



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

TEMA:

**“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACION DE KENNEDY. CLINICA ODONTOLOGICA
DE LA UCSG. 2015”**

AUTOR:

GONZALEZ CEVALLOS, CRISTINA GISELLA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TITULO DE:
ODONTOLOGA**

TUTOR:

ALTAMIRANO VERGARA, NORKA MARCELA

Guayaquil, Ecuador

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGIA

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **González Cevallos, Cristina Gisella**, como requerimiento para la obtención del Título de **Odontóloga**.

TUTORA

f. _____

Dra. Altamirano Vergara, Norka Marcela

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2016.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **González Cevallos, Cristina Gisella**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY. CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSG. 2015”** previo a la obtención del Título de **Odontóloga**, 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 12 días del mes de septiembre del año 2016.

LA AUTORA

f. _____

González Cevallos, Cristina Gisella



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODOTOLOGIA

AUTORIZACION

Yo, **González Cevallos, Cristina Gisella**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY. CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSG. 2015”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2016.

LA AUTORA

f. _____

González Cevallos, Cristina Gisella

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme la sabiduría y la fuerza para seguir adelante en esta etapa de mi vida. A mi madre la Dra. Rocio Cevallos que siempre me ha apoyado en todo, a mi hermano Luis por escucharme y ayudarme en lo podía, mis abuelos que siempre estuvieron pendientes de mí, y a Jamil por aguantar mis quejas, llantos y estar dispuesto a ayudarme.

Gracias a mis amigos, Tatiana, Kevin, Sofí, Fer, Sol, Katty, Cristóbal y Joel que hicieron que, con sus ocurrencias, conocimientos este arduo camino mucho más fácil y por siempre darme su apoyo incondicional, y a mi pequeña Banki por acompañarme en mis noches de desvelo.

Gracias a todos los docentes que fueron mis maestros, por haber compartido su conocimiento con nosotros, y en especial a la Dra. Norka Altamirano por haberme dirigido en este trabajo de investigación.

Cristina González Cevallos

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado especialmente y con todo mi amor para mi madre, Dra. Rocio Cevallos y para mi familia.

Cristina González Cevallos



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

f. _____

Dra. Norka Marcela Altamirano Vergara

TUTORA

f. _____

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Dra. Gabriela Nicole Landívar Ontaneda

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

CALIFICACION

Dra. Norka Altamirano Vergara

INDICE GENERAL

CERTIFICACION	2
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	3
AUTORIZACION	4
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
TRIBUNAL DE SUSTENTACION.....	vii
CALIFICACION	viii
INDICE GENERAL	ix
INDICE DE TABLAS	xiv
INDICE DE GRAFICOS	xv
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
1. INTRODUCCION.....	18
1.1 Justificación	19
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivo general.....	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 Variables.....	20
1.3.1 Variables dependientes:.....	20
1.3.2 Variables independientes:	20
1.3.3 Variables Intervinientes	20
2 MARCO TEORICO	24

2.1 SALUD ORAL.....	24
2.1.1 Caries dental.....	26
2.1.1.1 Indicador de caries dental.....	27
2.1.1.2 Índice CPO	27
2.1.1.3 Códigos del CPO	29
2.1.2 Enfermedad periodontal.....	29
2.1.2.1 Indicadores de salud periodontal.....	31
2.1.2.2 Sondaje periodontal.....	31
2.1.3 Limitaciones socio-económicas.....	32
2.2 Edentulismo	32
2.2.1 Edentulismo Parcial.....	33
2.2.1.1 Prevalencia.....	34
2.2.2 Causas y consecuencias de edentulismo o pérdida de dental. 34	
2.2.2.1 Las causas y riesgos de Edentulismo.....	35
2.2.2.2 Otras causas de Edentulismo	35
2.3 Clasificación de los arcos parcialmente dentados	37
2.3.1 Requisitos para un método de clasificación aceptable.....	37
2.3.2 Clasificación de Kennedy	38
2.3.3.1 Reglas de Applegate aplicable en la clasificación de Kennedy	40
3 MATERIALES Y METODOS.....	42
3.1 Materiales.....	42
3.1.1 Lugar de la investigación.....	42
3.1.2 Periodo de la investigación	42

3.1.3	Recursos Empleados	43
3.1.3.1	Recursos Humanos	43
3.1.3.2	Recursos Físicos	43
3.1.4	Universo	44
3.1.5	Muestra	44
3.1.5.1	Criterios de Inclusión de la Muestra.....	44
3.1.5.2	Criterios de Exclusión de la Muestra.....	44
3.2	Métodos	45
3.2.1	Tipo de Investigación	45
3.2.2	Diseño de la Investigación	45
3.2.2.1	Procedimiento	45
4	RESULTADOS.....	47
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1	Conclusiones	58
5.2	Recomendaciones	58
6	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
7.1	Hoja de recolección de datos.....	63
	DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	64

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Caries dental. Barrancos, Julio.....	26
Ilustración 2 Enfermedad periodontal. Ruiz, Francisco.....	29
Ilustración 3 Clasificación de Kennedy. González, Cristina	39
Ilustración 4 Clase V y VI de Kennedy. Cascante, Marcelo	40

INDICE DE CUADROS

Cuadro n° 1 Operacionalización de las variables.....	23
Cuadro n° 2 Descripción siglas CPO	28
Cuadro n° 3 Cuantificación de la OMS	28
Cuadro n° 4 Códigos CPO	29
Cuadro n° 5 Cronograma de ejecución de la investigación.	43

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo al género	47
Tabla 2. Distribución de pacientes de acuerdo a la edad	48
Tabla 3. Distribución de Índice CPO	49
Tabla 4. Salud Periodontal.....	50
Tabla 5. Piezas Perdidas	51
Tabla 6. Maxilares Afectados.....	52
Tabla 7. Distribución de Clasificación de Kennedy Maxilar superior.....	53
Tabla 8. Modificaciones Maxilar Superior	54
Tabla 9. Distribución de Clasificación de Kennedy	55
Tabla 10. Modificaciones - Maxilar Inferior	56

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico n° 1 Distribución de pacientes por genero.....	47
Gráfico n° 2 Distribución de pacientes de acuerdo a la edad	49
Gráfico n° 3 Indice CPO.....	50
Gráfico n° 4 Salud periodontal	51
Gráfico n° 5 Perdida dental.....	52
Gráfico n° 6 Maxilares Afectados.....	53
Gráfico n° 7 Clasificación de Kennedy – Maxilar Superior.....	54
Gráfico n° 8 Modificaciones – Maxilar Superior	55
Gráfico n° 9 Clasificación de Kennedy – Maxilar inferior	56
Gráfico n° 10 Modificaciones – Maxilar Inferior.....	57

RESUMEN

Introducción: El edentulismo parcial corresponde a uno o los dos arcos dentales en el que uno o más, pero no todos los dientes naturales están ausentes. La caries dental y la enfermedad periodontal son las principales causas de la pérdida de dientes en la primera infancia y la adolescencia. Además, los estudios han documentado que la edad se correlaciona positivamente con edentulismo parcial. Los arcos parcialmente dentados han sido clasificados por varios métodos. Las posibles combinaciones de edentulismo parcial son más de 65.000 dependiendo de su incidencia en maxilar y arcos mandibulares. La clasificación de Kennedy es ampliamente estudiada y clínicamente aceptada por muchos o casi todos los odontólogos. Existen cuatro tipos principales Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV, las clases I, II y III con sus respectivas modificaciones. La clasificación de Kennedy es ampliamente aceptada debido a sus ventajas de visualización inmediata y reconocimiento de áreas de soporte. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG. **Materiales y métodos:** Investigación de tipo descriptivo, donde se examinó las historias clínicas de los pacientes para determinar qué tipo de edentulismo según Kennedy tenían los pacientes en el 2015. **Resultados:** De las 205 historias revisadas se observó que en el maxilar superior la clase III fue la que tuvo mayor prevalencia con el 38%, seguido de la clase II con el 32%, y en el maxilar inferior fue más prevalente la clase II con el 33% seguida de la clase I con el 30%.

Palabras clave: Edentulismo, edentulismo parcial, clasificación de Kennedy, piezas perdidas, salud oral.

ABSTRACT

Introduction: The partially edentulous corresponds to one or both dental arches in which one or more, but not all natural teeth are absent. Dental caries and periodontal disease are the leading causes of tooth loss in early childhood and adolescence. In addition, studies have documented that age is positively correlated with partially edentulous. The partially dentate arches have been classified by various methods. The possible combinations of partial edentulism are over 65,000 depending on their impact on maxillary and mandibular arches. Kennedy classification is widely studied and clinically accepted by many or almost all dentists. There are four main types Class I, Class II, Class III and Class IV, Class I, II and III with their amendments. Kennedy classification is widely accepted because of its advantages of immediate visualization and recognition of support areas. **Aim:** the aim of this study was determine the prevalence of type of partial edentulism as rated by Kennedy in dental clinic UCSG. **Materials and Methods:** Research descriptive, where the medical records of patients were examined to determine what type of edentulism as Kennedy had patients in 2015. **Results:** Of the 205 charts reviewed was observed in the upper jaw Class III it was the one that had the highest prevalence with 38%, followed by class II 32%, and in the mandible was more prevalent class II with 33% followed by the class I with 30%.

Key words: edentulous, partially edentulous, Kennedy classification, missing pieces, oral health.

