

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSE APOLO PINEDA”**

**“ESTUDIO DEL EDENTULISMO PARCIAL
SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE
POSTGRADO DE REHABILITACION ORAL
DURANTE EL PERIODO 2013-2014”**

Odont. HELEN VERONICA VEAS GARCIA

2015

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSE APOLO PINEDA”**

**Trabajo de Investigación como requisito para optar
por el título de: Especialista en Rehabilitación Oral**

**“ESTUDIO DEL EDENTULISMO PARCIAL
SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE
POSTGRADO DE REHABILITACION ORAL
DURANTE EL PERIODO 2013-2014”**

Odont. HELEN VERONICA VEAS GARCIA

2015

Editorial de Ciencias Odontológicas U.G

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de tutores del Trabajo de Investigación:

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Investigación como requisito previo para optar por el Título de: **Especialista en Rehabilitación Oral.**

El Trabajo de Investigación se refiere a:

“ESTUDIO DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE POSTGRADO DE REHABILITACION ORAL DURANTE EL PERIODO 2013-2014”

Presentado por:

Odont. HELEN VERONICA VEAS GARCIA CC: 0917024648

TUTORES

Dr. William Córdova C.

Dra. Elisa Llanos R. MSc.

TUTOR CIENTÍFICO

TUTOR METODOLÓGICO

Guayaquil, 2015

AUTORIA

Las opiniones, conceptos y comentarios que contiene el presente documento son de absoluta responsabilidad de su autora.

Odont. Helen Verónica Veas García.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres quienes han estado presente en mi vida en cada paso que he dado y quienes me han guiado y apoyado durante toda mi etapa estudiantil.

A mis hermanos, amigos fieles e infaltables, personas que han compartido conmigo cada triunfo o caída y con los cuales tengo la plena seguridad que siempre podre confiar.

A mi esposo Ángel Wong, compañero de vida, con quien actualmente espero el mejor de los regalos: mi hija

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida que me regala día a día, y por ser mi guía y abrirme caminos en cada meta propuesta.

Mi gratitud eterna a mis padres Xavier y María Elena a quienes considero mis ángeles terrenales, personas que son mi ejemplo y mi orgullo. No se puede expresar en palabras lo mucho que significan para mí, son mis pilares y mi fortaleza.

A mis profesores Dr. William Córdova, Dr. Julio Moncayo y Dr. Félix García por su guía, apoyo y entrega durante mis dos años de estudio.

A mis compañeros, con quienes compartí gran parte de mi tiempo durante estos dos años.

RESUMEN

En el presente trabajo se estudio el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en 63 pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral, entre uni y bimaxilares logrando un total de 84 prótesis. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional a partir de modelos de estudio e historias clínicas recolectadas. Se realizo una tabla general con datos obtenidos como sexo, nombres, edades, nivel de preparación, clase social, tipo de paciente rehabilitado según el maxilar tratado, clase Kennedy más común por maxilar y la modificación más común existente y se obtuvieron resultados. Resultados: El maxilar inferior fue el más afectado en cuanto a perdida dentaria con un resultado del 58% frente al 42% en lo que refiere al maxilar superior. La rehabilitación bucal se da más de manera unimaxilar (67%) que bimaxilar (33%) dependiendo de las necesidades del paciente y de su ingreso monetario. La clase más frecuente en el maxilar superior fue la clase III con un 38% seguido de la clase IV con un 23%, la clase I con un 21% y la clase II con un 18% . En cuanto al Maxilar Inferior la clase Kennedy más común fue la clase I con un 76% evidenciando así que los dientes que más se pierden son los molares inferiores

ABSTRACT

In this thesis, the study of Kennedy's classification for partial edentulism was made among 63 patients who attended to the Post grade clinic of Oral Rehabilitation, between uni and bi maxilars making a total of 84 prothesis. A descriptive, transversal and observational study was made over study models and collected medical records. In order to obtain the results a general table with data was developed, that included general information such as gender, name, age, level of preparation, social class, and also type of patients rehabilitated with their respective class of Kennedy.

Results: The mandible was the most affected in terms of tooth loss with a score of 58% to 42% when it comes to the upper jaw. Oral rehabilitation occurs more in unimaxilar way (67%) than bimaxilar way (33%), more often depending on the needs of patients and their monetary income. The most frequent Kennedy class in the maxilla was Class III with 38% followed by the class IV with 23%, Class I showed a 21% and class II a 18%. Regarding the Inferior Maxilla the most common Kennedy class was the class I with 76% thus, showing that the molars are the teeth that are lost the most.

INDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	
Carta de Aceptación de tutores	
AUTORIA	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice General	
Índice de Cuadros	
Índice de Gráficos	
Resumen	
Abstract	
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	3
1.1 Determinación del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Delimitación del problema	3
1.4 Preguntas de investigación	4
1.5 Objetivos de investigación	4
1.5.1 Objetivo general	4
1.5.2 Objetivos específico	4
1.6 Justificación de la investigación	5
1.7 Criterios para evaluar la investigación	5
1.8 Viabilidad la de la investigación	6
1.9 Consecuencia de la investigación	6
2.- MARCO DE REFERENCIA	7
2.1 Antecedentes	7

2.2 Fundamentos teóricos	10
2.2.1 Edentulismo	10
2.2.1.1 Edentulismo parcial	11
2.2.2 Aspectos fundamentales	11
2.2.3 Causas del edentulismo	14
2.2.4 Clasificación de edentulismo parcial	15
2.2.4.1 Clasificación de Kennedy	15
2.2.4.2 Leyes de applegate	17
2.3 Elaboración de la hipótesis	18
2.4 Variables de Investigación	18
3 Materiales y Métodos	19
3.1 Recursos empleados	19
3.1.1 Recursos Materiales	19
3.1.2 Talento Humano	19
3.2 Métodos	19
3.3 Tipo de Investigación	20
3.4 Universo y muestra	20
3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión	21
4. Resultados y Discusión	22
4.1 Resultados	22
4.2 Discusión	32
5. Conclusiones	35
6. Recomendaciones	36
Bibliografía	37
Anexos	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1 Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy según el Género	22
Tabla # 2 Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy agrupados por Edad	23
Tabla # 3 Tipo de Edentulismo encontrado	25
Tabla # 4 Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy según el nivel socio económico	26
Tabla # 5 Maxilar Edente más encontrado	27
Tabla # 6 Clase Kennedy más común en el maxilar superior	28
Cuadro # 7 Modificación más común en maxilar superior	29
Tabla # 8 Clase Kennedy más común en el maxilar inferior	30
Tabla # 10 Modificación más común en maxilar inferior	31

ÍNDICE DE GRAFICO

Cuadro # 1	
Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy según el Género	23
Cuadro # 2	
Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy agrupados por Edad	24
Cuadro# 3	
Tipo de Edentulismo encontrado	25
Cuadro# 4	
Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy según el nivel socio económico	26
Cuadro# 5	
Maxilar Edente más encontrado	27
Cuadro# 6	
Clase Kennedy más común en el maxilar superior	28
Cuadro # 7	
Modificación más común en maxilar superior	29
Cuadro # 8	
Clase Kennedy más común en el maxilar inferior	30
Cuadro # 9	
Modificación más común en maxilar inferior	31

INTRODUCCIÓN

La pérdida de las piezas dentarias es quizás la mutilación más frecuente en el ser humano (F. Bassi, 2011). A través de la historia, es común leer sobre los primeros procedimientos odontológicos existentes y las extracciones dentales son, sin lugar a duda, parte de la historia que nos relatan los inicios de la Odontología.

