



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ODONTÓLOGO/A**

**TEMA DE INVESTIGACIÓN:**

Rehabilitación de pacientes edéntulos parciales clase IV de Kennedy con  
prótesis parcial metálica removible

**AUTOR/A:**

Jessica Joselyn Naranjo Arroba

**TUTOR/A:**

Dr. Luis Zelaya Estrella Msc.

**Guayaquil, Abril, 2019**

**Ecuador**



## **CERTIFICACION DE APROBACION**

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo /a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad Piloto de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....

Dr. José Franco Esp.

**Decano**

.....

Dr. Patricio Proaño Yela

**Gestor de Titulación**



## APROBACIÓN DEL TUTOR/A

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **Rehabilitación de pacientes edéntulos parciales clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible**, presentado por el Sr/Srta **Jessica Joselyn Naranjo Arroba**, del cual he sido su tutor/a, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a.

Guayaquil abril del 2019.

---

**Dr. Luis Zelaya Estrella Msc**

CC: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Jessica Joselyn Naranjo Arroba, con cédula de identidad N° 0950325746, declaro ante las autoridades de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, abril del 2019.

.....

**Jessica Joselyn Naranjo Arroba**

**CC: 0950325746**



## **DEDICATORIA**

Este Trabajo monográfico quiero dedicárselo a mi mamá que día a día lucho para ayudarme en todo el trayecto de la carrera, a mi hijo que ha sido junto con mi madre mi impulso de seguir adelante y no decaer.

También quiero dedicárselo a mi abuelita materna que a pesar que ya no se encuentra físicamente conmigo me inculco los valores necesarios para ser una persona de bien y una profesional con ética, así mismo se lo dedico a mi familia y a todas aquellas personas que confían y que confiaron en mí a lo largo de mi carrera.



## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar quiero agradecerle a Dios por darme sabiduría y fortaleza para poder avanzar a lo largo de esta hermosa carrera, a mi madre por apoyarme emocional y económicamente, a mi hermano por estar siempre conmigo.

De la misma manera quiero agradecerle a mi tutor y maestro el Dr. Luis Zelaya Estrella Msc. Por brindarme sus conocimientos y guiarme en el presente proyecto, a mis maestros que desde el primer semestre colaboraron impartiendo sus conocimientos desde lo más básico a lo más complejo.

También quiero agradecer a esta prestigiosa institución y autoridades que la conforman por la oportunidad de ser parte de ella y formarme como una profesional de calidad.



## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

Jose Fernando Franco, Esp.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **Rehabilitación de pacientes edéntulos parciales clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible**, realizado como requisito previo para la obtención del título de Odontólogo/a, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil abril del 2019.

.....

**Jessica Joselyn Naranjo Arroba**

**CC: 0950325746**

## INDICE GENERAL

---

CONTENIDO	PAG.
Página de carátula o portada.....	I
Página de certificación de aprobación.....	II
Página de aprobación por el tutor.....	III
Página de declaración de autoría de la investigación.....	IV
Página de dedicatoria.....	V
Página de agradecimiento.....	VI
Página de cesión de derechos de autor a la Universidad de Guayaquil.....	VII
Índice General.....	VIII
Resumen.....	X
Abstract.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 Delimitación del problema.....	3
1.3 Formulación del problema.....	3
1.4 Subproblemas/Preguntas de investigación.....	4
<b>1.5 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>1.6 OBJETIVOS</b>	
<b>1.3.1</b> Objetivo general.....	<b>5</b>
<b>1.3.2</b> Objetivos específicos.....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	



<b>2.1</b>	Antecedentes.....	6
<b>2.2</b>	Fundamentación Científica o teórica	
<b>2.2.1</b>	Fases del tratamiento de un edéntulo parcial.....	8
<b>2.2.1.1</b>	Diagnóstico.....	8
<b>2.2.1.2</b>	Plan de Tratamiento, preparación en boca.....	11
<b>2.2.1.3</b>	Confección e instalación de la prótesis.....	13
<b>2.2.1.3.1</b>	Procedimiento clínico.....	13
<b>2.2.1.4</b>	Controles posteriores.....	16
<b>2.2.1.4.1</b>	Indicaciones para el paciente.....	16
<b>2.2.1.4.2</b>	Mantenimiento de la prótesis parcial metálica removible.....	17
<b>2.2.2</b>	Diseño de la prótesis parcial metálica removible.....	17
<b>2.2.2.1</b>	Principios del diseño.....	18
<b>2.2.2.2</b>	Secuencia del diseño.....	18

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

<b>3.1</b>	Diseño y tipo de investigación.....	21
<b>3.2</b>	Métodos, técnicas e instrumentos.....	22
<b>3.3</b>	Procedimiento de la investigación.....	22
<b>3.4</b>	Descripción del Caso Clínico.....	23
<b>3.5</b>	Discusión de los resultados.....	39

### **CAPÍTULO IV**

#### **CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

<b>4.1</b>	Conclusiones.....	42
<b>4.2</b>	Recomendaciones.....	43

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....44**

#### **ANEXOS.....47**

## RESUMEN

Rehabilitar un paciente edéntulo con prótesis parcial removible metálica nos ayuda a mejorar sus funciones fisiológicas perdidas: masticación, fonación, además contribuye a recuperar su dimensión vertical y estética. El presente trabajo de investigación se realizó en base al método inductivo, con diseño de la investigación cualitativa porque está basada en un estudio bibliográfico y recolección de datos a través de la historia clínica del paciente; luego de realizar un correcto diagnóstico clínico y radiográfico se desarrolla el plan de tratamiento acorde a un paciente edéntulo clase IV de Kennedy en donde se describe paso a paso el tratamiento a realizar. Para la obtención de información se lo realiza mediante revisión de artículos científicos, libros e investigación en páginas de internet. Los resultados obtenidos con la adaptación de la prótesis parcial metálica removible son satisfactorios ya que no presentó molestia con la prótesis sino por el contrario manifiesta confort físico, emocional y funcional. Una vez rehabilitado al paciente se recomienda asistir a posteriores controles y a mejorar sus hábitos de higiene bucal y alimenticia para mantener la prótesis en buen estado. La odontología ha evolucionado a través del tiempo, por lo que en la actualidad la prótesis parcial removible metálica es una alternativa apropiada para el tratamiento protésico del paciente edéntulo parcial, brindando beneficios que van desde el punto de vista estético, funcional y económico. El paciente debe tener más precaución y cuidado con las piezas dentales remanentes, para que no llegue a perderlas y convertirse en un edéntulo total.

**Palabras Claves:** Clase IV de Kennedy, Prótesis parcial metálica removible, Dimensión vertical, diagnóstico, edéntulo parcial.

## ABSTRACT

Rehabilitate an edentulous patient with metal removable partial denture helps us improve his lost physiological functions: chewing, phonation, contributes to recover his vertical and aesthetic dimension, too. The present research study was based on the inductive method, with qualitative research design because it is based on a bibliographic study and data collection through the patient's medical history. After making a correct radiographic clinical diagnosis, the treatment plan is developed according to an edentulous patient class IV from "The Kennedy" which describes step by step the treatment to be performed. Data gathering, are done through the review of scientific articles, books and research on internet sites. The results obtained with the adaptation of the removable metallic partial denture are satisfactory since did not present discomfort with the prosthesis, on the contrary it manifests physical comfort, emotional and functional. Once the patient is rehabilitated, it is recommended attend later controls and to improve his oral hygiene habits and food to keep the prosthesis in good condition. Dentistry has evolved over the time, for this reason in the present the Metallic removable partial denture is an appropriate alternative for the prosthetic treatment of the partial edentulous patient, providing benefits aesthetic, functional and economic. The patient must careful with the remaining teeth, so as not to lose them and thus becoming edentulous.

**Keys words:** Kennedy Class IV, Removable partial metal prosthesis, Vertical dimension, diagnosis, partial edentulous.

## INTRODUCCIÓN

El edentulismo ya sea parcial o total en la actualidad es un problema que aqueja a la mayoría de la población sin importar sexo ni edad por lo que es necesario crear consciencia en los pacientes de la importancia de las piezas dentales en la cavidad bucal y de los problemas que pueden ocasionar la pérdida de una de estas.

Para la pérdida de piezas dentales pueden existir diversas causas que pueden ser producidas por procesos traumáticos, enfermedad periodontal, lesiones cariosas, higiene buco-dental aunque también pueden estar asociados a la edad.

Como se sabe la cavidad bucal es el primer órgano del aparato digestivo y con ella se recibe, trituran y digieren los alimentos, de la misma manera nos ayuda en la respiración, a receptor los sabores y permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos a través de los cuales es posible la comunicación con las demás personas. Es indispensable mantener una buena salud dentobucal sin importar la edad que se tenga, ya que la boca juega un papel esencial en el bienestar general y en la calidad de vida de cada uno de los seres humanos.

Desde tiempo remotos se han presentado múltiples problemas en cuanto a la salud física, funcional y emocional de los pacientes; debido a la ausencia de sus dientes pero con el avance tecnológico que se ha tenido hasta la actualidad ha ido mejorando tanto los materiales como diagnóstico y plan de tratamiento acorde a la problemática que presenta cada persona.

En un caso clínico se evaluará a un paciente edéntulo parcial clase IV aplicando para su tratamiento una prótesis parcial metálica removible, se debe considerar que estos pacientes son aquellos que presentan ausencia dental en la zona anterior de su arcada ya sea superior e inferior. Para lograr rehabilitar este tipo de paciente debemos conocer por completos hábitos, higiene bucal y si presenta alguna patología que produzca la caída de sus dientes, todo esto puede ser logrado con un llenado de la historia clínica, anamnesis e interrogatorio al mismo.

Con la aplicación de este tipo de prótesis se pretenderá devolver las diferentes funciones perdidas como la función masticatoria, la fonación, la pérdida de dimensión vertical que afecta la estética del paciente y sobretodo mejorar su calidad de vida y su salud integral como cualquier persona normal, sin patologías que repercuten su estado físico y psicoemocional.

Cabe recordar que la cavidad bucal está conformada por tejidos duros y blandos y sobretodo de órganos como son los dientes y que cada ser humano presentan maxilares son diferentes por su tipo de morfología y dimensiones; tanto es así que se puede reconocer a simple vista cuando un maxilar superior o inferior pertenece a un hombre o a una mujer. Aunque también es cierto que existen estudios que revelan que ninguno de estos maxilares son iguales en todos los seres humanos, es importante tener esto en cuenta ya que para la elaboración de una prótesis dental se debe considerar cada estructura física y condición del paciente para evitar fracasos a futuro.

