



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA: Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos
parciales que acuden a clínica UCSG B 2019.**

**AUTOR :
GONZÁLEZ BARRIGA SANDY CRISTINA**

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

**TUTOR:
AVEGNO QUIRÓZ ANDREA**

**Guayaquil, Ecuador
3 de marzo del 2020**



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **GONZÁLEZ BARRIGA SANDY CRISTINA** como requerimiento para la obtención del título de **ODONTOLOGA**.

TUTORA

f. _____
AVEGNO QUIRÓZ ANDREA

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
BERMUDEZ VELÁSQUEZ ANDREA CECILIA

Guayaquil, 3 de marzo del 2020



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **GONZÁLEZ BARRIGA SANDY CRISTINA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica UCSG B 2019**, previo a la obtención del título de **ODONTOLOGA** 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, 3 de marzo del 2020

LA AUTORA:

f. _____
GONZÁLEZ BARRIGA SANDY CRISTINA



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **GONZALEZ BARRIGA SANDY CRISTINA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica UCSG B 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 3 de marzo del 2020

LA AUTORA:

f. _____
Sandy Cristina González Barriga

REPORTE URKUND

The screenshot shows the URKUND web interface. The main content area displays document information: 'Documento: Sandy ymateos, Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica U2015.doc (06/11/2019)', 'Presentado: 2020-01-28 12:51 (-05:00)', 'Presentado por: sandygonzalez95@gmail.com', and 'Recibido: maria.avegno.acig@analysis.arkund.com'. A note states: 'de estas 3 páginas, se componen de texto presente en 8 fuentes.' To the right, a 'Lista de fuentes: Bloques' table is visible, listing sources with columns for 'Categoría' and 'Enlace/nombre de archivo'. The table includes entries like 'https://www.unl.edu.ar/oweb/00000000/02490700/1424/1/tesis.pdf' and 'https://www.unl.edu.ar/oweb/00000000/02490700/0240/1/tesis.pdf'. Below the table, there are sections for 'Fuentes alternativas' and 'Fuentes no usadas'.

Las consecuencias del edentulismo parcial son las siguientes: inclinación de los dientes adyacentes al espacio edéntulo, erupción de los dientes antagonistas, alteración en el habla, cambios en el aspecto de la cara y la pérdida de estructuras de soporte y del hueso alveolar(2).

Según Charlevo y cols en el 2012 el tipo más frecuente de edentulismo parcial en esta muestra de pacientes de la Unión Europea era Kennedy tipo IV, tanto en el maxilar superior (90,0%) y la mandíbula (41,3%). La clase IV de Kennedy era la más frecuente (7,1% en el maxilar superior, del 5,0% en la mandíbula) por lo menos en la mayoría de los casos tratados con prótesis parciales removibles en ambas arcadas(5).

Es importante evaluar correctamente al paciente y determinar la clase de Kennedy y modificaciones a la que pertenece para que de esta forma podamos determinar un correcto plan de tratamiento. Al momento de realizar una prótesis parcial removible puede volverse un gran inconveniente no conocer la clase a la que pertenece, de aquí radica la importancia de elaborar un buen diagnóstico.

Elaborar un incorrecto plan de tratamiento puede traer problemas como: afectar al periodonto, aumentar fuerzas en los dientes pilares, poca retención y soporte de las prótesis, además de, que tiende a incrementarse la incidencia de caries dental.

Las prótesis mal confeccionadas han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales. Las lesiones bucales asociadas al uso de prótesis pueden ser de dos tipos: agudas y crónicas. Las agudas son aquellas que se producen por prótesis malvas o mal ajustadas y ejercen enorme presión sobre los tejidos blandos provocando hinchazón, dolor, ulceración y dolor. Las crónicas se deben a una alteración al tejido de soporte produciendo raras veces el tejido que condujo a un proceso inflamatorio crónico. Entre las principales lesiones están la estomatitis subglingual, leucoplasia, entropías, queritis angular, hiperplasia fibrosa (inflamatoria)(6).

El propósito del siguiente trabajo es determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG B 1019.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio de tipo transversal, clínico y prospectivo con un diseño descriptivo y analítico. La muestra estuvo conformada por 58 pacientes de sexo femenino y masculino de una edad entre los 18 y 70 años. Los estudios se realizaron desde el mes de febrero al mes de mayo del 2018 en la clínica odontológica de la

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, la Virgen, mi familia y amigos; especialmente a mis padres Sandy y José ya que sin ellos nada de esto podría ser posible, su apoyo incondicional fue de gran ayuda. Los amo.