En la antigüedad, la Odontología era una profesión netamente curativa en la que se trataba de erradicar el dolor llegando a ser muy radical en sus tratamientos. Con el paso del tiempo y con la evolución científica y cultural se ha logrado un cambio total de mentalidad valorándose cada componente del sistema estomatognatico, evitándose así la perdida dental.

Sin embargo, enfermedades como la caries o la periodontitis y situaciones como la falta de educación, falta de cultura o simplemente el bajo nivel socio-económico muchas veces conlleva al paciente a obtener un tratamiento tardío, lo q muchas veces y sin dejarnos opción alguna termina en la perdida de dientes y por consiguiente en el edentulismo parcial.

El edentulismo parcial se trata en la actualidad de diversas formas. El entendimiento de lo que es el restablecimiento de las funciones orales (comer, hablar, masticar) es lo más importante cuando de buscar tratamientos se trata.

Existen tratamientos fijos como los puentes e implantes y removibles como las prótesis removibles. La elección del tratamiento depende de cada caso en particular y de la situación económica de cada paciente.

Esta tesis estará basada en el restablecimiento de las funciones orales mediante el uso de prótesis removibles de cromo cobalto, estudiando la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil y nuestro objetivo será determinar la prevalencia de esta clasificación para así generar un plan de prevención en la pérdida de piezas dentarias.

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto por el Dr. Edward Kennedy en 1925 e intenta agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño del armazón en cada caso (mccracken, 2006)

Con esta clasificación se pueden afrontar los problemas que se plantean al diagnóstico, plan de tratamiento y elaboración de las restauraciones. (mccracken, 2006)

Devolverle al paciente sus funciones orales, su estética y autoestima es nuestra función como rehabilitadores.

Nuestra satisfacción personal siempre estará dada por el bienestar del paciente recordando siempre que el que no vive para servir no sirve para vivir (Teresa de Calcuta) y haciendo de nuestra profesión una muy noble en la que se devuelven sonrisas y “Sonreír es la mejor forma de contribuir a cambiar el mundo” (José Luis Cortés).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida de dientes desde temprana edad por falta de cultura y métodos preventivos de salud Oral que conllevan a la caries y enfermedades periodontales dan como resultado un alto porcentaje de pacientes edentulos parciales que acuden a la consulta buscando rehabilitar su función oral y estética mediante prótesis removibles.

Saber sobre la incidencia o prevalencia de edentulismo parcial, y entendiendo sobre los dientes que más faltan, permitirá a la facultad de Odontología tomar acción sobre las pacientes más jóvenes para en un futuro evitar la extracción y pérdida de sus piezas dentarias, evitando una población con baja autoestima o con pérdida de función en su sistema estomatogmatico

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide el edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral durante el periodo 2013-2014

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: “Estudio del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral durante el periodo 2013-2014”

Objeto de estudio: edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy

Campo de acción: pacientes edentulos parciales

Lugar: Escuela de Postgrado

Periodo: 2013-2014

Área: Postgrado

1.4 PREGUNTAS E INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la clasificación de Kennedy que se encuentra con más frecuencia entre los pacientes edentulos parciales?

¿Qué maxilar es el más afectado por el edentulismo?

¿Qué sexo es el más afectado por el edentulismo?

¿Cuál es la edad promedio de los pacientes atendidos en la clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral?

1.5 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la clasificación de Kennedy de Edentulismo parcial en la Clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil durante el periodo de Enero del 2013 a Mayo del 2014.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar otras investigaciones similares a cerca de estudios sobre edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy

Determinar un estudio estadístico sobre la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica de postgrado de la universidad de Guayaquil durante periodo 2013-2014

Establecer cuál es el maxilar edente parcial mas encontrado en los pacientes atendidos en la clínica de postgrado de Rehabilitación Oral

Analizar cuál es el grupo dentario que más se pierde en nuestra población.

1.6 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La escuela de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil ofrece diariamente servicios de salud dental a la comunidad. A ella acuden un sin número de pacientes con Edentulismo Parcial. Durante la etapa de registro es necesario identificar la clasificación de esta patología para ejecutar el respectivo plan de tratamiento

1.7 CRITERIOS PARA EVALUAR LA INVESTIGACIÓN

Los criterios de la investigación a partir de los siguientes parámetros.

Claro.- Redactado en forma fácil de comprender con ideas concisas.

Relevante.- Es importante para la comunidad odontológica especialmente en el área de Rehabilitación Oral.

Factible.- Se dispone de recursos: humanos, económicos y físicos para el desarrollo de la investigación.

1.8 VIABILIDAD LA DE LA INVESTIGACIÓN

Es viable realizar este estudio ya que tenemos las historias clínicas y datos de los pacientes atendidos durante el postgrado. Los gastos que se generen serán asumidos por Helen Veas.

1.9 CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

Al llegar al término de esta investigación, esta será de gran interés, pues ayudara a determinar la prevalencia de la clasificación de Kennedy en el edentulismo parcial permitiéndonos conocer las necesidades de los pacientes y las causas de pérdida de sus dientes evitándose en un futuro consecuencias como alteraciones estéticas, disminución de la eficacia de la masticación, Inclinación, migración y rotación de los dientes restantes, extrusión de dientes, pérdida de la Dimensión vertical, disfunción de la articulación temporomandíbular, etc

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

El reemplazo de piezas dentarias ausentes es una práctica muy importante que empezó en la antigüedad.

Desde hace cerca de seis mil años se conocen los distintos artefactos para restaurar dientes perdidos y desde los tiempos del egipcio Hesiré, 3000 a. C. ya se hablaba de los problemas inherentes a los dientes y sus repercusiones en la salud general del ser humano (Echeverri Enrique; Sencherman, Guisella. Neurofisiología de la Oclusión 1993:130) (tesis fundamentos).

Mantener los dientes en boca y reemplazar los que faltan ha sido desde siempre una preocupación y un reto dentro de nuestra profesión.

La prótesis parcial removible se convierte de esta manera en Odontología el tipo de prótesis más utilizado en la actualidad por devolver al sistema estomatognático su función y a la cara su armonía y estética.

A la clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil asisten diariamente pacientes en busca de atención Odontológica. La prevalencia de pacientes con edentulismo parcial es alta siendo la causa de pérdida dental más común la caries dental y su falta de tratamiento en tempranas etapas. Con esta información la necesidad de saber qué grupo de dientes es el más faltante o que sexo es el más afectado se convierte en una necesidad importante en el momento de elegir el armazón para una prótesis removible.

