

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN ADULTOS MAYORES
DEL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ Y EL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO DEL ADULTO MAYOR
SAN PEDRO, TACNA - 2019

TESIS

Presentada por:

Bach. Eigner Tito Catacora Mamani

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN ADULTOS MAYORES
DEL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ Y EL CENTRO DE
ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO DEL ADULTO MAYOR
SAN PEDRO, TACNA - 2019**

TESIS

Presentada por:

Bach. EIGNER TITO CATACTORA MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por*m.ayoña*....., ante el siguiente jurado.



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila
Presidente



C.D. Yury Miguel Tenorio Cahuana
Miembro



C.D. Milton Saúl Flor Rodríguez
Miembro



C.D. Edgardo Javier Berrios Quina
Asesor

DEDICATORIA

A Dios altísimo por guiar mis pasos y regalarme una familia maravillosa, en especial a mis padres Osvaldo y Leonilda.

A mi hermana Anel, Pilares fundamentales en mi vida, por su constante apoyo, dedicación y orientación.

A mi esposa Mercedes e hijo Ibrahim, por su inmenso amor y razón de mi vida, juntos lograron que alcance mi objetivo anhelado.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Escuela Profesional de Odontología, por sus enseñanzas y conocimientos impartidos y en especial al CD. Edgardo Berrios Quina, Dr. Mario Mattos Peña por su asesoramiento, apoyo y colaboración en la realización del presente trabajo de investigación.

Al asilo Hogar de ancianos San José por permitirme realizar este estudio, por el apoyo de la madre Carmen Yugueros y a las hnas. por su recibimiento.

Al centro residencial mixto del adulto mayor San Pedro, con el respectivo agradecimiento al Gerente general que me ha permitido realizar el estudio satisfactoriamente.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del Problema	3
1.2. Formulación del Problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Formulación de hipótesis	6
1.4.1. Hipótesis general	6
1.5. Justificación	6
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.2.	BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS.....	14
2.2.1.	Edentulismo.....	14
2.2.2.	Edentulismo Parcial.....	14
2.2.3.	Causas de la pérdida dentaria:.....	15
2.2.4.	Caries dental.....	15
2.2.5.	Enfermedad Periodontal.....	16
2.2.6.	Traumatismo dental.....	17
2.2.7.	Síndrome de Kelly.....	18
2.2.8.	Fisiopatología del síndrome de combinación.....	19
2.2.9.	Problemas ocasionados por el síndrome de combinación	21
2.2.10.	Clasificación del Síndrome de combinación de Kelly.....	24
2.2.11.	Prevalencia.....	27
2.2.12.	Signos clínicos.....	28
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	29
	CAPÍTULO III	31
	MARCO METODOLÓGICO.....	31
3.1.	Diseño de la investigación.....	31
3.2.	Tipo de diseño de investigación.....	32
3.3.	Clasificación de las variables.....	32
3.4.	Población y muestra.....	32
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35

3.6.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.6.1.	Técnicas de recolección de datos	36
3.6.2.	Instrumentos de recolección de datos.....	37
3.7.	VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	39
3.8.	PROCESAMIENTO DE DATOS	39
	CAPÍTULO IV	41
	DE LOS RESULTADOS	41
4.1.	Análisis descriptivo de las variables de estudio	41
4.2.	Formulación de hipótesis	50
4.3.	DISCUSIÓN.....	52
	CONCLUSIONES	55
	RECOMENDACIONES.....	57
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
	ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN SEXO.....	42
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN EL CENTRO RESIDENCIAL.....	44
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN LA CLASE Y MODIFICACIÓN.	46
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN LA COMBINACIÓN DE ARCADAS.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE KELLY	27
GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN SEXO.....	43
GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN EL CENTRO RESIDENCIAL.....	44
GRÁFICO 4: DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN EL CENTRO RESIDENCIAL.....	47
GRÁFICO 5: PREVALENCIA DE LA COMBINACIÓN DE ARCADAS	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna - 2019.

Metodología: Estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 44 hombres y 25 mujeres adultos mayores, la prevalencia del Síndrome de Kelly fue registrada por medio de una ficha observacional, en la que se registró presencia o ausencia de Síndrome de Kelly, además de las Clases y modificaciones, en caso de presentar el síndrome. **Resultados:** se evidenció la prevalencia de Síndrome de Kelly en los adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro que: la Clase de Síndrome de Kelly más prevalente es la Clase I con un 48 %, mientras que la modificación más incidente fue la modificación I con un 80%, así mismo la combinación de arcadas más frecuente fue Clase I modificación I dando una prevalencia total del 48% en la población de estudio. **Conclusiones:** Se concluye que a través de los resultados obtenidos de la investigación se confirma que la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, es de 36%, siendo este mayor a los valores internacionales descritos por los autores del 25% de prevalencia. por lo tanto, se sugiere que los adultos mayores que ingresan a los asilos tengan una evaluación en salud oral para prevenir la aparición prematura del Síndrome de Kelly en especial la Clase I y Clase III; a través de un monitoreo permanentemente por Odontólogos rehabilitadores.

PALABRAS CLAVE: *Prevalencia, Síndrome de Kelly, clasificación.*

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of Kelly Syndrome in the elderly of the nursing home San José Nursing Home and the Mixed Residential Care Center for the Elderly San Pedro, Tacna - 2019. Methodology: Non-experimental, descriptive and cross-sectional study. The sample was made up of 44 men and 25 elderly women, the prevalence of Kelly Syndrome was registered by means of an observational record, in which the presence or absence of Kelly Syndrome was recorded, in addition to the Classes and modifications, in case of presenting the syndrome. Results: the prevalence of Kelly Syndrome in the elderly in the nursing home San José and the Mixed Care Center for the Elderly San Pedro is shown: The most prevalent Class of Kelly Syndrome is Class I with a 48 %, while the most incident modification was modification I with 80%, likewise the most frequent combination of arches was Class I modification I giving a total prevalence of 48% in the study population. Conclusions: It is concluded that through the results obtained from the research, it is confirmed that the prevalence of Kelly Syndrome in older adults from the nursing home San José Nursing Home and the Mixed Residential Care Center for Older Adults San Pedro, Tacna - 2019, is 36%, this being higher than the international values described by the authors of 25% prevalence. therefore, it is suggested that older adults entering nursing homes have an oral health evaluation to prevent the premature appearance of Kelly Syndrome, especially Class I and Class III; through permanent monitoring by rehabilitation dentists.

Keywords: Prevalence, Kelly syndrome, classification.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años se ha visto que a los pacientes en su estado de salud bucal muestran ausencia parcial y total de piezas dentarias. Las causas que lo producen son diversas; siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal. Este conjunto de características ha sido descrito en la literatura como Síndrome de Kelly o Síndrome de combinación de Kelly, la primera vez por Ellwoth Kelly en 1972 (1) (2).

Por su parte la odontología rehabilitadora se especializa en la realización de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales de tipo fijo, removible y/o total en remplazo de las piezas dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión.

La OMS definió la calidad de vida como “El pensamiento del humano que posee en la vida, en la cultura y de los principios en los que sea formado y en asociación con los intereses, las políticas y las expectativas que presenta. Este concepto está relacionado con la vitalidad del individuo, el estado psíquico, autonomía y con el entorno que lo rodea”.

Un estudio realizado en Brasil se observó que dentro de los problemas relatados por los sujetos investigados y que presentaban ausencia dental estaban relacionados a la función y a lo social, como la dificultad al masticar y el sentimiento de incomodidad frente a los demás.

Los desdentados totales presentaron mayor impacto en comparación a los edéntulos parciales (3)

El SC tiene una tasa de prevalencia a nivel mundial del 24 y 25% (4)

Por ello en esta investigación se buscó investigar la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro en el año 2019.

Con tal objeto la presente investigación consta de cuatro capítulos: El capítulo I: Planteamiento del problema, enunciado y formulación del problema, objetivos, justificación y la formulación de la hipótesis. El capítulo II: Marco teórico y los antecedentes que respaldan la ejecución de nuestro estudio. El capítulo III: Metodología de la investigación, tipo de investigación, población de estudio, muestra, métodos y técnicas para la recolección de datos, y técnicas para el procesamiento de datos. El capítulo IV: Comprende los resultados del estudio, los que se presentan siguiendo un orden lógico y metodológico. Asimismo, este capítulo se continúa con la discusión de los hallazgos, los que se compulsan con las evidencias empíricas y la base teórica del estudio. Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones finales, las referencias bibliográficas de la investigación y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema

Según la literatura científica en nuestro medio; el SCK (Síndrome de combinación de Kelly) se inicia con la pérdida de dientes debido a caries, enfermedad periodontal, trauma, defectos congénitos y tratamientos iatrogénicos. La pérdida dental tiene un impacto negativo en la masticación, fonación, deglución y estética, afectando la calidad de vida del individuo. Después de la exodoncia, el hueso alveolar residual comienza un período de reabsorción rápida durante aproximadamente diez semanas seguido por una reabsorción más lenta pero progresiva.

Este problema que se suscita en la práctica motiva al investigador a realizar una búsqueda mucho más exhaustiva, con la finalidad de entender el comportamiento epidemiológico de las variables en nuestro medio de trabajo.

Comprendiendo la evolución que presenta la enfermedad oclusal, Guerrero y Cols. Sugieren que el SCK es una posible etapa avanzada de un síndrome de colapso de mordida posterior, si este no se diagnostica apropiadamente ni se trata de manera adecuada. A nivel regional y nacional no existe estudios que relacione los signos clínicos del SCK y su asiduidad en la población (5)

Es por ello que la presente investigación se realiza en los asilos Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto

del adulto mayor San Pedro en el año 2019, para determinar la prevalencia de Síndrome de Kelly.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál será la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna - 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar cuál es la prevalencia del síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna - 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Determinar la prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores en el Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José, según sexo.

- b. Identificar la prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores en el Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José, según el centro residencial.

- c. Identificar la prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores del Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José, según su Clase y modificación.

- d. Identificar la prevalencia de Síndrome de Kelly en los adultos mayores de en el Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José San Pedro y San José, según la combinación de arcadas.

1.4. Formulación de hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

H0: Es probable que la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, no sea mayor a los valores internacionales descritos por los autores.

H1: Es probable que la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, sea mayor a los valores internacionales descritos por los autores.

