



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**“PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACION KENNEDY EN LA CIUDAD DE QUITO”**

**“Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Odontólogo”**

Profesora guía

Dra. Adriana Emilie Lasso Hormaza

Autor

José Napoleón Cargua Ríos

Año

2016

DECLARACION DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan trabajos de titulación”.

.....
Dra. Adriana Emilie Lasso Hormaza
Especialista en Rehabilitación
C.I.:1713710547

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi tutoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

.....

José Napoleón Cargua Ríos

C.I.: 1719231696

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme y darme siempre sus bendiciones.

Mis padres, por guiarme y no dejarme decaer en mi periodo estudiantil.

A mis amigos, con quienes compartí buenos, malos momentos, alegrías, lindas experiencias y mucho compañerismo.

A mi familia y a todas aquellas personas que compartieron conmigo en el transcurso de mi carrera lleno de esfuerzos y sacrificios

Napoleón Cargua

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo primordialmente a Dios, por brindarme la sabiduría e inteligencia, para desarrollar y culminar esta tesis, a mis padres por inculcarme desde mi niñez el espíritu de confianza y perseverancia; especialmente aquellas personas que me brindaron su apoyo incondicional en todas las etapas de mi formación y mi familia, pilar fundamental para la realización de este trabajo y de los objetivos que me he planteado en la vida.

Napoleón Cargua

RESUMEN

El edentulismo parcial es una patología irreversible, que conlleva la pérdida dental y aqueja a un gran número de la población mundial. Los que sufren esta afección ven disminuida su calidad de vida y afectan su autoestima, con este antecedente se escogió el tema “prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito”, por lo que se investigó el marco científico de esta problemática, basados en las variables edentulismo parcial y clasificación de Kennedy con sus covariables edad, género y arcos dentarios.

El objetivo fue definir el grado de prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los habitantes de la Ciudad de Quito, como base de información el edentulismo parcial clase III predomina en edades tempranas, afectando a hombres como a mujeres en ambos maxilares, promoviendo como hipótesis que el edentulismo clase III de Kennedy prevalece en pacientes mayores 30 años de género femenino en el maxilar inferior, bajo un enfoque de tipo descriptivo, transversal, observacional y epidemiológico. Se realizó encuestas a una muestra de 384 personas según criterios de inclusión y exclusión, se aplicó la observación clínica y para la tabulación de resultados, se utilizó cuadros y gráficos según variables de estudio, cuyos resultados relevantes fueron que: la población quiteña la clase III de Kennedy es más prevalente con un 82,81%, clase II con 19,93%, clase I con 15,41%, y clase IV con 11,39%; según edad de 30-39 años, predominó la clase III con 54,67%, el género femenino la clase III sobresalió con 31,83% y en el arco superior la clase III prepondera con un 26,80%.

Respecto a la discusión y conclusiones, este esfuerzo investigativo es la base para recomendar la realización periódica de este tipo de estudio a nivel provincial y nacional por parte de entidades público-privadas, concienciar al profesional para el desarrollo de técnicas que permitan prevenir, diagnosticar y crear un plan de tratamiento rehabilitador para reducir los índices de edentulismo parcial en la población; finalmente, promover el cuidado de la salud oral en los habitantes de la ciudad de Quito.

Palabras claves: Edentulismo parcial, Clasificación de Kennedy, edad, género, arcos dentarios superior e inferior.

ABSTRACT

The partial edentulism is a pathology irreversible, which entails the dental loss and afflicts a large number of the world population. Those who suffer from this condition are diminished their quality of life and affect their self-esteem, with this background you chose the theme "prevalence of edentulism partial according to the classification of Kennedy in the city of Quito," by which investigated the scientific framework of this problem, based on the variables edentulism partial and classification of Kennedy with its covariates age, gender and dental arches.

The objective was to define the prevalence of edentulism partial according to the classification of Kennedy in the habitants of the city of Quito, as a basis for information the edentulism partial class III predominates in early ages, affecting men and women in both maxillaries, promoting as a hypothesis that the edentulism class III of Kennedy prevails in patients over 30 years of feminine gender in the lower jaw, under a descriptive approach, cross-sectional, observational and epidemiological. It conducted surveys to a sample of 384 persons according to the criteria of inclusion and exclusion, applied clinical observation and tabulation of results, was used tables and charts according to variables of study, whose relevant results were that: the Quito population class III of Kennedy is more prevalent with a 82,81%, class II with 19,93%, Class I with 15.41%, and class IV with 11.39%; according to age of 30-39 years, prevailed the class III with 54,67%, the feminine gender class III excelled with 31,83% and in the upper arch the class III tainted with a 26.80%.

With regard to the discussion and conclusions, this research effort is the basis for recommending the periodic holding of this type of study at provincial and national level by public-private partnerships, to raise awareness among professional for the development of techniques to prevent, diagnose and create a plan of rehabilitative treatment to reduce the rates of partial edentulism in the population; finally, to promote the oral health care among the inhabitants of the city of Quito.

Key words: Partial Edentulism, classification of Kennedy, age, gender, upper and lower dental arches.

INDICE

1. CAPITULO I	1
1.1. INTRODUCCION.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
2. CAPITULO II.....	5
2.1. MARCO TEORICO	5
2.1.1. Edentulismo Parcial	5
2.1.2. Clasificación de los arcos parcialmente edéntulos.....	7
2.1.3. Clasificación de Kennedy	33
2.1.4. Modificaciones de Applegate	35
3. CAPÍTULO III.....	39
3.1. OBJETIVOS.....	39
3.1.1. OBJETIVO GENERAL:	39
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	39
3.1.2. HIPÓTESIS:.....	39
4. CAPITULO IV	40
4.1. METODOLOGÍA	40
4.1.1. Tipo de estudio	40
4.1.2. Universo de la muestra:	40
4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	41
4.1.4. Operacionalización de variables:	42
4.1.5. Descripción del método:	42
5. CAPITULO V	44
5.1. RESULTADOS	44
5.1.1. Prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy en Quito.....	45
5.1.2. Prevalencia del edentulismo parcial mediante la clasificación de Kennedy según edad.....	46
5.1.3. Predominio del edentulismo parcial a través de la clasificación de Kennedy según el género.....	47

5.1.4. Prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo al arco dentario según la clasificación de Kennedy.....	48
6. CAPÍTULO VI	53
6.1. DISCUSIÓN	53
7. CAPITULO VII	55
7.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
7.1.1. CONCLUSIONES	55
7.1.2. RECOMENDACIONES	56
8. CRONOGRAMA	57
9. PRESUPUESTO	58
10. REFERENCIAS	59

1. CAPITULO I

1.1. INTRODUCCION

La pérdida de cualquier parte de un órgano, miembro o parte de estos, se la conoce en medicina como “amputación”. Es por eso que el edentulismo, sea este parcial o total, es la consecuencia de la pérdida o amputación de las piezas dentales, lo que produce una “deficiencia” que hasta la misma OMS la expresa, como un quebranto o anomalía de una estructura anatómica; creando así una invalidez, que la define como una restricción de realizar actividades en el perfil que se supone es normal (Ministerio de Salud Colombia, ENSAV IV, 2015).

Se puede afirmar, que la población que sufre de esta afección patológica, tiende a tener problemas normo funcionales que impiden desenvolverse con normalidad en el diario vivir, además, la población que padece este mal, en su mayoría pierde sus piezas dentarias a muy temprana edad, situación que se relaciona con problemas económicos, sociales, de edad, de género, nivel cultural, intelectual, costumbres, hábitos, entre otros.

Aunque en el medio no supone un “problema de salud”, es preciso medir esta patología, puesto que permitirá tomar acciones orientadas a reestablecer las piezas dentales faltantes mediante la confección de prótesis.

No obstante, en Quito, en sus habitantes es frecuente la pérdida, de por lo menos una pieza dentaria, por lo cual, se ha visto la necesidad de conocer de esta enfermedad, como una manera de establecer parámetros claros que faciliten la categorización del edentulismo.

“A lo largo de la historia se han visto un sin número de métodos de clasificación de arcos parcialmente desdentados, que han sido propuestos y vienen siendo utilizados hasta la presente, el más utilizado es la clasificación de Kennedy

vigente desde 1925, que ayuda de una manera clara establecer los tipos de edentulismo parcial y es el que se utiliza en este estudio tomando en cuenta las observaciones realizadas por el Dr. Applegate, en 1960” (Díaz, P 2009).

En base a esta temática, en el Capítulo I, se encuentra ubicado en primer plano la Introducción y la Justificación sobre la elaboración de este estudio,

En el Capítulo II, llamado **MARCO TEÓRICO** donde se encuentran los antecedentes investigativos para este estudio, el Edentulismo Parcial, los sistemas de Clasificación de los Arcos Parcialmente Desdentados, la Clasificación de Kennedy, modificaciones de Applegate y sus reglas, estas tres últimas, son las que se usaron en el desarrollo de esta Investigación

En el Capítulo III, se encuentran los **OBJETIVOS**, General y Específicos, además, la Hipótesis, que están planteadas y que ratifican la importancia de esta investigación científica inherente a la Prevalencia del Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en una muestra de los habitantes de la ciudad de Quito.

En el Capítulo IV, denominado **METODOLOGÍA**, desarrolla el enfoque de la investigación, modalidades de investigación, el Tipo de estudio, Universo de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las Variables, Covariables, Operacionalización de Variables y por último la Descripción del método.

En el capítulo V, llamado **RESULTADOS**, que realiza la representación de las tablas y figuras con su respectivo análisis, interpretación y comprobación de la hipótesis, la discusión

En el capítulo VI, llamado **DISCUSION**, a través de los resultados se comenta, se coteja y se comprueba los resultados obtenidos en este estudio con las de otros autores.

En el Capítulo VII, se refiere a las **CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES**, son el reflejo de los resultados de la investigación.

Finalmente, Las **REFERENCIAS y ANEXOS**, permiten complementar este trabajo y hacerlo válido para una posterior aplicación.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El **interés** de esta tarea investigativa radica en establecer la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito.

Este trabajo investigativo tiene **importancia** pues permitirá conocer y estudiar la incidencia del edentulismo parcial según dicha clasificación y por ende tener conocimiento de la clase de Kennedy más sobresaliente por edad, género y el arco dentario en los habitantes de la ciudad capital.

La investigación tendrá **utilidad teórica** porque reunirá fuentes de información bibliográfica de especialidad y de artículos que contienen información sobre el tema de estudio

Es **factible** porque se dispone de los conocimientos suficientes sobre el tema, se cuenta con recursos tecnológicos, económicos y bibliográficos para efectuar este proyecto, el mismo que estará en consideración de la comunidad estudiantil y egresados de la Facultad de Odontología de la UDLA, quienes son **beneficiarios directos**, pues pueden valerse de este estudio para posteriores investigaciones.

2. CAPITULO II

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Edentulismo Parcial

El edentulismo parcial es una patología, que aqueja a un gran número de la población mundial, en nuestro país no hay estadística oficial, que nos deje saber la situación real, aunque se sabe de programas de prevención que se realiza tanto pública como privadamente. Sabemos que este problema requiere un análisis más profundo ya que, en la pérdida de dientes en las personas existen varios elementos de la vida involucrado.

Incluso, la misma OMS considera que el edentulismo parcial además de ser crónico, definitivo e incapacitante, que afecta el estado de salud general y oral del individuo, además de su calidad de vida y considero que es el resultado de los problemas de salud pública,

Aunque no amenazan la vida, la pérdida completa de todos dientes, o edentulismo parcial, tiene un impacto significativo sobre un individuo. Se ha observado que resultan en limitaciones funcionales, psicológicas y sociales, afectando la calidad de vida y la salud general del individuo (Hewlett,S, et al, 2015).

Cortez 2013 manifiesta afirmando esto, que los individuos con esta condición ven afectada su calidad de vida al mostrar limitaciones cuando hablan, comen y sonríen, este último, por el compromiso estético que produce el no tener todos los dientes.

Según Hewlett en 2015 considera que las personas edéntulas también se ven coartadas de participar plenamente en las actividades debido a sentimientos de inseguridad e inferioridad.

Otra consecuencia importante del edentulismo parcial es la reabsorción del hueso, además, de la migración de las piezas dentales remanentes al nuevo espacio creado, así mismo, produce una alteración en la oclusión por la inclinación de las piezas dentales al espacio desdentado originado por la pérdida de dientes (Borja2012).

Es por eso el evidente aspecto envejecido y la flacidez facial que presentan las personas a consecuencia de la pérdida progresiva de las piezas dentales.

Por otro lado, otra función que resulta afectada por la pérdida dental es la masticatoria, la misma que provoca una variación en la dieta del individuo, que conlleva a aprender otras formas alimenticias, instaurando así un elevado consumo de comida blanda que sean fáciles de masticar, provocando una alteración nutricional del individuo (Gutiérrez, V; et al, 2015).

Según el ministerio de salud de Colombia (2015) “El 70.43% de las personas ha perdido uno o más dientes. Esta pérdida presenta un claro comportamiento asociado con la edad; a los 15 años un 15.28% de adolescentes ya presenta pérdida de algún diente, alcanzando el valor máximo de pérdida en el grupo de 65 a 79 años con un 98.90%”.

Según Cortez (2013) “En la población chilena, la prevalencia de edentulismo parcial para 2003, en el rango de 35-44 años fue de 79,7% y de 98,9% para el rango de 65-74 años”.

Según Acosta (2010) en Costa Rica “De 60 personas estudiadas, solo 11 no presentan edentulismo, para un total de un 18%, 49 personas han tenido pérdida dental significativa, lo que representa el 82%. De esos 49 pacientes que padecen de edentulismo, 33 son mujeres y solo 16 son hombres, lo que podría advertir una mayor incidencia de pérdida dental en las mujeres que en los hombres”.

De acuerdo al Ministerio Salud Publica de Ecuador del Subcentro de Salud Peguche (2013),” se observó que la pérdida de dientes se ha dado a muy corta edad por lo que existe un porcentaje alto de edentulismo parcial y total, con un 22% en la mencionada comunidad”.