Es bien sabido, que existen algunas formas de clasificar arcadas desdentadas según los dientes que faltan entre las que están, Bailyn, Godfrey, Bec-kett, Friedman, AJ..Austin-Lidge, Skinner, Swenson, Avant. (J. Nogueras, 1994), siendo la clasificación de las arcadas según Kennedy la más usada por su sencillez. Esta tesis muestra la prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy en la clínica de Postgrado, estudio que ya se ha realizado en otros lugares así por ejemplo tenemos:

En Perú, en el año 2005, en la población de el SOL NACIENTE del distrito de Carabayllo se realizó un estudio sobre “Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy” y se encontró que el 66.1% de la población presentó algún tipo de edentulismo parcial siendo el edentulismo parcial bimaxilar el más frecuente y la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino. (Neira, 2006)

En Lima-Perú en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el año 2009 se sacó la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres. El promedio de edad general fue de 58.8 años y la pieza ausente con mayor frecuencia fue la pieza 4.6 (5,30%), y la menos frecuente la pieza 3.3 (0,45%). La Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%. La Clase I mandibular estricta (sin modificación) resultó ser la más frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones con el 20.4%. No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. Se encontró que conforme avanza la edad, aumenta la

prevalencia de maxilares edentulos parciales, mostrando el pico más alto en el rango de edad de 50 a 59 años para luego disminuir la frecuencia en casi la misma proporción en que aumentaron. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino. (Olivera, 2009)

En el año 2009 el Dr. Hikmat PhD. estudio la incidencia de la frecuencia de varios casos de edentulismo parcial. El estudio consistió de una población de 362 pacientes del departamento de prostodoncia de la Universidad de Bagdad. Se hizo examen intraoral en cada paciente para determinar la clasificación de Kennedy. Se categorizo las modificaciones y también se categorizo según edad y sexo. Los resultados indicaron que el edentulismo parcial mandibular es más común que el maxilar y que la clase I mandibular era la que tenia mayor incidencia y que la clase 4 fue la menos común. Los resultados indicaron también que las mujeres buscan más tratamiento prostodonticos que los hombres (Dr. Hikmat J.AL.Judy B.D.S., 2009)

Otro estudio realizado en el 2010 llamado "Incidence of Removable Partial Denture Types in Eastern Wisconsin" dio como resultado que la clase Kennedy 1 fue la más comúnmente construida con una frecuencia del 41%. Además se vio que en el maxilar la clase III fue las más frecuente fabricada mientras que la clase I siguió siendo la más común en la mandíbula. Un 73% uso armazones de metal mientras que el 27% usaron acrílico o armazones flexibles. (Pun, 2010)

En Ecuador, en el Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil no se han hecho estudios previos sobre la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Esta tesis estará basada en este tema el cual es

importante porque indica de manera indirecta las piezas dentales que se van perdiendo con mayor prevalencia en el transcurso de la vida y permitiéndonos así hacer planeamientos que nos ayuden a educar a los pacientes en el mantenimiento de su higiene Oral y por consiguiente en el mantenimiento de la longevidad de sus piezas dentario.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.

2.2.1 EDENTULISMO

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes. Su causa puede ser congénita o adquirida. El edentulismo congénito total es una manifestación de los síndromes congénitos muy graves. Sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual. El edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho y suele ser secundario a otros procesos. (Ureña, 2010)

Es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como: caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, el cáncer oral, así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales: acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, el costo del tratamiento y las opciones de tratamiento (Villanueva Córdoba, 2013)

El edentulismo Adquirido puede ser parcial o total y se define como la pérdida de uno, varios o todos los órganos dentarios. Este se presenta en aproximadamente el 90% de los adultos mayores. Cuando un adulto mayor presenta edentulismo se ve afectada la autoestima, estética y fonación. Sumado a esto, se pierde la “dimensión vertical”. Esta pérdida de la dimensión se puede asociar a dolor temporomandibular, colapso posterior de la mordida, y deformación estética del rostro. Su tratamiento es la

rehabilitación protésica bucal por parte del estomatólogo (Secretaría de Salud (Programa nacional de atención al envejecimiento, 2010)

El edentulismo parcial en personas de edad laboral en un futuro será la mutilación más frecuente que el rehabilitador deberá enfrentar. El edentulismo total tiende a desaparecer antes de los 65 años y aparecerá en el adulto mayor a los 75 años. La prevalencia del edentulismo total en edad laboral se ha reducido y tenderá a reducirse más con el aumento de edentulismo parcial. (F. Bassi V. S., 2011)

2.2.1.1 Edentulismo Parcial

El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, que podría afectar negativamente la calidad de vida del paciente. En los últimos años el edentulismo ha mostrado una alta prevalencia en los países subdesarrollados y está disminuyendo en los países desarrollados según datos obtenidos por el National Center for Health Statistic. (Villanueva Córdoba, 2013)

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento ha progresado considerablemente en las últimas décadas, este fenómeno es debido a que la promedio de vida está aumentando, esto quiere decir que las personas están viviendo más tiempo y en consecuencia el promedio de dientes perdidos o la presencia de los edéntulos parciales también está en aumento. (RIVERA, 2006)

2.2.2 ASPECTOS FUNDAMENTALES

Aspecto psicológico

la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente, por distintas razones, tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido (Esquivel R, 2008)

La pérdida de los elementos dentales puede interpretarse como una verdadera mutilación con importantes consecuencias sobre la propia imagen y sobre el grado de aceptación de sí mismo. Esta situación genera una percepción estética y auto representación corporal alterada con pérdida de la autoestima y dificultad en las relaciones interpersonales.

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

El odontólogo que se prepara para rehabilitar un paciente, debe no solo gestar el aspecto técnico del tratamiento sino que debe saber comprender la esfera psicológica del sujeto para garantizar el éxito del tratamiento. Se deben aclarar las expectativas del paciente y su capacidad de adaptación.

(F. Bassi G. S., 2011)

Aspecto sistémico

Algunas patologías sistémicas o sus terapias relacionadas, pueden condicionar y/o contraindicar algunas posibilidades terapéuticas. Es oportuno recordar que los pacientes con graves patologías sistémicas se pueden beneficiar con una rehabilitación de PPR gracias a su poca invasividad y a los tiempos de realización relativamente breves. El Odontólogo debe conocer las situaciones que pueden conllevar riesgos para él y para su equipo. (F. Bassi V. S., 2011)

Aspecto higiénico periodontal

El uso de una PPR en la cavidad Oral con lleva modificaciones desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo de la flora bacteriana.

Desde el punto de vista cuantitativo se ha demostrado un aumento de la formación de la placa después de la inserción de una PP y desde el punto de vista cualitativo se ve un aumento de las formas fuso-espirilares, por lactobacilos y por estreptococo mutans. Estas condiciones generan un riesgo más elevado de desarrollar caries y formas agresivas de enfermedades periodontales. (F. Bassi G. S., 2011)}

Aspecto protésico

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento con la PPR es la correlación entre la transmisión de las fuerzas de la PPR a los dientes y el daño periodontal consecuente. Si esta correlación existe, una proyección inadecuada puede modificar el pronóstico periodontal de la dentadura.

