



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema:

Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014.

Autor:

Cristhian Ignacio Cedeño Mendoza.

Director de tesis:

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Portoviejo – Manabí – República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS.

En calidad de Director de Tesis de la Investigación Titulada “Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia Colón del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014” certifico: Que el presente es trabajo original de CRISTHIAN IGNACIO CEDEÑO MENDOZA, el mismo que ha realizado bajo de dirección y supervisión en todo su proceso.

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia Colón del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014. Tesis de grado sometida al tribunal examinador como requisito previo a la obtención de título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucia Santana Galarza. Mg. Ge.

Directora de la carrera.

Dr. Miguel Carrasco Sierra.

Director de tesis

Dra. Amarilis Martin.

Miembro del tribunal.

Dra. Nancy Molina.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado; Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia Colón del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014, pertenece exclusivamente al autor. El patrimonio intelectual de la tesis es la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Cristhian Ignacio Cedeño Mendoza.

Autor.

DEDICATORIA.

Dios marcha a tu lado como peregrino y amigo. No te desanimes si el camino es largo... si no te detienes, LLEGARAS, y hoy llegó el día de mi triunfo y por tal razón me permito dedicar el esfuerzo de mi dedicación a los siguientes seres:

A Dios, Ser Supremo y Omnipotente, que me ha permitido llegar hasta este momento, dándome la vida y las herramientas necesarias para alcanzar mi sueño tan anhelado.

A mi madre Graciela Mendoza, para ti, que con sabiduría siempre enriqueces mi vida, con tu paciencia inigualable, me has enseñado a alcanzar grandes metas, con tu responsabilidad me enseñaste a caminar y a proyectarme hacia el futuro. Gracias Mamita, Mil Gracias.

A mi padre Ignacio Cedeño, soy un poquito de ti, una parte de tu ser, una migaja de tu "yo". Soy un poco de tus fracasos y mucho de tu bondad, Soy una parte de tus anhelos, y una alegre sonrisa de tu silencio. Nací de tu esperanza. Gracias Papá por tu apoyo incesante e incansable, para ti va este sueño hecho realidad.

A mi novia Gema Santos, eres la razón de mi alegría, la luz que ilumina mi ser, gracias por su apoyo, su amor incondicional, su cariño, comprensión y paciencia para que pudiera terminar son evidencia de su gran amor.

Cristhian Ignacio Cedeño Mendoza.

AGRADECIMIENTO.

La Expresión de gratitud es la virtud más grande del ser humano, por lo que quiero agradecer a:

A la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, por brindar la oportunidad de superación a través de sus enseñanzas y con los conocimientos adquiridos poder llegar así a la comunidad.

A los Profesores que plasmaron sus paradigmas y experiencias en todo momento de mi formación, en especial al Dr. Miguel Carrasco por ser un excelente guía, apoyo y consejos en la realización de esta tesis.

A mis amigos y compañeros durante estos años compartidos dándonos apoyo mutuo y a todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron para que llegara a cumplir con esta meta.

Cristhian Ignacio Cedeño Mendoza.

RESUMEN.

El presente trabajo de investigación sobre el Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy fue elaborado con una muestra compuesta de 150 personas, que son parte de la Población Adulta de 30 a 70 años de la Parroquia Colón del cantón Portoviejo, realizando entre los meses de marzo y agosto 2014. Tuvo como objetivo conocer la frecuencia con la que se presenta el Edentulismo Parcial entre la población considerando ambos sexos, edades y modificaciones.

De acuerdo a los objetivos se analizó la clasificación de Kennedy en referencia a ambos maxilares, por modificaciones respectivas, por edades, por sexo y por la frecuencia de las piezas perdidas. Entre los resultados de la investigación se encontraron que la Clase III dentro de la Clasificación de Kennedy fue la que obtuvo 44,76% siendo la de mayor frecuencia en ambos maxilares. La clase VI no tuvo ningún caso.

Con respecto con las modificaciones en el edentulismo parcial la clase III-1 obtuvo el mayor porcentaje 41.35%, de la misma manera se registró que por las edades la clase I obtuvo el 47.62 % siendo el rango entre 61-70 años. El edentulismo parcial por lo que se refiere al sexo, se obtuvo en la clase II el 72.58% correspondiente al sexo femenino, observando que en este caso existe mayor frecuencia en este sexo, mientras que la pieza con mayor frecuencia que se presentó en esta investigación fue la 3.7 con un 6.09% correspondiente a 83 personas.

ABSTRACT.

The present research on Edentulism Partial According ranking Kennedy was made with a composite of 150 people shows that are part of the Adult Population 30 to 70 years of Colon - Canton Portoviejo, performing between March and August 2014, and aimed to determine the frequency with which the Partial Edentulism among the population is presented considering both sexes, ages and changes.

According to the classification of targets both maxillary Kennedy discussed in reference, amendments thereto, by age, sex and the frequency of the missing pieces. Among the results of research they found that Class III in the ranking was Kennedy who won 44.76% being the most frequent in both jaws. Class VI had no case.

With regard to changes in the partially edentulous Class III-1 had the highest percentage 41.35%, in the same way it was recorded that by the age class I won 47.62% being the range between 61-70 years. Partial Edentulism so it comes to sex, was obtained in class II 72.58% for females, noting that most often exists in this sex in this case, while the part more often than is presented in this research was the 3.7 with 6.09% for 83 people.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema de investigación.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Preguntas de investigación.....	5
1.5. Delimitación de la investigación.....	6
1.5.1. Delimitación espacial.....	6
1.5.2. Delimitación temporal.....	6
1.6. Justificación.....	6
1.7. Objetivos.....	7

1.7.1. Objetivo general.....	7
1.7.2. Objetivos específicos.....	8
Capitulo II.	
2. Marco teórico conceptual y referencial.....	9
2.1. Salud bucal.....	9
2.2. Edentulismo.....	10
2.3. Clasificación De Kennedy.....	17
2.4. Causa de Pérdida Dentaria.....	22
2.5. Aspectos Fundamentales.....	26
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.....	30
3.1. Modalidad de la Investigación.....	30
3.2. Tipo de Investigación.....	30
3.3. Métodos.....	30
3.4. Técnicas e Instrumentos.....	31
3.5. Recursos.....	31
3.5.1. Recursos humanos.....	31
3.5.2. Materiales.....	31
3.5.3. Tecnológicos.....	31
3.5.4. Económicos.....	32
3.6. Población y Muestra.....	32
3.6. Recolección de la Información.....	33
3.8. Matriz de Operacionalización de Variables.....	34

3.9. Procesamiento de la Información.....	35
Capítulo IV.	
4. Análisis e Interpretación de Resultados.....	36
Capítulo V.	
5. Conclusiones y recomendaciones.....	69
5.1. Conclusiones.....	69
5.2. Recomendaciones.....	71
Capítulo VI.	
6. Propuesta.....	73
6.1. Identificación de la propuesta.....	73
6.1.1. Tema de la propuesta.....	73
6.1.2. Periodo de ejecución.....	73
6.1.3. Descripción de Beneficiarios.....	73
Directos.....	73
Indirectos.....	73
6.1.4. Clasificación.....	74
6.1.5. Localización.....	74
6.2. Justificación.....	74
6.3. Marco institucional.....	75
6.4. Objetivos.....	76
6.4.1. Objetivo general.....	76
6.4.2. Objetivos específicos.....	76
6.5. Descripción de la propuesta.....	77

6.6. Diseño metodológico.....	77
6.7. Presupuesto.....	77
6.8. Sostenibilidad.....	78
Bibliografía.....	79
Anexos.....	85

INTRODUCCION.

El presente trabajo de investigación realizado en la parroquia Colón del cantón Portoviejo, tiene como objetivo principal aportar información estadística a la comunidad estudiantil de la facultad de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, al centro de salud de la parroquia y al Ministerio de Salud Pública a través de su Dirección en el cantón Portoviejo.

Conociendo las clases de edentulismo parcial que existe en esta parroquia de acuerdo a la clasificación de Kennedy en las personas de 30 a 70 años, permitiendo así mejorar la atención de las casas o centros de salud en el área de Odontología.

Para la mayoría de las personas que tienen una pérdida parcial o total de sus dientes, es una seria alteración, ya que lo consideran parte importante dentro de su estilo de vida.

El Edentulismo es una patología que conlleva a la pérdida de los dientes definitivos en una persona adulta. Tiene distintos grados de afección: parcial y total. Este problema no afecta solo a las personas de edad avanzada, como es común pensar. Hay diversas causas que hacen que la franja de edad a la que puede afectar sea muy amplia. Desde una mala higiene bucal o un accidente hasta una enfermedad son algunas de los motivos por los que se puede padecer tanto en hombres como en mujeres.

Las personas que sufren edentulismo ven mermada su calidad de vida, ya que no pueden consumir determinados tipos de alimentos, mastican mal, y la cuestión estética de verse sin la mandíbula completa puede provocar problemas de autoestima.

En el Ecuador, provincia de Manabí, cantón Portoviejo, en la parroquia Colón, las personas consideran que la pérdida parcial o total de los dientes pueden causar o representan una sin número de alteraciones, tanto en la estética, en lo psicológico y en lo funcional.

En la parroquia Colón una vez que se realizaron los trabajos respectivos, y permitió conocer los porcentajes en las diferentes clases de la clasificación de Kennedy, indicándonos sus resultados que se deberán tomar acciones respectivas, en concientizar a las personas para que puedan mejorar su salud bucal.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014.

1.2. Formulación del problema.

No se conoce cuál será la frecuencia del edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014.

1.3. Planteamiento del problema.

Investigando el estudio de Belaunde¹ (2005) consigo mencionar que:

El edentulismo es más prevalente en los adultos mayores en todo el mundo y está asociado al nivel socio-económico. En varios estudios epidemiológicos muestran que los adultos mayores con nivel socio-económico bajo con o sin nivel educativo presentan más índices de edentulismo que las personas adultas mayores con mejor nivel socio-económico y con educación. Sin embargo, para que los adultos sean parcialmente edéntulos o totalmente desdentados significa que desde temprana

¹ Belaunde, M.A. (2011). Relación Entre El Acceso A La Atención Dental Y El Edentulismo En Pobladores De 18 A 65 Años De Edad Del Distrito De Cajabamba, Provincia De Cajabamba, Departamento De Cajamarca, Durante El Periodo Febrero – Mayo De 2011. Tesis De Grado De Cirujano Dentista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. República del Perú. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAALEJANDRABELAUNDEGOMEZ.pdf>

edad no tuvieron buenos hábitos de higiene oral y tampoco tuvieron un adecuado acceso a la atención dental. (p.1).

Bellamy y Moreno²(2014) revisando su investigación debo manifestar que:

Una de las principales causas que pueden afectar las condiciones biopsicosociales de las personas y uno de los principales problemas de salud bucal pública es la pérdida dental. Ésta es considerada como una deficiencia, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) propuesta por la OMS en 1980 y retomada por el modelo de Locker, el cual contiene tres dimensiones: orgánica, individual y social. Desde 1982 la OMS propuso conservar al menos 20 dientes bien distribuidos, argumentando que es posible lograr una adecuada funcionalidad; sin embargo, reitera que para lograr una buena salud bucal debe lucharse por la conservación de todos los dientes. (párr. 2).

Consultado el estudio de Borja³ (2012) indico que:

El 1% de la población Mundial menor de 50 años (35-44 años) es totalmente edéntula. Este porcentaje se eleva al 11 por ciento en el caso de las personas mayores de 50 años, y asciende hasta el 23 por ciento en la franja de edad que va de los 65 a los 74 años. En lo que se refiere a pérdidas parciales-entre una y siete piezas dentales-, la cifra se sitúa en un 10 por ciento en menores de 50 años. (p.3).

Indagando a Cancio y col.⁴ (2009) puedo entender que:

La prevalencia del edentulismo difiere en la mayoría de los países del mundo. Algunos de los índices más altos son encontrados en el Reino Unido y Nueva Zelanda y los más bajos en los Estados Unidos; en Suecia se encuentra entre el

² Bellamy, C., Moreno, A., (2014). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral, perdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en Estomatología. 30. [En línea.]. Consultado: [9, mayo, 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lang=pt

³ Borja, P. (2012). Edentulismo y sus incidencias en el conjunto de estructuras esqueléticas – musculares de la Cavidad Oral en el periodo 2012. Tesis de grado de odontología Universidad San Gregorio de Portoviejo, República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [22, febrero, 2014] Disponible en: <http://186.42.197.150/tes/odo/T467.pdf>

⁴ Cancio, O., Nápoles, I., Marín, I., Ley, L. (2009). Necesidad de prótesis en pacientes mayores de 15 años. Revista Archivo Médico de Camagüey. 13. [En línea.]. Consultado: [3, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000400004&lng=es&nrm=iso

49% y un 65% de personas que no poseen ningún diente. En varios países la frecuencia de edentulismo es mayor con más bajo índice escolar y en mujeres que en hombres. (párr. 3).

Consultando el estudio realizado por Borja⁵ (2012) puedo afirmar que:

En la ciudad de Portoviejo se observa mediante estudios estadísticos realizados por el Ministerio de Salud Pública un porcentaje del 25 al 35% de edentulismo en personas de edad avanzada entre el 2009 y 2010 siendo el motivo principal la destrucción dental por presencia de caries, en la actualidad se considera que este porcentaje puede haberse incrementado. (p.3).

Es por tal motivo que se plantea esta investigación para poder determinar las clases de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy con el fin de conocer la de mayor frecuencia.

En nuestro medio existen pocos trabajos de investigación acerca de este tema, por lo que se hace necesarios realizar este estudio para poder mejorar la salud oral de las personas adultas, contribuyendo de esta manera al desempeño de la salud pública de nuestro país.

1.4. Pregunta de la investigación.

¿Cuáles son las clases de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia Colón del cantón Portoviejo?

⁵ Borja, P. (2012). Edentulismo y sus incidencias en el conjunto de estructuras esqueléticas – musculares de la Cavidad Oral en el periodo 2012. Tesis de grado de odontología Universidad San Gregorio de Portoviejo, República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [22, febrero, 2014] Disponible en: <http://186.42.197.150/tes/odo/T467.pdf>

1.5. Delimitación del problema.

1.5.1. Delimitación Espacial.

El estudio se realizó a la población adulta que reside en la parroquia Colón del cantón Portoviejo.

1.5.2. Delimitación temporal.

Se efectuó durante el periodo marzo – agosto 2014.

1.6. Justificación.

Este estudio es de gran importancia social ya que actualmente no existen muchos estudios en nuestro país en donde evalúe el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy; la incidencia de pobladores con ausencia de piezas dentarias ocasionando alteraciones influyen en las funciones normales del sistema estomatognático. Por tanto, al conocer la situación actual de nuestro medio se podrá mejorar la atención odontológica que se brinda a las personas adultas.

Esta clasificación sirve para recordar los principios y los requisitos del diseño de cada uno de los tipos de prótesis y puede sugerir un abordaje típico o habitual para cada diseño dental y es aplicable tanto a modelos maxilares como mandibulares. Aunque hay sistemas de clasificación más elevados, el de Kennedy cumple la mayoría de los requisitos, sobre todo porque su simplicidad facilita la representación visual de las imágenes. Existen varias clasificaciones de las prótesis parciales removibles, la de

Kennedy es la que suele utilizarse porque facilita la visualización de las situaciones en las que con mayor frecuencia están indicadas las prótesis parciales removibles o el paso a prótesis mixta.

La investigación obtuvo una importancia relevante, considerando que a través de su estudio se supo determinar la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en adultos de 30 a 70 años que viven en la parroquia Colon por lo que tendrá un impacto social significativo.

Al finalizar la investigación, los resultados se brindarán a las instituciones correspondientes como el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de esta manera se podrá tomar las medidas necesarias para mejorar las necesidades de la población adulta de la parroquia Colón.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

-Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia Colón del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014.

1.7.2. Objetivos Específicos.

-Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares y sus modificaciones respectivas.

-Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por edad.

-Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por sexo.

-Establecer la frecuencia de piezas dentales perdidas.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico: Conceptual y Referencial.

2.1. Salud bucal.

Indagando en la revista virtual de Listerine⁶(2013), manifiesta que:

La cavidad bucal alberga distintos tipos de hongos y bacterias. Estos microorganismos, que se conocen en conjunto como flora bucal, forman parte del ecosistema oral y contribuyen a la creación del biofilm, un sedimento suave y pegajoso que se acumula entre los dientes. Estas bacterias se alimentan del azúcar y los restos de comida que quedan en la boca.

Las bacterias de una flora equilibrada ayudan a mantener el buen funcionamiento de la boca y la salud de los dientes y encías, ya que combaten numerosos ataques externos y contribuyen además al predigestión de los alimentos. Las bacterias que desequilibran la flora son nocivas para la boca, por lo que deben eliminarse con regularidad. (párr. 1).

Analizando la obra de Jaritzon⁷ (2011) puedo conocer que:

La salud general y en este caso la bucodental, la podemos medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que nos permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud que generalmente nos lleva a la utilización de un cuestionario para llevarlo a cabo. (p. 66).

⁶ Listerine (2013). Salud Bucal. La flora bucal un equilibrio delicado de mantener. [En línea]. Consultado: [30, mayo, 2014]. Disponible en: www.listerine.es/enjuague-bucal/higiene-bucal

⁷ Jaritzon, E. (2011). *Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores*. Reino de España: Servicio de Publicaciones.

Inspeccionando la obra de Liendo⁸ (2011) puedo entender que:

Desde un enfoque estomatológico, se observa que la boca es un centro de tejidos y funciones vitales, siendo estas fundamentales para la salud general y el bienestar de las personas a lo largo de toda la vida.

Es importante señalar que gracias a este énfasis que se le ha impuesto recientemente a la odontología y a los progresos en procedimientos restauradores con el advenimiento de diferentes materiales, se ha ampliado la longevidad de la dentición natural.

Esta evolución también se ve reflejada en el creciente interés de este grupo de pacientes no sólo en mantener una salud bucal que les permita una buena alimentación, sino también en una marcada tendencia hacia lo estético.

La mayoría de estos pacientes se presentan a la consulta en situaciones comprometidas, tales como enfermedad periodontal avanzada, movilidad de piezas dentarias, procesos cariosos que afectan la integridad de dichas piezas, y en muchos casos ausencia parcial o pérdida inminente del sistema dentario.

