

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
CARRERA DE ODONTOLOGÍA.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO.**

TEMA:

Clasificación de Kennedy aplicada en los pacientes de la Clínica
Odontológica III en la Carrera de Odontología de la ULEAM, periodo
2023-2.

AUTOR:

Karla Gabriela Ordóñez Carrión.

TUTORA:

Dra. Sandra Sandoval Pedauga. Esp.

MANTA-MANABÍ-ECUADOR.

2024

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por **KARLA GABRIELA ORDOÑEZ CARRION** es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la carrera de Odontología de la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí".

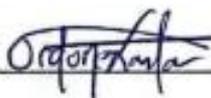
Sandra Sandoval.

Dra. Sandra Sandoval Pedauga, Esp.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, KARLA GABRIELA ORDOÑEZ CARRION con C.I 131217363-4, en calidad de autor del proyecto de titulación titulado "Clasificación de Kennedy aplicada en los pacientes de la Clínica Odontológica III en la carrera de odontología de la ULEAM, periodo 2020-2". Por la presente autorizo a la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí" hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19, y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Karla Gabriela Ordoñez Carrión

131217363-4

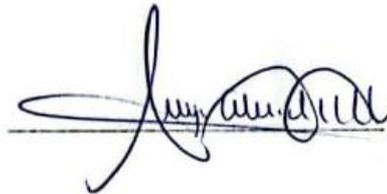
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Odontología

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el proyecto de investigación sobre el tema:

“CLASIFICACIÓN DE KENNEDY APLICADA EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA III EN LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA ULEAM, PERIODO 2020-2”

Presidente del tribunal
Dra. Freya Andrade Vera, Esp.



Miembro del tribunal
Dra. Ximena Arteaga Espinoza, PhD.



Miembro del tribunal
Dr. Miguel Carrasco Sierra, Esp.



Manta, 29 de enero del 2025.

DEDICATORIA.

A mis padres, por su amor incondicional, su paciencia infinita y por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia. A mis hermanos, por su apoyo constante, sus palabras de aliento y por recordarme siempre que los límites están solo en la mente. A mis amigos, por estar a mi lado en cada etapa de este camino, celebrando mis logros y dándome fuerza en los momentos difíciles. A mis maestros y mentores, por compartir su conocimiento, su guía y por inspirarme a dar siempre lo mejor de mí.

Finalmente, dedico este logro a mí mismo, por no rendirme ante las adversidades, por creer en mis capacidades y por demostrarme que los sueños se alcanzan con trabajo y determinación.

AGRADECIMIENTOS

Al culminar esta etapa tan significativa en mi vida, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, contribuyeron a que este trabajo y mi formación fueran posibles.

En primer lugar, agradezco a mis padres, Annie y Gustavo, cuyo amor, sacrificio y apoyo incondicional me han permitido llegar hasta aquí. Gracias por enseñarme con su ejemplo que el esfuerzo y la perseverancia son el camino para alcanzar los sueños. A mis hermanos, por ser mi inspiración y mi soporte, por sus palabras de aliento y por estar siempre a mi lado, en los buenos y en los malos momentos.

A mis profesores y mentores, por su guía, su paciencia y por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias. A mis amigos y compañeros, por las horas de estudio compartidas, las risas que aligeraron el camino y su apoyo incondicional en los momentos más desafiantes.

Finalmente, agradezco a mí misma por no rendirme, por aprender de los errores y por mantener la determinación de seguir adelante, incluso en los días más difíciles.

Este logro no es solo mío, sino de todos los que me acompañaron en este viaje.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTOS.....	6
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	12
Planteamiento del problema.....	12
Formulación del problema.....	13
Objetivos de la investigación.....	13
Justificación del estudio.....	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	15
Antecedentes.....	15
Bases teóricas.....	18
Edentulismo Parcial.....	18
Causas del Edentulismo Parcial.....	19
Consecuencias del Edentulismo Parcial.....	19
Clasificación de Kennedy.....	20
Reglas de Applegate.....	21

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	22
Diseño investigación.....	22
Población y muestra.....	22
Lista de establecimientos.....	22
Criterios de inclusión y exclusión.....	22
Técnicas.....	23
Instrumentos.....	23
Variables.....	24
Tipo de dato solicitado.....	24
Operación de Variables.....	24
Procedimiento.....	25
Equipo y Materiales.....	25
Análisis Estadístico.....	25
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	26
Análisis de los datos.....	26
Discusión de los resultados.....	38
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

RESUMEN

En el edentulismo parcial la pérdida dentaria afecta tanto la salud mental y física, influye en el sistema estomatognático, altera la oclusión, funcionalidad, pronunciación y estética, por lo tanto, es necesario utilizar la clasificación de Kennedy para determinar el tratamiento más adecuado. El estudio es de enfoque cualitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, con el objetivo de determinar la prevalencia de pacientes edéntulos parciales de la Clínica Odontológica III de la ULEAM en el periodo 2023-2 según la clasificación de Kennedy. Se revisó un total de 286 pacientes, de acuerdo a criterios de inclusión, se seleccionaron 103 pacientes, 34 masculinos y 69 femeninos. Los datos sobre el género, edad, parroquia, nacionalidad, arcada dentaria y clases de Kennedy de cada paciente fueron procesados en Microsoft Excel. Se registran 206 casos correspondientes a ambas arcadas (superior e inferior), de los cuales 173 casos presentan edentulismo parcial. Para analizar los datos se empleó estadística descriptiva de frecuencias absolutas y relativas. Para presentar los datos se usó tablas simples, diagrama pastel y de barras. **Resultados**, existe un porcentaje alto en pacientes edéntulos parciales bimaxilares, respecto al edentulismo parcial es mayor en mujeres, en arcos inferiores, en las parroquias Manta y Tarqui, en la nacionalidad ecuatoriana. Así mismo, se muestra mayor prevalencia de clase III de Kennedy en ambas arcadas, ambos géneros, en el rango de 43-61 años, tanto en las parroquias urbanas como rurales. **Conclusiones**, de los pacientes atendidos, la clase III predomina ante las demás clases de Kennedy y la clasificación con menos casos fue la clase IV.

Palabras Claves: Prevalencia, edentulismo parcial, clínica odontológica III, clasificación de Kennedy.

ABSTRACT

In partial edentulism, tooth loss affects both mental and physical health, influences the stomatognathic system, alters occlusion, functionality, pronunciation and aesthetics, therefore, it is necessary to use Kennedy's classification to determine the most appropriate treatment. This research has a qualitative, descriptive, observational, cross-sectional and retrospective approach, with the aim of determining the prevalence of partial edentulous in the Dental Clinic III of the ULEAM in the period 2023-2 according to the Kennedy classification. A total of 286 patients were reviewed, according to inclusion criteria, 103 patients were selected, 34 male and 69 female. Data on each patient's gender, age, county, nationality, dental arch, and Kennedy classes were processed in Microsoft Excel. There are 206 cases corresponding to both arches, of which 173 present partial edentulism. For the analysis, descriptive statistics of absolute and relative frequencies were used. The results show that there is a high percentage in partial bimaxillary edentulous patients, compared to partial edentulism it is higher in women, in lower arches, in the counties of Manta and Tarqui, in the Ecuadorian nationality. Likewise, a higher prevalence of Kennedy class III is shown in both arches, in both genders, in the range of 43-61 years and in urban and rural counties. Concluding that, of the patients treated, class III predominates over the other classes and the Kennedy class with the fewest cases was class IV.

Keywords: Prevalence, partial edentulism, dental clinic III, Kennedy classification.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es la pérdida dentaria permanente en un individuo. Según la OMS (2018), la prevalencia promedio mundial estimada del edentulismo entre las personas de 20 años o más es del 7% y en personas mayores a 60 años se incrementa en un 23%. Puede considerarse como un indicador de salud oral sobre una población y relacionarse a una menor calidad de vida. Según Canchanya et al (2023), la pérdida dentaria conlleva al deterioro físico, funcional, mental y psicológico. Caguana (2023) considera que el edentulismo no es exclusivo de la adultes, puede resultar de la acumulación de patologías orales que han provocado daños irreparables en las estructuras dentarias.

Huamanciza-Torres et al (2019) menciona que la incidencia del edentulismo parcial es especialmente alta en grupos con menos recursos económicos y en condiciones socioeconómicas desfavorecidas. Las personas edéntulas por inseguridad e inferioridad tienen menos participación en actividades sociales (Cargua, 2019).