1. INTRODUCCION

El edentulismo parcial comprende en uno o los dos arcos dentales en el que uno o más, pero no todos los dientes naturales están ausentes. En general, se produce por la caries, problemas periodontales, heridas traumáticas, retenciones, dientes supernumerarios, lesiones neoplásicas y lesiones quísticas. Algunos estudios tienen como el agente causal principal de la pérdida de dientes a la caries.¹

Según Zaigham et al., Y Abdel Rahman et al., la caries dental y la enfermedad periodontal fueron las principales causas de la pérdida de dientes en la primera infancia y la adolescencia. Además, los estudios han documentado que la edad se correlaciona positivamente con edentulismo parcial.¹⁻²

Las consecuencias del edentulismo parcial se pueden manifestar como la inclinación de los dientes adyacentes a la brecha o espacio edéntulo, supra erupción de los dientes opuestos, alteración en el habla, los cambios en la cara apariencia y trastornos Temporo-mandibulares. También la pérdida y degradación estructuras de soporte y del hueso alveolar continua.³

Los arcos parcialmente dentados han sido clasificados por varios métodos. Las posibles combinaciones de edentulismo parcial son más de 65.000 dependiendo de su incidencia en maxilar y arcos mandibulares. El objetivo principal de la clasificación es facilitar la comunicación entre los estudiantes, los odontólogos y técnicos de laboratorio.³

La clasificación de Kennedy es ampliamente estudiada y clínicamente aceptada por la comunidad de odontólogos. De acuerdo con la clasificación de Kennedy, hay cuatro tipos principales de arcos parcialmente dentados como Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV, las clases I, II y III con sus respectivas modificaciones. La clasificación de Kennedy es ampliamente aceptada debido a sus ventajas de visualización inmediata y reconocimiento de áreas de soporte.³⁻⁴

En el 2010 E. E.Ehikhamenor y cols, determinaron el tipo más frecuente de prótesis removibles en pacientes que acudieron a la Universidad de Benin, los resultados indicaron que el porcentaje de hombres fue 53,6% y las mujeres el

46,4%, la clase de Kennedy más frecuente fue Clase III (57,3%), Clase IV de Kennedy (26,2%), Clase I y II de Kennedy (0,9%), Clase III de Kennedy con modificaciones (5,7%), clase II con modificaciones (1,4%), clase I con modificaciones (1,7%). La razón principal para la búsqueda de reemplazo fue la estética (89,2%).⁵

Según Charieva y cols en el 2012 el tipo más frecuente de edentulismo parcial en esta muestra de pacientes de la Unión Europea era Kennedy tipo III, tanto en el maxilar superior (50,0%) y la mandíbula (41,1). La clase IV de Kennedy era la más frecuente (7,1% en el maxilar superior, del 5,6% en la mandíbula) por lo menos en la mayoría de los casos tratados con prótesis parciales removibles en ambas arcadas.⁶

1.1 Justificación

Hasta el momento no existe un reporte de la cantidad de pacientes edéntulos parciales que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Católica, estableciendo cual es la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes de la clínica odontológica de universidad católica Santiago de Guayaquil podemos conocer cuál es la situación oral de los pacientes edéntulo parciales, cuáles fueron los factores por el cual perdieron sus piezas dentarias, permitiéndonos así tener una idea de hacia donde debemos direccionar nuestra atención en la rehabilitación del paciente edéntulo parcial.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG.

1.2.2 Objetivos específicos

- Analizar el estado de salud oral de los pacientes.
- Determinar cuáles son las piezas que se pierden más frecuentemente en los pacientes edéntulos parciales.

- Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según dicha clasificación y sus respectivas modificaciones en el maxilar superior.
- Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según dicha clasificación y sus respectivas modificaciones en el maxilar inferior.
- Determinar cuál de los maxilares superior o inferior es el más afectado por edentulismo parcial.

1.3 Variables

1.3.1 Variables dependientes:

- Edentulismo parcial.

1.3.2 Variables independientes:

- Salud oral.
- Clasificación de Kennedy.
- Pérdida dental.

1.3.3 Variables Intervinientes

- Edad
- Género

Denominación de la variable	Definición de la variable	Dimensión de la variable	Indicadores
Variables Dependientes			
Edentulismo parcial	Es una patología que corresponde a la pérdida de		

	algunos dientes.		
Variables Independientes			
Salud Oral	Aspectos de salud y funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y encías.	Índice CPO Periodontograma	<p>C: dientes cariados.</p> <p>P: dientes perdidos.</p> <p>O: dientes obturados</p> <p>Gingivitis</p> <p>Periodontitis</p>
Piezas perdidas	Número de piezas ausentes, nombradas según la clasificación universal.	Odontograma,	<p>1.8,1.7,..... 2.1,.....4.8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase I: Presenta dos zonas posteriores a

<p>Clasificación de Kennedy</p>	<p>Clasificación anatómica que distribuye el número y situación de las zonas edéntulas.</p>	<p>Historias Clínicas de los pacientes de la UCSG.</p>	<p>los extremos libres con permanencia del grupo anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clase II: presenta una sola zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares. • Clase III: presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y a nivel distal, se apoya solo sobre dientes. • Clase IV: La zona desdentada está situada en la parte anterior de la boca.
<p>Variables Intervinientes</p>			

Edad	Tiempo transcurrido o tiempo que ha vivido una persona o ser vivo a partir de su nacimiento.	Edad cronológica en años	20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-80.
Género	Se refiere a características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Género registrado en la historia clínica del paciente.	Masculino / femenino.

Cuadro n° 1 Operacionalización de las variables.

2 MARCO TEORICO

2.1 SALUD ORAL

Cuando hacemos referencia a las enfermedades que pueden afectar a los pacientes adultos y adultos mayores, nos suele venir a la mente de manera automática que pueden estar comprometidos una serie de órganos y sistemas como: el sistema cardiovascular, genitourinario, músculo esquelético entre otros, olvidando uno que comúnmente y en cualquiera de sus componentes puede comprometer en diferentes grados la salud oral de los pacientes ya sea este adulto o adulto mayor: el sistema estomatognático.²³

El sistema estomatognático está constituido por un grupo de órganos que participan en importantes funciones como son la respiración, la masticación, la deglución y la fonación, está compuesto por los maxilares y los componentes estrechamente asociados, como los huesos, músculos, articulaciones, dientes, glándulas salivales mucosa y piel, compartiendo un territorio pequeño. Debido a su extensión muy pequeña se conoce que es muy poco frecuente que este sistema pueda poner en riesgo la vida de los pacientes, muchas veces este es relegado, puesto en segundo plano y es omitido en un examen de rutina.^{6,8,9}

Según la OMS define como salud oral o salud bucodental a la ausencia de trastornos o enfermedades que afectan los dientes y sus estructuras adyacentes, por lo tanto, se interpreta como la funcionalidad y normalidad adecuada de las estructuras de soporte, dientes, mucosa, hueso, músculos y todas las partes de la cavidad oral que tienen relación con la comunicación, la masticación, etc. ^{11,12,14}

Uno de los indicadores más importantes de la salud oral es la capacidad de retener una mayor cantidad de dientes durante toda la vida. La salud oral está influenciada por muchas variables: edad de los pacientes, patologías existentes, hábitos como alcohol o tabaco, enfermedades dentales, la pérdida de dientes, desgaste de prótesis. Así que hay una estrecha relación entre el número de dientes naturales y la salud oral. Ha sido demostrado que la pérdida de dientes y aumento de la edad tienen efectos negativos en la salud oral.^{17,23,24}

Edentulismo o pérdida de dientes es prevalente en todo el mundo entre las personas mayores. Estudios anteriores han demostrado que el edentulismo afecta la salud y la calidad de vida en general de los adultos mayores. Estudios anteriores han mostrado una asociación entre factores sociodemográficos, estilos de vida, y los dientes perdidos.¹⁷

La pérdida de dientes se atribuye principalmente a la caries dental y enfermedades de las encías. Sin embargo, los factores que conducen a la extracción de un diente no siempre son de origen dental. La compleja interacción entre las enfermedades dentales, la tendencia a el cuidado dental, y la asequibilidad del tratamiento sin extracciones se han relacionado con la incidencia de los dientes perdidos.²⁴

Los pacientes con un bajo nivel de educación, bajo nivel económico, y los que mantienen una buena higiene dental mostraron un promedio más alto de pérdida dental, el género, los bajos ingresos familiares, y domicilio rural se han asociado con la pérdida de dientes, que deteriora la calidad de vida, y también afecta al bienestar de la persona.^{11,12}

En la cavidad oral de los pacientes es posible encontrar patologías diversas, pero en las diferentes investigaciones se puede observar que existen cuadros más frecuentes, que se deben considerar para orientarnos en cuanto a prevención y al tratamiento de elección. Como todo sistema, éste también puede verse afectado y presentar diferentes alteraciones, y estas pueden ser: traumatismos, de orden degenerativo, patologías tumorales y enfermedades de origen infeccioso. Dentro de estas últimas, cabe recalcar que existen dos que merecen especial atención y análisis debido a que constituyen en la mayor tasa de problemas de salud pública; la caries y la enfermedad periodontal.^{12,18,21}

2.1.1 Caries dental



Ilustración 1 Caries dental. Barrancos, Julio

La caries dental se define como un proceso patológico y localizado de origen externo multifactorial, q comienza después de la erupción de los dientes, es decir. la pérdida de estructuras del diente a consecuencia de una desmineralización y reblandecimiento de los tejidos duros que lo componen y evoluciona hasta que se forma una cavidad, siendo el *streptococcus mutans* el principal causante de la caries dental.²³

Para que se produzca la caries dental en las personas debe existir la presencia de placa bacteriana o película de bacterias adherida al diente, y de carbohidratos, adheridos al sustrato sobre el cual este biofilm o placa ejerce su metabolismo. Cuando este proceso metabólico inicia, produce ácidos que, al estar en contacto con el esmalte dental, provocan la pérdida de minerales, el reblandecimiento de los tejidos duros y formación de una cavidad, también llamada "caries".^{24,25}

La caries dental es una enfermedad infecciosa, es decir, es producida por microorganismos que provocan la destrucción de los tejidos del diente, dando como resultado la desmineralización de las superficies duras de los dientes provocada por los ácidos que se generan de la placa bacteriana o biofilm. Es multifactorial, puesto que, deben intervenir diferentes factores para que se desarrolle. Existen medidas durante el desarrollo de la caries dental en los cuales se puede tratar. Se debe

mencionar que la caries dental es la primera causa de pérdida dental y que en el caso de los adultos mayores por lo general se ubican a nivel radicular.²³

La caries dental se ha estudiado extensamente y se concluyó que existen diversos factores que podrían aumentar el riesgo de que se ésta produzca. Es decir, que a mayor concentración de microorganismos causantes de caries o criogénicos exista en la boca del paciente, mayor serán las probabilidades de que se desarrolle la caries. Por otro lado, estudios demuestran que mientras el consumo de hidratos de carbono fermentables sea mayor, también el riesgo de desarrollo de caries dental del paciente aumentará, y este disminuye de acuerdo con el número de veces que el paciente realiza una correcta higiene de la cavidad oral.²⁴

Existen factores que modifican la incidencia de caries como: el flujo salival, que ayuda a ejercer un efecto de barrido sobre los dientes y que se manifiesta constantemente si hay un buen flujo salival, debido a los neutralizantes de la saliva se puede contraatacar el pH ácido del metabolismo de las bacterias. El uso de productos fluorados, que en concentraciones adecuadas actúa como defensa y ayuda a detener el proceso de desmineralización dentaria, el flúor, ayuda a producir una remineralización de lesiones incipientes que aún no han formado una cavidad.²⁵

2.1.1.1 Indicador de caries dental

2.1.1.2 Índice CPO

Describe numéricamente los resultados del ataque de las caries en los dientes permanentes en determinado grupo poblacional. El índice muestra por separado el antecedente histórico del proceso carioso componente: obturado y extraído y la situación actual de las lesiones cariosas en cada individuo componente: caries y extracción indicada.³²

Sigla	Descripción
C	Describe la cantidad de piezas afectadas por caries dental.