Por lo antes expuesto es que nace el estudio general de los parcialmente desdentados y de tantos autores que existen, hemos escogido el del Dr. Edwards Kennedy por ser la clasificación más comprensible y didáctica en su presentación tomando la iniciativa de relacionarnos con la clase IV de Kennedy para el desarrollo clínico del presente trabajo.

Clase IV: Espacio Edéntulo Anterior Bilateral que sobrepasa la línea media en maxilar superior o inferior. Esta clasificación es la única que no presenta modificaciones en comparación a las demás.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo está diseñado para aquellas personas que presentan ausencia de piezas dentales en zona anterior y sufren complejos ante la sociedad por su apariencia física lo que en muchas ocasiones provoca depresión además de problemas de oclusión por eso es imprescindible devolverles sus funciones masticatorias, fonética y estética al paciente con un tratamiento que sea eficiente y eficaz tomando en consideración la decisión del paciente para su rehabilitación ya que existen diferentes tipos de tratamiento para el reemplazo de estas piezas dentarias faltantes.

#### 1.1.1 Delimitación del problema

El lugar donde fue realizado es en la Universidad de Guayaquil, Facultad de Odontología

**El campo de Acción:** Clínica Integral del Adulto y del Adulto mayor

Área de Prostodoncia

**Línea de investigación:** salud bucal, prevención, tratamiento y servicios de salud

**Sublínea de investigación:** Tratamiento

### **1.1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los beneficios que se obtienen con la rehabilitación de un edéntulo parcial Clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible?

### **1.1.3 Preguntas de investigación**

¿Por qué se recomienda el tratamiento con prótesis parcial metálica removible a un paciente clase IV de Kennedy?

¿Cuáles son las funciones fisiológicas perdidas por la ausencia de piezas dentales?

¿Qué ventajas proporciona el uso de prótesis parcial metálica removible?

¿Qué diferencias encontramos con la rehabilitación de prótesis parcial metálica removible con una prótesis fija?

## **1.2 Justificación**

Dentro del campo de la odontología, podemos observar que la pérdida de las piezas dentarias en los seres humanos, pueden darse a cualquier edad y sus causas pueden ser a causa de diversas razones o patologías. Por esta razón es imprescindible analizar a cada paciente y conocer a fondo el motivo por el que ha perdido sus dientes.

En nuestra población existe un gran porcentaje de niños, adolescentes y adultos mayores que han sufrido la pérdida de piezas dentales por diferentes causas ya sean estas fisiológicas, patológicas o por traumatismos también existen otras causas como son caries, mala higiene bucal, mala alimentación, malos hábitos que como consecuencia de su presencia en la cavidad dentobucal van a producir ciertos efectos que son perjudiciales para la integridad de la salud integral del ser humano. Los principales efectos que se presentan por la pérdida de piezas dentales son la alteración de la fonética, la estética y por último afecta a la articulación temporomandibular (ATM) y como impacto final vamos a obtener personas afectadas psicológicamente en su autoestima personal por lo que la finalidad de

este trabajo es lograr que estos pacientes sean tratados odontológicamente para que mediante la rehabilitación dentobucal puedan recuperar las funciones perdidas y retomar la calidad de vida como cualquier otra persona y desenvolverse en nuestro medio como una persona libre de complejos.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Establecer la rehabilitación con prótesis parcial metálica removible en pacientes edéntulos parciales clase IV de Kennedy

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Recuperar la guía canina.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y así ayudarlo a su autoestima.
- Lograr una adaptación satisfactoria de la prótesis parcial removible metálica.
- Valorar los resultados obtenidos con el uso de la prótesis parcial metálica removible en pacientes desdentados clase IV de Kennedy.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

Las prótesis dentales han sido diseñadas, confeccionadas y elaboradas desde la antigüedad por los seres humanos. Estas prótesis han sido usadas desde las antiguas civilizaciones debido a que problemas dentales se han presentado desde sus orígenes, por lo que han buscado soluciones a lo largo de estos tiempos. Durante muchos siglos el ser humano ha mostrado interés en sus dientes colocándose incluso hasta oro en los mismos, pero sin tomar las medidas preventivas higiénicas necesarias por lo que esto provoca la pérdida de las piezas dentales. (Dominguez, 2014-2015)

Ante esta problemática siempre se ha visto la necesidad de buscar una manera de reemplazar las piezas ausentes por materiales que ayuden a devolver la estética, función masticatoria y obtener una ideal oclusión y así evitar problemas en la articulación temporomandibular (ATM). Los etruscos en el siglo IV A.C empezaron con la fabricación de las prótesis dentales la misma que se conserva en el Museo de la Escuela Dental de París, ellos usaban dientes de animales para reponer las piezas ausentes y los colocaban sobre bandas de oro. Por otro lado, los fenicios

usaban oro blando o en rollo y en el año 65 A.C. usaban marfil y madera para elaborar dientes y coronas. (BUAP, 2017)

En el siglo XV se conocieron en Europa las primeras dentaduras, con piezas de hueso o marfil; incluso recuperando dientes naturales ya sea de personas que habían fallecido o donantes vivos. Aunque estas prótesis eran más funcionales para estas personas, estéticamente resultaban poco adecuadas. Las primeras coronas con espiga llegan a Japón a comienzos del siglo XVII, pero a finales del XVIII se experimenta con pastas minerales para fabricar la primera prótesis de porcelana. Luego de esto se fabricaron dientes aislados de porcelana que se sujetaban con un clavo a bases de oro o plata, pero eran muy costosos por lo que probaron con otros metales hasta que a finales del XIX se inventa el caucho vulcanizado, que se convirtió en el material más importante de las bases de las prótesis hasta la llegada de las resinas acrílicas en el siglo XX. (Toledano, 2012)

La época moderna que inicia 1904 para la prótesis dental surge la creación de las máquinas de colados, articuladores los mismos que fueron creados para imitar los movimientos de los maxilares, además se realizan múltiples avances en materiales dentales, mejoras en la elaboración de diseño de las prótesis; todo lo que en la actualidad puede ser apreciado. Así mismo se plantearon en el campo de la prostodoncia diversas presentaciones en cuanto a la clasificación de un edéntulo parcial entre las que destacaremos la del Dr. Cummer, Dr. Bailyn, Dr. Becket y Wilson, Dr. Edward Kennedy, Dr. Oliver Applegate, Dr. Van; siendo la más propicia para el desarrollo del presente trabajo la del Dr. Edward Kennedy por su condición de ser más comprensible y didáctica. (SlideShare, 2009)

En este tipo de clasificación se debe tomar en cuenta las reglas de Applegate por lo que son de mucha importancia al momento de clasificar un edéntulo parcial, de acuerdo a estas reglas en lo que respecta a la Clase IV nos indica que es la única clase que no presenta modificaciones. A medida que pasa el tiempo se realizan más investigaciones acerca de personas edéntulas y pruebas de los materiales

adecuados para emplear en la aplicación de la prótesis dental, además se busca el mejor tratamiento y el indicado para cada paciente en el reemplazo de las piezas dentales ausentes. Debido a la estabilidad, rigidez y confort que ofrecen las prótesis parciales metálicas removibles a los pacientes se recomienda su uso. (Fabara, 1983)

## **2.2 Fundamentación Teórica**

### **2.2.1 Fases del tratamiento de un edéntulo parcial**

Un correcto tratamiento de paciente desdentado parcial debe seguir un orden específico para tener éxito al final del mismo, por ello se plantean los siguientes puntos a continuación:

- Lo primero es el diagnóstico
- El plan de tratamiento acorde al paciente, preparación en boca
- Confección e instalación de la prótesis
- Controles posteriores (Ambrosio Pabon M. Msc Ed., 2008)

#### **2.2.1.1 Diagnóstico**

##### **Criterios de diagnóstico**

Para el uso de una prótesis parcial metálica removible se deben tomar ciertas características del paciente, es decir puede ser aplicada:

- Cuando la cantidad de espacio edéntulo es mayor y no se puede colocar una prótesis fija
- Cuando se debe mantener el reborde residual para ayudar al soporte de las fuerzas masticatorias.
- Cuando no hay presencia de pilar posterior en la zona edéntula.
- Cuando la reabsorción ósea del espacio edéntulo es tan avanzada que una restauración artificial no puede ser colocada. (Colombia, 2013)

Se debe tener en cuenta la historia médica del paciente, tanto en el estado actual y antecedentes en cuanto a su salud física y psicológica. Así mismo debemos tomar en cuenta su historia dental con ayuda del examen físico debemos examinar:

*Extrabucal:* Lo que respecta al exámen extrabucal es examinar todo aquello que sea externo a la boca es decir: labios, mejillas, articulación temporomandibular, ganglios. Para ello se detalla a continuación cada uno de estas estructuras y lo que se debe tomar en cuenta al momento de realizar este exámen:

Labios: En este punto debemos evaluar su textura, color, consistencia, demos observar si existe presencia de ulceraciones o algún tipo de anomalía y a su vez de debe valorar la simetría facial. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Mejillas: De la misma manera se debe tomar en cuenta color, textura, presencia de alteraciones como abultamientos o si el paciente refiere dolor al momento de la examinación. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Glándulas salivales: La examinación de las glándulas se las realiza con palpación bimanual. Debe ser examinada todas las glándulas y en caso de haber un aumento de volumen parotídeo puede observarse mayor volumen facial, cervical u orofaríngeo (medialización de la amígdala). (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Articulación témporomandibular (ATM): Para realizar este exámen debemos colocar las puntas de los dedos índices en cada meato acústico externo mientras le indicamos al paciente que realice movimientos de apertura y cierre de la boca, así podremos detectar si existe desviaciones al lado izquierdo o derecho, limitaciones de movimientos, ruido, chasquido y presencia de dolor. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Ganglios: Deberá ser examinada toda la cadena ganglionar de manera simultánea, preferentemente iniciando por abordaje posterior y palpando con el dedo índice y del medio de cada mano. (Ecuador, págs. 15,16,17)

*Intrabucal:* El exámen intrabucal nos permite examinar exhaustivamente cada estructura interna de la cavidad bucal, a continuación se menciona la manera que debe ser relaizado:

Maxilar Superior: Para lograr examinar esta estructura debemos decirle al paciente que debe abrir la boca y con nuestros dedos índice y pulgar examinar bilateralmente desde la línea media hacia atrás las apófisis alveolares de los maxilares. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Maxilar Inferior: Realizar un minucioso exámen de la cara en la zona articular, así como también de los músculos masticadores. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Lengua: La lengua debe ser examinada por completo en todas sus caras para ello debemos ayudarnos de nuestros dedos y palpar algún tipo de anomalía en su consistencia, color, revisar si no hay presencia de un abultamiento que pueda indicar una tumoración. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Paladar: Se debe examinar tamaño, color, consistencia, de paladar duro, evaluar características de la úvula, de las amígdalas palatinas, pilares y mucosa de la faringe observando el tamaño, color, presencia de úlceras, secreción purulenta o membranas. Aquí también se podrá observar si hay presencia de torus palatino. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Piso de la boca: Observar presencia de ulceraciones, abultamientos que no sean normales, examinar la salida de los conductos de las glándulas sublinguales, comprobar el flujo normal de saliva de las mismas (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Carrillos: En este punto debemos inspeccionar el conducto parotideo o de Stenon buscando su desembocadura a nivel del segundo molar superior, observar la mucosa yugal, surco vestibular, reborde alveolar, frenillos y mucosa en general tratando de detectar cambios de color, textura, consistencia, sequedad, presencia de membranas, ulceraciones, tumores, alteraciones de la sensibilidad. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