2.1.2. Clasificación de los arcos parcialmente edéntulos

Históricamente había un conflicto para establecer una clasificación de los arcos parcialmente desdentados, ya que las numerosas propuestas para establecer una clasificación universalmente aceptada, no se mostraban satisfactorias, generando así una variedad de clasificaciones que provocaron dudas en cuanto a su eficacia, aceptación y aplicación clínica (Gil, C. 1998).

De tal manera que se presentó la necesidad de establecer una clasificación de los arcos parcialmente edéntulos. Que cumpla con los requerimientos y necesidades de la Odontología actual, que nos sirva para:

- Para formular un buen plan de tratamiento.
- Anticipar a las dificultades comunes que pueden ocurrir en un diseño en particular.
- Para Comunicarse de forma más simple en relación con un caso en particular, entre los profesionales odontólogos y los técnicos dentales.
- Para el diseño de la prótesis según la carga oclusal esperada para una clase determinada.

Es por eso que varios autores intentaron resolver este dilema agrupando un sin número de combinaciones en clases y subclases tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Permitir una visualización del tipo de arco parcialmente desdentados.
- Que facilite la diferenciación de acuerdo al tipo de apoyo entre prótesis dentosoportadas y mucodentosoportada.
- Que sirva a modo de pauta en el tipo de diseño que se utilizará.
- De aceptación universal.

Es así que, varias clasificaciones fueron propuestas en base a los parámetros anteriormente descritos, pero se demuestra que tan absurdas eran, ya que no presentaban un interés esencialmente pedagógico, como un medio de orientación práctico en el desarrollo de cada caso.

Entre el sin número de clasificaciones propuestas tenemos las siguientes.

2.1.2.1. Clasificación de CUMMER.

Propuso una clasificación para los desdentados parciales, mediante la localización de sus ejes de rotación y posición ideal de los puntos de retención directa.

Buscó relacionar las superficies masticatorias (artificiales-naturales) con los elementos de soporte, que denominó como “índice de carga”. Esto quiere decir, cuanto mayor sea el número de piezas ausentes mayor será la incidencia de fuerzas sobre los dientes de soporte.

La clasificación fue la siguiente:

Clase I-Disposición Diagonal: Dos dientes diagonalmente opuestos son elegidos como dientes pilares para la fijación de retenedor directo.

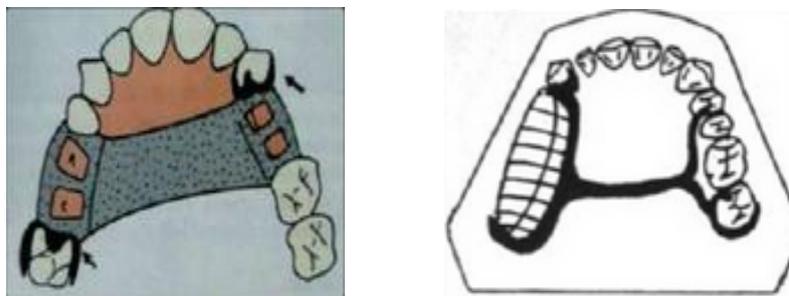


Figura 1. Clase I-Disposición Diagonal Clasificación de Cummer
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase II-Disposición Diametral: Dos dientes diametralmente opuestos se eligen como tope para la fijación de los retenedores directos.

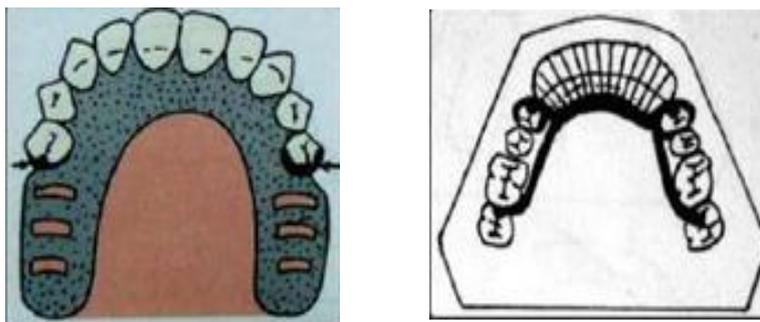


Figura 2. Clase II-Disposición Diametral Clasificación de Cummer
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase III- Unilateral: Disposición unilateral con uno o más dientes del mismo lado, son elegidos como dientes de soporte o tope para la fijación de los retenedores directos (en edéntulos parciales con brecha posterior).

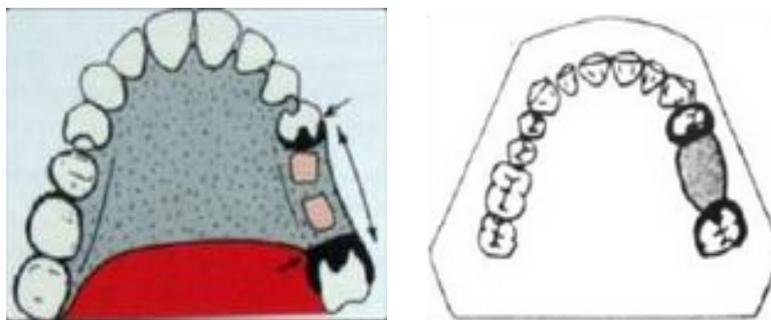


Figura 3. Clase III- Unilateral: Clasificación de Cummer
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase IV- Multilateral: Tres o más dientes se eligen como dientes de tope para la fijación de los retenedores directos. Los dientes están dispuestos en una relación triangular o cuadrado.

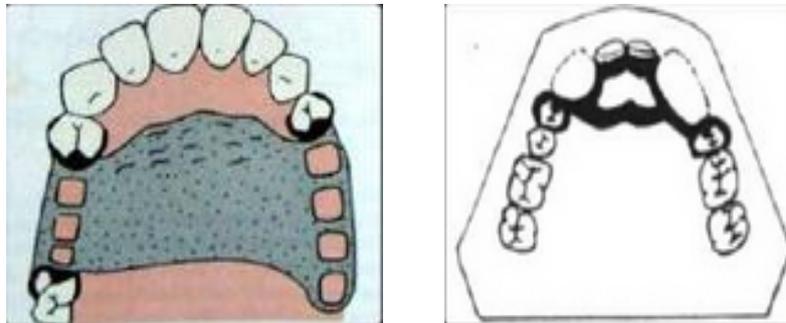


Figura 4. Clase IV- Multilateral: Clasificación de Cummer
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Aspectos positivos:

- Ayuda en el diseño.
- Permite el análisis de apoyo.

Aspectos negativos:

- Área desdentada no tiene representación.
- Clase de dientes no elaborada

2.1.2.2. Clasificación de BAILYN.

- Propuesta en 1928 por Dr.Charlin M Baylin.
- Se basa en función de si la prótesis es dentosoportadas, mucoso soportada o una combinación de las dos.

Además, Gil, C (1998) Indicó que esto no se consigue a menos que se empleen procedimientos ya definidos, no solo en el aspecto mecánico del diseño del aparato sino también en el modo de encarar cada caso individualmente.

Clasifico a los edéntulos parciales en:

A: Anterior: área edéntula anterior a los primeros premolares

P: Posterior: área edéntula posterior a los molares-

Subdividido en

Clase I: brecha o espacio edéntulo limitado (no más de tres dientes perdidos).

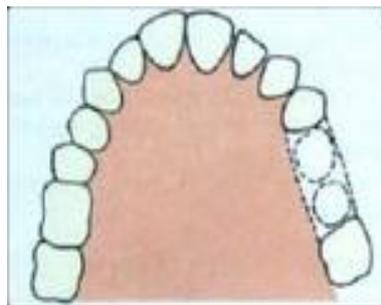


Figura 5. Clase I: Clasificación de Bailyn

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase II: zona posterior de extremo libre bilateral (sin pilar distal)

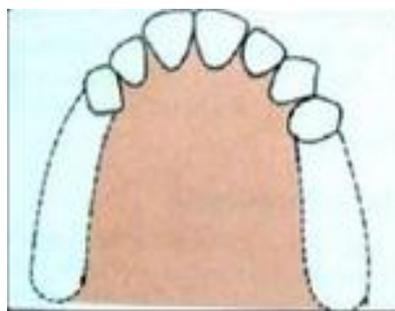


Figura 6. Clase II Clasificación de Bailyn

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase III: brecha o espacio edéntulo limitado (más de tres dientes perdidos).

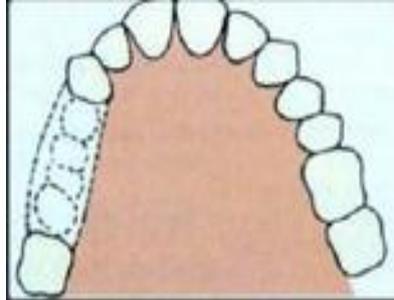


Figura 7. Clase III. Clasificación de Bailyn
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Aspectos positivos:

- Enfatiza la importancia del apoyo a la prótesis por el tejido restante.

Aspectos negativos:

- No da una inmediata visualización del arco parcialmente desdentado.
- No hay representación de dientes individuales involucrados.

2.1.2.3. Clasificación de Neurohr

- Propuesto en 1939 por el Dr. Ferdinand Neurohr.
- Esta clasificación también se basa en el apoyo de la prótesis.
- Comúnmente no se utiliza debido a su complejidad.
- Muchos de sus diseños de prótesis no coinciden con sus principios de clasificación.

Clasifico a los arcos parcialmente edéntulos en:

Clase I-dientes de soporte: dientes posteriores presentes, menos de cuatro dientes perdidos por espacio, puede ser unilateral o bilateral.

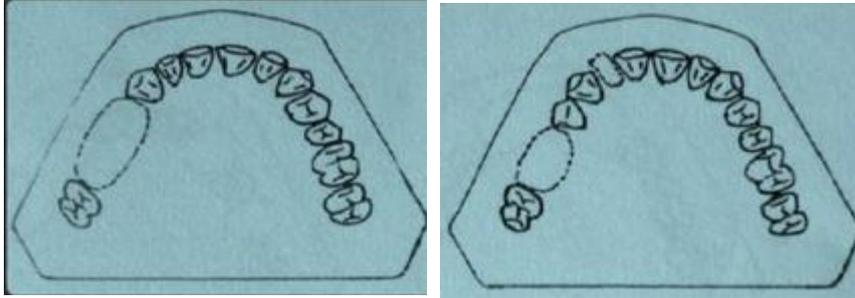


Figura 8. Clase I-dientes de soporte Clasificación de Neurohr
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Variación 1: Perdida posterior predominante.

- a. Dientes Posteriores perdidos, dientes anteriores permanecen en su lugar.
- b. Dientes posteriores perdidos, algunos dientes anteriores perdidos.

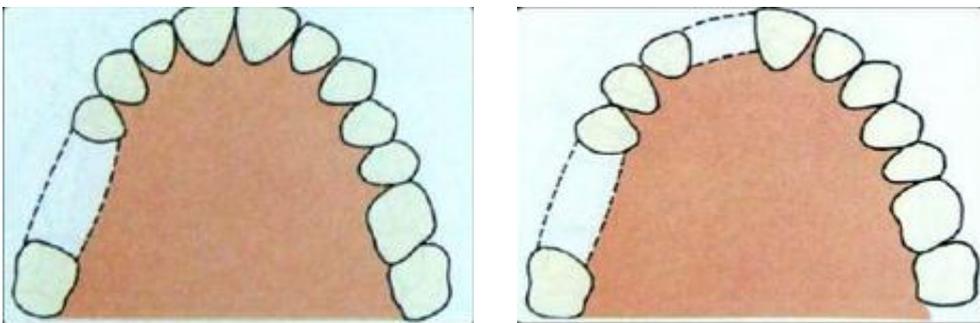


Figura 9. Clasificación de Neurohr clase 1– Variacion 1
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Variación 2: Perdida anterior predominante

- a. Dientes anteriores perdidos, dientes posteriores presentes.
- b. Dientes anteriores perdidos, algunos dientes posteriores perdidos.

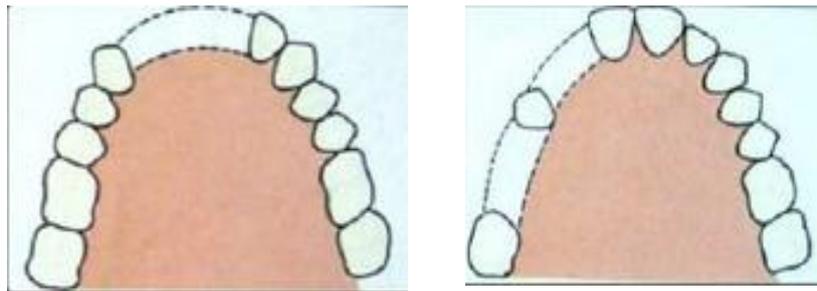


Figura 10. Clasificación de Neurohr –Clase 1- Variacion 2
Tomado de : <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

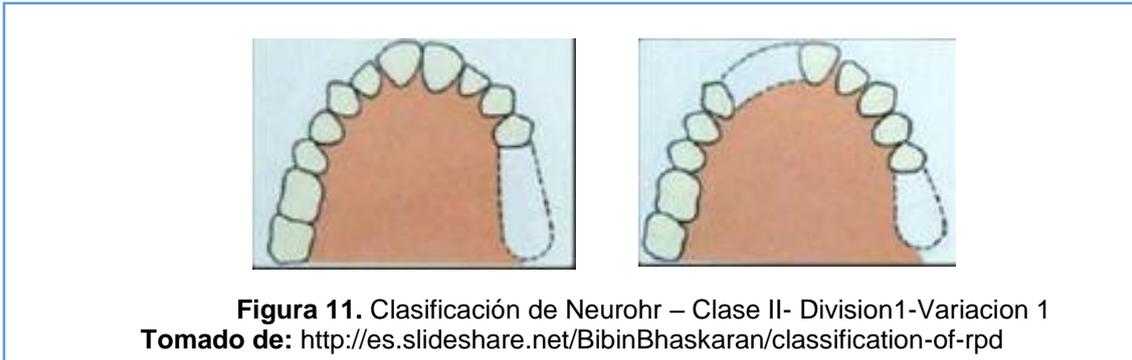
Clase II: Dientes y tejidos de soporte: debe presentar uno o ambos de los siguientes criterios.