	Lesiones cavitadas.
P	Describe el número de piezas perdidas como consecuencia de caries dental
O	Se describe el número de piezas que han sido obturadas como consecuencia de caries dental.

Cuadro n° 2 Descripción siglas CPO

El índice CPO es el resultado de la suma de estos valores.³²

Cuantificación de la OMS para el índice CPO
0,0 a 1,1 - muy bajo
1,2 a 2,6 - bajo
2,7 a 4,4 - moderado
4,5 a 6,5 – alto

Cuadro n° 3 Cuantificación de la OMS

EL índice CPO se expresa con el número promedio de piezas cariadas, piezas perdidas y piezas obturadas por persona, este promedio es separado por género y edad generalmente, ya que estos dos factores son los más importantes al momento de interpretar los datos correctamente. En la dentición permanente, el índice se refiere al promedio de dientes cariados, perdidos y obturados en la población que presenta dientes permanentes, llamado índice CPO y se obtiene con la fórmula.^{32,30}

$$CPO = \frac{\sum CP * O}{C + P + O}$$

Dónde:

C: Dientes cariados.

P: Dientes perdidos.

O: Dientes obturados

2.1.1.3 Códigos del CPO

En caso de que existiera duda para aplicar algún criterio clínico de índice CPO se tomara en cuenta las siguientes reglas:³²

Duda	Criterio
Entre sano y cariado	Sano
Entre cariado y obturado	Cariado
Si es temporal o permanente	Permanente

Cuadro n° 4 Códigos CPO

2.1.2 Enfermedad periodontal

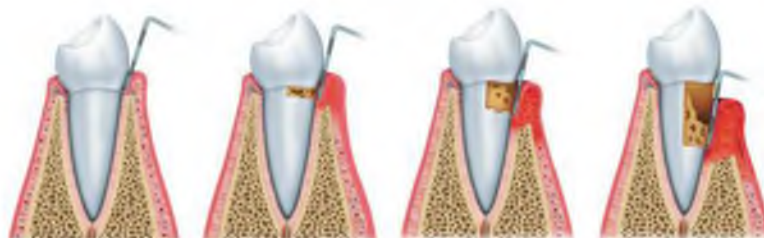


Ilustración 2 Enfermedad periodontal. Ruiz, Francisco

Las enfermedades periodontales comprenden un conjunto de circunstancias que afectan cualquier tejido de soporte y protección de los dientes. Estos tejidos son: la encía, el ligamento periodontal, cemento radicular, hueso alveolar, que en conjunto se denomina "periodonto". La enfermedad periodontal es considerada la segunda causa de pérdida dental. Sin embargo, en los adultos y adultos mayores estudios demuestran que en muchos casos la enfermedad periodontal puede superar los índices de carie dental y llegar a ser esta la primera causa de pérdida dental. En la etapa más temprana las encías inflamadas y sangrantes son los primeros signos de que sus encías están infectadas, cuando esta inflamación se limita a las encías se

denomina; gingivitis, si esta no se trata, si la infección llega a propagarse y extenderse hacia los demás tejidos del periodonto, a esta, se la denomina: periodontitis, que puede dar como resultado la movilidad dental y posterior extracción de las piezas afectadas.^{28,21,16,10}

La etiología primaria de las enfermedades periodontales es bacteriana, aunque existen mecanismos inmunológicos estrechamente asociados a su génesis y progresión, debido a su etiología bacteriana, al igual que la caries dental esta se clasifica como una patología infecciosa. Los tratamientos tanto preventivos como curativos, están dirigidos a eliminar la mayor cantidad de microorganismos patógenos que sea posible, a través de las diferentes técnicas de higiene adecuadas a cada paciente, combinadas con la terapia de remoción de placa bacteriana y cálculos.^{20,28}

Estudios realizados demuestran que existen factores, condiciones o características asociadas fuertemente al individuo o grupo de individuos, que poseen una determinada enfermedad comparada con los que no la tienen, estos factores, pueden favorecer la progresión de la enfermedad periodontal cuando está presente, generalmente a través de un cambio en la respuesta del hospedero a los microorganismos. Son factores de riesgo no modificables, la edad, el género, la raza, la genética y el nivel socioeconómico. Entre los factores de riesgo verdaderos cabe mencionar, el tabaco y la diabetes mellitus, también se encuentran la placa, los microorganismos presentes y la higiene oral. También existen factores de riesgo locales, la impactación alimenticia con pérdida de inserción y aumento de la profundidad al sondaje, los espacios interdientales amplios, tratamiento con fármacos inmunosupresores y cambios hormonales. estos factores deben ser considerados debido a que existe un elevado porcentaje de adultos y adultos mayores que presenta alguna de estas condiciones.^{21,28}

Otros estudios realizados demuestran que existe un fenómeno de agrandamiento gingival, el cual es producido por ciertos fármacos, y se manifiestan con un aumento de volumen considerable, y el cambio de la forma de las encías, llegando a cubrir por completo la superficie dental como se ha descrito en ciertos casos. Estos fármacos como la fenitoína, nifedipino y cefalosporinas, pueden producir agrandamiento gingival que, a pesar de su apariencia inflamada, no implica que esté

presente la enfermedad periodontal, aunque tal agrandamiento puede generar la aparición de la enfermedad debido a la dificultad para realizar la higiene de la cavidad oral.²⁸

2.1.2.1 Indicadores de salud periodontal

Para poder realizar la medición de las enfermedades periodontales se incluyeron diferentes indicadores como el PMA (Papilar, Marginal, Adherida), Marshall-Day, Stephen y Quigley, Russell entre otros, los cuales deberán ser suficientemente representativos para que se pueda registrar más específicamente la ausencia o presencia de una patología del periodonto, representar la severidad y la extensión de la patología periodontal presente en los individuos afectados. Los índices más comunes se enfocan a la identificación de señales objetivas para poder realizar un buen diagnóstico.¹⁰

2.1.2.2 Sondaje periodontal

El Sondaje periodontal es un procedimiento clínico que permite al médico estimar el estado estructural de los tejidos periodontales sondeando mecánicamente la región del surco gingival. La profundidad de sondaje permite al médico hacer ciertas suposiciones sobre el estado de salud del periodonto. Por lo general se lo realiza con una sonda periodontal que es un instrumento largo y delgado, de extremo romo. El propósito principal de una sonda periodontal es medir la profundidad de las bolsas alrededor de un diente con el fin de establecer el estado de salud del periodonto. Hay marcas inscritas en el cabezal del instrumento de precisión y facilidad de lectura del mismo. ^{16,21}

La encía sana es relativamente resistente a la penetración de una sonda periodontal se inserta en el surco con presión suave. La punta de la sonda periodontal puede distorsionar el surco gingival, pero es improbable de penetrar en los tejidos no inflamados. En la encía ligeramente inflamada, la sonda penetra en el epitelio de unión en diversos grados. Aunque el surco gingival es todavía poco profundo, el tejido inflamado es mucho menos resistente a la penetración de una sonda periodontal insertada a través del surco gingival sano. La sonda perturbaría los vasos sanguíneos, causando una hemorragia al sondaje y probablemente penetrar en el tejido hasta que las fibras de colágeno intactas proporcionarían resistencia a la

penetración adicional. En encía inflamada gravemente la punta de la sonda puede pasar a través del epitelio y tejido conectivo inflamado adyacente y terminan a nivel del tejido conjuntivo no inflamado.^{21,16,10}

La profundidad de sondaje periodontal es la distancia calculada entre el margen gingival hacia la base del surco y permite al operador diagnosticar el grado de afectación de los tejidos gingivales, la pérdida ósea y de los tejidos de soporte del diente. Mientras mayor sea la profundidad de la bolsa periodontal, mayor será el grado de destrucción ósea, acompañada o no de cálculo.¹⁰

2.1.3 Limitaciones socio-económicas

Debido a alto costo de los tratamientos odontológicos, o el limitado acceso a los servicios odontológicos, los pacientes optan por no realizarse los tratamientos necesarios para que la salud de su cavidad oral sea óptima. En el caso de los pacientes adultos mayores, cabe recalcar, que aquellos pacientes se definen como “adulto mayor”, han sido también categorizados en el ámbito social como un grupo de personas que en su mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Sin embargo, por otro lado, los elementos para realizar una correcta higiene oral, sin ser caros son considerados como artículos menos prioritarios para la mayoría, o por muchos de estos pacientes, comparados a otros que son indispensables. Es apropiado, analizar los diferentes tratamientos dentales de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral.¹²

2.2 Edentulismo

El edentulismo corresponde a la pérdida o ausencia de las piezas dentarias permanentes. La pérdida dental refleja tanto la carga acumulada de la enfermedad oral y las consecuencias de su tratamiento por extracción dental. La pérdida de dientes o edentulismo es el equivalente de la mortalidad dental y talvez sea esta la mutilación más frecuente en el ser humano. Para los individuos el edentulismo reduce sustancialmente la calidad de vida, el bienestar de los adultos desdentados sigue siendo un importante problema de salud pública. Se trata de un factor determinante de la demanda para el cuidado dental dentro de las poblaciones debido a que los pacientes desdentados parciales visitan al dentista con menos frecuencia que los pacientes que tiene sus dientes completos. La prevalencia de

edentulismo (es decir, el porcentaje de personas que no tienen dientes naturales) ha disminuido en los últimos 50 años en muchos países en pacientes de todas las edades y género. ¹⁶

Las causas del edentulismo pueden ser congénitas o adquiridas. Las causas congénitas del edentulismo parcial pueden ser debido a manifestaciones de síndromes muy graves que no son compatibles con la vida y vienen desde el nacimiento. El edentulismo adquirido hace referencia a la pérdida de dientes a lo largo de nuestra vida y es el resultado final de otros procesos multifactoriales y biológicos como la caries dental, la enfermedad periodontal, trauma, cáncer oral, y a factores no biológicos como la situación socioeconómica del paciente, acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, opciones de tratamiento y costo del tratamiento. ^{21,16,10}