1.5. Justificación

Relevancia científica

La información de esta investigación ayudará a evitar los siguientes errores: mala adaptación de toda la prótesis y mal cuidado de las piezas dentarias, como hay muy pocos síndromes de este tipo, se recomienda expandir y revelar a los profesionales de la salud bucal lo conocen, por otra parte, esta pérdida ósea se debe a una falta parcial o total de los dientes, que principalmente dañan la salud general del

cuerpo, porque la boca se convertirá en la puerta de entrada de los alimentos y líquido.

Relevancia Social

Hay muchos pacientes que fueron diagnosticados con el síndrome de Kelly y a pesar del gran progreso en tecnología y conocimiento no se ha avanzado a grandes rasgos en la rehabilitación oral. El trabajo académico de síndrome de Kelly proporcionará más información a los profesionales de la salud oral, e incrementar el conocimiento para crear un Plan eficiente de prevención y tratamiento con la finalidad de mejorar La salud de los adultos mayores con este síndrome.

Relevancia humana

Para entender lo que está sucediendo en todo el mundo respecto a la salud oral, esto es necesario para entender nuestra realidad nacional, porque en nuestro trabajo de investigación sobre el síndrome de la combinación de Kelly, se puede mejorar el acceso de las personas adultos mayores a los servicios de salud bucal, contribuyendo así a nuestro desempeño en salud pública y contribuyendo a nuestro país, además en varios estudios epidemiológicos se han demostrado que las personas mayores con bajo nivel socioeconómico y educación alta o baja tienen una tasa de prevalencia más alta.

Relevancia Académica

Para lograr el cumplimiento de los objetivos de la investigación, se acudió a la aplicación del instrumento de ficha de observación; cabe precisar que el Odontólogo Ellwoth Kelly en el año 1972 identificó un conjunto signos y síntomas al cual se le denominó: *Síndrome de Kelly*, en la actualidad se realiza el diagnóstico de dicho síndrome a través de un instrumento elaborado por la Dra. Adriana Lasso (Especialista) con el apoyo de Karen Benavides (Estudiante) así mismo Karen Benavides de la Universidad las Américas de Ecuador para medir la prevalencia de la variable Síndrome de Kelly en adultos mayores, estos instrumentos fueron elaborados por profesionales de la Salud en Odontología, contextualizado por el investigador de esta tesis.

A través de la aplicación de los instrumentos de medición y su procesamiento mediante el software SPSS V.25, se busca conocer la prevalencia del síndrome de Kelly en adultos mayores.

Actualidad

Es un tema de actualidad a nivel local, nacional e internacional, existiendo escasos estudios referido al Síndrome de Kelly en la localidad.

Viabilidad

El estudio es viable, porque hay disponibilidad de las unidades de estudio para la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Ámbito internacional

Pranjali D., Vidhi S., Pooran C., Balendra P., Sunit K. (1) en el artículo: **“Análisis de casos de síndrome de hiperfunción anterior: Un estudio clínico”** Antecedentes: El síndrome de hiperfunción anterior es cuando a un maxilar desdentado se le oponen los dientes anteriores naturales de la mandíbula. Este lleva a diversas complicaciones en los pacientes que requieren dentadura postiza. El presente estudio fue realizado para analizar los casos de síndrome de hiperfunción anterior en la población de estudio. **Materiales y métodos:** Este estudio se llevó a cabo en 80 pacientes que tenían el maxilar superior desdentado usando la dentadura maxilar y la mandíbula parcialmente desdentada usando la dentadura parcial removible de la mandíbula. Se analizaron para varios signos y síntomas vistos en pacientes con síndrome de hiperfunción anterior. **Resultados:** El máximo de casos se registró por falta de la adaptación de la dentadura maxilar (hombre- 12, mujer- 8). La necesidad de reemplazo de la dentadura maxilar se vio en 5 hombres y 4 mujeres. El crecimiento de las tuberosidades se vio en 4 hombres y 5 mujeres. La falta de adaptación de la dentadura mandibular se vio en 7 hombres y 3 mujeres. La necesidad de reemplazo de la dentadura mandibular se vio en 6 hombres y 2 mujeres. La hiperplasia papilar se vio en 1 hombre y 1 mujer. Hipermovilidad de la parte anterior del

maxilar se observó en 7 mujeres y 3 hombres. La extrusión de los dientes anteriores inferiores se vio en 3 hombres y dos mujeres. La diferencia fue significativa (0,01). **Conclusión:** La tasa de prevalencia del síndrome de combinación fue del 30% con un ligero predominio masculino. El signo más común fue la falta de adaptación de la dentadura maxilar y la necesidad de reemplazo de la misma dentadura postiza.

Aditi S., Vishal P., Beneetu A., (6) en el artículo: Evaluación de los signos del síndrome de combinación en la población estudiada:

Una clínica Antecedentes: El síndrome de combinación, también conocido como síndrome de hiperfunción anterior, es cuando un maxilar desdentado se opone a dientes anteriores naturales de la mandíbula. El presente estudio se realizó para evaluar los casos de síndrome de combinación en la población estudiada. **Materiales y métodos:** Este estudio se llevó a cabo en 120 pacientes que tenían un maxilar desdentado que llevaba una dentadura maxilar y parcialmente mandíbula desdentada usando una dentadura parcial removible de la mandíbula. Fueron evaluados por varios signos de síndrome de combinación. **Resultados:** De los 340 pacientes examinados, 120 (35%) fueron positivos para el síndrome de combinación. Los hombres fueron 70 y las mujeres fueron 50. El máximo de casos se registró por falta de adaptación de la dentadura maxilar (hombre-13, mujer-9). La necesidad de reemplazo de la dentadura maxilar se vio por igual en 10 hombres y 6 mujeres. La falta de adaptación de la dentadura mandibular se observó en hombres (9) y mujeres (2). Se observó el crecimiento de las tuberosidades en 7 hombres y 6 mujeres. La necesidad de reemplazo de la dentadura

mandibular se vio en 9 hombres y 5 mujeres. La diferencia fue significativa (0,01). La hiperplasia papilar fue significativamente más alta en las mujeres (7) que en los hombres (8). La hipermovilidad de la parte anterior del maxilar se observó en las mujeres (7) y los varones (6). 5 hombres y 2 mujeres mostraron extrusión de la parte inferior dientes anteriores. La diferencia fue significativa ($P < 0,05$). **Conclusión:** La tasa de prevalencia del síndrome de combinación fue del 35% con un ligero predominio masculino. El signo más común fue la falta de adaptación de la dentadura maxilar y la necesidad de reemplazarla.

Benavides, K. (7) en su tesis “**Prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes asistentes a la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas (UDLA)**”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Síndrome de Kelly en los pacientes asistentes a la Clínica Odontológica de la UDLA. **Metodología:** Observacional, descriptivo y transversal. **Resultados:** La prevalencia fue de 45,37%, donde se pudo observar que la Clase de Síndrome de Kelly más prevalente es la Clase I que corresponde a clase IV de Kennedy superior y obtuvo un 51,26%, mientras que la modificación más incidente fue la modificación I que se refiere a Clase I de Kennedy obtuvo el 46,77%, pero a pesar de éstos números la combinación de arcadas más frecuente fue Clase I modificación I que obtuvo el 29,97% frente a las demás combinaciones. **Conclusión:** Se encontró un nivel alto en cuanto a la prevalencia de Síndrome de Kelly con un 45,37%, cabe decir casi la mitad de la población empleada (5).

Chamba, V. (4) en su tesis “**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**”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Combinación (SC) y su relación con factores como el tipo de edentulismo mandibular, la edad y sexo. **Metodología:** Este estudio transversal contó con una muestra de 312 pacientes, 230 mujeres y 82 hombres. Los signos y síntomas clínicos del Síndrome de combinación (SC) se evaluaron utilizando un formulario que incluye información validada para diagnosticar las características que presentaron los pacientes. **Resultados:** Se indica que la prevalencia de Síndrome Combinado de Kelly fue en 21,8% y la Clase I en el edentulismo mandibular. **Conclusión:** La relación del Síndrome de Combinación con la edad fue alta para los adultos mayores, ya que se presentó un valor OR superior a 1. (6)

Anchundia, A. (8) en su artículo titulado “**Prevalencia del Síndrome de combinación en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil (UCSG)**”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del Síndrome de Combinación, observando la presencia o ausencia de cada uno de los Signos descritos por Kelly en los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica UCSG durante el semestre B – 2016. **Metodología:** Es un estudio Observacional, descriptivo y transversal, con una muestra que incluye un total de 26 paciente que se les realizo la evaluación clínica de la cavidad oral de un total de 50 pacientes que acudieron al área de Prótesis Total Removible de la Clínica Odontológica UCSG. **Resultados:** De un Muestra de 26 pacientes evaluados que cumplían

los criterios de Inclusión del presente estudio, solamente 4 (15%) pacientes presentaban 4 de los signos del Síndrome de Combinación, se estableció que dentro de los signos clínicos más pérdida ósea alveolar posterior en el maxilar inferior, pérdida de dimensión vertical y discrepancia del plano oclusal. presente en 26 pacientes (100%) de la muestra. **Conclusión:** En esta muestra de Pacientes que acuden a la Clínica Odontológica UCSG la prevalencia del Síndrome de Combinación fue de 0% en los pacientes, no obstante, hubo un 50% de pacientes que presentaban 3 de los signos característicos del Síndrome de Combinación, y un 15% presentaba 4 de los signos clínicos (7).

Ámbito Nacional

Aijari, H. (9), en su estudio “**Prevalencia del Síndrome combinado de Kelly en adultos mayores del asilo Víctor Lira Arequipa – 2018**”. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del Síndrome Combinado de Kelly en adultos mayores del asilo Víctor Lira. **Metodología:** El estudio correspondió a un tipo de investigación no experimental, pues no hubo intervención de la investigadora sobre las unidades de estudio, además el diseño al cual se ajustó fue descriptivo, de campo, prospectivo y transversal. **Resultados:** Se observó que la prevalencia del síndrome combinado de Kelly fue del 21.1%, así mismo, la clase la cual se evidenció con mayor frecuencia fue la I (66.7%), no observándose en ninguno la clase III, además la totalidad de pacientes diagnosticados con el síndrome presentaron la modificación I. **Conclusión:** La edad de los adultos mayores motivo de estudio tuvo

relación estadísticamente significativa con el Síndrome Combinado de Kelly, pues a mayor edad la prevalencia del síndrome aumenta. (8).

Ámbito local

En el ámbito local no se encontraron antecedentes relacionados con el presente estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

2.2.1. Edentulismo

Concepto

Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal.