Generalmente estas situaciones límites son consecuencia de falta de prevención, inadecuada higiene dental o tratamientos odontológicos fracasados. (p. 73).

Examinando la obra de Villanueva y Ríos⁹ (2009) puedo citar que:

A nivel mundial, en los adultos se ha encontrado una deficiente higiene oral evidenciándose así un alto nivel de pérdida de piezas dentarias, caries dental, alta prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y lesiones pre malignas o cáncer oral. El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, lo cual ocasiona la disminución de la capacidad masticatoria. (párr. 1).

2.2. Edentulismo.

Analizando el estudio de Villanueva y Ríos¹⁰ (2012) consigo afirmar que:

Edentulismo se define como la pérdida de los dientes permanentes, y es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como: caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos

⁸ Liendo, L. (2011). *Hablemos entre Dientes*. República del Perú: Editorial Milatem.

⁹ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. *Visión Dental Revista Estomatológica Peruana*. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/ed59_01_p2.php

¹⁰ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. *Visión Dental Revista Estomatológica Peruana*. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/ed59_01_p2.php

dentales, el cáncer oral, así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales: acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, el costo del tratamiento y las opciones de tratamiento.

Esto afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas afectadas. La pérdida de dientes ocasiona la disminución de la capacidad masticatoria, alterando la selección de alimentos y la calidad de dieta, afectando el estado nutricional presente y futuro. Aún las personas que usan prótesis ya sean parciales o totales no tienen la misma efectividad masticatoria que teniendo todas las piezas dentarias. Siendo los principales contribuyentes al edentulismo la enfermedad periodontal crónica y la caries dental. Aunque en algunos estudios indican que la caries dental es la razón más importante para realizar la extracción dental en comparación con la enfermedad periodontal. (párr. 4).

Analizando al autor Loza y Valverde¹¹ (2006) puedo manifestar que:

Un alto porcentaje de la población mundial está en la categoría de edéntulo parcial con una extensa pérdida de las estructuras de soporte. La mayor parte de la población tiene una dentición incompleta pero funcionando porque un gran número de estos edéntulos parciales no tiene restauración protésica. Sin embargo, la restauración de la función oral y la apariencia es a menudo necesaria, hay particularmente un alto porcentaje de reemplazos en grupos de menores recursos económicos. (p.95).

Investigando en la obra de Preti, et al.¹² (2008), logro conocer que:

El edentulismo parcial en el paciente en edad laboral será, en un futuro próximo, la más frecuente mutilación de las arcadas dentarias que el protesista deberá enfrentar. El abordaje racional al problema abraza un amplio espectro de soluciones, desde la abstención a intervenir para evitar el sobretratamiento, hasta la rehabilitación con diferentes grados de sofisticación. (p.487).

Diagnóstico del edéntulo parcial.

Revisando el estudio de Diaz¹³ (2009), anoto que:

¹¹ Loza, D., Valverde, H. (2006). Diseño de Prótesis Parcial Removible (primera edición). Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

¹² Preti, G., Bassi, F., Carossa, S., Catapano, S., Corsalini, M., Gastaldi, G., Pera, P., Schierano, G., Scotti, R. (2008). Rehabilitación Protésica. Tomo 2. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca

La primera atención que tiene un paciente para un tratamiento bucal se inicia con la búsqueda del motivo por el que acude a nuestra consulta. Es importante conocer las intenciones del paciente para el enfoque definitivo de su tratamiento. Para un diagnóstico acertado es necesario realizar una correcta historia clínica que consta de: Anamnesis; examen clínico general; examen clínico estomatológico extraoral e intraoral: Inspección, palpación, percusión, examen funcional, diagnóstico presuntivo, exámenes complementarios. (p.15).

Consultando la obra de Osawa (1995) leída en la publicación de Zúñiga y Sotela¹⁴ (2012)

sé que:

Para lograr una rehabilitación exitosa del paciente debemos realizar un excelente diagnóstico, en el que incluye el análisis cuidadoso de radiografías, características faciales, musculares, externo e interno, un minucioso estudio de las condiciones de los rebordes de extremos libres. De esta forma determinamos el pronóstico y el plan de tratamiento. (p.29).

Consecuencia del Edentulismo Parcial.

Según el estudio de Henríquez¹⁵ (2013) puedo entender que “Las extracciones en serie, la caries dental, la enfermedad periodontal, traumatismos dentales, además de las condiciones socioeconómicas, han tenido como consecuencia el edentulismo que resulta en gran número de individuos usando prótesis dentales totales y/o con necesidad de ellas”. (párr.4).

¹³ Díaz, P. G. (2009). Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/1/diaz_mp.pdf

¹⁴ Zúñiga, C., Sotela, P. (2012). Prótesis Parcial Removible Bimaxilar: Reporte de caso. iDental Revista electrónica de la facultad de odontología. 5. [En línea]. Consultado: [27, febrero, 2014]. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/71_8.zunigacsotelap.pdf

¹⁵ Henríques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E., De Souza Coelho, R. (2013). Impacto del Edentulismo en la Calidad de Vida de Individuos Brasileños. Acta Odontológica Venezolana. 51. [En línea]. Consultado: [21 de mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art9.asp>

Investigando la obra de Boucher Luis¹⁶ (2004), logro citar que:

Las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. La mayoría de los clínicos señalan: 1. alteraciones estéticas; 2. disminución de la eficacia de la masticación; 3, inclinación, migración y rotación de los dientes restantes; 4. extrusión de dientes; 5. pérdida del apoyo para los dientes; 6. Desviación mandibular; 7. atrición dental; 8. pérdida de la dimensión vertical; 9. disfunción de la articulación temporomandibular; 10. Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales. (p.15).

Analizando el estudio de Villanueva y Ríos¹⁷ (2012) expongo que:

La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia función, con la pérdida de dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales ya que queda alterado el soporte labial y reducida la altura facial como resultado de la disminución vertical oclusal. Además de la disminución de la eficacia en la masticación, inclinación y migración de los dientes adyacentes, extrusión de dientes antagonistas, pérdida de apoyo para los dientes, desviación mandibular disfunción de la articulación temporomandibular, la alteración del habla, y la insatisfacción psicológica. La falta de confianza, pérdida de peso, la dieta y las actividades sociales restringidas son algunas de los principales impactos que afectan negativamente la calidad de vida. (párr. 12).

Observando la obra de Basker, Davenport y Thomason¹⁸(2012) puedo conocer que:

Es de importancia fundamental recordar que la extracción de los dientes no significa simplemente la pérdida de las coronas visibles. Con la pérdida de las raíces, sobreviene la resorción del hueso alveolar circundante. Aunque es relativamente simple proporcionar un reemplazo eficaz para las coronas naturales con una prótesis, a menudo es difícil, o incluso imposible reponer todo el hueso alveolar perdido; cuanto mayor es la resorción ósea, mayor será el problema. (p.5).

¹⁶ Boucher, L. (2004). Rehabilitación del Desdentado Parcial. (primera Edición). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Interamericana.

¹⁷ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/_ed59_01_p2.php

¹⁸ Basker, R.M., Davenport, J.C., Thomason, J.M. (2012). Tratamiento Protésico en Pacientes Edéntulos (quinta edición). Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

Examinando la obra de Gutiérrez e Iglesias¹⁹ (2009) logro entender que:

La pérdida de los dientes (edentulismo) requiere de un cambio en los hábitos de la masticación. Esta discapacidad se intenta restaurar por medio de prótesis. Sin embargo, la eficacia de la masticación y el número de dientes presentes no están relacionados necesariamente. Muchas personas, a pesar de tener todos sus dientes, no mastican apropiadamente y degluten trozos muy grandes de comida por lo que esta circunstancia también influye en el estado nutricional del individuo, incluso puede llegar a producir atragantamientos y asfixias por cuerpos extraños. El ejemplo de prótesis puede influir decisivamente en la masticación adecuada y en la pérdida de la sensibilidad en la cavidad bucal.

Las instrucciones relativas a la higiene bucal del anciano con dientes naturales son similares a las que se dan a los adultos más jóvenes. Los principales problemas son la habilidad manual de la persona (por patologías diversas como la artritis y la artrosis) y la dificultad para limpiar dientes aislados. En estos casos los mangos de los cepillos deben ser adaptados o se debe recurrir a los cepillos eléctricos. Es conveniente que usen pastas que combatan la sensibilidad dentaria. (p. 15).

Necesidad de tratamiento.

Examinando el estudio de Viera²⁰ (2009) puedo afirmar que:

La necesidad protésica se define como la cantidad de tratamiento protésico que según el odontólogo debe ser llevado a cabo en un tiempo adecuado para mantener o restablecer la salud bucal, según los conocimientos actuales. Sin embargo, este concepto presta poca atención a la calidad de vida y comodidad del individuo. En este sentido, es la demanda lo que se define como el tratamiento que es solicitado por el mismo paciente, considerando sus pensamientos y deseos incluso antes de proponer alternativas de tratamientos. (párr. 2).

¹⁹ Gutiérrez L., Iglesias, E. (2009). Técnicas de ayuda odontológica estomatológica. Reino de España: Editex.

²⁰ Vieira, J. (2009). 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. 47. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art20.asp>

Revisando el libro de Preti, et al.²¹(2008) puedo conocer que:

Frente al edentulismo parcial, antes de intervenir con soluciones protésicas es necesario la evaluación de la dentadura residual y de la funcionalidad del aparato estomatognático. Esta evaluación, indispensable para cada una de las estrategias protésicas, en el caso del edentulismo distal es el criterio al cual atenerse para intervenir o no protésicamente. En efecto, la pérdida de las piezas en los sectores distales no siempre requiere de un tratamiento protésico. La imperiosa necesidad de sustituir los dientes faltantes es sentida por el paciente, principalmente por los incisivos y no por los molares. Esto está esencialmente relacionado con los motivos estéticos.

Los pacientes ancianos, aunque su dentadura está reducida, por lo general están satisfechos de su estado dentario. Cuando el número de unidades colosales presentes (por unidad oclusor se habla de premolares o molares antagonistas) está comprendidos entre 3 y 5, en pacientes que no presentan para funciones y de edad superior a los 45 años, se instaura a menudo una buena compensación en lo que se refiere a estabilidad dentaria y mandibular, la eficiencia masticatoria y la ausencia de problemas temporomandibular.

Ante esta situación clínica, la rehabilitación protésica no conlleva por lo tanto a una ventaja biológica. En estos casos, se habla de una “arcada dentaria corta”, terminología utilizada por Pilot en 1976, con la cual se define a una estrategia alternativa a rehabilitaciones que conllevan a un costo biológico no justificado de beneficios relativos; la rehabilitación protésica de estos casos constituirá un sobretratamiento. (p.488).

Indagando la publicación Von Marttens y col.²² (2010) consigo explicar que:

La terapia habitual para el desdentado total, es la confección de prótesis completas removibles, las que de acuerdo a diferentes estudios demuestran no obtener todos los resultados esperados. Psicosocialmente estos pacientes sufren debido a una constante inestabilidad de sus prótesis durante los movimientos mandibulares comunes. Estos pacientes no sólo se presentan problemas estéticos evidentes, sino también una muy baja autoestima, con grandes dificultades para relacionarse en su ámbito familiar y social; elementos que asociados con su problemática nutricional, dan como resultado una disminuida calidad de vida. (párr. 2).

²¹ Preti, G., Bassi, F., Carossa, S., Catapano, S., Corsalini, M., Gastaldi, G., Pera, P., Schierano, G., Scotti, R. (2008). Rehabilitación Protésica. Tomo 2. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

²² Von Marttens, A., Carvajal, J., Leighton, Y, von Marttens, M., Pinto, L. (2010). Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 3. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072010000100005&script=sci_arttext

Necesidad de clasificar el edentulismo.

Revisando el libro de Carr, McGivney y Brown²³ (2004), debo manifestar que:

Es conveniente pues, agrupar las combinaciones más frecuentes y clasificarlas para facilitar el manejo de los pacientes parcialmente desdentados. Actualmente existen varias clasificaciones en uso. Esta diversidad ha originado confusiones y desacuerdos al determinar que clasificación es la que describe con más exactitud todas las variaciones posibles y, por tanto, se debe adoptar.

La clasificación más familiar fue propuesta originalmente por Kennedy, Cummer y Bailyn. Otros que propusieron más clasificaciones fueron Beckett, Godfrey, Swenson, Friedman, Wilson, Skinner, Applegate, Avant, Miller y otros. Es evidente que se debería intentar una combinación de lo mejor de cada clasificación con objeto de adoptar una que fuese universal. (p.19).

Según el estudio de Villanueva y Ríos²⁴ (2012) puedo citar que:

Una clasificación de arcos parcialmente desdentados ayuda a identificar las relaciones de los dientes restantes de crestas desdentadas y facilita la comunicación y comprensión del tratamiento protésico sugerido entre odontólogos, estudiantes y técnicos. Posteriormente muchas han sido las tentativas de clasificación y puede decirse que cada autor ha intentado darnos una nueva basada en principios diferentes. (párr. 13).

Requerimientos para que un método de clasificación sea aceptable.

Investigando la obra de Sánchez²⁵ (2009) puedo demostrar que:

Todo método de clasificación de los maxilares parcialmente edéntulos, debe observar los siguientes aspectos: simplificar la descripción de todas las posibles

²³ Carr, A., McGivney, G., Brown, D. (2006). McCracken Prótesis Parcial Removable (undécima edición). Madrid, Reino de España: Edide, S.L.

²⁴ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Edición 59. [En línea]. Consultado: [7, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/_ed59_01_p2.php

²⁵ Sánchez, A. (2009). Clasificación del paciente parcialmente edéntulo según el método del colegio americano de Prostoncía y su relación con el estado periodontal en sujetos tratados en la universidad central de Venezuela. Acta Odontológica Venezolana. 47. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art4.asp>

combinaciones de dientes y espacios edéntulos; mejorar la comunicación entre profesionales; relacionar cada una de las situaciones con el diagnóstico, el pronóstico y el diseño empleado para su tratamiento. (párr. 3).

Consultando el libro de Carr, McGivney y Brown²⁶ (2006) puedo manifestar que:

La clasificación de una arcada parcialmente desdentada debe satisfacer los siguientes requisitos:

- Debe permitir la representación visual inmediata del tipo de arcada que se considere.
- Debe permitir la diferenciación inmediata entre las dentaduras parciales dentosoportadas y las dentomucosoportadas.
- Debe servir como guía para el tipo de diseño a utilizar.
- Debe ser universalmente aceptada.

Algunas clasificaciones se han hecho desde el punto de vista de la situación de las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes, refiriéndonos entonces de una clasificación topográfica. Otras veces se toma en cuenta el punto de vista del rendimiento del maxilar, es decir, del tipo de prótesis que va. A llevar; se habla entonces de una clasificación por rendimiento. Cuando se toma en cuenta los dos conceptos anteriores a la vez, se dice que la clasificación es funcional.

Hay otras que se hacen desde el punto de vista fisiológico, y por último, otras se hacen desde el punto de vista biomecánico de acuerdo al problema mecánico y biológico que los casos presentan y las posibilidades de su solución. (p. 19).

2.3. Clasificación de Kennedy.

Investigando la publicación de Villanueva y Ríos²⁷ (2012) puedo conocer que “el sistema propuesto de clasificación tiene como objetivo facilitar la comunicación y el tratamiento basado en la complejidad del tratamiento. La clasificación de Kennedy es probablemente más didáctica y de fácil comprensión”. (párr. 15).

²⁶ Carr, A., McGivney, G., Brown, D. (2006). McCracken Prótesis Parcial Removible (undécima edición). Madrid, Reino de España: Edide, S.L.

²⁷ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/_ed59_01_p2.php

Examinando el libro de Bassi, Schierano, Previgliano²⁸ (2011) puedo mostrar que:

Dadas las múltiples combinaciones resultantes entre dientes faltantes y dientes remanentes en una arcada parcialmente edéntula, se ha hecho necesaria una clasificación funcional que permita la focalización de los principales tipos de edentulismo parcial. En 1925 Kennedy, propuso una clasificación que sigue en uso hoy. (p.22).

Según la investigación de Diaz²⁹ (2013) me permite conocer que:

Clase I: Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales.

Clase II: Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.

Clase III: Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.

Clase IV: Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.

La rehabilitación protésica no puede prescindir de una valoración funcional, que tiene la finalidad de permitirle al operador interceptar al paciente aun asintomático, que por acción de nuestra intervención podría ser sintomático y caer en una patología crónica y particularmente debilitante que es la disfunción temporomandibular. Un signo con gran valor diagnóstico y fácil de ver es el grado de tensión de la musculatura masticatoria. (p.16).

Consultando a López³⁰ (2009) puedo citar que:

El Dr. O. C. Applegate (1960) realizó un intento de aumentar la clasificación de Kennedy al añadir una Clase V y VI. Su aceptación no ha sido universal. Razón por la cual no se han tomado en cuenta en el presente estudio.

²⁸ Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

²⁹ Diaz, P. G. (2009). Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/1/diaz_mp.pdf

³⁰ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [14, mayo, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

La Clase V describe la zona edéntula limitada anteriormente y posteriormente por dientes naturales pero en donde el diente pilar anterior (el incisivo central) no es aconsejable como soporte. Esta sólo posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto está totalmente desdentado.

La Clase VI es una situación edéntula en donde los dientes adyacentes al espacio son capaces de soportar totalmente los requerimientos de la prótesis; ocurre muy frecuentemente en los jóvenes para quienes la prótesis fija se indica pero existe un posible daño a la pulpa si se realiza la preparación dentaria. En esta clase, sólo existen los dos incisivos centrales.” (p. 22).

Investigando en la obra de Bortolotti³¹ (2006), puedo manifestar que:

Para cada una de estas situaciones está previsto un plan de tratamiento ideal, con el objetivo de distribuir las cargas masticatorias de modo equilibrado, para así mismo minimizar la presión del hueso alveolar residual y causar una reabsorción. Otros autores propusieron diversos sistemas de clasificación, basados sobre otros sistemas propuestos, pero no encontraron mayor funcionalidad que el anterior, universalmente aceptado. (p. 198).