Este problema de inadecuada transmisión de cargas se evidencia más sobre el edentulismo distal ya que la prótesis tendría un soporte mixto dental y mucoso y debido a la diferente resiliencia de la mucosa con respecto al ligamento periodontal la PPR sufre durante función una rotación que puede causar un estrés adicional sobre los pilares. En casos de edentulismo intercalado se ha demostrado que la PPR transmite a los dientes pilares las cargas de modo más uniforme que la prótesis fija gracias a la acción del conector principal de fuerzas se distribuyen también sobre los dientes pilares de la hemiarcada contralateral. (F. Bassi V. S., 2011)

2.2.3 CAUSAS DEL EDENTULISMO

Caries

Enfermedad infecciosa transmisible que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados de los dientes en los que produce lesiones cariosas por la desmineralización de la porción mineral y disgregación de la parte orgánica, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. (Salud, 2005)

Enfermedad periodontal

Enfermedad caracterizada por la Inflamación y consecuente destrucción del ligamento periodontal y la pérdida del tejido óseo de soporte, su etiología principal es la placa bacteriana, cálculo

dentario y trauma de oclusión. Pueden ser de lenta o rápida progresión. (Mount G., 1999)

Traumatismo

Los dientes en su posición natural se encuentran protruidos como la nariz, el mentón y son más propensos a los accidentes, en pacientes de más edad un golpe leve puede provocar la fractura de los dientes; las coronas y las raíces de los dientes endodonciados son especialmente propensas a las fracturas(33). El tratamiento depende del tipo de fractura, no obstante factores asociados como la edad, obligan a menudo a realizar la extracción del diente lesionado. (G., 1997)

Solicitud del paciente

Los mismos pacientes por tiempo o costos deciden por la extracción (salud., 2005)

Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud varía según los niveles de pobreza y área de residencia de los habitantes. Los pobres y los extremadamente pobres consultan en menor proporción en los hospitales y acuden más a postas y centros de salud, en los hospitales del estado se atienden más a los no pobres. Los servicios privados son demandados principalmente por los sectores no pobres y por los residentes del área urbana. (Maria, 2007)

2.2.4 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO PARCIAL

Son muchas las combinaciones posibles de edentación parcial por lo que se hace necesario clasificarlas por grupos según sus características anatómicas. Cummers en el año 1921 propuso un sistema de clasificación. Unos años después, en 1923, Kennedy propuso su sistema que hasta la fecha es el mejor (MILLER, 1972). Muchas otras clasificaciones han sido descritas, como las de Bailyn, Godfrey, Bec-kett, Friedman, .AJ..Jstin-Lidge, Skinner, Applegate, Swenson, Avant y otros. (mccracken, 2006) . Sin embargo, la clasificación de Kennedy es que se usa hasta la actualidad debido a su sencillez

2.2.4.1 Clasificación de Kennedy

Kennedy describió los arcos dentarios en cuatro clases principales, denominadas I, II, III, IV.

Las áreas edentulas que no están descritas en las cuatro clases principales se denominan espacios de modificación. (Yudice, 2004)

Clase I

Presenta dos zonas posteriores a los extremos libres con permanencia del grupo anterior. Forma parte de las dentomucosoportadas. Según el número de espacios desdentados existentes se subdivide en clase I modificación I, II, III o IV.

Clase II

Presenta una zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares y molares. Es una prótesis dentomucosoportada.

Clase III

Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y distal es decir se apoya totalmente en dientes y es dentosoportada.

Clase IV

La zona desdentada está situada en la parte anterior de la boca. Puede faltar los 4 incisivos o los seis dientes anteriores. La guía incisal prácticamente no es activa. Es fácil de solucionar si existen los caninos.

El Dr. Applegate en 1960 intento aumentar la clasificación de Kennedy pero su aceptación no ha sido universal.

Clase V (Ernest Mallat Desplats, 1995)

Solo posee un par de molares en un solo lado de la boca. La solución es una prótesis mucosoportada y se planteara la extracción de ambos molares para transformarla en completa.

Clase VI (Ernest Mallat Desplats, 1995)

Solo existen dos incisivos centrales. Por lo que se planteara la extracción y la incorporación de una prótesis total.

2.2.4.2 Leyes de Applegate (mccracken, 2006)

Reglas de applegate para la aplicación de la clasificación de Kennedy:

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

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

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

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

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

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

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

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

Regla 8: No puede haber modificación en arcos de clase IV.

2.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Aplicando la clasificación de Kennedy los pacientes Edentulos parciales restauran su función y estética en la Clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral durante el periodo 2013-2014

2.4 VARIABLES

Independiente: Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy

Dependiente: pacientes atendidos en la clínica de postgrado de Rehabilitación oral durante el periodo 2013-2014

3. MATERIALES Y METODO

3.1 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.1 RECURSOS MATERIALES

- Historias clínicas
- Modelos de estudio
- Consentimiento Informado
- Fotografías

3.1.2 TALENTO HUMANO

Pacientes

Tutores científico y metodológico

Investigador

3.2 MÉTODOS

Se aplicaron los siguientes métodos (Gonzales, Báez, García, & Ruiz, 2012):

Métodos Teóricos.- Estos métodos se utilizaron para la construcción y desarrollo de la teoría científica y de esta forma introducirse en problema científico que se aborda.

Métodos Inductivo - deductivo: al abordar los resultados obtenidos de los estudios bibliográficos y documentales que se realizaron, se logró el desarrollo de la investigación propuesta, con lo cual se fueron desarrollando los aspectos básicos de la estructuración del cuerpo de la tesis, que se hizo realidad obteniendo la prevalencia de la clasificación de Kennedy según

el edentulismo parcial en la clínica de rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil

Métodos Empíricos.- Sirvieron para la obtención, estructuración de los datos obtenidos y el diagnóstico, y fueron (WordPress, 2014):

Observación: éste método se aplica en la investigación, por que el investigador pudo determinar mediante la observación el estudio de la prevalencia de la clasificación de Kennedy según el edentulismo parcial en la clínica de rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo: porque se observó y posteriormente se registró los datos obtenidos.

Transversal: pues los registros de las variables fueron obtenidos durante un tiempo estimado.

Epidemiológico: pues se llevó un registro técnico de los casos presentados durante un periodo de tiempo establecido, con necesidad de tratamientos protésicos.

Bibliográfica: pues permitió analizar estudios similares de igual condición que sirvieron de base y guía para la ejecución de este tema.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

La investigación se basa en un estudio de 63 pacientes edentulos parciales en uno o ambos maxilares, atendidos en la clínica de

postgrado de la Universidad de Guayaquil, especialidad Rehabilitación Oral en el periodo 2013-2014

3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN

Inclusión.- Pacientes edentulos parciales uni o bimaxilares, que asistieron a la clínica de postgrado de rehabilitación Oral durante el periodo 2013-2014 para devolver función, armonía y estética a su cavidad bucal mediante el uso de prótesis removibles.

Exclusión.- Pacientes edentes totales, pacientes que no hayan aceptado compartir sus datos para el trabajo de investigación

4. RESULTADOS Y DICUSIÓN

4.1 RESULTADOS

De 63 pacientes entre uni y bimaxilares, escogidos como muestra del estudio durante el periodo 2013-2014, a partir de las historias clínicas recolectadas, se realizó una tabla general con datos obtenidos como sexo, nombres, edades, nivel de preparación, clase social, tipo de paciente rehabilitado según el maxilar tratado, clase Kennedy más común por maxilar y la modificación más común existente.