Una elevada presencia de factores de riesgo como la ingesta de comidas calientes o picantes, el hábito de fumar, uso de prótesis e ingestión de alcohol provocan daños en la salud bucodental, desarrollando lesiones como el émulis fisurado, la estomatitis subprotésica y leucoplasias. Por lo tanto, estos factores de riesgo evidencian una baja calidad en promoción y prevención de salud. González et al (2010).

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El edentulismo parcial es una condición prevalente que afecta a un considerable número de pacientes en las clínicas odontológicas. Ante este desafío clínico, la clasificación de Kennedy se presenta como una herramienta fundamental para la planificación y tratamiento de pacientes con edentulismo parcial. Sin embargo, a pesar de la importancia reconocida de la clasificación de Kennedy, persisten interrogantes y desafíos en su aplicación práctica en el contexto de las clínicas odontológicas. Por ello, la importancia de poder determinar la prevalencia de los pacientes edéntulos parciales según la Clasificación de Kennedy, atendidos en la Clínica Odontológica III de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el periodo 2023-2. Analizar las clasificaciones de Kennedy por arcada y valorar la mayor o menor prevalencia de acuerdo al género, edad, arcada, parroquia y nacionalidad de los 103 pacientes.

Es crucial comprender la efectividad y la relevancia de esta clasificación en la atención de pacientes con edentulismo parcial, así como identificar posibles áreas de mejora o limitaciones en su aplicación clínica.

Mediante la investigación y el análisis riguroso de estas cuestiones, se espera generar conocimientos significativos que contribuyan a mejorar la práctica clínica y la calidad de atención para pacientes con edentulismo parcial en el ámbito de la odontología.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia del edentulismo parcial y clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el periodo 2023-2?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

GENERAL.

Determinar la prevalencia del edentulismo parcial y clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el periodo 2023-2.

ESPECÍFICOS.

1. Determinar la Arcada dentaria más afectada.
2. Estimar la prevalencia según Género.
3. Establecer la prevalencia según Grupo etario.
4. Fijar la prevalencia según Parroquias urbanas y rurales.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El interés de esta investigación consiste en precisar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica odontológica III de la ULEAM en la ciudad de Manta.

Mediante este trabajo se logrará analizar la incidencia en ciertas variantes como la edad, el género y el arco dentario predominante en los pacientes. Partiendo de bases teóricas recopiladas de diversos artículos de relevancia científica detallando datos y comparaciones reales y concretas.

Hasta el momento no existe un reporte de la cantidad de pacientes edéntulos parciales y su clasificación de Kennedy que acudan al servicio de rehabilitación oral de la carrera de odontología en Manta con necesidad de tratamiento protésico.

Para realizar este proyecto se dispone de recursos tecnológicos y bibliográficos, con el fin de que sea útil para investigaciones posteriores para la comunidad estudiantil y egresados de la carrera de odontología de la ULEAM.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES.

Edentulismo parcial en América Latina.

En América Latina, la prevalencia del edentulismo parcial varía significativamente entre los diferentes países y grupos etarios. A continuación, se presentan algunos estudios destacados:

Según la investigación de Vizcaino y Armas (2022), realizado con el objetivo de conocer la prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina, se evidencia una variación significativa del edentulismo parcial entre los diferentes países, siendo el 83,3% en Paraguay, 66,7% en Venezuela, 61,4% en México, 60,8% en Brasil, 48,7% en Colombia, 35,2% en Uruguay, 21,4% en Ecuador y 20,4% en Bolivia. Estos hallazgos indican que, aunque el edentulismo es una condición común en la población geriátrica, señala la urgente necesidad de mejorar el acceso a servicios de salud bucal desde etapas tempranas de la vida.

En los pacientes atendidos en la Universidad Nacional de Asunción en Paraguay, de 73 expedientes clínicos, el 63% era de género femenino, el 47,95% eran personas adultas jóvenes de 25-40 años, la clase III de Kennedy muestra mayor prevalencia con el 57,53% en el maxilar superior y el 43,84% en mandíbula. Recalca la importancia de una política nacional de salud bucodental enfocada en la rehabilitación del paciente edéntulo y la atención del adulto mayor. Goiriz (2023).

En un estudio en Venezuela sobre la frecuencia de maxilares parcialmente edéntulos se describió que, de los 290 casos registrados, existe mayor prevalencia de la clase I de Kennedy en arcada inferior mientras que en la arcada superior es la Clase III. Sánchez (1993).

En un estudio de Tirado et al (2024), en Colombia, de los 111 pacientes atendidos en la clínica universitaria de Cartagena, el 75% eran del género femenino, el 47% del edentulismo se presentó en la mandíbula, seguido del edentulismo bimaxilar, predominó la clase III en el maxilar y la Clase I en la mandíbula.

En una investigación de Matuz, A. (2020), en México, en la clínica de especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, de una muestra de 183 individuos se encontró que existe un mayor número de casos de edentulismo parcial en clase II de Kennedy en mujeres en arcada superior y en personas mayores de 60 años. En el maxilar superior la clase II con un 38,75% y en mandíbula la clase I con un 35,71%. En el género masculino fue la clase III (32,65%) y en el femenino la clase II (67,34%).

En un estudio de Rodríguez, R. (2015), realizado en adultos mayores del hogar de ancianos San Ramón en la Paz en Bolivia, de 164 residentes, se encontró que existe mayor prevalencia de edentulismo parcial en ambos sexos en la clase I de Kennedy, entre 70-80 años, en ambos maxilares, seguido de la clase II.

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú, de 100 pacientes, se identificó que la Clase III de Kennedy era el tipo de edentulismo parcial más frecuente, tanto en la arcada maxilar (50%) como en la mandibular (49%). La mayoría de los pacientes eran de nivel socioeconómico-cultural medio (83%). En ambas arcadas la clase III predominó en las edades de 20-39 años y de 40-59 años y la clase II en el grupo de 60 años en adelante. Huamanciza-Torres et al (2019).

Edentulismo Parcial a nivel Nacional.

En el Ecuador existe una alta prevalencia e incidencia de patologías bucodentales así como en muchos países de Latinoamérica, es un problema de salud pública debido al costo de manejo y control. Según datos registrados de la OMS (2022), en el Ecuador, la prevalencia en

Ocaries no tratadas en dientes deciduos es de 45%, en dientes permanentes es de 38,7%, la prevalencia de enfermedades periodontales graves en individuos mayores de 15 años es del 19,2% y del edentulismo en mayores de 20 años es del 11,9%.

La Constitución Política del Ecuador expresa que la salud es un derecho fundamental y el Estado está encargado de garantizarla a través del sistema nacional de salud. Jiménez et al (2017). Por lo tanto, la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud, y su competencia es diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013).

El Ecuador ha aplicado diversas estrategias como la promoción y prevención a través de la enseñanza de técnicas de cepillado dental, detección temprana de placa bacteriana y charlas educativas motivadoras, sin embargo, las acciones ejecutadas no han recibido seguimiento y carece de datos para evidenciar su eficacia en la prevención de las patologías bucodentales Parise-Vasco, et al (2020).

Caguana (2023), en un estudio realizado en Cuenca-Ecuador, concluyó que de los 1501 casos, el sexo femenino fue el de mayor predominio con más del 61%, por edad fue del 26% en pacientes de 18 a 30 años, respecto a arcadas fue el inferior con 52% y según Kennedy fue la clase III con un 46%.

Cargua J. N (2016). En su investigación llevada a cabo en la Universidad de las Américas en Quito, de una muestra de 384 personas se encontró que la Clase III de Kennedy era la más común en la ciudad con 82,81%, la Clase II con 19,93%, la Clase I con 15,41% y la Clase IV con 11,39%. La clase III predominó, según edad de 30-39 años con 54,67%, según el género femenino con 31,83% y en el arco superior con 26,80%.

BASES TEÓRICAS.

Edentulismo parcial.