2.2.2. Edentulismo Parcial

La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. La caries dental suele ocurrir en los primeros años de edad en tanto que las enfermedades

periodontales sobreviven a la mitad de la vida o en años posteriores.

Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que pierde su dentición natural y progresa la desdentación parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura. Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporo mandibulares. Ellos crean a su vez problemas funcionales (10).

La ausencia de piezas dentales tiene un gran impacto sobre cada persona, no solo afecta al sistema estomatológico, también aqueja psicológica y físicamente.

2.2.3. Causas de la pérdida dentaria:

En los pacientes adultos mayores las causas más comunes de pérdida dentaria son: la caries dental, la enfermedad periodontal, traumatismo dental, otros (11)

2.2.4. Caries dental

La caries dental es una enfermedad crónica, infecciosa, multifactorial y transmisible, puede afectar a cualquier edad. Según la OMS menciona que la caries es un proceso localizado que se inicia después de la erupción dentaria,

luego se da el reblandecimiento del esmalte como tejido duro y evoluciona a una cavidad.

En la actualidad se plantea que existen tres factores para la etiología de esta enfermedad, como son el huésped correspondiente a la salud oral, la saliva y las piezas dentales, la microflora. El sustrato que corresponde a la alimentación con productos cariogénicos y el tiempo (12).

2.2.5. Enfermedad Periodontal

Se ha reportado que la gingivitis se presenta en el 99% de los adultos, mientras que la presencia de periodontitis alcanza un 30%, se encuentra superado por la caries dental no tratada con el 100% de los adultos que la padecen. La gingivitis y la periodontitis son enfermedades inflamatorias asociadas a la presencia del biofilm su gingival bacteriano.

La presencia de gingivitis es la primera característica que se manifiesta como respuesta inmune inflamatoria. Si se deja pasar el tiempo se hace crónica evolucionando a una periodontitis que se manifiesta con migración apical del epitelio de unión y pérdida de estructura ósea de los tejidos de soporte (9).

2.2.6. Traumatismo dental

Son lesiones dentales provocadas por fuerzas externas de forma violenta sobre los tejidos adyacentes y los dientes provocando alteraciones dentarias con repercusión, como la extrusión y la intrusión. Por lo general los pacientes acuden al profesional con dolor y lesiones faciales. También es común que los pacientes no busquen ayuda de inmediato por pensar que fuera un simple golpe en los dientes anteriores sin saber que esto podría empeorar con el tiempo. Es importante identificar los puntos hemorrágicos como edemas, fracturas coronarias, fracturas corono radiculares, fracturas verticales o alteración en la posición de los dientes (13).

Otro aspecto que produce la pérdida dental es la reabsorción ósea; la cual es un proceso que se da inevitablemente después de la extracción de dientes naturales, que puede ser acelerado por el uso de prótesis removibles, o agravado por un mal diseño o confección, así como el uso inadecuado de las mismas, es decir si la prótesis está mal adaptada, si el paciente no acude a controles luego de la colocación de la prótesis o duerme con la prótesis puesta.

Esta pérdida ósea se puede ver agravada en el Síndrome de Kelly, en el cual podemos percibir una falta de contactos posteriores debido a una deficiencia o ausencia de la prótesis inferior, lo que finalmente se traduce en un exceso

de presión de los dientes anteriores inferiores en la región anterior de la prótesis total superior, logrando así un traumatismo en el tejido fibromucoso vestibular y acelerando la reabsorción del reborde residual anterior (1).

2.2.7. Síndrome de Kelly

Definición

El Síndrome Combinado de Kelly (SCK) es la evolución en el tiempo de condiciones patológicas del sistema estomatognático.

Según Tolstunov (2009), constituye un complejo estado patológico del sistema estomatognático con un gran número de cambios en los tejidos duros y blandos de la boca que afecta la oclusión y otras funciones de dicho sistema. Incluye una serie de cambios destructivos que ocurren en el reborde edéntulo de los pacientes portadores de una dentadura total superior opuesta a una dentadura parcial removible (DPR) mandibular de extensión distal (10).

The Glossary of Prosthodontic Terms (1999) define este síndrome como “los rasgos característicos que ocurren cuando la maxila total edéntula se opone a dientes anteriores inferiores, incluyendo reabsorción ósea de la premaxila, crecimiento de las tuberosidades, hiperplasia papilar en

paladar, extrusión de los dientes anteriores inferiores y pérdida del hueso alveolar de los rebordes edéntulos mandibulares, también es llamado "Síndrome de hiperfunción anterior" (14).

2.2.8. Fisiopatología del síndrome de combinación

Se refiere a la patogénesis del SC, se indica que la reabsorción ósea es consecuencia de la pérdida de los dientes y esta es agravada por factores como: la causa y el tiempo de las exodoncias o el uso de prótesis mal ajustadas. El movimiento rotacional del dispositivo protésico desadaptado sobre el reborde es la principal causa de aceleración de reabsorción. Con el avance de la reabsorción ocurre una pérdida de soporte óseo representado inicialmente por la pérdida de contacto oclusal posterior.

De esta forma, las fuerzas oclusales resultantes son transferidas a la región anterior. El siguiente paso es la concentración de cargas oclusales sobre los incisivos inferiores y la reducción gradual de la carga oclusal posterior, esto provoca un cambio del plano oclusal que se inclina en la parte posterior hacia abajo y hacia arriba en la región anterior.

Por lo tanto, hay un aumento gradual de la concentración de fuerzas en la premaxila, exacerbando su reabsorción. La reabsorción en la región de la premaxila, la sobrecarga y el trauma oclusal causada por la prótesis favorecen el desarrollo de lesiones locales del tipo de hiperplasia fibrosa, todos estos factores desencadenan un aumento de la mala adaptación de la Prótesis Completa Mucosoportada (PCM), provocando una presión negativa en la región de las tuberosidades maxilares que da lugar al crecimiento de tejido fibroso u óseo en esa región.

El conjunto de estas alteraciones contribuye a la reducción progresiva de la dimensión vertical de oclusión. Otro factor que acompaña al desplazamiento antero superior de la PCM es la extrusión de los incisivos inferiores que resulta debido a la falta de estimulación requerida por el tejido periodontal ya que el movimiento hacia arriba de la porción anterior de la prótesis y los movimientos simultáneos hacia abajo de la porción posterior disminuyen las fuerzas antagonistas sobre los dientes anteriores mandibulares conduciéndolos a su supra erupción (15)

2.2.9. Problemas ocasionados por el síndrome de combinación

Funcionales

La ausencia de dientes implica un impacto negativo en las personas, no solo en lo que se refiere a la alimentación sino también en la dificultad en socializarse. La reducción de la eficiencia masticatoria es uno de los mayores problemas que aquejan a los pacientes desdentados y a los portadores de prótesis convencionales.

Las características del SC van a interferir con la función masticatoria del paciente. La extrusión dentaria anterior mandibular se da debido a la intención por parte de estos dientes de buscar apoyo capaz de triturar los alimentos durante la masticación. Esta situación ocurre porque la PCM está posicionada más hacia la parte superior. Además, la deficiencia de la masticación provoca la reabsorción ósea alveolar posterior.

Esta reabsorción ósea debajo de las bases de las PPR de extensiones distales mandibulares, el uso de dientes artificiales y los cambios posicionales en los dientes anteriores dan lugar a actividades para funcionales, aumentando así la fuerza por unidad de área sobre el hueso alveolar maxilar.

Estéticos

Clínicamente una persona con SC manifiesta pérdida de la dimensión vertical de oclusión, reposicionamiento anterior de la mandíbula con facetas de desgaste evidentes en lingual de los dientes anteriores maxilares e incisal de los dientes anteroinferiores (16).

Otro factor que considerar en el paciente edéntulo con SC es el reporte de frecuentes heridas en las comisuras de los labios (Queilitis Angular) como resultado de la pérdida de la dimensión vertical de oclusión (17).

Otra consecuencia que se puede producir es el alargamiento del labio, al menos aparentemente por que al no tener soporte éste se cuelga, se pueden dar asimismo los descolgamientos musculares o conocidos como barbilla de bruja que se da por que las inserciones musculares se ven afectadas en especial los músculos buccinador y mentoniano en la sínfisis mandibular y el cuerpo del maxilar inferior que está destinado a sufrir atrofia ósea (4).

FONÉTICO

La pérdida de piezas dentales ocasiona problemas en la fonética ya que personas relatan que mientras “están

hablando sienten como si estuvieran silbando por los lados de la boca” (18).

Otra parte que se ve seriamente afectada es la sonrisa puesto que con el crecimiento de tuberosidades y el cambio del plano oclusal tiende a esconderse los dientes anteriores superiores bajo el labio y se observan en mayor medida los dientes anteriores inferiores, dando lugar a una sonrisa invertida, que no es agradable a la vista (7).

PSICOLÓGICO

En cuanto a la parte psicológica la pérdida dental se traduce en falta de seguridad, depresión y deficiencia en interacción social, además constituye una prueba tangible del deterioro del organismo (7).

PROBLEMAS ARTICULARES

Debido a que el cóndilo está diseñado en primer lugar para ocluir protegiendo la zona anterior de la mandíbula, y al momento de aumentar la presión en dicha región con la protrusión mandibular, el cóndilo se ve obligado a tomar una posición más anterior llegando hasta el pico de la prominencia, produciendo el chasquido articular en el momento de la función masticatoria.

Asimismo, la pérdida dental posterior genera la intrusión del cóndilo dentro de la cavidad articular, desencadenándose en presión sobre el disco articular, causando de esta forma atrofia, reabsorción ósea, retrodiscitis que se traduce en dolor que aumenta al apretar los dientes, igualmente se presentan síntomas auditivos y estiramiento de los ligamentos articulares (19).

2.2.10. Clasificación del Síndrome de combinación de Kelly

Tolstunov en el 2007(clasificó este síndrome de una forma más amplia en la que agrupa a estos pacientes en tres Clases, con el edentulismo maxilar vamos a determinar la Clase de Síndrome que padece el paciente, pero con el edentulismo parcial mandibular vamos a definir la modificación que tendremos dentro de la clase, es así como este autor describió 3 Clases y 9 modificaciones para esta patología.

a) **Clase I:** Maxilar: Cuando el reborde alveolar es completamente edéntulo.

Mandíbula: Modificación I: Clase I de Kennedy

Modificación II: dentición completa ya sea con dientes, puentes dentosoportados o implantes.

Modificación III: Clase II de Kennedy.

