _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN
 COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO



 Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

DIRECCIÓN DE ESCUELA

 
 Nombre _____ Firma _____ Fecha _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
PLANILLA DE SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos: Marfil Márquez	Nombres: María Eugenia	C.I.: 26.011.154
Dirección: Av. Don Julio Centeno, Urb. Valle de Oro, Conjunto Residencial El Molino casa 48		Teléfono: 02418765410
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	
DATOS DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO		
Autores		
Nombre: María Eugenia Marfil	Teléfono: 04144212784	
Título del Trabajo: PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA II DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ		
Breve Explicación:		
Ver la prevalencia del Síndrome de Kelly en los pacientes que acudieron a la Clínica de Rehabilitación Protésica II y sus repercusiones en la Rehabilitación Protésica		
Lugar donde se desarrollará el Proyecto: Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico propuesto: Loren Sucre		

APROBADO _____

NO APROBADO _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO


Nombre


Firma

Fecha

DIRECCIÓN DE ESCUELA

Nombre


Firma

Fecha



Radiografía de la Reabsorción Ósea



Hiperplasia Papilar en Paladar Duro



**Extrusión de Dientes Mandibulares
Maxilar**



Pérdida Ósea Bilateral en Zona