De la tabla se obtuvieron resultados:

Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy según el Género

PACIENTES POR GÉNERO		
	total	Porcentaje
Masculino	10	16%
Femenino	53	84%
Total	63	100%

Cuadro #1 Fuente pacientes
Realizado por el autor

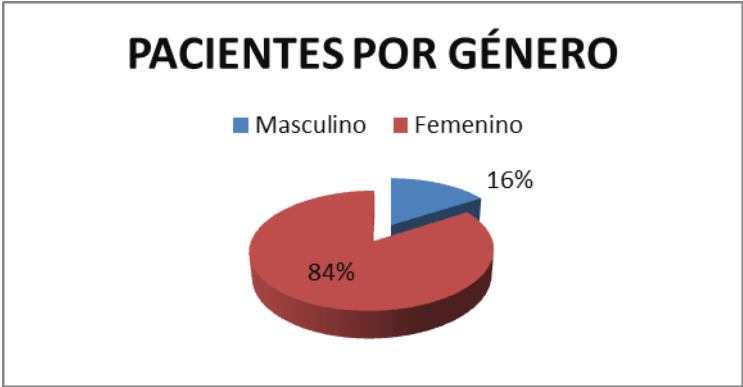


Grafico #1 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis:

De los 63 pacientes atendidos, 10 eran hombres correspondientes al 16% y 53 eran mujeres correspondientes al 84%

GRUPOS DE EDAD		
grupos etareos	total	porcentaje
menos de 20	1	2%
20-40	6	10%
41-50	17	27%
51-60	11	17%
61-70	23	37%
71 y mas	5	8%
total	63	100%

Cuadro #2 Fuente pacientes
Realizado por el autor

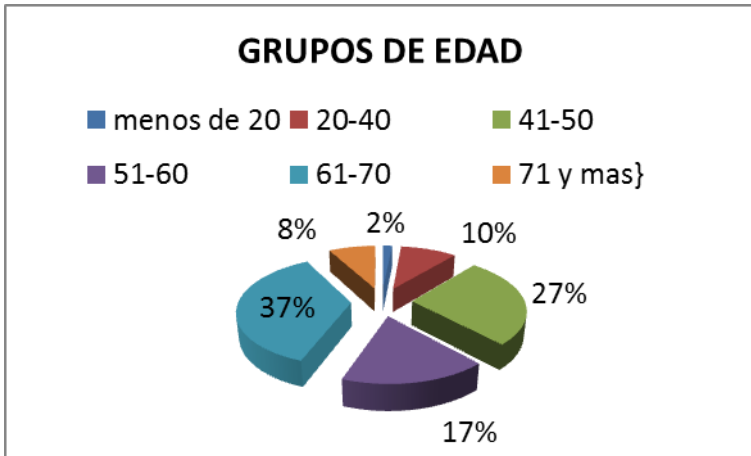


Grafico #2 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis:

De los 63 pacientes atendidos para este estudio, uno tenía menos de 20 años correspondiente al 2%, seis estaban entre 20 y 40 años correspondientes al 10%, diecisiete estaban entre 41 y 50 años correspondiente al 27%, once estaban entre 51-60 años correspondiente al 17%, veinte tres estaban entre 61-70 años correspondiente al 37% y cinco tenían de 71 en adelante correspondiente al 8%.

TIPO DE EDENTULISMO ENCONTRADO		
EdenteUnimaxilar	42	67%
EdenteBimaxilar	21	33%
TOTAL	63	100%

Cuadro #3 Fuente pacientes
Realizado por el autor

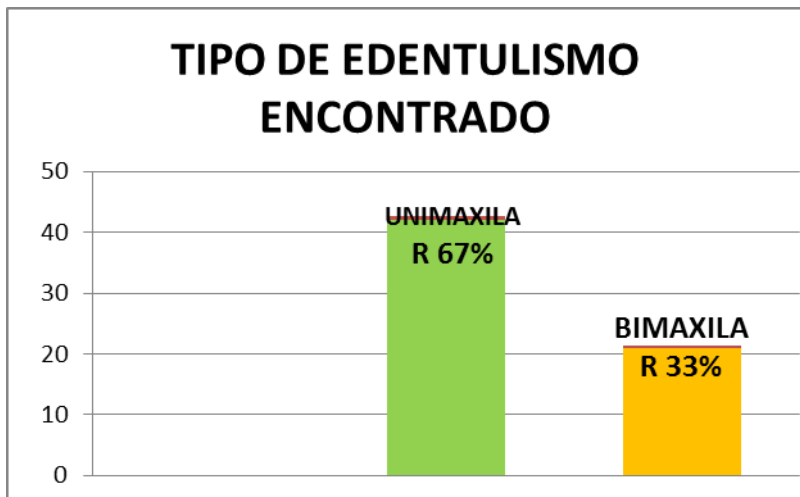


Grafico #3 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis

De los 63 pacientes atendidos, 42 de ellos requerían prótesis parciales en un solo maxilar correspondiente al 67% y 21 de ellos requerían prótesis parciales en ambos maxilares correspondientes al 33%.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO		
Alto	6	10%
Medio	33	52%
Bajo	24	38%
TOTAL	63	100%

Cuadro #4 Fuente pacientes
Realizado por el autor

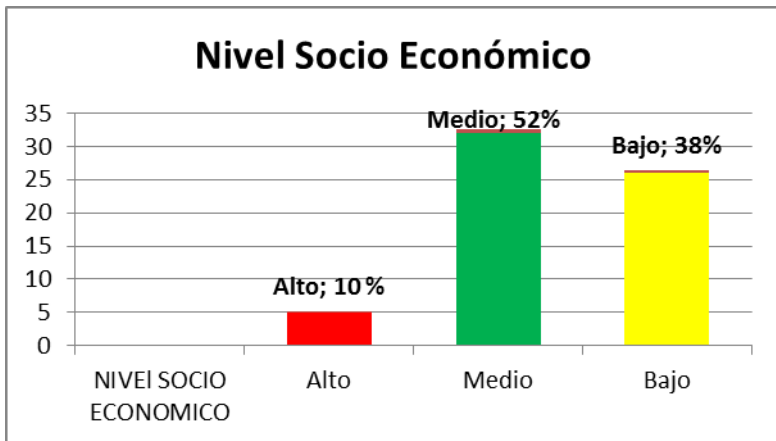


Gráfico #4 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis

De los 63 pacientes atendidos, seis fueron de un nivel socio-económico alto correspondiente al 10%, treinta y tres fueron de nivel socio económico medio correspondiente al 52% y veinte cuatro fueron de un nivel socio-económico bajo correspondiente al 38%.

