



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Frecuencia de edentulismo y factores asociados en pacientes
adultos.**

AUTORA:

Saavedra Ramírez Pamela Juliana

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGO**

TUTOR:

Gallardo Bastidas, Juan Carlos

Guayaquil, Ecuador

9 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Saavedra Ramírez Pamela Juliana** como requerimiento para la obtención del título de **ODONTÓLOGO**.

TUTOR

f. _____

Gallardo Bastidas, Juan Carlos

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Od. Bermúdez, Andrea Cecilia

Guayaquil, a los 9 del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Saavedra Ramírez Pamela Juliana**

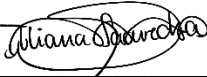
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de edentulismo y factores asociados en pacientes adultos**, previo a la obtención del título de **ODONTÓLOGO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 9 del mes de septiembre del año 2026

EL AUTOR

f. 
Saavedra Ramírez Pamela Juliana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

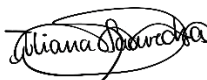
AUTORIZACIÓN

Yo, **Saavedra Ramírez Pamela Juliana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Frecuencia de edentulismo y factores asociados en pacientes adultos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 9 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA:

f. 
Saavedra Ramírez Pamela Juliana

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

ID : 44684164c72186a5dc73b940d75b810cfa9a717b

0%

Textos sospechosos

Número de palabras : 6231

fecha de fin de análisis : 14 de septiembre de 2026

Juan Luis Salgado B.

f. _____
Gallardo Bastidas, Juan Carlos

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, quien me concedió la salud, la fortaleza, la resiliencia y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi vida. A mis padres y hermano, por su amor incondicional, por apoyarme en cada decisión y permanecer siempre a mi lado. Gracias por confiar en mí, acompañarme durante todo este proceso y hacer hasta lo imposible para que pudiera alcanzar esta meta. Este logro también es fruto de cada uno de sus esfuerzos y sacrificios.

A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y a mi directora de carrera Dra. Andrea Bermúdez por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de recibir una formación académica integral, así como los conocimientos, las experiencias y las herramientas necesarias para desarrollarme personal y profesionalmente.

A mi tutor, Juan Carlos Gallardo Bastidas, por guiarme a lo largo de este proceso, que representó una experiencia completamente nueva para mí. Gracias por su esfuerzo, dedicación, paciencia, confianza y orientación, así como por compartir sus conocimientos y motivarme a realizar un trabajo de calidad. Su acompañamiento fue fundamental para la culminación de esta investigación. Asimismo, agradezco las valiosas enseñanzas que me brindó durante las clínicas y por involucrarme la importancia de realizar cada procedimiento con responsabilidad, dedicación y excelencia.

A mis queridas doctoras Cecilia Pimentel, Alejandra Torres, Karla Cruz, Geoconda Luzardo y Mayra Escobar en quienes pude admirar el amor por la profesión, la paciencia para enseñar y la genuina vocación de compartir sus conocimientos. Gracias por ser una guía esencial durante mi formación y por cada enseñanza que contribuyó a mi crecimiento académico, profesional y personal. Son mujeres de gran corazón, principios y valores, a quienes siempre recordaré con profundo cariño y admiración.

A todos los pacientes que confiaron en mí y formaron parte esencial de mi formación profesional. Gracias por su disposición, paciencia, esfuerzo y compromiso en cada clínica, así como por depositar en mí su confianza mientras aprendía y desarrollaba mis habilidades. Sin su colaboración, alcanzar esta meta no habría sido posible. Cada uno de ustedes aportó de manera invaluable a la profesional en la que hoy me estoy convirtiendo.

A mi mejor amiga, Melanny, quien ha estado conmigo desde el colegio y ha sido testigo de cada una de las etapas que me han conducido hasta aquí. Gracias por confiar siempre en mí y también por hacerlo como mi paciente durante mis prácticas clínicas. Tu amistad, tu compañía y la seguridad que depositaste en mis capacidades tienen un valor inmenso para mí.

A mis primos Giancarlo y Aida, por confiar en mí y permitirme atenderlos como pacientes en la clínica. Gracias por su disposición, paciencia y apoyo, y por formar parte de mi crecimiento profesional. A mis queridos amigos Lía, Jorge Guapi, Erick, Jair, Eduardo, Madelleine y Melanie, gracias por su amistad sincera, por acompañarme y por brindarme siempre su apoyo. Cada palabra de ánimo, cada gesto y cada momento compartido hicieron una diferencia durante este proceso.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este recorrido. Cada enseñanza, palabra de aliento y muestra de confianza contribuyó a que hoy pudiera llegar hasta aquí.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, con todo mi amor, gratitud y satisfacción a Dios, por nunca soltar mi mano y caminar conmigo hasta lograr este sueño.