- b) **Clase II:** Maxilar: edéntulo y atrófica solo anteriormente con la presencia de dientes en la región posterior bilateral. Mandíbula: las modificaciones serán las mismas descritas en la Clase I.
- c) **Clase III:** Maxilar: edéntulo a nivel anterior, pero con la presencia de dientes en la región posterior unilateral. Mandíbula: las modificaciones serán las mismas descritas en la Clase I (20).

CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME SEGUN TOLSTUNOV DE MODIFICACIONES Y CLASES

a. Modificación I

- **Clase I:** Maxilar edéntulo y mandíbula tipo clase I de Kennedy.
- **Clase II:** Maxilar edéntulo solo anteriormente y mandíbula de clase I de Kennedy.
- **Clase 3:** Maxilar edéntulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral y mandíbula tipo de clase I de Kennedy.

b. Modificación II

- **Clase I:** Maxilar edéntulo y mandíbula con dentición completa, bien sean dientes, implantes o puentes dentosoportados.

- **Clase II:** Maxilar edéntulo solo anteriormente y mandíbula con dentición completa, bien sean dientes, implantes o puentes dentosoportados.
- **Clase III:** Maxilar edéntulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral y mandíbula con dentición completa bien sean dientes, implantes o puentes dentosoportados.

c. Modificación III

- **Clase I:** Maxilar edéntulo y mandíbula tipo clase II de Kennedy.
- **Clase II:** Maxilar edéntulo solo anteriormente y mandíbula tipo clase II de Kennedy.
- **Clase III:** Maxilar edéntulo a nivel anterior y posterior de forma unilateral y mandíbula tipo de clase II de Kennedy.

GRÁFICO 1
CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE KELLY



Fuente: Tratamiento podemos elegir para rehabilitar pacientes con síndrome de combinación cien dent (21)

2.2.11. Prevalencia

La prevalencia del SC ha variado, pero ha venido siendo demostrado hasta en un 24% de maxilares edéntulos y en un 5% de mandíbulas edéntulas. En estos pacientes edéntulos bimaxilares ciertas características del síndrome se encuentran más comúnmente en la parte anterior (8).

2.2.12. Signos clínicos

Según Resende en su artículo, otorga una descripción para la examinación oral clínica para determinar la presencia o ausencia de los signos clínicos específicos para el Síndrome Combinado que a continuación es detallada:

- La Reabsorción en la región anterior maxilar se evalúa mediante la observación de tejidos flácidos en la región anterior de la cresta residual susceptible al desplazamiento.
- El Agrandamiento de las tuberosidades se evalúa, observando el crecimiento vertical y/o horizontal ya sea este de tejido fibroso u óseo en la región de la tuberosidad derecha y/o izquierda.
- Hiperplasia papilar palatina, mediante la observación de mucosa eritematosa con superficie papilar en el paladar duro.
- Extrusión de dientes anteriores mandibulares remanentes, por la observación de desgaste dental a nivel del esmalte o la dentina.
- Reabsorción ósea mandibular, mediante la observación de rebordes mandibulares con altura reducida en la región posterior (21).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a. Dimensión vertical:

Es la posición de relación estable entre el maxilar superior e inferior cuando hay máxima intercuspidad, donde el determinante de la DV son los músculos, en base a su longitud repetitiva de contracción, indica que el patrón de cierre es extremadamente constante. (22)

b. Edentulismo:

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, y su causa puede ser congénita o adquirida. (23)

c. Calidad de vida:

Juicio personal acerca de qué manera factores funcionales, psicológicos, sociales y de dolor o incomodidad afectan el bienestar. (24)

d. Extrusión dental:

Es el movimiento anormal de los dientes debido a la falta de piezas dentales. Es decir, si pierdes una muela y no la reemplazas, la muela contraria se moverá buscando "chocar" con la que ya no está, y por lo tanto puedes perderla. (25)

e. Tejido Fibroso:

Es un tejido conjuntivo que está compuesto por fibras elásticas muy reticuladas y pequeñas areolas con líquido, que puede ser denso o laxo. (26)

f. Hiperplasia:

Aumento anormal de tamaño que sufre un órgano o un tejido orgánico debido al incremento del número de células normales que lo forman. (27)

g. Mucosa bucal:

Está formada por la mucosa de revestimiento. Se encuentra en la cara interna del labio, cara interna de las mejillas, piso de la boca, cara inferior de la lengua y paladar blando. Estas zonas no participan, directamente, en el fenómeno masticatorio y no tienen receptores del gusto. (28)

h. Adultos mayores:

La OMS considera como adultos mayores a quien tiene una edad igual o mayor a 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. (29)

i. Reabsorción Ósea:

Disminución de tejido óseo en sentido vertical y horizontal, los encargados son los osteoclastos eliminan tejido óseo. (30)

j. SK:

Es el Síndrome de Kelly, es un estado de un paciente edéntulo total en el maxilar superior y en la mandíbula edéntulo parcial. (31)

k. SCK:

Es el Síndrome combinado de Kelly o Síndrome de hiperfunción anterior. (32)

l. OMS:

Organización mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. (33)

m. PCM: Es la Prótesis completa mucoso portada o maxilar. (34)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la investigación

- Ficha de observación clínica (examen clínico), estructura (escala de estimación) y no estructurada (cámara fotográfica).
- Es observacional o no experimental ya que nos basamos en ver clínicamente, la apariencia estética, presencia de signos, pérdida de dientes.
- Descriptivo, se describirá todas las características asociadas al Síndrome de Kelly.
- Transversal, porque la toma de datos se realizó en un solo momento.
- Epidemiológico, porque se verá casos de este estudio que presentan la pérdida dental considerada como patología más prevalente, donde se pretende medir la prevalencia del Síndrome de Kelly en el asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro.
- La investigación abarcó el periodo comprendido desde la elaboración del proyecto (setiembre del 2019) hasta la conclusión en el mes de (noviembre del 2019).

3.2. Tipo de diseño de investigación

- a. **El nivel de conocimiento o profundidad que se propone alcanzar:**

Descriptivo

- b. **Manipulación de las variables:**

No experimental u observacional.

3.3. Clasificación de las variables

Variable de interés (VDI): Síndrome de Kelly.

Variable de caracterización (VDC): Adultos mayores.

3.4. Población y muestra

Personas adultas mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro – Tacna.

POBLACIÓN

Población Cualitativa

Personas adultas mayores que presentan el Síndrome de Kelly.

Población Cuantitativa

Asilo Hogar de ancianos San José: 45 personas entre hombre y mujeres del Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro: 29 personas entre hombres y mujeres; mayores de 60 años.

MUESTRA

Técnica de muestreo no probabilístico, muestreo según criterio:

Conformada por 25 adultos mayores entre hombre y mujeres que presentan síndrome de Kelly (Según Criterios de inclusión).

Criterios de inclusión

1. Personas que cumplan las características del Síndrome de Kelly
 - Personas con edentulismo en una hemiarcada maxilar superior.
 - Personas dentadas mandibulares o con Clase I o II de Kennedy.
 - Personas con clase IV de Kennedy en el maxilar superior.

2. Personas que se acepten ser evaluados.

Criterios de exclusión

1. Personas que NO cumplan las características del Síndrome de Kelly.
 - Personas con 3 o menos piezas ausentes en toda la boca.

- Personas con clase III o IV de Kennedy mandibular.
- Personas con dentición maxilar superior completa.

2. Personas que no deseen ser evaluados

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Instrumento	Dimensión	Indicador	Escala de valoración	Escala de medición
Vdc: adultos mayores	Es un grupo vulnerable que alcanza el ser humano en su etapa de vida. (35)	Ficha de observación	Sexo	Hombre	Hombre = 1	Nominal dicotómica
				Mujer	Mujer = 2	
			Centro residencial	San José	San José = 1	Nominal dicotómica
				San Pedro	San Pedro = 2	
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de valoración	Escala de medición
vdi: Síndrome de Kelly	Rasgos característicos que ocurren cuando el maxilar superior edéntulo total se opone a dientes anteriores inferiores (36)	Ficha de recolección de datos	Prevalencia del Síndrome de Kelly	Adulto mayor de San José	Si/no	Nominal dicotómica
				Adulto mayor de San Pedro	Si/no	Nominal dicotómica
			Clase de Síndrome de Kelly	Adultos mayores San José y San Pedro	Clase I	Ordinal
					Clase II	
					Clase III	
			Modificación del Síndrome de Kelly	Adultos mayores San José y San Pedro	Modificación I	Ordinal
					Modificación II	
					Modificación III	
			Combinación de arcadas Síndrome de Kelly	Adultos mayores San José y San Pedro	Clase I (mod. I; mod II.; mod III)	Ordinal
					Clase II (mod. I; mod II.; mod III)	
Clase III (mod. I; mod II.; mod III)						

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la ficha de observación clínica (examen clínico), para evaluar el tipo de edentulismo y posterior registro en la odontograma, estructurada (escala de estimación) y no estructurada (Cámara fotográfica).

a. Procedimiento

- Se solicitó al Gerente general Ing. Edwin Rojas Machaca del Centro residencial mixto del adulto mayor San Pedro y en el asilo Hogar de ancianos San José la autorización de acceso para realizar la ejecución del proyecto de investigación mediante una solicitud, así mismo se le explicó el objetivo y el propósito de la investigación, así como el procedimiento para el recojo de datos y el consentimiento informado.
- Se coordinó con administración y se realizó un cronograma de actividades fijando los días y horas; así como un área de recolección de datos.
- Para la recolección de datos, los adultos mayores que conformaron la población de estudio fueron tomados en forma general por su especificidad.
- La recolección de datos estuvo a cargo del investigador.
- Posteriormente se acudió a cada Centro residencial asignados para informar en el Centro residencial del adulto

mayor al Gerente General para que dé a conocer a los administrativos del centro, y en el asilo Hogar de ancianos San José con la Madre Superiora Carmen Yugueros.

- Los adultos mayores son específicamente las personas de los centros residenciales de nuestra investigación; así también que cumplan con los criterios de inclusión/exclusión.

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento un formulario de observación que contiene datos para la recolección de información general, e información de la investigación cuyo objetivo es determinar la prevalencia del síndrome de Kelly.

b. Procedimiento

La información se obtuvo mediante cuestionarios que consta de cuatro (04) partes:

1. La primera de datos generales del paciente consignados en la ficha de recolección de datos: Edad y sexo
2. La segunda corresponde al odontograma: Tipo de edentulismo.

- Se procedió a la ejecución de la tesis, a lo largo de una semana, donde se evaluó de forma ética y ordenada con las respectivas medidas de bioseguridad a los adultos mayores que tenían el consentimiento firmado.