El edentulismo parcial se define como la ausencia de uno o más dientes naturales en una arcada, donde persisten otras piezas dentales. Se diferencia del edentulismo total, en el que no quedan dientes en la arcada afectada. Esta situación afecta notablemente funciones esenciales como la alimentación y el habla, impactando significativamente en la calidad de vida y en el desempeño diario de quienes la padecen. El edentulismo deteriora la función masticatoria y la oclusión dental, lo que puede llevar a problemas gastrointestinales y a una disminución en el estado nutricional. Canchanya N, H y Ortega J, E (2023),

Aunque se suele pensar que el edentulismo es exclusivo de la adultez, no es así. Esta condición puede surgir debido a una serie de factores acumulativos a lo largo del tiempo que provocan daños irreparables en las estructuras dentales. Si bien el desgaste fisiológico relacionado con la edad es una característica normal, la falta de una buena higiene bucal y los malos hábitos orales pueden llevar a alteraciones en los tejidos orales, aumentando la susceptibilidad a enfermedades como caries, enfermedades periodontales y traumatismos. Además, la salud bucal también puede verse afectada por otros factores significativos, como enfermedades sistémicas, condiciones socioeconómicas, estilo de vida (incluido el consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas) y enfermedades congénitas. Caguana (2023).

Otros factores de riesgo que podrían considerarse son, el tabaquismo asociado con enfermedades periodontales severa, una dieta alta en azúcares que promueva el desarrollo de caries, y por factores socioeconómicos con menor acceso a servicios odontológicos.

Causas de la pérdida de piezas dentarias y posterior edentulismo:

- Deficiente higiene bucal.
- Presencia de caries dental.
- Patología periodontal. Pérdida de soporte óseo.
- Presencia de traumatismos dentales: accidentes o lesiones deportivas.
- Deficientes tratamientos de rehabilitación.
- Factores congénitos: Como la agenesia dental.
- El bruxismo, lesiones no cariosas.
- Extracciones quirúrgicas por dientes impactados o supernumerarios.
- Enfermedades sistémicas. (Huamanciza, E., et al. 2019)

Los primeros molares suelen ser los primeros dientes en perderse, principalmente por su función masticatoria principal, su temprana erupción, su susceptibilidad a caries y ubicación en áreas difíciles de higienizar. Los dientes posteriores están más expuestos a fuerzas funcionales que predisponen a su desgaste y eventual pérdida. El maxilar inferior (mandíbula) suele presentar mayor incidencia de edentulismo parcial debido a la menor densidad ósea y la mayor exposición a fuerzas masticatorias en esta arcada. Carr et al., (2006).

Consecuencias:

- Reducción en la eficacia masticatoria, dificultad para triturar alimentos.
- Las variaciones y modificaciones estéticas. Afecta la apariencia y autoestima.
- Migración dental, movimiento de dientes hacia espacios vacíos, causando maloclusiones.
- Movimiento rotatorio en los dientes remanentes.
- La extrusión de dientes antagonistas.
- Pérdida de contactos interproximales.
- Desviación en la mandíbula.

- Disminución de la dimensión vertical.
- Disfunción sobre la articulación temporomandibular.
- Pérdida de hueso alveolar, y reducción de rebordes residuales. (Huamanciza, E., et al. 2019)

El edentulismo parcial es una condición de salud bucal en la que faltan varias piezas dentales en la boca. Este problema, que se manifiesta a nivel mundial, tiene múltiples causas y afecta principalmente a los adultos mayores, aunque también puede presentarse en personas jóvenes en menor medida. Su incidencia es especialmente alta en grupos con menos recursos (Huamanciza, E., et al. 2019)

Clasificación de Kennedy.

En 1923, el Dr. Edward Kennedy desarrolló una clasificación para identificar el tipo de edentulismo parcial en los pacientes. Esta clasificación, que sigue siendo la más utilizada en Prostodoncia, se centra en las arcadas dentales parcialmente edéntulas en lugar de en la dentadura completa. Inicialmente, la clasificación se dividió en cuatro categorías, pero en 1960, Applegate amplió el sistema añadiendo dos categorías adicionales. Esta clasificación ofrece a los profesionales un marco clínico teórico que es ágil, coherente y efectivo para planificar de manera adecuada el tratamiento protésico, adaptándose a las características y necesidades individuales de cada paciente.

La clasificación de Kennedy (1923) está conformada de la siguiente manera:

Clase I: arco dentario con dos extremos libres posteriores adyacentes distalmente a los dientes presentes del sector anterior (edéntulo posterior bilateral). La prótesis adecuada para esta clase es tipo dentomucosoportada.

Clase II: área edéntula unilateral que se encuentra posterior a la zona de dientes naturales remanentes. Se caracteriza por el empleo de prótesis parcial removible dentomucosoportada.

Clase III: zona edéntula unilateral con presencia de dientes remanentes anteriores y posteriores a la misma. Se emplea prótesis parcial removible dentosoportada.

Clase IV: única área edéntula bilateral localizada anterior a los dientes remanentes del arco. La prótesis parcial removible para esta clase es de tipo dentosoportada. Sanchez S. A, (2021).

Leyes de Applegate

En 1954, el Dr. O.C. Applegate introdujo reglas específicamente elaboradas para complementar el sistema de clasificación del Dr. Kennedy, las cuales se detallan a continuación:

Regla 1: la clasificación debe realizarse luego de cualquier extracción dental que se deba realizar, la cual pudiera afectar la clasificación.

Regla 2: en caso de que falte un tercer molar, y no se lo planea reemplazar, entonces no se lo tomará en cuenta para la clasificación.

Regla 3: si se encuentra presente un tercer molar, y será empleado como pilar, sí será considerado para la clasificación.

Regla 4: en caso de que falte un segundo molar que no se lo planea reemplazar, no será tomado en cuenta dentro de la clasificación.

Regla 5: el área (o áreas) edéntula más posterior será siempre la que determine la clasificación.

Regla 6: las áreas desdentadas distintas a la que determina la clasificación, serán consideradas como modificaciones, y se las designará con un número arábigo.

Regla 7: no se considera la extensión de la(s) modificación, solamente se toma en cuenta la cantidad de zonas edéntulas adicionales.

Regla 8: no pueden existir modificaciones en los arcos de Clase IV. Sanchez S. A, (2021).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.

1. Diseño de la investigación:

El presente estudio es observacional transversal retrospectivo debido a que los datos fueron recogidos una vez en el tiempo, entre los meses de septiembre y diciembre del periodo 2023-2 en la clínica odontológica III en la Carrera de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Este estudio es de enfoque cualitativo y nivel de investigación descriptivo.

2. Población y muestra.

Universo: 286 pacientes atendidos en la clínica Odontológica III en el periodo 2023-2, existentes en el registro universitario.

Muestra: 103 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

3. Lista de establecimientos en los cuales se realizó la investigación:

Clínica odontológica III de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta-Ecuador.

4. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad entre 18 a 80 años.
- Pacientes edéntulos parciales.
- Pacientes con datos completos.
- Pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III.

5. Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de edad.

- Pacientes con dentición completa.
- Pacientes edéntulos totales.
- Pacientes atendidos en campañas.
- Pacientes que viven fuera del cantón Manta.

6. Técnicas:

Para determinar la prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos, según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Clínica Odontológica III (COIII) de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM), en el periodo 2023-2, se solicitó el registro de los pacientes. Una vez seleccionados los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión , se procedió a revisar y registrar los datos requeridos para esta investigación: género (masculino y femenino), edad, parroquia (Manta, Eloy Alfaro, Los Esteros, Tarqui, San Mateo, Santa Marianita, San Lorenzo), nacionalidad (Ecuatoriano, Colombiano, Venezolano), arcada dentaria (superior e inferior), clasificación de Kennedy (clase I, II, III, IV), en una matriz virtual de recolección de datos, con la cual posteriormente se realizó un análisis de tipo estadístico descriptivo para determinar los valores de prevalencia.

7. Instrumento.

Se realizó una matriz virtual en Microsoft Excel, para la recolección de los datos requeridos para la investigación: género, edad, parroquia, nacionalidad, arcada dentaria y clasificación de Kennedy de los pacientes.

8. Variables:

- Edentulismo Parcial: Clasificación de Kennedy (I, II, III, IV) y arcadas dentarias superior e inferior.
- Datos demográficos: edad, sexo, nacionalidad, parroquia.

9. Tipo de dato solicitado:

- Datos sobre la Clasificación de Kennedy (I, II, III, IV) y arcadas dentarias superior e inferior.
- Datos demográficos: edad, género, nacionalidad, parroquia.