MAXILAR EDENTE PARCIAL MAS ENCONTRADO		
Maxilar Superior	35	42%
Maxilar Inferior	49	58%
TOTAL	84	100%

Cuadro #5 Fuente pacientes
Realizado por el autor

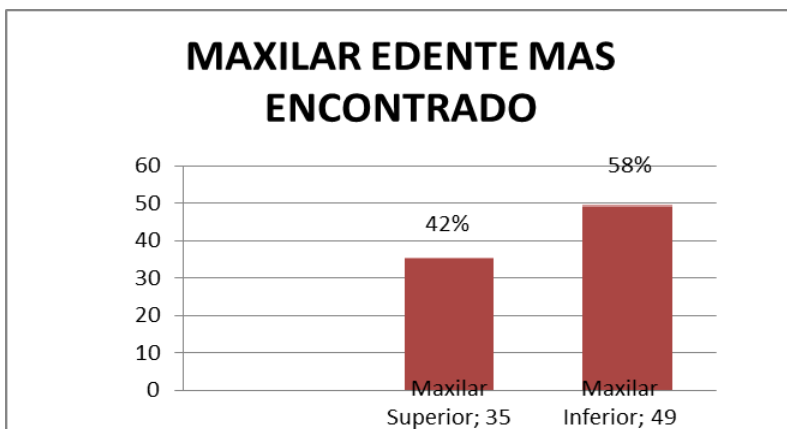


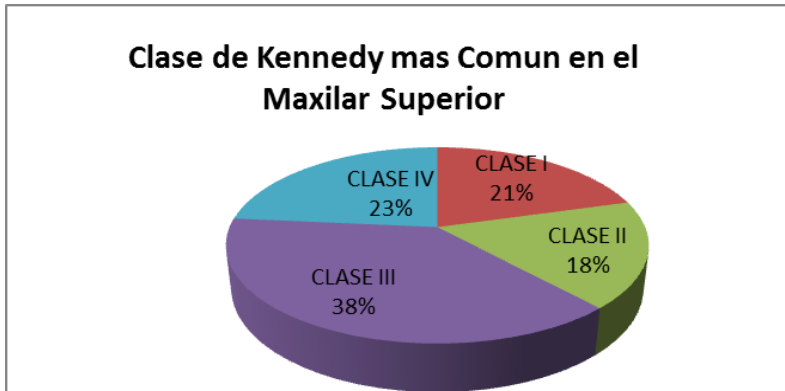
Grafico #5 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis

De las 84 prótesis realizadas, el maxilar edente parcial más encontrado fue el Maxilar inferior en un 58% lo que corresponde a 49 prótesis, mientras que en el maxilar superior se encontró en una frecuencia del 42% es decir 35 prótesis parciales

CLASE KENNEDY MAS COMUN EN MAXILAR SUPERIOR		
CLASE I	7	21%
CLASE II	6	18%
CLASE III	13	38%
CLASE IV	8	23%
	34	100%

Cuadro #6 Fuente pacientes
Realizado por el autor



Cuadro #6 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis

La clasificación de Kennedy más común en el maxilar superior fue la clase III con un 38% correspondientes a 13 pacientes, seguido de la clase IV con un 23% correspondientes a 8 pacientes, la clase uno con un 21% correspondiente a 7 pacientes y por último la clase II con un 18% correspondiente a seis pacientes.

Modificación más común en Maxilar Superior		
modificación 1	8	36%
modificación 2	11	50%
modificación 3	3	14%
	22	100%

Cuadro #7 Fuente pacientes
Realizado por el autor

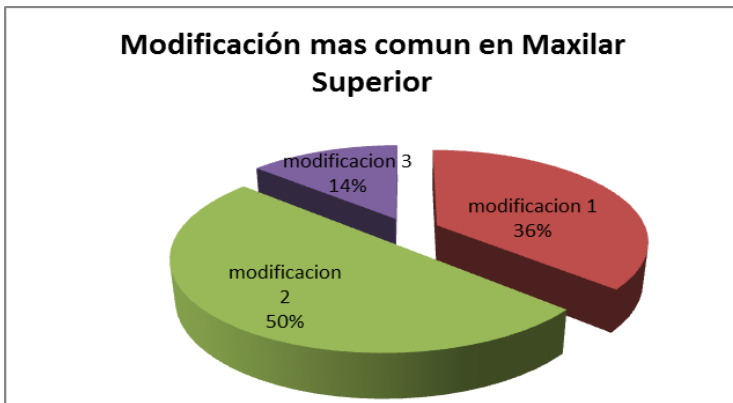


Grafico #7 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis

Dentro de lo que son las modificaciones de Kennedy la más común para el Maxilar superior fue la modificación II con un 50% en la tabla de registro, siguiéndole la modificación I con un 36% y la modificación III con un 14%

CLASE KENNEDY MAS COMUN EN MAXILAR INFERIOR		
CLASE I	38	76%
CLASE II	5	10%
CLASE III	6	12%
CLASE IV	1	2%
	50	100%

Cuadro #8 Fuente pacientes
Realizado por el autor

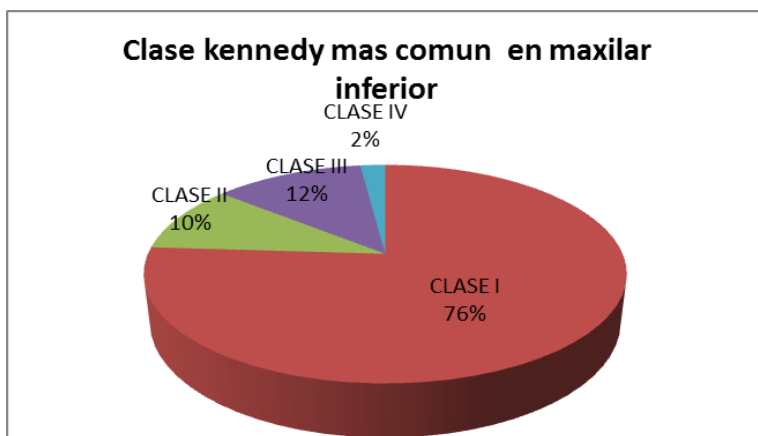


Grafico #8 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis:

En el maxilar inferior los dientes más comúnmente perdidos son definitivamente y a grande escala los posteriores registrándose entonces en este estudio a 38 pacientes con una clase Kennedy I correspondiente a un 76% muy por encima de las clases II (10%), III (12%) y IV (2%).

Modificación más común en Maxilar Inferior		
modificación 1	9	75%
modificación 2	3	25%
modificación 3	0	0%
	12	100%

Cuadro #9 Fuente pacientes
Realizado por el autor

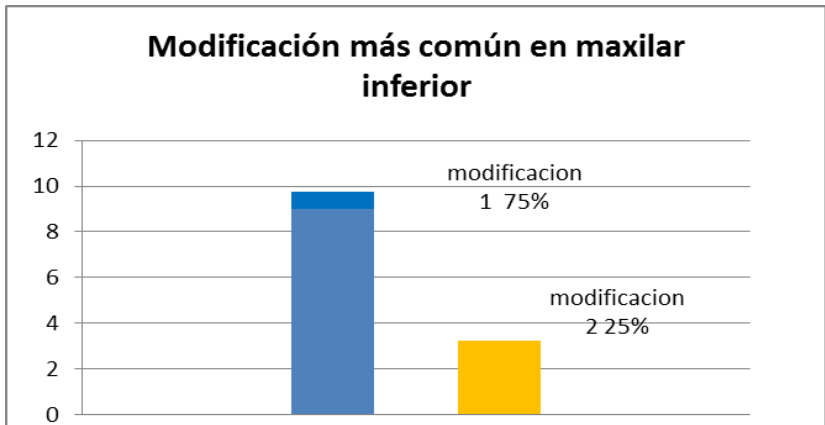


Grafico #9 Fuente pacientes
Realizado por el autor

Análisis

La modificación más común en el Maxilar inferior es la 1 con un 75% en la tabla.

4.2 DISCUSIÓN

De los 63 pacientes atendidos, 42 fueron unimaxilares correspondientes al 67% es decir que eran edentes parciales en un solo maxilar mientras que 21 eran edentesbimaxilares correspondiente a 33% es decir que se les realizaron prótesis parciales en ambos maxilares lo que se podría explicar por qué en la actualidad existe una mayor preocupación de las personas por conservar sus piezas dentarias.

En cuanto al maxilar edente parcial encontrado con mayor frecuencia de los 84 casos realizados el más frecuente fue el maxilar inferior con 49 casos correspondiente al 58% mientras que en el maxilar superior se encontraron 35 casos correspondientes al 42% esto podría explicarse por el bajo índice de caries en las piezas anteroinferiores y porque en algunos de los casos atendidos poseían prótesis totales superiores las cuales no entran en este estudio.

Referente al género de los pacientes atendidos 10 eran hombres correspondientes al 16% y 53 eran mujeres correspondientes al 84% lo que podría entenderse como una mayor preocupación de las mujeres por rehabilitarse o que existe una mayor pérdida dentaria de las mujeres por diversos procesos hormonales en diferentes etapas de su vida

En cuanto a la razón principal de este estudio que es la clasificación de Kennedy más frecuente se vio como resultado que la clase más frecuente en el maxilar superior fue la clase III con un 38% seguido de la clase IV con un 23%, la clase I con un 21% y la clase II con un 18%. Quizás esto se deba a que si bien es cierto existe pérdida de los primeros molares debido a alto número de caries y debido a su temprana erupción en boca,

existe una mayor preocupación por el mantenimiento de los segundos molares debido a su erupción más tardía y por ende mayor concientización en cuanto a su cuidado y permanencia en boca. Además la modificación más común en este maxilar fue la modificación 2 con un 50% es decir dos espacios edentes adicionales a los que da la clasificación seguido de la modificación 1 con un 36% es decir un espacio edente adicional.

la clase Kennedy más común en el Maxilar inferior fue la clase I con un 76% evidenciando así que los dientes que más se pierden son los molares inferiores quizás por la razón de ser los primeros en erupcionar y por el bajo índice de caries en las piezas anteriores inferiores . Por otro lado la clasificación III siguió con un 12%, la II con un 10% y la IV con un 2% evidenciando que los incisivos inferiores permanecen en boca por mucho más tiempo que los demás como ya se explicó anteriormente. En referencia a la modificación más común en el maxilar inferior es la 1 en un 75% de los casos es decir un espacio edentulo adicional y la dos en un 25% es decir dos espacios edentulos adicionales

Los pacientes valorados en este estudio pertenecieron en su mayoría a un nivel socio económico medio con un 52% seguido de un nivel socio económico bajo con un 38% y un pequeño porcentaje de pacientes con un nivel socio económico alto con un 10%. Este resultado en el cual el nivel socio económico medio prevalece nos indica que la mayor cantidad pacientes que asisten a la clínica de postgrado requieren cubrir costos que no son fáciles de sustentar por pacientes de nivel socioeconómico bajo, mientras que hay una baja afluencia de pacientes de nivel socio económico alto por cuanto aun existiendo costos es un servicio popular y con tiempos prolongados de trabajo.

Finalmente, la edad más frecuente de entre los 63 pacientes atendidos para este estudio, fue entre los 61-70 años correspondientes al 37%, seguido de 17 personas entre las edades entre 41 y 50 años correspondiente al 27%, once personas entre 51 y 60 años correspondiente al 17%, y seis personas entre los 20 y 40 años correspondiente al 10% esto se podría explicar debido a que a medida que avanza la edad hay más probabilidades de perder más piezas dentarias y debido a que las personas están siendo más longevas viviendo más tiempo

5. CONCLUSIONES

Se Determinó la prevalencia de la clasificación de Kennedy de Edentulismo parcial en la Clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil durante el periodo de Enero del 2013 a Mayo del 2014 encontrándose que en el maxilar inferior fue la clase I la más común con un 76% y en el maxilar superior fue la clase III con un 38%.

Se analizó otras investigaciones similares a cerca de estudios sobre edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy encontrándose resultados similares en los maxilares inferiores y distintos en el maxilar superior

Se realizó un estudio estadístico sobre la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica de postgrado de la universidad de Guayaquil durante periodo 2013-2014 obteniéndose los resultados expuestos anteriormente.

Se estableció que el maxilar edente parcial encontrado con mayor frecuencia fue el maxilar inferior

Se concluyó que el grupo dentario más perdido a través de la vida fue el grupo molar tanto en maxilar superior como inferior

6. RECOMENDACIONES

- La Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil en su sección de Pregrado donde se forman los futuros profesionales debería desarrollar más de este tipo de investigaciones para que los estudiantes desde su nivel más temprano sea concientizado en cuanto a prevalencia de pérdida de piezas dentarias en nuestra sociedad y como desarrollar planes de prevención ya que deberíamos enfocarnos en que la prevención es mejor que la curación.
- Adquirir y mejorar los equipos y las condiciones en las que se trabaja y así poder cubrir satisfactoriamente la gran demanda de tratamientos.
- Mejorar y tomarse más tiempo al elaborar historias clínicas para no perder datos importantes de los pacientes lo cual ayudara a realizar estudios precisos en un futuro.
- Concientizar a los alumnos y profesionales sobre la importancia de llevar un registro de su casuística mediante historias clínicas, fotos y modelos

BIBLIOGRAFIA

Abramovich, A. (1999). Histología y Embriología Dentaria. Buenos Aires Argentina : Editorial Panamericana.

Barrancos , M., & Barrancos , P. (2006). Operatoria Dental Integración Clínica. Buenos Aires Argentina: Editorial Medica Panamericana.

Barrios , G. (1989). Periodoncia, su fundamento biológico . Bogota: San Carlos.

Dr. Hikmat J.AL.Judy B.D.S., M. P. (2009). The incidence of frequency of a various removable partial edentulism cases. MDJ , 172-177.

Echeverry Guzmán , E., & Sencherman , K. (1984). Neurofisiología de la oclusión . Mexico.

Esquivel R, J. J. (2008). El efecto de los dientes perdidos. Iztalaca-Mexico: Odontologia Actual.

Estrela , C. (2005). Ciencia Endodóntica. Sao Paulo Brasil: Artes Medicas.

F. Bassi, G. S. (2011). Rehabilitacion Protésica. Torino-Italia: AMOLCA.

F. Bassi, V. S. (2011). Rehabilitacion Protésica. Torino-Italia: Amolca.

G., R. (1997). Cirugía Maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara boca, cabeza y cuello. Madrid: Medica Panamericana.

Gómez De Ferraris, M. E., & Campos Muñoz, A. (2000). Histología y Embriología Bucodental. España: Ed. España: Médica Panamericana.

J. Noguerras, X. V. (1994). Tipos de edentulismo parcial tratados con Protesis Parcial Removible. Anales de Odontología , 201-206.

Leonardo , M. (2005). Tratamiento de conductos Radiculares. Sao Paulo Brasil: Artes Medicas .

Maria, J. (2007). Perfil de la pobreza por departamentos. 2004-2006. Lima: Impreso en Talleres de la Oficina Técnica de difusión del INEI.

mccracken. (2006). Protesis Parcial Removible. España: Elsevier.

MECHANIC, E. (3 de Septiembre de 2007). Restauración conservadora en dos incisivos centrales. IntraMed , pág. 2007.

MILLER. (1972). Prótesis Parcial Removible. Mexico: Interamericana.