A mis padres y a mi hermano, mis pilares fundamentales, por sus sacrificios, por confiar siempre en mí y por hacer hasta lo imposible para ayudarme a alcanzar esta meta. Este logro también les pertenece.

A mi perrito Thor, por acompañarme fielmente durante tantos días y noches de estudio, y por brindarme, con su sola presencia, la calma, el cariño y la alegría que necesité en los momentos más difíciles.

A Madelleine y Melanie, mis hermanas de carrera, porque resulta difícil expresar con palabras todo el amor y la gratitud que siento por ustedes. Juntas compartimos risas, lágrimas, estrés, cansancio y aquellos momentos en los que parecía más fácil tirar la toalla. Sin embargo, permanecieron a mi lado en las buenas, en las malas y, especialmente, en las peores. Nunca dudaron de mí y creyeron en mis capacidades incluso cuando yo misma dejaba de hacerlo. Gracias por convertir esta etapa en una experiencia inolvidable y por demostrarme el verdadero significado de la amistad.

Finalmente, me lo dedico a mí misma, porque solamente yo conozco el esfuerzo y la perseverancia que fueron necesarios para llegar hasta aquí. Por no rendirme y estar cada vez más cerca de cumplir uno de mis mayores sueños: convertirme en odontóloga.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
ANDREA CECILIA BERMÚDEZ VELÁSQUEZ
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
ESTEFANÍA DEL ROCIO OCAMPO POMA
DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
NELLY PATRICIA AMPUERO RAMIREZ
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

TUTOR

Juan Carlos Gallardo B.

**f. _____
Gallardo Bastidas, Juan Carlos**

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia del edentulismo parcial y sus factores asociados en pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el periodo A-2026. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, observacional y analítico en 120 pacientes adultos. Mediante un examen clínico intraoral se registraron las piezas dentales presentes y ausentes, las arcadas afectadas, las clases de Kennedy y las modificaciones de Applegate. También se recolectaron datos sobre edad, sexo y nivel educativo. Para el análisis se utilizaron frecuencias, porcentajes, chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher, con una significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** El 60,8% presentó edentulismo parcial en ambas arcadas, el 29,2% solo en la inferior y el 10% únicamente en la superior. De las 193 arcadas parcialmente edéntulas, predominó la clase III de Kennedy (53,4%), seguida de la clase II (22,8%), clase I (21,8%) y clase IV (2,1%). La modificación 1 fue la más frecuente en la arcada superior (35,3%) e inferior (55,6%). La edad presentó una asociación significativa con las clases de Kennedy en ambas arcadas ($p < 0,001$). No se encontraron asociaciones con el sexo ni el nivel educativo. **Conclusión:** La clase III y la modificación 1 fueron las más frecuentes. La clase III predominó en jóvenes y la clase I aumentó en adultos mayores.

Palabras Clave: Arcada parcialmente edéntula; Pérdida de dientes; Arcada dental;
Clasificación; Factores socioeconómicos

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of partial edentulism and its associated factors in adult patients treated at the Dental Clinic of the Catholic University of Santiago de Guayaquil during the A-2026 period. **Materials and methods:** A quantitative, cross-sectional, observational, and analytical study was conducted on 120 adult patients. An intraoral clinical examination was used to record present and missing teeth, affected arches, Kennedy classifications, and Applegate modifications. Data on age, sex, and educational level were also collected. Statistical analysis involved frequencies, percentages, Pearson's chi-square test, and Fisher's exact test, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** Partial edentulism was present in both arches in 60.8% of patients, in the lower arch only in 29.2%, and in the upper arch only in 10%. Among the 193 partially edentulous arches, Kennedy Class III predominated (53.4%), followed by Class II (22.8%), Class I (21.8%), and Class IV (2.1%). Modification 1 was the most frequent in both the upper (35.3%) and lower (55.6%) arches. Age showed a significant association with Kennedy classifications in both arches ($p < 0.001$). No associations were found with sex or educational level. **Conclusion:** Class III and Modification 1 were the most frequent findings. Class III predominated in younger patients, while Class I was more common in older adults.