Gracias por la paciencia y por estar cuando más los necesitaba. Quiero agradecer a mi hermanos Paulina y José, que, aunque no lo sabían siempre estaban ahí en mis días difíciles.

A mis Volturis Nohelia, Natalia, Daniela, Francesca, Roberto, Juan Xavier y Juan Diego, gracias por todo lo aprendido por toda la ayuda siempre, finalmente todos cumplimos nuestra meta y somos oficialmente odontólogos, estoy orgullosa de lo que nos hemos convertido. Espero que nuestra amistad dure para toda la vida.

De igual forma agradecer a mi novio Sebastián Rizzo por su apoyo y amor incondicional para ayudarme, aguantarme y entenderme.

Agradezco a mi tutora de tesis, la Dra. Andrea Avegno, sin ella este trabajo no se hubiera llevado a cabo, gracias por la paciencia y conocimientos.

Finalmente agradecer a mis compañeros y a los excelentes docentes que tuve en mi camino que me enseñaron tanto, los llevaré siempre conmigo.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a todos los que creyeron en mí y estuvieron presente en este largo recorrido e hicieron que este día sea posible, principalmente mis amigos y familia.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

BERMÚDEZ VELÁZQUEZ ANDREA CECILIA
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

JOSÉ FERNANDO PINO LARREA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

ENRIQUE GARCÍA GUERRERO
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

TUTOR

f. _____
Avegno Quiroz, Andrea

Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica UCSG B 2019.

Kennedy classes with higher prevalence in partial edentulous patients who attend the UCSG B 2019 clinic.

González Barriga S. ¹, Avegno Quiróz A. ²

Estudiante de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil^{IX}
Docente de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

RESUMEN

Introducción: La pérdida dental puede afectar las funciones del sistema estomatognático que son la masticación, estética y fonación de los pacientes y se la puede corregir o restaurar con una prótesis. Diversas causas lo producen, entre las principales se encuentra las caries y la enfermedad periodontal. **Objetivo:** El propósito del siguiente trabajo es determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG B 2019. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio tipo transversal, clínico y prospectivo en donde se incluyó un total de 58 pacientes adultos portadores de prótesis parciales removibles, así mismo se examinó las historias clínicas de los pacientes. **Resultados:** La clase III de Kennedy fue la más prevalente con un 43.10%. En el maxilar superior la clase III – Modificación 2 fue la más prevalente con el 29.31%, en cambio, en el maxilar inferior prevalece la clase IV con un 24.14%. El estudio demostró que el maxilar inferior es más susceptible al uso de una prótesis con un 55.17% en comparación con el maxilar superior con un 44.83%. **Conclusión:** La clase de Kennedy con mayor prevalencia fue la clase III modificación II en el maxilar superior. Las mujeres fue el género con mayor porcentaje de uso de prótesis parcial removible. El maxilar inferior es más susceptible a pérdidas dentales por ende a un tratamiento protésico.

PALABRAS CLAVE: edéntulos, edéntulos parcial, prótesis parcial removible, clasificación de Kennedy, adulto.

ABSTRAC

Introduction: Dental loss can affect the functions of the stomatognathic system that are chewing, aesthetics and phonation of patients and can be corrected or restored with a prosthesis. Edentulism is considered as the absence of teeth, this can be classified as partial edentulism or total edentulism. Various causes produce it, among the main ones are cavities and periodontal disease. **Objective:** The purpose of the following work is to determine the prevalence of the type of partial edentulism according to Kennedy's classification in the dental clinic of the UCSG B 2019. **Materials and methods:** A cross-sectional, clinical and prospective study was conducted in which a total of 58 adult patients with removable partial dentures were included, and the patients' medical records were examined. **Results:** Kennedy class III was the most prevalent with 43.10%. In the upper jaw class III - Modification 2 was the most prevalent with 29.31%, while in the lower jaw class IV prevails with 24.14%. The study showed that the lower jaw is more susceptible to the use of a prosthesis with 55.17% compared to the upper jaw with 44.83%. **Conclusion:** The most prevalent Kennedy class was class III modification II in the upper jaw. Women were the gender with the highest percentage of use of removable partial dentures. The lower jaw is more susceptible to dental losses therefore a prosthetic treatment

KEY WORDS: edentulism, partial edentulism, Kennedy classification, removable partial dentures, older adults.

INTRODUCCIÓN

La pérdida dental puede afectar las funciones del sistema estomatognático que son la masticación, estética y fonación de los pacientes y se la puede corregir o restaurar con una prótesis. El edentulismo se lo considera como la ausencia de piezas dentarias, este se lo puede clasificar en edentulismo parcial o edentulismo total(1).