Piezas dentarias: Se debe examinar todas aquellas que aún estén presente en boca, si presentan caries o están obturadas, determinar si alguna pieza dental necesita ser extraída para fines protésicos. De la misma manera se debe conocer el motivo de la pérdida dental ya sea esta por traumatismos, caries, enfermedad periodontal, etc. (Pública, 2007, págs. 15,16,17)

De la misma manera se debe realizar exámen de la oclusión, examen de los movimientos bordeantes, examen radiográfico y el examen periodontal. (Pichardo, 2008)

### **2.2.1.2 Plan de Tratamiento, preparación en boca**

Una vez se ha realizado al paciente la anamnesis, el exámen físico y el estudio radiográfico comprobando el completo estado en salud general y bucal se procede a realizar un posible plan de tratamiento para lo cual se necesitará la toma de impresión y de esta manera obtener un modelo de estudio para así poder definir de acuerdo a la clasificación del Dr. Edward Kennedy que tipo de clase es el paciente tomando en cuenta las reglas de applegate, las mismas que nos ayudará a la obtención de un diagnóstico definitivo. En caso de encontrar anomalías en cuanto a las estructuras, tejidos blandos y duros en lo que respecta a la cavidad bucal primero se debe realizar el tratamiento del mismo antes de proceder al diseño y confección de una prótesis parcial metálica removible. (Riquelme, 2013)

### **Clasificación de Kennedy**

Para poder clasificar un edéntulo parcial se utiliza la clasificación de Kennedy, la misma que fue propuesta en 1925 por el Dr. Edwards Kennedy y modificada por Applegate; esta clasificación es el método más aceptado y didáctico al momento de clasificar los pacientes parcialmente desdentados. En esta clasificación se mencionan 4 clases principales y dos clases más que fueron añadidas alrededor del año 1960, estas principales clases presentan modificaciones de acuerdo a la cantidad de brechas o espacios que presente la clase principal. Cabe mencionar

que la única clase que no presenta modificaciones es la clase IV. (MACKRAKEN, 2006)

De acuerdo a lo antes mencionado se citará las 4 clases que fueron propuestas para clasificar a los edéntulos parciales, entre las cuales tenemos:

Clase I: Zona desdentada bilateral posterior. Según el número de espacios desdentados existentes entre los dientes remanentes, la clase I de Kennedy se subdivide en clase I modificación 1, 2, 3, 4. (Colombia, 2013, págs. 26,27)

Clase II: Zona desdentada unilateral posterior, con ausencia total o parcial de premolares y molares, sin remanente dentario. La clase II de Kennedy se subdivide en clase II modificación 1, 2, 3, 4. (Colombia, 2013, págs. 26,27)

Clase III: Zona desdentada unilateral posterior, con remanente dentario. La clase III de Kennedy se subdivide en clase III modificación 1, 2, 3, 4. (Colombia, 2013, págs. 26,27)

Clase IV: La zona desdentada se sitúa en la parte anterior de la boca y es bilateral, generalmente de canino a canino. Esta clase es la única que no presenta modificaciones. (Colombia, 2013, págs. 26,27)

## **Reglas de Applegate**

Las reglas de Applegate son imprescindibles al momento de clasificar a un paciente edéntulo parcial y de elaborar un diseño para una prótesis parcial metálica removible por lo que se las menciona a continuación. Cabe recalcar que estas reglas no pueden ser cambiadas ni modificadas:

REGLA 1: La clasificación de debe efectuarse después de cualquier extracción dental que pudiera alterar la clasificación. (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 2: Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considera para la clasificación. (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 3: Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar, se le considera para la clasificación. (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 4: Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se le considera en la clasificación. (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 5: El área (o áreas) desdentadas más posterior siempre es la determinante de la clasificación (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 6: Las áreas desdentadas distintas de la que determina la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 7: La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales (Keogh, 1998, págs. 5,6)

REGLA 8: No puede haber áreas de modificación en arcos clase IV. (Si existiese otra área desdentada aplicar la regla 5) (Keogh, 1998, págs. 5,6)

### **2.2.1.3 Confección e instalación de la prótesis**

Para la confección o elaboración de una prótesis parcial metálica removible se deber seguir un procedimiento clínico y de laboratorio, pero debido a que el trabajo se trata de la rehabilitación de un paciente edéntulo clase IV nos enfocaremos en el procedimiento clínico que se debe llevar a cabo para la correcta adaptación de la prótesis parcial metálica removible.

#### **2.2.1.3.1 Procedimiento clínico**

La elaboración de una prótesis parcial metálica removible debe llevar a cabo un estudio preliminar del paciente, para lo cual se lo debe realizar paso a paso la ejecución del mismo. A continuación se detalla lo que se debe realizar en cada cita, el tratamiento se lo realizará en 5 citas:



## PRIMERA CITA

- a) Después de haber realizado el diagnóstico, plan de tratamiento y evaluado el pronóstico del mismo se procede a realizar la impresión preliminar con alginato

Impresión anatómica: Es también conocida como preliminar o estáticas, es la primera impresión que se realizara para evaluar todas las estructuras que a simple vista no podemos observar, se la realiza con alginato y cubetas ya sea plástica o metálica. (Martin, 2018)

- b) Para la obtención de los modelos de estudio se realiza un vaciado con yeso piedra de la impresión preliminar

Modelo de estudio, primario o preliminar: Es un complemento del diagnóstico, representan la reproducción en positivo de la arcada, con este modelo podemos evaluar el caso clínico de manera individual.

- c) Obtenido el modelo de estudio se procede a la elaboración del zócalo y recorte del mismo
- d) Cuando tengamos listo nuestro modelo primario se procede a realizar el planeo y diseño preliminar del terreno protésico

## SEGUNDA CITA

- a) En nuestra segunda cita se realiza la impresión fisiológica o definitiva

Impresión fisiológica o funcional: Registra la posición y forma de los tejidos blando aplicando cargas oclusales durante el procedimiento. Su objetivo lograr estabilidad bajo carga a través de la compresión de la mucosa

- b) Vaciado con yeso extraduro y obtención de los modelos de trabajo

Modelos de trabajo o definitivo: El modelo de trabajo además de ser una copia de los dientes preparados o de los tejidos vecinos, debe ser una herramienta de

fidelidad para el protesista dental ya que son ellos los que elaboran la prótesis dental.

- c) De la misma manera como se realizó con el modelo preliminar se debe realizar el recorte del modelo de trabajo y elaboración del zócalo
- d) En este caso en el modelo de trabajo se realiza el planeo y diseño definitivo de la prótesis
- e) Enviar al laboratorio dental para la elaboración de estructuras metálicas

### TERCERA CITA

- a) El técnico dental envía la estructura metálica para ser adaptada
- b) Con la estructura metálica en boca se debe realizar la toma de dimensión vertical y prueba de mordida. Se procede a retirar con cuidado y seguido a esto se realiza el montaje en articulador.
- c) Se debe realizar la toma de color y tamaño de los dientes o pónicos
- d) Enviar al laboratorio dental para el enfilado de la prótesis para la prueba en boca del paciente (Henar, 2005)

### CUARTA CITA

- a) El laboratorio dental envía lista la prueba de enfilado para ser colocada en boca del paciente
- b) En caso de existir molestias deben ser corregidas e indicadas al técnico del laboratorio
- c) Retirar la prueba de enfilado de boca del paciente para ser enviada nuevamente al laboratorio para ser terminada.

### QUINTA CITA

- a) Colocación y adaptación de la prótesis parcial metálica removible en boca del paciente
- b) Eliminación de las discrepancias

- c) Se deben realizar controles subsiguientes inmediatos y periódicos luego de la colocación de la prótesis para hacer los ajustes necesarios (Prezi, 2016)

#### **2.2.1.4 Controles posteriores**

Cuando se realiza la colocación y adaptación de una prótesis parcial metálica removible se le recomienda al paciente asistir a controles subsiguientes los mismos que serán establecidos por el profesional.

En estos controles se valorará el progreso del tratamiento y se realizará correcciones en caso necesario, además en estas citas se podrá evaluar el cuidado que le da el paciente a la prótesis dental así como a su higiene buco-dental ya éxito del tratamiento se basará en el control y mantenimiento de la prótesis y de su salud bucal. (Martin, 2018)

##### **2.2.1.4.1 Indicaciones para el paciente**

El paciente debe recibir indicaciones por parte del profesional para evitar de esta manera que el tratamiento no tenga éxito, por esto:

- Se debe indicar al paciente que los primeros días realice movimientos de apertura y cierre suavemente para no lastimarse.
- Se debe tener dieta balanceada, evitando alimentos duros que puedan dañar la prótesis
- La higiene bucal debe ser complementada con cepillo interdental de cerdas suaves, seda dental, y realizar enjuagues con colutorios. Debe usar un cepillo dental exclusivamente para la prótesis.
- Al momento de lavar la prótesis debe realizarse en la superficie interna, externa y en los dientes.
- Colocada y adaptada la prótesis metálica removible en boca se recomienda acudir a tres controles; a las 24 horas, a los 3 días y a los 7 días.
- Se le recomienda asistir a controles cada 6 meses.
- Se deberá retirar la prótesis durante la noche.

- Conservar la prótesis parcial metálica removible en un recipiente con agua cuando no esté en boca. (Indalecio, 2016)

#### **2.2.1.4.2 Mantenimiento de la prótesis parcial metálica removible**

- Promover al paciente un cuidado higiene de la prótesis en cuanto a la higiene que esto implica
- Como ya se lo menciono realizar controles periódicos para verificar el cuidado y el avance de la prótesis
- Se debe valorar el estado de salud periodontal de las piezas pilares.
- Solucionar interferencias que pueda estar produciendo traumas en los tejidos blandos de la cavidad bucal
- Realizar ajustes oclusales en caso de ser necesario (Carpíol, Pradolí, Arañó, & Antúnez, 2007)

#### **2.2.2 Diseño de la prótesis parcial metálica removible**

El diseño de la prótesis parcial metálica removible se refiere a tomar en cuenta la forma y detalles estructurales que se deben aplicar en la elaboración de la misma, este diseño debe ser elaborado en el modelo de estudio antes de realizar la impresión definitiva para de esta manera valorar qué tipo de componente en lo que se refiere a la prótesis necesita el paciente y no fracasar en el tratamiento.