- No hay dientes posteriores en uno o más espacios
- Cuando hay más de 4 dientes incluyendo un canino en uno o más espacios.

División 1: Cuando no hay dientes posteriores en 1 o más espacios.

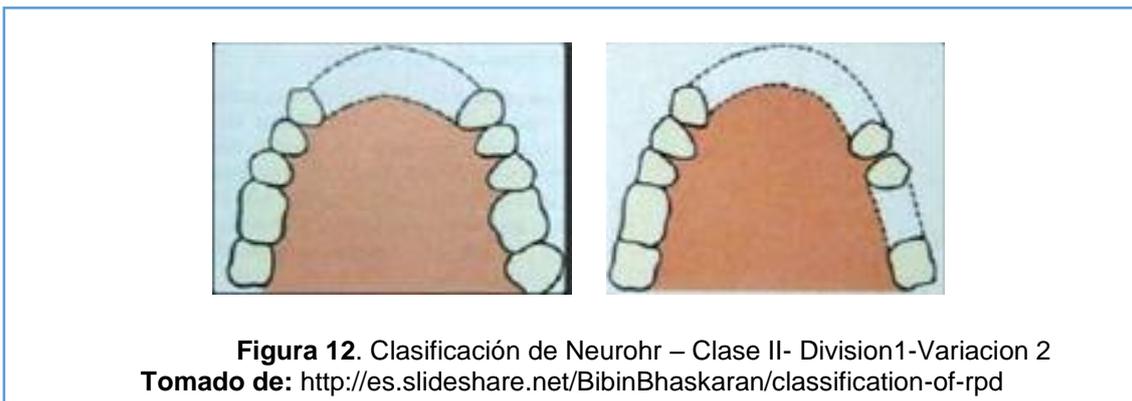
Variación 1: domina la perdida posterior.

- Dientes posteriores perdidos, todas las piezas anteriores presentes.
- Dientes posteriores perdidos, algunos dientes anteriores perdidos.



Variación 2: domina la pérdida de dientes anteriores.

- a. No aplicable
- b. Dientes anteriores perdidos, algunos dientes posteriores perdidos



División 2: Dientes posteriores presentes en todas las zonas, pero no, cuando hay más de 4 dientes perdidos en una misma zona

Variación 1: Predomina la pérdida dental posterior

- a. No aplicable.
- b. Pérdida dental posterior, ausencia de algunos dientes anteriores.

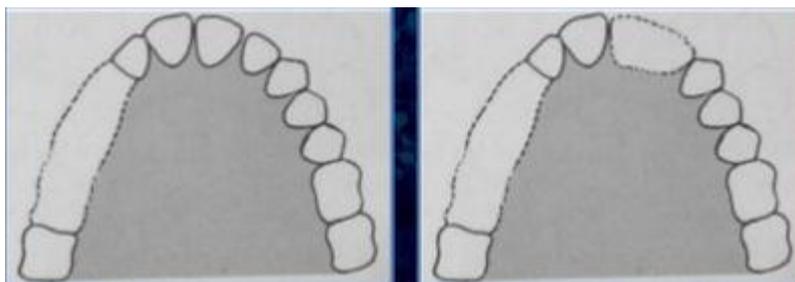


Figura 13. Clasificación de Neurohr – Clase II- Division2 - Variación 1
Tomado de: <http://es.slideshare.net/KanikaManral/classification-of-partially-edentulous-arches-58252804>

Variación 2: Predomina pérdida dental anterior

- a. dientes anteriores ausentes, todos los dientes posteriores en el lugar.
- b. dientes anteriores ausentes, algunos dientes posteriores ausentes.

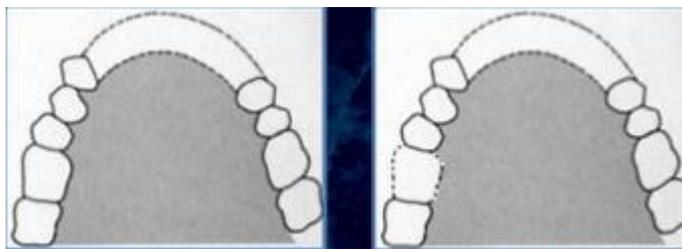


Figura 14. Clasificación de Neurohr – Clase II- Division2 - Variación 2
Tomado de: <http://es.slideshare.net/KanikaManral/classification-of-partially-edentulous-arches-58252804>

Clase III. Completamente edéntulo

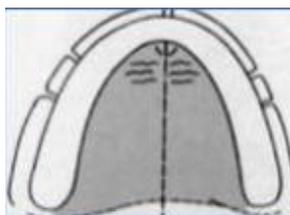


Figura 15. Clasificación de Neurohr – Clase III
Tomado de: <http://es.slideshare.net/KanikaManral/classification-of-partially-edentulous-arches-58252804>

Aspectos positivos:

- Clasifica de acuerdo a la extensión de la zona edéntula, por ende, proporciona una idea del apoyo requerido para cada caso.
- Define el área edéntulo dominante de preocupación

Aspectos negativos:

- Uso complejo.
- No facilita una visualización inmediata del arco desdentado.

2.2.2.4. Clasificación de Mauk

- Propuesta por el Dr. Edwin Mauk en 1941
- Clasificación basada en: El número, la longitud de los espacios desdentados y posición de los dientes remanentes.

Clase I: edéntulo bilateral posterior con dientes remanentes en la región anterior.

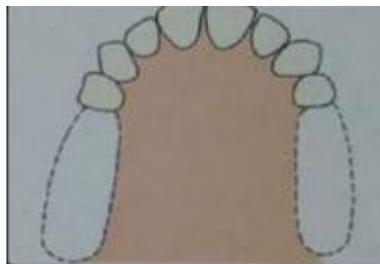


Figura 16. Clasificación de Mauk – Clase I

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase II: espacios bilaterales posteriores con un diente en el extremo posterior unilateral al espacio edéntulo.

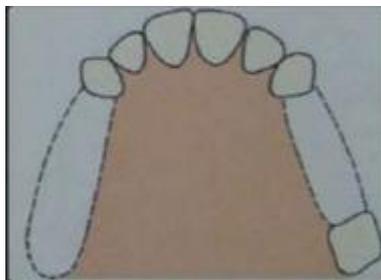


Figura 17. Clasificación de Mauk – Clase II

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase III: Espacio edéntulo bilateral Posterior con un diente en el extremo posterior bilateral al espacio edéntulo.

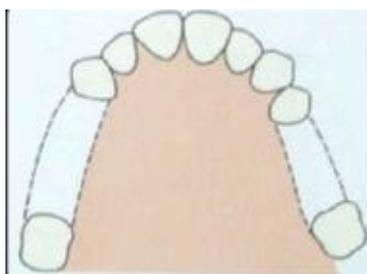


Figura 18. Clasificación de Mauk – Clase III

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase IV: Espacio edéntulo unilateral posterior sin dientes en el extremo posterior al espacio desdentado, pero con dientes en el arco apuesto al espacio edéntulo.

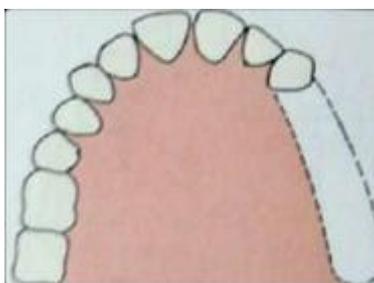


Figura 19. Clasificación de Mauk – Clase IV

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase V: Tiene solamente un espacio edéntulo anterior y la parte posterior del arco están presentes todas piezas dentales.

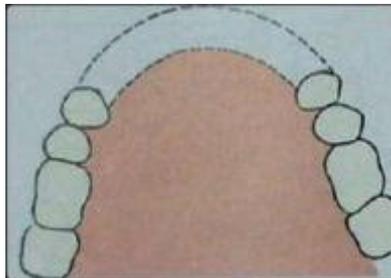


Figura 20. Clasificación de Mauk – Clase V

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase VI: Tiene espacios edéntulos irregulares en todo el arco. la perdida dental puede ser individual o en grupos.

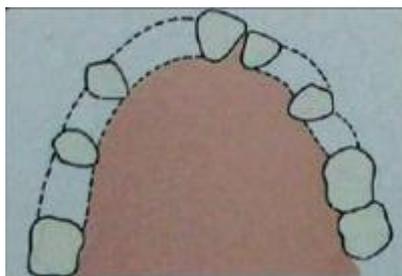


Figura 21. Clasificación de Mauk – Clase VI

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Aspectos positivos:

- Diferencia entre edentulismo parcial unilateral y bilateral, entre dentosoportadas o dentomucosoportadas

Aspectos Negativos:

- No representación clara con respecto a múltiples zonas edéntulas.
- No describe la perdida dental en las zonas edéntulas.

2.1.2.5. Clasificación de Godfrey

Propuesto en 1951

Estuvo basado en la localización, la extensión de la zona edéntula y la relación entre el tipo de apoyo y la cantidad de piezas dentales ausentes.

Esta fue la clasificación:

Clase A: Tiene bases de dentadura dentosoportadas en la parte anterior de la boca.

Presenta la ausencia de cuatro o cinco piezas dentales incluyendo ambos caninos, influyendo en la importancia que tiene este último en la retención de la PPR.

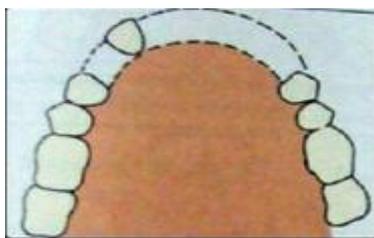


Figura 22. Clasificación de Godfrey– Clase A
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase B: base de dentadura es mucosoportadas en la región anterior.

Presento un espacio edéntulo de cinco hasta seis piezas dentales ausentes.

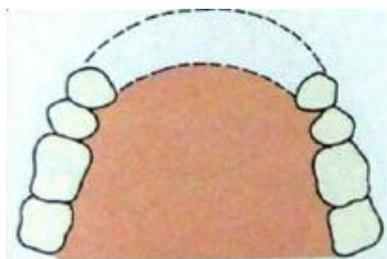


Figura 23. Clasificación de Godfrey– Clase B
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase C: base de la prótesis es dentosoportadas en la región posterior

Presento una zona edéntula posterior en brecha con ausencia de hasta dos o tres piezas dentales con un pilar en la región distal.

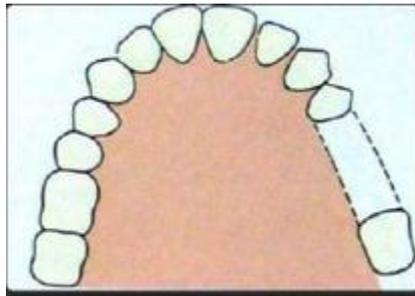


Figura 24. Clasificación de Godfrey– Clase C
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase D: base de prótesis es mucodentosoportada en la región posterior

Presenta una zona edéntula unilateral con ausencia de hasta cuatro piezas dentales desde los premolares

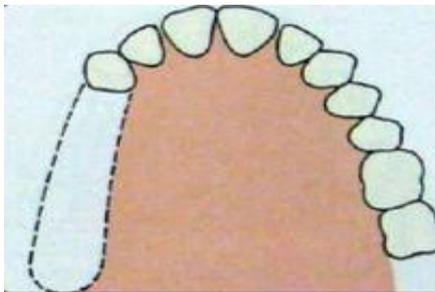


Figura 25. Clasificación de Godfrey– Clase D
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Aspectos Positivos:

Diferencia entre los apoyos de acuerdo a la zona edéntula a utilizar y la base de las mismas.

Aspectos Negativos:

No proporciono descripción entre zona edéntula unilateral y bilateral.

2.1.2.6. Clasificación de Friedman

Propuesto en 1954.

Se basó en las diferentes funciones de los segmentos del arco dental.

Dividió el segmento posterior en dos zonas:

1.- B → Espacio posterior delimitado

2.- C → Espacio de soporte Cantilver

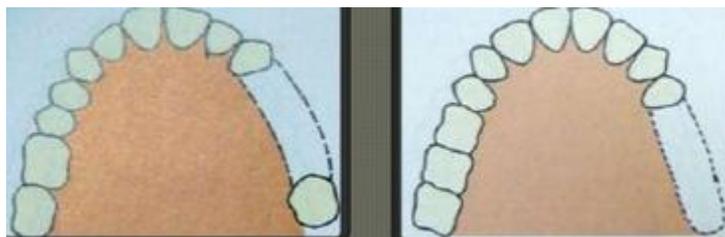


Figura 26. Clasificación de Friedman. Zonas: B y C
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Aspectos Positivos:

Simplicidad

Aspectos Negativos:

No especifica cuadrantes edéntulos unilaterales y bilaterales

2.1.2.7. Clasificación de Beckett

Propuesto en 1954 por Dr. Leonard S. Beckett.

Se basó en los mecanismos de la masticación y consecuencia reacción biológica y fisiológica del elemento de soporte a los esfuerzos ocasionados por el uso de las PPR.

Además, la importancia de las fuerzas musculares en la región de los premolares hasta el segundo molar, las mimas que actúan como un mecanismo de protección, que distribuye las fuerzas que actúan en el arco, así pues, la mayor presión recae en la zona comprendida entre el segundo premolar y el segundo molar, que es una zona esencialmente masticatoria (Gil, C; 1998).

Clase I: Apoyo dental. Indica los dientes que son aptos hacer utilizados como apoyo de la PPR. Es decir, una prótesis dentosoportadas.

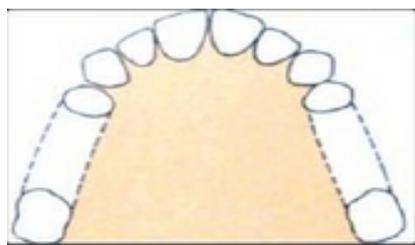


Figura 27. Clasificación de Beckett- Clase I

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase II: Apoyo en mucosa. Indicado para extremo edéntulo posterior, indica que se van a usar apoyo dental y de la mucosa, es decir, una PPR dentomucosoportadas.