10. Operación de Variables.

Variable		Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edentulismo Parcial.	Clasificación de Kennedy.	Ausencia parcial de piezas dentarias.	Piezas dentarias ausentes. Posición de la brecha edéntula.	Clasificación de Kennedy	Clase I Clase II Clase III Clase IV	Cualitativo Nominal.
	Arcadas.	Estructura cráneo-facial complejo que contiene los dientes.	Maxilar Superior. Maxilar Inferior.	Clasificación de Kennedy.	Arcada superior. Arcada inferior.	Cualitativo Nominal.
DATOS DEMOGRÁFICOS.	Edad.	Tiempo de vida del individuo.	Edad cronológica en años.	Datos demográficos.	18-42 años 43-61 años. 62-90 años.	Cuantitativa Intervalo.
	Sexo.	Característica fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre y a la mujer.	Características antropomórficas.	Datos demográficos.	Femenino Masculino.	Cuantitativa Nominal.
	Nacionalidad.	Condición y carácter peculiar de los pueblos y habitantes de una nación.	Vínculo jurídico, político y anímico entre una persona y un Estado.	Datos demográficos.	Ecuador. Venezuela. Colombia.	Cuantitativo Nominal.
	Parroquia.	División político-territorial de menor rango (tercer nivel).	Parroquias Urbanas. Parroquias Rurales.	Datos demográficos.	Parroquias Urbanas: Los Esteros. Manta. Eloy Alfaro. Tarqui. Parroquias Rurales: San Lorenzo. Santa Marianita. San Mateo.	Cuantitativo Nominal.

11. Procedimiento.

1. Solicitación de los datos anonimizados: Se realizó la tramitación de permisos para el acceso a los registros del archivo odontológico universitario, los mismos fueron aprobados por el Comité de Ética de investigación en seres humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-ULEAM), para proseguir con el manejo de los datos de los pacientes.

2. Recolección de datos: Se revisó un total de 286 datos de pacientes de los que se seleccionó una muestra de 103 pacientes que cumplían los criterios de inclusión de los cuales se recopiló datos sobre el género, edad, parroquia, nacionalidad, arcada dentaria y clases de Kennedy y se prosiguió con el ordenamiento de los datos en una matriz virtual.

3. Procesamiento de datos: Se tabuló y obtuvo los valores resultantes, de los cuales se realizó la interpretación de los datos en tablas y gráficos.

4. Redacción de resultados, discusión y conclusiones.

5. Difusión de los resultados del proyecto.

12. Equipo y Materiales.

Equipo utilizado para registrar los datos pertinentes de los pacientes fue computadora portátil marca ASUS y programa Microsoft Excel.

13. Análisis estadístico.

Los datos correspondientes fueron obtenidos empleando Microsoft Excel y fueron presentados en tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Análisis de los datos.

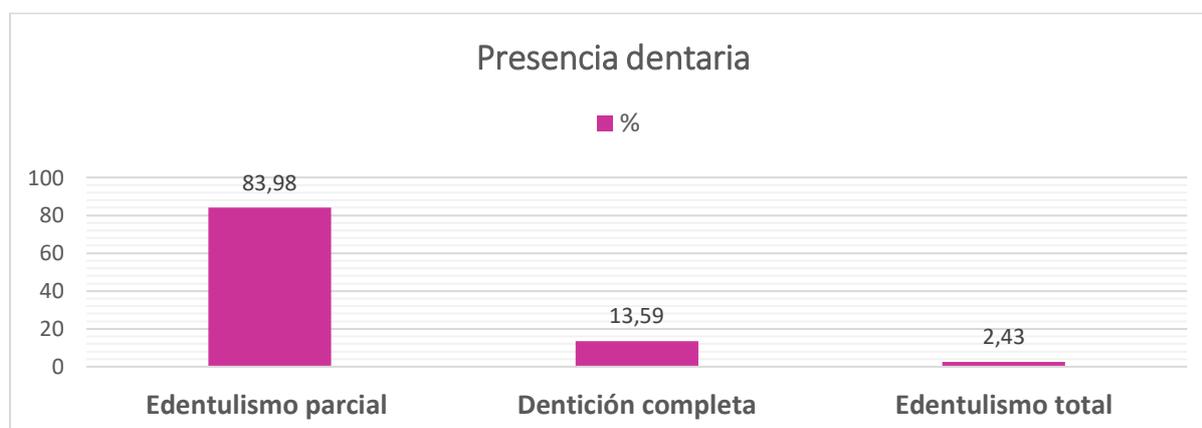
De los 286 pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III (COIII) de la carrera de Odontología de la ULEAM en el periodo 2023-2, de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión, se seleccionaron 103 pacientes. De estos 103 pacientes, se registran 206 casos correspondientes a ambas arcadas (superior e inferior), de los cuales solo 173 casos presentan edentulismo parcial.

Tabla 1. *Presencia dentaria en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*

Presencia dentaria.	n	%
Edentulismo parcial	173	83,98
Dentición completa	28	13,59
Edentulismo total	5	2,43
Total de casos	206	100

*Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.*

Figura 1. *Presencia dentaria en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*



*Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.*

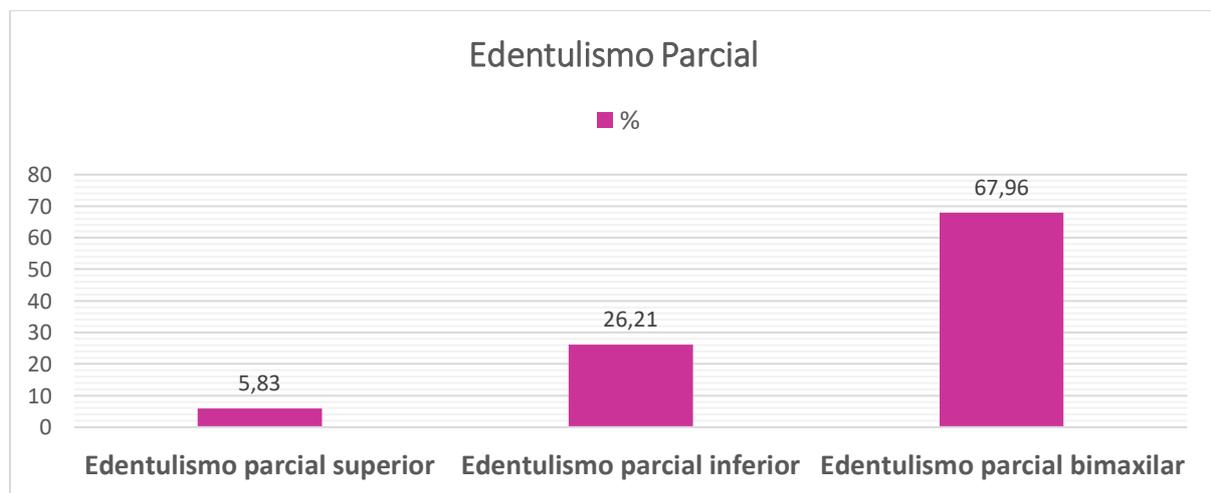
La tabla 1 y figura 1 muestra que, dentro de los 103 pacientes, cada paciente tiene una arcada superior y una arcada inferior por lo tanto se toman en cuenta 206 casos, de los cuales 173 casos corresponden a edentulismo parcial (83,98%), 28 casos pertenecen a dentición completa (13,59%) y 5 casos a edentulismo total.