El edentulismo adquirido se clasifica en total o parcial, se determina como la pérdida de uno, varios o todas las piezas dentales. ^{10,16}

2.2.1 Edentulismo Parcial

Se define como la pérdida o carencia de uno o varios órganos dentales, que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. En estudios realizados en los últimos años demuestran que un porcentaje muy alto de la población mundial se encuentra en la categoría de edentulos parciales con una gran pérdida de las estructuras de soporte.⁷

En los pacientes que han perdido varios dientes se verá afectada o disminuida la capacidad y/o rendimiento masticatorio que es la respuesta subjetiva del paciente acerca de su capacidad objetiva para masticar, alterando la selección de alimentos y la calidad de dieta, afectando el estado nutricional del paciente. Aun cuando los pacientes poseen prótesis parciales no poseen la misma capacidad masticatoria que teniendo todas sus piezas dentales.^{9,10}

La pérdida dental afecta a pacientes de diferentes edades, pero podemos observar mayor pérdida en los pacientes adultos mayores.⁷

2.2.1.1 Prevalencia

La documentación de la prevalencia y el patrón de pérdida parcial de dientes es muy importante para la identificación de las necesidades protésicas de la población estudiada. Publicaciones sobre la prevalencia de edentulismo parcial que examinó una población seleccionada informó que el primer molar mandibular podría ser más frecuentemente el diente que falta con una tendencia para una mayor pérdida de dientes en mujeres que en hombres.²⁸

Estudios realizados manifestaron que la pérdida de dientes anteriores y premolares en el maxilar superior se encontró que era más frecuente que la mandíbula en el que la pérdida de los molares fue más prevalente. Se estudió también la sustitución de los dientes perdidos y se expresó la necesidad de reemplazar los dientes perdidos, en la mayoría indicada la función como razón la principal para la sustitución de dientes perdidos, seguido por el efecto negativo de la pérdida de dientes en la apariencia.²²

Según la OMS en el año 2007, manifestó que la mayoría de piezas que fueron extraídas se debieron enfermedades comunes como la caries dental y las enfermedades periodontales.^{18,21}

La incidencia de edentulismo entre ciertas poblaciones refleja las diferencias en los comportamientos saludables y actitudes hacia la salud oral y dental, así como el acceso y uso de los servicios y tratamientos dentales.^{10,16}

2.2.2 Causas y consecuencias de edentulismo o pérdida de dental.

Edentulismo, o la pérdida de dientes, pueden robarle mucho más que la capacidad de masticar y digerir los alimentos adecuadamente. La pérdida de dientes tiene graves consecuencias sociales, psicológicas y emocionales, lo que afecta su calidad de vida, la autoimagen y la autoestima.^{7,8}

2.2.2.1 Las causas y riesgos de Edentulismo

A pesar de la pérdida de dientes por lo general se asocia con la edad avanzada, edentulismo también afecta a niños y adultos si no practica una higiene oral adecuada. ^{14,18,31}

En los niños se corre el riesgo de dos tipos de pérdida de dientes: la pérdida prematura de los dientes de leche y pérdida de dientes permanentes debido a una lesión o negligencia. Las caries dentales son una causa principal de pérdida de dientes en los niños y adolescentes. ^{13,5,28}

En los adultos la enfermedad de las encías (gingivitis o periodontitis) y la caries dental son las principales causas de la pérdida de dientes en los adultos. La enfermedad periodontal es una infección bacteriana crónica que afecta a las encías y el hueso que sostiene los dientes. A medida que la enfermedad destruye tejido de la encía y el hueso, los dientes se aflojan y pueden requerir la extracción. Las investigaciones indican que la pérdida de dientes causada por la enfermedad de las encías se asocia comúnmente con indicadores de riesgo que incluyen la edad, el género, el tabaquismo, inadecuada higiene bucal personal y el cuidado dental profesional, la diabetes mellitus, la hipertensión y la artritis reumatoide. ^{12,15,32}

En los ancianos, la acumulación de placa y el endurecimiento, recesión de las encías, obturaciones de mucho tiempo y sequedad de boca ponen los ancianos en mayor riesgo de perder sus dientes naturales. ^{11,14}

2.2.2.2 Otras causas de Edentulismo

Otras causas de edentulismo incluyen los siguientes:

- **Malos hábitos de higiene oral:** El cepillado incorrecto, el no usar hilo dental todos los días puede ayudar al desarrollo y la progresión de la caries dental y la enfermedad de las encías, lo que aumenta el riesgo de pérdida de dientes. ^{2,23}
- **La mala alimentación:** Los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, carbohidratos y ácidos pueden causar un daño irreversible al diente y daño a las encías, lo que resulta en la pérdida de dientes. ³⁰

- Los malos hábitos: fumar, mascar tabaco y / o el consumo de drogas pueden dañar los dientes hasta el punto de la pérdida de dientes.³⁰
- La falta de educación sobre la pérdida de dientes: la falta de educación sobre las causas y consecuencias de la pérdida de dientes impide que la gente tome el estilo de vida y las medidas preventivas de salud bucal adecuada, o de conseguir el mantenimiento dental periódica o tratamiento restaurador necesario.^{28,30}
- El miedo y la vergüenza: Muchas personas sufren de fobia dental o ansiedad / temor de ir al dentista, y no buscan tratamiento dental, incluso si saben que tienen un problema o están con dolor, otros sienten vergüenza o vergüenza de buscar tratamiento dental, ya que sienten que serán culpados o juzgadas negativamente por la condición de sus dientes. Haciendo caso omiso de las caries u otros problemas dentales graves que pueden prolongar y agravar la condición y, finalmente, dar lugar a la pérdida de dientes.^{25,27,1}
- Trauma: Los bebés y los niños pequeños son más susceptibles a la pérdida de los dientes de forma prematura a causa de un traumatismo, debido a que sus raíces de los dientes y las encías están todavía en desarrollo. Si los padres no toman las adecuadas - y, a menudo inmediatas - medidas para hacer frente a los traumatismos dentales, salud bucal de sus hijos puede verse afectada de forma permanente. Los adultos, en particular los que participan en deportes o sufren accidentes que afectan a la cara, también están en riesgo de pérdida de dientes.²⁹⁻³⁰
- Las condiciones sistémicas: condiciones sistémicas como la enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria, diabetes, infección por VIH, la malnutrición y la inmunosupresión están todos asociados con formas de periodontitis que a menudo resultan en la pérdida de dientes.³⁰⁻²²
- Los tratamientos médicos: Ciertos tratamientos, como la quimioterapia, la radioterapia y medicamentos inmunosupresores, debilitan el sistema inmunológico, estos tratamientos pueden aumentar el riesgo de infecciones de los dientes y, en consecuencia, la necesidad de la extracción del diente.^{30,31,32}
- Raza u origen étnico y el nivel socioeconómico también juegan un papel en la pérdida de dientes. Además, un mayor porcentaje de personas en todas las

edades que viven por debajo del nivel de pobreza se desdentado en comparación con los que viven por encima del nivel de la pobreza.^{30,1}

2.3 Clasificación de los arcos parcialmente dentados

Un estudio matemático realizado por Cummer en 1942 enumera más de 65,000 combinaciones para posibles edentaciones parciales, para clasificar los arcos de los pacientes parcialmente dentados se han propuesto varias clasificaciones. La más utilizada en la actualidad es la propuesta por el Dr. Edward Kennedy en el año 1925. Se considera una clasificación topográfica, es decir, que la relación existe entre las zonas edéntulas y las piezas remanentes de los arcos dentarios, nos entrega una visión general y rápida de las zonas edéntulas para poder enfrentar cualquier caso clínico que se presente. Posteriormente esta clasificación fue modificada por Applegate.²⁹

Existen muchas otras clasificaciones descritas como la de Bailyn, Becket, Cummer, Friedman, Wilson, Avant, Swenson, Miller entre otros. Actualmente se ha propuesto una clasificación que se basa en los criterios diagnósticos para poder hacer mucho más fácil el tratamiento en los casos más complejos. “Las cuatro grandes categorías diagnósticas tienen en cuenta: la localización y la extensión de las áreas edéntulas, las características oclusales y las características de la cresta residual.” McCracken.2006.³¹⁻¹⁹

El objetivo principal de la clasificación es facilitar la comunicación acerca del diseño de la prótesis mediante un respetivo diagnostico entre los estudiantes, los odontólogos y técnicos de laboratorio.^{32,20}

2.3.1 Requisitos para un método de clasificación aceptable

Los requisitos para que un método de clasificación se aceptable son:

- Aceptación universal.
- Permitir la diferenciación entre las prótesis parciales dentosoportada y las prótesis parciales mucosoportada.
- Servir de guía para el diseño que se va a emplear.