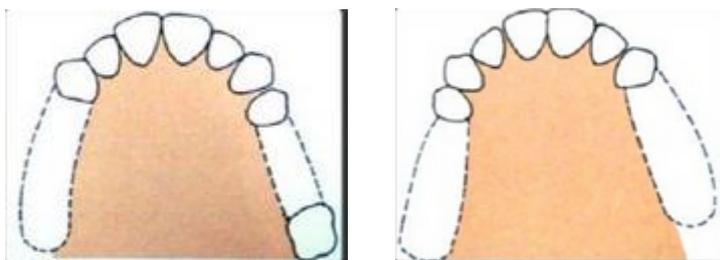


Figura 28. Clasificación de Beckett- Clase II

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase III: Apoyo limitado. Indica mala adaptación de la PPR por pilares inadecuados para soportar la prótesis por ende una mala adaptación a nivel de mucosa.

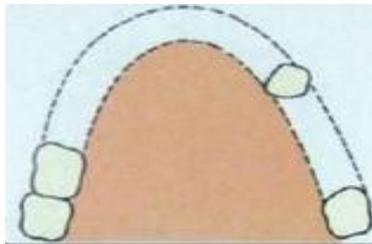


Figura 29. Clasificación de Beckett- Clase I

Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Aspectos Positivos:

Indico el tipo de apoyo.

Indico la calidad del soporte especificado para cada tramo de la zona edéntula.

2.1.2.8. Clasificación de Austin y Lidge

- Propuesto por Dr. Karl Austin y Dr. Eduard Lidge
- Se basa en la posición de los dientes ausentes en el arco parcialmente desdentado.

Clase A: Perdida dental anterior, uso la siguiente terminología

A1: perdida dental anterior en un solo lado del arco.

A2: perdida dental anterior en dos lados del arco.

A B1: perdida dental anterior que abarca todo el arco anterior desde canino a canino.

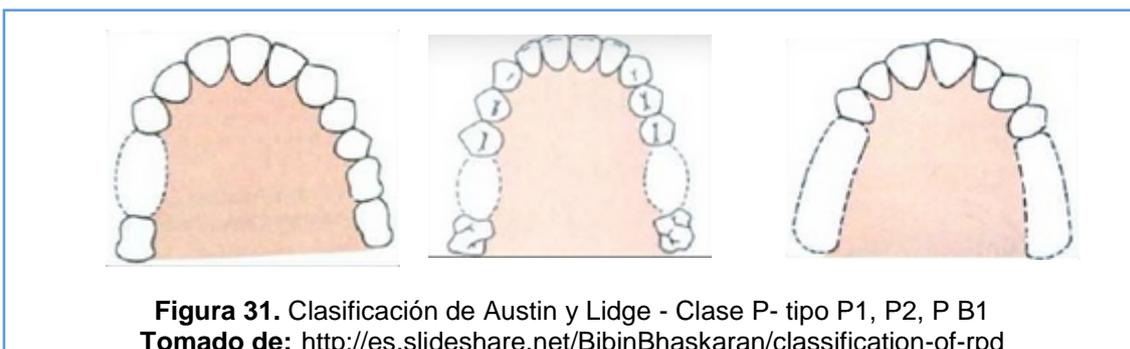


Clase P: Perdida dental posterior, uso la siguiente terminología:

P1: perdida dental posterior en un solo lado del arco, formando una brecha edéntula sin extensión distal.

P2: perdida dental posterior en ambos lados del arco, formando dos brechas edéntulas sin extensión distal.

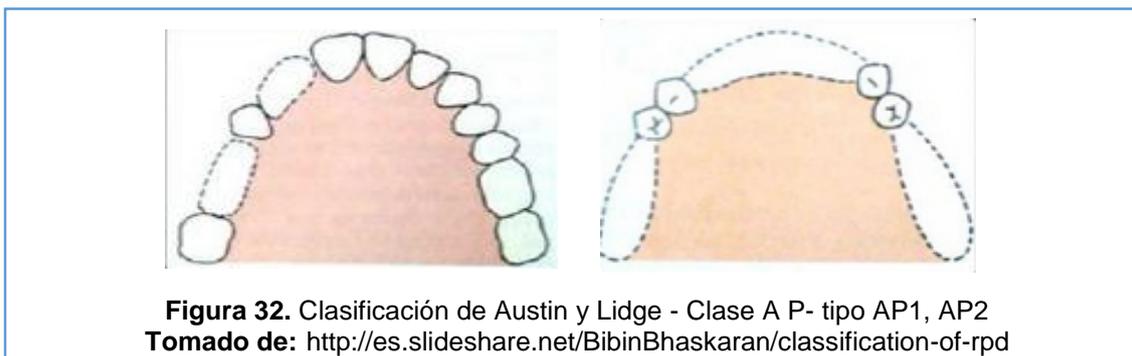
P B1: perdida dental posterior en ambos lados del arco, con extensión distal posterior.



Clase A P. Es una combinación de las dos clases anteriores, en la que existe perdida dental anterior y posterior.

AP1: Perdida dental anterior y posterior en un solo lado del arco.

AP2: Perdida dental posterior y anterior en ambos lados del arco.



Aspectos positivos:

Presento una clasificación de los arcos parcialmente desdentados de acuerdo al sector de la pérdida dental y si es unilateral o bilateral la zona afectada.

2.1.2.9. Clasificación de Skinner

Este sistema de clasificación, se basa en los aspectos morfológicos y fisiológicos de cada arco, además, de la coordinación entre los elementos de apoyo y el soporte alveolar residual.

La clasificación fue la siguiente:

Clase I: Los dientes pilares se encuentran tanto anterior como posterior a las bases de la dentadura, los espacios pueden ser unilaterales o bilaterales.



Clase II: Todos los dientes son posteriores a la base de la prótesis, que funciona como unidad de dentadura parcial. Puede ser unilateral o bilateral.

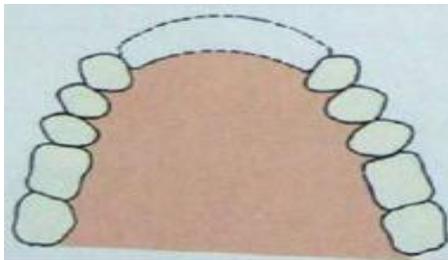


Figura 34. Clasificación de Skinner- Clase II
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase III: Todos los dientes pilares son anteriores y se desempeña como base de la prótesis parcial, estas pueden ser de forma unilateral o bilateral.

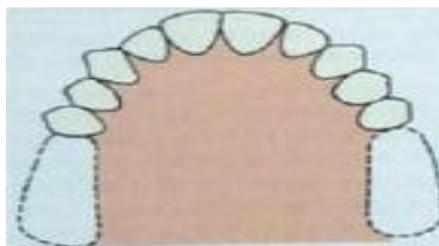


Figura 35. Clasificación de Skinner- Clase III
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase IV: bases de la prótesis se encuentran situados anterior y posterior a los dientes remanentes, están pueden ser de forma unilateral o bilateral.

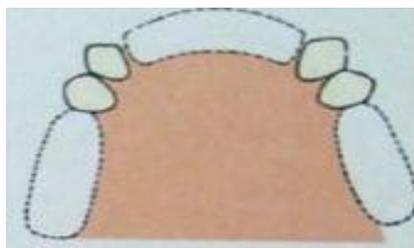


Figura 36. Clasificación de Skinner- Clase IV
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Clase V: Dientes remanentes son unilaterales en relación con la base de la prótesis y pueden ser unilateral o bilateral.

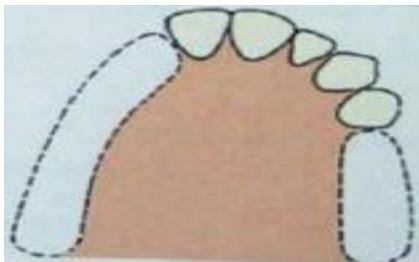


Figura 37. Clasificación de Skinner - Clase V
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

2.1.2.10. Clasificación de Watt

- Fue propuesta en 1958.
- Se basa en el tipo de apoyo.

La Clasificación es la siguiente:

Fuerzas enteramente transmitidas por dientes: Quiere decir que toda la prótesis descansa sobre los pilares (dentosoportadas).

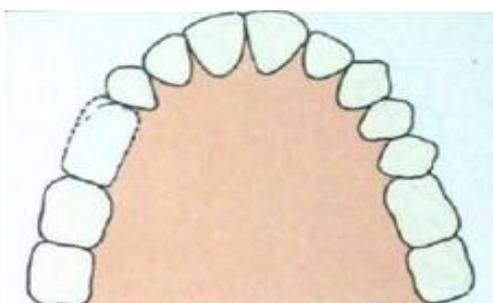


Figura 38. Clasificación de Watt - Dentosoportadas
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Apoyo será en la mucosa únicamente: La prótesis descansa sobre la mucosa blanda (mucosoportadas).

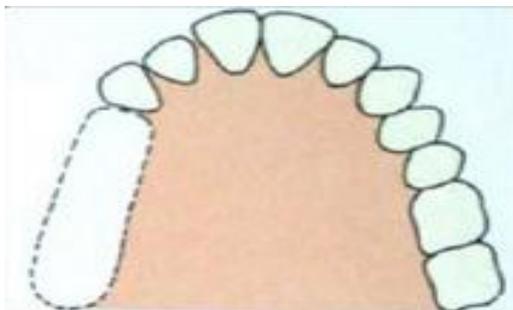


Figura 39. Clasificación de Watt - mucosoportadas
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Combinación de las dos clases anteriores: quiere decir que la prótesis descansa tanto sobre los dientes (dentosoportadas), como en la mucosa (mucosoportadas), es decir, que es dentomucosoportadas.

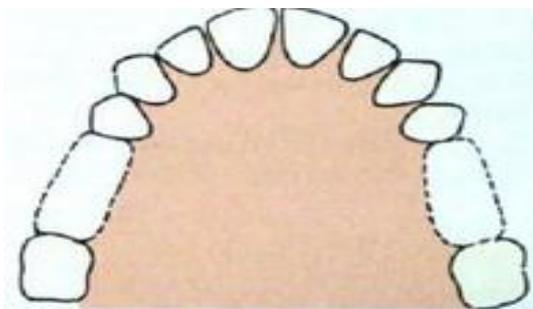


Figura 40. Clasificación de Watt - Dentomucosoportadas
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

2.1.2.11. Clasificación de Costa

- Este sistema fue presentado en 1974.
- Se basó en la descripción en lugar de clasificar los arcos parcialmente dentados.

- No toma en consideración cualquier factor biológico, mecánico o anatómico para su utilización, ni discute planeación, es puramente descriptivo.

Esta fue la clasificación:

Anterior: Espacio edéntulo localizado en la parte anterior del arco.

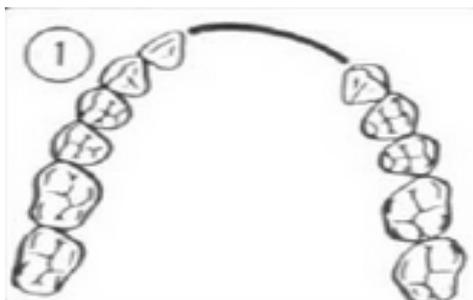


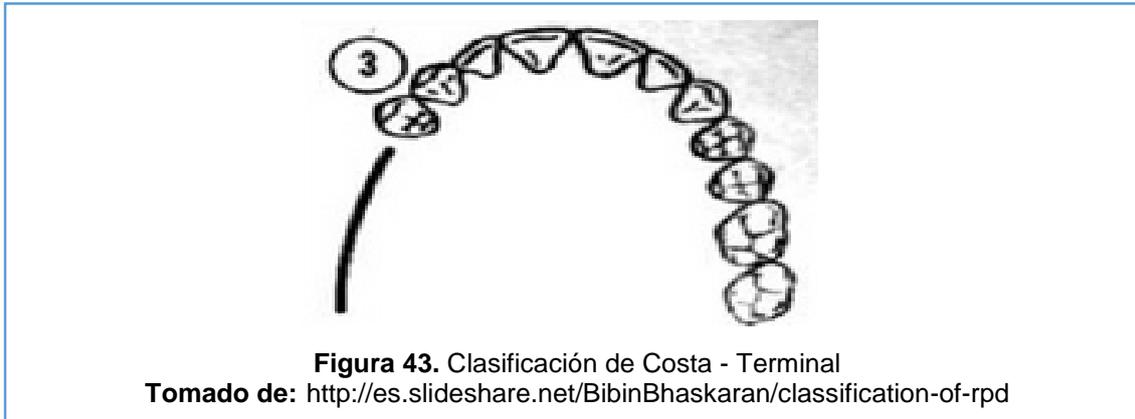
Figura 41. Clasificación de Costa - anterior
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Lateral: Espacio edéntulo limitado por dientes por mesial y distal



Figura 42. Clasificación de Costa - Posterior
Tomado de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>

Terminal: Espacio edéntulo no delimitado distalmente por dientes restantes.



2.1.2.12. Clasificación Escuela Americana de Prostodoncia (ACP)

Propuesta por la American College of Prosthodontists (ACP), por sus siglas en Inglés, en 1999, y publicado en el año 2002.

Plantearon una técnica para reconocer de manera fácil, las etapas de complicación de acuerdo al diagnóstico y plan de tratamiento presentes en los varios estados de edentulismo parcial.

Se basa en los siguientes criterios:

- Localización y extensión del espacio desdentado.
- Situación de los dientes pilares.
- El plano oclusal.
- Estado del reborde desdentado.

Las ventajas del uso de esta clasificación son:

- Aumenta la coherencia del operador.

- Mejora la comunicación profesional.
- Brinda una técnica objetiva para la valoración de pacientes en la educación dental.
- Criterios nivelados para la investigación y apreciación de resultados.
- Simplifica la decisión para derivar a un paciente a una atención especializada (McGarry, T., et al. 2002).

La clasificación de la ACP es la siguiente:

Clase I:

Situación ideal para la ubicación y extensión de los espacios edéntulos en un solo arco dental, cuyos pilares estén en buenas condiciones, con una oclusión ideal y favorable condición de la cresta residual.

Clase II:

Situación moderada para la ubicación y extensión de los espacios edéntulos en ambos arcos dentales, las piezas dentales que sirven de pilares se encuentran moderadamente comprometidas incluida la oclusión, los que necesitan ser tratados previamente y moderado compromiso de las crestas residuales.