Tabla 2. *Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*

Edentulismo parcial	n	%
Edentulismo parcial superior	6	5,83
Edentulismo parcial inferior	27	26,21
Edentulismo parcial bimaxilar	70	67,96
Total de pacientes	103	100

*Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.*

Figura 2. *Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*



*Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.*

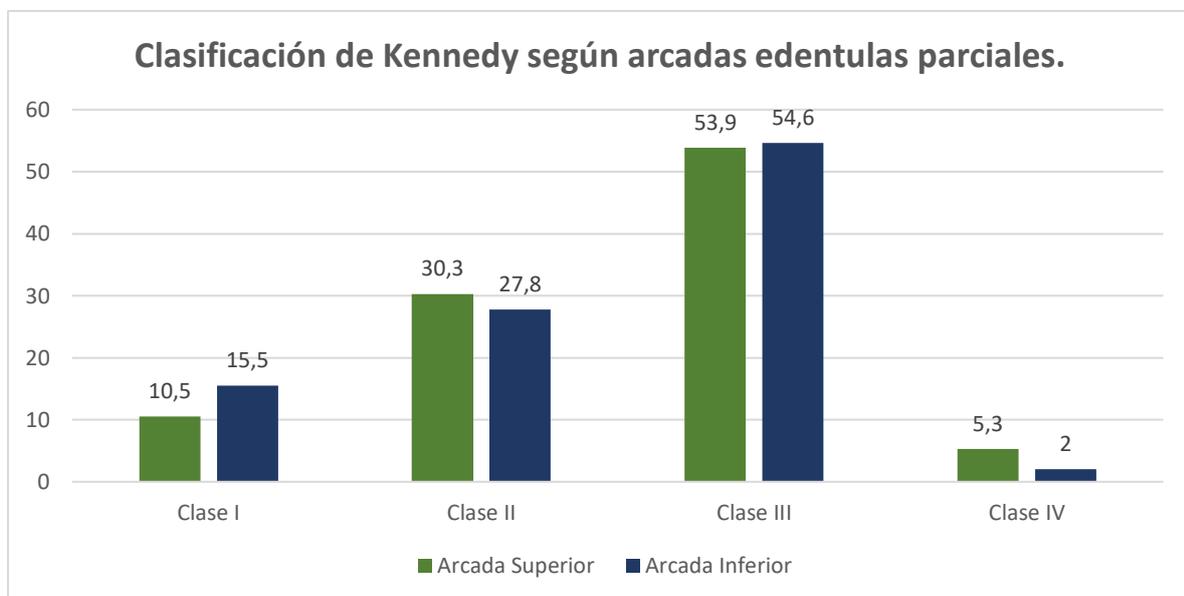
En la tabla 2 y figura 2 se observa que de los 103 pacientes, 70 pacientes son edéntulos bimaxilares (67,96%), 27 pacientes son edéntulos parciales inferiores (26,21%) y 6 pacientes son edéntulos parciales superiores (5,83%).

Tabla 3. *Prevalencia de clasificación de Kennedy según arcadas dentarias en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*

<i>Clasificación de Kennedy</i>	<i>Arcada superior</i>		<i>Arcada Inferior</i>		<i>Ambas arcadas</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Clase I</i>	8	10,53	15	15,46	23	13,3
<i>Clase II</i>	23	30,26	27	27,84	50	28,9
<i>Clase III</i>	41	53,95	53	54,64	94	54,34
<i>Clase IV</i>	4	5,26	2	2,06	6	3,47
Total	76	100	97	100	173	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 3. *Prevalencia de clasificación de Kennedy según arcadas dentarias en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

En la tabla 3 y figura 3 se obtiene que en la arcada superior se refleja mayor prevalencia clase III de Kennedy con 41 casos (53,95%), seguido por la clase II con 23 casos (30,26%), 8 casos corresponden a la clase I (10,53%) y en menor medida se encuentra la clase IV con 4 casos (5,26%) en arcada superior. En arcada inferior se refleja mayor prevalencia clase III de Kennedy con 53 casos (54,64%), seguido por la clase II con 27 casos (27,84%), 15 casos corresponden a la clase I (15,46%) y en menor medida se encuentra la clase IV con 2 casos

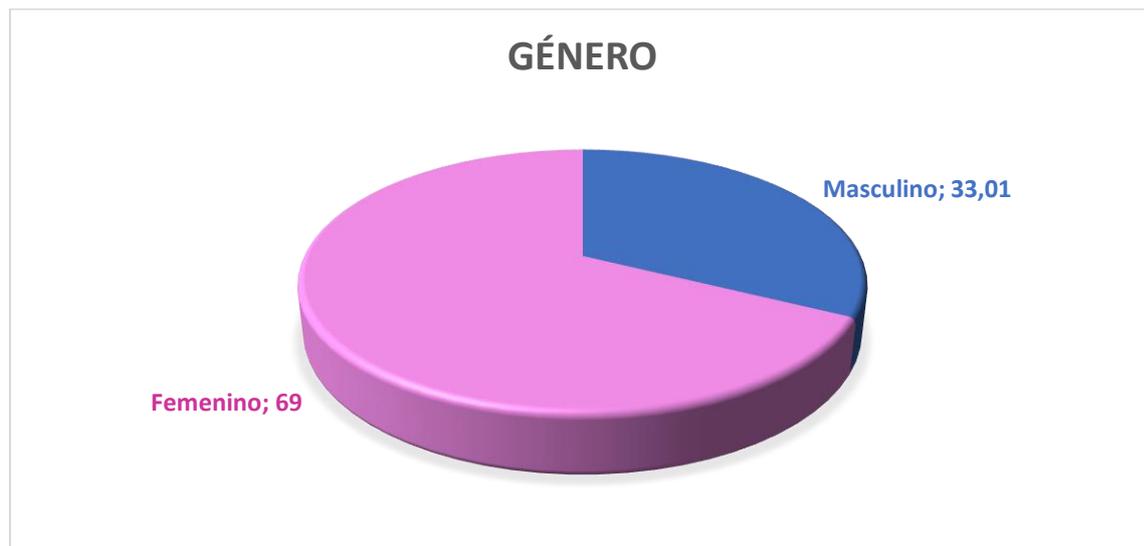
(2,06%) en arcada inferior. Por lo tanto, en ambas arcadas se representa la mayor prevalencia de clase III con 94 casos (54,34%), seguido de la clase II con 50 casos (28,9%), la clase I con 23 casos (13,3%) y con menor prevalencia se encuentra la clase IV con 6 casos (3,47%).

Tabla 4: *Prevalencia del edentulismo parcial según género en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*

Género	n	%
Masculino	34	33,01
Femenino	69	66,99
Total de pacientes	103	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 4: *Prevalencia del edentulismo parcial según género en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

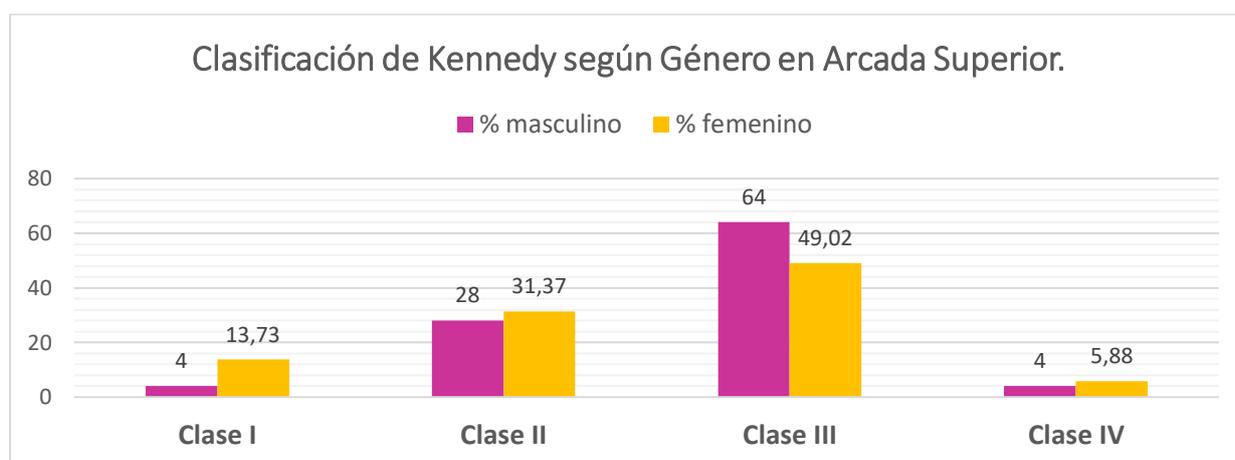
De la muestra de 103 pacientes, el género femenino presenta mayor prevalencia con un 66,99% (69 casos) mientras que el género masculino 33,01% (34 casos).