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad oral (1). En cambio, el edentulismo total es la ausencia total de las piezas dentarias.

Diversas causas lo producen, entre las principales se encuentra las caries y la enfermedad periodontal (2).

Los maxilares parcialmente dentados se los puede clasificar por varios métodos, existen más de 65.000 combinaciones dependiendo del maxilar y los arcos mandibulares. En 1925 Edward Kennedy diseñó una clasificación para el edentulismo parcial, este método nos permite conocer el diagnóstico y tratamiento del paciente y van de lo más complejo a lo más simple (2) (3).

De acuerdo con la clasificación de Kennedy, existen 4 clase; Clase I; áreas edéntulas bilaterales posteriores a dientes naturales, Clase II; área edéntula unilateral posterior a dientes naturales, Clase III; área edéntula unilateral con dientes naturales delante o

detrás del área edéntula y Clase IV; área edéntula bilateral anterior que atraviese la línea media. Las clases I, II y III cada una con sus respectivas modificaciones (4).

Las consecuencias del edentulismo parcial son las siguientes; inclinación de los dientes adyacentes al espacio edéntulo, erupción de los dientes antagonistas, alteración en el habla, cambios en el aspecto de la cara y la pérdida de estructuras de soporte y del hueso alveolar(2) .

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(5) .

Es importante evaluar correctamente al paciente y determinar la clase de Kennedy y modificación a la que pertenece para que de esta forma podamos determinar un correcto plan de tratamiento. Al momento de realizar una prótesis parcial removible puede volverse un gran inconveniente no conocer la clase a la que pertenece, de aquí radica la importancia de elaborar un buen diagnóstico.

Elaborar un incorrecto plan de tratamiento puede traer problemas como; afectar al periodonto, aumentar fuerzas en los dientes pilares, poca retención y soporte de las

prótesis, además de, que tiende a incrementarse la incidencia de caries dental.

Las prótesis mal confeccionadas han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales. Las lesiones bucales asociadas al uso de prótesis pueden ser de dos tipos: agudas y crónicas. Las agudas son aquellas que se producen por prótesis nuevas o mal ajustadas y ejercen excesiva presión sobre los tejidos blandos provocando isquemia arterial, ulceración y dolor. Las crónicas se deben a una alteración al tejido de soporte produciendo roces sobre el tejido que conducirá a un proceso inflamatorio crónico. Entre las principales lesiones están la estomatitis subprotésica, erosiones ulcerosas, hiperplasia papilar, épuis fisurado (6) .

El propósito del siguiente trabajo es determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG B 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio de tipo transversal, clínico y prospectivo con un diseño descriptivo y analítico. La muestra estuvo conformada por 58 pacientes de sexo femenino y masculino de una edad entre los 35 y 70 años, los mismos que fueron evaluadas desde el semestre B 2019 en la clínica odontológica de la universidad católica de Santiago de Guayaquil. Con respecto a los criterios de inclusión solo formaron parte los pacientes portadores de

prótesis parcial removible, mayores de 30 años que estén dispuestos a colaborar y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión estuvieron conformados por aquellos pacientes menores de 30 años que no utilicen prótesis parcial removible, que tengan alguna enfermedad sistémica y que no acepten participar de la investigación y no firmaron el consentimiento informado. Se gestionó la autorización a las autoridades respectivas para ingresar a las clínicas de prótesis total removible y prótesis parcial removible durante el periodo 2019-2020. Posterior a estos detalles se les indicó a los pacientes seleccionados en qué consistía el estudio y se les entregó el consentimiento informado para su firma correspondiente previo a la inspección clínica. Luego de la recolección de datos del paciente se procedió a aplicar las normas de bioseguridad para la evaluación clínica intraoral del estado de salud bucal.

Con un espejo intraoral se pudo evaluar mediante el índice CPO si los pacientes presentaban alguna caries, algún diente perdido u obturado. Se anotó en la hoja de registro según las indicaciones. Luego, se evaluó el tipo de prótesis parcial removible que necesitaba el paciente según la clasificación de Kennedy y sus correspondientes modificaciones, así mismo se evaluó en que arcada se iba a diseñar la prótesis. Luego con un espejo intraoral se buscó si existía alguna lesión pre protésica o por alguna prótesis mal adaptada y se anotó en la hoja de registro según la lesión que tenga el paciente. Posterior a eso se analizó las piezas perdidas en la cavidad bucal de los pacientes y en el

odontograma se marcó con rojo las piezas faltantes. Finalmente, se tomó fotos intraorales al paciente para tener como evidencia.