Siempre que se diseña una prótesis parcial metálica removible se debe considerar los principios mecánicos como lo son: la estabilidad, la retención y el soporte.

La **retención** es la resistencia a las fuerzas fisiológicas y normales que tratan de desplazar la prótesis en sentido cervico-oclusal durante la masticación de alimentos, esto se logra con los retenedores directos e indirectos, en casos como el extremo libre, la extensión de la base hasta los límites fisiológicos así como la buena adaptación de la misma contribuyen significativamente a mejorar la retención. (Mccracken, 2006, pág. 8)

El **soporte** se define como la base sobre el cual descansa la prótesis y sirve de apoyo y de sostén, es la capacidad de resistir las presiones masticatorias que ejercen sobre una prótesis en sentido ocluso-cervical durante la masticación de alimentos duros. (Mccracken, 2006, pág. 8)

La **estabilidad** es la cualidad de una prótesis mantenerse firme, estable y resistir los desplazamientos por las fuerzas funcionales horizontales y de rotación. La estabilidad se consigue gracias a los elementos rígidos que toman contacto con las superficies verticales de los diente. (Moreno, 2011)

### **2.2.2.1 Principios del diseño**

1. La prótesis parcial removible debe ser rígida.
  2. Las fuerzas oclusales deben ser distribuidas sobre los dientes remanentes y mucosa.
  3. Los retenedores deben tener apoyos que dirijan las fuerzas oclusales sobre el eje mayor de los pilares.
  4. Máximo soporte mucoso es necesario para el extremo libre.
  5. La retención no es el factor primario del diseño.
  6. Los retenedores deben estar lo más cerca del fulcrum de los pilares.
  7. Se debe establecer retención indirecta para el extremo libre.
  8. Los conectores mayores nunca deben terminar en el margen gingival.
  9. Los conectores mayores deben cubrir zonas estrictamente necesarias.
  10. La oclusión de la prótesis debe armonizar con la de los dientes naturales.
- (Fernandez)

### **2.2.2.2 Secuencia del diseño**

Diseñe la estructura metálica de la dentadura sobre el modelo de estudio con lápiz rojo recuerde que las partes rígidas del retenedor van encima del ecuador y la porción retentiva debajo del ecuador. Para dibujar las retenciones para el acrílico use el lápiz azul.

Haga el diseño en el siguiente orden:

- 1) Apoyos oclusales
- 2) Retenedores
- 3) Bases (línea de unión entre el metal y el acrílico de las bases)
- 4) Conectores mayores
- 5) Conectores menores y placas de contacto proximal
- 6) Retenciones para el acrílico de las bases
- 7) Extensión de las bases (Prezi, 2016)

#### **Diseño de la clase IV de Kennedy**

- a) Dibuje con un lápiz rojo un apoyo oclusal en la fosa mesial o en el cingulo de las piezas anteriores vecinas al espacio edéntulo. (Fernandez)
- b) Dibuje un apoyo oclusal en distal de la última molar y en mesial de la siguiente. Proceda con el mismo criterio en el otro lado si existe más de un molar. (Fernandez)
- c) Dibuje un retenedor tipo Jackson entre la primera y la segunda molar de ambos lados o un acker o anillo cuando el espacio disponible así lo permita. (Fernandez)
- d) En mesial de cada pilar anterior vecino al espacio edéntulo trace en ambos lados a partir del apoyo oclusal una línea que se dibuje a cervical y termine por debajo del ecuador en la zona retentiva. (Fernandez)
- e) Trace en la parte anterior una línea transversal que indica el sitio de unión entre el acrílico de la base y la estructura metálica (Fernandez)
- f) En el área comprendida entre distal de los primeros molares y las foveolas palatinas dibuje una línea transversal que cruza el plano sagital en ángulo recto y llega hasta unos 8 mm de la cara lingual del segundo molar. (Fernandez)
- g) En cada extremo prolongue la línea hacia adelante haciendo una curvatura que se constituye en borde posterior del conector menor del retenedor Jackson (Fernandez)

- h) Dibuje en ambos lados una línea anteroposterior que corra paralela al reborde gingival palatino del primer molar y de los premolares con una separación de 4 o 5 mm. Termine estas líneas en la parte anterior haciendo una curvatura hacia el ángulo mesio lingual de los pilares anteriores justo donde se ubica el borde posterior de la base del acrílico (Fernandez)
- i) En la parte posterior termine estas líneas laterales con una trayectoria curva constituyendo el borde anterior del conector menor del retenedor de Jackson

Observe que se ha diseñado una placa palatina parcial que puede quedar como conector mayor terminado. Otra opción es dibujar una doble barra palatina para lo cual se procede a lo siguiente:

- Trace una línea interna paralela al borde anterior con una separación de 3mm. Trace una línea interna paralela al borde posterior con una separación de 5 mm (Fernandez)
- Dibuje a ambos lados una línea interna paralela a las líneas antero posteriores laterales con una separación de 4 mm. Una de las líneas internas por sus extremos con trazos curvos con lo cual el diseño del conector mayor queda terminado. (Fernandez)
- Marque con un lápiz azul los límites de la redcilla metálica para la retención del acrílico de la base. Observe desde mesial los pilares anteriores y con un lápiz rojo una el apoyo oclusal y el retenedor rígido a la estructura metálica que llega hasta el ángulo mesio lingual. (Fernandez)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Diseño y tipo de investigación**

En este capítulo se trata de la metodología que permitió desarrollar el trabajo denominado: Rehabilitación de pacientes edéntulos parciales clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible. Hemos aplicado estudios exploratorios, descriptivos, explicativos, documentales.

El diseño de la investigación es cualitativa porque está basada en un estudio bibliográfico que son las fuentes que nos permiten obtener la información documentada.

**Descriptiva:** Como su nombre lo indica consiste en recopilar toda información científica, que sean artículos científicos, obras de consultas, fuentes de información existentes en centros educativos especializados en el campo de la odontología relacionados al tema de la prótesis parcial metálica removible para elaborar el diseño y tratamiento del edentulismo parcial.

**Documental:** Porque en base a la información y documentos de consulta se procura trabajar en función de la evidencia y comprobación de un caso clínico, el mismo que estará reforzado con un marco teórico profundo actualizado, que derive a la



elaboración de la prótesis parcial metálica removible y resuelva los problemas del paciente en sus necesidades de salud dentaria y estética.

### **3.2 Métodos, técnicas e instrumentos**

En orden de tener un método concreto se formula como origen bibliográfico, con método inductivo-deductivo ya que tienen referencias de distintas fuentes para que indiquemos lo que arrojan dichos resultados en conjunto

#### **Técnica:**

Utilizamos la entrevista

Recolección de datos: Obtuvimos la información a través de la historia clínica del paciente

#### **Instrumental**

Historia clínica Médica-dental

Ficha Clínica 033

### **3.3 Procedimiento de la investigación**

Este proyecto fue planteado con bases teóricas en la cual se procedió a poner en práctica empezando con los pasos a seguir del procedimiento claramente descrito.

Dicha información se desarrolló en varias etapas:

La **primera etapa** trata de que se recopile artículos, documentación bibliográfica referente al tema para constatar teorías descritas en la sección del marco teórico.

La **segunda etapa** consta de las respuestas originadas a partir de la primera etapa.

La **tercera etapa** se la vincula a todo lo que concierne al esquema de la partición y características, como pueden ser los instrumentos, métodos entre otros.

### **3.4 Descripción del Caso Clínico**

Paciente de sexo femenino, de 46 años de edad, manifiesta que no está conforme con la apariencia de sus dientes por lo que se realiza el examen clínico y se observa que en la zona anterior de la arcada superior hay presencia de restos radiculares en piezas # 1.2-1.3-2.1-2.2 y la pieza # 1.1 se encontraba endodonciada restaurada con resina pero se encontró filtración en la misma por lo que necesitaría un retratamiento. Luego de la valoración clínica y radiográfica se procede a la extracción de las piezas ya mencionadas incluida la pieza # 1.1, producto de la pérdida dental en la zona anterior causa un desconfort estético, maloclusión; el diagnóstico es paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy en la arcada superior.

La investigación realizada se basa a datos que se ha recogido a través de la historia clínica, de un paciente de sexo femenino, obtenidos en la Clínica del adulto y del adulto mayor de Pregrado del área de Prostodoncia. Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil en 2018-2019.

Los datos proporcionados son analizados y ordenados de acuerdo al tratamiento descrito:

#### **HISTORIA CLÍNICA**

##### **Datos personales**

Nombre del paciente: Gina Dolores Santana Villamar

Edad: 46 años Sexo: Femenino Procedencia: Guayaquil Ocupación: Enfermera

Dirección: Sauces V

##### **Signos vitales**

P/A: 110/70 mm hg Temperatura: 37 °C Pulso: 65ppm

##### **Motivo de Consulta**

“Por una placa”

## **Anamnesis**

La paciente se acerca a la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil para que la ayuden a realizarse un tratamiento efectivo y no tan costoso debido que presenta resto de piezas dentales en su zona anterior. No presenta ni dolor ni molestias actualmente pero si nos manifiesta el desconfort físico y emocional ante la presencia de las piezas dentarias en mal estado producto de caries dental y de un mala higiene bucodental, la paciente nos manifiesta que no se las restauraba por falta de tiempo y temor a los odontólogos por lo que refiere que necesita un tratamiento que sea práctico y eficaz.

## **Enfermedad o Problema actual**

Asintomático. La paciente no presenta ningún problema actualmente referente a su cavidad bucal.