Keywords: Jaw, Edentulous, Partially; Tooth Loss; Dental Arch; Classification; Socioeconomic Factors

INTRODUCCIÓN

Conservar las piezas dentales naturales constituye un indicador clave de salud bucodental y calidad de vida a lo largo del ciclo de vida. El edentulismo es consecuencia de una acumulación de enfermedades bucodentales no tratadas a lo largo del tiempo y es definida como la pérdida de una o más piezas naturales, pudiendo darse en una o ambas arcadas dentarias.¹

Desde el punto de vista etiológico, la pérdida dentaria responde a una interacción compleja de factores biológicos y clínicos. La caries dental y la periodontitis son uno de los principales factores causantes del edentulismo.^{2,3} Sin embargo, otros factores como los traumatismos dentoalveolares, lesiones quísticas, neoplasias y tratamientos odontológicos previos deficientes también pueden intervenir. Esta naturaleza multifactorial pone en evidencia que el edentulismo no es un evento aislado,

sino el

resultado de múltiples determinantes que actúan a lo largo del tiempo.⁴

A pesar de que los avances en prevención han contribuido a su reducción en ciertos grupos poblacionales, como en los jóvenes, su presencia continúa siendo significativa, especialmente en individuos con edades de entre 75 y 79 años^{5,6}; la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado un aumento en la prevalencia de edentulismo de hasta un 23% en adultos mayores, este patrón sugiere una relación directa con el envejecimiento.⁷ Estudios previos también han reportado una asociación entre el edentulismo y ciertos factores sociodemográficos como el nivel educativo.

Las consecuencias del edentulismo trascienden el ámbito bucal, también comprometen la salud general de la persona, abarcando dimensiones funcionales, biológicas y sociales. La pérdida dental puede alterar la función

masticatoria, fonación e incluso la estética facial, a su vez desencadena una serie de cambios adaptativos, como migraciones dentarias, extrusión de piezas dentarias antagonistas, pérdida de contactos interpersonales, disminución de la dimensión vertical, pérdida de soporte óseo y alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM).^{4,8,9}

En el ámbito psicosocial, perder una o más piezas dentales tiene un impacto significativo en la percepción de la imagen personal, condicionando su comportamiento social y su bienestar emocional.¹⁰ Las personas edéntulas, ya sea parcial o total, suelen presentar mayores niveles de inseguridad, baja autoestima y menor participación en actividades sociales.¹¹ Estudios previos también han mencionado que esta condición se asocia con la presencia de sintomatología depresiva, ansiedad, estrés, deterioro cognitivo, entre otras.¹²

A lo largo de

los años se han propuesto diversos sistemas de clasificación enfocados a evaluar a los pacientes edéntulos parciales, entre ellos se encuentra la clasificación de Cummer, Neurohr, Skinner, Bailyn, Applegate y Kennedy.¹³ La clasificación de Kennedy es una de las más utilizadas en la práctica clínica, esto se debe a su sencillez y utilidad en la planificación de tratamientos protésicos. Este sistema clasifica los arcos parcialmente edéntulos en cuatro clases, según la ubicación de los espacios edéntulos y muchas veces suele ser complementado con las modificaciones propuestas por Applegate para describir casos mucho más complejos.¹⁴

En el contexto local existe muy poca evidencia actual sobre la prevalencia del edentulismo parcial y sus factores asociados, especialmente en pacientes atendidos en clínicas universitarias de Ecuador¹⁵, lo cual impide contar con datos actualizados que permitan dimensionar la

magnitud real del problema y orientar acciones preventivas y terapéuticas acordes con las características de los pacientes.

Por ello, el objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de edentulismo parcial y sus factores asociados en pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el periodo A – 2026.

Materiales y métodos

El estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo transversal y diseño observacional – analítico, buscando determinar la prevalencia del edentulismo parcial y evaluar su asociación con variables sociodemográficas en una población definida. Este estudio fue realizado en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

La población de interés estuvo constituida por todos los pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la UCSG durante

el periodo de estudio establecido. El tamaño de muestra final fue de 120 pacientes.

Se establecieron como criterios de inclusion: pacientes de 18 años o más, que hayan sido atendidos durante el periodo académico establecido y que acepten participar de forma voluntaria mediante la firma del consentimiento informado (CI). Por su parte, los criterios de exclusión fueron: pacientes con condiciones sistémicas, neurológicas o cognitivas que impidan realizar una evaluación clínica, pacientes con dentición completa en ambas arcadas o edentulismo total en ambas arcadas y pacientes con alteraciones craneofaciales que modifiquen la anatomía dentomaxilar (Eje.: fisura labial y/o palatina).