Reglas de Applegate aplicables a la clasificación de Kennedy.

Inspeccionando la obra de Medina Fernando Ángeles, Bori Enrique Navarro.³² (2003), puedo citar que:

Al hacer las modificaciones aplicadas a las clases I, II, III debe tenerse en cuenta el número de zonas edéntulas en la clasificación original. El doctor Oliver C. Applegate propuso varias reglas para usar en forma adecuada la clasificación original del doctor Kennedy, sin las cuales dicha clasificación es difícil de aplicar en cada caso, a saber. (p.42).

Investigando el estudio de Diaz³³ (2009) puedo indicar que:

³¹ Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removible Clásica E Innovaciones (primera Edición). República Italiana: Editorial D’vinni Ltda.

³² Medina, F., Navarro, B. (2003). Prótesis Bucal Removible (primera edición). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas S.A.

³³ Diaz, P. G. (2009). Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/1/diaz_mp.pdf

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar a cualquier situación sin ciertas reglas para su empleo. Applegate formuló las ocho reglas siguientes que gobiernan la aplicación de la clasificación de Kennedy:

Regla 1: La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes que pudiera alterar la clasificación original.

Regla 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.

Regla 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se lo considera en la clasificación. (p.17)

Regla 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera en la clasificación.

Regla 5: El área (o áreas) desdentada más posterior siempre es la determinante de la clasificación.

Regla 6: Las áreas desdentadas distintas de la que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.

Regla 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de s desdentadas adicionales.

Regla 8: No puede haber modificación en arcos de clase IV. (p. 18).

Sistema de clasificación del paciente parcialmente desdentado basado en los resultados de diagnóstico.

Analizando el libro de Rendón³⁴ (2006), consigo citar que:

El propósito de esta clasificación es proveer al odontólogo de un marco de referencia sobre los aspectos clínicos a evaluar en el paciente parcialmente desdentado, estableciendo diferentes niveles de complejidad. Esto facilita al profesional determinar un plan terapéutico adecuado, así como poder diferenciar aquellos casos que por su complejidad deben ser tratados por un especialista o por un odontólogo con una experiencia y entrenamiento adicional en las técnicas avanzadas. Además, esta clasificación puede emplearse en las escuelas de odontología como una guía para la selección de pacientes. De acuerdo con los resultados de diagnósticos se establecen cuatro clases: I, II, III, IV, que van desde la más simple hasta la más compleja.

Clase I. se caracteriza por ser la condición ideal o comprometida en grado mínimo en lo que atañe a la localización y extensión del área edéntula, de los dientes pilares y de la oclusión. El reborde alveolar muestra una altura y morfología que le permite resistir adecuadamente el movimiento horizontal y vertical de la bases de la prótesis.

³⁴ Rendón, R. (2006). Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales Atlas de Diseño. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Medica Panamericana.

Clase II. Se caracteriza porque la extensión y la localización del área edéntula y la condición de los dientes pilares están moderadamente comprometidas. Estos últimos requieren de una terapéutica adjunta localizada (por ejemplo, periodontal, endodóntica o de procedimientos de ortodoncia). El reborde alveolar se caracteriza por tener una morfología y altura que le permite resistir los movimientos en sentido horizontal y vertical de la bases de la prótesis, aunque ya se observan signos de degradación.

Clase III. Se caracteriza porque la extensión y la localización de las áreas edéntulas en ambos maxilares se encuentran significativamente comprometidas, los dientes pilares requieren de una terapéutica localizada importante, las características de la oclusión requieren del restablecimiento del esquema oclusal pero sin alterar la dimensión vertical de oclusión. El reborde alveolar residual posee forma y altura que ofrece poca resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis.

Clase IV. Se caracteriza porque la extensión y localización del espacio edéntulo es de pronóstico reservado, los dientes pilares requieren de un tratamiento extenso, las características de la oclusión normal se han perdido y es necesario un tratamiento completa que incluye el restablecimiento de la dimensión vertical de oclusión. El reborde alveolar tiene una altura de menos de 10mm, medida en una radiografía panorámica y no ofrece ninguna resistencia al movimiento horizontal y vertical de la base de la prótesis. (p.6).

Cambios en la armonía oclusal del edentulismo.

Investigando la obra de Borrás³⁵ (2011) puedo conocer que:

Cuando la masticación es unilateral y/o anterior, es decir, si masticamos marcadamente más de un lado que de otro y si utilizamos solo la zona premolar, caninos e incisivos, se producen alteraciones musculares en las articulaciones, y también en la oclusión. Así es frecuente observar mordidas cruzadas por una masticación unilateral, dolores en la articulación temporomandibular y chasquidos o crepitaciones asociados a estos desequilibrios. Si la masticación es demasiado lenta o demasiado rápida, puede que no trituramos bien los alimentos que se produzcan desequilibrios musculares o ambas cosas.

Las causas de una masticación insuficiente y o unilateral pueden ser:

Ausencia de piezas dentarias por cambios en la dentición, por extirpación, traumatismo, etc.

Alteraciones o desequilibrios en la oclusión por dichas ausencias o por desequilibrios musculares.

³⁵ Borrás S., Rosell, C. (2011). Guía para la Reeducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados. Valencia, Reino de España: Nau Libres.

Respiración oral con lengua adelantada con las consiguientes dificultades para la trituración del alimento.
Factores psicológico-conductuales relacionados con malos hábitos. (p. 32).

Revisando el trabajo de Diaz³⁶ (2009) puedo mencionar que:

A veces, los efectos de la pérdida de piezas posteriores producen una reacción distante en algún segmento del arco. Estos efectos son descritos como la “ley diagonal de Thielemann” que se explica como sigue: “Si las interferencias como consecuencia de la extrusión, migración o capuchones gingivales del tercer molar son capaces de restringir las excursiones mandibulares durante los movimientos funcionales, un diente ubicado en el sector anterior y una diagonal a la interferencia presentara lesiones periodontales, extrusión y movilidad. (p.19).

2.4. Causa de pérdida dentaria.

Comparando la obra de Esquivel y Jiménez³⁷ (2012) puedo entender que:

Las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores son la caries dental y las enfermedades periodontales y como consecuencia de éstas se presenta un alto porcentaje de dientes perdidos. Estas enfermedades son influenciadas por múltiples factores como la edad, género, enfermedades sistémicas, consumo de múltiples fármacos, factores socio demográficos, forma de vida, factores psicológicos y sociales y carencia de servicio dental. (p. 70).

Investigando el libro de Basker, Davenport y Thomason³⁸ (2012) puedo decir que “la perdida de los dientes está relacionado no solamente con la edad, sino también con otras variables como la clase social y el estado civil.” (p.1).

³⁶ Diaz, P. G. (2009). Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/1/diaz_mp.pdf

³⁷ Esquivel, R., Jiménez, R. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. REVISTA ADM. 69. [En línea]. Consultado: [2, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>

Indagando la obra de Villanueva y Ríos³⁹ (2012) puedo manifestar que:

Varios estudios demuestran que la prevalencia de la pérdida de piezas dentarias está estrechamente asociada al incremento de la edad. Según la literatura el edentulismo parcial es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y que la prevalencia de edentulismo es mayor en hombres que en mujeres. Estudios realizados demuestran que la primera molar mandibular es la pieza ausente más frecuente. De la misma manera el edentulismo está presente, hay diferencias y varía en ámbitos rurales y urbanos, entre países desarrollados y en vías de desarrollo. (párr. 11).

Enfermedad periodontal.

Consultando en la página web de Clínica Dental San José⁴⁰ (2014) puedo citar que:

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades producidas por bacterias que se reproducen en los tejidos que rodean y sujetan al diente (encía, ligamento periodontal y hueso). La padece el 90% de la población por encima de los 35 años y es la primera causa de pérdida de dientes en la población mundial. (párr.2).

Indagando la obra de Rangel.⁴¹ (2009) puedo entender que:

La enfermedad periodontal es la de más frecuencia en los adultos, y es la causa más importante de pérdida dental después de los 35 años. Se observa entre el 7 y 15 % de la población y se inicia en la juventud. Las consecuencias de la pérdida dental son graves, pues limita la gama de alimentos a ser consumidos, así como el impacto sobre la autoestima y la comunicación. Establecer medidas preventivas de higiene bucal para atender la salud, puede redundar en grandes beneficios para la población de la tercera edad. (párr. 3).

³⁸ Basker, R.M., Davenport, J.C., Thomason, J.M. (2012). Tratamiento Protésico en Pacientes Edéntulos (quinta edición). Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

³⁹ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/ed59_01_p2.php

⁴⁰ Clínica Dental San José (2014) Periodoncia. [En línea]. Consultado: [11, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.clinicadental-sanjose.es/servicios/2011-03-23-21-52-24/periodoncia>

⁴¹ Rangel, J., García, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., & Gutiérrez, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología. 46. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

Consultando la obra de Loza y Valverde⁴² (2007), puedo manifestar que:

Goodson investigó el desarrollo y progreso de la enfermedad periodontal y encontró que la destrucción inflamatoria del soporte periodontal alrededor del diente es episódica y generalmente sin sintomatología por consiguiente es difícil detectar el proceso activo que afloja y eventualmente exfolia los dientes. Además, debido a que la hemorragia gingival sola no es un precursor confiable o indicador de periodontitis, el daño al soporte dentario puede ocurrir sin molestias u otros signos obvios para el que usa la prótesis parcial removible. El tratamiento para prevenir o controlar la gingivitis y la periodontitis se basa en la mejora de la higiene oral para eliminar, o al menos disminuir, la acumulación de la placa en la superficie de los dientes. (p. 98).

Caries.

Estudiando la obra de Pérez y col.⁴³ (2005) puedo establecer que la caries dental ha sido definida:

Como una enfermedad multifactorial, que comprende la interacción de factores del huésped (por ejemplo, las superficies dentales y la saliva), la dieta y la placa dental. Es considerada también como una enfermedad dieto-bacteriana, ya que en la ausencia de placa o de carbohidratos en la dieta, la caries dental no se desarrolla. (p. 103).

Consultando en la página de Colgate⁴⁴ (2014) puedo citar que:

La caries dental es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales. Este deterioro de los dientes está muy influenciado por el estilo de vida, es decir influye lo que comemos, la forma cómo cuidamos nuestros dientes (nuestros hábitos de higiene), la presencia de flúor en la sal y la pasta de dientes que utilizamos. La herencia también juega un papel importante en la susceptibilidad de sus dientes a las caries. (párr. 1).

⁴² Loza, D., Valverde, H. (2007), Diseño de Protésis parcial removible. Madrid, Reino de España: Editorial Medica Ripano.

⁴³ Pérez L, Quenta S, Cabrera M, Cárdenas C, Lazo N, Lagravére V. (2004) Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes: diagnóstico y tratamiento conservador (primera edición). Lima, Republica del Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

⁴⁴ Colgate. (2014). Educación para el paciente: Artículo. ¿Qué son las caries?. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.colgateprofesional.com.ec/pacientes/Que-son-las-caries/articulo>

Analizando el trabajo de Belaunde ⁴⁵(2011) puedo decir que:

La caries dental es la patología oral más común encontrada en restos humanos antiguos. Es la consecuencia de la progresiva destrucción de los tejidos calcificados dentales debido a la desmineralización provocada por los ácidos producidos durante la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono. Este proceso puede terminar en necrosis pulpar y en la pérdida de la pieza dentaria. Cabe resaltar que varios estudios dicen que la caries dental es la razón principal por la que se realizan las extracciones dentales. Asimismo, es la enfermedad crónica más común en la niñez.

La caries dental se puede prevenir mediante la combinación de diversos tratamientos preventivos como: el agua fluorada, la aplicación de flúor, los sellantes y el uso de pastas dentales fluoradas se unen al conjunto de trabajo para la prevención de la caries dental. (p.9).

Investigando la obra de Fleites, López y Salmerón ⁴⁶ (2010) puedo entender que:

La caries dental y las enfermedades periodontales se encuentran entre los trastornos más comunes del género humano, y no hay en el mundo, país o territorio que esté libre de ella. Esto se evidencia en el resultado de numerosas encuestas epidemiológicas, según estudios del comité de expertos de la OMS.

La caries dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejido duro, junto a las enfermedades periodontales –que pueden involucrar solamente la encía– constituye la principal causa de pérdida de los dientes. De cada diez personas, nueve presentan caries dental o sus secuelas, por lo que presenta una alta prevalencia en el mundo entero (afecta del 95% al 99% de la población); aparece casi desde el principio de la vida y progresa con la edad.

Cuando la enfermedad periodontal afecta la encía, es denominada gingivitis; también puede involucrar estructuras más profundas, como las óseas, y en este caso se denomina periodontitis. A partir de los 35 años de edad los dientes se pierden más por dicha afección que por caries dental. (p. 118).

⁴⁵ Belanude, M.A. (2011). Relación Entre El Acceso A La Atención Dental Y El Edentulismo En Pobladores De 18 A 65 Años De Edad Del Distrito De Cajabamba, Provincia De Cajabamba, Departamento De Cajamarca, Durante El Periodo Febrero – Mayo De 2011. Tesis De Grado De Cirujano Dentista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. República del Perú. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAALEJANDRABELAUNDEGOMEZ.pdf>

⁴⁶ Fleites, T., Lopez, L., Salmeron, M. (2010). El cuidado de la salud bucodental mediante la promoción de salud. Medicentro Electrónica. 14. [En línea]. Consultado: [2, Mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/119/148>

2.5. Aspectos Fundamentales del Edentulismo Parcial.

Inspeccionando el libro de Bassi, Previgliano y Schierano⁴⁷, (2011) puedo manifestar lo siguiente:

El odontólogo que va a rehabilitar a un paciente parcialmente edéntulo debe considerar atentamente el aspecto psicológico, sistemático, higiene periodontal y finalmente el protésico. Todos los aspectos contribuyen en igual medida al buen resultado de la PPR, aunque una parte importante es el aspecto psicológico que poco se consideraba en el pasado. (p.9).

Aspecto Psicológico.

Examinando el estudio de Bassi, Previgliano y Schierano⁴⁸ (2011) debo manifestar que:

El edentulismo parcial puede representar un déficit no solo desde el punto de vista funcional sino también psicológico. La pérdida de los elementos dentales puede crear una condición que dificulta la masticación, la fonética y puede interpretarse como una verdadera mutilación con importantes consecuencias sobre la propia imagen y sobre el grado de aceptación de sí mismo. Esta situación genera una percepción estética y auto representación corporal alterada, con pérdida de la autoestima y dificultad en las relaciones interpersonales.

Los problemas psicológicos inherentes a la pérdida de los dientes repercuten en contra del tratamiento protésico, influenciando negativamente la capacidad del sujeto de comprender las varias fases terapéuticas.

El odontólogo que se prepara para rehabilitar un paciente, debe no solo gestar el aspecto técnico del tratamiento sino que debe saber comprender la esfera psicológica del sujeto para garantizar el éxito del tratamiento. Por tanto, el operador en la fase original deber comprende la importancia que la pérdida de los dientes ha tenido sobre el paciente bajo el aspecto psicológico, y entender las motivaciones que lo han llevado a solicitar el tratamiento. Se deben aclarar las expectativas del paciente y su capacidad de adaptación. A través de la conversación inicial es necesario buscar la instauración de una relación de empatía entre el médico y el paciente indispensable para obtiene el éxito final.

⁴⁷ Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

⁴⁸ Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

Citando a Gerering, se puede afirmar que “el tiempo invertido al inicio del tratamiento en la conversación con el paciente, a largo plazo es siempre un tiempo bien invertido”. (p.9).

Analizando el libro de Basker, Davenport y Thomason⁴⁹, (2012) puedo entender que:

Las personas mayores son menos capaces de aceptar nuevas situaciones, ya se trate de un cambio en la forma de la prótesis, un nuevo odontólogo o incluso la hora de la cita para el tratamiento. Es de valor que el clínico tome en cuenta muchos aspectos de la vida del paciente al indagar acerca de una queja. Desde luego, muchos de los problemas serán sencillos, pero algunos se verán complicados por factores que están muy lejos de la cavidad bucal y la prótesis existente. A menos que se sospeche su presencia, se corre el riesgo de que el tratamiento protésico por sí solo no logre solventar el problema. (p. 14).

Aspectos Sistémicos.

Indagando la obra de Bassi, Previgliano y Schierano⁵⁰ (2011) puedo manifestar que:

En la primera visita no deben olvidarse algunas patologías sistemáticas o sus terapias relacionadas, ya que pueden condicionar y/o contraindicar algunas posibilidades terapéuticas. Además los tiempos de trabajo pueden modificar en relación con las condiciones de salud general del paciente. Es oportuno recordar que los pacientes con graves patologías sistémicas se pueden beneficiar con una rehabilitación de PPR gracias a su poca invasividad y a los tiempos de realización relativamente breves. (p. 11).

Revisando el libro Basker, Davenport y Thomason⁵¹ (2012) puedo citar que “muchas enfermedades, que comúnmente ocurren en las personas mayores, pueden causar complicaciones relacionadas específicamente con la atención y el tratamiento de los pacientes edéntulos” (p.12).

⁴⁹ Basker, R.M., Davenport, J.C., Thomason, J.M. (2012). Tratamiento Protésico en Pacientes Edéntulos (quinta edición). Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

⁵⁰ Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

⁵¹ Basker, R.M., Davenport, J.C., Thomason, J.M. (2012). Tratamiento Protésico en Pacientes Edéntulos (quinta edición). Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

Aspectos Higienes Periodontal.

Inspeccionando el estudio de Bassi, Previgliano y Schierano⁵² (2011) puedo decir que:

El uso de una PPR en la cavidad oral conlleva modificaciones desde el punto de vista cuantitativo de la flora bacteria. Desde el punto de vista cuantitativo se ha demostrado un aumento de la formación de placa después de la inserción de una PPR, no solo sobre las superficies en contacto directo con la prótesis sino también sobre el resto de la dentadura. El empeoramiento cualitativo del ecosistema oral sería determinado por un aumento de las formas fuso-espirilares, por lacto bacilos y por estreptococo mutans.

Estas condiciones generan un riesgo más elevado de desarrollar caires y formas agresivas de enfermedades periodontales. Los primeros estudios clínicos demuestran efectivamente que la inserción de una prótesis parcial removible causa modificaciones periodontales patológicas no se había valorado.