- Para la exploración clínica intraoral, se utilizaron trípodes estériles, y se registraron los datos en la ficha de recolección, el llenado del odontograma (Anexo N°2) para la determinación del tipo de edentulismo.
3. La tercera se siguió la ficha de recolección de datos para determinar el Síndrome de Kelly según Tolstunov (2007) únicamente la presencia de clases y modificaciones en cada paciente. Esta herramienta ha sido validada en varios países e idiomas, además de haber sido validada, como referencia de la investigadora Karen Benavides de la Universidad las Américas de Ecuador.
 4. La cuarta la toma fotográfica de cada paciente en los centros residenciales.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN.

Elementos para considerar:

Autorización: Para la ejecución en ambos centros residenciales

Recursos: Se determinó los horarios de visita a cada centro residencial

Proceso: Se empleó la lista de cotejo de todos los adultos mayores de cada centro residencial, mientras se desarrolló el examen clínico, se realizó el odontograma y toma de fotografía intraoral a cada adulto mayor, para procesarlo y anotarlos en la ficha de recolección de datos y así si son incluidos o excluidos en nuestra investigación.

Supervisión: Supervisado por el respectivo personal de cada centro residencial, con las facilidades para realizar los exámenes correspondientes.

3.7. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La ficha de observación; se respalda a través de la definición realizada por el Odontólogo Ellwoth Kelly en el año 1972 que indentificó un conjuntos signos y síntomas al cual denominó: Síndrome de Kelly, más adelante Len Tolstunov (2007) determinó la clasificación y abarco en un amplio contexto el síndrome de Kelly; posteriormente se elaboró un diagnóstico a través de un instrumento elaborado por la Dra. Adriana Lasso (Especialista) con el apoyo de Karen Benavides (Estudiante) así mismo Karen Benavides de la Universidad las Américas de Ecuador, cuya finalidad es medir la prevalencia de la variable Síndrome de Kelly en adultos mayores, estos instrumentos fueron elaborados por profesionales de la Salud en Odontología, contextualizado por el investigador de esta tesis (5).

3.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

- Una vez recolectados los datos se procedió a la revisión de cada una de las fichas para verificar que todos estén consignados, posteriormente fueron digitalizados en el programa Microsoft Excel 2016 y trasladados a una base de datos en el programa estadístico IMB SPSS Statistics 25.

- El procesamiento de los datos se realizó registrando estos en una matriz de recolección de datos, los cuales fueron transcritos a una matriz virtual en tablas y gráficos en Microsoft Excel, según los requerimientos para la investigación.
- La información recopilada se organizó y tabuló en cuadros de doble entrada, para conocer las diferencias observadas. Se presentó gráfico de barras después de tabular ambas variables de estudio, para el análisis e interpretación de resultados.
- Para comprobación de hipótesis se elaboró cuadros comparativos descriptivos con sus respectivas frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), además de la prueba estadística Chi – Cuadrado de bondad de ajuste.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de las variables de estudio

TABLA 1

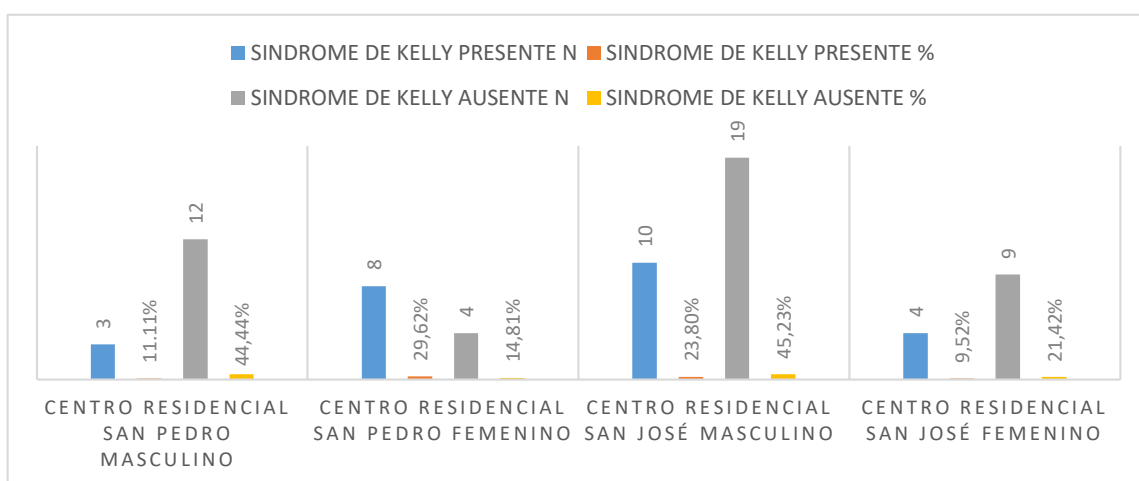
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL
ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR
DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN SEXO.

CENTRO RESIDENCIAL	sexo	SÍNDROME DE KELLY				SUBTOTAL	TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE				
		N	%	N	%	N	N	%
Centro residencial San Pedro	masculino	3	11,11%	12	44,44%	15	27	100%
	femenino	8	29,62%	4	14,81%	12		
Centro residencial San José	masculino	10	23,80%	19	45,23%	29	42	100%
	femenino	4	9,52%	9	21,42%	13		
TOTAL	masculino	13	18,84%	31	44,92%	44	69	100%
	femenino	12	17,39%	13	18,84%	25		

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN SEXO.



INTERPRETACIÓN

En la tabla 1, se muestra la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores del Hogar de ancianos San Pedro y San José, que fueron incluidos según sexo, se puede evidenciar en ambos asilos presenta síndrome de Kelly en el sexo masculino el 18,84% y el femenino con el 17,39%.

TABLA 2

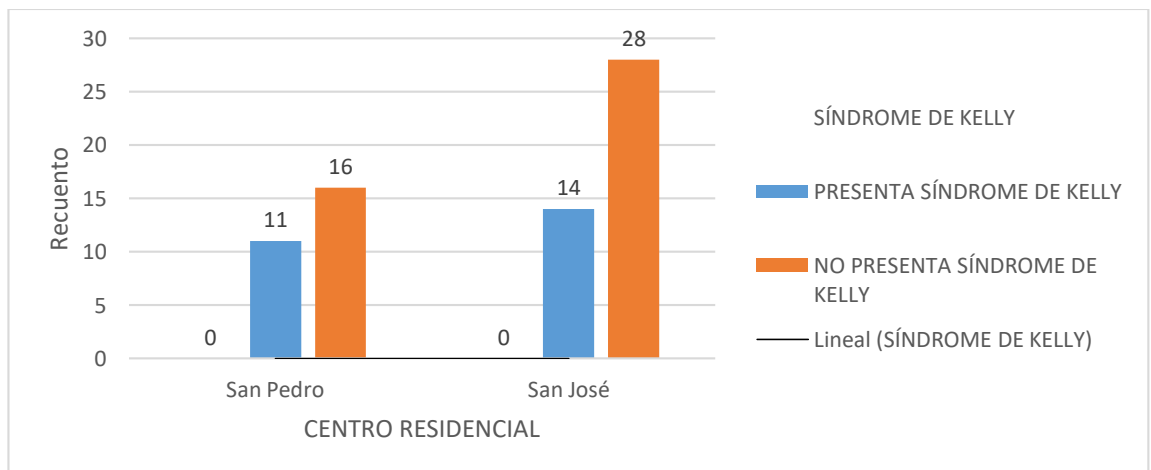
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN EL CENTRO RESIDENCIAL.

			Síndrome de Kelly		Total
			Presenta Síndrome de Kelly	No presenta Síndrome de Kelly	
Centro residencial	San Pedro	Recuento	11,00	16,00	27,00
		% dentro de centro residencial	40,74%	59,26%	100,00%
	San José	Recuento	14,00	28,00	42,00
		% dentro de centro residencial	33,33%	66,67%	100,00%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN EL CENTRO RESIDENCIAL.



INTERPRETACIÓN

En la tabla 2, se presenta la distribución numérica y porcentual del Síndrome de Kelly en los adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San Pedro y San José, que fueron evaluados para la investigación, corresponde al objetivo principal planteado donde se empleó un muestreo total de 69 adultos mayores de los asilos, donde la prevalencia de síndrome de Kelly fue de 36%.

Los resultados obtenidos luego del examen clínico llevado a cabo sobre los adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San Pedro y San José en la muestra, unidad de estudio, están afectados con el Síndrome de Kelly en el asilo San Pedro con un 40,74% y la del asilo san José con un 33,33%.

TABLA 3

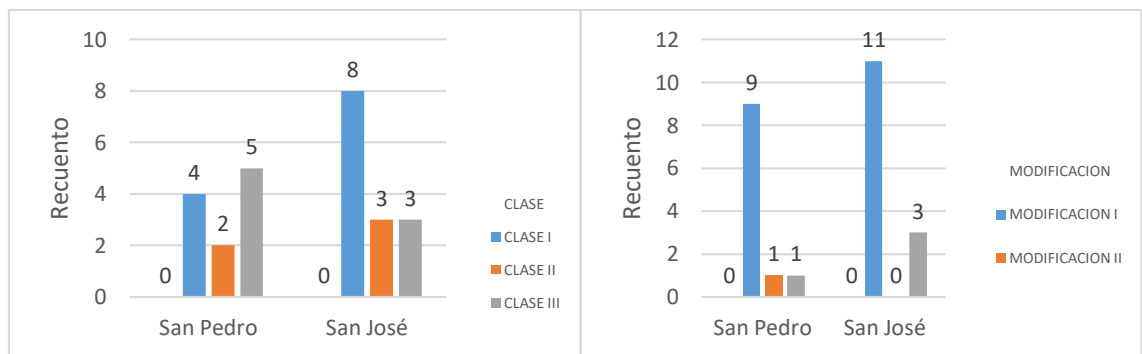
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN
 LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL
 ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR
 DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN LA
 CLASE Y MODIFICACIÓN.

Clase			Clase I	Clase II	Clase III	Total
Centro residencial	San Pedro	Recuento	4,00	2,00	5,00	11,00
		% dentro de centro residencial	36,36%	18,18%	45,45%	100,00%
	San José	Recuento	8,00	3,00	3,00	14,00
		% dentro de centro residencial	57,14%	21,43%	21,43%	100,00%
Modificación			Modificación I	Modificación II	Modificación III	Total
Centro residencial	San Pedro	Recuento	9,00	1,00	1,00	11,00
		% dentro de centro residencial	81,82%	9,09%	9,09%	100,00%
	San José	Recuento	11,00	0,00	3,00	14,00
		% dentro de centro residencial	78,57%	0,00%	21,43%	100,00%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN EL CENTRO RESIDENCIAL.