Las variables de interés del presente estudio fueron el edentulismo parcial que se midió mediante una examinación clínica intraoral realizada por el investigador principal. Se registró “presencia” cuando el paciente

tenía al menos una pieza dentaria ausente en la arcada superior y/o inferior, y “ausente” cuando no había ninguna pérdida dental. El tipo de edentulismo parcial que se determinó a partir del examen clínico intraoral y el registro de las piezas dentales ausentes y presentes en cavidad bucal en el odontograma. Posteriormente, se clasificaron los casos según la Clasificación de Kennedy en Clase I, II, III o IV. Y por último la edad, sexo y nivel educativo que se obtuvo mediante una breve entrevista con el paciente, donde se registraron los años cumplidos, sexo (masculino/femenino) del paciente y su nivel educativo, este se clasificó en las siguientes categorías: ninguno, educación primaria, educación secundaria y educación superior.

Se realizó la selección de los participantes de forma aleatoria, previo a la aplicación de las técnicas e instrumentos de medición se realizó una explicación a los pacientes

sobre el propósito del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado.

A los participantes incluidos se les realizó una examinación clínica intraoral teniendo en cuenta las normas de bioseguridad. Durante el examen bucodental, se identificó y registró las piezas dentales presentes y ausentes en el odontograma de la ficha de recolección de datos elaborada previamente para este estudio. También se determinó el tipo de edentulismo parcial utilizando los criterios de la Clasificación de Kennedy. También se realizó una entrevista directa donde se recolectaron los datos sociodemográficos.

Todos los datos obtenidos fueron tabulados en Microsoft Excel y luego codificados para realizar su análisis. Los datos se analizaron en IBM SPSS mediante frecuencias y porcentajes. Las clases de Kennedy y sus modificaciones se describieron por arcada. La asociación con edad, sexo y nivel educativo se evaluó por

separado para cada arcada mediante chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher cuando existieron frecuencias esperadas menores de cinco. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$. Se excluyeron del análisis de Kennedy las arcadas con dentición completa o edentulismo total.

Resultados

Los pacientes evaluados ($n = 120$) presentaron 7,5% edades de entre 18-29 años, 27,5% 30-44 años, 40% 45-59 años y 25% 60 años o más. El 78,3% de los pacientes fueron mujeres y 21,7% hombres.

La gran parte de los pacientes presentaron edentulismo parcial en ambas arcadas, abarcando el 60,8% de la muestra. Al evaluar las 193 arcadas parcialmente edéntulas, se encontró que la clase III de Kennedy fue la más frecuente (53,4%) (Tabla 1).

Tabla 1.-

Distribución del edentulismo parcial según las arcadas afectadas, las clases de Kennedy y sus modificaciones.

Indicador	Categoría	n	%
Arcadas afectadas (n = 120 pacientes)	Solo arcada superior	12	10
	Solo arcada inferior	35	29,2
	Ambas arcadas	73	60,8
	Total de pacientes	120	100
Clasificación de Kennedy (n = 193 arcadas)	Clase I	42	21,8
	Clase II	44	22,8
	Clase III	103	53,4
	Total de arcadas parcialmente edéntulas	193	100

En la arcada superior, la modificación 1 fue la más frecuente (35,3%), las modificaciones 3 y 4 fueron menos frecuentes, con 11,8% y 1,2% respectivamente. En la arcada inferior

también predominó la modificación 1, seguida de los casos sin modificación (38%) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las clases de Kennedy según la arcada comprometida.

Modificación	Superior, n (%)	Inferior, n (%)
Sin modificación	23 (27,1)	41 (38,0)
Modificación 1	30 (35,3)	60 (55,6)
Modificación 2	21 (24,7)	6 (5,6)
Modificación 3	10 (11,8)	1 (0,9)
Modificación 4	1 (1,2)	0 (0,0)
Total	85 (100,0)	108 (100,0)

Nota: Los valores entre paréntesis corresponden a porcentajes. La clase IV no admite modificaciones según las reglas de Applegate; por ello, sus cuatro casos superiores se encuentran dentro de “sin modificación”.

En la arcada superior, la clase III fue la más frecuente en todos los grupos de edad, principalmente en los pacientes de 18 a 44 años. En la arcada inferior también predominó la clase III en los grupos más jóvenes, los pacientes con 60 años o más

presentaron una clase I en un 65,6% (Tabla 3) ($p < 0,001$).

Tabla 3.- Distribución de las clases de Kennedy según el grupo etario y la arcada.