El mantenimiento de una correcta higiene de la dentadura remanente y de la prótesis, y un programa organizado de recordatorios, pueden controlar el riesgo de enfermedad periodontal y caires influenciando positivamente el éxito de la rehabilitación en el tiempo. La capacidad por parte del paciente de mantener una correcta higiene periodontal y dental y de adherirse a los controles, se convierte en condiciones indispensables para escoger este tipo de rehabilitación en el momento de la discusión del plan de tratamiento. (p.11).

Analizando el trabajo de Loza Y Valverde⁵³ (2007) puedo indicar que:

Algunos dentistas afirman que la PPR debía ser considerada con una restauración provisional porque sus portadores terminan como edéntulos totales, debido a que la PPR deteriora la salud de la dentición remanente de los tejidos circundante.

El impacto de la PPR sobre los dientes, las encías y otros tejidos de soporte ha sido el foco de considerable investigación por muchos años. Numerosos estudios han demostrado, sin duda, que estas prótesis pueden ser destructivas. CARLSSON y Col. demostraron en un estudio epidemiológico que el 75% de los dientes en contacto con la prótesis tenían caries, si previamente no les habían colocado coronas. Otros estudios que revisaron la longevidad de la prótesis dental, encontraron que una PPR dobla el riesgo de caries para los dientes remanentes. (p.97).

⁵² Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

⁵³ Loza, D., Valverde, H. (2007), Diseño de Protésis parcial removible. Madrid, Reino de España: Editorial Medica Ripano.

Aspectos Protésicos.

Investigando el libro Bassi, Previgliano, Schierano⁵⁴ (2011) puedo afirmar que:

Una adecuada proyección de a prótesis constituyen la base para obtener el éxito de la rehabilitación. Los principios más importantes que surgen de la investigación se describen en el capítulo anterior. El diseño de la prótesis puede condicionar la salud de los dientes y de las estructuras orales remanentes biológicas y ecológicamente.

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento con la PPR es la correlación entre las transmisión de las fuerzas de la PPR, a los dientes y el daño periodontal consecuente. Si esta correlación existe, una proyección inadecuada puede modificar el pronóstico periodontal de la dentadura. El problema de la inadecuada transmisión de las cargas se verifica sobre todo en el edentulismo distal, en este caso la prótesis tiene un soporte mixto dental y mucoso. Debido a la diferente resiliencia de la mucosa con respecto al ligamento periodontal, la PPR sufre durante la función una rotación que puede causar un estrés adicional sobre los pilares. En casos de edentulismo intercalado, se ha demostrado que la PPR transmite a los dientes pilares las cargas de modo más uniforme que la prótesis fija; gracias a la acción del conector principal las fuerzas se distribuyen también sobre los dientes pilares de la hemiarcada contralateral. .

Los elementos dentarios sometidos a carga funcional en presencia de una prótesis removible a extensión distal se comportan como los dientes sometidos a trauma oclusal, el trauma no ocurre solo por la pérdida o destrucción irreversible del periodismo, sino que puede ser un cofactor de destrucción en caso de presencia de placa bacteriana. (P. 12).

Consultando a Basker, Davenport y Thomason⁵⁵(2012) puedo entender que:

La mayoría de las personas edéntulas mayores de 65 años de edad son usuarios de prótesis que tiene más de 10 años, y como resultado, los cambio mucosos están presentes entre 44% y 63% de los casos. La necesidad de tratamiento, según el criterio clínico, sugiere que el 40% de las prótesis que tienen 5 años y el 80% de las prótesis que tienen 10 años deben ser reemplazados. Sin embargo, el panorama no es tan simple. (p.14).

⁵⁴ Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

⁵⁵ Basker, R.M., Davenport, J.C., Thomason, J.M. (2012). Tratamiento Protésico en Pacientes Edéntulos (quinta edición). Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la Investigación.

Estudio de tipo epidemiológico descriptivo, observacional de corte transversal, lo que permitirá realizar la observación a un determinado número de personas de la parroquia Colón, en este caso correspondiente al 1% del total de la población.

3.2. Tipo de investigación.

La investigación será de corte transversal, lo que permitirá emitir ser registrada en una base de datos en el programa informático – Excel.

3.3. Métodos.

Para caracterizar el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy se analizaron las fichas dentales de observación lo que permitió determinar su frecuencia dentro del porcentaje de personas a quienes se les realizó el análisis u observación.

3.4. Técnicas e Instrumentos.

Las Fichas dentales de observación de cada adulto con la clasificación de Kennedy.

3.5. Recursos.

3.5.1. Recursos Humanos.

- Investigador.
- Tutor de Tesis.

3.5.2. Materiales.

- Instrumentos de exploración odontológica.
- Fotocopias.
- Materiales de oficina.
- Suministros de impresión.
- Textos relacionados al tema de investigación.

3.5.3. Tecnológicos.

- Cámara digital.
- Cámara fotográfica.
- Computadora.
- Flash memory.
- Impresora.

- Internet.
- Scanner.
- Software.

3.5.4. Económicos:

La elaboración de la investigación tuvo un costo de \$320.75 dólares americanos que serán financiados por el investigador. Anexo 2, p.89.

3.6. Población y Muestra.

La población estuvo constituida por el total de edéntulos adultos entre los 30 a 70 años en ambos sexos que habitan en la parroquia Colón y quienes acudieron al dispensario médico y a través de las visitas realizadas en la casas, durante el periodo marzo-agosto 2014.

En la parroquia Colón existen 13,315 habitantes de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC.

Se consideró como muestra el 1% del total de la población dando como resultado 133,15 habitantes y para efectuarlo se redondeó la cantidad de la muestra en 150 personas, a las cuales se les tomó los datos de acuerdo a la ficha que se adjunta en el presente trabajo.

Total Habitantes * 1%

Muestra: _____

100

13,315 hab. * 1%

Muestra: _____

100

Muestra: 133,15 Hab.

3.7. Recolección de la información.

La información se obtuvo de los datos registrados en las 150 fichas dentales de las personas que viven en la Parroquia Colon. Dichos datos fueron divididos en rangos de edades: 30-40, 41-50, 51-60 y 61-70 y por sexo, registrando en cada subgrupo la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones.

3.8. Matriz De Operacionalización de Variables.

Cuadro 1
Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Cantidad en años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	Cualitativa	% de edad	30-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años
Sexo	Conjunto de características por las que se distingue entre hombre y mujeres	Cuantitativa	% de Sexo	Femenino Masculino
Ocupación	Actividad principal que realiza el paciente	Cuantitativa	% de Ocupación	Trabajo formal Trabajo informal
Pacientes edéntulos		Cuantitativa	% de pacientes	Parciales
Tipo de edentulismo	Atendiendo a aspectos referentes al soporte protésico	Cuantitativa	% Clasificación de Kennedy	Clase: I,II,III,IV,V y VI Modificaciones

Nota: Cuadro de las variables.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 34.

3.9. Procesamiento y análisis de datos.

Los datos obtenidos de las fichas de observación, fueron introducidos en el programa Microsoft Office Excel 2010. Se realizaron distribuciones de frecuencia y se calculó el porcentaje en todas las variables. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

Cuadro 2.

Frecuencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colón del cantón Portoviejo.

Clasificación de Kennedy	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase I	34	11,33	50	16,67	84	28,00
Clase II	33	11,00	29	9,67	62	20,67
Clase III	71	23,67	63	21,00	134	44,67
Clase IV	12	4,00	7	2,33	19	6,33
Clase V	0	-	1	0,33	1	0,33
Clase VI	0	-	0	-	0	-
	150	50,00	150	50,00	300	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

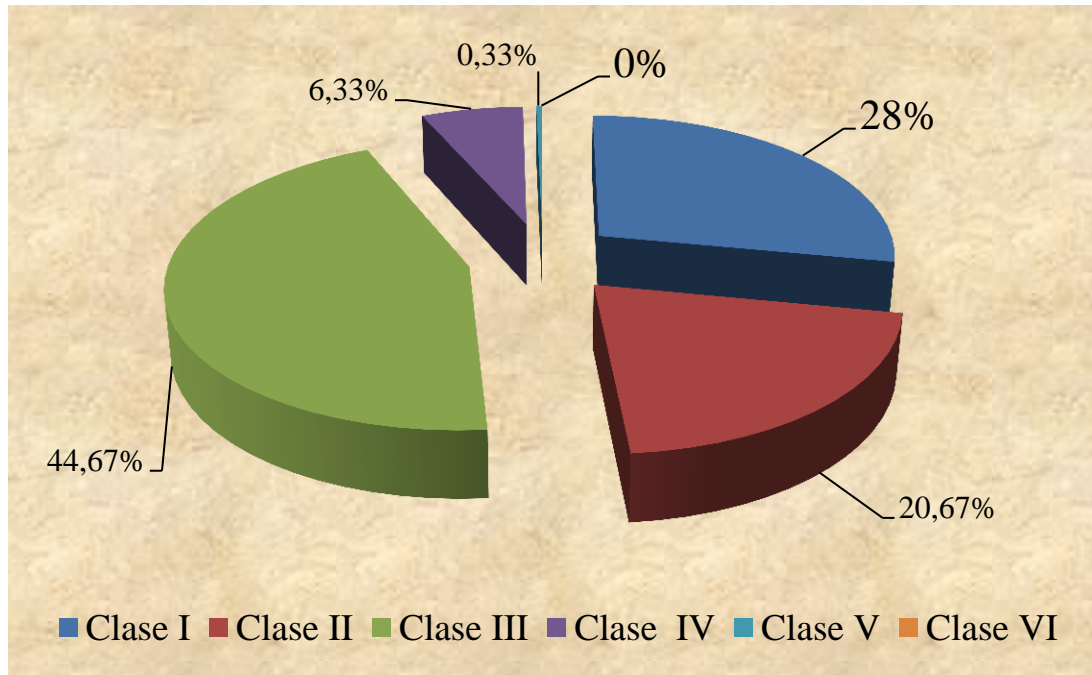


Gráfico N°. 1. Frecuencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colón del cantón Portoviejo.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 37.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a ambos maxilares, la Clase III es la que tuvo mayor frecuencia en ambos maxilares con un porcentaje correspondiente al 44.76% (134 personas), seguida por la Clase I con un porcentaje de 28.00% (84 personas) y en tercer lugar la Clase II con un 20.67% (62 personas), mientras que la de menor frecuencia fue la clase V con 0,33% (1 persona). Finalmente la Clase VI no tuvo ningún caso en los maxilares superior e inferior.

Revisando la tesis de López⁵⁶ (2009) puedo comparar que:

Se encontró que la Clase I de Kennedy es la más frecuente con 38.9% (105 casos); la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 36.7% (99 casos), luego la Clase III con el 23.3% (63 casos) y finalmente a la Clase IV con el 1.1%; en esta última Clase no se encontró algún caso en el maxilar inferior. Se pudo apreciar que la diferencia entre la Clase I y II fue sólo de 6 casos. La Clase I mandibular resultó ser la más frecuente de las Clases con 23.7% (64 casos). En el maxilar superior la Clase más frecuente fue también la Clase II con 17.4 % (47 casos). (p.36).

⁵⁶ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

Cuadro 3.
Clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colón del cantón Portoviejo Maxilar Superior.

Clasificación de Kennedy	Maxilar Superior	
	No.	%
Clase I	34	11,33
Clase II	33	11,00
Clase III	71	23,67
Clase IV	12	4,00
Clase V	0	-
Clase VI	0	-
	150	50,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

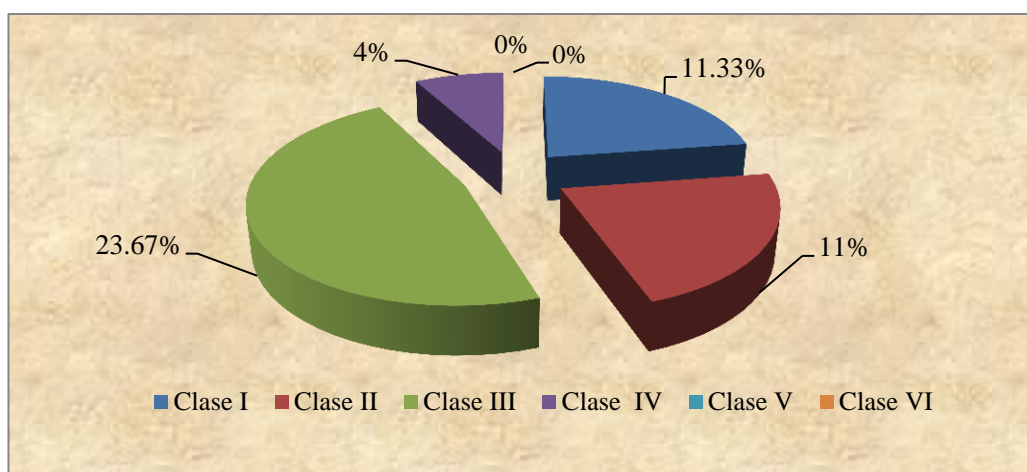


Gráfico N°. 2. Clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colón del cantón Portoviejo Maxilar Superior.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 39.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizaron con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial en relación al maxilar superior, se encontró que la mayor frecuencia está en la Clase III con 71 personas (23.67%), seguida por la Clase I con 34 personas (11.33%) y la Clase II con 33 personas (11%). La menor frecuencia se encontró en la Clase IV con 12 personas (4%), mientras en las Clases V y VI no se encontraron personas.

Analizando la tesis de López ⁵⁷ (2009) puedo comparar que:

Se encontró que el maxilar superior la Clase más frecuente fue también la Clase II con 17.4 % (47 casos). La clase II con 12,60% (34 casos), la clase III con 1,1% (3 casos) lo que da como resultados que a pesar de ser diferentes países existen resultados similares entre las poblaciones de los diferentes países. (p.36).

⁵⁷ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12 de junio, 2014] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

Cuadro 4.

Clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colón del cantón Portoviejo Maxilar Inferior.

Clasificación de Kennedy	Maxilar Inferior	
	No.	%
Clase I	50	16,67
Clase II	29	9,67
Clase III	63	21,00
Clase IV	7	2,33
Clase V	1	0,33
Clase VI	0	-
	150	50,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

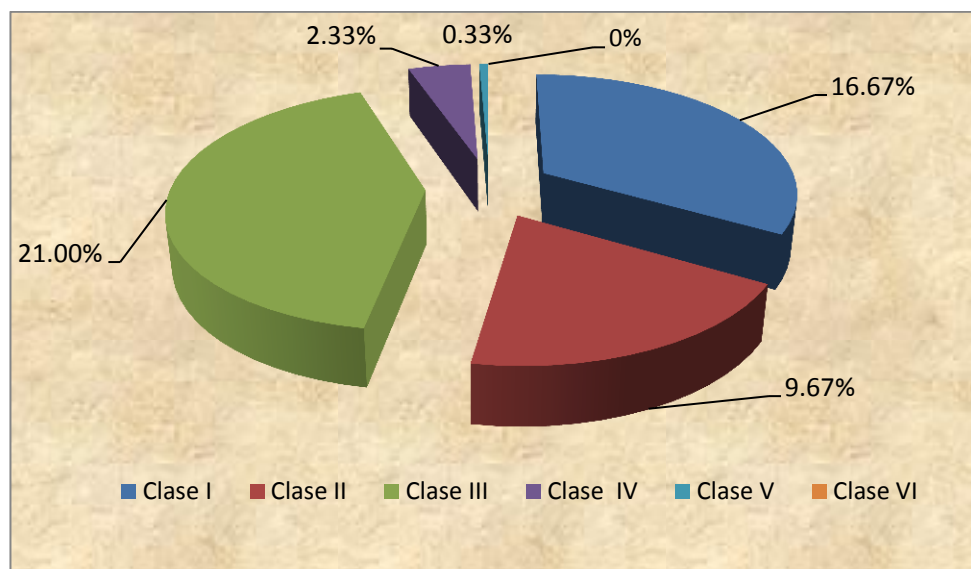


Gráfico N°. 3. Clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colón del cantón Portoviejo Maxilar Inferior.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 41.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizaron con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial en relación al maxilar inferior predomina la Clase III con 63 personas (21%), la Clase I ocupa el segundo lugar con 50 personas (16.67%), y en tercer lugar la Clase II con 29 personas (9.67).

La Clase IV tuvo 7 personas (2.33%), seguida por la Clase VI con 1 persona (0.33%), mientras que la Clase V no tuvo ninguna persona.

Revisando la tesis de López ⁵⁸ (2009) puedo comparar que:

La Clase I mandibular fue la más frecuente con 23.7% (64 casos), la clase II obtuvo el 19,25% (52 casos) y la clase III la de menor frecuencia con 10,74% (29 casos), lo que nos permite conocer que en las comunidades o poblaciones más pequeñas de ciertas ciudades se pueden encontrar similitudes.
(36).