## **Antecedentes personales**

Paciente presenta hipertensión arterial

## **Antecedentes familiares**

No refiere antecedentes familiares

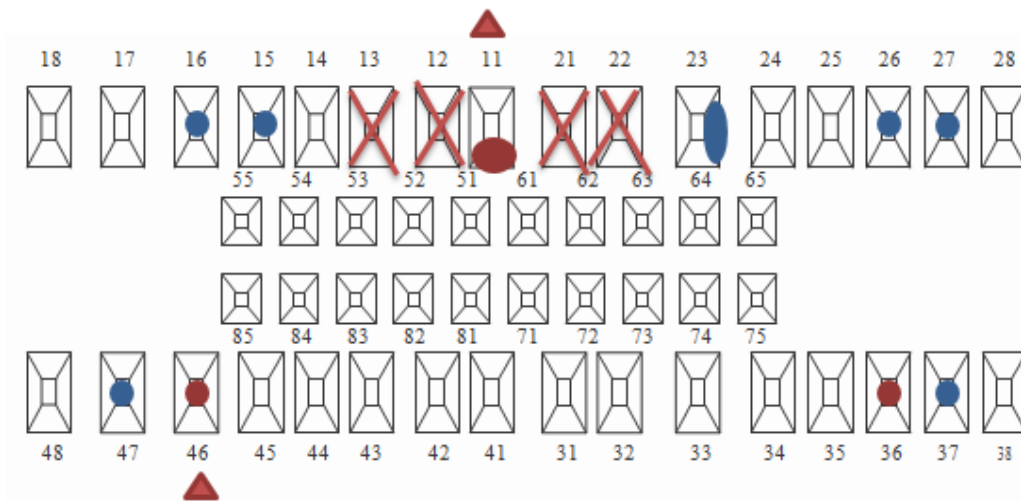
## **EXAMEN EXTRABUCAL**

Aparentemente normal

## **EXAMEN INTRABUCAL**

Presencia de torus palatino

## ODONTOGRAMA



**Imagen 1** Odontograma del paciente

El odontograma es muy útil al momento de dar un diagnóstico presuntivo ya que solo es un exámen clínico, a continuación se menciona por cuadrantes las afecciones que presenta la paciente:

**Cuadrante 1:** Este será el primer cuadrante a observar en el cual encontramos resto radicular de piezas 1.2-1.3-2.1-2.2 y la pieza # 1.1 presenta restauración en mal estado, además la pieza 1.5 y 1.6 presentan restauración en la superficie oclusal. No hay presencia de movilidad ni recesión en ninguna de las piezas.

**Cuadrante 2:** Hay presencia de restos de piezas 2.1-2.2 encontramos restauración en pieza # 2.3 en la superficie distal y en la superficie oclusal de piezas #2.6 y 2.7. No hay presencia de movilidad ni recesión en ninguna de las piezas.

**Cuadrante 3:** Presenta restauración deficiente de la pieza # 3.6 además de restauración en pieza # 3.7. No hay presencia de movilidad ni recesión en ninguna de las piezas.

**Cuadrante 4:** Pieza # 4.6 presenta caries en superficie oclusal con necesidad de un posible tratamiento de conducto y restauración en pieza # 4.7 en superficie oclusal. No hay presencia de movilidad ni recesión en ninguna de las piezas.

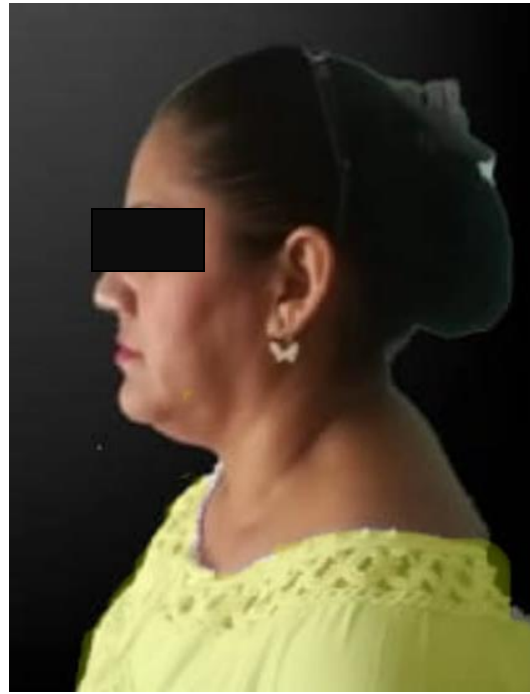
Se debe recordar que el odontograma no sirve para dar un diagnóstico definitivo por lo que se debe analizar con la ayuda de la radiografía y exámen clínico donde se evalué detalladamente cada pieza dental y determinar de esta manera el tratamiento a realizar en cada diente de acuerdo a su diagnóstico.

## **FOTOS EXTRABUCALES**



**Imagen 2** Toma frontal del paciente

Biotipo craneal mesofacial y biotipo facial mesoprosopo



**Imagen 3** Toma lateral derecho del paciente **Imagen 4** Toma lateral izquierdo del paciente

### FOTOS INTRABUCALES



**Imagen 5** Vista Extrabucal de la boca del paciente



**Imagen 6** Vista Intrabucal -Maxilar Superior- del paciente



**Imagen 7** Vista Intrabucal -Maxilar Inferior- del paciente



**Imagen 8** Radiografía Panorámica del paciente

### **Diagnóstico Radiográfico:**

En un diagnóstico radiográfico se debe evaluar por arcadas y cuadrantes en busca de alteraciones en las estructuras óseas y piezas dentarias. Los cuadrantes son analizados de acuerdo a las manecillas del reloj.

**Maxilar Superior:** En exámen radiográfico se observa restos de piezas dentarias, tratamiento de conducto en pieza # 1.1, senos maxilares amplios, seno maxilar lado izquierdo a nivel de reborde alveolar. Además se puede observar reabsorción ósea y tártaro interproximal.

**Maxilar Inferior:** En exámen radiográfico se observa desajuste cavitario en piezas # 3.6 y 4.6.

### **DIAGNOSTICO**

Paciente sexo femenino presenta restos radiculares en zona anterior, con biotipo craneal mesofacial y biotipo facial mesoprosopo, no presenta ningún mal hábito, presencia de placa bacteriana y cálculo. Presenta tratamiento endodóntico deficiente en pieza # 1.1, desajuste cavitario en la pieza # 36 y 46

### **PLANES DE TRATAMIENTO**

Antes de proceder a la ejecución de cualquier tipo de tratamiento se debe plantear al paciente las diferentes opciones que tiene y el pronóstico de cada uno de ellos.



La paciente presenta 4 restos radiculares y una pieza en la que se ha realizado un tratamiento pulpar y restaurada con resina producto de esto se ha ocasionado una filtración y como consecuencia caries debajo de la misma.

Se le plantea 3 tipos de tratamientos, de los cuales mencionaremos los siguientes:

- Prótesis parcial metálica removible
- Prótesis parcial acrílica removible
- Prótesis fija

Todos los tratamientos mencionados anteriormente son eficaces para un edéntulo parcial pero de acuerdo a la valoración que debe realizarse en cada paciente se llega al término de rehabilitar este paciente con prótesis parcial metálica removible debido a que este tipo de prótesis provee mayor rigidez, resistencia, estabilidad y confort al paciente por los componentes que la conforman, además si consideramos el costo de esta, es más económica comparada con una prótesis fija ya que cabe recalcar que un laboratorio dental cobra por la elaboración de cada pónico al momento de realizar un puente fijo. La prótesis parcial metálica removible como su nombre lo indica puede ser removida cuando el paciente así lo desee proporcionando de esta manera una mejor higiene ya que en muchos casos los puentes fijos suelen ser mal adaptados por un muñón mal tallado lo que puede terminar en caries hasta extracción de la pieza que sirve como pilar. Si bien es cierto de estos 3 tratamientos la prótesis parcial acrílica removible es la más económica y menos compleja solo es recomendada provisionalmente ya que tiende a fracturarse con mayor frecuencia.

Por las razones ya mencionadas y con el consentimiento de la paciente se procede a la extracción de los restos dentales y de la pieza # 1.1 que se encontraba endodunciada y se toma en consideración la rehabilitación de la paciente con prótesis metálica removible.

## PRONOSTICO

Con el uso de la prótesis parcial metálica removible se obtiene un pronóstico favorable ya que se ha seguido con el protocolo correspondiente y la paciente es colaboradora por lo que ayuda con el control y mantenimiento de la misma.

## PROCESO CLINICO

Luego de realizar un correcto diagnóstico clínico y radiográfico se procede a la primera toma de impresión que es la denominada impresión anatómica la cual nos ayudará a la obtención de los modelos de estudio el mismo que se realiza en yeso piedra, con este modelo podemos realizar el diseño y planeo preliminar del terreno protésico. Cabe recalcar que el modelo debe ser colocado en zócalo y debidamente recortado para evitar interferencias en nuestro diseño.



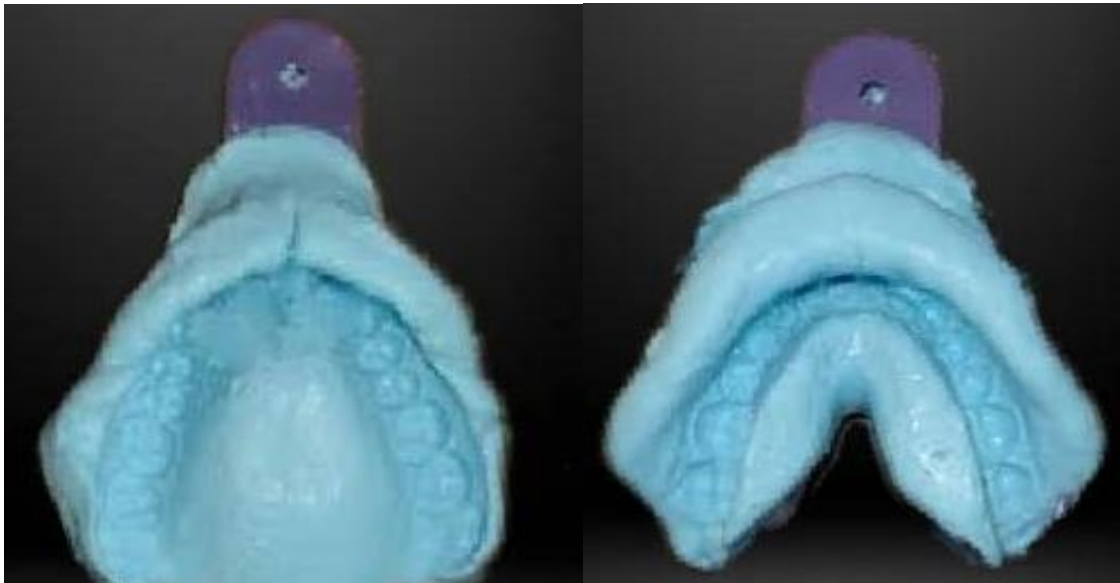
**Imagen 9** Instrumentos para realizar la impresión de la boca del paciente

**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba

**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 10** Preparación del alginato para la impresión  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 11** Obtención de impresiones preliminares maxilar superior e inferior  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 12**Vaciado de la impresión con yeso piedra

**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba

**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 13**Proceso de fraguado de yeso para la obtención de modelos de estudio