- Visualización inmediata del tipo de arcada que se está observando.¹⁸

2.3.2 Clasificación de Kennedy

La clasificación de Kennedy al igual que la clasificación de Skinner y Bailyn agrupan los arcos parcialmente dentados para que se implanten unos principios que faciliten los diseños en cada situación. El Dr. Edward Kennedy describió los arcos parcialmente edentes en cuatro tipos principales: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV, y las zonas desdentadas que no sean las que determinen las clases las denomino modificaciones o espacios de modificación.¹¹⁻¹³

- Clase I

Presenta áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales, los extremos libres con permanencia del grupo anterior. Según el número de espacios desdentados existentes se subdivide en clase I modificación I, II, III o IV.¹²

- Clase II

Presenta una zona edéntula posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares.¹²

- Clase III

Presenta un área unilateral edéntula con dientes naturales remanentes por delante o por detrás del área edéntula.¹²

- Clase IV

La zona desdentada única bilateral anterior a los dientes remanentes naturales, es decir, que atraviesa la línea media. Pueden estar ausentes los 4 incisivos o los 6 dientes anteriores, la guía incisiva no es activa prácticamente.¹⁴

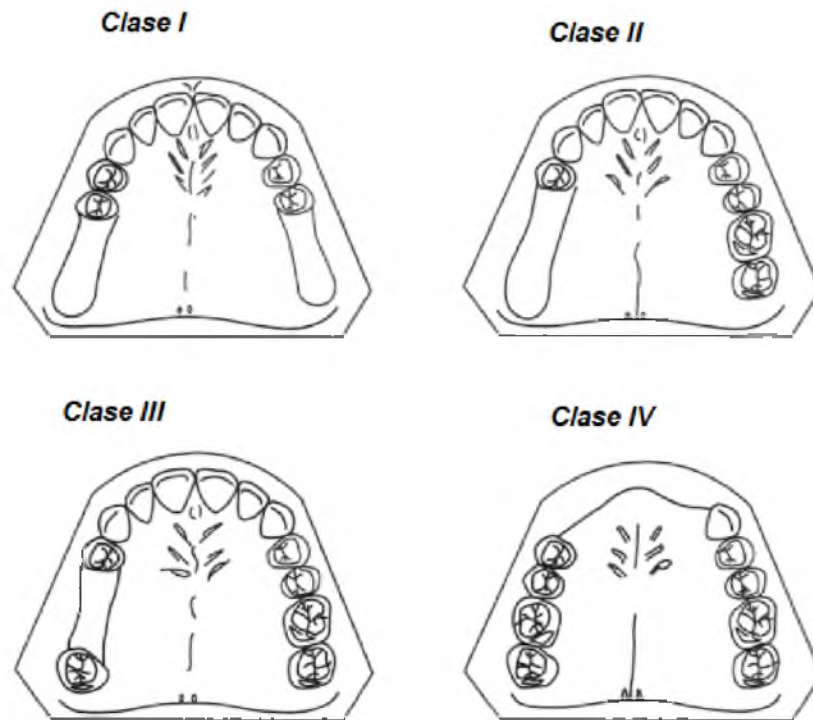


Ilustración 3 Clasificación de Kennedy. González, Cristina

El Dr. O.C Applegate en el año 1960 propuso aumentar la clasificación de Kennedy, pero la aceptación de esta no ha sido universal. ¹⁷

Clase V

Solo posee un par de molares en un solo lado del arco dentario. Se plantea la exodoncia de los molares remanentes y la solución sería una prótesis total mucosoportada.

Clase VI

Solo existen dos incisivos centrales. Por lo que se planteara la extracción y la incorporación de una prótesis total. ²²

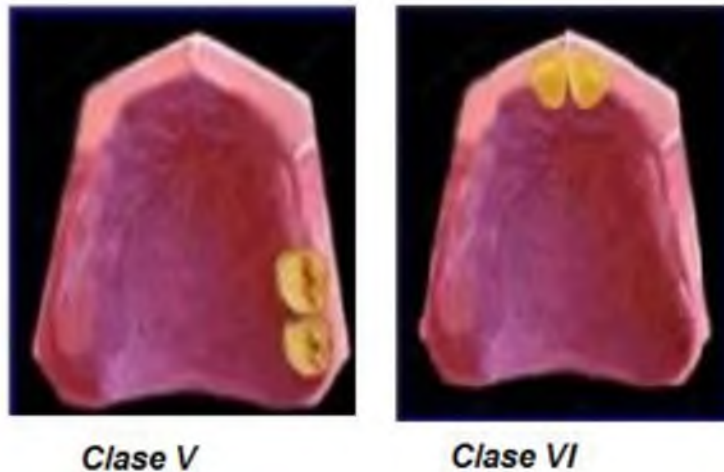


Ilustración 4 Clase V y VI de Kennedy. Cascante, Marcelo

2.3.3.1 Reglas de Applegate aplicable en la clasificación de Kennedy

En el año de 1954 OC Applegate añadió 8 reglas aplicables a la clasificación de Kennedy con el fin de considerar aquellas situaciones que eran difíciles de definir.³⁰

Regla 1:

La clasificación debe efectuarse después y no antes de realizar las extracciones dentarias que pudieran alterar la clasificación original.

Regla 2:

Si no existe el tercer molar y no va a ser reemplazado, no debe ser considerado en la clasificación.

Regla 3:

Los terceros molares se usan en la clasificación cuando se utilizan como dientes pilares.

Regla 4:

Si falta un segundo molar y este no va a ser reemplazado, no debe considerarse en la clasificación (este caso se da cuando no hay segundo molar antagonista y este no va a ser reemplazado).^{15,26}

Regla 5:

El área o áreas edéntulas más posterior es la que determina siempre la clasificación.

Regla 6:

Las áreas edéntulas distintas a las que determinan la clasificación se denominan espacio de modificación, y son designados por su número.

Regla 7:

La extensión del espacio de modificación no se considera en la clasificación, sino solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8:

La clase IV no acepta modificaciones, si acaso existiera alguna zona edéntula posterior esta sería la que determinaría la clasificación.^{15,26}

3 MATERIALES Y METODOS

3.1 Materiales

- Materiales de imprenta
 - Historias clínicas y datos de afiliación.
 - Lápiz pluma
 - Hojas
- Materiales tecnológicos
 - Cámara digital
 - Computadora
 - Impresora

3.1.1 Lugar de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo en la clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.1.2 Periodo de la investigación

La investigación y el procedimiento para llevar a cabo el estudio de prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se llevó a cabo durante el periodo del semestre A-2016.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Revisión bibliográfica	X	X	X	X
Actividad de prueba piloto		X		

Examen clínico				
Registro y tabulación de datos		X	X	
Resultados				X
Entrega de trabajo				X

Cuadro n° 5 Cronograma de ejecución de la investigación.

3.1.3 Recursos Empleados

3.1.3.1 Recursos Humanos

- Autor: Cristina González Cevallos
- Tutor de trabajo de graduación: Dra. Norka Altamirano, especialista en Prostodoncia, catedrático de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, como tutor del presente trabajo investigativo.
- Tutor metodológico: Dra. MSC. María Angélica Terreros de Huc., Maestría en investigación Clínica y Epidemiológica; catedrática de metodología de la investigación de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, asesora metodológica.
- Asesor estadístico: Alejandra Egas.
- Personal de área de odontología de la clínica odontológica de la UCSG.

3.1.3.2 Recursos Físicos

- Bibliotecas de la UCSG.
- Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Dirección: Av. Carlos Julio Arosemena Km. 1½ vía Daule, Guayaquil – Ecuador.

3.1.4 Universo

Pacientes con Edentulismo parcial de la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

3.1.5 Muestra

Formaron parte del estudio todos los pacientes atendidos en la clínica de Prótesis Parcial Removible y Clínica integral de la UCSG, que asistieron durante los semestres A-2015 y B-2015 que cumplan con los criterios de inclusión. Dando una muestra de 205 pacientes.

3.1.5.1 Criterios de Inclusión de la Muestra

- Pacientes edéntulos parciales.
- Pacientes de ambos géneros / sexo
- Pacientes entre los 20 y 80 años.
- Pacientes con Historias Clínicas completas.

3.1.5.2 Criterios de Exclusión de la Muestra

- Pacientes edéntulos totales en ambas arcadas
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento ortodóntico.
- Pacientes que vayan a ser tratados con implantes dentales en las brechas edéntulas.
- Pacientes con trastornos mentales.

3.1.5.3 Criterios de Eliminación de la Muestra

- Pacientes con historial clínico incompleto.

3.2 Métodos

3.2.1 Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo debido a que se registrara las características observadas.

3.2.2 Diseño de la Investigación

Diseño de carácter no experimental, descriptivo, observacional.

3.2.2.1 Procedimiento

- Se solicita la autorización de la Directora de la carrera para obtener las historias clínicas correspondientes a cada uno de los pacientes y realizar el estudio dentro de las clínicas odontológicas de la UCSG.
- Se revisó cada una de las historias clínicas de los pacientes para la obtención y/o recopilación de datos clínicos con la ayuda una hoja de registro elaborada por el autor la cual facilitara la obtención de los datos.
- Se realizó una tabla con los datos de cada paciente para poder facilitar la tabulación.
- Se realizaron gráficas de los datos recopilados.
- Interpretación de resultados y gráficas.
- Conclusiones del estudio.
- Recomendaciones en relación a los resultados obtenidos.

3.2.2.2 Análisis Estadístico

El análisis se realizó con la ayuda del software SPSS. En la primera parte se obtuvo un análisis general para establecer los resultados de las historias clínicas revisadas, luego se realizó un estudio de acuerdo para determinar cuál es la clasificación del edentulismo en los diferentes maxilares.

4 RESULTADOS

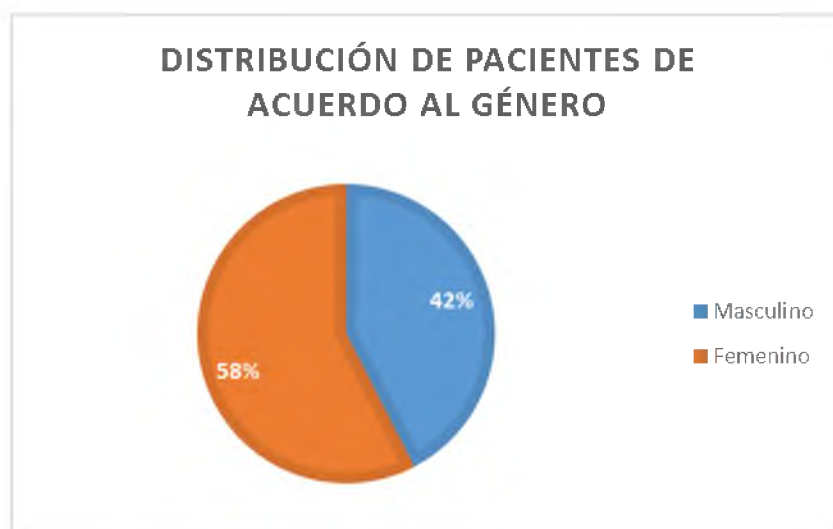
Distribución de pacientes por genero

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo al género		
Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	87	42%
Femenino	118	58%
Total	205	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: La muestra estuvo constituida por 205 historias clínicas de los pacientes, de los cuales el 42% corresponde al género masculino y el 58% al género femenino.