Clase III:

Alteración avanzada en la ubicación y extensión del espacio edéntulo en ambos arcos dentales en la que existe la pérdida de más de tres piezas dentales, además, los pilares dentales se encuentran substancialmente comprometidas los mismos que requieren ser tratados, al igual que la oclusión que necesita ser

rehabilitada sin alterar la dimensión vertical y con crestas residuales que complican la estabilidad de la base protésica.

Clase IV:

Severa alteración en la ubicación y extensión del espacio edéntulo, la misma que será de pronóstico reservado, las piezas dentales que son pilares están severamente comprometidos que necesitan adicionalmente un desmedido tratamiento, además, la oclusión se muestra alterada con pérdida de la dimensión vertical que necesitan ser reestablecidas y con cresta residual que no ofrece estabilidad y soporte.

2.1.3. Clasificación de Kennedy

Este sistema clasificatorio fue planteado por el Dr. Edward Kennedy en 1925, se fundamentó en la relación que mantienen las zonas edéntulas respecto a los dientes remanentes, además, es el método de clasificación más utilizado a nivel Mundial.

Así mismo, permite establecer elementos para el diagnóstico a simple vista del modelo, y de elementos que simplifiquen el diseño de la prótesis.

Originalmente esta clasificación contiene cuatro clases.

Clase I:

Áreas desdentadas bilaterales situados por detrás de los dientes naturales restantes.

Clase II:

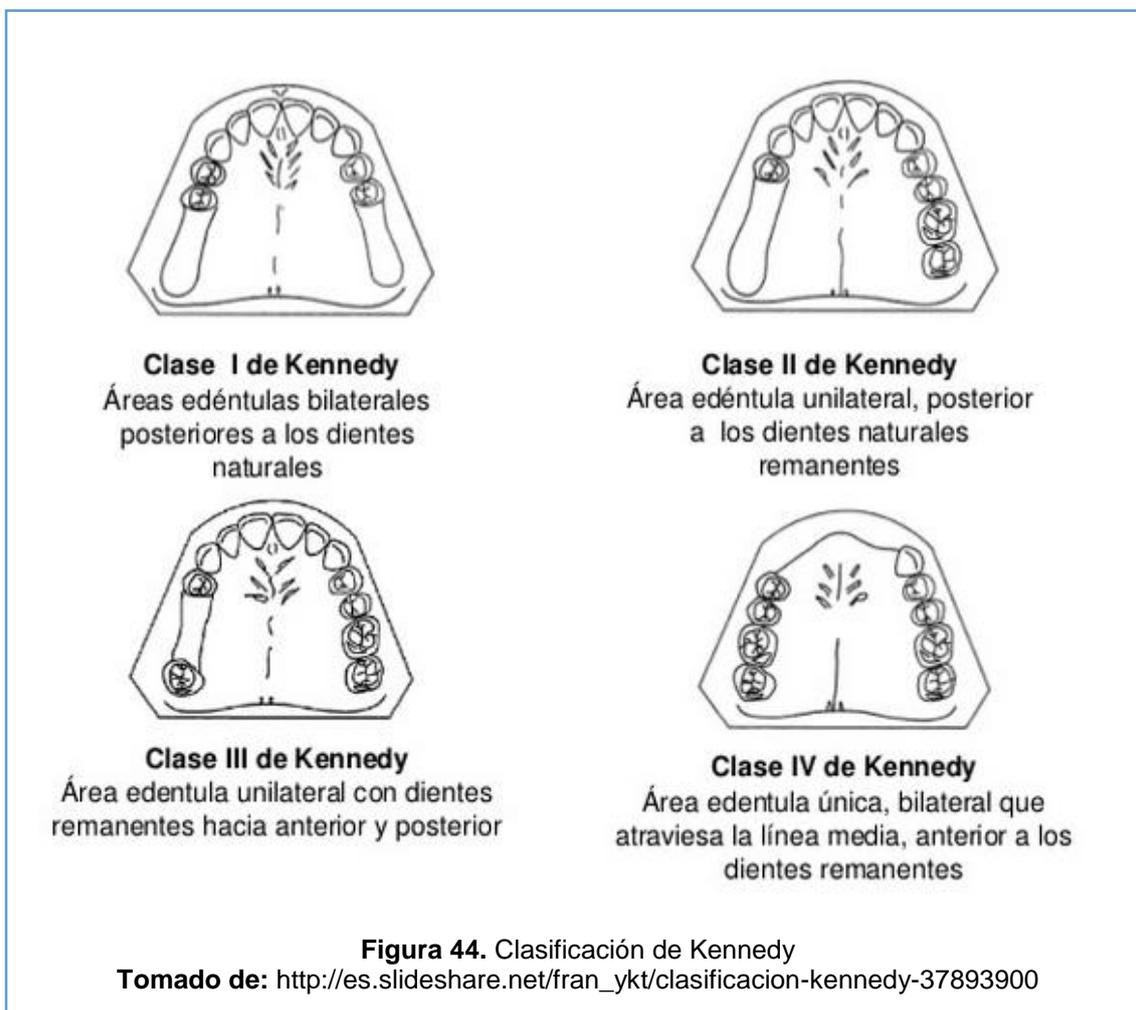
Zona desdentada Unilateral situado posterior a los dientes naturales restantes.

Clase III:

Área desdentada unilateral con dientes naturales anteriores y posteriores a él.

Clase IV:

Área desdentada única anterior a los dientes naturales, la misma que abarca ambos lados de la línea media (es bilateral)



Según McCracken (2004) “Una gran ventaja del método de Kennedy, es que permite visualizar inmediatamente la arcada parcialmente desdentada y distingue fácilmente las prótesis dentosoportadas de las mucosoportadas”.

Por otro lado, McCracken (2004) "Es muy útil para afrontar con lógica, problemas planteados durante el diagnóstico, plan de tratamiento y la confección de las prótesis, aunque ninguna clasificación se debe utilizar para estereotipar ni limitar los conceptos de diseño".

Según Carrera (2006) "La Clasificación de Kennedy plantea las diferentes situaciones del edéntulo parcial y permite al clínico hacer un reconocimiento e identificación del problema" (..) "Las Clases III, V y VI son situaciones clínicas diferentes que requieren cada una diferentes consideraciones para el diseño, así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso".

2.1.4. Modificaciones de Applegate

Es una subdivisión de la clasificación III de Kennedy, el mismo que fue propuesto por el Dr. Applegate en 1960, el mismo trato de ampliar el sistema clasificatorio de Kennedy añadiendo la Clase V y VI.

Tomo en consideración la capacidad de los dientes pilares adyacentes al espacio desdentado y si esos dientes son o no capaces de proporcionar apoyo suficiente a la estructura de la prótesis parcial.

Estas son la clase V y VI:

Clase V

Zona desdentada delimitada tanto delante como atrás por dientes naturales, en la que, el tope anterior (el incisivo lateral) no es adecuado para dar apoyo a la prótesis.

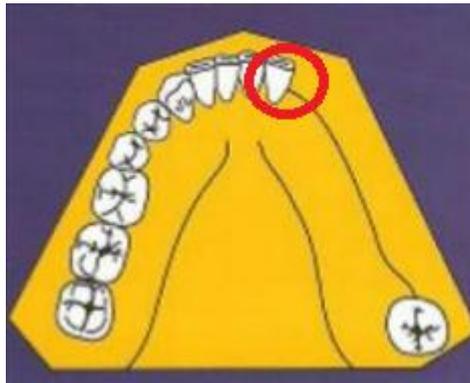


Figura 45. Clase V

Tomado de: <http://es.slideshare.net/diegotrep/clasificacion-kennedy>

Clase VI

Zona desdentada delimitada anterior y posteriormente por los dientes naturales, los mismos que son capaces de dar soporte a la prótesis.

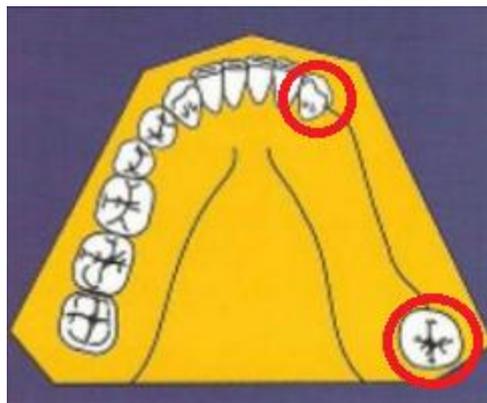


Figura 46. Clase VI

Tomado de: <http://es.slideshare.net/diegotrep/clasificacion-kennedy>

2.1.4.1. Reglas de Applegate para la aplicación de la Clasificación de Kennedy:

Además, Applegate (1960) aportó con ocho reglas básicas para el mejor uso de la clasificación de Kennedy” (McCracken, 2004).

- **Regla 1**

Indica que una vez realizada las extracciones dentales se procede a realizar la clasificación y no antes, porque se ha observado que altera la categorización original.

- **Regla 2**

Si falta el tercer molar y no será sustituido, no se considera en la clasificación.

- **Regla 3**

Los terceros molares entran en la clasificación siempre y cuando estén presentes y si van a servir como pilares.

- **Regla 4**

Si falta el segundo molar y no será sustituido, no se considera en la clasificación (esto se da, ya que en el antagonista el segundo molar también está ausente).

- **Regla 5**

La zona que determina la clasificación será la más posterior

- **Regla 6**

Zonas desdentadas que no sean las que determinen la clasificación se denominan espacios de modificación y son designadas por un número

- **Regla 7**

La extensión de la modificación no está considerada para la clasificación, únicamente el número de zonas edéntulas adicionales son tomadas en cuenta en la clasificación

- **Regla 8**

No existen modificaciones en los arcos clase IV de Kennedy.

Aspectos positivos:

- Permite la visualización inmediata de los arcos parcialmente desdentados.
- Permite la diferenciación entre una prótesis parcial removible dentosoportadas y mucosoportadas.
- Sirve de guía para fijar el tipo diseño de la prótesis de acuerdo a la cada clase.

3. CAPÍTULO III

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. OBJETIVO GENERAL:

Definir el grado de prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los habitantes de la Ciudad de Quito.

3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mostrar la prevalencia del edentulismo parcial mediante la clasificación de Kennedy según edad.
- Establecer el predominio del edentulismo parcial a través de la clasificación de Kennedy según el género.
- Determinar el edentulismo parcial según el arco dentario mediante la clasificación de Kennedy.

3.1.2. HIPÓTESIS:

El edentulismo clase III de Kennedy prevalece en pacientes mayores 30 años de género femenino en el maxilar inferior.

4. CAPITULO IV

4.1. METODOLOGÍA

4.1.1. Tipo de estudio

Fue un estudio descriptivo, transversal, observacional y epidemiológico.

- Descriptivo, puesto que se hizo el registro de características observadas.
- Transversal, debido a que se estudiaron las variables en determinados momentos durante un período de tiempo.
- Observacional, ya que se realizó una inspección visual
- Epidemiológico, debido a que se inscribieron los casos que se presentaron con necesidad de tratamiento de prótesis parcial.

4.1.2. Universo de la muestra:

4.1.2.1. Población

Población: La población comprendió las 725,351 personas mayores de 30 años que habitan en la ciudad de Quito.

4.1.2.1. Muestra

Muestra: Para la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N-1) + k^2 p q} \quad \text{Donde,}$$

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. Usualmente se usa 1,96 (**NC = 95%**)

Tabla 1. Valores K y sus niveles de confianza

K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,50%	99%

Tomado de: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>

N: Tamaño de la población.

p: Es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Normalmente se obtiene de la prueba piloto.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

e: Es el error muestral deseado.

Tabla 2. Valores correspondientes a la fórmula aplicada.

Nivel de Confianza (NC)	95%
Población (P)	725,351
Proporción (p)	0,5
Error deseado (e)	5%
Constante (k)	1,96
Proporción (q)	0,5

Tomado de: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>

Tamaño de la Muestra es:

4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

4.1.3.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes desde los 30 años en adelante.
- Pacientes edéntulos parciales
- Pacientes cuyas condiciones de salud oral sean óptimas, con o sin prótesis

4.1.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes edéntulos totales.
- Pacientes con enfermedades sistémicas cuya condición comprometa seriamente la permanencia de las piezas dentarias en boca.
- Pacientes con restos radiculares en cualquier sector de los maxilares.

4.1.4. Operacionalización de variables:

Tabla 3. Operacionalización de variables

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Edentulismo parcial	Independiente cualitativa	Clasificación de Kennedy	0. Kennedy 1 1. Kennedy 2 2. Kennedy 3 3. Kennedy 4
Género	Dependientes Cualitativa		0. Masculino 1. femenino
Edad	Dependientes Cualitativo		0. 30-39 1. 40-49 2. 40-59 3. 60-69 4. 70-79 5. 80-89 6. 90-99
Maxilar	Dependientes Cualitativa		0. Maxilar Superior 1. Maxilar inferior

4.1.5. Descripción del método:

Primero se envió una solicitud al Centro de Especialidades Sur-Occidental IESS, el Subcentro de salud N° 2 y el centro de atención ambulatoria Batán, para la debida autorización de ingreso para realizar el estudio (Anexo 1), después de recibir la respuesta de autorización (Anexo 2), para la realización de este estudio, se procedió a la explicación detallada de que se trata esta investigación a los participantes y se procedió a entregar los consentimientos (Anexo 3) informados

a los pacientes que desearon formar parte del estudio con respecto a los criterios de inclusión (Anexo 4).

- Se recolectó los datos en los formularios de análisis, los mismos que contenían los datos personales del paciente (nombres, edad, genero), clase de Kennedy, causas de la perdida dental y si es portador de alguna prótesis. (Anexo 5)
- Se aplicó el método de recolección de los datos mediante la observación clínica.
- Para la Tabulación de resultados, se utilizó cuadros y gráficos según las variables de estudio.

5. CAPITULO V

5.1. RESULTADOS

El siguiente estudio se llevó a cabo en el periodo marzo - junio del año 2016 en el centro de especialidades sur occidental- IESS, el Subcentro de salud N° 2 y el centro de atención ambulatoria Batán. Se estudió la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en un total de 384 pacientes desde los 30 años en adelante, que participaron de la investigación durante el periodo antes mencionado.