**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba

**Año Lectivo:**2018-2019



**Imagen 14** Recorte de Modelos  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019

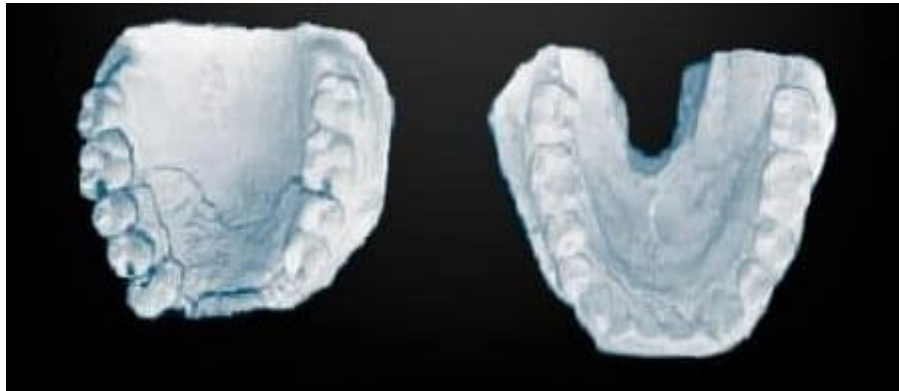


**Imagen 15** Vista frontal modelo de estudio  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019

Una vez realizado nuestro planeo y diseño preliminar podemos proceder a la toma de impresión fisiológica para la obtención de modelos de trabajo en los cuales se realizará el planeo y diseño definitivo el cual será enviado al laboratorio dental para



**Imagen 16** Obtención de impresión definitiva maxilar superior  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 17** Planeo y diseño definitivo para la prótesis metálica removible  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019

El laboratorio dental envía la estructura metálica para la prueba en boca del paciente, con la misma se deberá realizar la toma de dimensión vertical y registro de mordida; cuando ya tengamos esto se deberá proceder a montar en el oclusador para mantener la oclusión y enviar nuevamente al laboratorio para elaborar el enfilado. Se debe tomar el color del diente.



**Imagen 18** Vista Frontal del modelo con estructura metálica  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 19** Prueba de estructura metálica en boca del paciente. Maxilar superior  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 20** Toma de dimensión vertical y de mordida  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019

Cuando el laboratorio ya ha realizado el enfilado, se procede a la prueba en boca del paciente y se realiza correcciones en caso de ser necesario, se envía nuevamente al laboratorio para terminar la prótesis parcial metálica removible.



**Imagen 21** Vista Frontal, prueba de enfilado enviado por el laboratorio dental  
**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba  
**Año Lectivo:** 2018-2019





**Imagen 22** Prueba de enfilado maxilar superior

**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba

**Año Lectivo:** 2018-2019



**Imagen 23** Adaptación de prótesis parcial metálica removible

**Operadora:** Jessica Naranjo Arroba

**Año Lectivo:** 2018-2019

### 3.5 Discusión de resultados

En el planteamiento y desarrollo del presente trabajo monográfico se analizó de manera individual al paciente con ausencia dental, tras un estudio clínico, radiográfico y materiales de apoyo se define un diagnóstico compatible con edentulismo parcial.

Para poder plantear un posible tratamiento debemos analizar varios puntos, como son:

- Salud periodontal de las piezas presentes en boca
- Condición económica del paciente
- Estatus social
- Reborde alveolar
- Cantidad de hueso alveolar
- Apiñamiento dental
- Relaciones oclusales
- Edad del paciente
- Tipología facial, el perfil del paciente
- Cantidad de espacio desdentado (Enrique Fernandez, 2015)

Es de mucha importancia tomar en cuenta lo antes mencionado ya que con la ayuda de estos datos podemos proponerle al paciente el tratamiento idóneo para el reemplazo de sus piezas dentales. Enfocándonos al caso clínico presentado la paciente no contaba con los recursos suficientes como para realizarse implantes dentales, tampoco deseaba que sus piezas dentales sean talladas para la colocación de una prótesis fija por lo que se toma la decisión de rehabilitarla con prótesis parcial metálica removible. (Perero, 2016)

En muchos casos al realizar una prótesis fija no se cuenta con el suficiente espacio para colocar un pónico, además se debe tomar en cuenta que podría haber sensibilidad en las piezas pilares por lo que se necesitaría la ayuda de otros tipos

de tratamientos ya sea una endodoncia y en algunos casos hasta un alargamiento de corona por lo que los procedimientos del tratamiento son más complejos.

Una prótesis parcial metálica removible también es conocida como prótesis esquelética, son dispositivos mecánicos diseñados para devolver estructuras bucales perdidas, cuyo objetivo principal es restaurar la estética, función masticatoria y preservar el remanente biológico mejorando la calidad de vida del paciente. (Chang, 2016)

La prótesis parcial metálica removible está compuesta de varios elementos, tales son:

- Conectores mayores
- Conectores menores
- Retenedores directos e indirectos
- Base
- Apoyos oclusales

Gracias a estos elementos mencionados, este tipo de prótesis dental cuenta con una mayor retención lo que crea resistencia a las fuerzas que ejercen sobre una prótesis en sentido cervicooclusal durante la masticación de los alimentos pegajosos; de la misma manera ofrece soporte que es la capacidad de resistir las presiones masticatorias que ejercen sobre la prótesis metálica removible en sentido oclusocervical durante la masticación de alimentos duros; además proporciona estabilidad que es la resistencia y capacidad de conservar la posición correcta durante las fuerzas que se ejercen sobre una prótesis en el plano horizontal de corrientes de contactos oclusales en planos inclinados. La estabilidad de una prótesis en el plano horizontal es fundamental ya que una prótesis inestable se balanceará al morder por uno u otro lado debido a esto se recomienda el uso de la prótesis parcial metálica removible (Perero, 2016)

Una vez terminada la rehabilitación del paciente con la prótesis parcial metálica removible podemos observar ciertos cambios psicoemocionales que se presentan en la actitud del paciente, al realizarle la siguiente pregunta.... ¿cómo se siente con las prótesis adaptadas en su boca? Obtenemos como respuesta o manifestación de parte de ella que actualmente se siente bien, siente satisfacción por recuperar su estética la cual le permite sonreír libremente sin complejo alguno sumado a esto puede pronunciar mejor las palabras al momento de entablar una conversación ya que recordemos que la ausencia de dientes también afecta la fonética del paciente como ya se lo ha mencionado con anterioridad. Dichas respuestas de la paciente nos indica que el tratamiento ha sido eficiente y eficaz, porque ha logrado dar confort y recobrar funciones perdidas por la falta de piezas dentales, es decir que se ha logrado mejorar la calidad de vida del paciente. (Chang, 2016)

Siempre que tengamos que rehabilitar a un paciente edéntulo parcial que corresponda a cualquiera de las clases o modificaciones de Kennedy debemos ser sinceros con los tratamientos y darle confianza del trabajo a realizar ya que el único responsable del éxito o fracaso del tratamiento está en la responsabilidad del profesional clínico, el mismo que debe realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento acorde a las necesidades y elección del paciente. (Rodriguez, 2014)

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

La rehabilitación de la paciente clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible tuvo resultados favorables y se logró con ello mejorar sus funciones físicas, funcionales y ayudar con su estética.

Además tuve la oportunidad de adquirir conocimientos teóricos y prácticos más profundos de lo que es la rehabilitación de un edéntulo parcial con prótesis parcial metálica removible lo que me permite concluir expresando lo siguiente: “Para que el tratamiento tenga un final exitoso se debe aplicar al pie de la letra los principios del diseño y los procedimientos clínicos y de laboratorio en la elaboración de la misma, caso contrario fracasaría la rehabilitación”

El tratamiento fue el ideal en este caso ya que se preservaron la integridad de las piezas dentales que aún se conservaban en boca y al mismo tiempo se obtuvo resultados favorables con la adaptación de la prótesis.

## **4.2 Recomendaciones**

Lo primero que se recomienda es realizar un correcto diagnóstico clínico y radiográfico y elaborar un plan de tratamiento acorde a las necesidades del paciente, siempre se debe valorar cada detalle del paciente ya sea físico, esquelético, muscular para no tener un fracaso en nuestro tratamiento.

Antes de proceder a ejecutar el tratamiento se debe explicar claramente cada paso a realizar y los cuidados que debe tener con la prótesis metálica así como mejorar su higiene bucal para evitar futuras pérdidas de piezas dentales.

Se debe coordinar controles posteriores en donde se deberá evaluar los resultados con la adaptación de la prótesis metálica removible y en caso de ser necesario realizarle ajustes a la misma.

Se recomienda mantener en buen estado la prótesis y cuidar la higiene bucal para mantener sano los dientes naturales.

## Bibliografía

1. Ambrosio Pabon M. Msc Ed., P. C. (Mayo de 2008).
2. BUAP, M. d. (01 de Marzo de 2017). *Sabersinfin*. Obtenido de <https://www.sabersinfin.com/articulos/historia/15321-la-historia-de-las-protesis-dentales>
3. Cajal, A. (2014). *lifeder.com*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/fundamento-teorico/>
4. Carpiol, D. M., Pradoll, D. B., Arañol, D. Z., & Antúnez, D. L. (20 de noviembre de 2007). Manual instructivo de instalación y control de prótesis.
5. Chang, K. (Mayo de 2016). *Repositorio*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18813/1/CHANGkarla.pdf>
6. Chile, U. d. (2010). *ANÁLISIS DE MODELOS ARTICULADOS*. Chile.
7. Colombia, U. N. (Febrero de 2013). Obtenido de <https://es.slideshare.net/guest3b7dd0/parcial-removable-1-presentation>
8. Dominguez, J. T. (2014-2015). *DOCPLAYER*. Obtenido de <https://docplayer.es/72315511-Historia-de-la-protesis-dental.html>
9. Ecuador, M. d. (s.f.). Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%20C3%8DNICA%20C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>
10. Enrique Fernandez, H. G. (2015). *Scielo*. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072015000100013](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072015000100013)
11. Fabara, d. H. (1983). *Protesis parcial removable*. Obtenido de <file:///C:/Users/Flavia%20Arroba/Downloads/1025-3176-1-PB.pdf>
12. Fernandez, D. L. (s.f.). *Prótesis Parcial Removable*. Savia.
13. Henar, T. J. (2005). *Prótesis Dental II*. Universitat de Barcelona.

14. Indalecio, L. (2016). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/310549098/Control-y-Mantenimiento-de-un-paciente-rehabilitado-con-Prtesis-Parcial-Removible>
15. Keogh, E. M. (1998). *Prótesis Parcial Removible Clínica y laboratorio*. Madrid-España: Harcourt Brace.
16. MACKRAKEN. (2006). *PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE*. Elsevier.
17. Martin, D. M. (2018). Obtenido de <https://www.matiassanmartin.com/protesis-removible/>
18. Moreno, L. M. (21 de Noviembre de 2011). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/LuisaFernandaMurillo/prtesis-parcial-removible-estudio-y-diseo>
19. Osorio, L. S. (2015). Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-246X2015000200197&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2015000200197&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Paredes, C. (31 de Diciembre de 2010). *Slide Share*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/daggerfast/protesis-parcial-removible-6419237>
21. Perero, A. (Mayo de 2016). *Repositorio*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18879/1/PEREROalexander.pdf>
22. Pichardo, D. N. (25 de Septiembre de 2008). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/guest3b7dd0/parcial-removible-1-presentation>
23. Pinto, M. R. (2017). *DOCPLAYER*. Obtenido de <https://docplayer.es/17449392-Analisis-oclusal-de-modelos-articulados.html>
24. Portillo, D. B. (12 de Marzo de 2012). *Wordpress*. Obtenido de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PqFIHR2VEmQJ:https://odonto5.files.wordpress.com/2012/03/preparacic3b3n-de-la-boca-previo-a-recibir-una.pptx+&cd=10&hl=es&ct=clnk&gl=ec>
25. *Prezi*. (22 de Noviembre de 2016). Obtenido de <https://prezi.com/7ypvunwgcpvk/secuencia-clinica-en-protesis-parcial-removible/>



26. Pública, M. d. (2007). *DOCPLAYER*. Obtenido de <https://docplayer.es/6767732-Ministerio-de-salud-publica-del-ecuador-manual-de-uso-del-formulario-033-historia-clinica-unica-de-odontologia.html>
27. Riquelme, S. A. (2013). *Repositorio Chile*. Obtenido de [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117407/Caceres\\_S.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117407/Caceres_S.pdf?sequence=1)
28. Rodríguez, O. (29 de Septiembre de 2014). *SlideShare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/orlandorochi/protesis-parcial-removible-39662884>
29. *SlideShare*. (07 de Mayo de 2009). Obtenido de <https://es.slideshare.net/mariateresaflomez/clasificaciones-arco-parcialmente-edentulo>
30. Toledano, L. M. (2012). *Prótesis dental. Apuntes sobre su historia*. Cuba.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES	NOVIEMBRE				DICIEMBRE			ENERO				ABRIL
	SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Recopilación de información													
Revisión de información obtenida													
Elaboración de resumen e introducción													
Estructuración y elaboración del capítulo I													
Elección de temas													
Estructuración de capítulo II													
Elaboración del capítulo III													
Organización del caso clínico													
Elaboración del capítulo IV													
Correcciones													
Sustentación													

## ANEXO 2: PRESUPUESTO

<b>INSUMOS</b>	<b>COSTO</b>
Caja de guantes	6.50
Alginato	8.00
Cubetas plásticas	15.00
Cubetas de aluminio	25.00
Yeso piedra	1.50
Yeso extraduro	2.00
Yeso modelo	2.50
Rodetes de cera	3.00
Oclusador Metálico	6.00
Elaboración de la prótesis con el técnico	250.00
<b>TOTAL</b>	<b>319.50</b>

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



31 AGO 2018

#### UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

#### DEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO

##### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, Gina Dolores Santana con C.I N: 120320750-9 he sido informado (a) del procedimiento de diagnóstico y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.

Comprendo que de ninguna manera el posible tratamiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha aclarado que puede ser necesario la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o el incumplimiento a las citas, minimizaran las posibilidades de un buen resultado.

En virtud de lo anterior, expongo que conozco y acepto lo informado en relación a los tratamientos que me han sido explicados y otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos, así como la autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sea necesarios a criterio del estudiante tratante bajo la supervisión y autorización del tutor académico del área.

  
Firma responsable

Gina Dolores Santana C.I. N. 120320750-9 Fecha: 31/08/2018

# ANEXO 4: FICHA CLÍNICA 033

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA				
F.P.O.		Ortiz	Valera	F	46	110249				
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	5-14 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA			
							<input checked="" type="checkbox"/>			
1. MOTIVO DE CONSULTA				ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE						
"Por dolor de boca"										
2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL				REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL						
Asintomático										
3. ANTECEDENTES PERSONALES										
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTROS	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antes 100mg. / día										
4. SIGNOS VITALES										
PRESIÓN ARTERIAL	110/70	FRECUENCIA CARDIACA /minuto	65	TEMPERATURA °C	37 °C	FRECUENCIA RESPIRATORIA /minu	20			
5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO				DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO						
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADA	7. PISO	8. TUBO DENT. PALATINA	9. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. Ganglio
-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
6 - TOROS PALATINA										
MAYRON MATAMOROS 10/1										
JEFFERSON HEREDIA 10/3										

## ANEXO 5: RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



**Imagen8: Radiografía Panorámica**  
**Paciente: Gina Santana**  
**Operadora: Jessica Naranjo**

### **Diagnóstico Radiográfico:**

En un diagnóstico radiográfico se debe evaluar por arcadas y cuadrantes en busca de alteraciones en las estructuras óseas y piezas dentarias. Los cuadrantes son analizados de acuerdo a las manecillas del reloj.

**Maxilar Superior:** En exámen radiográfico se observa restos de piezas dentarias, tratamiento de conducto en pieza # 1.1, senos maxilares amplios, seno maxilar lado izquierdo a nivel de reborde alveolar. Además se puede observar reabsorción ósea y tártaro interproximal.

**Maxilar Inferior:** En exámen radiográfico se observa desajuste cavitario en piezas # 3.6 y 4.6.



Universidad de Guayaquil

ANEXO 1

FACULTAD ODONTOLÓGICA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLÓGICA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

TRABAJO DE TITULACIÓN  
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación	Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible		
Nombre del estudiante (s)	Jessica Naranjo Arroba		
Facultad	Odontología	Carrera	Odontología
Línea de Investigación	SALUD ORAL, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y SERVICIOS DE SALUD	Sub-línea de investigación	TRATAMIENTO
Fecha de presentación de la propuesta de trabajo de titulación	4/10/2018	Fecha de evaluación de la propuesta de trabajo de titulación	19/11/2018

ASPECTO A CONSIDERAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Título de la propuesta de trabajo de titulación	✓		27 Nov 2018 09:00 
Línea de Investigación / Sublínea de Investigación	✓		
Planteamiento del Problema	✓		
Justificación e importancia	✓		
Objetivos de la Investigación	✓		
Metodología a emplearse	✓		
Cronograma de actividades	✓		
Presupuesto y financiamiento	✓		

- APROBADO
- APROBADO CON OBSERVACIONES
- NO APROBADO

Docente Revisor

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.

RECIBIDO

FECHA: 30 NOV 2018

HORA: 09:00





Universidad de Guayaquil

**FACULTAD ODONTOLÓGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLÓGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 12 de Noviembre del 2018

ANEXO 2

DR. JOSÉ FERNANDO FRANCO  
DIRECTOR (A) DE CARRERA  
FACULTAD ODONTOLÓGIA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**Acuerdo del Plan de Tutoría**

Nosotros, Dr- Luis Zelaya Estrella Msc., docente tutor del trabajo de titulación y Jessica Naranjo Arroba, estudiante de la Carrera/Escuela Odontología, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario de 9-10 am, el día Lunes y de 2-3 pm el día Martes

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

- Realizar un mínimo de 4 tutorías mensuales.
- Elaborar los informes mensuales y el informe final detallando las actividades realizadas en la tutoría.
- Cumplir con el cronograma del proceso de titulación.

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

Atentamente,

Estudiante (s)

Docente Tutor

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.  
RECIBIDO

FECHA: 1.3. NOV. 2018

HORA: 14:27

CC: Unidad de Titulación



Universidad de Guayaquil

ANEXO

FACULTAD ODONTOLOGÍA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr- Luis Zelaya Estrella Msc.

Tipo de trabajo de titulación: Caso clínico

Título del trabajo: Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible

Carrera: Odontología

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	12/11/2018	Conexiones de la Estructura del trabajo monográfico	9:00	10:00	Investigación bibliográfica. Recopilación de información del tema	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	13/11/2018	Presentación de material bibliográfico relacionado con el tema	14:00	15:00	Revisión bibliográfica, artículos, folletos, revistas, etc	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	19/11/2018	Revisión del trabajo bibliográfico relacionado con el Capítulo I	9:00	10:00	Realizar las respectivas conexiones indicadas	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	23/11/2018	Estructuración del capítulo II Caso Clínico	14:00	15:00	Recopilación de información investigada en libros, folletos, revistas, artículos, etc	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	27/11/2018	Corrección de la Argumentación y de la Estructura del tema	14:00	15:00	Recopilar más información relacionada con el tema	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	30/11/2018	Elaboración del borrador del capítulo I y II	11:00	12:00	Corregir ciertas terminologías	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.

RECIBIDO

FECHA: 03 DIC 2018

HORA: 09:40

*[Signature]*



Universidad de Guayaquil

ANEX

FACULTAD ODONTOLÓGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLÓGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr- Luis Zelaya Estrella Msc.

Tipo de trabajo de titulación: Caso clínico

Título del trabajo: Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible

Carrera: Odontología

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	3/12/2018	Revisión del Abstracto en español	9:00	10:00	traducir el resumen al inglés	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	7/12/2018	Estructuración del capítulo III.	11:00	12:00	Aumentar más datos bibliográficos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	17/12/2018	Organización del Caso clínico	9:00	10:00	Ordenar las fotos paso a paso del caso clínico	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	4/01/2019	Revisión de Caso clínico	10:00	11:00	Etapa terminal del Caso clínico	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.  
RECIBIDO

FECHA: 08 ENE 2019  
HORA: 15:37



Universidad de Guayaquil

ANEXO

FACULTAD ODONTOLOGÍA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr- Luis Zelaya Estrella Msc.

Tipo de trabajo de titulación: Caso clínico

Título del trabajo: Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible

Carrera: Odontología

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	11/01/19	Revisión de las Recomendaciones	10:00	11:00	Realizar las conclusiones		
2	15/01/19	Revisión de las Conclusiones	14:00	15:00	Corrección de conclusiones		
3	28/01/19	Estructuración del trabajo terminado	9:00	10:00	Corrección de pie de fotos		
4	31/01/19	Presentación del asesorador	14:00	15:00	Anular el trabajo, en el ordenamiento establecido		

DEPARTAMENTO DE TITULACION G.D.  
RECIBIDO

FECHA: 07 FEB 2019

HORA: 09:52



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 26 de Febrero del 2019

**Dr. José Fernando Franco**  
**DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA**  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible del (los) estudiante (s) Jessica Naranjo Arroba, indicando que ha (n) cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante (s) está (n) apto (s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

Dr. Luis Zelaya Estrella Msc.  
C.I. 0901855973

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.  
RECIBIDO  
26 FEB 2019  
FECHA: 26 FEB 2019  
HORA: 11:55



Universidad de Guayaquil

ANEXO 5

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN**

Título del Trabajo: Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible		
Autor(s): Jessica Naranjo Arroba		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
<b>ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA</b>	<b>4.5</b>	<b>4.5</b>
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad / Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
<b>RIGOR CIENTÍFICO</b>	<b>4.5</b>	<b>4.5</b>
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
<b>PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
<b>CALIFICACIÓN TOTAL *</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

Dr. Luis Zelaya Estrella Msc.  
No. C.I. 0901855973

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.  
RECIBIDO  
FECHA: 26 FEB 2019  
HORA: 15:55

FECHA: 26/02/2019



Universidad de Guayaquil

ANEXO 6

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado Dr. Luis Zelaya Estrella Msc., tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por Jessica Joselyn Naranjo Arroba, C.C.: **0950325746**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de ODONTOLOGO.