Arcada	Grupo etario	Clase I, n (%)	Clase II, n (%)	Clase III, n (%)	Clase IV, n (%)
Superior (n=85; p<0,001)	18–29 años	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)
	30–44 años	1 (4,5)	0 (0,0)	21 (95,5)	0 (0,0)
	45–59 años	7 (16,7)	15 (35,7)	18 (42,9)	2 (4,8)
	≥60 años	3 (20,0)	2 (13,3)	8 (53,3)	2 (13,3)
Inferior (n=108; p<0,001)	18–29 años	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)
	30–44 años	1 (3,4)	10 (34,5)	18 (62,1)	0 (0,0)
	45–59 años	11 (25,0)	10 (22,7)	23 (52,3)	0 (0,0)
	≥60 años	19 (65,5)	7 (24,1)	3 (10,3)	0 (0,0)

Nota: Datos expresados como frecuencia y porcentaje por fila. Valor p obtenido mediante la prueba exacta de Fisher.

En la arcada superior, la clase III fue la más frecuente tanto en las mujeres (62,7%) como en los hombres (61,1%) ($p = 1,000$). En la arcada inferior también predominó la clase III, con el 48,8% en las mujeres y el 37,5% en los hombres. La clase I presentó

Arcada	Sexo	Clase I, n (%)	Clase II, n (%)	Clase III, n (%)	Clase IV, n (%)
Superior (n=85; p=1,000)	Femenino	9 (13,4)	13 (19,4)	42 (62,7)	3 (4,5)
	Masculino	2 (11,1)	4 (22,2)	11 (61,1)	1 (5,6)
Inferior (n=108; p=0,503)	Femenino	24 (28,6)	19 (22,6)	41 (48,8)	0 (0,0)
	Masculino	7 (29,2)	8 (33,3)	9 (37,5)	0 (0,0)

Nota: Datos expresados como frecuencia y porcentaje por fila. En la arcada superior se utilizó la prueba exacta de Fisher y en la inferior, la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

En la arcada superior, todos los pacientes con educación primaria, educación superior y sin instrucción presentaron clase III (100,0%). Entre quienes tenían educación secundaria, también predominó la clase III

proporciones

similares entre mujeres (28,6%) y hombres

(29,2%) ($p = 0,503$) (Tabla 4).

Tabla 4.- Distribución de las clases de Kennedy según el sexo y la arcada

con el 58,4%, la clase IV se observó en el 5,2% ($p = 0,798$). En la arcada inferior, la clase I predominó entre los pacientes con educación primaria (50%). En quienes tenían educación secundaria fue más frecuente la clase III (44,8%) ($p = 0,120$) (Tabla 4).

Tabla 5.- Distribución de las clases de Kennedy según el nivel educativo y la arcada.

Arcada	Nivel educativo	Clase I, n (porcentaje)	Clase II, n (porcentaje)	Clase III, n (porcentaje)	Clase IV, n (porcentaje)
Superior (p = 0,798)	Educación primaria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
	Educación secundaria	11 (14,3)	17 (22,1)	45 (58,4)	4 (5,2)
	Educación superior	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)
	Sin instrucción	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
Total		11 (12,9)	17 (20,0)	53 (62,4)	4 (4,7)
Inferior (p = 0,120)	Educación primaria	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0,0)
	Educación secundaria	28 (29,2)	25 (26,0)	43 (44,8)	0 (0,0)

	Educación superior	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)
	Sin instrucción	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total		31 (28,7)	27 (25,0)	50 (46,3)	0 (0,0)

Discusión

Los resultados obtenidos permitieron determinar que el edentulismo parcial presentó distintos patrones según las características sociodemográficas de los pacientes y la arcada evaluada. En cuanto a las clases de Kennedy, en el presente estudio se encontró que la clase III fue la que predominó la muestra, con más de la mitad de las arcadas evaluadas comprometidas (53,4%), seguida por la clase II (22,8%) y en menor proporción la clase I (21,8%). Estos resultados coinciden con lo reportado por el autor Rafiq et al.¹⁶, evaluaron a 224 pacientes con edentulismo parcial, encontrando que la clase III fue la más frecuente, con un 54% de los casos, seguida de la clase II con un 25,9%, la clase I con un 12,9% y la clase IV con un 7,2%.

En cuanto a las modificaciones de Applegate, en la arcada superior se encontró que predominó la modificación 1 (35,3%), seguida de la modificación 2 (24,7%) y en menor proporción una modificación 4 (1,2%). En la arcada inferior se encontró que la modificación 1 fue de igual forma la más frecuente, con una concentración porcentual más alta (55,6%) que la arcada superior. Estos resultados se asemejan a lo encontrado en el estudio de Kahar et al.¹⁷, quienes evaluaron 1.965 arcadas edéntulas parciales. Al clasificar las modificaciones, la modificación 1 era la que más se repetía, con 489 casos (24,9%), mientras que la modificación 2 aparecía en 92 casos (4,7%), la modificación 3 en 32 casos (1,6%) y la modificación 4 solo en 4 casos (0,2%).

En la arcada superior, se encontró que los pacientes con edades de entre 18 y 29 años presentaron en un 100% una clase III, al igual que los pacientes con edades entre 30-44 años con un 95,5% de casos de esta misma clase. Los pacientes con edades de entre 45 – 59 años y 60 años o más presentaron más variaciones en cuanto a las clases de Kennedy, con un 16,7% y 20% clase I, 35,7% y 13,3% clase II, 4,8% y 13,3% clase IV, respectivamente. En concordancia con estos resultados, Verdugo et al.¹⁸, reportaron que la clase III prevaleció entre los pacientes jóvenes, mientras que las clases de Kennedy I y II aumentaron en proporción conforme avanzaba la edad ($p < 0,001$). Estos hallazgos podrían estar relacionados con la pérdida de las piezas dentales que puede ocurrir a lo largo de la vida. Por otro lado, Torabi y Eshraqi¹⁴ reportaron que la clase I predominó la mayor parte de los grupos etarios, siendo la más frecuente entre los pacientes con edades de entre 41 a 50 años (57,1%) y 51 a 60 años(54,3%). Estos

resultados

difieren de lo reportado en el presente estudio donde la clase III fue la más frecuente aun en los pacientes de 45 a 59 años y de 60 o más, especialmente en la arcada superior.

En la arcada inferior se observó un patrón similar, con una clase III abarcando todo el grupo de pacientes de 18 y 29 años, y un 62,1% de los pacientes con edades de entre 30 y 44 años. Mientras que los pacientes con 60 años o más, presentaron en mayor proporción una clase I (65,5%). Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Sharaf et al., observaron que la clase III era más común entre los jóvenes con un 11,05% en los de 21 a 30 años y un 9,56% en los de 31 a 40 años, al incrementar la edad la clase I y II aumentaban de frecuencia. La clase I subía al 12,81% entre los 41 y 50 años y al 11,33% en los mayores de 50, y la clase II al 7,99% y 9,10% respectivamente.

En la arcada superior, los pacientes del sexo femenino presentaron mayor proporción una clase III (62,7%) al igual que los hombres (61,1%). No se reportaron diferencias estadísticamente significativas. Mientras que en la arcada inferior, se encontraron distribuciones porcentuales similares. El 48,8% de las mujeres presentó una clase III, seguida de un 28,6% de clase I. Por otro lado, los hombres presentaron una clase II y III en un 33,3% y 37,5% respectivamente. La clase I se observó en el 29,2% de los casos y tampoco se encontró diferencias que sean estadísticamente significativas. En comparación con estos resultados, en el estudio de Iacob et al.¹⁹, analizaron a 208 pacientes y observaron que en el maxilar la clase III era más común en hombres (37,0%) que en mujeres (26,0%), pero la relación entre sexo y tipo de edentulismo no era significativa ($p = 0,339$). En la mandíbula, la clase III era del 29,9% en mujeres y 24,7% en hombres, y la clase I del 36,2% en mujeres y 27,2% en hombres.

Otros autores

como Torabi y Eshraqi²⁰ estudiaron a 328 pacientes. Por sexos, las clases I y III eran más comunes en mujeres, mientras que las clases II y IV lo eran en hombres. Sin embargo, al hacer el análisis estadístico no era significativo ($p = 0,496$).

En la arcada superior se encontró que los pacientes con educación primaria, secundaria y sin instrucción presentaron en mayor medida una clase III. No se reportaron diferencias estadísticamente significativas. En la arcada inferior, se encontró mayor variabilidad. Los pacientes con educación primaria presentaron en un 50% una clase I, al igual que el 29,2% de pacientes con educación secundaria. El único caso sin instrucción presentó una clase II. Estos hallazgos contrastan con lo reportado en el estudio de Antonio Melgar²¹, quien evaluó a 208 adultos, encontrando que aquellos pacientes con una menor escolaridad presentaron una mayor ausencia de piezas dentales. El autor reportó una asociación estadísticamente

significativa entre el nivel de instrucción formal y el edentulismo parcial ($p = 0,001$). Las diferencias observadas entre ambos estudios podrían deberse a que la muestra presentó una concentración porcentual entre pacientes con un nivel de educación secundario, habiendo muy pocos participantes conformando los otros grupos, limitando la comparación.

Conclusión

En conclusión, se encontró que el edentulismo parcial comprometió con mayor frecuencia la arcada superior e inferior y, así mismo, la clase de Kennedy predominante fue la clase III, mientras que la clase IV fue la menos identificada. La modificación 1 fue la más común de observar en ambas arcadas evaluadas. En cuanto a los factores asociados, se encontró que la edad fue la única variable asociada con las clases de Kennedy; la clase III prevaleció entre los participantes jóvenes mientras que la clase I aumentó entre la población adulta mayor incluida.

Referencias

1. Leite FRM, Tay JRH, Chow DY, Ng E, Nascimento GG, Peres MA. Tooth Loss and Edentulism Are Associated With Poorer Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analyses. *J Periodontal Res.* 14 de mayo de 2026. doi:10.1111/jre.70121 PubMed PMID: 42131949.
2. Borg-Bartolo R, Roccuzzo A, Molinero-Mourelle P, Schimmel M, Gambetta-Tessini K, Chaurasia A, et al. Global prevalence of edentulism and dental caries in middle-aged and elderly persons: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* diciembre de 2022;127:104335. doi:10.1016/j.jdent.2022.104335 PubMed PMID: 36265526.
3. Elani HW, Batista AFM, Thomson WM, Kawachi I, Filho ADPC. Predictors of tooth loss: A machine learning approach. *PLOS ONE.* 18 de junio de 2021;16(6):e0252873. doi:10.1371/journal.pone.0252873
4. Lipsky MS, Singh T, Zakeri G, Hung M. Oral Health and Older Adults: A Narrative Review. *Dent J.* 1 de febrero de 2024;12(2):30. doi:10.3390/dj12020030 PubMed PMID: 38392234; PubMed Central PMCID: PMC10887726.
5. Karadi RH, Awad GD, Mansi ZM, Marzook AA. The Prevalence of Partial Edentulism and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. *Dent 3000.* 8 de octubre de 2024;12(2). doi:10.5195/d3000.2024.736
6. Chen HM, Shen K, Ji L, McGrath C, Chen H. Global and Regional Patterns in Edentulism (1990-2021) With

- Predictions to 2040.
Int Dent J. 31 de diciembre de 2024;75(2):735-43.
doi:10.1016/j.identj.2024.11.022
PubMed PMID: 39743448; PubMed Central PMCID: PMC11976601.
7. Oral health [Internet]. [citado 12 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
 8. Leite FRM, Tay JRH, Chow DY, Ng E, Nascimento GG, Peres MA. Tooth Loss and Edentulism Are Associated With Poorer Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analyses. J Periodontal Res. 14 de mayo de 2026. doi:10.1111/jre.70121 PubMed PMID: 42131949.
 9. Linn TT, Khaohoen A, Thu KM, Rungsiyakull P. Oral-Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients with Full-Arch Rehabilitation Treatments: A Systematic Review. J Clin Med. 10 de junio de 2024;13(12):3391. doi:10.3390/jcm13123391 PubMed PMID: 38929921; PubMed Central PMCID: PMC11204181.
 10. Tiwari T, Kelly A, Randall CL, Tranby E, Franstve-Hawley J. Association Between Mental Health and Oral Health Status and Care Utilization. Front Oral Health. 2021;2:732882. doi:10.3389/froh.2021.732882 PubMed PMID: 35199101; PubMed Central PMCID: PMC8859414.
 11. Yoshida-Kohno E, Fueki K, Wanigatunga AA, Cudjoe TKM, Aida J. Social Relationships and Tooth Loss in Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis. Community Dent Oral Epidemiol. agosto de 2025;53(4):337-46. doi:10.1111/cdoe.13011 PubMed PMID: 39436038; PubMed Central PMCID: PMC12223411.
 12. Hunter E, De Moura Brito L, Piyasena P, Petrauskiene E, Congdon N, Tsakos G, et al. Impact of edentulism on community-dwelling adults in low-income, middle-income and high-income countries: a systematic review. BMJ Open. 4 de diciembre de 2024;14(12):e085479. doi:10.1136/bmjopen-2024-085479 PubMed PMID: 39632108; PubMed Central PMCID: PMC11624734.
 13. Karadi RH, Awad GD, Mansi ZM, Marzook AA. The Prevalence of Partial Edentulism and Associated Factors: A Cross-Sectional Study. Dent 3000. 8 de octubre de 2024;12(2). doi:10.5195/d3000.2024.736
 14. Torabi SY, Eshraqi AM. Prevalence of Partial Edentulism Based on Kennedy Classification in a Teaching Hospital: A Retrospective Study. Clin Cosmet Investig Dent. 30 de abril de 2026;18:607554. doi:10.2147/CCIDE.S607554 PubMed PMID: 42088638; PubMed Central PMCID: PMC13138267.
 15. Acosta Z, Elizabeth C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en pacientes de la clínica integral de octavo a décimo del semestre B-2022.
 16. Rafiq A, Qaiser S, Zehra Rizvi SS, Zahra FT, Nisar A, Saeed Z. Pattern of Partial Edentulism According to Kennedy's Classification among Patients Presenting in Tertiary Care Hospital of Taxilla. Pak J Med Health Sci. 30 de enero de 2022;16(1):917-9. doi:10.53350/pjmhs22161917
 17. Kahar AR, Joshi J. Assessment of pattern of partial edentulism and its

- correlation with age, gender, arch and socioeconomic status. *Int J Med Res Health Sci* [Internet]. 31 de octubre de 2023 [citado 21 de agosto de 2026];13(4). Disponible en: <https://www.ijmrhs.com/abstract/assessment-of-pattern-of-partial-edentulism-and-its-correlation-with-age-gender-arch-and-socioeconomic-status-102558.html>
18. Verdugo B. Characterization of the pattern of partial edentulousness in adult patients by means of the Kennedy classification [Internet]. 23 de julio de 2025 [citado 21 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12254/4285>
 19. Iacob S, Chisnoiu RM, Zaharia A, Bălaj MG, Iosa AE, Condor AM, et al. Correlation Between Type of Edentulism, Age, Socioeconomic Status and General Health. *J Clin Med*. 3 de junio de 2025;14(11):3924. doi:10.3390/jcm14113924 PubMed PMID: 40507685; PubMed Central PMCID: PMC12155793.
 20. Torabi SY, Eshraqi AM. Prevalence of Partial Edentulism Based on Kennedy Classification in a Teaching Hospital: A Retrospective Study. *Clin Cosmet Investig Dent*. 30 de abril de 2026;18:1-8. doi:10.2147/CCIDE.S607554
 21. Antonio Melgar YG. Factores socioeconómicos y el edentulismo parcial en pacientes adultos, atendidos en el servicio de odontología del Centro de Salud Subtanjalla, 2024 [Internet]. 2026 [citado 21 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/7270>

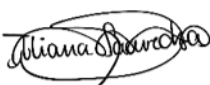
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Saavedra Ramírez Pamela Juliana**, con **C.C: 0932291826**; autora del trabajo de titulación: **Frecuencia de edentulismo y factores asociados en pacientes adultos** previo a la obtención del título de **ODONTÓLOGA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de septiembre de 2026

f. 
Saavedra Ramírez Pamela Juliana
C.C: 0932291826

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Frecuencia de edentulismo y factores asociados en pacientes adultos.		
AUTOR(ES)	Saavedra Ramírez Pamela Juliana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Gallardo Bastidas, Juan Carlos		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	9 de septiembre de 2026	No. DE PÁGINAS:	13
ÁREAS TEMÁTICAS:	Rehabilitación oral, prótesis dental, epidemiología bucal, salud pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Arcada parcialmente edéntula; Pérdida de dientes; Arcada dental; Clasificación; Factores socioeconómicos		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Objetivo: Determinar la frecuencia del edentulismo parcial y sus factores asociados en pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el periodo A-2026. Materiales y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, observacional y analítico en 120 pacientes adultos. Mediante un examen clínico intraoral se registraron las piezas dentales presentes y ausentes, las arcadas afectadas, las clases de Kennedy y las modificaciones de Applegate. También se recolectaron datos sobre edad, sexo y nivel educativo. Para el análisis se utilizaron frecuencias, porcentajes, chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher, con una significancia de $p < 0,05$. Resultados: El 60,8% presentó edentulismo parcial en ambas arcadas, el 29,2% solo en la inferior y el 10% únicamente en la superior. De las 193 arcadas parcialmente edéntulas, predominó la clase III de Kennedy (53,4%), seguida de la clase II (22,8%), clase I (21,8%) y clase IV (2,1%). La modificación 1 fue la más frecuente en la arcada superior (35,3%) e inferior (55,6%). La edad presentó una asociación significativa con las clases de Kennedy en ambas arcadas ($p < 0,001$). No se encontraron asociaciones con el sexo ni el nivel educativo. Conclusión: La clase III y la modificación 1 fueron las más frecuentes. La clase III predominó en jóvenes y la clase I aumentó en adultos mayores.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593987424536 +593 999350359	E-mail: Juan.gallardo@cu.ucsg.edu.ec pamela.saavedra@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: OCAMPO POMA ESTEFANIA DEL ROCIO Teléfono: +593996757081 E-mail: Estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			