En el estudio investigativo participaron 384 pacientes que acudieron al centro de especialidades sur occidental-IESS, de los cuales 170 eran de género masculino y 214 eran del género femenino, se registraron 597 arcos dentarios parcialmente edéntulos porque, la mayoría no presentaba edentulismo parcial en ambos maxilares; de estos, 139 maxilares superiores y 124 maxilares inferiores eran del género masculino, por otra parte 171 maxilares superiores y 163 maxilares inferiores eran del género femenino, lo que nos indica que hay más presencia de edentulismo en el arco dentario superior en el género femenino, como se demuestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Características de la población estudiada.

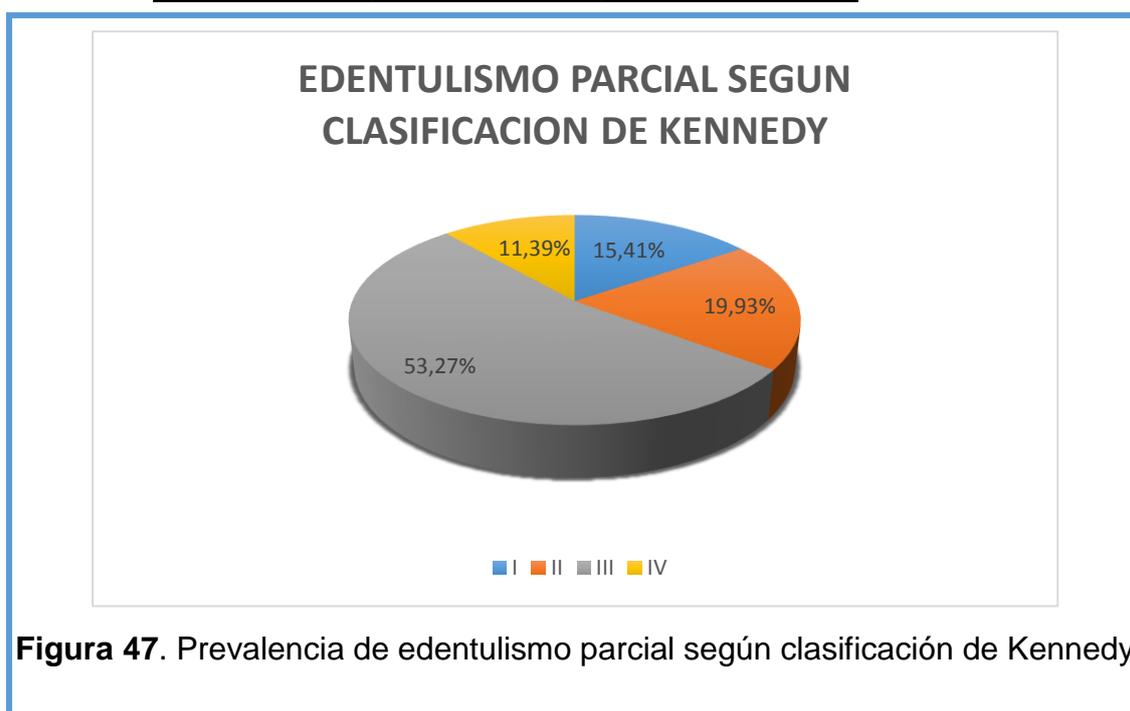
Total Pacientes Género Masculino	170
Total Pacientes Género Femenino	214
Total Edéntulos Parciales Arco Superior Género Masculino	139
Total Edéntulos Parciales Arco Inferior Género Masculino	124
Total Edéntulos Parciales Arco Superior Género Femenino	171
Total Edéntulos Parciales Arco Inferior Género Femenino	163
total arcos parcialmente edéntulos	597

5.1.1. Prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy en Quito

En el estudio, con lo referente a la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en la población quiteña la clase III de Kennedy es la que más prevalencia tiene con 318 casos (53,27%), seguida por la clase II con 119 casos (19,93%), la clase I con 92 (15,41%), y finalmente la clase IV con 68 casos (11,39%) como la menos frecuente.

Tabla 5. Prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy

EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY		
CLASE	TOTAL	%
I	92	15,41%
II	119	19,93%
III	318	53,27%
IV	68	11,39%



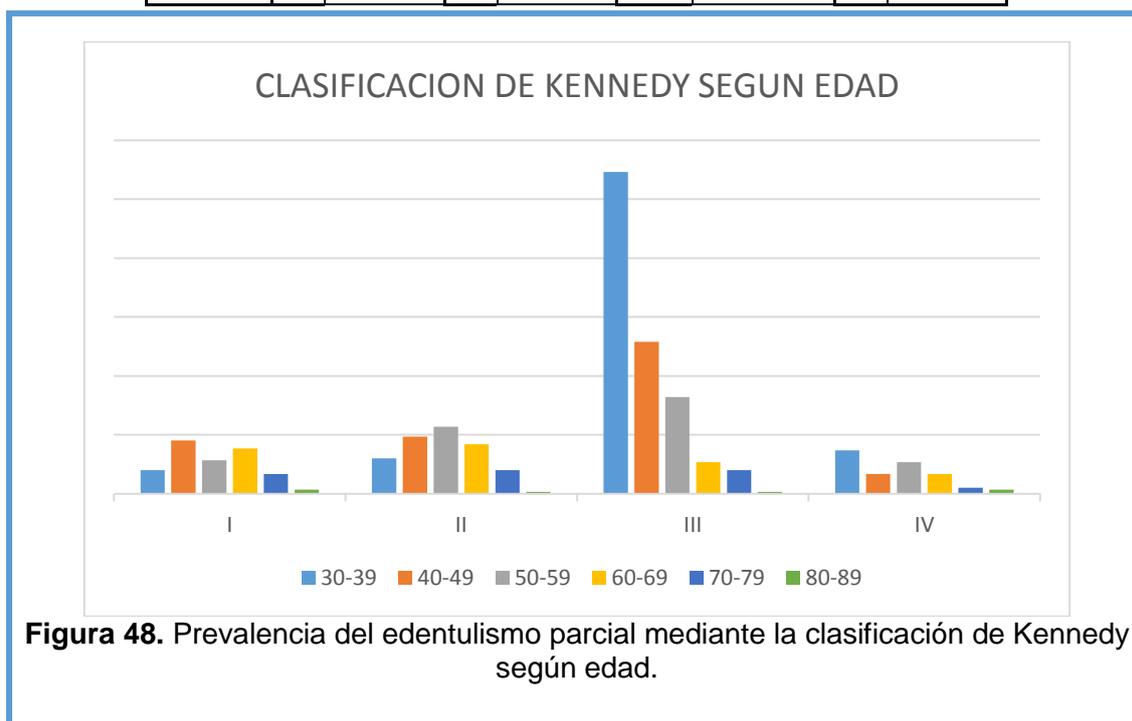
5.1.2. Prevalencia del edentulismo parcial mediante la clasificación de Kennedy según edad.

Respecto a la edad, la clase III es la que más prevalencia mostró en los dos primeros rangos de edad.

En el rango de 30-39 años, predominó la clase III de Kennedy con 163 casos (27,30%), seguida con 77 casos (12,90%) en el rango de 40-49 años.

Tabla 6. Prevalencia del edentulismo parcial mediante la clasificación de Kennedy según edad.

EDAD	CLASES DE KENNEDY							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
30-39	12	2,01%	18	3,02%	163	27,30%	24	8,10%
40-49	27	4,52%	29	4,86%	77	12,90%	12	4,23%
50-59	17	2,85%	34	5,70%	49	8,21%	18	5,16%
60-69	23	3,85%	25	4,19%	16	2,68%	10	3,23%
70-79	10	1,68%	12	2,01%	12	2,01%	3	0,97%
80-89	2	0,34%	1	0,17%	1	0,17%	2	0,65%



5.1.3. Predominio del edentulismo parcial a través de la clasificación de Kennedy según el género.

Con respecto al género, la clase III de Kennedy es la que mayor prevalencia mostro con un 31,83% en el género femenino en 190 casos y con un 21,44% en el género masculino en 128 casos.

Tabla 7. predominio del edentulismo parcial a través de la clasificación de Kennedy según el género.

GÉNERO	CLASES DE KENNEDY							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
FEMENINO	51	8,54%	54	9,05%	190	31,83%	39	6,53%
MASCULINO	42	7,04%	65	10,89%	128	21,44%	29	4,86%

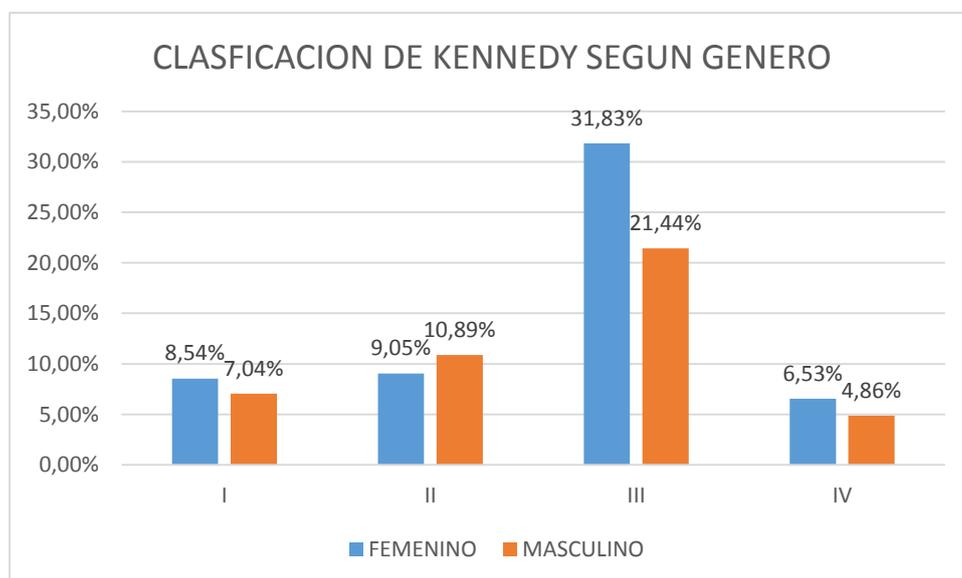


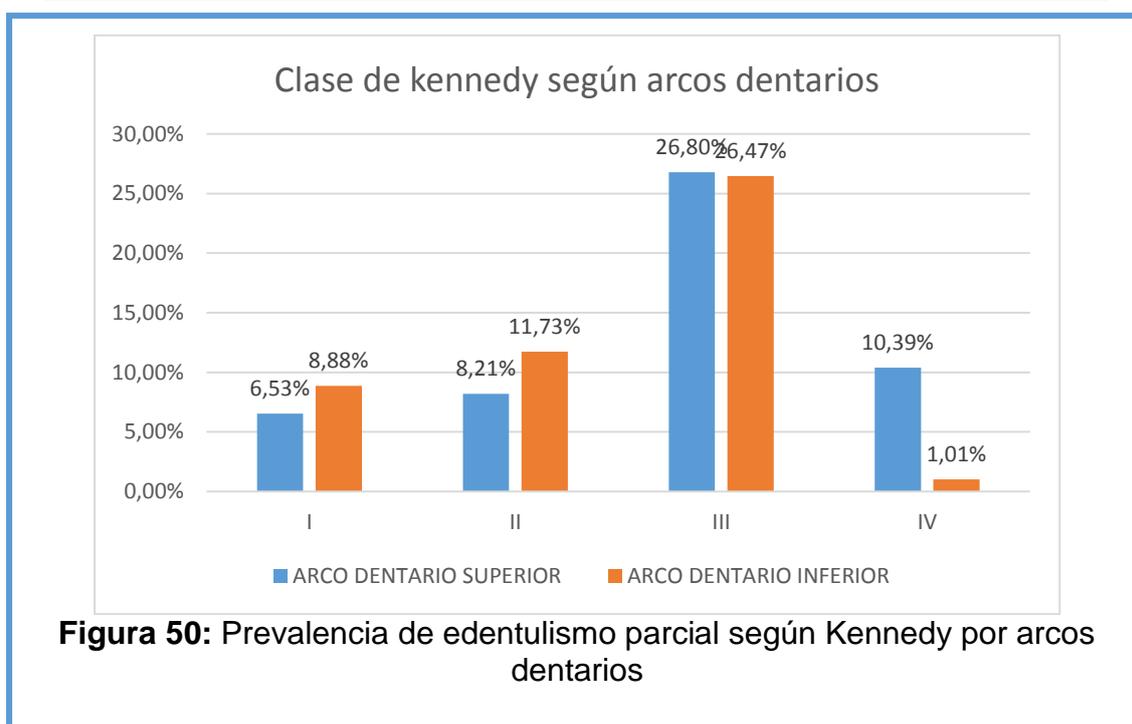
Figura 49. Predominio del edentulismo parcial a través de la clasificación de Kennedy según el género.

5.1.4. Prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo al arco dentario según la clasificación de Kennedy.

De acuerdo a los arcos dentarios, el edentulismo parcial clase III de Kennedy es el que más prepondera con un 26,80% en el arco dentario superior en 160 casos, mientras que en el arco dentario inferior prevalece con un 26,47% en 158 casos.

Tabla 8. Prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy por arcos dentarios

	CLASES DE KENNEDY							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
ARCO DENTARIO SUPERIOR	39	6,53%	49	8,21%	160	26,80%	62	10,39%
ARCO DENTARIO INFERIOR	53	8,88%	70	11,73%	158	26,47%	6	1,01%



5.1.4.1. Prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy en el arco dentario superior por edad.

En el estudio realizado, el edentulismo parcial en el arco dentario superior por edad, la clase III de Kennedy es el que más sobresalió en el rango de 30-39 años con un 13,90% en 83 casos, seguida por el rango de 40-49 con un 6,37% en 38 casos.