Finalmente, con los datos recopilados se procedió a realizar un análisis estadístico para la obtención de los resultados mediante el uso de programas específicos como Microsoft Office Excel 2012, con medidas de tendencia central en base a la estadística descriptiva.

RESULTADOS

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG B 2019. Se evaluó a 58 pacientes de la Clínica de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión considerados. 44 pacientes correspondían al género femenino mientras que 14 correspondían al masculino. El estudio tuvo un rango de edad entre los 30 hasta los 70 años.

Se obtuvo los siguientes resultados de acuerdo a cada variable.

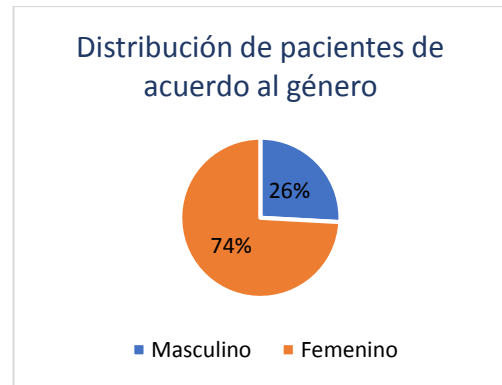


Gráfico 1. Distribución de pacientes de acuerdo al género.

Los pacientes de género Femenino tuvieron mayor porcentaje en cuanto al uso de prótesis con un 74%, los hombres un 26%.

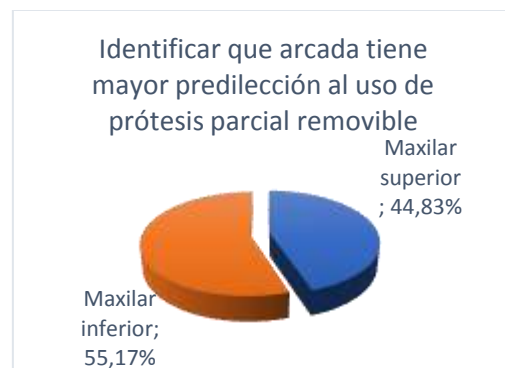


Gráfico 2. Identifica que arcada es más susceptible al daño por uso de prótesis parcial removible.

El estudio demostró que el maxilar inferior es más susceptible al uso de una prótesis con un 55.17% en comparación con el maxilar superior con un 44.83%.

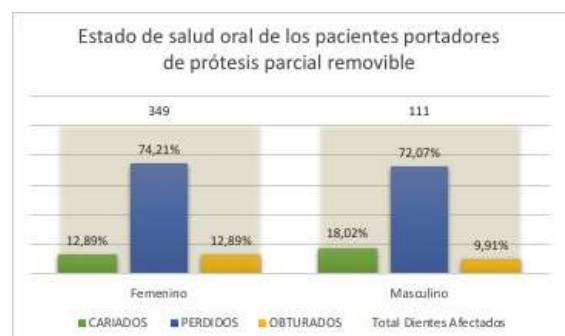


Gráfico 3. Estado de salud oral de los pacientes portadores de prótesis parcial removible Índice CPO.

Con el índice CPO se pudo evaluar la salud oral de los pacientes portadores de prótesis parcial removible en los cuales se obtuvo los siguientes datos. El total de piezas afectadas en el género femenino fue de 349 y en el masculino de 111, en cuanto a las piezas cariadas hay en mayor porcentaje 18.02% en el masculino, pero las Obturadas y Perdidas en mayor porcentaje se encuentran en el sexo femenino con 74.21% y 12.89% respectivamente.

En cuanto a las lesiones orales con mayor prevalencia por uso de prótesis parcial removible, el estudio demostró que el 8.62% de los pacientes presentaron específicamente erosiones. El 91.38 % no presentaba lesión alguna.

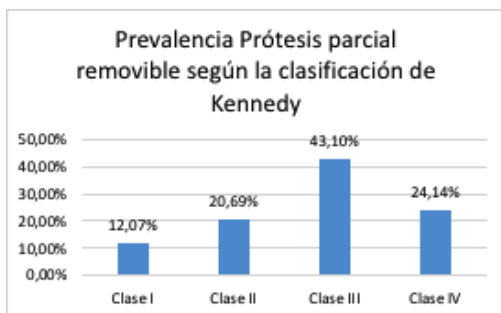


Gráfico 4. Prevalencia Prótesis parcial removible según la clasificación de Kennedy.