INTERPRETACIÓN

En esta tabla 3 se puede evidenciar la prevalencia de la clasificación y modificación del Síndrome de Kelly, donde la prevalencia de los asilos fue la Clase I con el 48% y la modificación I con el 80%.

La Clase I fue mayor la prevalente en el asilo San José con 57,14%, que en el asilo San Pedro en la Clase III con un 45,45%, la modificación que más prevaleció en ambos asilos fue la modificación I.

TABLA 4

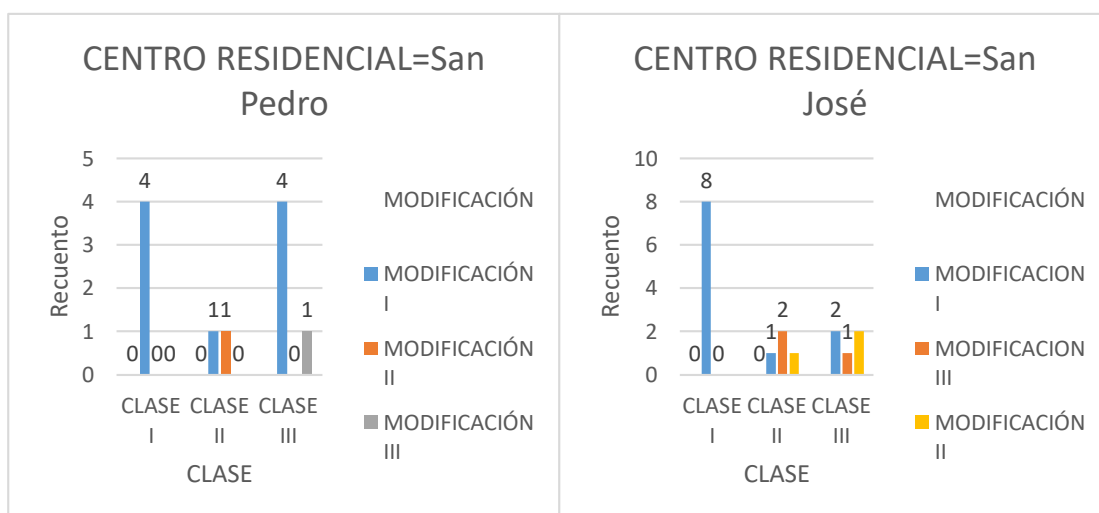
DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN LA COMBINACIÓN DE ARCADAS.

Centro residencial			Modificación			Total
			Modificación I	Modificación II	Modificación III	
San Pedro	Clase I	Recuento	4,00	0,00	0,00	4,00
		% dentro de clase	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Clase II	Recuento	1,00	1,00	0,00	2,00
		% dentro de clase	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
	Clase III	Recuento	4,00	0,00	1,00	5,00
		% dentro de clase	80,00%	0,00%	20,00%	100,00%
San José	Clase I	Recuento	8,00	0,00	0,00	8,00
		% dentro de clase	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Clase II	Recuento	1,00	0,00	2,00	3,00
		% dentro de clase	33,33%	0,00%	66,67%	100,00%
	Clase III	Recuento	2,00	0,00	1,00	3,00
		% dentro de clase	66,67%	0,00%	33,33%	100,00%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE KELLY EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO Y EL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, SEGÚN LA COMBINACIÓN DE ARCADAS.



INTERPRETACIÓN

En la tabla 4 de arcadas de combinación, se determinó la mayor prevalencia en combinación de arcadas de los asilos San José y San Pedro fue la Clase I con modificación I en un total de 12 adultos mayores (48%).

Se registra que en el asilo San Pedro la Clase III tuvo mayor número de modificaciones con un total de 5 con modificación I, y en el asilo San José se registra con la mayor combinación en la Clase I con un total de 8 con modificación I.

4.2. Formulación de hipótesis

1. Planteamiento Hipótesis

H₀: Es probable que la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, no sea mayor a los valores internacionales descritos por los autores.

H₁: Es probable que la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, sea mayor a los valores internacionales descritos por los autores.

2. Tabla de contingencia

Tabla de contingencia -Síndrome de Kelly					
	N observado	%	N esperada	%	Diferencia
Presenta síndrome de Kelly	25,00	36% ^a	17,25	25% ^b	7,75
No presenta síndrome de Kelly	44,00	64%	51,75	75%	- 7,75
Total	69,00	1,00	69,00	1,00	

Nota:

- a. Prevalencia del síndrome de Kelly en los adultos mayores del Centro residencial San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José.
- b. Prevalencia de los valores internacionales de los autores.

Interpretación:

Según lo que se observa en la tabla de contingencia del síndrome de Kelly se evidencia que:

La prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, es mayor a los valores internacionales descritos por los autores.

4.3. DISCUSIÓN

En la presente investigación “Prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del Asilo Hogar De Ancianos San José y el Centro de Atención Residencial Mixto Del Adulto Mayor San Pedro, Tacna - 2019” se observa que: A pesar de los avances tecnológicos actuales, la reabsorción ósea en un reborde edéntulo es inevitable.

Es extremadamente importante que el odontólogo sepa reconocer el Síndrome para que se pueda dar un correcto tratamiento. Con una probabilidad del error del 3,1189%, la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, es mayor a la prevalencia de Síndrome de Kelly a nivel mundial.

Con respecto a la prevalencia del Síndrome de Kelly, se obtuvo el 36,23% con un ligero predominio en el masculino , dando resultado a la Clase I con el 48%, modificación I el 80% y la combinación de arcadas con el 48%; estos resultados son mayores a los obtenidos por **Pranjali D. y col.** (1) en el artículo: “Análisis de casos de síndrome de hiperfunción anterior”, donde se obtuvo una tasa de prevalencia de 30% que su predominio también fue ligero en el masculino; los resultados de este estudio es levemente mayores a los obtenidos por **Aditi S. y col.** (6) en el artículo: “Evaluación de los signos del síndrome de combinación en la población estudiada: Una clínica”, donde revelaron que la tasa de prevalencia de síndrome de Kelly fue de 35% donde también predominó ligeramente el masculino, mientras

difiere con el estudio de **Benavides K.** (7) titulado “Prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes asistentes a la clínica odontológica de la UDLA , donde fue mayor con un 45,37% de la prevalencia de síndrome de Kelly, donde también prevaleció la Clase I con el 51,26% y modificación en el 46,77%, mostrando así la combinación de arcadas Clase I modificación I en el 29,97% menor a la de nuestro estudio.

Asimismo estos resultados obtenidos son mayores a los obtenidos por **Chamba V.** (4) en su trabajo titulado “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”, donde obtuvo una prevalencia de síndrome de Kelly fue de 21,8% , donde también su predominio de la Clase I con el 45,37% y modificación I en el 28,8%; y también el porcentaje del trabajo realizado por **Anchundia A.** (8) titulado “Prevalencia del Síndrome de combinación en pacientes que acuden a la clínica odontológica UCSG” su tasa de prevalencia de síndrome fue nula ó 0%, no obstante se definió de 50 personas a 26 personas que presentaban de 3 a 4 características un 75% donde nuestro estudio los signos eran en su totalidad.

Por lo mencionado anteriormente la similitud de los resultados de estos estudios internacionales se debe a que los países donde se realizaron los estudios están en proceso de desarrollo y la prevención no es prioridad para ellos y muchas veces tampoco para el Estado.

En el Perú según el trabajo de estudio de **Aijari H.** (9) titulado “Prevalencia del Síndrome combinado de Kelly en adultos mayores del asilo Víctor Lira Arequipa – 2018” se difiere con una tasa de prevalencia de 21,1% donde la clase I fue mayor prevalente con un 66,7% y modificación I con su totalidad a comparación en nuestro estudio fue mayor con un 36,23% en el Centro Residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José , dando resultado a la Clase I con el 48%, modificación I el 80%.

Finalmente, los resultados internacionales y nacionales en su mayoría presentan similitud en cuanto a la autopercepción de su calidad de vida refiriendo que es mala, esto nos conlleva a identificar las carencias de este grupo etéreo.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La prevalencia porcentual del Síndrome de Kelly en los adultos mayores en el Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José, según sexo fue del 18,84% en el masculino y el 17,39% en el femenino.

SEGUNDA

La prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores en el Centro residencial del adulto mayor San Pedro fue 40,74% y 33,33% en el asilo Hogar de ancianos San José.

TERCERA

La prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores del Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José, según su Clase y modificación fue la Clase I con el 48% y la modificación I con el 80%.

CUARTA

La prevalencia del Síndrome de Kelly en los adultos mayores del Centro residencial del adulto mayor San Pedro y el asilo Hogar de ancianos San José, según la combinación de arcadas fue la Clase I con un total de 12 adultos mayores con modificación I con el 48%.

QUINTA

Se concluye que a través de los resultados obtenidos de la investigación se confirma que la prevalencia del Síndrome de Kelly en adultos mayores del asilo Hogar de ancianos San José y el Centro de atención residencial mixto del adulto mayor San Pedro, Tacna – 2019, es de 36%, siendo este mayor a los valores internacionales descritos por los autores del 25% de prevalencia.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se recomienda los tutores de ambos Centros residenciales con el gerente general y la madre superiora donde es mínima la diferencia según sexo de pacientes con el síndrome de Kelly, se requiere un mayor control de dieta e higiene bucal en el asilo San José y el centro residencial San Pedro, acompañados de psicólogos en diagnosticar en su salud mental.

SEGUNDA

Los encargados de los asilos San Pedro y San José deben de proponer convenios con instituciones como el MINSA o privadas, y campañas para que los adultos mayores tengan sus prótesis removibles adecuados de acuerdo con su edad para mejorar la capacidad mínima de masticación.

TERCERA

Se recomienda tempranamente utilizar las prótesis convencionales con el fin de evitar la extrusión de piezas sanas modificando el plano de oclusión y reabsorción ósea, que estas van a incidir en el caso de Síndrome de Kelly.

CUARTA

Se recomienda al personal asistencial de cada centro residencial, darles a conocer sus deficiencias en mejorar y proponerle un tratamiento adecuado

en el caso de Síndrome de Kelly mediante la colocación de prótesis fija sobre implantes de acuerdo con el estado sistémico de cada adulto mayor.