⁵⁸ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12 de junio, 2014] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

Cuadro 5.
Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares y sus modificaciones respectivas durante el periodo marzo-agosto 2014

Clasificación de Kennedy Modificaciones	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase I	13	15,66	15	18,07	28	33,73
Clase I-1	14	16,87	20	24,10	34	40,96
Clase I-2	5	6,02	8	9,64	13	15,66
Clase I-3	1	1,20	5	6,02	6	7,23
Clase I-4	1	1,20	1	1,20	2	2,41
Total	34	40,96	49	59,04	83	100,00
Clasificación de Kennedy Modificaciones	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase II	5	7,69	3	4,62	8	12,31
Clase II-1	8	12,31	14	21,54	22	33,85
Clase II-2	12	18,46	9	13,85	21	32,31
Clase II-3	6	9,23	2	3,08	8	12,31
Clase II-4	2	3,08	4	6,15	6	9,23
Total	33	50,77	32	49,23	65	100,00
Clasificación de Kennedy Modificaciones	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase III	10	7,52	20	15,04	30	22,56
Clase III-1	29	21,80	26	19,55	55	41,35
Clase III-2	22	16,54	15	11,28	37	27,82
Clase III-3	7	5,26	1	0,75	8	6,02
Clase III-4	2	1,50	1	0,75	3	2,26
Total	70	52,63	63	47,37	133	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

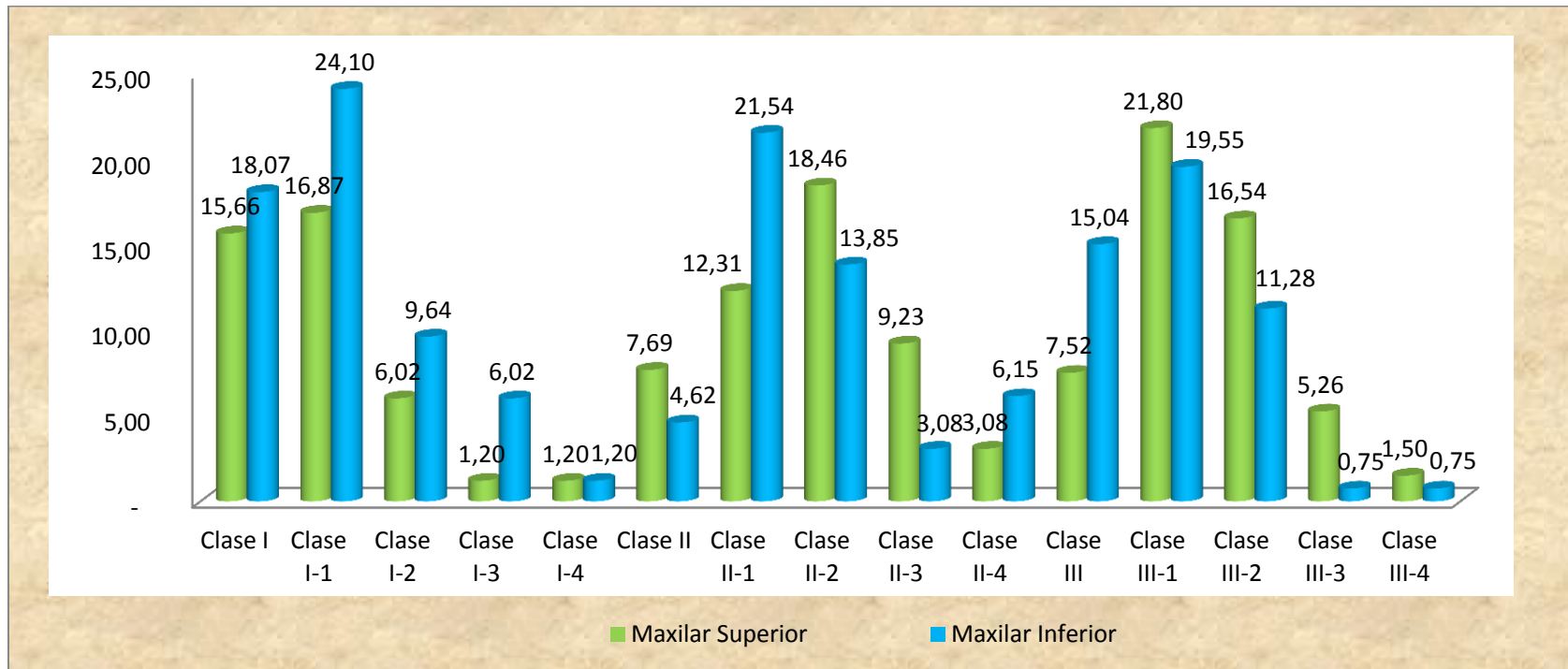


Gráfico N°. 4. Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares y sus modificaciones respectivas.
 Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 44.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a las modificaciones encontramos que en la Clase I-1 existe un porcentaje del 40.96% correspondiente a 34 personas, seguido por la Clase II- 1 con un porcentaje del 33.85% correspondiente a 22 personas y en la Clase III-1 con un 41.35% correspondientes a 55 personas.

Revisando la tesis de López⁵⁹ (2009) puedo comparar que:

Se encontró que la Clase I mandibular estricta (sin modificaciones) fue la más frecuente con el 14.8% (40 casos), siguiéndole la Clase II mandibular Modificación 1 de Applegate con el 10.4% (28 casos). Se puede apreciar que la diferencia entre ambos es sólo de 12 casos. En el maxilar superior, la Clase más frecuente fue la Clase I modificación 1 que presentó el 6.3% (17 casos). (p.40).

⁵⁹ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12 de junio, 2014] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

Cuadro 6.
Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares Y Sus Modificaciones Respectivas Clase I.

Clasificación de Kennedy Modificaciones	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase I	13	15,66	15	18,07	28	33,73
Clase I-1	14	16,87	20	24,10	34	40,96
Clase I-2	5	6,02	8	9,64	13	15,66
Clase I-3	1	1,20	5	6,02	6	7,23
Clase I-4	1	1,20	1	1,20	2	2,41
Total	34	40,96	49	59,04	83	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

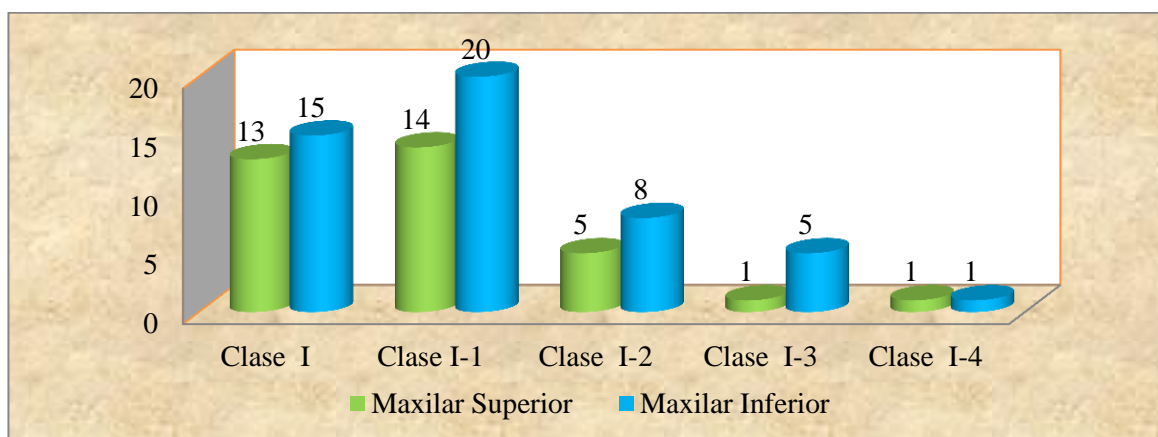


Grafico N°. 5. Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares Y Sus Modificaciones Respectivas Clase I.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 46.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a las modificaciones, en la Clase I, predomina la Clase I-1 en 34 personas con un 40.96%, continua la Clase I con 28 personas correspondiente al 33.73% y en tercer lugar la Clase I-2 con un total de 13 personas con 15.66%.

Cuadro 7.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares Y Sus Modificaciones Respectivas Clase II.

Clasificación de Kennedy Modificaciones	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase II	5	7,69	3	4,62	8	12,31
Clase II-1	8	12,31	14	21,54	22	33,85
Clase II-2	12	18,46	9	13,85	21	32,31
Clase II-3	6	9,23	2	3,08	8	12,31
Clase II-4	2	3,08	4	6,15	6	9,23
Total	33	50,77	32	49,23	65	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

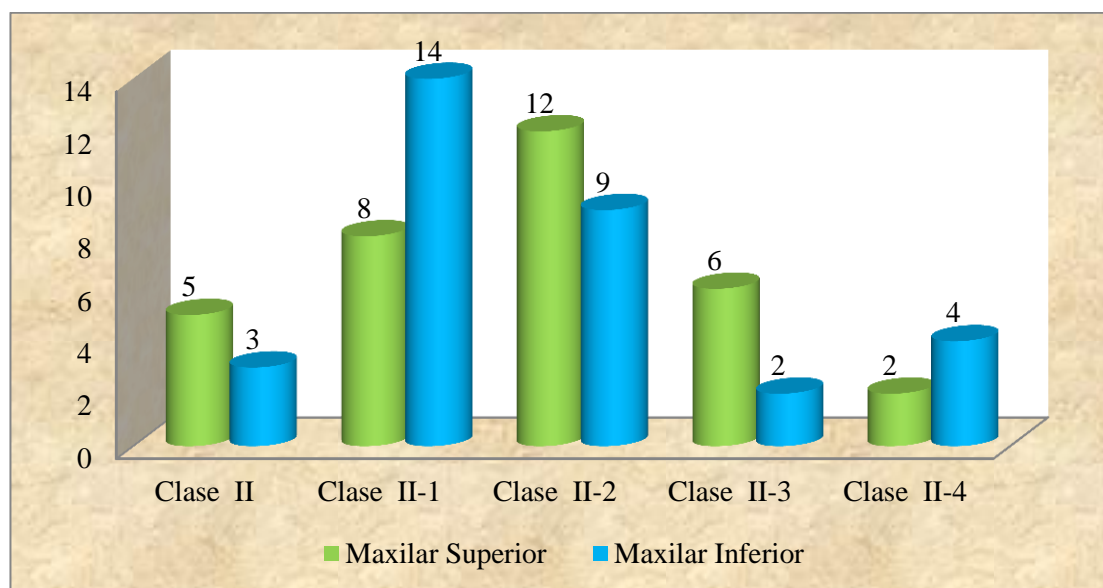


Gráfico N°. 6. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares Y Sus Modificaciones Respectivas Clase II.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 48.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto las modificaciones, en la Clase II, predomina la Clase II-1 en 22 personas con un 33,85%, continua la Clase II-2 con 21 personas correspondiente al 32.31% y en tercer lugar la Clase II y Clase II-3 con un total de 8 personas con 12.31%.

Cuadro 8.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares Y Sus Modificaciones Respectivas Clase III.

Clasificación de Kennedy Modificaciones	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Clase III	10	7,52	20	15,04	30	22,56
Clase III-1	29	21,80	26	19,55	55	41,35
Clase III-2	22	16,54	15	11,28	37	27,82
Clase III-3	7	5,26	1	0,75	8	6,02
Clase III-4	2	1,50	1	0,75	3	2,26
Total	70	52,63	63	47,37	133	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

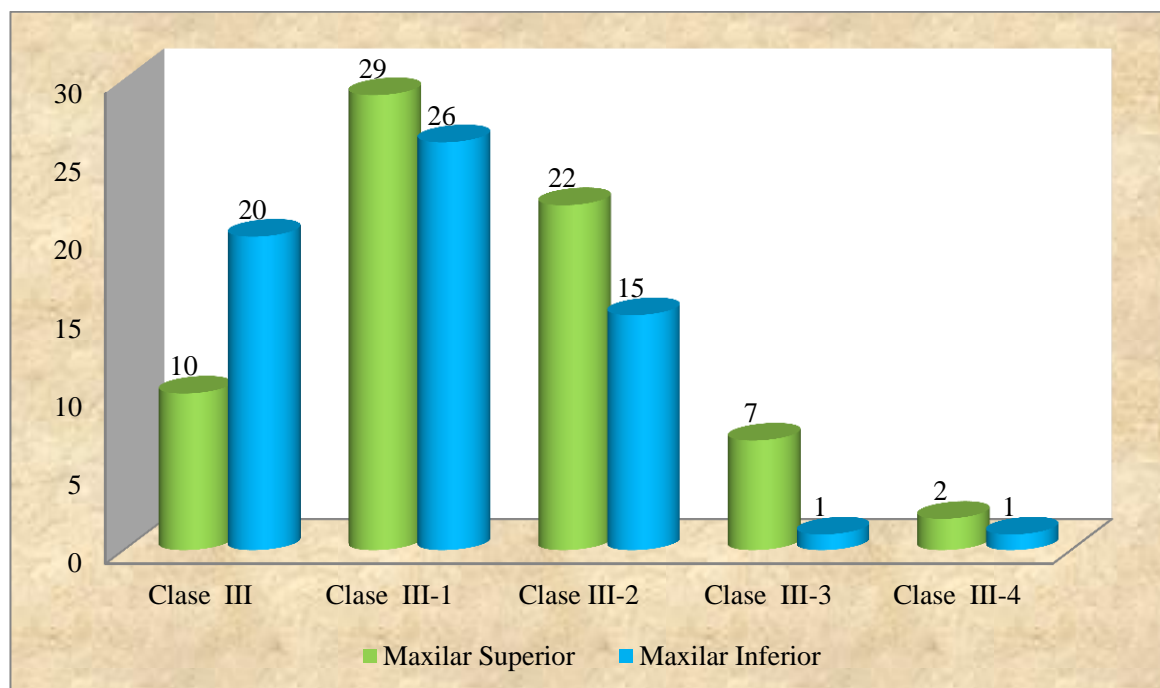


Grafico N°. 7. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares Y Sus Modificaciones Respectivas Clase III.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 50.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a las modificaciones respectivas, en la Clase III, predomina la Clase II-1 en 55 personas con un 41.35%, continua la Clase II-2 con 37 personas correspondiente al 27.82% y en tercer lugar la Clase III con 30 personas con un 22.56%.

Cuadro 9.
Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por edad clase I.

Clase I						
Edades	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-40 años	5	5,95	13	15,48	18	21,43
41-50 años	6	7,14	10	11,90	16	19,05
51-60 años	3	3,57	7	8,33	10	11,90
61-70 años	20	23,81	20	23,81	40	47,62
	34	40,48	50	59,52	84	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

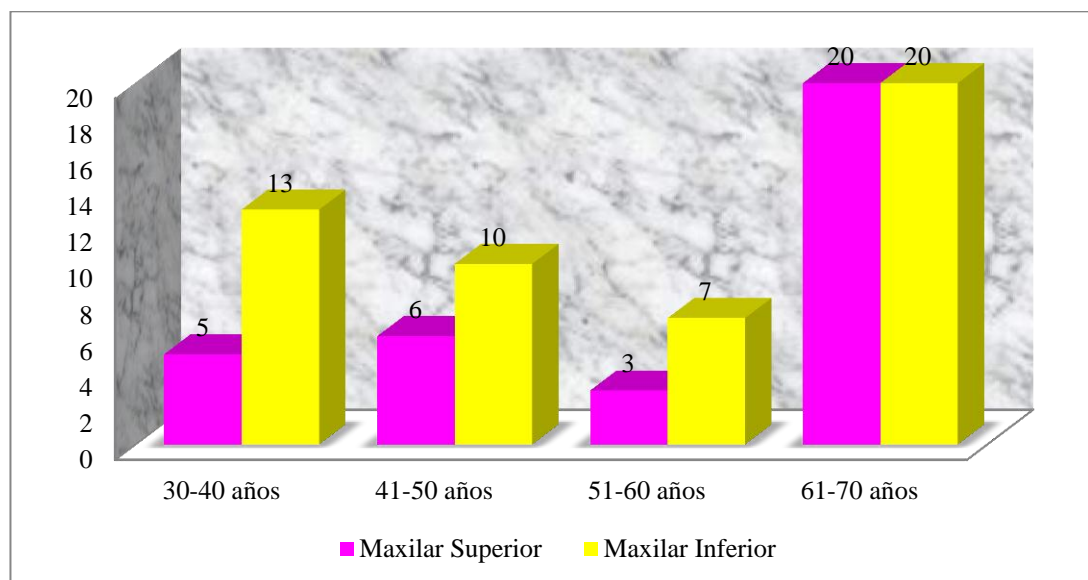


Gráfico N°. 8. Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por edad clase I.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 52.

Cuadro 10.
Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos
Maxilares, Por Edad Clase II.

Edades	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
	30-40 años	2	3,23	3	4,84	5
41-50 años	6	9,68	2	3,23	8	12,90
51-60 años	14	22,58	13	20,97	27	43,55
61-70 años	11	17,74	11	17,74	22	35,48
	33	53,23	29	46,77	62	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

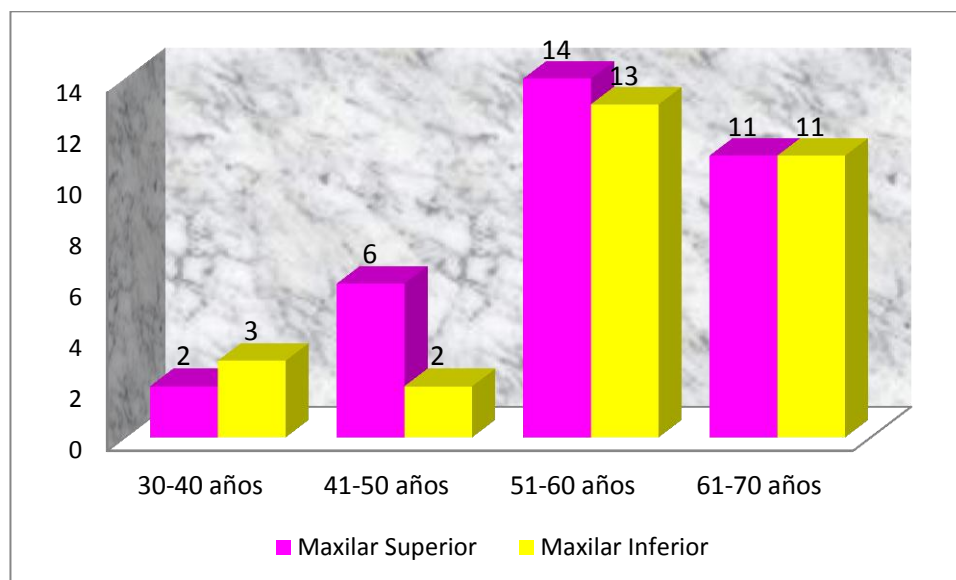


Grafico N°. 9. Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Edad Clase II.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 53.

Cuadro 11.
Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos
Maxilares, Por Edad Clase III.

CLASE III

Edades	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-40 años	30	22,39	20	14,93	50	37,31
41-50 años	11	8,21	15	11,19	26	19,40
51-60 años	18	13,43	17	12,69	35	26,12
61-70 años	12	8,96	11	8,21	23	17,16
	71	52,99	63	47,01	134	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

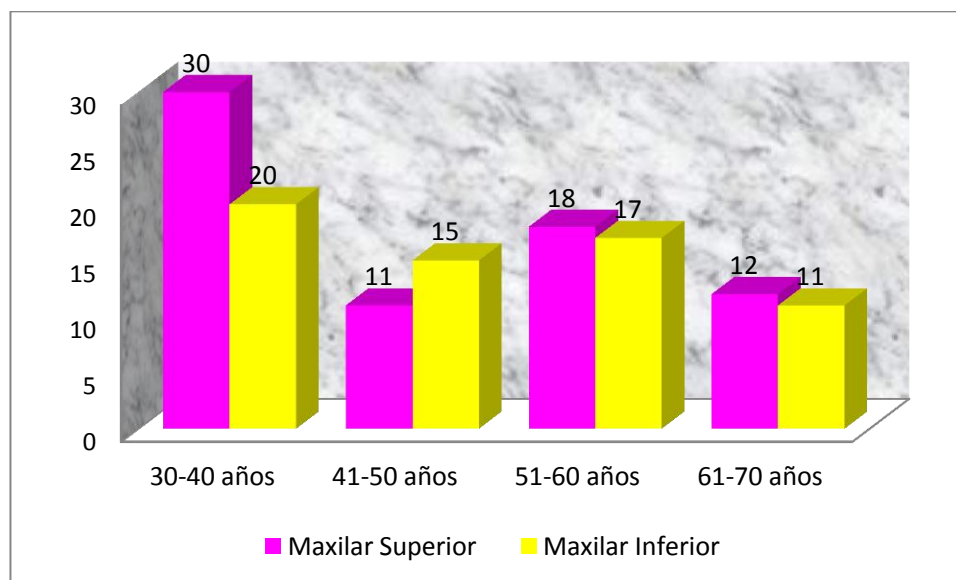


Gráfico N°. 10. Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Edad Clase III.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 54.

Cuadro 12.
Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos
Maxilares, Por Edad Clase IV.

Clase IV						
Edades	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-40 años	1	5,26	2	10,53	3	15,79
41-50 años	4	21,05	0	-	4	21,05
51-60 años	5	26,32	3	15,79	8	42,11
61-70 años	2	10,53	2	10,53	4	21,05
	12	63,16	7	36,84	19	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

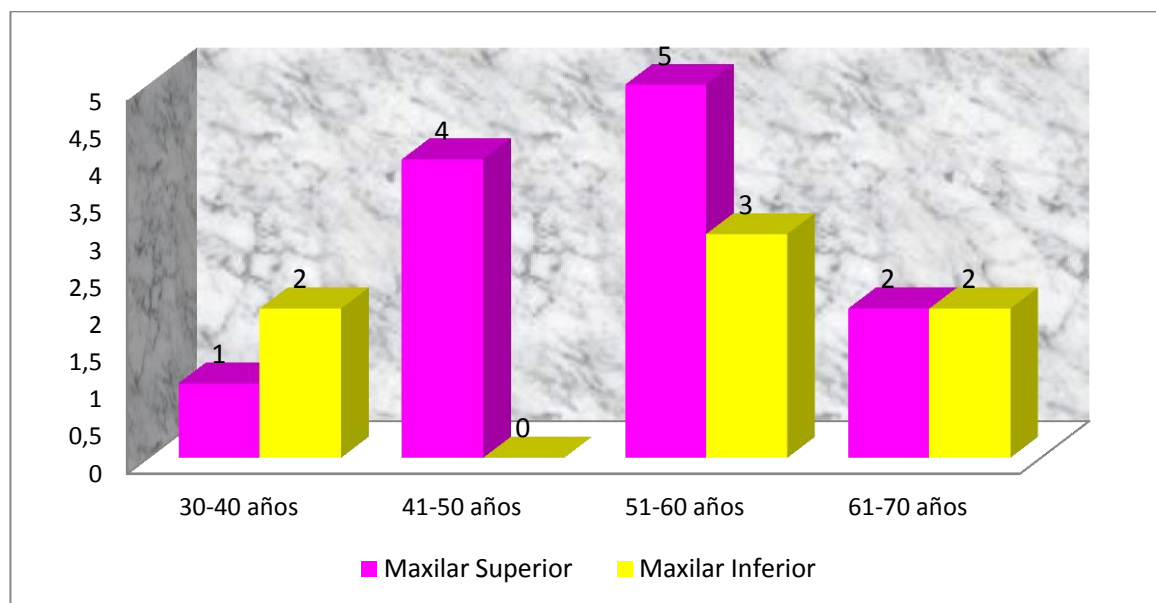


Gráfico N°. 11. Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Edad Clase IV.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 55.

Cuadro 13
Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos
Maxilares, Por Edad Clase V.

CLASE V

Edades	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-40 años	0	-	0	-	0	-
41-50 años	0	-	0	-	0	-
51-60 años	0	-	0	-	0	-
61-70 años	0	-	1	100,00	1	100,00
	0	-	1	100,00	1	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

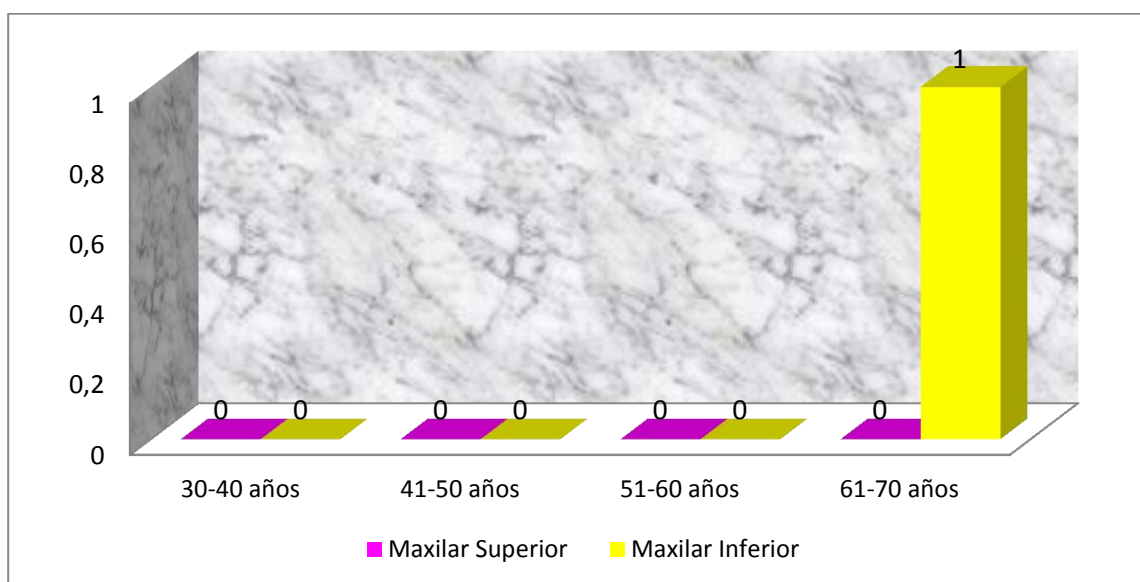


Gráfico N°. 12. Frecuencia Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Edad Clase V.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 56.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a la edad en la Clase I, II y III, predominan los rangos entre 30-40 años con un porcentaje de 37.31%(18 personas), 51-60 años con un porcentaje de 43.55%(27 personas) y 61-70 años con un porcentaje de 47.62% (40 personas). Con respecto a la edad en la Clase IV, predomina el rango entre 51-60 años con un porcentaje de 42.11% (8 personas) y en la Clase V, predomina el rango de edad entre 61-70 años en un 100% (1 persona).

Revisando la tesis de López ⁶⁰ (2009) puedo comparar que:

En la Clase I, II y III, el pico se encuentra en el rango de 50 a 59 años de edad. La Clase I presentó 29 casos; la Clase II presentó 35 casos y la Clase III presentó 25 casos. En la Clase IV no ocurrió lo mismo, debido a que sólo se encontraron 3 casos; 2 de ellos pertenecientes al rango de 70 a 79 años y 1 perteneciente al rango de 50-59 años. (p.46).

⁶⁰ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2014] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

Cuadro 14.
Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por sexo.

Clasificación Kennedy	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
Clase I	40,00	13,33	44,00	14,67	84,00	28,00
Clase II	17,00	5,67	45,00	15,00	62,00	20,67
Clase III	47,00	15,67	87,00	29,00	134,00	44,67
Clase IV	8,00	2,67	11,00	3,67	19,00	6,33
Clase V	-	-	1,00	0,33	1,00	0,33
	112	37,33	188	62,67	300	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

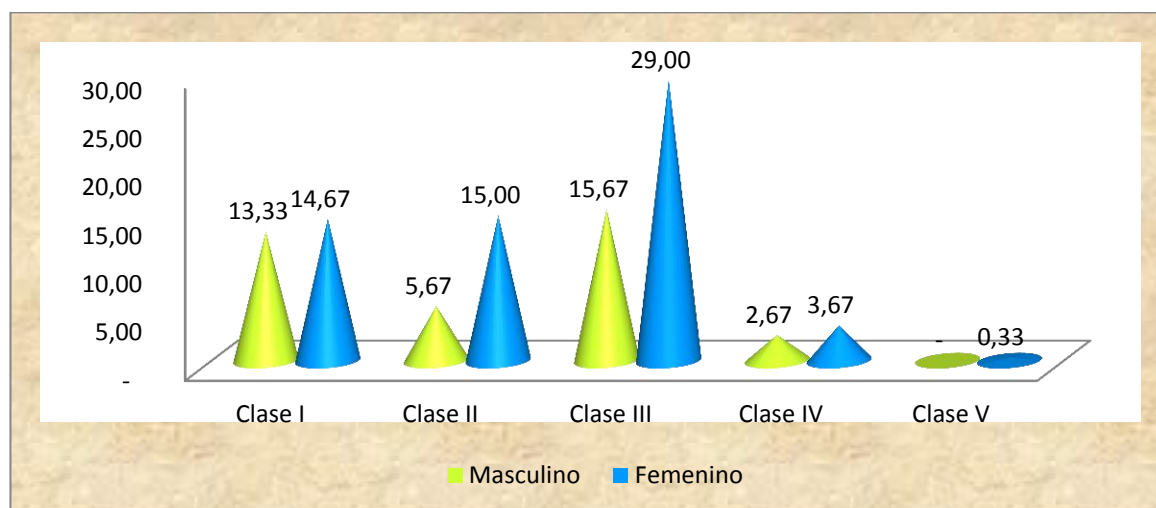


Grafico N°. 13. Frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por sexo.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 58.

Cuadro 15.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase 1.

CLASE I

Sexo	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	17	20,24	23	27,38	40	47,62
Femenino	17	20,24	27	32,14	44	52,38
	34	40,48	50	59,52	84	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

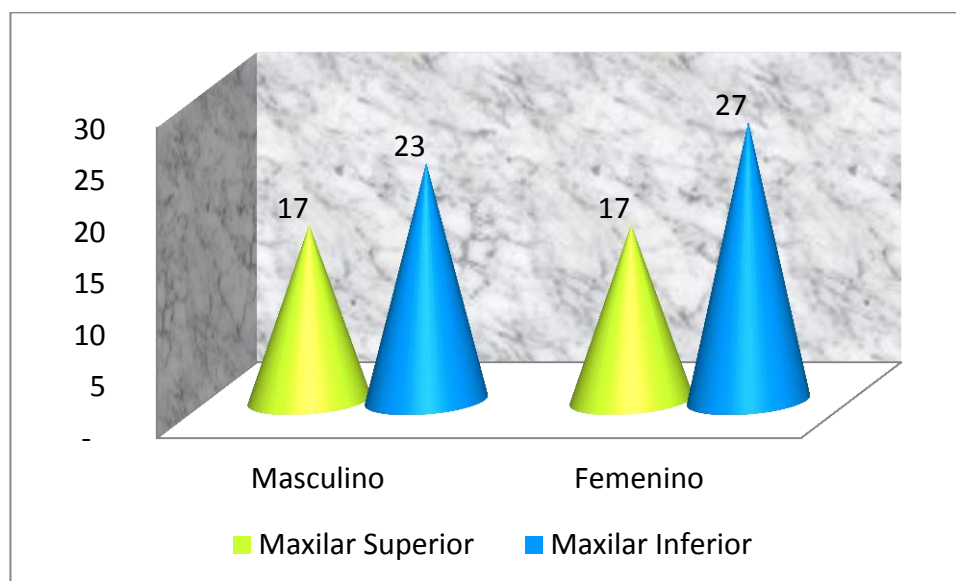


Gráfico N°. 14. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase 1.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 59.

Cuadro 16.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase II.

CLASE II

SEXO	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	9	14,52	8	12,90	17	27,42
Femenino	24	38,71	21	33,87	45	72,58
	33	53,23	29	46,77	62	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

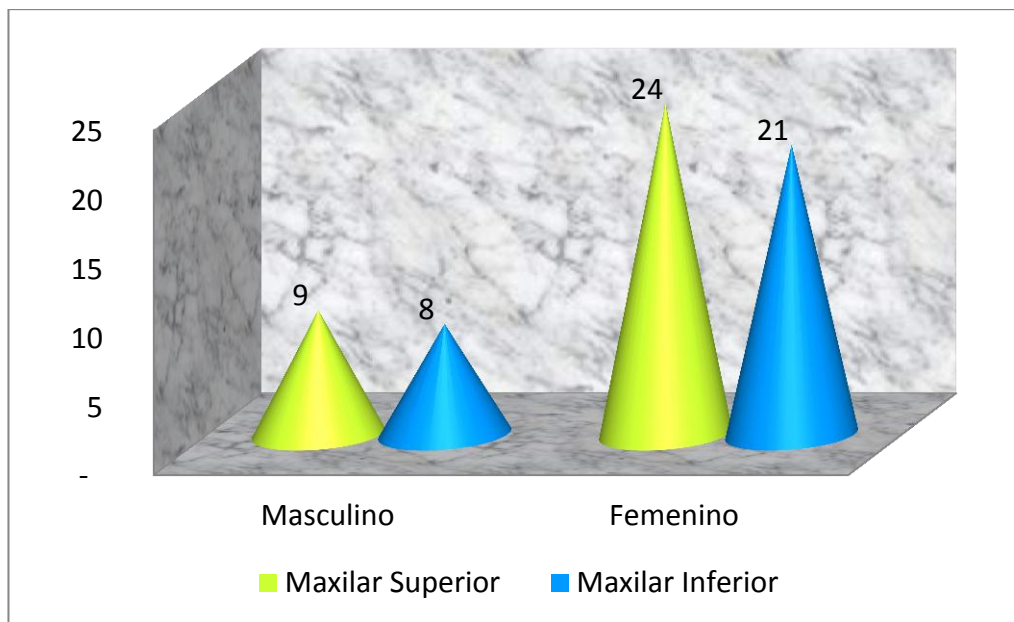


Grafico N°. 15. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase II.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 60.

Cuadro 17.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase III.

Clase III

Sexo	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	25	18,66	22	16,42	47	35,07
Femenino	46	34,33	41	30,60	87	64,93
	71	52,99	63	47,01	134	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.
 Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

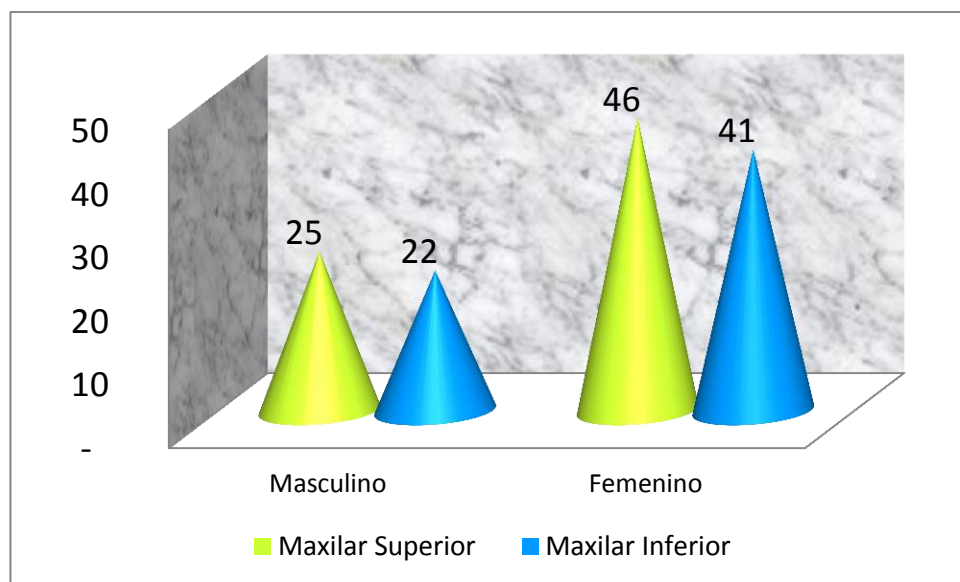


Grafico N°. 16. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase III.
 Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 61.

Cuadro 18.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase IV.

Clase IV

SEXO	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	5	26,32	3	15,79	8	42,11
Femenino	7	36,84	4	21,05	11	57,89
	12	63,16	7	36,84	19	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

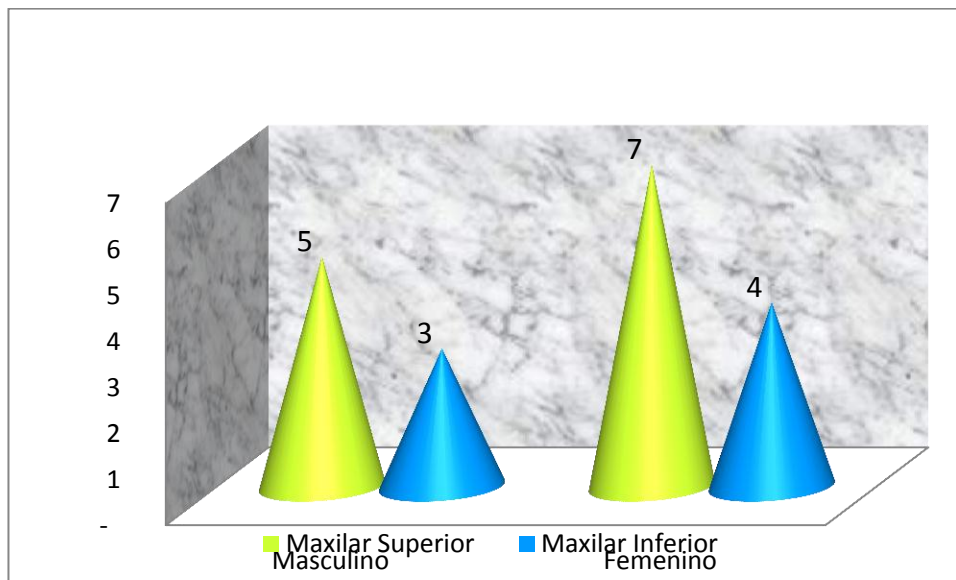


Grafico N°. 17. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase IV.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 62.

Cuadro 19.
Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase V.

Clase V

SEXO	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	No	%	No	%	No	%
Masculino	0	0	0	0	0	0
Femenino	0	0	1	100	1	100
	-	-	1	100,00	1	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

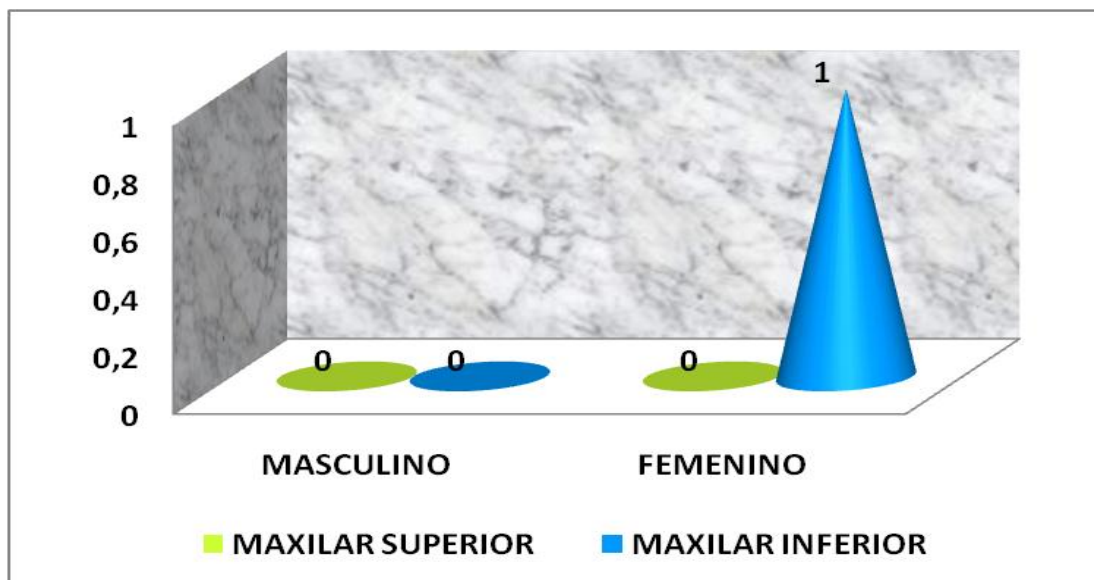


Grafico N°. 18. Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Ambos Maxilares, Por Sexo Clase V.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial con respecto a ambos maxilares, existe una mayor prevalencia en la Clase III para ambos sexos; en el sexo Masculino con un porcentaje de 15.67% (47 personas) y Femenino 29.00% (87 personas).

En la Clase I el sexo femenino predomina con un porcentaje correspondiente al 52,38% (44 personas) mientras que el 47.62% corresponde al sexo masculino (40 personas). En la Clase II predomina el sexo femenino con 45 personas (72.58%) superan al sexo masculino con 17 personas (27.427%). En la clase III existe un alto porcentaje en el sexo Femenino 64.93% correspondiente a 87 personas, mientras que un 35.07% (47 personas) corresponde al sexo masculino. En la clase IV existe un alto porcentaje en el sexo Femenino 57.80% correspondiente a 11 personas, mientras que un 42.11% (8 personas) corresponde al sexo masculino. En la Clase V se concentra el porcentaje total en el maxilar inferior en el sexo femenino con un porcentaje de 100% (1 persona).

Revisando la tesis de López⁶¹ (2009) puedo comparar que:

⁶¹ López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12, junio, 2014] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

De acuerdo a otro estudio internacional en la Clase I la mayor cantidad de casos se encontró en el maxilar inferior para ambos sexos. El sexo masculino presentó 57 casos (54.28%) y el femenino 7 casos (6.66%). En la Clase II, el sexo masculino presentó la mayor frecuencia en el maxilar inferior con 49 casos (49.49%), mientras que en el sexo femenino tanto en el maxilar superior como inferior se encontraron 3 casos (3.03%).

En la Clase III, el sexo masculino presentó la mayor frecuencia en el maxilar superior con 30 casos (47.61%), mientras que el maxilar inferior presentó 27 casos (41.26%), apreciándose una diferencia entre ambos de sólo 3 casos. De similar forma en el sexo femenino, la mayor cantidad de casos se encontró en el maxilar superior con 4 casos (6.34%).

En la Clase IV los tres casos que se encontraron en el maxilar superior correspondieron al sexo masculino. No se encontró casos en el sexo femenino.

En las cuatro clasificaciones la mayor cantidad de pacientes correspondieron al sexo masculino, la Clase I tuvo la mayor prevalencia con respecto a las demás clasificaciones con 94 casos.

En el sexo femenino, la mayor prevalencia la encontramos también en la Clase I con 11 casos, siguiéndole la Clase II y III que coinciden con 6 casos. (p.54).

Cuadro 20.
Frecuencia De Piezas Dentales Perdidas En Los Habitantes De La Parroquia Colon
Del Cantón Portoviejo.

Piezas Dentales Ausente	Total	
	No.	%
Pza. 1.1	49	3,60
Pza. 1.2	42	3,08
Pza. 1.3	15	1,10
Pza. 1.4	24	1,76
Pza. 1.5	39	2,86
Pza. 1.6	71	5,21
Pza. 1.7	69	5,06
Pza. 1.8	58	4,26
Pza. 2.1	39	2,86
Pza. 2.2	45	3,30
Pza. 2.3	26	1,91
Pza. 2.4	30	2,20
Pza. 2.5	35	2,57
Pza. 2.6	68	4,99
Pza. 2.7	65	4,77
Pza. 2.8	53	3,89
Pza. 3.1	14	1,03
Pza. 3.2	15	1,10
Pza. 3.3	9	0,66
Pza. 3.4	28	2,05
Pza. 3.5	39	2,86
Pza. 3.6	77	5,65
Pza. 3.7	83	6,09
Pza. 3.8	62	4,55
Pza. 4.1	14	1,03
Pza. 4.2	13	0,95
Pza. 4.3	15	1,10
Pza. 4.4	26	1,91
Pza. 4.5	30	2,20
Pza. 4.6	69	5,06
Pza. 4.7	75	5,50
Pza. 4.8	66	4,84
	1.363	100,00

Nota: Ficha de recolección de datos de la parroquia Colón cantón Portoviejo.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

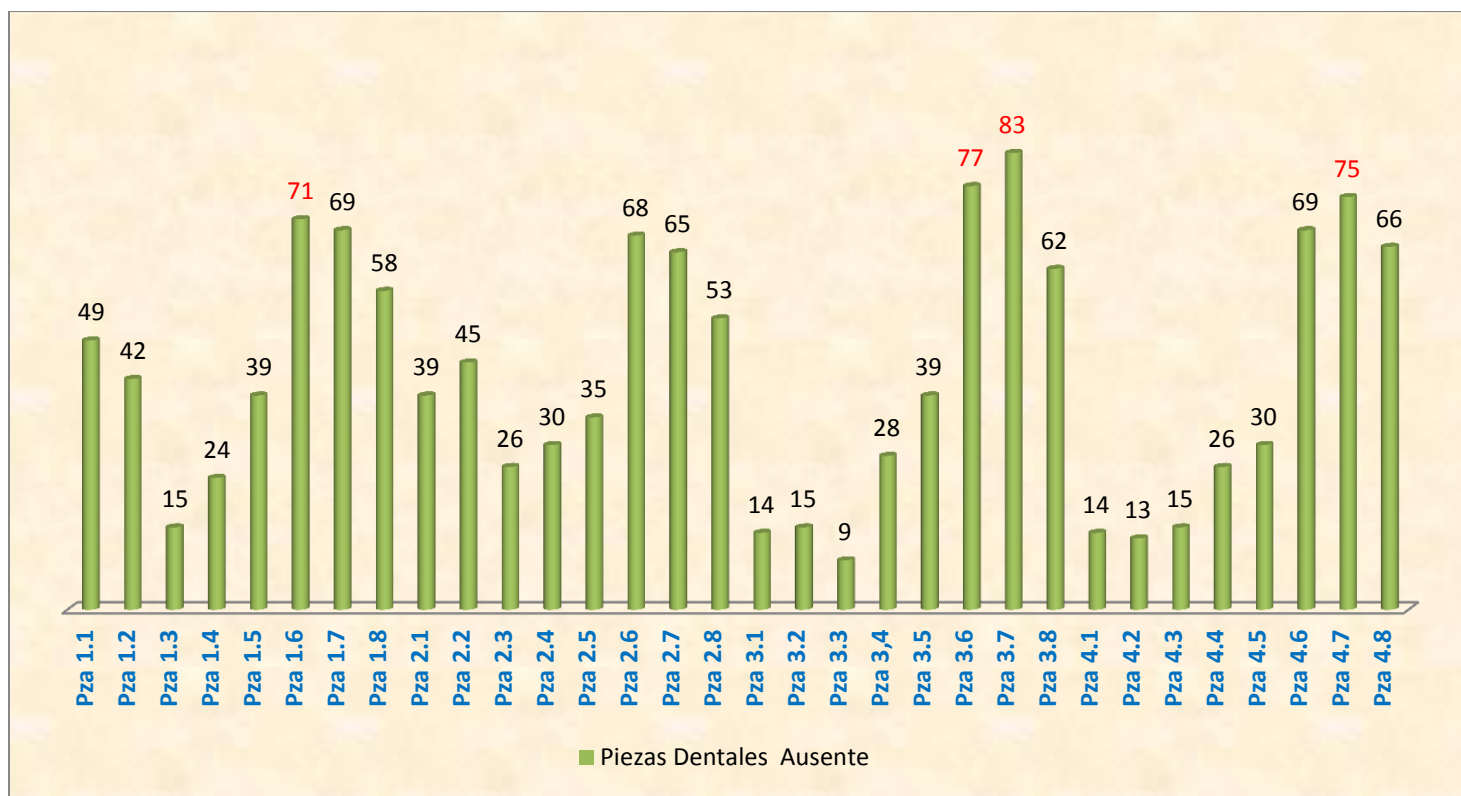


Grafico N°. 19. Frecuencia De Piezas Dentales Perdidas En Los Habitantes De La Parroquia Colon Del Cantón Portoviejo.
 Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Cap. IV, p. 67.

Análisis e Interpretación de los resultados.

Las fichas de recolección de datos que se utilizó con las 150 personas de la parroquia Colón, muestran que de acuerdo a lo observado en cada una de las personas las piezas que hay en mayor ausencia o perdida es la 3.7 con un porcentaje de 6.09% correspondiente a 83 personas, seguida por la pieza 3.6 con 5.65% con un total de 77 personas y en tercer lugar se encuentra la pieza 4.7 con 5.50% correspondiente a 75 personas.

Revisando la tesis de López⁶² (2009) puedo comparar que:

Se encontró que la pieza ausente con mayor frecuencia fue la número 4.6 con el 5,30% (118 casos), y la menos frecuente fue la número 3.3 con 0.45% (10 casos). Sin embargo, la mayor cantidad de piezas ausentes en total, se observó a nivel del maxilar superior con el 55.45% (1236 piezas) y a su vez en la hemiarcada izquierda con 28,53% (636 piezas). (p.55).

⁶² López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [12 de junio, 2014] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Una vez que se llenaron las fichas y se distribuyeron de acuerdo a los parámetros que se requirieron en este estudio, se concluye que de acuerdo a los objetivos establecidos en el presente trabajo los resultados son los siguientes:

De acuerdo a la clasificación de Kennedy en edentulismo parcial, se encontró que la Clase III es la de mayor frecuencia en ambos maxilares dentro de la población que fue parte de este estudio, seguida por la Clase I y en tercer lugar la Clase II, mientras que las de menor frecuencia fueron las Clase IV y la Clase V y finalmente la Clase VI no tuvo ningún caso en los maxilares superior e inferior.

Se encontró que el edentulismo parcial con sus respectivas modificaciones en la Clase I-1 se encontraron la mayor frecuencia, seguida por la Clase II- 1 la Clase III-1 ubicándose en tercer lugar respectivamente.

En lo que se refiere a ambos maxilares de manera conjunta, la mayor frecuencia se estableció en la Clase III para ambos sexos, para lo cual el sexo Masculino fue la que mayor cantidad de personas obtuvo y el sexo Femenino con menor cantidad de personas.

De acuerdo a la clasificación de Kennedy, en edentulismo parcial en ambos maxilares, con respecto a las edades, se concluye que en la Clase I, predomina el rango entre 61-70 años.

En la Clase II, predomina el rango entre 51-60 años, en la Clase III, predomina el rango entre 30-40 años, en la Clase IV, predomina el rango entre 51-60 años.

Se encontró que en la parroquia Colón a pesar de contar con un centro de Salud, aún falta realizar más estudios con respecto a los casos de edentulismo parcial que presenta la población.

No existe una campaña continua sobre la salud oral en la parroquia Colón del cantón Portoviejo, que permita concientizar a la población de la misma.

Siendo este el primer trabajo de investigación en la parroquia Colón, se concluye que las instituciones como la Universidad a través de sus estudiantes realicen este tipo de trabajo lo que permitirá que exista un mejor entendimiento por parte de los pobladores de la parroquia.

No se cuenta con los equipos necesarios para realizar los tratamientos de prótesis parcial en la salud oral, por lo que los servicios de salud pública aún son deficientes en dicha área.

5.2. Recomendaciones.

Se recomienda que en base a estos resultados se tomen las medidas pertinentes tanto en la mejor distribución de las políticas de prevención como en el mejor manejo clínico de los casos de Clase III y Clase I, al ser estas las clases de Kennedy que con mayor prevalencia encontramos.

Además que se realicen estudios más extensos y con mayor frecuencia, no solo a nivel de cierta población de la ciudad sino a nivel provincial, ya que es conocido que el nivel socioeconómico e intelectual repercute en el cuidado de la salud bucal siendo probable que la prevalencia de edentulismo parcial varíe en poblaciones menos urbanizadas y por lo tanto con menor acceso a la información en el cuidado de la salud oral.

Realizar campañas informativas, para de esta manera informar a la población sobre la importancia de la salud oral.

Siendo las instituciones universitarias las formadoras de los presentes y futuros profesionales sería imprescindible que ellas desarrollen este tipo de análisis con el objetivo de concientizar a la población universitaria acerca del estado del edéntulo parcial y del estado de conservación de las piezas dentarias.

Al haberse encontrado un número importante de pacientes con necesidad de tratamiento de prótesis parcial removible que vienen la parroquia Colon sería imprescindible mejorar el equipamiento de los servicios de salud pública y de personal que participa en el proceso de atención al paciente de dicha población y así poder cubrir satisfactoriamente la gran demanda de tratamientos, así como capacitarlo constantemente en el diagnóstico del tipo de edentulismo parcial y en la elaboración de aparatos protésicos correspondientes.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación de la propuesta.

6.1.1. Tema de la propuesta.

Proponer la realización de campañas informativas dirigidas a la población adulta de la parroquia Colón del cantón Portoviejo para informar sobre edentulismo y la clasificación de Kennedy por parte de los estudiantes de Odontología.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Agosto del 2014.

6.1.3. Descripción de Beneficiarios.

Directos: Habitantes del cantón Colón.

Indirectos: Estudiantes de Odontología.

6.1.4. Clasificación: material didáctico educativo.

6.1.5. Localización: dirigido a los habitantes de la parroquia Colón a través de los profesionales en proceso de formación de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.2. Justificación.

Examinando la obra de Villanueva y Ríos⁶³ (2009) puedo citar que:

A nivel mundial, en los adultos se ha encontrado una deficiente higiene oral evidenciándose así un alto nivel de pérdida de piezas dentarias, caries dental, alta prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y lesiones pre malignas o cáncer oral. El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, lo cual ocasiona la disminución de la capacidad masticatoria. (párr. 1).

En su estudio Crespo⁶⁴ (2009) entiendo que:

La educación para la salud permite que el individuo adquiera una responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable. Forma parte de la ciencia preventiva definida como “todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud posible” y está relacionada con la promoción de salud que se sustenta en medidas preventivas que actúan sobre la protección de la salud, pero se diferencia de estos en que es la

⁶³ Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, junio, 2014]. Disponible en: http://www.visiondental.pe/user/ed59_01_p2.php

⁶⁴ Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita Y., Torres, P., Márquez, M. (2009). Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN. 13. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014

salud positiva (aumento de la salud) y no solo su conservación. Para alcanzarla hay que intervenir sobre la calidad y estilos de vida, sobre lo cual se apoya la epidemiología, que no solo estudia enfermedades, sino todo tipo de fenómeno relacionado con la salud, entre los que se encuentran los hábitos de vida, como el consumo de tabaco o la higiene bucodental, entre otros y que constituyen factores de riesgo para contraer las enfermedades. (párr. 1).

6.3. Marco institucional.

Creada como parroquia rural según ordenanza municipal del 11, 13 y 14 de julio de 1911; mediante acuerdo ejecutivo aprobada el 29 de julio de 1911; publicado en registro oficial #1607 del 7 de agosto de 1911. Fue designada como parroquia urbana en la administración del Ing. Eduardo Izaguirre Vélez con la ordenanza municipal del 1 y 2 de marzo de 1977; según acuerdo ejecutivo #137 del 8 de marzo de 1977. Colon era un caserío pequeño que tuvo inicialmente un nombre muy sugestivo, por 1850 se llamaba Guamán con cuatro casas rodeadas de fincas cuyos propietarios eran de Portoviejo. El nombre de Guamán se lo utilizó hasta 1888 cuando el obispo Pedro Schumacher ante lo hermoso del recinto y lo alejado de la ciudad ordena la construcción de una capilla. Así el obispo considero bueno cambiar el nombre de Guamán por un santo como el de San Rafael. El sitio fue de importancia por su comercio, agricultura y población, siendo elevado a la categoría de parroquia urbana con el nombre de Colon en memoria del ilustre navegante descubridor de América.

Los iniciadores de la fundación de esta parroquia fueron don Félix Álvarez Guadamud, don Gumersindo Moreira, don Carlos Zambrano Cedeño, don Clemente Cedeño Vincés.

La parroquia colon se encuentra situada a 7 Km de la cabecera cantonal Portoviejo. En el sitio el Cady se encuentra ubicada la estación experimental Portoviejo del INIAP. Instituto de Investigaciones Agropecuarias.

La parroquia colon está atravesada por el rio Portoviejo y se la conoce como el jardín del Cantón. Su población es de 13.315 habitantes, tiene una extensión territorial de 122,03 Km2.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Proporcionar un material didáctico educativo dirigido a los habitantes de la parroquia Colón del cantón Portoviejo a través de los profesionales de odontología en proceso de formación para mejorar la salud oral.

6.4.2. Objetivos específicos.

-Mejorar el diagnóstico de edentulismo parcial en la población.

-Promover actividades preventivas entre profesionales y estudiantes de odontología.

6.5. Descripción de la propuesta.

Es importante que el odontólogo en su consulta con una revisión de rutina pueda identificar y diagnosticar si el paciente presenta edentulismo parcial, la frecuencia y clasificarla de acuerdo a lo indicado por Kennedy; es por ello que mediante la difusión de las campañas informativas se pretende instruir a la población del cantón Colón y llegar a mas habitantes a través de los estudiantes de odontología.

6.6. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta es necesaria la colaboración y predisposición de los estudiantes de odontología al momento de afianzar los conocimientos para que así puedan ponerlo en práctica los conocimientos sobre edentulismo parcial y poder realizar la clasificación de acuerdo a las clases establecidas.

6.7. Presupuesto.

Cuadro 21.
Presupuesto de la propuesta.

Acciones.	Recursos.	Cuantía.	V. unitario.	V. total.	Inversión.
Diseño de trípticos.	Ingeniero gráfico.	1	\$ 20	\$ 20	Autor.

Elaboración de trípticos.	Copias a color.	500	\$ 0,30	\$150,00	Autor.
Viáticos.	Movilización.			\$ 60	Autor.
Subtotal.				\$ 230,00	Autor.
Imprevisto.			10 %	\$ 23,00	Autor.
Total.				\$ 253	Autor.

Nota: presupuesto de la propuesta.

Fuente: realizado por la autor de esta tesis. p. 77.

6.8. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible por que los resultados que ofrece la investigación realizada indica la necesidad de dar a conocer a los habitantes de la parroquia sobre el edentulismo parcial y capacitar sobre la salud oral que deben mantener. Es sostenible en el tiempo, además de que es ideal en la parte económica como para la salud de la población adulta que se atiende en el centro de salud de la parroquia Colón del cantón Portoviejo. La propuesta es sustentable pues usando los recursos necesarios, se podrá mejorar la calidad de vida de la población adulta e impacta positivamente en la sociedad, además de que estaría a cargo de los estudiantes de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Basker, R.M., Davenport, J.C., Thomason, J.M. (2012). Tratamiento Protésico en Pacientes Edéntulos (quinta edición). Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.
- 2- Bassi, F., Schierano, G., Previgliano, V. (2011). Rehabilitación Protésica. Prótesis Parcial Removible. Bogotá, República de Colombia: Editorial Amolca.
- 3- Borrás S., Rosell, C. (2011). Guía para la Reeducción de la Deglución Atípica y Trastornos Asociados. Valencia, Reino de España: Nau Libres.
- 4- Bortolotti, L. (2006). Prótesis Removible Clásica E Innovaciones (primera Edición). República Italiana: Editorial D'vinni Ltda.
- 5- Boucher, L. (2004). Rehabilitación del Desdentado Parcial. (Primera Edición). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Interamericana.
- 6- Carr, A., McGivney, G., Brown, D. (2006). McCracken Prótesis Parcial Removible (undécima edición). Madrid, Reino de España: Edide, S.L.
- 7- Gutiérrez L., Iglesias, E. (2009). Técnicas de ayuda odontológica estomatológica. Reino de España: Editex
- 8- Jaritzon, E. (2011). Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores. Reino de España: Servicio de Publicaciones.
- 9- Liendo, L. (2011). Hablemos entre Dientes. República del Perú: Editorial Milatem.
- 10- Loza, D., Valverde, H. (2006). Diseño de Prótesis Parcial Removible (primera edición). Madrid, Reino de España: Editorial Ripano.

11- Medina, F., Navarro, B. (2003). Prótesis Bucal Removible (primera edición). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Trillas S.A.

12- Pérez L, Quenta S, Cabrera M, Cárdenas C, Lazo N, Lagravére V. (2004) Caries dental en dientes deciduos y permanentes jóvenes: diagnóstico y tratamiento conservador (primera edición). Lima, Republica del Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

13- Preti, G., Bassi, F., Carossa, S., Catapano, S., Corsalini, M., Gastaldi, G., Pera, P., Schierano, G., Scotti, R. (2008). Rehabilitación Protésica. Tomo 2. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

14- Rendón, R. (2006). Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales Atlas de Diseño. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Medica Panamericana.

15- Belaunde, M.A. (2011). Relación Entre El Acceso A La Atención Dental Y El Edentulismo En Pobladores De 18 A 65 Años De Edad Del Distrito De Cajabamba, Provincia De Cajabamba, Departamento De Cajamarca, Durante El Periodo Febrero – Mayo De 2011. Tesis De Grado De Cirujano Dentista. Universidad Peruana Cayetano Heredia. República del Perú. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAALEJANDRABELAUNDEGOMEZ.pdf>

16- Bellamy, C., Moreno, A., (2014). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral, perdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. Avances en Estomatología. 30. [En línea.]. Consultado: [9, mayo, 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000400003&lang=pt

- 17- Borja, P. (2012). Edentulismo y sus incidencias en el conjunto de estructuras esqueléticas – musculares de la Cavidad Oral en el periodo 2012. Tesis de grado de odontología Universidad San Gregorio de Portoviejo, República del Ecuador. [En línea]. Consultado: [22, febrero, 2014] Disponible en: <http://186.42.197.150/tes/odo/T467.pdf>
- 18- Cancio, O., Nápoles, I., Marín, I., Ley, L. (2009). Necesidad de prótesis en pacientes mayores de 15 años. Revista Archivo Médico de Camagüey. 13. [En línea]. Consultado: [3, febrero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000400004&lng=es&nrm=iso
- 19- Clínica Dental San José (2014) Periodoncia. [En línea]. Consultado: [11, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.clinicadental-sanjose.es/servicios/2011-03-23-21-52-24/periodoncia>
- 20- Colgate. (2014). Educación para el paciente: Artículo. ¿Qué son las caries?. [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.colgateprofesional.com.ec/pacientes/Que-son-las-caries/articulo>
- 21- Crespo, M., Riesgo, Y., Laffita Y., Torres, P., Márquez, M. (2009). Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN. 13. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400014
- 22- Diaz, P. G. (2009). Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. Tesis para optar el título profesional

de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2180/1/diaz_mp.pdf

23- Esquivel, R., Jiménez, R. (2012). Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. REVISTA ADM. 69. [En línea]. Consultado: [2, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2012/od122f.pdf>

24- Fleites, T., López, L., Salmerón, M. (2010). El cuidado de la salud bucodental mediante la promoción de salud. Medicentro Electrónica. 14. [En línea]. Consultado: [2, Mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/119/148>

25- Henriques, J., Soares, G., Hordonho, P., Moura, C., Santos, E., De Souza Coelho, R. (2013). Impacto del Edentulismo en la Calidad de Vida de Individuos Brasileños. Acta Odontológica Venezolana. 51. [En línea]. Consultado: [21 de mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art9.asp>

26- Listerine (2013). Salud Bucal. La flora bucal un equilibrio delicado de mantener. [En línea]. Consultado: [30, mayo, 2014]. Disponible en: www.listerine.es/enjuague-bucal/higiene-bucal

27- López, J. V. (2009) Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". TESIS para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú. [En línea]. Consultado:

[14, mayo, 2014]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2170/1/lopez_oj.pdf

28- Rangel, J., García, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., & Gutiérrez, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología. 46. [En línea]. Consultado: [28, abril, 2014]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

29- Sánchez, A. (2009). Clasificación del paciente parcialmente edéntulo según el método del colegio americano de Prosthodontia y su relación con el estado periodontal en sujetos tratados en la universidad central de Venezuela. Acta Odontológica Venezolana. 47. [En línea]. Consultado: [23, mayo, 2014]. Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art4.asp>

30- Vieira, J. (2009). 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. 47. [En línea]. Consultado: [21, mayo, 2014]. Disponible en:
<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art20.asp>

31- Villanueva, K., Ríos, K., (2012). Edentulismo Parcial Según Clasificación de Kennedy. Visión Dental Revista Estomatológica Peruana. Edición 59. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014]. Disponible en:
http://www.visiondental.pe/user/_ed59_01_p2.php

32- Von Marttens, A., Carvajal, J., Leighton, Y; von Marttens, M., Pinto, L. (2010). Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 3. [En línea]. Consultado: [15, mayo, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072010000100005&script=sci_arttext

33- Zúñiga, C., Sotela, P. (2012). Prótesis Parcial Removible Bimaxilar: Reporte de caso. iDental Revista electrónica de la facultad de odontología. 5. [En línea]. Consultado: [27, febrero, 2014]. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/71_8.zunigacsotelap..pdf

ANEXOS.

Figura No. 1

Esquema de arcada recortada con estabilización dentaria y mandibular

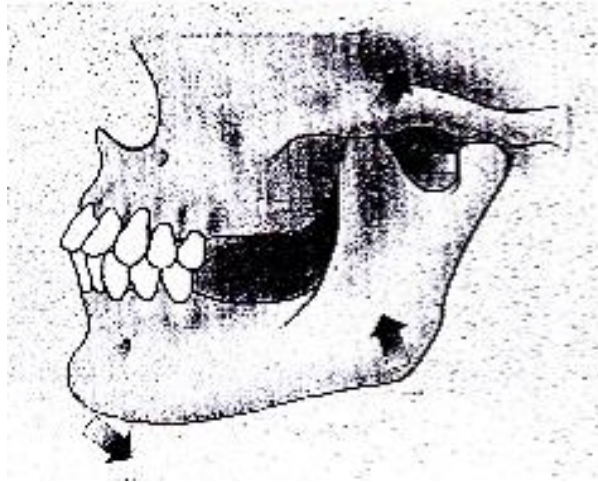


Figura No.2

Esquema de arcada recortada con migración dentaria con pérdida de estabilidad mandibular y pérdida de la dimensión vertical de oclusión

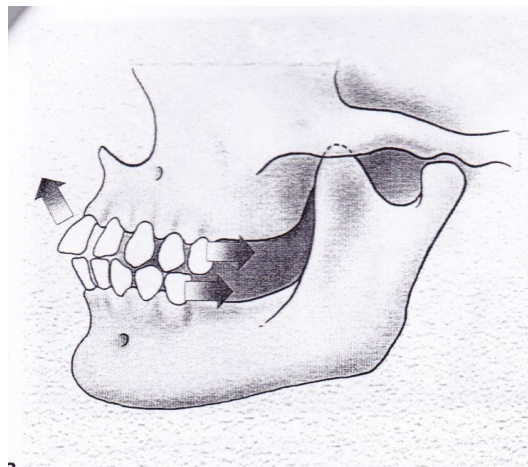


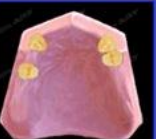

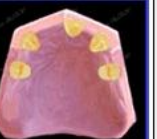



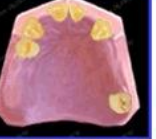
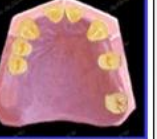




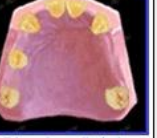







Figura No. 3

Clasificación Según Kennedy Y Sus Modificaciones

<p>CLASSE I Edentation bilatérale postérieure</p> <p>Cette classe d'édentation est caractérisée par la perte des dents cuspidées. Elle peut entraîner chez le patient une diminution de la dimension verticale d'occlusion (D.V.O) et des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (A.T.M)</p> <p>Subdivisions Chacune des classes est déterminée par le segment édenté le plus postérieur. Chaque segment édenté additionnel est considéré comme une modification.</p>	<p>Classe I</p> 	<p>Classe I modification 1</p> 	<p>Classe I modification 2</p> 	<p>Classe I modification 3</p> 	<p>Classe I modification 4</p> 
<p>CLASSE II Edentation unilatérale postérieure</p> <p>Cette classe présente des appuis dentaires et muqueux. Il s'agit d'un édentement unilatéral capable de provoquer des troubles de l'articulation.</p>	<p>Classe II</p> 	<p>Classe II modification 1</p> 	<p>Classe II modification 2</p> 	<p>Classe II modification 3</p> 	<p>Classe II modification 4</p> 
<p>CLASSE III Edentation antérieure encastrée</p> <p>Cette édentation est encastrée entre une ou plusieurs dents qui serviront de support à la prothèse.</p>	<p>Classe III</p> 	<p>Classe III modification 1</p> 	<p>Classe III modification 2</p> 	<p>Classe III modification 3</p> 	<p>Classe III modification 4</p> 
<p>CLASSE IV Edentation antérieure encastrée</p> <p>Dans cette classe, lors de la réalisation de la P.A.P sera d'ordre esthétique. Il sera aussi important de pouvoir assurer au patient une bonne incision.</p>		<p>CLASSE V Edentation unilatérale de très grande étendue.</p> 	<p>CLASSE VI Edentation bilatérale de très grande étendue.</p> 		

Anexo No. 1

Planilla De Consentimiento Informado

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en, _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: "EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LA POBLACIÓN ADULTA DE 30 A 70 AÑOS DE LA PARROQUIA COLON DEL CANTÓN PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO MARZO – AGOSTO 2014" El egresado CRISTHIAN IGNACIO CEDEÑO MENDOZA de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, del presente estudio, me han informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacerles preguntas acerca de todos los aspectos del estudio. Independientemente de esto me han entregado una copia del documento de información para la participación en el estudio.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado y de ser necesario con los miembros de su equipo. En caso de notar algo inusual durante la investigación, se lo haré saber inmediatamente.

Me consta que si así lo deseo, puedo interrumpir mi participación en cualquier momento y que esto no afectará mi atención médica en la adelante.

Estoy de acuerdo con mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de las autoras principales de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades médicas y por los miembros del equipo de investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Cristhian Ignacio Cedeño Mendoza

Egresado De La Carrera De Odontología

Nombre Y Firma Del Participante

Nombre Y Firma De Testigo

Anexo No. 2.

Cuadro 22.
Presupuesto de la investigación.

Rubros	Cant.	Unidad	Costo Unitario	Costo Total
Tinta	6	Cartuchos	30.00	180.00
Caja de mascarillas	2	Caja	7.00	14.00
Caja de guantes	2	Caja	15.00	30.00
Instrumental de diagnóstico.	20	Unidad	2.00	40.00
Fotocopias	50	Unidad	0.05	2.50
Anillados	1	Unidad	1.00	1.00
Movilización	60	Pasajes	0.25	15.00
Imprevistos (10%)				38.25
Total				320.75

Nota: Presupuesto correspondiente a la elaboración del proyecto de esta tesis.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 89.

Anexo No. 3

**Cuadro 23.
Cronograma de Actividades.**

Meses	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión de la literatura	x	x																						
Confección del proyecto			x	x																				
Recolección de datos					x	x	x	X																
Procesamiento de datos							x	X	x	x	x	x												
Presentación de resultados y discusión													x	x	x	x	x							
Escritura de informe final o tesis																		X	x	x				
Entrega de Tesis																						x		
Sustentación																								

Nota: Cronograma de actividades. Anexos, p. 90.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis.

Anexo No. 4.

División Política Portoviejo.
Parroquia Colón



Anexo No. 6

Ficha De Recolección De Datos

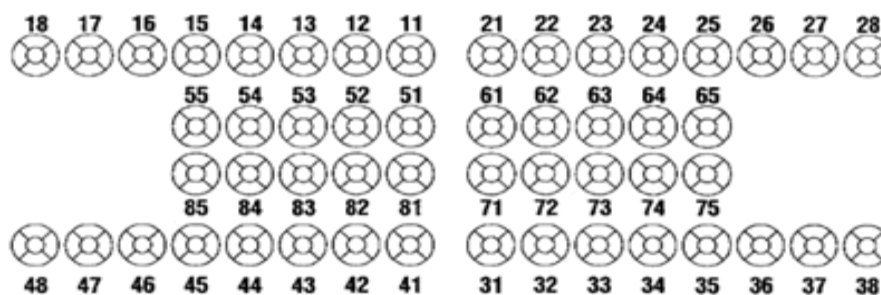
No. del paciente _____

Sexo: _____

Nivel Educativo: _____

Edad: _____

No. de Historia Clínica. _____



Piezas Ausentes	Maxilar Superior		
	Maxilar Inferior		
Clasificación De Kennedy	Maxilar Superior	I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
		VI	
		Modificado	
	Maxilar Inferior	I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
		VI	
		Modificado	

Nota: Ficha de recolección de datos correspondiente a la elaboración del proyecto de esta tesis.

Fuente: Elaborado por el autor de esta tesis. Anexos, p. 92.

Población por sexo

Parroquia	Hombre	Mujer	Total
12de Marzo	5.777	6.425	12.202
18 de Octubre	18.892	20.681	39.573
Picoaza	6.246	6.288	12.534
Andres de Vera	39.048	41.289	80.337
Portoviejo	1.644	1.884	3.528
San Pablo	4.273	4.293	8.566
Francisco Pacheco	11.751	12.302	24.053
Simón Bolívar	6.137	6.437	12.574
Colón	6.738	6.577	13.315
Total	100.506	106.176	206.682

Fuente: CPV 2010

*40 - 70 años
Solamente
C. Hurtado*



Dirección Regional del Litoral
Hurtado 1001 y tungurahua
Telfs.: (593-4) 2362 697 / 2362 787
Fax: (593-4) 2450 374
e-mail: regional_litoral@inec.gov.ec
www.inec.gov.ec
Guayaquil - Ecuador