Tabla 5. *Prevalencia de clasificación de Kennedy según género en arcada superior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*

Clasificación de Kennedy en Arcada Superior.	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Clase I	1	4	7	13,73	8	10,53
Clase II	7	28	16	31,37	23	30,26
Clase III	16	64	25	49,02	41	53,95
Clase IV	1	4	3	5,88	4	5,26
Total de casos	25	100	51	100	76	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 5. *Prevalencia de clasificación de Kennedy según género en arcada superior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.*



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

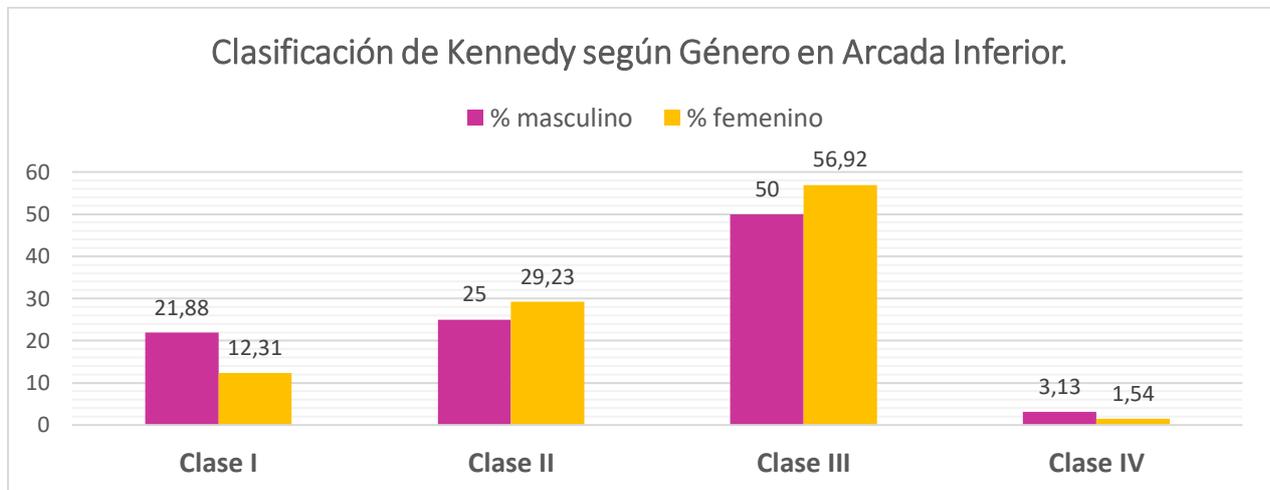
La tabla 5 y figura 5 representan mayor prevalencia de casos del género femenino sobre los del género masculino en todas las clases de Kennedy. En cuando al género femenino en arcada superior que contó con 51 casos, se registraron 25 casos de clase III que corresponde al 49,02%, 16 casos de clase II con un 31,37%, 7 casos de clase I con un 13,73%, 3 casos de clase IV (5,88%). Por otro lado, de los 25 casos del género masculinos en arcada superior, existe mayor predominio de clase III con 16 casos (64%), 7 casos de clase II (28%) y tanto la clase I como la clase IV presentaron solo 1 caso (4%) cada una.

Tabla 6. Prevalencia de clasificación de Kennedy según género en arcada inferior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Clasificación de Kennedy en Arcada Inferior.	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Clase I	7	21,88	8	12,31	15	15,46
Clase II	8	25	19	29,23	27	27,84
Clase III	16	50	37	56,92	53	54,64
Clase IV	1	3,13	1	1,54	2	2,06
Total de casos	32	100	65	100	97	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 6. Prevalencia de clasificación de Kennedy según género en arcada inferior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

La tabla 6 y figura 6 representan mayor prevalencia de casos del género femenino sobre los del género masculino. En cuando al género femenino en arcada inferior que contó con 65 casos, se registraron 37 casos de clase III con un 56,92%, 19 casos de clase II con un 29,23%, 8 casos de clase I (12,31%), 1 caso de clase IV (1,54%). Por otro lado, de los 32 casos de género masculinos en arcada inferior, existe mayor predominio de clase III con 16 casos (50%), 8 casos de clase II (25%) y 7 casos de clase I (21,88%), 1 caso de clase IV (3,13%).

Tabla 7. Prevalencia del edentulismo parcial según grupo etario en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Grupo etario.	Arcada Superior		Arcada Inferior		Total	
	n	%	n	%		
18-42 años.	21	27,63	35	36,08	56	32,37
43- 61 años.	42	55,26	46	47,42	88	50,87
62-90 años.	13	17,11	16	16,5	29	16,76
Total de casos	76	100	97	100	173	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 7. Prevalencia del edentulismo parcial según grupo etario en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

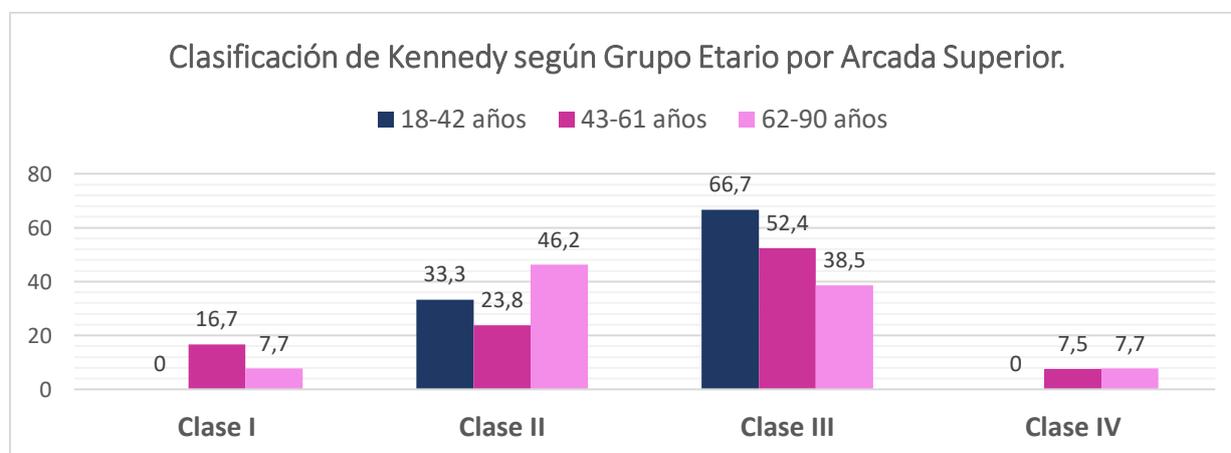
La tabla 7 y figura 7 demuestra que en ambas arcadas el rango de edad entre 43-61 presenta mayor prevalencia que otros grupos etarios. En el maxilar superior, existen 42 casos de edentulismo parcial correspondiente al 55,26%, 21 casos en el rango de 18-42 años (27,63%), y 13 casos en el grupo etario de 62-90 años con el 17,11%. En el maxilar inferior, se encuentran 46 casos de edentulismo parcial correspondiente al 47,42%, 35 casos en el rango de 18-42 años con el 36,08%, y 16 casos en el grupo etario de 62-90 años con el 16,5%.

Tabla 8. Prevalencia de clasificación de Kennedy según grupo etario por arcada superior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Clasificación de Kennedy por Arcada Superior.	Grupo Etario.							
	18-42 años		43- 61 años		62-90 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	0	0	7	16,67	1	7,69	8	10,53
Clase II	7	33,33	10	23,81	6	46,15	23	30,26
Clase III	14	66,67	22	52,38	5	38,46	41	53,95
Clase IV	0	0	3	7,5	1	7,69	4	5,26
Total de casos	21	100	42	100	13	100	76	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 8. Prevalencia de clasificación de Kennedy según grupo etario por arcada superior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.21wq ww