Miyashita , E., & Salazar Fonseca , A. (2005). Odontología Estética . Sao Paulo Brasil: Artes Médicas .

Mount G., H. W. (1999). Conservación y restauración de la estructura dental. Madrid. España: Editorial Harcourt Brace.

Navarro Sanchez, A., Cortes Carballosa, A., & CHaviano Rodriguez, J. C. (2008). CARILLAS DE COMPOSITE DIRECTAS COMO INSTRUMENTO TERAPEUTICO VENTAJOSO EN ODONTOLOGIA. GACETA DENTAL , 172-182.

Neira, R. B. (2006). FRECUENCIA Y CLASE DE EDENTULISMO PARCIAL SEGUN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN POBLADORES RESIDENTES DEL A.A.H.H “SOL NACIENTE” DEL DISTRITO DE CARABAYLLO-LIMA EN EL AÑO 2005. Lima-Peru.

Olivera, J. V. (2009). Prevalencia de Edentulismo Parcia según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara.Lima-Peru.

Pun, D. K. (2010). Incidence of Removable Partial Denture Types in Eastern Wisconsin.Milwaukee, Wisconsin.

RIVERA, J. M. (2006). FRECUENCIA Y CLASE DE EDENTULISMO PARCIAL SEGUN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY ENPOBLADORES RESIDENTES DEL A.A.H.H “Sol NACIENTE” DEL DISTRITO DE CARABAYLLO-LIMA EN EL AÑO 2005”. Lima-Peru.

Roberto, R. Y. (2006). *Protesis Parcial Removible-Conceptos actuales-Atlas de Diseño*. Chapultepec-Mexico: Medica Panamericana.

Rossi, G. H., & Cuniberti, N. E. (2004). *Atlas de Odontología Restauradora*. Buenos Aires Argentina : Editorial Medica Panamericana .

Salud, M. d. (2005). *Guía de Practicas Clínicas Estomatológicas*. Lima: Editorial Talleres gráficos SINCO.

salud., M. d. (2005). *Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12 y 15 años*. Lima: Oficina General de Epidemiología.

Secretaria de Salud (Programa nacional de atencion al envejecimiento, M. D. (2010). *Guia de consulta para el medico y odontologo de primer nivel de atencion*. Mexico: Press Printing, S.A. de C.V.

Solis Pinargote , A. (Junio de 2012). *Repositorio Universidad de Guayaquil*. Obtenido de Repositorio Universidad de Guayaquil Web site : <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2981/1/Tesina%20Andrea%20Solis.pdf>

Ureña, G. V. (2010). *Edentulismo en Costa Rica:Area de Pérez Zeledon*. Costa Rica.

Villanueva Córdova, R. V. (15 de noviembre de 2013). Edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy . vision dental .

Yudice, R. R. (2004). *Protesis Parcial Removible, conceptos actuales, Atlas de diseño*. Chapultepec: Panamericana.

ANEXOS



Anexo 1. Pacientes Rehabilitados en la clínica de Postgrado



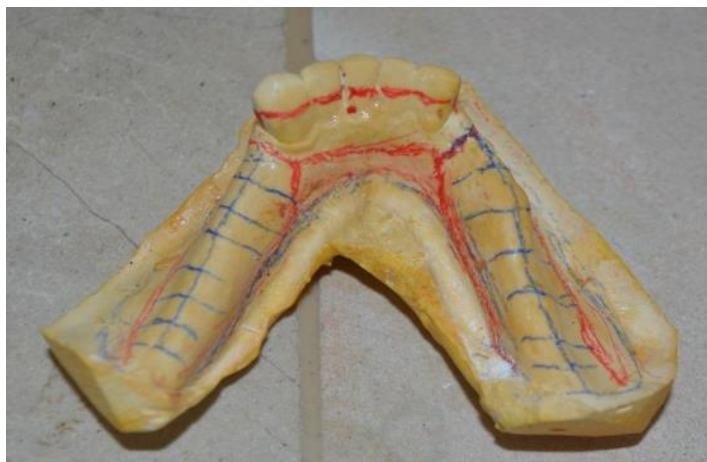
Anexo 2. Clases de Kennedy I inferior y III Superior



Anexo 3: Paciente Edente parcial Bi-Maxilar Rehabilitada



Anexo 4: Clasificación I de Kennedy Maxilar Superior e Inferior-Metales



Anexo 5: Clasificación I de Kennedy Maxilar Inferior - Modelo de Estudio



Anexo 6: Clase IV de Kennedy Superior



Anexo 7: Clase 1 de Kennedy Superior




Anexo 8: Clase III de Kennedy Superior



Anexo 9: Clase 1 de Kennedy Inferior- Prueba de Enfilado

758


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA
HISTORIA CLÍNICA DE ESPECIALIDAD
REHABILITACIÓN ORAL

FECHA: 01 Octubre 2013
 NOMBRE DEL PACIENTE: Teresita Ruedes Moran
 EDAD: 54 años CEDULA DE IDENTIDAD: 0910387950
 SEXO: Femenino TELEFONO: 0990866509
 DIRECCIÓN: Fundación Padre Domínguez
 OCUPACIÓN: Ama de Casa ESTADO CIVIL: Unión libre
 MOTIVO DE LA CONSULTA: La drs me trajo de la Fundación para arreglarme los dientes
 Nombre del Estudiante: Sandra Peustel

Antecedentes Patológicos Personales:
 Enfermedades Cardíacas: no refiere.
 Presión Arterial: si
 Trastornos Sanguíneos: no refiere
 Alergias: no refiere.
 Medicación actual: Glucosil - Aloadipino
 Otras enfermedades: Diabetes
 Ha recibido algún tipo de radiación: no
 Que tipo de radiación recibió: _____
 Por cuanto tiempo: _____
 Fecha en que dejó de recibirla: _____
 Ha usado prótesis fija o removible: no sabe
 Tiempo: no sabe
 Explique: _____

Anexo 10: Historia Clínica de la clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Universidad de Guayaquil

Examen Extraoral:

Perfil: Concavo _____ Recto Convexo _____
Tono Muscular: Normal Tenso _____ Flácido _____
Comisura: Normal Ulcerada _____ Prolongada _____
ATM. dolor Articular: Si _____ No
En apertura: no presenta
En cierre: no presenta
Desviación mandibular: no presenta

EXAMEN INTRAORAL:

Tejidos Blandos:
Mucosa: Normal Inflamación: _____ Hemorragias _____
Ulceras: _____ Aftas _____ Estomatitis _____
Tipo de Mucosa:
Firme: Resiliente: _____ Fibrosa _____
Lengua:
Posición: normal protruida _____ Retruida _____
Tamaño: normal macroglosia _____ microglosia _____
Torus: no presenta
Dientes presentes: 11
Dientes ausentes: 21
Enfermedad periodontal: no
Cálculo: no
Restauraciones presentes: 0

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		56	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
		66	64	63	62	61	71	72	73	74	75				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Código: Caries O Restaurac. / Resto Redic F Corona C. Prótesis remov.
Odontograma Extracción X Ausente A Trat Endodon I Prot Fija O-O Prótesis Total
Usar ROJO para señalar estado dentario actual AZUL para tratamiento odont. otorgado

Anexo 11: Odontograma