Gráfico n° 1 Distribución de pacientes por genero



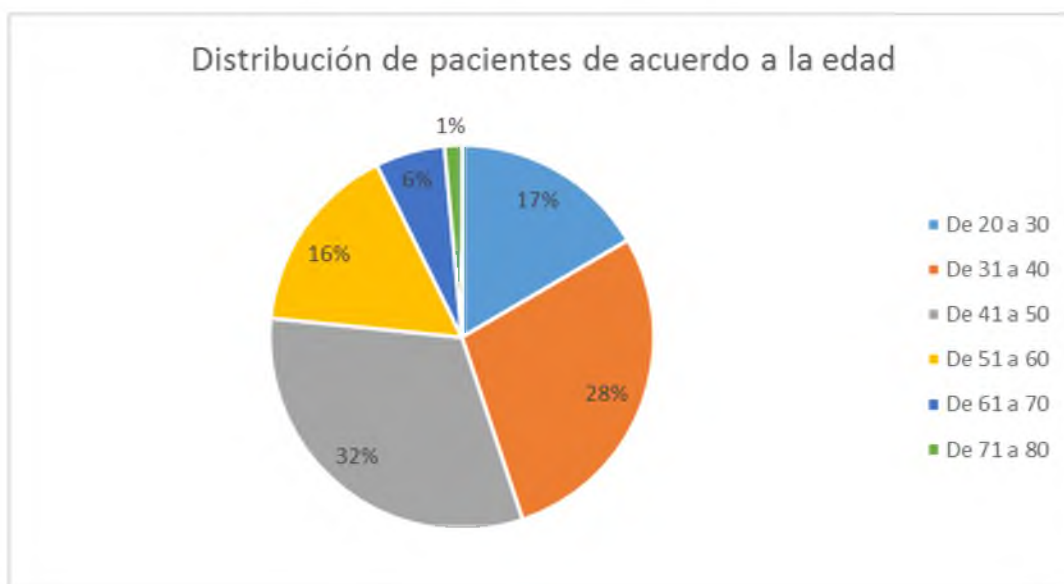
Distribución de pacientes de acuerdo a la edad

Tabla 2. Distribución de pacientes de acuerdo a la edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 30	34	17%
De 31 a 40	58	28%
De 41 a 50	65	32%
De 51 a 60	33	16%
De 61 a 70	12	6%
De 71 a 80	3	1%
Total	205	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: La muestra determinó que de los 205 observados, el 17% tenían entre 20 y 30 años, el 28% de 31 a 40 años, el 32% de 41 a 50 años, el 16% de 51 a 60 años, el 6% de 61 a 70 años, y el 1% de 71 a 80 años.

Gráfico n° 2 Distribución de pacientes de acuerdo a la edad



Distribución de higiene oral Índice CPO y Salud periodontal

Distribución de índice CPO

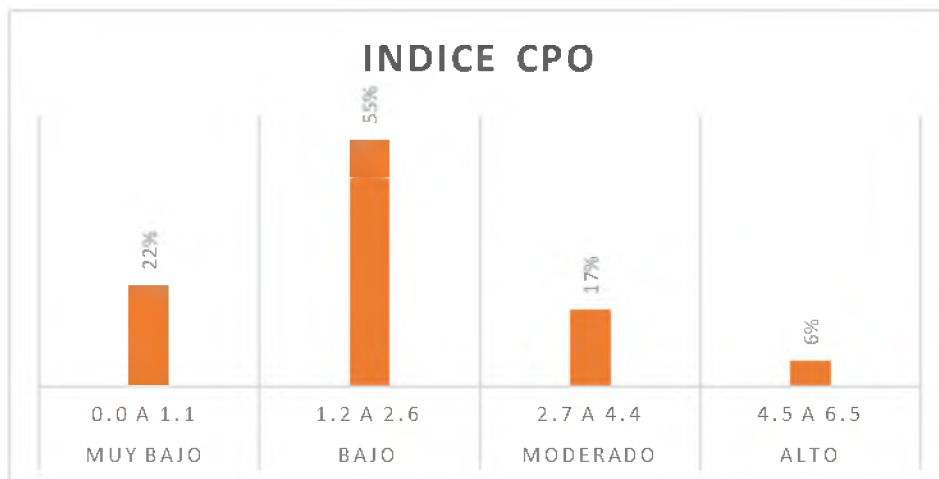
Tabla 3. Distribución de Índice CPO

Rango		Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	0.0 a 1.1	46	22%
Bajo	1.2 a 2.6	112	55%
Moderado	2.7 a 4.4	35	17%
Alto	4.5 a 6.5	12	6%
Total		205	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: La muestra demostró que el 22% tenía un índice muy bajo entre 0.0 y 1.1, el 55% un índice bajo entre 1.2 y 2.6, el 17% un índice moderado entre 2.7 y 4.4, y el 6% con índice alto entre 4.5 y 6.5.

Gráfico n° 3 Índice CPO



Distribución de Salud Periodontal

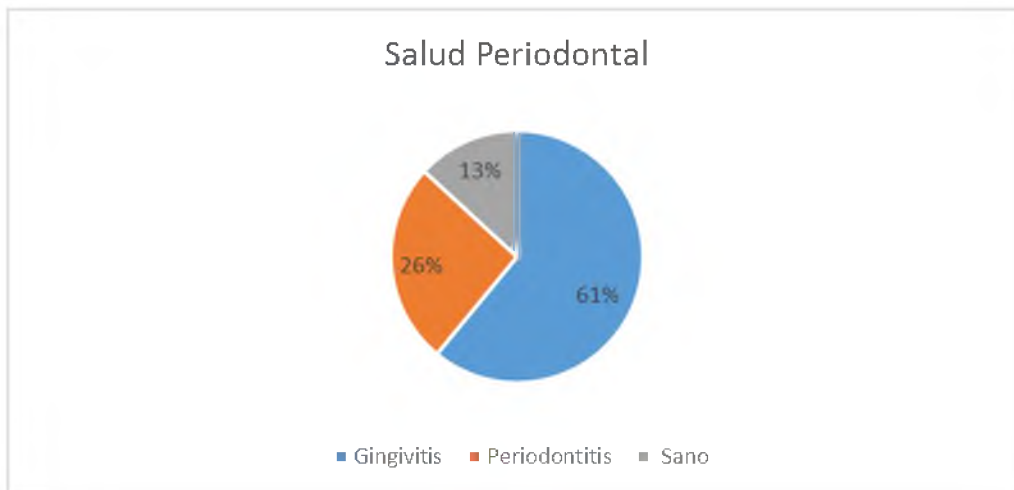
Tabla 4. Salud Periodontal

	Frecuencia	Porcentaje
Gingivitis	125	61%
Periodontitis	53	26%
Sano	27	13%
Total	205	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: Se observó que el 13% de la muestra tenía las encías sanas, el 61% tienen gingivitis y el 13% periodontitis.

Gráfico n° 4 Salud periodontal



Distribución de piezas perdidas

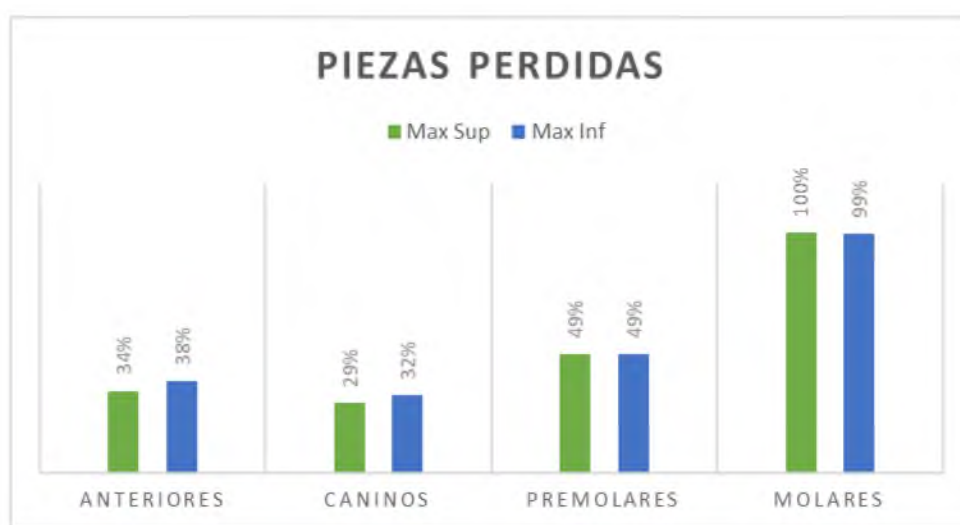
Tabla 5. Piezas Perdidas

	Max Superior	Max Inferior
Anteriores	34%	38%
Caninos	29%	32%
Premolares	49%	49%
Molares	100%	99%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: De acuerdo a los datos recopilados se observó que el 34% de los dientes anteriores se pierden en el maxilar superior, y el 38% en el maxilar inferior, el 29% de caninos en el maxilar superior y el 32% en el maxilar inferior, el 49% de premolares en el maxilar superior e inferior, el 100% de molares en el maxilar superior y el 99% en el maxilar inferior.

Gráfico n° 5 Pérdida dental



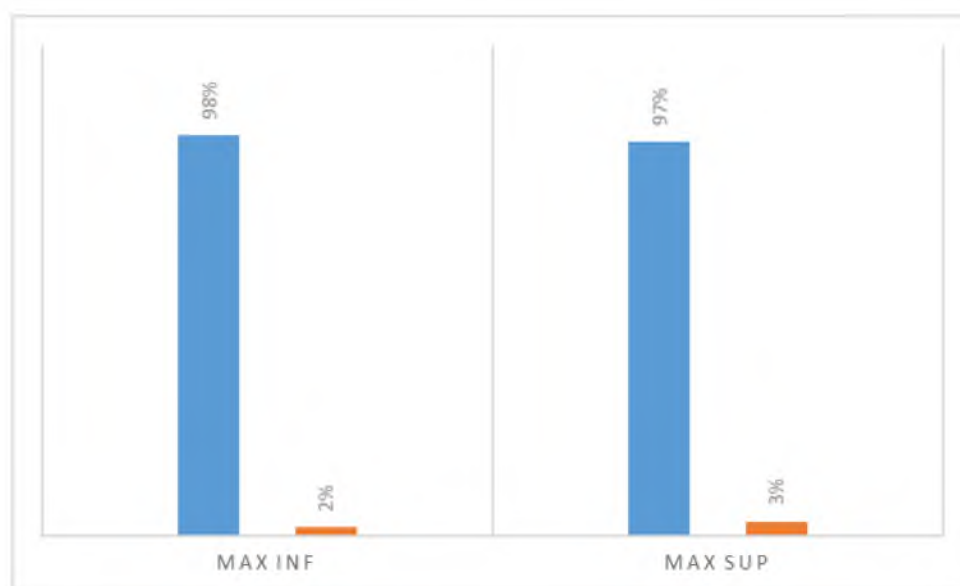
Maxilares Afectados

Tabla 6. Maxilares Afectados				
	Max Sup	Max Inf	Max Sup	Max Inf
SI	198	201	97%	98%
No	7	4	3%	2%
	205	205		

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: La muestra determino que el maxilar inferior es el más afectado por el edentulismo con el 98%, y el maxilar superior con el 97%.