QUINTA

Se sugiere continuar con la línea de investigación del Síndrome de Kelly en mayor población de adultos mayores para que cumplan el tamaño de conocimiento y disminuir la prevalencia alta en la región, ya que la prevalencia en la población estudiada es de 36 %.

SEXTA

Finalmente, se sugiere a los docentes de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Jorge Basadre Grohmann que incorporen en el syllabus para curso: Integrada del Adulto, considerar los criterios de reconocimiento del síndrome de Kelly en el record del estudiante para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes, disminuyendo la tasa de prevalencia alta en la región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Dutt1 P. Analysis of Cases of Anterior Hyperfunction Syndrome: A . Clinical Study. Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research. 2018 Junio; Vol. 6(6).
- 2 Tenorio N. Frecuencia de acciones quirúrgica realizadas en pacientes . adultos atendidos en las clínicas de pregrado de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, 2019. [Online].; 2019 [cited 2020 mayo 11. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40442/1/TENORIONadia.pdf>
- 3 Sarria Chicué E. Diagnósticos oclusales y su relación con los hallazgos . temporomandibulares. [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 10. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/61934/1/Trabajo%20Final%20de%20Especialidad%20Edwin%20-%20Pablo.pdf>.
- 4 Chamba V. Prevalencia del síndrome de combinación prevalencia del . síndrome de combinación asociados en la clinica de la facultad de odontología de la universidad de cuenca período 2015-2016. [Online].; 2016 [cited 2020 mayo 10. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25619/1/Tesis.pdf>.
- 5 S. G. Epidemiología de la caries dental en la población venezolana . menor de 19 años. [Online].; 2014 [cited 2020 mayo 11. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2014/cmh142i.pdf>.

- 6 col ASy. EVALUACIÓN DE LOS SIGNOS DEL SÍNDROME DE . COMBINACIÓN EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA. JOURNAL OF ADVANCED AND DENTAL SCIENCES RESEARCH. 2018 MARZO; 6.
- 7 Benavides K. Prevalencia de Síndrome de Kelly en pacientes asistentes . a la Clínica Odontológica de la UDLA. [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 10. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7161/1/UDLA-EC-TOD-2017-80.pdf>.
- 8 Achundia. Prevalencia del síndrome de combinación en pacientes que . acuden a la clínica odontológica ucsg 2017. [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 10. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7520/1/T-UCSG-PREMEDIODON-251.pdf>.
- 9 Hillary Aijari M. Prevalencia del síndrome combinado de kelly en adultos . mayores del asilo Víctor Lira Arequipa – 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 11. Available from: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7989/8/T059_76683188_T.pdf.
- 10 L. V. Prevalencia de fracturas simples de esmalte y dentina sin . compromiso pulpar en escolares de 3 a 9 años en la escuela de educación básica nueva alborada de Guayaquil. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo 08. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33879/3/2737VERAIliliana.pdf>.
- 11 L. T. Journal de Implantology Combination Syndrome: Classification and . Case Report 2007. [Online].; 2007 [cited 2020 mayo 04. Available from:

<https://meridian.allenpress.com/joi/article/33/3/139/2110/Combination-SyndromeClassification-and-Case>.

1 J. B. Alternativas de técnicas de impresión para mejorar la adaptación de
2 prótesis totales superiores en pacientes que presentan Síndrome de
. Kelly 2015. [Online].; 2015 [cited 2020 mayo 07. Available from:
[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11253/1/BASTIDASjenny.p
df](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/11253/1/BASTIDASjenny.pdf).

1 H. M. Prevalencia del síndrome combinado de kelly en adultos mayores
3 del asilo Víctor Lira arequipa – 2018. [Online].; 2018 [cited 2020 mayo
. 05. Available from:
[http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7989/8/T059_76683188_T.p
df](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/7989/8/T059_76683188_T.pdf).

1 Guierrez V. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos
4 de ámbito urbano marginal. [Online].; 2015 [cited 2020 mayo 01.
. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>.

1 F. SW. Prosthodontic Treatment of a Patient with Combination
5 Syndrome: A Clinical Case Report Taipei Taiwan 2012. [Online].; 2012
. [cited 2020 mayo 11. Available from:
http://www.prosthod.org.tw/doc/mgzp/1-1/apd_mgz_p1-1-4.pdf.

1 de Souza Coelho-Soares. Impacto del Edentulismo en la calidad de vida
6 de individuos brasileños. [Online].; 2012 [cited 2020 mayo 02. Available
. from: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art-9/>.

1 Cunha L. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de prótese
7 parcial removível Porto Alegre 2007. [Online].; 2007 [cited 2020 mayo 09.
. Available from:
[http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=1429&article=707&
mode=pdf](http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=1429&article=707&mode=pdf).

- 1 C. R. Que tratamiento podemos elegir para rehabilitar pacientes con
8 síndrome de combinación cien dent. [Online].; 2011 [cited 2020 mayo 10].
. Available from: <https://es.calameo.com/read/0056252771f486653a7e3>.
- 1 Bansal R KMGRSRKS. Prosthodontic rehabilitation of patient with flabby
9 ridges with different impression techniques. [Online].; 2014 [cited 2020
. mayo 10. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4184326/>.
- 2 Azambuja de Mascarenhas Arouca M. Síndrome de Kelly Porto. [Online].;
0 2013 [cited 2020 mayo 11. Available from:
. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4116/1/tese%20finalissima.pdf>.
- 2 A. Ú. El síndrome de combinación en relación con rehabilitaciones
1 bucales inadecuadas. [Online].; 2015 [cited 2020 mayo 11. Available
. from:
<http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41529/art1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Merida.
- 2 Ramirez A. RODETES: Relación superior- inferior del maxilar y la
2 mandíbula cuando los dientes se encuentran en máxima
. intercuspidad. [Online].; 2014 [cited 2020 ABRIL 20. Available from:
<https://slideplayer.es/slide/1125159/>.
- 2 Pereira DV. Edentulismo. [Online].; 2020 [cited 2020 mayo 30. Available
3 from: <https://www.propdental.es/blog/implantes-dentales/edentulismo/>.
- 2 Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto.
4 [Online].; 2012 [cited 2020 Abril 30. Available from:
. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>.

2 Aleman F. EXTRUSIÓN. [Online].; 2018 [cited 2020 abril. Available from:
5 <http://odontologia.uba.ar/wp-content/uploads/2019/02/Extrusion.pdf>.

2 ARENAS CEM. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO. [Online].;
6 2010 [cited 2020 ABRIL 30. Available from:
. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12966/12/b11169126_0012.pdf.

2 GENERAL P. ELSEVIER. [Online]. ESPAÑA: ELSEVIER; 2010 [cited
7 2020 06 14. Available from:
. [http://www.berri.es/pdf/ROBBINS%20PATOLOGIA%20HUMANA%20\(Student%20Consult\)/9788480869942](http://www.berri.es/pdf/ROBBINS%20PATOLOGIA%20HUMANA%20(Student%20Consult)/9788480869942).

2 GARZON I. ESTUDIO DE MARXADORES DE DIFERENCIACIÓN
8 EPITELIAL EN MUCOSA ORAL. [Online].: UNIVERSIDAD DE
. GRANADA; 2009 [cited 2020 JUNIO 14. Available from:
<https://hera.ugr.es/tesisugr/18276635.pdf>.

2 Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor. An Fac Med.
9 2007; 3(68).

3 Mandalunis PM. REMODELACIÓN ÓSEA. Actualiz Osteología 2(1).
0 2006; 2.

3 L T. [Online].; 2016 [cited 2020 junio 13. Available from:
1 <https://www.odontoespacio.net/noticias/sindrome-combinado-un-reto-para-la-rehabilitacion-protésica/>.

3 BORJA M. EDENTULISMO Y SU INCIDENCIA EN EL CONJUNTO DE.
2 [Online].; 2012 [cited 2020 JUNIO 10. Available from:

<http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2023.pdf>.

3 OMS. Epidemiología. 2010..

3

.

3 Ayuso-Montero R MLEBdBMRUM. Prótesis removible en el paciente
4 geriátrico. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. 2015; 31(3).

.

3 OMS. Temas de salud. ENVEJECIMIENTO. 2018 Setiembre: p.
5 <https://www.who.int/topics/ageing/es/>.

.

3 A. G. Devolver la dimensión vertical en un paciente geriátrico edéntulo
6 portador de una prótesis total superior e inferior. [Online].; 2019.

.

3 Pujaico. Rehabilitacion oral en una paciente de 56 años de edad
7 diagnosticada con síndrome combinado de Kelly, en la ciudad del Cusco.
. [Online].; 2017 [cited 2020 mayo 11. Available from:
http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1279/1/Fiorella_Trab.Acad.bachiller_2017.pdf.

3 P. C. combination syndrome associated with a mandibular implant
8 supported overdenture : a clinical report. [Online].; 1996 [cited 2020 mayo
. 11. Available from: [https://www.thejpd.org/article/S0022-3913\(96\)90084-0/pdf](https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(96)90084-0/pdf).

3 N. A. Prosthodontic management of a patient with combination syndrome
9 : a clinical case report – BKN hospital Gohana Road, Near Hero Honda
. Showroom. [Online]. [cited 2020 mayo 11. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/297733139_Prosthodontic_ma

management of a patient with combination syndromeA clinical case r
eport International Journal of Current Advanced Research.

4 Lopez J.. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de
0 Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval
. "Cirujano Mayor Santiago Távara". [Online].; 2009 [cited 2020 mayo 12.
Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2170/Lopez_oj.pdf?sequence=1.

4 A. M. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no
1 transmisibles : Cambios en los paradigmas. [Online].; 2016 [cited 2020
. mayo 10. Available from:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0718539116300362?token=518F6365706FBA15E2ECEB692C711AC19DC3FF5F3B4AE3D6B5EC75AE2E39360B38B132EB47A8E8979BEAD118F46C9F7C>.

4 A. G. Devolver la dimensión vertical en un paciente geriátrico edéntulo
2 portador de un paciente geriátrico edéntulo portador de una prótesis total
. superior e inferior. [Online].; 2019 [cited 2020 mayo 11. Available from:
<https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/3810/1/TUIDE-2202.pdf>.

4 A. D. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos
3 usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa
. Vista, em Belo Horizonte- Rio de Janeiro 2005. [Online].; 2005 [cited
2020 mayo 10. Available from:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400024.