Se informa que el trabajo de titulación: Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio Urkund quedando el 6% de coincidencia.

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: NARANJO ARROBA JESSICA .pdf (D48227810)  
 Submitted: 2/22/2019 5:25:00 PM  
 Submitted By: daniela.albornozj@ug.edu.ec  
 Significance: 6 %

Sources included in the report:

RAMIREZ FREIRE ALLYSON PAMELA.pdf (D48185701)  
 TESIS 2017 JHONNY PINELA.docx (D28116429)  
 VERA-COLLAHUAZO-KATHERINE.pdf (D48050917)  
 JORGE CORTEZ CASO CLÍNICO FINAL.docx (D27794105)  
 VELASQUEZ GARCIA GISBEL YULEISI.pdf (D47905107)  
 K. Chang-análisis de los modelos de estudio y de trabajo en prótesis parcial metálica removible. caso clinico.docx (D19498426)

Instances where selected sources appear:  
 16

DEPARTAMENTO DE TITULACION CO.  
RECIBIDO  
FECHA: 26 FEB 2019  
HORA: 15:55

Dr. Luis Zelaya Estrella Msc.  
C.I. 0901855973



Universidad de Guayaquil

ANEXO 7

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

Guayaquil, 4 DE ABRIL DEL 2019

Sr. /Sra.

**DIRECTOR (A) DE LA CARRERA/ESCUELA  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **REHABILITACION DE PACIENTES EDENTULOS PARCIALES CLASE IV DE KENNEDY CON PROTESIS PARCIAL METALICA REMOVIBLE** del estudiante **JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA**.

Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de 12 palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo 9 años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de un caso clínico.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante **JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA** está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. 0925023459





Universidad de Guayaquil

ANEXO 8

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN MEMORIA ESCRITA TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo REHABILITACION DE PACIENTES EDENTULOS PARCIALES CLASE IV DE KENNEDY CON PROTESIS PARCIAL METALICA REMOVIBLE

Autor(s): JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.	COMENTARIOS
<b>ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA</b>			
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6	0.2	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6	0.4	
Redacción y ortografía	0.6	0.4	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6	0.4	
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6	0.3	
<b>RIGOR CIENTÍFICO</b>			
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5	0.3	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6	0.4	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7	0.6	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7	0.5	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7	0.5	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4	0.2	
Factibilidad de la propuesta	0.4	0.2	
Las conclusiones expresa el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4	0.2	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5	0.4	
<b>PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL</b>			
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta	0.4	0.3	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3	0.3	
<b>CALIFICACIÓN TOTAL*</b>	<b>10</b>	<b>7.0</b>	

\* El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.

  
FIRMA DEL DOCENTE TUTOR  
REVISOR No. C.I. 0925023459

FECHA: 04/04/2019



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



## REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS

<b>TITULO Y SUBTITULO:</b> REHABILITACIÓN DE PACIENTES EDÉNTULOS PARCIALES CLASE IV DE KENNEDY CON PRÓTESIS PARCIAL METÁLICA REMOVIBLE		
<b>AUTOR/ES:</b> JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA	<b>REVISORES:</b> DR. JOSÉ ALFONSO MORETTA ESP. <b>TUTOR:</b> DR. LUIS ZELAYA ESTRELLA MSC.	
<b>INSTITUCIÓN:</b> UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	<b>FACULTAD:</b> FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA	
<b>CARRERA:</b> ODONTOLOGÍA		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>N. DE PAGS:</b> 43	
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b> SALUD		
<b>PALABRAS CLAVES:</b> Clase IV de Kennedy, Prótesis parcial metálica removible, Dimensión vertical, Diagnóstico, edéntulo parcial.		
<b>RESUMEN:</b> Rehabilitar un paciente edéntulo con prótesis parcial removible metálica nos ayuda a mejorar sus funciones fisiológicas perdidas: masticación, fonación, además contribuye a recuperar su dimensión vertical y estética. El presente trabajo de investigación se realizó en base al método inductivo, con diseño de la investigación cualitativa porque está basada en un estudio bibliográfico y recolección de datos a través de la historia clínica del paciente; luego de realizar un correcto diagnóstico clínico y radiográfico se desarrolla el plan de tratamiento acorde a un paciente edéntulo clase IV de Kennedy en donde se describe paso a paso el tratamiento a realizar. Para la obtención de información se lo realiza mediante revisión de artículos científicos, libros e investigación en páginas de internet. Los resultados obtenidos con la adaptación de la prótesis parcial metálica removible son satisfactorios ya que no presentó molestia con la prótesis sino por el contrario manifiesta confort físico, emocional y funcional. Una vez rehabilitado al paciente se recomienda asistir a posteriores controles y a mejorar sus hábitos de higiene bucal y alimenticia para mantener la prótesis en buen estado. La odontología ha evolucionado a través del tiempo, por lo que en la actualidad la prótesis parcial removible metálica es una alternativa apropiada para el tratamiento protésico del paciente edéntulo parcial, brindando beneficios que van desde el punto de vista estético, funcional y económico. El paciente debe tener más precaución y cuidado con las piezas dentales remanentes, para que no llegue a perderlas y convertirse en un edéntulo total.		
<b>N. DE REGISTRO (en base de datos):</b>	<b>N. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTORES/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0991372919	<b>E-mail:</b> jessica_naranjo1994@hotmail.com
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCION:</b>	<b>Nombre:</b>	
	<b>Teléfono:</b>	
	<b>E-mail:</b>	

Quito: Av. Whympfer E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/ 1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, Edificio Prometeo, teléfonos 2569898/ 9. Fax: (593 2) 2509054



Universidad de Guayaquil


**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 11

Guayaquil, \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR**

Habiendo sido nombrado DR. JOSE ALFONSO MORETTA Esp., tutor del trabajo certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA con C.I. 0950325746 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de ODONTÓLOGA, en la Carrera de Odontología de la Facultad Piloto de Odontología, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

  
\_\_\_\_\_  
DOCENTE TUTOR REVISOR  
C.I. 0925023459



Universidad de Guayaquil

ANEXO 12

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO  
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA** con C.I. No. **0950325746**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "**REHABILITACIÓN DE PACIENTES EDÉNTULOS PARCIALES CLASE IV DE KENNEDY CON PRÓTESIS PARCIAL METÁLICA REMOVIBLE**" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

---

**JESSICA JOSELYN NARANJO ARROBA**  
C.I. No. **0950325746**

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como conservatorios trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Universidad de Guayaquil

ANEXO 13

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGÍA  
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**“Rehabilitación de paciente edéntulo parcial clase IV de Kennedy con prótesis parcial metálica removible”**

**Author:** Jessica Naranjo Arroba

**Advisor:** Dr. Luis Zelaya Estrella Msc.

**Resumen**

Rehabilitar un paciente edéntulo con prótesis parcial removible metálica nos ayuda a mejorar sus funciones fisiológicas perdidas: masticación, fonación, además contribuye a recuperar su dimensión vertical y estética. El presente trabajo de investigación se realizó en base al método inductivo, con diseño de la investigación cualitativa porque está basada en un estudio bibliográfico y recolección de datos a través de la historia clínica del paciente; luego de realizar un correcto diagnóstico clínico y radiográfico se desarrolla el plan de tratamiento acorde a un paciente edéntulo clase IV de Kennedy en donde se describe paso a paso el tratamiento a realizar. Para la obtención de información se lo realiza mediante revisión de artículos científicos, libros e investigación en páginas de internet. Los resultados obtenidos con la adaptación de la prótesis parcial metálica removible son satisfactorios ya que no presentó molestia con la prótesis sino por el contrario manifiesta confort físico, emocional y funcional. Una vez rehabilitado al paciente se recomienda asistir a posteriores controles y a mejorar sus hábitos de higiene bucal y alimenticia para mantener la prótesis en buen estado. La odontología ha evolucionado a través del tiempo, por lo que en la actualidad la prótesis parcial removible metálica es una alternativa apropiada para el tratamiento protésico del paciente edéntulo parcial, brindando beneficios que van desde el punto de vista estético, funcional y económico. El paciente debe tener más precaución y cuidado con las piezas dentales remanentes, para que no llegue a perderlas y convertirse en un edéntulo total.

**Palabras Claves:** Clase IV de Kennedy, Prótesis parcial metálica removible, Dimensión vertical, diagnóstico, edéntulo parcial.



Universidad de Guayaquil

ANEXO 14

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA**  
**ESCUELA/CARRERA ODONTOLOGIA**  
**Unidad de Titulación**

**Author:** Jessica Naranjo Arroba

**Advisor:** Dr. Luis Zelaya Estrella Msc.

**Abstract**

Rehabilitate an edentulous patient with metal removable partial denture helps us improve his lost physiological functions: chewing, phonation, contributes to recover his vertical and aesthetic dimension, too. The present research study was based on the inductive method, with qualitative research design because it is based on a bibliographic study and data collection through the patient's medical history. After making a correct radiographic clinical diagnosis, the treatment plan is developed according to an edentulous patient class IV from "The Kennedy" which describes step by step the treatment to be performed. Data gathering, are done through the review of scientific articles, books and research on internet sites. The results obtained with the adaptation of the removable metallic partial denture are satisfactory since did not present discomfort with the prosthesis, on the contrary it manifests physical comfort, emotional and functional. Once the patient is rehabilitated, it is recommended attend later controls and to improve his oral hygiene habits and food to keep the prosthesis in good condition. Dentistry has evolved over the time, for this reason in the present the Metallic removable partial denture is an appropriate alternative for the prosthetic treatment of the partial edentulous patient, providing benefits aesthetic, functional and economic. The patient must careful with the remaining teeth, so as not to lose them and thus becoming edentulous.

**Keys words:** Kennedy Class IV, Removable partial metal prosthesis, Vertical dimension, diagnosis, partial edentulous.

*Revisado y Aprobado por*  
*ledo. Neft Galán. Mg*  
*21 de febrero del 2019*

DEPARTAMENTO DE TITULACION OD.  
**RECIBIDO**  
FECHA: 21 FEB 2019  
HORA: 14:15