Gráfico n° 6 Maxilares Afectados



Distribución de Clasificación de Kennedy en el Maxilar superior e inferior.

Maxilar Superior

Tabla 7. Distribución de Clasificación de Kennedy Maxilar superior

	Frecuencia	Porcentaje de frecuencia
Clase I	26	13%
Clase II	65	32%
Clase III	78	38%
Clase IV	16	8%
Sin clasificación	20	10%
Total	205	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: La muestra refleja que en maxilar superior la clasificación más común es la Clase III con el 38%, le sigue la Clase II con el 32%, la clase I con el 13%, el 10% no presenta clasificación y el 8% Clase IV.

Gráfico n° 7 Clasificación de Kennedy – Maxilar Superior



Modificaciones

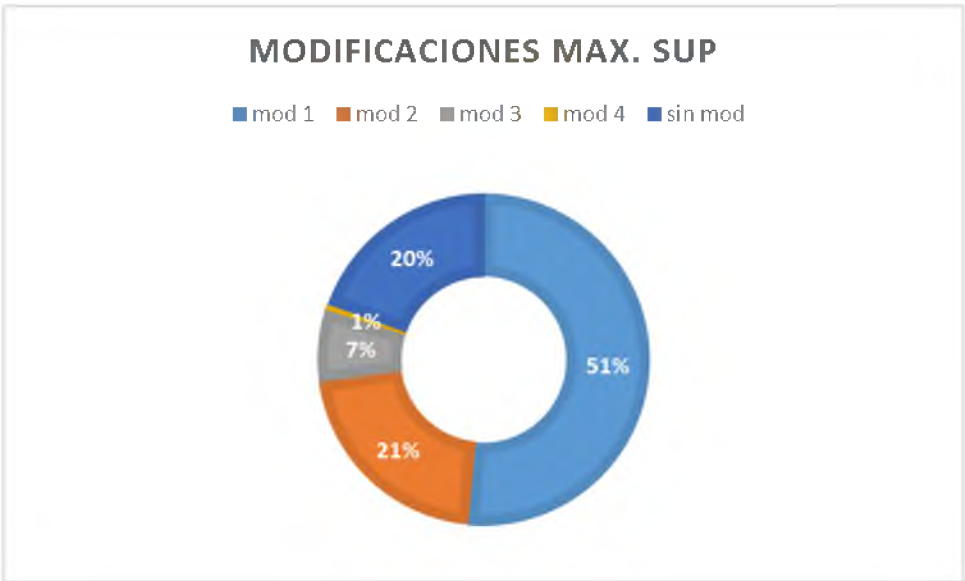
Tabla 8. Modificaciones Maxilar Superior

mod 1	87	51%
mod 2	36	21%
mod 3	12	7%
mod 4	1	1%
sin mod	33	20%
	169	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: se demostró que la modificación 1 es la más recurrente en cada una de las clasificaciones con 51%, la modificación 2 el 21%, no tenían modificación el 20%, modificación 3 el 7% y modificación 4 el 1%.

Gráfico n° 8 Modificaciones – Maxilar Superior



Maxilar Inferior

Tabla 9. Distribución de Clasificación de Kennedy

Maxilar inferior

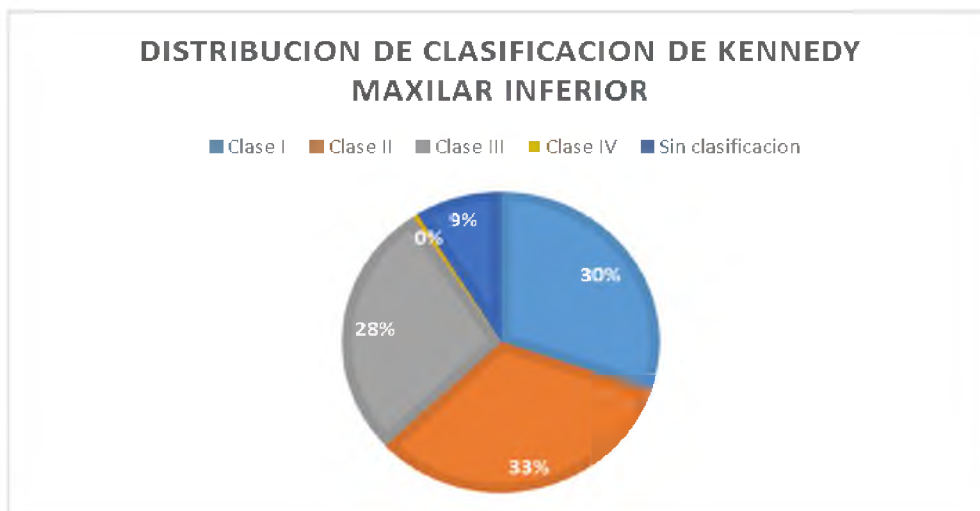
	Frecuencia	Porcentaje de frecuencia
Clase I	62	30%
Clase II	67	33%

Clase III	57	28%
Clase IV	1	0%
Sin clasificación	18	9%
Total	205	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: la muestra dio como resultado que la clasificación más frecuente en el maxilar inferior fue la clase II con el 33%, seguido de la Clase I con el 30%, la Clase III con el 28%, no presenta clasificación el 9% y la clase IV con el 1%.

Gráfico n° 9 Clasificación de Kennedy – Maxilar inferior



Modificaciones

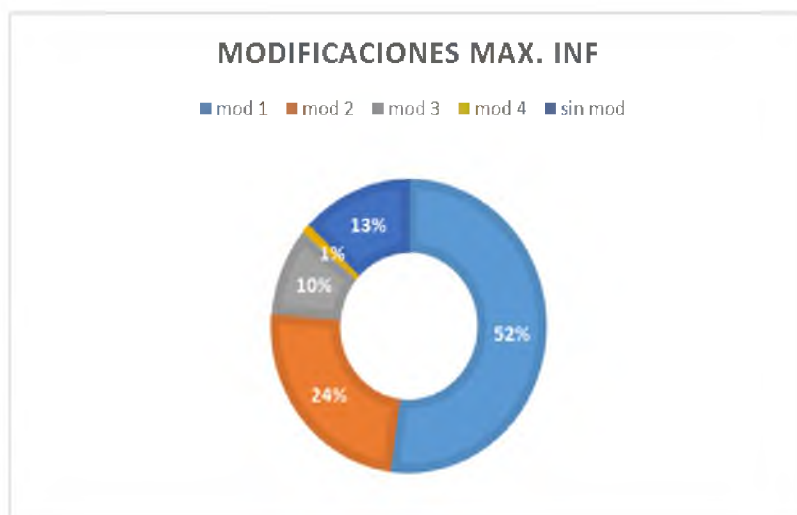
Tabla 10. Modificaciones - Maxilar Inferior		
mod 1	97	52%

mod 2	45	24%
mod 3	18	10%
mod 4	2	1%
sin mod	24	13%
	186	100%

Fuente: Pacientes atendidos en la clínica odontológica UCSG.

Análisis y discusión: Dentro de las modificaciones de la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior encontramos que la más común fue la modificación 1 con un 52% en la tabla, seguido de la modificación 2 con un 24%, no presentaban modificaciones un 13%, con modificación 3 un 10% y la modificación 4 con 1% en la tabla.

Gráfico n° 10 Modificaciones – Maxilar Inferior



5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se Determinó la prevalencia de la clasificación de Kennedy de Edentulismo parcial en de los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el periodo del semestre A y B del 2015 encontrándose que en el maxilar inferior fue la clase II la más común con un 36% y en el maxilar superior fue la clase III con un 38%. Se analizó otras investigaciones similares a cerca de estudios sobre edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy encontrándose resultados similares en el maxilar superior pero diferentes en el maxilar inferior.

Se estableció que el maxilar edente parcial encontrado con mayor frecuencia fue el maxilar inferior.

Se concluyó que el grupo dentario más perdido a través de la vida fue el grupo molar tanto en maxilar superior como inferior.

5.2 Recomendaciones

La Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil debería desarrollar más de este tipo de investigaciones para que los estudiantes sean concientizados en cuanto a prevalencia de pérdida de piezas dentarias en nuestra sociedad y como desarrollar planes de prevención.

Adquirir y mejorar los equipos y las condiciones en las que se trabaja y así poder cubrir satisfactoriamente la gran demanda de tratamientos.

Mejorar y tomarse más tiempo de elaborar historias clínicas correctamente para no perder datos importantes de los pacientes y poder obtener resultados más precisos en el futuro.

Concientizar a los alumnos y profesionales sobre la importancia de llevar un registro de su casuística mediante historias clínicas, fotos y modelos.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Villanueva Córdova Katty, Ríos Villasis Katty. *Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy*. Revista Estomatológica Peruana. 2013; 16(3): 1-10.
2. Víctor Cortés Felipe Carrasco, Carolina Vergara. *Prevalencia De Edentulismo Parcial y Total En Islas Butachauques Y Tac, Quemchi, 2013*. Rev. Chil. Salud Pública 2014; 18 (3): 257-262.
3. Vanessa Leila Gutierrez-Vargas, Roberto Antonio León-Manco, Diana Esmeralda Castillo-Andamayo. *Edentulismo Y Necesidad De Tratamiento Protésico En Adultos De Ámbito Urbano Marginal*. Rev Estomatol Herediana. 2015; 25(3):179-86.
4. Angel P, Fresno MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. *Prevalencia de Caries, Pérdida de Dientes y Necesidad de Tratamiento en Población Adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi*. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2010; 3(2): 69-72.
5. Patricia Moya Rivera. Juan Carlos Caro Cassali. Diego Velásquez Bardavid. *Caries dental y necesidad de tratamiento protésico en adultos. Comuna de Macul, 2014*. Revista Dental de Chile 2015; 106 (3): 25-28.
6. Marlene Sánchez Murguiondo, Mayra Román Velásquez, Rocío Dávila Mendoza, Alberto González Pedraza Avilés. *Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(2): 110-115.
7. Lana A. Shinawi. *Partial edentulism: a five year survey on the prevalence and pattern of tooth loss in a sample of patients attending King AbdulAziz University - Faculty of Dentistry*. Life Science Journal 2012;9(4):2665-2671.
8. Brenes William, Hoffmaister Federico. *Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos*. Rev. costarric. cienc. méd [Internet]. 2004 Dic [citado 2016 Ago 04] ; 25(3-4): 27-41. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200003&lng=en.
9. Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, von Marttens MI, Pinto L. *Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno*. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2010 Abr [citado 2016 Ago 05] ; 3(1): 27-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-

01072010000100005&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0719-1072010000100005>.