Tabla 9. Edentulismo parcial según Kennedy en el arco dentario superior por edad

EDAD	ARCO DENTARIO SUPERIOR							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
30-39	7	1,17%	6	1,01%	83	13,90%	22	3,69%
40-49	10	1,68%	17	2,85%	38	6,37%	10	1,68%
50-59	8	1,34%	14	2,35%	23	3,85%	16	2,68%
60-69	9	1,51%	8	1,34%	8	1,34%	10	1,68%
70-79	4	0,67%	4	0,67%	7	1,17%	3	0,50%
80-89	0	0,00%	0	0,00%	1	0,17%	2	0,34%

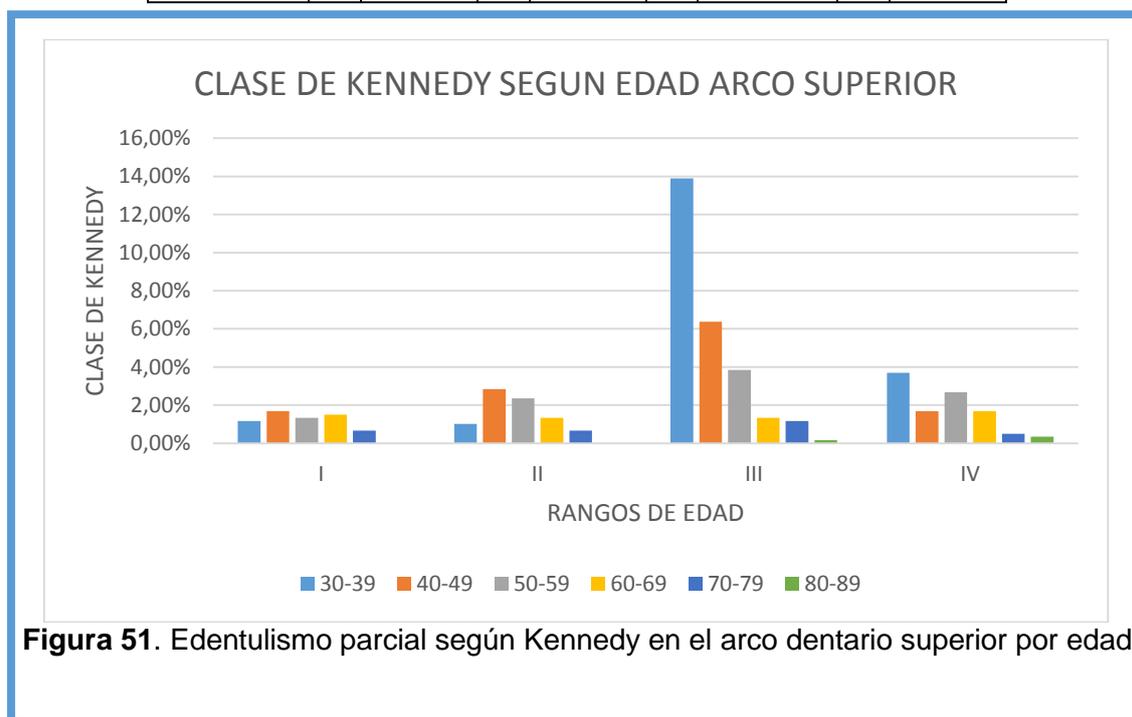


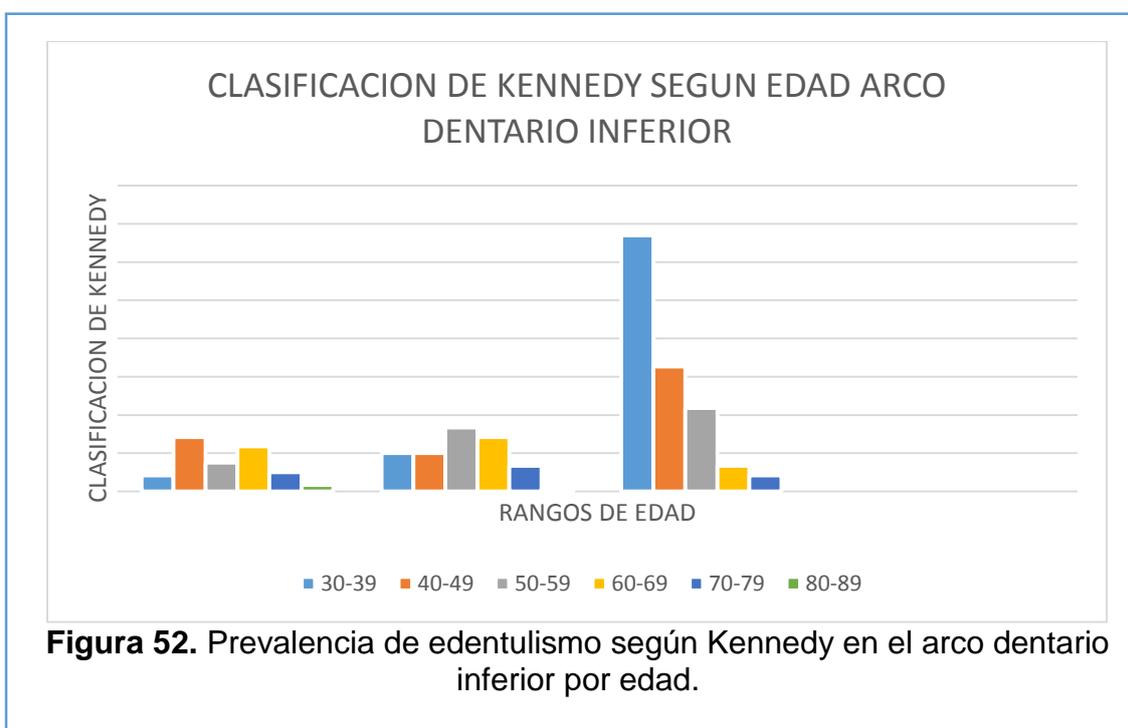
Figura 51. Edentulismo parcial según Kennedy en el arco dentario superior por edad

5.1.4.2. Prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy en el arco dentario inferior por edad.

En el presente estudio, la clase III de Kennedy en el arco dentario inferior por el rango de edad de 30-39 fue la que más predominó con un 13,40% en 80 casos, seguida por 6,53% en 39 casos para el rango de 40-49 años.

Tabla 10. Prevalencia de edentulismo según Kennedy en el arco dentario inferior por edad.

EDAD	ARCO DENTARIO SUPERIOR							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
30-39	5	0,84%	12	2,01%	80	13,40%	2	0%
40-49	17	2,85%	12	2,01%	39	6,53%	2	0%
50-59	9	1,51%	20	3,35%	26	4,36%	2	0%
60-69	14	2,35%	17	2,85%	8	1,34%	0	0%
70-79	6	1,01%	8	1,34%	5	0,84%	0	0%
80-89	2	0,34%	1	0,17%	0	0,00%	0	0%



5.1.4.3. Prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy en el arco dentario Superior por género.

Con respecto al arco dentario superior por el género, el edentulismo parcial clase III de Kennedy, en el género femenino es el más relevante con 97 casos (16,25%), mientras en el género masculino fue de 63 casos (10,55%).

Tabla 11. Clasificación de Kennedy en el arco dentario superior por género.

GÉNERO	CLASES DE KENNEDY							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
FEMENINO	23	3,85%	15	2,51%	97	16,25%	36	6,03%
MASCULINO	16	2,68%	34	5,70%	63	10,55%	26	4,36%

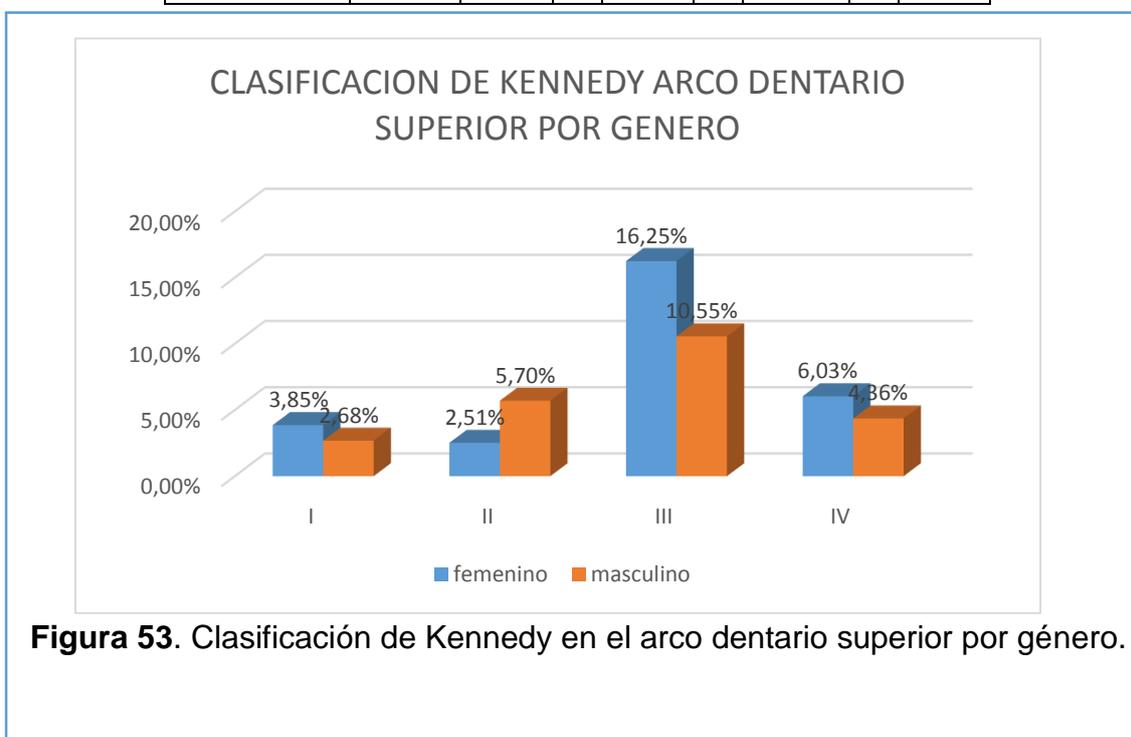


Figura 53. Clasificación de Kennedy en el arco dentario superior por género.

5.1.4.4. Prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy en el arco dentario inferior por género.

Con respecto al arco dentario inferior por el género, el edentulismo parcial clase III de Kennedy, en el género femenino es el más sobresalió con 93 casos (15,58%), mientras en el género masculino fue de 65 casos (10,89%).

Tabla 12. Clasificación de Kennedy en el arco dentario inferior por género

GÉNERO	CLASES DE KENNEDY							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
FEMENINO	28	4,69%	39	6,53%	93	15,58%	3	0,50%
MASCULINO	25	4,19%	31	5,19%	65	10,89%	3	0,50%

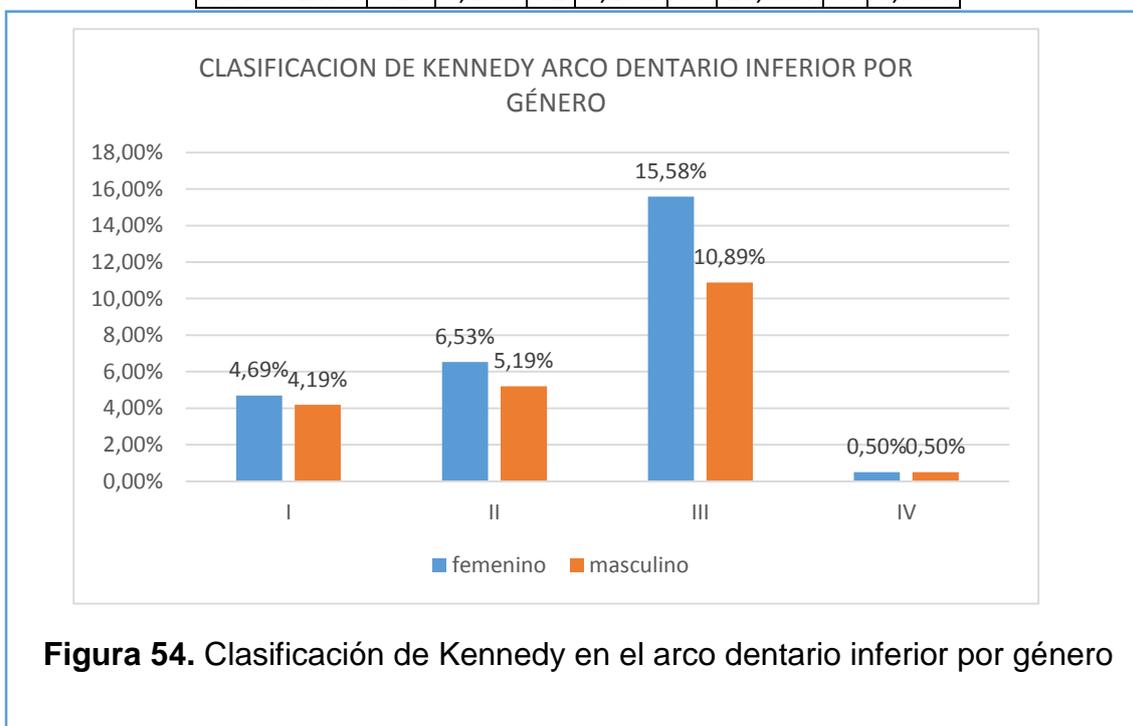


Figura 54. Clasificación de Kennedy en el arco dentario inferior por género

6. CAPÍTULO VI

6.1. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como fin determinar la prevalencia del edentulismo parcial en Quito, se evaluó en una muestra de 384 pacientes, determinando que la clase III de Kennedy es la más representativa con un 53,27%, seguida por la clase II con un 19,93%, la clase I con el 15,41% y finalmente la menos frecuente fue la clase IV con un 11,39%.

Recordemos que la clase III de Kennedy es un espacio edéntulo posterior limitado por piezas dentales, es decir, que una persona que solo haya perdido el primer molar se considera un edéntulo parcial, así que esta investigación concuerda con varios estudios, en que la clase III es la más prevalente, en un estudio parecido a este, realizado por Águila, M (2014) en Perú en una clínica docente en que la muestra fue 189 casos, expresó que “la Clase III de Kennedy fue la más frecuente con un 52,65%, seguida de la Clase II con 94 casos 26,18%, la clase I representó 65 casos 18,11%; y la menos frecuente fue la clase IV 11 casos 3,06%”.

Como afirma Luna, G (2009). “Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy es la más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina”. Y comparando los resultados con este último, nos permitió deducir que la edad es un factor que influye en la pérdida dental, ya que mientras la edad aumenta las zonas edéntulas también.