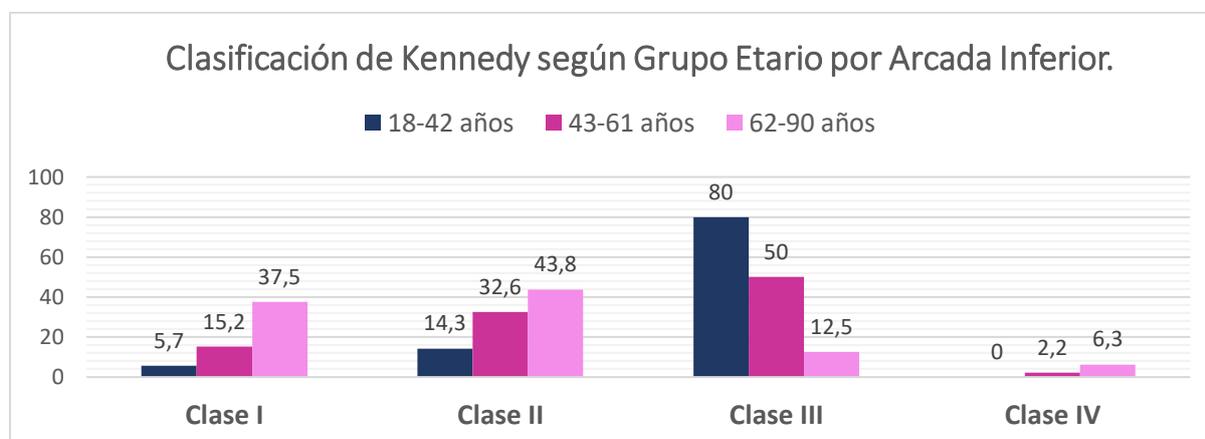
En la tabla 8 y figura 8 se muestra que en el grupo etario de 43-61 años existe una mayor prevalencia de clase III de Kennedy con 22 casos correspondientes a un 53,38%, 10 casos de clase II (23,81%), 7 casos de clase I (16,67%) y 3 casos de clase IV (7,5%). En el grupo de 18-42 años se encuentran 14 casos de clase III (66,67%), 7 casos de clase II (33,33%), y ningún caso en clases I y IV (0%). En el grupo etario de 62-90 años, se registran 6 casos de clase II (46,15%), 5 casos de clase III (38,46%), 1 caso de clase I (7,69%) y 1 caso de clase IV (7,69%).

Tabla 9. Prevalencia de clasificación de Kennedy según grupo etario por arcada inferior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Clasificación de Kennedy por Arcada Inferior.	Grupo Etario.							
	18-42 años		43- 61 años		62-90 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Clase I	2	5,71	7	15,22	6	37,5	15	15,46
Clase II	5	14,29	15	32,61	7	43,75	27	27,84
Clase III	28	80	23	50	2	12,5	53	54,64
Clase IV	0	0	1	2,17	1	6,25	2	2,06
Total de casos	35	100	46	100	16	100	97	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 9. Prevalencia de clasificación de Kennedy según grupo etario por arcada inferior en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

En la tabla 9 y figura 9 se muestra que en el grupo etario de 18-42 años existe una mayor prevalencia de clase III de Kennedy con 28 casos correspondientes a un 80%, 5 casos de clase II (14,29%), 2 casos de clase I (5,71%) y ningún caso de clase IV (0%). En el grupo de 43-61 años se encuentran 23 casos de clase III (50%), 15 casos de clase II (32,61%), 7 casos de clases I (15,22%) y 1 caso de clase IV (2,17%). En el grupo etario de 62-90 años, se registran 7 casos de clase II (43,75%), 6 casos de clase I (37,5%), 2 casos de clase III (12,5%) y 1 caso de clase IV (6,25%).

Tabla 10. Prevalencia de edentulismo parcial según Parroquias del cantón Manta en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Parroquias del cantón Manta	n	%
Manta	33	32,04
Eloy Alfaro	17	16,51
Los Esteros	16	15,53
Tarqui	33	32,04
San Mateo	3	2,91
Santa Marianita	1	0,97
San Lorenzo	0	0
Total de pacientes	103	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.

Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 10. Prevalencia de edentulismo parcial según Parroquias del cantón Manta en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.

Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

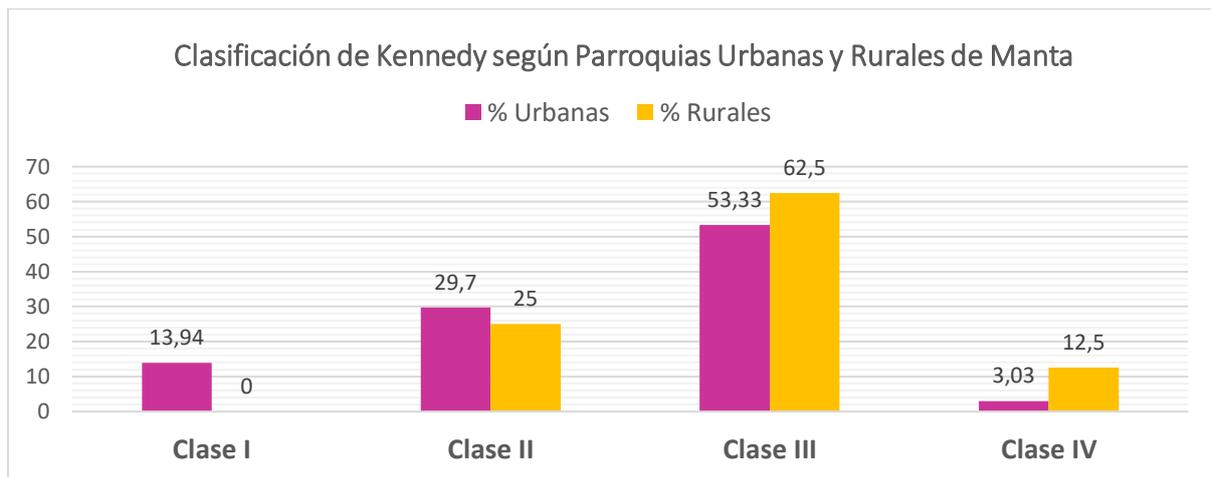
La tabla 10 y figura 10 representan que las parroquias de Manta y Tarqui son las que presentan mayor prevalencia con un 32,04% (33 casos) cada una, seguido de la parroquia de Eloy Alfaro con un 16,51% (17 casos), los Esteros con 15,53% (16 casos). Las de menor prevalencia son Santa Marianita con 2,91% (3 casos) y Santa Marianita con 0,97% (1 caso). La parroquia de San Lorenzo no registró ningún paciente.

Tabla 11. Prevalencia de la clasificación de Kennedy según Parroquias Urbanas y Rurales en el cantón Manta en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Clasificación de Kennedy	Parroquias del cantón Manta					
	Urbanas		Rurales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Clase I	23	13,9	0	0	23	13,3
Clase II	49	29,7	2	25	51	29,5
Clase III	88	53,3	5	62,5	93	53,8
Clase IV	5	3,03	1	12,5	6	3,5
Total de casos	165	100	8	100	173	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 11. Prevalencia de la clasificación de Kennedy según Parroquias Urbanas y Rurales en el cantón Manta en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

En la tabla 11 y figura 11 se registra una mayor prevalencia en el sector urbano 165 casos mientras que los rurales solo constan 8. En la zona urbana hay mayor frecuencia de clase III de Kennedy 53,33% (88 casos), seguido de la clase II con un 29,70% (49 casos), la clase I con 13,94% (23 casos) y menor prevalencia en clase IV con un 3,03% (5 casos). En el sector

rural también hay mayor prevalencia de la clase III de Kennedy correspondiente al 62,5% (5 casos), seguido de la clase II con el 25% (2 casos), la clase IV con el 12,5% (1 caso) y la clase I que no registro ningún caso.

Tabla 12. Prevalencia de edentulismo parcial según Nacionalidad en pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.

Nacionalidad	n	%
Ecuatoriano	96	93,20
Venezolano	6	5,83
Colombiano	1	0,97
Total	103	100

Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

Figura 12. Prevalencia de edentulismo parcial según Nacionalidad en los pacientes atendidos en la COIII de la ULEAM en el periodo 2023-2.



Fuente: Archivos de historia clínica COIII de la ULEAM.
Elaboración: Karla G. Ordóñez Carrión.

En la tabla 12 y figura 12 se observa que, de los 103 pacientes, 96 casos son ecuatorianos (93,20%), mientras que en menor medida se encuentran los Venezolanos con 6 casos (5,83%) y los Colombianos con 1 caso correspondiente al 0,97%.

Discusión de los resultados.

Según el estudio de Vizcaíno y Armas (2022), la prevalencia de edentulismo parcial varía ampliamente en América Latina. En Paraguay, se reporta una prevalencia del 83.3%, mientras que en Bolivia es la más baja, con un 20.4%. En Ecuador, el promedio nacional se sitúa en 21.4%, lo que refleja un menor impacto en comparación con otros países. En contraste, en la COIII de Manta, la prevalencia de edentulismo parcial fue significativamente alta, alcanzando el 83.98%, similar al panorama en Paraguay.

Los hallazgos en la COIII muestran que la clase III de Kennedy es la más prevalente, con un 54.3% de los casos. Esto coincide con estudios realizados en Paraguay, Perú y Ecuador en las ciudades de Cuenca y Quito, donde también se reporta una alta prevalencia de esta clasificación. En contraste, la clase IV, que es la menos común en Manta (3.5%), también se registra como minoritaria en otros países de la región.

En cuanto al género, los datos de la COIII indican una mayor afectación en mujeres, con un 66.9% de los casos, especialmente en la clase III de la arcada superior (49%) y la arcada inferior (56.9%). Esto coincide con investigaciones en Paraguay (63% de mujeres afectadas), Colombia (75%) y en Ecuador, específicamente en Cuenca (61%), lo que refuerza la idea de que el género femenino es más susceptible al edentulismo parcial, posiblemente debido a factores hormonales, biológicos y socioeconómicos.

En la COIII, el grupo etario de 43-61 años es el más afectado en la arcada superior (52.4% en clase III), mientras que en la arcada inferior destaca el grupo de 18-42 años con un 80% en clase III. Esto contrasta con estudios como el realizado en Bolivia, donde la mayor prevalencia se encuentra en pacientes mayores de 70 años. La diferencia puede atribuirse a la composición demográfica de las muestras y a la mayor atención de pacientes jóvenes adultos en la COIII debido a la accesibilidad de los servicios odontológicos.

En la COIII, las parroquias urbanas (Manta y Tarqui) presentan un mayor número de casos (53.3% clase III), mientras que las parroquias rurales tienen una menor representación (62.5% clase III). Esta tendencia refleja las diferencias en el acceso a servicios odontológicos entre zonas urbanas y rurales.

El edentulismo parcial en la COIII de Manta presenta características similares a las reportadas en otras regiones de América Latina, especialmente en la prevalencia de la clase III de Kennedy. Sin embargo, se evidencian particularidades en el género, grupo etario y distribución geográfica que reflejan las necesidades específicas de la población local. Estas diferencias subrayan la importancia de ajustar las estrategias de prevención y tratamiento según las características demográficas y sociales de cada región.

CONCLUSIONES

El estudio incluyó una población de 286 pacientes, seleccionando una muestra de 103, que representó un total de 206 arcos dentarios, de los cuales 173 (83.98%) presentaron edentulismo parcial. La mayoría de los casos correspondieron a edentulismo bimaxilar (67.96%), seguido por el edentulismo parcial en la arcada inferior (26.2%) y en menor proporción en la arcada superior (5.83%). En cuanto a la Clasificación de Kennedy, la clase III fue la más prevalente con un 54.3%, mientras que la clase IV presentó la menor prevalencia con un 3.5%.

El análisis de las variables asociadas al edentulismo parcial revela que este problema de salud bucal afecta predominantemente a la arcada inferior en el 26.2% de los casos. Asimismo, se observa una mayor prevalencia en el género femenino (66.9%) y en el grupo etario de 43 a 61 años (55.26%), destacando la vulnerabilidad de esta población. Geográficamente, las parroquias Manta y Tarqui presentan la misma proporción de casos, con

un 32% cada una, lo que refleja un impacto significativo en estas zonas urbanas. Finalmente, la mayor parte de los pacientes afectados son de nacionalidad ecuatoriana (93.20%), indicando una alta incidencia dentro de la población local.

El análisis de las variables relacionadas con la Clasificación de Kennedy muestra que la clase III es la más prevalente en la mayoría de los casos estudiados, destacando en la arcada inferior con un 54.6%. En relación con el género, las mujeres son las más afectadas, con un 49% de prevalencia en la arcada superior y un 56.9% en la arcada inferior, ambas en clase III. Por grupo etario, en la arcada superior, el rango de 43-61 años concentra el 52.4%, mientras que en la arcada inferior, el grupo de 18-42 años alcanza el 80%, ambos con predominio de la clase III. Finalmente, la clase III prevalece tanto en parroquias urbanas (53.3%) como en parroquias rurales (62.5%), lo que confirma su alta incidencia en diferentes contextos poblacionales.

RECOMENDACIONES

Para prevenir el edentulismo parcial, frecuente en adultos mayores, es crucial implementar programas educativos sobre higiene dental desde temprana edad. Estas iniciativas deben enfatizar la importancia de la limpieza bucal y la prevención de caries y enfermedades periodontales para minimizar la pérdida dental futura.

La variación en la prevalencia del edentulismo parcial entre regiones indica la necesidad de ajustar los protocolos y estrategias según las características locales. Se deben realizar estudios específicos en cada área para comprender mejor las causas del edentulismo y adaptar las intervenciones a las condiciones particulares de cada región.

Es esencial que se lleven a cabo investigaciones periódicas a nivel provincial y nacional, tanto por entidades públicas como privadas. Además, los odontólogos deben asegurar un diagnóstico preciso y elaborar planes de tratamiento adecuados para aquellos pacientes con edentulismo parcial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Caguana, E. A. (2023). Edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo 2018-2019. [Disertación]. Cuenca-Ecuador. 9 p.
2. Canchanya Capcha, N. H., & Ortega Gaspar, J. E. (2023). Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla 2022. [Disertación]. Universidad Continental; 22 p.
3. Cargua J. N. (2016). Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito. [Disertación]. Universidad de las Américas, Ecuador.
4. Carr, A. B., McGivney, G. P., & Brown, D. T. (2006). *McCracken prótesis parcial removable*. Elsevier.
5. Goiriz Mercado M, Morel-Barrios M. (2023). Análisis de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes tratados en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción. Rev. Cient. Odontol. UAA; 5(1): 12-16 <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/ReCO-UAA/article/view/1547/1313>
6. Gonzáles Ramos RM; Herrera López IB; Osorio Núñez M; Madrazo Ordaz M. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [Internet]. 47 (1) Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2650>

7. Huamanciza-Torres et al (2019). Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Rev haban cienc méd. [Internet]. 18(2): 281-297. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200281&lng=es.
8. Jiménez-Barbosa W, Granda-Kuffo M, Ávila-Guzmán D, Cruz-Díaz L, Flórez-Parra J, Mejía L, et al. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Rev Univ Salud.;19(1):126-39.
9. Matuz, A. (2020). Prevalencia de edéntulos parciales que acuden a la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” según la clasificación de Kennedy. [Disertación]. (pp. 1–74). <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/88da14d1-a624-4511-9a4f-2820147ab506/cbs1973072.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización;
11. Who.int (2022). Oral Health Ecuador 2022 country profile. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/oral-health-ecu-2022-country-profile>
12. Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud bucodental. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
13. Parise-Vasco, J. M., Zambrano-Achig, P., Viteri-García, A., & Armas-Vega, A. (2020). Estado de la salud bucal en el Ecuador. Odontología Sanmarquina, 23(3), 327–331. <https://doi.org/10.15381/os.v23i3.18133>
14. Rodríguez, R. (2015). Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el asilo San Ramón. [Disertación].

<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/5806/TE-14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Sánchez León, S. A. (2021). *Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo 2018-2019*. Universidad Nacional de Loja.
16. Sánchez, AE., Tarantini, M. (1993). Frecuencia de los tipos de maxilares parcialmente edéntulos y diseños indicados para su tratamiento con Prótesis Parciales Removibles. *Acta Odont Venez.* 31(2): 27-38 [Frecuencia de los tipos maxilares parcialmente edéntulos y diseños indicados para su tratamiento con protésis parciales removibles en la UCV | Acta odontol. venez;31\(2\): 27-38, mayo-ago. 1993. ilus, tab | LILACS \(bvsalud.org\)](#)
17. Tirado Amador, L. R., Herrera Calderón, A., Vargas Quiroga, E., Padilla Henao, L. F., Pérez Gómez, Y., & Tabora Meléndez, A. (2024). Clasificación según Kennedy de arcos edéntulos en pacientes atendidos en una clínica universitaria en Cartagena. *Revista Odontológica Mexicana Órgano Oficial De La Facultad De Odontología UNAM*, 26(3). <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2022.26.3.87570>
18. Vizcaino y Armas. (2022). Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. Artículo de revisión. *Rev. Estomatol. Herediana*. [Internet]; 32(4): 420-427. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552022000400420&lng=es <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v32i4.4383>.
19. Zarb, G. A. (2013). *Prosthetic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses*. Elsevier Mosby.