10. Sánchez Y Andrés Eloy. *Clasificación del paciente parcialmente edéntulo según el método del colegio Americano de Prostodoncia y su relación con el estado periodontal en sujetos tratados en la Universidad Central de Venezuela*. Acta odontol. venez [Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Ago 05] ; 47(3): 19-30. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000300005&lng=es.
11. Joya Rodríguez Luz Dary, Quintero Luisa Eugenia. Caracterización De La Salud Bucal De Las Personas Mayores De 65 Años De La Ciudad De Manizales, 2008. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 2015 June [Cited 2016 Aug 21] ; 20(1): 140-152. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.10> .
12. Belaunde Gomez M. "Relación Entre El Acceso A La Atención Dental Y El Edentulismo En Pobladores De 18 A 65 Años De Edad Del Distrito De Cajabamba, Provincia De Cajabamba, Departamento De Cajamarca, Durante El Periodo Febrero – Mayo De 2011 [Grado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad De Estomatología Roberto Beltrán; 2011.
13. Resende Camila Maria Bastos Machado De, Ribeiro Jaiane Augusta Medeiros, Dias Kássia de Carvalho, Carreiro Adriana da Fonte Porto, Rego Michel Platini Pereira do, Queiroz José Werbeson Nogueira de et al . Signs of Combination Syndrome and removable partial denture wearing. Rev. odontol. UNESP [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Aug 21] ; 43(6): 390-395. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772014000600390&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1041>.
14. Gramal Aguilar Mayra, Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de peguche de la provincia de Imbabura, Quito, Universidad Central del Ecuador, 2014
15. Veas Garcia Helen, 'Estudio Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Pacientes Atendidos En La Clínica De Postgrado De Rehabilitación Oral Durante El Periodo 2013-2014' Guayaquil, Universidad De Guayaquil Facultad Piloto De Odontología Escuela De Postgrado. Guayaquil. 2015.
16. Irigoyen Ma. Esther, Velásquez Consuelo, Zepeda Marco Antonio, Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México, Revista de la Asociación Dental Mexicana, Vol. LVI, No. 2 Marzo-Abril 1999 pp 64-69.
17. Awapara Flores, N. (2010). *Determinación De La Asociación Entre El Edentulismo Y La Calidad De Vida En La Población Adulta Del Distrito De Celendín, Provincia De Celendín, Departamento De Cajamarca En 2010..* [Tesis] [Http://www.cop.org.pe/bib/tesis/Nadiaawuaparaflores.pdf](http://www.cop.org.pe/bib/tesis/Nadiaawuaparaflores.pdf), 1. Piñas.

18. Margareta Molin Thoren, Johan Gunne, *Protesis Removible*, 1° edición, Venezuela, Amolca, 2013.
19. David Loza Feernandez, H. Rodney Valverde Montalva, *Protesis Parcial Removible procedimientos clínicos y laboratorio*, 1° edición, Peru, Savia, 2013.
20. Pommer, B., Krainhöfner, M., Watzek, G., Tepper, G., & Dintsios, C.-M. (2012). Relevance of Variations in the Opposing Dentition for the Functionality of Fixed and Removable Partial Dentures: A Systematic Review. *International Journal of Dentistry*, 2012, 876023. <http://doi.org/10.1155/2012/876023>
21. Taboada Aranza Olga, Talavera Peña Ismael. Prevalencia de gingivitis en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2016 Ago 24] ; 68(1): 21-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100003&lng=es.
22. Dolcini, G. A., Colombo, M., & Mangano, C. (2016). From Guided Surgery to Final Prosthesis with a Fully Digital Procedure: A Prospective Clinical Study on 15 Partially Edentulous Patients. *International Journal of Dentistry*, 2016, 7358423. <http://doi.org/10.1155/2016/7358423>.
23. Friedman, P. K. and Lamster, I. B. (2016), Tooth loss as a predictor of shortened longevity: exploring the hypothesis. *Periodontol* 2000, 72: 142–152. doi:10.1111/prd.12128.
24. Arrow, P. (2016), Dental enamel defects, caries experience and oral health-related quality of life: a cohort study. *Aust Dent J.* Accepted Author Manuscript. doi:10.1111/adj.12449.
25. Castilho Aline Rogéria Freire de, Marta Sara Nader. Evaluation of the incidence of dental caries in patients with Down syndrome after their insertion in a preventive program. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Oct [cited 2016 Aug 21] ; 15(Suppl 2): 3249-3253. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800030>.
26. Carneiro Rosane Maria do Valle, Silva Débora Dias da, Sousa Maria da Luz Rosário de, Wada Ronaldo Seichi. Oral health of institutionalized elderly in the Eastern Zone of São Paulo, Brazil, 2009. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2005 Dec [cited 2016 Aug 21] ; 21(6): 1709-1716. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600018>.
27. Chun-Teh Lee, Ricardo Teles, Alpdogan Kantarci, Tsute Chen, Jon McCafferty, Jacqueline R. Starr, Luciana Carla Neves Brito, Bruce J. Paster, and Thomas E. Van Dyke Resolvin E1 Reverses Experimental Periodontitis and Dysbiosis. *J. Immunol.* 2016 : jimmunol.1600859v1-1600859.

28. Pérez Hernández Leyda Yenima, de Armas Cándano Anabel, Fuentes Ayala Eridalia, Rosell Puentes Francisco, Urrutia Díaz Dayanet. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Ago 24] ; 15(2): 53-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200006&lng=es.
29. Khalaf, H., Nakka, S. S., Sandén, C., Svärd, A., Hultenby, K., Scherbak, N., ... Bengtsson, T. (2016). Antibacterial effects of *Lactobacillus* and bacteriocin PLNC8 $\alpha\beta$ on the periodontal pathogen *Porphyromonas gingivalis*. *BMC Microbiology*, 16, 188. <http://doi.org/10.1186/s12866-016-0810-8>.
30. Vadavadagi, S. V., Srinivasa, H., Goutham, G. B., Hajira, N., Lahari, M., & Reddy, G. T. P. (2015). Partial Edentulism and its Association with Socio-Demographic Variables among Subjects Attending Dental Teaching Institutions, India. *Journal of International Oral Health : JIOH*, 7(Suppl 2), 60–63.
31. Mesas Arthur Eumann, Andrade Selma Maffei de, Cabrera Marcos Aparecido Sarria, Bueno Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2010 Sep [cited 2016 Aug 24] ; 13(3): 434-445. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300007>.
32. Rojas Herrera Isis. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Ago 24] ; 41(4): 379-384. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008&lng=es.

7 ANEXOS

7.1 Hoja de recolección de datos

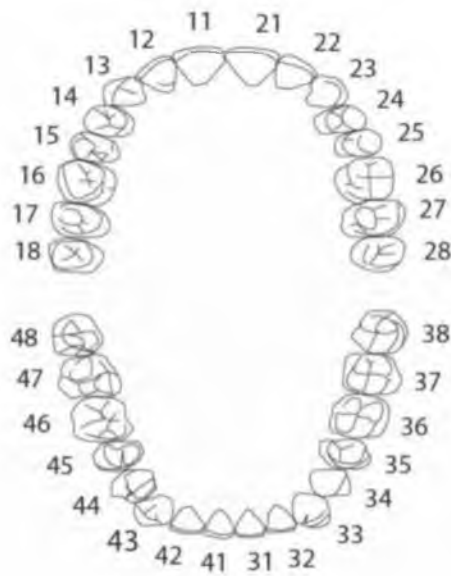
EDAD	
------	--

C	P	O	

F	
M	

Gingivitis	
Periodontitis	

	Sup	Inf
A		
C		
P		
M		



Clasificación Angle Maxilar Superior: _____

Clasificación Angle Maxilar Inferior: _____

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **GONZALEZ CEVALLOS, CRISTINA GISELLA**, con C.C # **0930251277** autor/a del trabajo de titulación: **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY. CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UCSG. 2015”** previo a la obtención del título de **ODONTOLOGA** 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, 12 de septiembre de 2016.

f. _____

Nombre: **GONZALEZ CEVALLOS, CRISTINA GISELLA**

C.C: 0930251277

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy. Clínica Odontológica de la UCSG. 2015”		
AUTOR(ES)	Cristina Gisella González Cevallos		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Norka Marcela Altamirano Vergara		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Carrera de Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	63 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Edentulismo parcial, salud oral, caries dental, enfermedad periodontal.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Edentulismo, edentulismo parcial, clasificación de Kennedy, perdida dental, salud oral.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): **Introducción:** El edentulismo parcial corresponde a uno o los dos arcos dentales en el que uno o más, pero no todos los dientes naturales están ausentes. La caries dental y la enfermedad periodontal son las principales causas de la pérdida de dientes en la primera infancia y la adolescencia. Las posibles combinaciones de edentulismo parcial son más de 65.000 dependiendo de su incidencia en maxilar y arcos mandibulares. La clasificación de Kennedy es ampliamente estudiada y clínicamente aceptada por muchos o casi todos los odontólogos. Existen cuatro tipos principales Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV, las clases I, II y III con sus respectivas modificaciones. La clasificación de Kennedy es ampliamente aceptada debido a sus ventajas de visualización inmediata y reconocimiento de áreas de soporte. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG. **Materiales y métodos:** Investigación de tipo descriptivo, donde se examinó las historias clínicas de los pacientes para determinar qué tipo de edentulismo según Kennedy tenían los pacientes en el 2015. **Resultados:** De las 205 historias revisadas se observó que en el maxilar superior la clase III fue la que tuvo mayor prevalencia con el 38%, seguido de la clase II con el 32%, y en el maxilar inferior fue más prevalente la clase II con el 33% seguida de la clase I con el 30%.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593985319724	E-mail: cristy_7391@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Landívar Ontaneda, Gabriela Nicole	
	Teléfono: +593-9-97198402	
	E-mail: gabriela_landivar@hotmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		