En la clasificación de Kennedy, la clase III es la que más presencia hay en el grupo de estudio con el 43.10%, seguido por la clase IV con el 24.14%, la clase II con un 20.69% y finalmente la clase I con 12.07%.

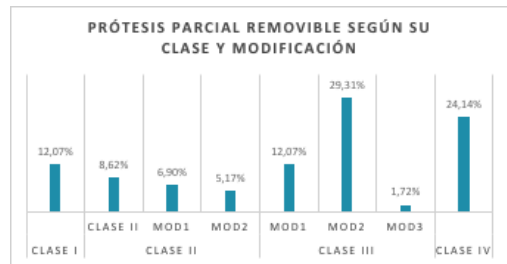


Gráfico 5. Prótesis parcial removible según su clase y modificación.

En el maxilar superior las clases III – Modificación 2 fueron las más prevalentes en el grupo de estudio con el 29.31%, en cambio, en el maxilar inferior prevalece la clase IV con un 24.14%.

El estudio mostró que hay mayores piezas perdidas en el cuadrante 2 de los pacientes que utilizan prótesis Clase III (72.77%), seguidas por las piezas del cuadrante 4 (32.50%) y del cuadrante 3 (32.50%) de la misma Clase. No se registraron piezas perdidas en el cuadrante 2 para los pacientes que utilizan prótesis Clase I.

DISCUSIÓN

El edentulismo parcial que es considerado como la pérdida de piezas dentarias ya sea por caries o por enfermedad periodontal se lo puede tratar mediante el uso de prótesis parcial removibles.

En este estudio el género femenino presentó un mayor porcentaje, 74%, en contraste con el género masculino con un 26%. Se asemeja a la investigación Cisneros de Águila en el 2014, en el cual el sexo femenino presentó más cantidad de arcadas maxilares edéntulas 72,14%(3) .

De los 58 pacientes que fueron parte de la muestra y cumplían con los criterios de inclusión el maxilar inferior fue el que tuvo mayor predilección por un tratamiento protésico con un 55,17%, en cambio, el maxilar superior tuvo un 44,83%.

El estudio de Gutiérrez Vargas (2015) coincide con la misma información, siendo el maxilar inferior la arcada con mayor necesidad de tratamiento protésico con un 67.3% y el maxilar superior con un 59.6% (2). Así mismo, Denza (2015) coincide en que el edentulismo se produce con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar(7) .

En este estudio, el índice CPO promedio en hombres es menor al de las mujeres, teniendo ellas un total de 349 piezas afectadas y los hombres un total de 111. El género femenino contó con un 74,21% de piezas perdidas y un 12,89% de piezas obturadas, en contraste con los hombres que obtuvieron un 72.07% en piezas perdidas y un 9,91% en obturadas.

El estudio de Artega et al. (2009) y el de Hernández (2008) difiere con nuestros resultados debido a que el CPO promedio en hombres fue mayor que el promedio en mujeres. La pérdida dental es 20,52% mayor en hombres que en mujeres. En el caso de los dientes obturados las mujeres cuentan con un 3,47% mayor a los hombres. En cuanto a los dientes cariados no hay diferencias significativas al comparar entre hombres y mujeres(8) . El número de dientes perdidos por sexo fueron significativamente diferentes

siendo los hombres quienes presentaron la mayor pérdida dental(9) .

En el presente estudio el 8,62% de los pacientes presentó erosiones en los maxilares por el mal uso de las prótesis parciales removibles. El 91.38% no presentó lesión alguna. Esto difiere mucho en comparación con el estudio realizado por Dávila en el 2016 en el cual el 50% de los pacientes presentó estomatitis subprotésica; el 2,17% úlcera traumática; 2.17% épuis fisurado y el 45,65% no presentó lesión alguna(10) .

De acuerdo con la clasificación de Kennedy, la clase III fue la que más presencia tuvo en el grupo de estudio con el 43.10%, seguido por la clase IV con el 24.14%, la clase II con un 20.69% y finalmente la clase I con 12.07%.

En el 2010 E. E.Ehikhamenor y cols, determinaron que 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%)(5) .

Se asemeja mucho con el estudio de Sánchez (2011) en el cual la clase III fue la de mayor prevalencia con un 34.3% y el estudio de Ruiz Lozano (2019) con un 32.14%(5) .

Así mismo, se pudo encontrar similitud en cuanto a la arcada y a la clase de Kennedy. En

ambos estudios se reveló que en el maxilar superior la clase III tuvo mayor prevalencia.

Hubo discrepancia en cuanto al maxilar inferior, ya que en este estudio la clase IV tuvo un 24.14% siendo este el mayor porcentaje. En la investigación de Sánchez (2011) la clase I tuvo mayor prevalencia con un 43.1%(12) .

El estudio mostró que hay un mayor porcentaje de piezas perdidas en el maxilar superior en un 72.77% de los casos, seguidas por las piezas del maxilar inferior con un 32.50%. Se lo puede asemejar con el estudio de Poveda (2016) en el cual el 54% de sus pacientes presentaba pérdida en el maxilar superior y 38% de pérdida dental en el maxilar inferior.

Por otro lado, el estudio de Gonzáles et al. (2013) difiere con nuestra investigación ya que sus resultados fueron diferente; encontraron mayor prevalencia de piezas perdidas en el maxilar inferior debido a que hay mayor acumulo de alimentos después de su ingesta. Así mismo, menciona que la arcada superior es menos afectada por la función protectora de la lengua que genera autolimpieza sobre la superficie dentaria(13) .

CONCLUSIONES

La clase de Kennedy con mayor prevalencia en los pacientes atendidos en la clínica de prótesis parcial removible en la UCSG fue la clase III. En el maxilar superior la clase III – Modificación 2 fueron las más prevalentes en el grupo de estudio, en cambio, en el maxilar inferior prevaleció la clase IV. Según los resultados de

la investigación el maxilar inferior es el más susceptible al uso de prótesis parcial, debido ha que hay un mayor índice de perdida dental ya que suele acumularse más placa. Se pudo concluir que el género masculino sufrió menores perdidas dentales por distintas causas, una de ellas fue las caries, la cual si no se las trata a su debido tiempo pueden provocar la perdida dental. En cuanto a las lesiones orales, la que obtuvo mayor prevalencia por uso de prótesis parcial removible fueron las erosiones, el resto no presentaba lesión alguna.

REFERENCIAS

1. Huamanciza-Torres E, Rimache L, Chacón-Uscamaita P. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. 2019;18(2).
2. Gutiérrez Vargas V. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. 2015;25.
3. Cisneros del Aguilar M, Verástegui Sandoval A, Fernández Lozano H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. 2014;1.

4. Carr A, McGivney G. Prótesis parcial removible. Elsevier. Vol. 11. 2006.
5. González C. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Clínica odontológica de la UCSG. 2015. [Guayaquil]: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2015.
6. Ruiz Santos L. Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes hospitalizados portadores de prótesis parcial removible, en el Hospital Regional Docente de Trujillo en los meses Octubre- Diciembre del 2017. [Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
7. Denza AP, Escobar JA. Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésicos en una muestra poblacional en Santiago de Cali entre los años 2008-2014. *Gastrohup*. 2015;17(2).
8. Artega O, Urzúa A, Espinoza I. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. *Rev Clin Periodoncia implantol Rehabil Oral*. 2009;2(3).
9. Hernández H, Jiménez R. El efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. *Odontología Actual*. 2008;5(58):48-52.
10. Dávila Velasco WJ. Prevalencia de pacientes edéntulos totales que acuden a subcentros de la ciudad de Guayaquil y el impacto de las prótesis en los pacientes. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2016.
11. Ruiz Lozano H. Prevalencia del edentulismo parcial según clasificación Kennedy en pacientes de 30 a 60 años atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Huánuco, 2016. [Huánuco- Perú]; 2019.
12. Sánchez M, Román M, Dávila R, González A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011;16(2):110-5.
13. Gonzáles G, Chávez-Reategui B, Manrique- Chávez J. Prevalencia del estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parcial removible tratados en una clínica dental privada. *Revista Estomatológica Herediana*. 2013;23(4):200-5.

BIBLIOGRAFÍA

14. Cargua González k. A, Zelaya Estrella L, Mora Merchan M, Toala Reyes AB. Análisis de la filosofía del diseño de prótesis parcial metálica removible, caso clínico. RECIAMUC. 2019;87-104.
15. Figún ME, Garino RR. Anatomía Odontológica. 1978.
16. Tircio Franco L. Factores que inciden en el rechazo del adulto mayor para el uso de prótesis removibles. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2016.
17. Giraldo Valerio JL. Relación entre la pérdida dental y estado nutricional del Adulto mayor del Policlínico Policía Nacional, Trujillo – 2015. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
18. Aguilar Agullo MJ, Cañamas Sanchis MV, Ibáñez Cabanell P, Gil Loscos F. Periodoncia para el higienista dental. septiembre de 2003;13(3).
19. Silva FJ, Goncalves J, Rocha D, Borgues SA, Salazar MS. Eficiencia masticatoria en portadores de prótesis parcial removible. Revista Estomatológica Herediana. 2006;16(2):93-7.
20. Pérez Porto J, Gardey A. Definición de sexualidad. 2010.
21. Denza AP, Escobar JA. Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésicos en una muestra poblacional en Santiago de Cali entre los años 2008-2014. Gastrohup. 2015;17(2).
22. Chumpitaz R, González M, Torres CM. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Peru. 2019;8(3):236-43.
23. Agurto R, Coronado M, Herrera L. Calidad del diseño de los componentes de la prótesis parcial removible base metálica en modelos de trabajo en un laboratorio dental de la ciudad de Chiclayo, 2014. [Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015.
24. Somacarrera Pérez ML, López Sánchez AF, Martín Carreras-Presas C, Díaz Rodríguez M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. Av En Odontoestomatol. junio de 2015;31(3):129-34.
25. Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-Induced Fibrous Inflammatory Hyperplasia: A Retrospective Study in a School of Dentistry. International Journal of Prosthodontics. 2000;13(2):148-51.
26. Aguilar Sánchez AN. Hiperplasia Fibrosa inflamatoria en el adulto mayor: Reporte de un caso. Revista de Investigación e Información en Salud. 2017;12(29):19-23.
27. Minaya-Sánchez M, Medina C, Casanova- Rosado J, Casanova- Rosado A, Márquez- corona M. Pérdida de dientes

y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos. Gaceta Médica de México. 2010;146(4).

28. Steel J, Sanders A, Allen P. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol. 2004;107-14.

29. Bascones Martínez A, Figuero Ruiz E. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Avances en Periodoncia. 2005;17(3).

ANEXOS





ANEXO 1.

HOJA REGISTRO DE DATOS

Nombre paciente
Edad paciente
Historia clínica

VARIABLE DEPENDIENTE

Diseño de prótesis parcial removible

Diseño de prótesis	
CLASE I 	<input type="checkbox"/>
CLASE II 	<input type="checkbox"/>
CLASE III 	<input type="checkbox"/>
CLASE IV 	<input type="checkbox"/>

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. ARCO MANDIBULAR

Maxilares	
Maxilar superior	
Maxilar inferior	

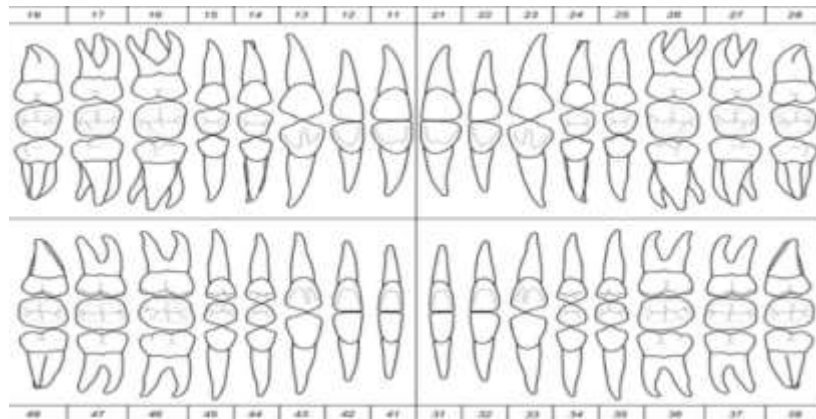
2. SALUD ORAL (CPO)

C	P	O	TOTAL

2. LESIONES POR PRÓTESIS MAL ADAPTADAS

Lesiones orales	
Erosiones – ulceras	
Hiperplasia papilar inflamatoria	
Estomatitis	
Hiperquerat osis friccional	
Épulis fisurada	
Hiperplasia fibrosa	
Candidiasis oral	

3. PIEZAS PERDIDAS



4. INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA

Inflamación de la encía	
Grado 0	
Grado 1	
Grado 2	
Grado 3	

VARIABLES INTERVINIENTES

1. EDAD

Edad	

2. GENERO

Genero	
Masculino	
Femenino	

ANEXO 3. Hoja consentimiento informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PROYECTO DE TESIS

Tema: Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica UCSG B 2019.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador responsable: Sandy González

teléfono: 0997472385

Tutor: Dra. Andrea Avegno

Lugar de estudio: Clínica odontológica UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Señor(a) representante me dirijo a usted con el objetivo de informarle el propósito de mi estudio, el mismo que consiste en determinar la mayor prevalencia de pacientes edéntulos parciales en la clínica de la universidad católica en el período B 2019, para poder llevar a cabo este trabajo es necesario tomar todas las medidas de bioseguridad correspondientes, inspeccionar la cavidad bucal con un espejo intraoral y tomarle fotos a la misma, no será perjudicada la salud del paciente en este procedimiento.

Yo..... con
C.I.....


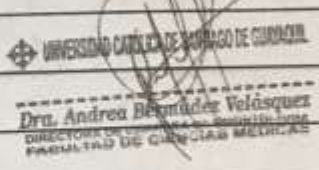
1. Certifico que he leído detenidamente, se me ha explicado detalladamente y entendido y comprendido la revisión que se hará de la boca de mi representado y he aceptado de forma libre y voluntaria la participación como sujeto de estudio en el presente trabajo y autorizo que se realice el examen bucal y datos clínicos que puedan ser utilizados en el presente trabajo para la culminación de la investigación clínica en ejecución.
2. Me comprometo a colaborar en lo que sea necesario para el desarrollo del mismo
3. Proporcionare datos veraces y completos al momento que se realice la historia clínica.
4. Si omito algún dato en la misma, ni el alumno ni la "Universidad Católica de Santiago de Guayaquil" se harán responsables de cualquier problema de salud.

FIRMA PACIENTE

FIRMA AUTOR

FIRMA TUTOR

ANEXO 3. Permiso de la directora de carrera para ingresar a la clínica odontológica UCSG.

1	
2	Guayaquil 8 Diciembre 2019
3	Doctores
4	Andrea Bermúdez
5	Directora de la carrera
6	Doctores
7	Miembros de la comisión académica
8	Carrera de Odontología
9	En su despacho. -
10	De mis consideraciones:
12	Yo, Sandy Cristina González Barriga, con CI: 06246592220, estudiante de noveno ciclo de
13	la carrera de odontología, por medio de esta presente me dirijo a ustedes para solicitarles
14	el ingreso a la clínica de prótesis total removible para realización de mi tema "Clases de
15	Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a
16	clínica UCSG B 2019," desde el lunes 9 diciembre del 2019, en los horarios de 7:00- 9:00
17	AM, para elaboración de muestras de sesión de fotos de las mismas.
18	En su espera de una respuesta favorable,
19	Alegramente,
20	
21	Firma del alumno
22	Sandy González
23	
24	

Serie
1029304

Autorizado

\$ 1.25
J. C. S. G.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

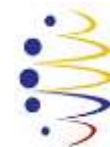
Yo, **González Barriga, Sandy Cristina**, con C.C: # 0924659220 autor/a del trabajo de titulación: **Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica UCSG B 2019**, previo a la obtención del título de **odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 3 de marzo del 2020

f. _____
Nombre: **González Barriga Sandy Cristina**
C.C: **0924659220**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a clínica UCSG B 2019.		
AUTOR(ES)	Sandy Cristina González Barriga		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Andrea Avegno Quiróz		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	03 de marzo de 2020	No. DE PÁGINAS:	17
ÁREAS TEMÁTICAS:	Rehabilitación Oral.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Edéntulos, edéntulos parcial, prótesis parcial removible, clasificación de Kennedy, adulto.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
<p>Introducción: La pérdida dental puede afectar las funciones del sistema estomatognático que son la masticación, estética y fonación de los pacientes y se la puede corregir o restaurar con una prótesis. Diversas causas lo producen, entre las principales se encuentra las caries y la enfermedad periodontal. Objetivo: El propósito del siguiente trabajo es determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG B 2019. Materiales y métodos: Se realizó un estudio tipo transversal, clínico y prospectivo en donde se incluyo un total de 58 pacientes adultos portadores de prótesis parciales removibles, así mismo se examinó las historias clínicas de los pacientes. Resultados: La clase III de Kennedy fue la más prevalente con un 43.10%. En el maxilar superior la clase III – Modificación 2 fue las más prevalente con el 29.31%, en cambio, en el maxilar inferior prevalece la clase IV con un 24.14%. El estudio demostró que el maxilar inferior es más susceptible al uso de una prótesis con un 55.17% en comparación con el maxilar superior con un 44.83%. Conclusión: La clase de Kennedy con mayor prevalencia fue la clase III modificación II en el maxilar superior. Las mujeres fue el género con mayor porcentaje de uso de prótesis parcial removible. El maxilar inferior es más susceptible a perdidas dentales por ende a un tratamiento protésico.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593997472385	E-mail: sandygonzalez95@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Pino Larrea, José Fernando		
	Teléfono: +593962790062		
	E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			