4 Aditi S. VP. Evaluación de los signos de combinación en la población
4 estudiada INDIA; 2017.

ANEXOS

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... . identificado con DNI N° :_____ he sido informado y acepto participar en la investigación **PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE KELLY EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ Y EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO, Tacna- 2019** es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda de este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna manera. Si alguna de las preguntas les parece incómodas, tiene Ud. el derecho de hacérselos saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por el estudiante interno de Odontología EIGNER TITO CATAFORA MAMANI.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usado para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo hacer las preguntas que crea convenientes.

El resultado de este estudio será entregado a la Reverenda Madre Superiora a fin de anexar a cada historial médico.

Firma del paciente

Fecha: / / 19

ANEXO 2 :

ODONTOLOGÍA

PACIENTE: _____ **EDAD :** _____ **SEXO:** _____

Antecedentes familiares:.....

Antecedentes


Personales:.....

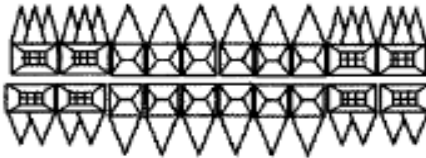
Diagnóstico _____ **Presuntivo**


.....
.....
.....


ODONTOGRAMA INICIAL

Fecha:.....

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
									

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
									

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
															



Especificaciones: _____

Observaciones: _____

Fuente: Dirección Ejecutiva de Salud Bucal - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°: _____

LUGAR DE INVESTIGACIÓN: _____

NOMBRE: _____ Fecha :

En la presente encuesta solo se marcará únicamente la presencia de clases y modificaciones en cada paciente:

SEXO: _____.

EDAD: _____

MAXILAR SUPERIOR

CLASE I (edéntulo total)

CLASE II (clase IV de Kennedy)

CLASE III (presencia de dientes en un solo lado de la arcada)

MAXILAR INFERIOR

Modificación I (Clase I de Kennedy)

Modificación II (presencia de todos los dientes)


Modificación III (Clase II de Kennedy)

OBSERVACIONES:

: _____

Validado por expertos en la Universidad de las Américas (2017) en el trabajo de investigación de Karen Benavides.

ANEXO 4:

 Hermanitas de los Pobres
Hogar "San José"
Avda Sta Cruz 1255, TACNA,
tel 52 57 83 30,
mstacnahdp@gmail.com


CONSTANCIA DE ESTUDIO

La que suscribe Sor María del Carmen Yugueros con C.E 002362458, Superiora del Hogar de Ancianos "San José" de Tacna, certifica que el Sr Eigner Tito Catacora Mamani, alumno interno de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre identificado con DNI 72970832, ha realizado estudio de investigación de Odontología en el Hogar de Ancianos San José, durante el periodo 04 hasta el 22 de Noviembre del 2019.

Demostrando desempeño, responsabilidad y puntualidad.

Se expide esta constancia a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

Tacna 23 Noviembre 2019



HERMANITAS DE LOS POBRES
HOGAR DE ANCIANOS
"San José"
Av. Santa Cruz 1255 Telf. 578330

María del Carmen Yugueros
Superiora

ANEXO 5

 **SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE TACNA**

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE, GERENTE GENERAL DE LA SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE TACNA

HACE CONSTAR:

Que, el Sr. EIGNER TITO CATACORA MAMANI, identificado con DNI N° 72970832, Interno de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ha realizado la recolección de datos para su Proyecto de Investigación titulada: "PREVALENCIA DE SÍNDROME COMBINACIÓN DE KELLY EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MIXTO DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO", desde el 04 de noviembre al 22 de noviembre del 2019.

Se extiende la presente a solicitud del interesado.

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE TACNA
Ing. Edwin René Rojas Malhaca
GERENTE GENERAL

Tacna, 04 de diciembre del 2019

Form. 7.1.1.1.01.136

ANEXO 6

CENTRO	ORDEN	COD	SEXO	EDAD	Maxilar Superior	Maxilar inferior	SINDROME DE KELLY	CLASE	MODIFICACIÓN
CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR SAN PEDRO	1	SP1	M	83	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	2	SP2	M	85	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	3	SP3	M	80	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	4	SP4	M	84	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	5	SP5	M	84	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	6	SP6	M	98	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	7	SP7	M	77	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	8	SP8	M	76	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	9	SP9	M	86	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	10	SP10	M	65	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	11	SP11	M	78	E. PARCIAL	E. TOTAL	2	0	0
	12	SP12	M	79	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	2	1
	13	SP13	M	90	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	3	1
	14	SP14	M	72	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	15	SP15	M	80	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	3	1
	16	SP16	F	75	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	17	SP17	F	80	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	18	SP18	F	81	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	19	SP19	F	83	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	20	SP20	F	76	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	21	SP21	F	92	E. PARCIAL	DENTADO	1	2	2
	22	SP22	F	83	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	23	SP23	F	89	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	3	1
	24	SP24	F	79	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	25	SP25	F	84	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	3	1
	26	SP26	F	77	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	27	SP27	F	72	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	3	3
ASILO HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ	28	SJ1	M	88	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	29	SJ2	M	72	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	30	SJ3	M	87	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	31	SJ4	M	81	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	32	SJ5	M	92	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	33	SJ6	M	79	E. PARCIAL	E. TOTAL	2	0	0
	34	SJ7	M	91	E. TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	35	SJ8	M	84	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	36	SJ9	M	93	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	37	SJ10	M	65	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	38	SJ11	M	89	E. TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	39	SJ12	M	87	E. PARCIAL	E. PARCIAL	1	2	1

CENTRO	ORDEN	COD	SEXO	EDAD	Maxilar Superior	Maxilar inferior	SINDROME DE KELLY	CLASE	MODIFICACIÓN
	40	SJ13	M	68	E. PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	41	SJ14	M	80	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	42	SJ15	M	86	E.TOTAL	E.PARCIAL	1	1	1
	43	SJ16	M	72	E. PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	44	SJ17	M	74	E.PARCIAL	E.PARCIAL	1	2	3
	45	SJ18	M	77	E.TOTAL	E.PARCIAL	1	1	1
	46	SJ19	M	75	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	47	SJ20	M	83	E.TOTAL	E.TOTAL	2	0	0
	48	SJ21	M	82	E.PARCIAL	E.PARCIAL	1	3	3
	49	SJ22	M	66	DENTADO	DENTADO	2	0	0
	50	SJ23	M	84	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	51	SJ24	M	81	E.TOTAL	E.PARCIAL	1	1	1
	52	SJ25	M	83	E.PARCIAL	E.PARCIAL	1	3	1
	53	SJ26	M	65	E. PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	54	SJ27	M	75	E. PARCIAL	E. PARCIAL	2	0	0
	55	SJ28	M	74	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	56	SJ29	M	75	E.TOTAL	E.TOTAL	2	0	0
	57	SJ30	F	100	E.TOTAL	E.PARCIAL	1	1	1
	58	SJ31	F	96	E.TOTAL	E. TOTAL	2	0	0
	59	SJ32	F	96	E. PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	60	SJ33	F	86	E.TOTAL	E. PARCIAL	1	1	1
	61	SJ34	F	70	E.PARCIAL	E.PARCIAL	1	3	1
	62	SJ35	F	80	E.TOTAL	E.TOTAL	2	0	0
	63	SJ36	F	94	E.TOTAL	E.TOTAL	2	0	0
	64	SJ37	F	77	E.TOTAL	E.TOTAL	2	0	0
	65	SJ38	F	73	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	66	SJ39	F	84	E.TOTAL	E.TOTAL	2	0	0
	67	SJ40	F	69	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	68	SJ41	F	67	E.PARCIAL	E.PARCIAL	2	0	0
	69	SJ42	F	60	E.PARCIAL	E.PARCIAL	1	2	3

ANEXO - OTROS



Centro residencial del adulto mayor San Pedro



Asilo hogar de ancianos San José

Materiales

- Caja de instrumental
- Baja lenguas
- Caja de guantes
- Alcohol
- Gasas
- Tripode
- Cuaderno de campo
- Ficha de recolección de datos



Ambientes del Asilo San Pedro





Ambientes del Asilo San José





Adultos mayores del asilo San José



Imágenes del edentulismo Parcial y Total de los adultos mayores

SP 1



SP2



SP 8



PS11



SP12

SP 13



SP14



SP 15



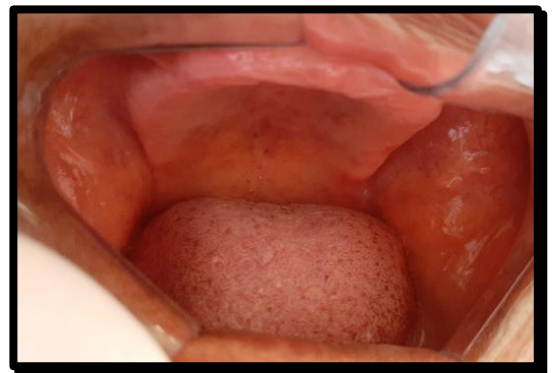
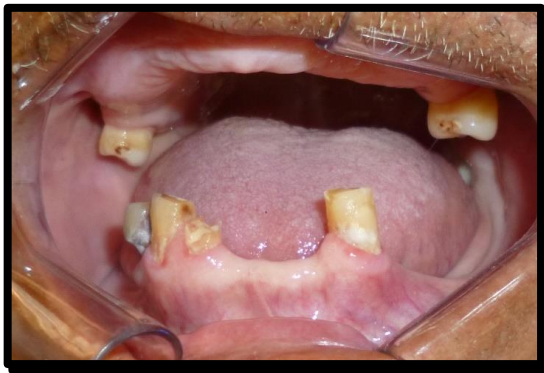




SP16



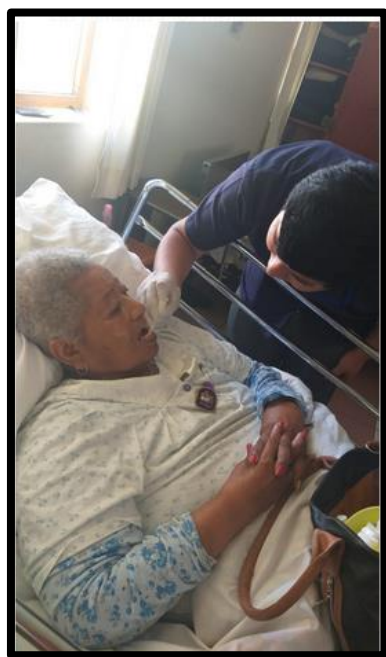
SJ



CHARLA MOTIVACIONAL



EXAMEN CLINICO – ODONTOGRAMA





- Consentimiento Informado a los adultos mayores