En este estudio la muestra fue tomada en individuos a partir de los 30 años y se encontró que en los rangos de edad de 30-39 años el edentulismo parcial fue del 36,35% siendo el porcentaje más alto y el tipo de edentulismo fue la Clase III de Kennedy, con el 27.90%. Lo que podemos aseverar, es que las personas en la ciudad de Quito pierden a muy temprana edad por lo menos una pieza dental posterior. Esto se confirma con el estudio de Cando J. (2011) realizado en la

Escuela Fiscal Mixta Galo Beltrán de la ciudad de Quito, donde determinó que el 22.12% de una muestra de 216 niños de 7 a 12 años habían ya perdido el primer molar.

En cuanto al género, el estudio revela que la clase III de Kennedy es la más usual, con un 31,83% para el género femenino y el 21,44% para el género masculino. Lo que se podría justificar con lo afirmado por Ferlin y Cols (1989), que observó en su estudio que las niñas perdían más temprano, debido a que las piezas dentales comienzan a presentar defectos en el esmalte por haber estado por más tiempo expuesto al ácido bucal por su temprana erupción en el género femenino.

Lo mismo encontró Águila, M (2014) que expuso que “La clase III es la que predomina en ambos géneros y en un 36,21% para el género femenino y 16,44% para el género masculino.

En cuanto a los arcos dentarios, en el presente estudio el edentulismo parcial clase III de Kennedy es el que predominó con un 26,80% en el arco dentario inferior, mientras que en el arco superior fue del 26,46%. Lo que nos dice que en ambos arcos el tipo de edentulismo más frecuente es el de clase III de Kennedy.

En el estudio de Luna, G (2009) también podemos encontrar datos similares “la clase III de Kennedy es la más habitual en ambos maxilares con un total de 55,72%, de los cuales 199 casos (26,91%) pertenecen al maxilar superior y 215 casos (28,93%) pertenecen al maxilar inferior”.

Coincidiendo con Águila, M (2014) en donde según el arco dentario la “clase III predomina con 9,19% en el inferior con 33 casos y en el superior con 8,91% en 32 casos respectivamente.”

7. CAPITULO VII

7.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.1. CONCLUSIONES

Se concluye que:

El edentulismo parcial clase III de Kennedy se presentó con mayor frecuencia en la ciudad de Quito, con 318 casos (53,27%), continuadas por la clase II con 119 casos (19,93%), la clase I con 92 casos (15,41%) y la clase IV con 68 casos (11,39%).

El edentulismo parcial clase III de Kennedy preponderó en los dos primeros rangos de edad, con 163 casos (27,30%) en las edades de 30-39 años, seguidas con 77 casos (12,90%) en las edades de 40-49 años.

El edentulismo parcial clase III de Kennedy es la más frecuente en el género femenino con 190 casos (31,83%) que la del género masculino con 128 casos (21,44%).

El edentulismo parcial clase III de Kennedy es la más habitual en el arco dentario superior con 160 casos (26,80%) con respecto al arco dentario inferior con 158 casos (26,47%).

7.1.2. RECOMENDACIONES

Realizar con periodicidad este tipo de estudios a nivel provincial y nacional por parte de entidades público-privadas.

Concientizar a los profesionales de salud bucal para que desarrollen y mejoren las técnicas que permitan prevenir y reducir los índices de edentulismo parcial en la población.

Que el personal odontólogo realice un correcto diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento rehabilitador en la población que presente edentulismo parcial.

9. PRESUPUESTO

Tabla 14. Presupuesto

RUBROS	VALOR
Equipos *computador	-----
Materiales y Suministros *esferos *copias	20
Viajes Técnicos *movilidad	10
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	----
Recursos Bibliográficos y Software	20
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	50
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	100
Total	200

10. REFERENCIAS

- Acosta F. (2010) Edentulismo en Costa Rica. Costa Rica. Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología-ULACIT, Año 2010.
- Abdurahiman, V (2013), Frequency of Partial Edentulism and Awareness to Restore the Same: A Cross Sectional Study in the Age Group of 18–25 Years among Kerala Student Population, J Indian Prosthodont Soc (Oct-Dec 2013) 13(4):461–465.
- Águila, M. (2014). Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria, revista científica alas peruana, Vol. 1, núm. 1 (2014).
- Borja, M (2012) EDENTULISMO Y SU INCIDENCIA EN EL CONJUNTO DE ESTRUCTURAS ESQUELÉTICO- MUSCULARES DE LA CAVIDAD ORAL. Portoviejo- Manabi-Ecuador.
- Bhaskaran, B. (2010). Classification of RPD, Classification of edentulous arches. Recuperado el 20 de julio del 2016 de: <http://es.slideshare.net/BibinBhaskaran/classification-of-rpd>.
- Cando, J. (2011). prevalencia de pérdida de los primeros molares permanentes, en niños de 7 a 12 años de edad de la escuela fiscal mixta Galo Beltrán. Trabajo de Graduación previo la obtención del Título de Odontólogo. Carrera de Odontología. Quito: UCE. 104 p.
- Cortes, V. Vergara, C (2013), Prevalencia de Edentulismo Parcial y Total en Islas Butachauques y Tac, Quemchi, revista chilena, salud pública 2014; Vol 18 (3): 257-262. Santiago, Chile.
- Cisneros, M; Verástegui, A; Fernández, H(2014). Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Revista Científica Peruana, Volumen 1. Número 1, 2014. Lima-Perú.
- Carrera, J. (2006). Frecuencia Y Clase De Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Pobladores Residentes Del A.A.H.H “Sol Naciente” del Distrito de Carabayllo-Lima en el Año 2005, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima- Perú.
- Díaz, P. (2009). Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima- Perú.
- Encalada, M. (2012), Clasificación de las áreas edéntulas y sus características, recuperado el: 20-01-2016 de: http://es.slideshare.net/MLEB_06/clasificacin-de-las-reas-edntulas-y-sus-caractersticas-13950906

- Eustaquio-Raga, M (2013), Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain), *Gac Sanit.* 2013;27(2):123–127, Stomatology Department, University of Valencia, Valencia, Spain.
- Gutierrez, V; et al. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal, *Rev Estomatol Herediana*.Jul-Set; 25(3):179-86.
- Hernández, J et al. (2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *salud pública de México*, 50 (3), 235-240.
- Hewlett,S, et al (2015), Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults, *BMC Oral Health*, DOI 10.1186/s12903-015-0034-6. Pag2-9.
- Luna G. (2011) Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo Junio – Noviembre del 2011. Universidad Nacional de Loja, Carrera de Odontología.
- López, J. (2009), Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano
- McGivney G, Carr A, Brown D. McCracken (2004), *Prótesis Parcial Removible*, 10ma Edición, Editorial Medica Panamericana.
- Ministerio de Salud de Colombia, (2013), IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV, Situación en Salud Bucal, para saber cómo estamos y saber qué hacemos. Págs 86-156.
- Mayor Santiago Távara, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Lima-Perú.
- McGarry, T., Nimmo, A., et al. (2002). Classification System For Partial Edentulism, *The Journal of Prosthetic Dentistry* 2002; 11: 181-193, The American College Of Prosthodontics.
- Manral, K. (2016). Classification of Partially Edentulous Arches. Recuperado el 20 de Julio del 2016 de: <http://es.slideshare.net/KanikaManral/classification-of-partially-edentulous-arches-58252804>.
- Medina-Solís, C (2014), Edentulism and other Variables Associated with Self-Reported Health Status in Mexican Adults, © *med sci monit*, 2014; 20: 843-852, Mexico d f- Mexico.
- Olivera, J (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Lima-Perú.

- Pichardo, N. (2006). Factores para el diseño-Prótesis Parcial Removible. Recuperado el 15-07-2016 de: <http://es.slideshare.net/guest3b7dd0/parcial-removible-3-presentation>.
- Rodríguez, L. (2013) Prevalencia del edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de Moche. Universidad Nacional de Trujillo.
- Silva, M. (2014). Clasificación Kennedy, recopilado el: 3-01-2016 de: http://es.slideshare.net/fran_ykt/clasificacion-kennedy-37893900.
- Sánchez, A. (2008). 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 Odontológica Venezolana, VOLUMEN 47 N° 3 / 2009.
- Sánchez, A (2009), Clasificación del Paciente parcialmente Edéntulos 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 Odontológica Venezolana - VOLUMEN 47 N° 3 / 2009, Págs. 1-17.
- Trepania, D. (2013). Clasificación Kennedy. Recuperado el 20 de Julio del 2016 de: <http://es.slideshare.net/diegotrep/clasificacion-kennedy>.
- Villanueva, K y Ríos, K. (2013). Edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, Recuperado el: 20-01-2016 de: http://www.visiondental.pe/user/_ed59_01_p2.php.
- Vieira, J. (2008). Análisis De Las Necesidades Protésicas De Acuerdo A La Complejidad Del Tratamiento De Los Pacientes Que Asisten A La Universidad Central De Venezuela en el Período 2006 -2007, Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 47 N° 2 / 2009.
- Waliszewski, M. (2011). Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population, The Journal of prosthetic dentistry, July 2011.

ANEXOS

Anexo N°1 Solicitudes

Quito, 18 de Abril del 2016

Dra. María Elena Rojas Jaramillo

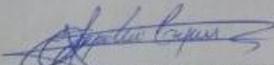
DIRECTORA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES SUR-OCCIDENTAL IESS

Mi estimada doctora:

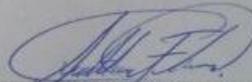
Reciba mis más cordiales saludos, me comunico con usted para solicitarle de la manera más comedida, se nos ayude con la autorización para el ingreso al "Centro de Especialidades Sur-Occidental IESS", de la ciudad de Quito.

La razón por la que elevo esta solicitud es porque estamos desarrollando nuestra tesis cuyos temas son la **"PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PERDIDA DENTAL Y TIPOS DE MATERIAL UTILIZADOS EN PROTESIS REMOVIBLE EN PACIENTES MAYORES DE 30 AÑOS EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES SUR-OCCIDENTAL IESS LA CIUDAD DE QUITO"**. Este tema de tesis tiene como fin conocer el tipo de edentulismo que se da en los ciudadanos de la capital según la clasificación, además de conocer las causas más frecuentes de la pérdida dental, saber si han utilizado algún tipo de prótesis y el tipo de material utilizado en prótesis removibles, por lo que le pido muy amablemente se nos ayude con dicha solicitud para poder realizar la investigación.

Por la atención que le dé a la presente y aguardando su pronta respuesta, nos despedimos de usted muy atentamente,



José Napoleón Cargua Ríos.
C.I. 1719231696
Email: jcargua@udlanet.ec
Telf.: 0998990215



Jonathan Alexis Flores Gómez.
C.I. 1003539754
Email: jagflores@udlanet.ec
Telf.: 0992420048

C.A.A. SUR OCCIDENTAL
RECIBIDO
NOMBRE: [Handwritten Signature]
FECHA: 2016-04-18
HORA: 11:47

Anexo N°2

Respuestas



Correo ▾

← [+] [!] [🗑️] Mover a Recibidos [📧] Más ▾

REDACTAR

INVESTIGACIÓN PARA TESIS. [📧] Recibidos x

Recibidos (336)
Destacados
Importantes
Enviados
Borradores (29)
Círculos
Prioridad
Seguimiento
Varios

[👤] [🟢] [🔄] [📧]

Buscar contactos...

- ANDRES AVALOS
- ADRIANA LASSO
- Adriana Quezada
- ANA ALVEAR
- Ana Aragundi
- ANA VALLADARES
- ANDRES AVALOS
- ANDRES NARAN

Rosa Laura Garces Angulo <rgarces@iess.gob.ec> 20 abr. ☆ [📧]
para mí, jaglflores, María ▾

Quito, 20 de abril de 2016

Señores
José Cargua
Jonathan Flores
Presente

De mi consideración:

Mediante el presente pongo en su conocimiento que la doctora María Elena Rojas, Directora del Centro de Especialidades Sur Occidental-**IESS**, ha autorizado su ingreso para que realicen su investigación para el desarrollo de su tesis.

Cordialmente,

Rosa Garcés
SECRETARIA DE LA DIRECCIÓN

Anexo N°3

Consentimiento Informado

Estudio: "PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LA CIUDAD DE QUITO".

Investigador: Sr. José Napoleón Cargua Ríos
Telf.: 099 8990215

Yo,....., me comprometo en el siguiente estudio, bajo mi propio consentimiento y sin haber sido obligado.

Consiento que el investigador pueda examinar mi cavidad bucal y así obtener la información necesaria para su investigación.

Declaro que el investigador me ha explicado de forma clara y concisa el propósito de este estudio, como se desarrollara y pasos a seguir, así como la finalidad que tendrán los resultados de este estudio.

Declaro que tuve la oportunidad de realizar todas las preguntas que consideré necesarias antes de consentir mi participación.

Firma del Participante
C.I.:

Firma del Investigador
C.I.: 1719231696

Fecha que fue firmado: _____

Anexo N° 4

4.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.3.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes desde los 30 años en adelante.
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes edéntulos parciales
- Pacientes cuyas condiciones de salud oral sean óptimas encontrándose listos para el tratamiento de prótesis parcial removible.

4.2.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes edéntulos totales de ambos maxilares.
- Pacientes con enfermedades sistémicas cuya condición comprometa seriamente la permanencia de las piezas dentarias en boca.
- Pacientes con malformaciones óseas a nivel de los maxilares.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento de ortodoncia.

Anexo N°5

FICHA DE DATOS

PACIENTE.

EDAD:

GÉNERO:

EDENTULO PARCIAL

SUPERIOR: CLASE I () CLASE II () CLASE III () CLASE IV ()

PRESENCIA DE PROTESIS si() no()

- Prótesis parcial removible cromocobalto()
- Prótesis parcial removible acrílica()
- Prótesis Valplas ()

INFERIOR: CLASE I () CLASE II () CLASE III () CLASE IV ()

PRESENCIA DE PROTESIS si() no()

- Prótesis parcial removible cromocobalto ()
- Prótesis parcial removible acrílica ()
- Prótesis Valplas()

EDENTULO TOTAL si () no()

- Usa Prótesis si() no()

OBSERVACIONES: