

Clasificación de Kennedy en pacientes de la Clínica Odontológica III de la ULEAM

Karla Gabriela Ordóñez Carrión¹; Sandra Sandoval Pedauga²

(Recibido: septiembre 30, 2024; Aceptado: diciembre 09, 2024)

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol9iss16.2025pp72-79p>

Resumen

El edentulismo parcial, caracterizado por la pérdida de piezas dentarias, impacta significativamente en la salud física y mental del paciente, afectando el sistema estomatognático, la oclusión, la funcionalidad, la pronunciación y la estética. Por ello, el uso de la clasificación de Kennedy resulta fundamental para establecer un tratamiento protésico adecuado. Este estudio, de enfoque cualitativo, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III de la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí" durante el periodo 2023-2. Se revisaron 286 historias clínicas, seleccionando finalmente 103 pacientes (69 mujeres y 34 hombres) conforme a criterios de inclusión. Se analizaron variables como género, edad, parroquia, nacionalidad, arcada dentaria y clase de Kennedy, procesadas en Microsoft Excel mediante estadística descriptiva. Se identificaron 206 arcadas, de las cuales 173 presentaron edentulismo parcial. Los resultados revelaron una mayor prevalencia en mujeres, en arcadas inferiores, en pacientes de nacionalidad ecuatoriana y en las parroquias Manta y Tarqui. La clase III de Kennedy fue la más frecuente en ambas arcadas, géneros, y en el rango etario de 43 a 61 años, tanto en zonas urbanas como rurales. Se concluye que la clase III de Kennedy predomina ampliamente, siendo la clase IV la menos frecuente.

Palabras Claves: edentulismo parcial; clasificación de Kennedy; prevalencia.

Kennedy classification in patients of the Dental Clinic III of ULEAM

Abstract

Partial edentulism, defined by the loss of one or more teeth, significantly impacts both physical and mental health by altering the stomatognathic system, occlusion, function, speech, and aesthetics. Therefore, the use of the Kennedy classification is essential for determining the most appropriate prosthetic treatment. This study employed a qualitative, descriptive, observational, cross-sectional, and retrospective approach to assess the prevalence of partial edentulism based on Kennedy's classification among patients treated at the Dental Clinic III of the Eloy Alfaro Lay University of Manabí during the 2023-2 academic period. Out of 286 clinical records reviewed, 103 patients (69 female and 34 male) met the inclusion criteria. Variables such as gender, age, parish, nationality, dental arch, and Kennedy classification were analyzed using Microsoft Excel and descriptive statistics. A total of 206 dental arches were evaluated, of which 173 exhibited partial edentulism. The findings revealed a higher prevalence in females, lower arches, Ecuadorian nationals, and in the parishes of Manta and Tarqui. Kennedy Class III was the most common across both arches, genders, and in the 43–61 age group, regardless of urban or rural setting. It is concluded that Kennedy Class III predominates, while Class IV is the least frequent.

Keywords: partial edentulism; Kennedy classification; prevalence.

¹ Estudiante de Odontología, Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí", Manta, Ecuador. Email: e1312173634@live.uleam.edu.ec. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5466-3138>

² Odontóloga-Especialista en Rehabilitación Oral, Docente de la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí", Manta, Ecuador. Email: sandra.sandoval@uleam.edu.ec. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9334-4299>

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es la pérdida dentaria permanente en un individuo. Según la OMS, la prevalencia promedio mundial estimada del edentulismo entre las personas de 20 años o más es del 7% y en personas mayores a 60 años se incrementa en un 23%. Puede considerarse como un indicador de salud oral sobre una población y relacionarse a una menor calidad de vida. La pérdida dentaria conlleva al deterioro físico, funcional, mental y psicológico (1, 2). El edentulismo no es exclusivo de la adultez, puede resultar de la acumulación de patologías orales que han provocado daños irreparables en las estructuras dentarias (3).

Las causas de la pérdida de piezas dentarias y posterior edentulismo son la poca higiene bucal, caries dental, periodontopatías, traumatismos, deficientes tratamientos de rehabilitación, bruxismo, patologías farmacológicas y sistémicas. Mientras que las consecuencias son las variaciones y modificaciones estéticas, la reducción de la eficacia masticatoria, efecto migratorio, movimiento rotatorio en dientes remanentes, extrusión de antagonistas, pérdida en contactos interproximales, desviación de mandíbula, atrición dental, disminución de dimensión vertical, disfunción de la articulación temporomandibular, pérdida de hueso alveolar y de rebordes residuales. La incidencia del edentulismo parcial es especialmente alta en grupos con menos recursos económicos y en condiciones socioeconómicas desfavorecidas (4). Las personas edéntulas por inseguridad e inferioridad tienen menos participación en actividades sociales (18).

Una elevada presencia de factores de riesgo como la ingesta de comidas calientes o picantes, el hábito de fumar, uso de prótesis e ingestión de alcohol provocan daños en la salud bucodental, desarrollando lesiones como el éupulis fisurado, la estomatitis subprotésica y leucoplasias. Por lo tanto, estos factores de riesgo evidencian una baja calidad en promoción y prevención de salud. Asimismo, en el paciente geriátrico se incluyen factores predisponentes secundarios a su deterioro biológico que dificultan el manejo ideal de medidas terapéuticas (5, 6).

Para identificar el tipo de edentulismo parcial de los pacientes, en 1923, el Dr. Edward Kennedy desarrolló una clasificación que actualmente sigue siendo la más utilizada en Prostodoncia, conformado de la siguiente manera (7):

- Clase I: áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales.
- Clase II: área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales presentes.
- Clase III: área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante y detrás del área edéntula.
- Clase IV: área edéntula única bilateral (que atraviesa línea media) anterior a los dientes naturales remanentes.

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

En los pacientes atendidos en la Universidad Nacional de Asunción en Paraguay, de 73 expedientes clínicos, el 63% era de género femenino, el 47,95% eran personas adultas jóvenes de 25-40 años, la clase III de Kennedy muestra mayor prevalencia con el 57,53% en el maxilar superior y el 43,84% en mandíbula. Recalca la importancia de una política nacional de salud bucodental enfocada en la rehabilitación del paciente edéntulo y la atención del adulto mayor (9).

En un estudio en Venezuela sobre la frecuencia de maxilares parcialmente edéntulos se describió que, de los 290 casos registrados, existe mayor prevalencia de la clase I de Kennedy en arcada inferior mientras que en la arcada superior es la Clase III (10).

En Colombia, de los 111 pacientes atendidos en la clínica universitaria de Cartagena, el 75% eran

del género femenino, el 47% del edentulismo se presentó en la mandíbula, seguido del edentulismo bimaxilar, predominó la clase III en el maxilar y la Clase I en la mandíbula (11).

En una investigación en México, en la clínica de especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, de una muestra de 183 individuos se encontró que existe un mayor número de casos de edentulismo parcial en clase II de Kennedy en mujeres en arcada superior y en personas mayores de 60 años. En el maxilar superior la clase II con un 38,75% y en mandíbula la clase I con un 35,71%. En el género masculino fue la clase III (32,65%) y en el femenino la clase II (67,34%) (12).

En un estudio en adultos mayores del hogar de ancianos San Ramón en la Paz en Bolivia, de 164 residentes, se encontró que existe mayor prevalencia de edentulismo parcial en ambos sexos en la clase I de Kennedy, entre 70-80 años, en ambos maxilares, seguido de la clase II (13).

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú, de 100 pacientes, se identificó que la Clase III de Kennedy era el tipo de edentulismo parcial más frecuente, tanto en la arcada maxilar (50%) como en la mandibular (49%). La mayoría de los pacientes eran de nivel socioeconómico-cultural medio (83%). En ambas arcadas la clase III predominó en las edades de 20-39 años y de 40-59 años y la clase II en el grupo de 60 años en adelante (4).

En el Ecuador existe una alta prevalencia e incidencia de patologías bucodentales así como en muchos países de Latinoamérica, es un problema de salud pública debido al costo de manejo y control. Según datos registrados de la OMS en el Ecuador, la prevalencia en caries no tratadas en dientes deciduos es de 45%, en dientes permanentes es de 38,7%, la prevalencia de enfermedades periodontales graves en individuos mayores de 15 años es del 19,2% y del edentulismo en mayores de 20 años es del 11,9% (14). La Constitución Política del Ecuador expresa que la salud es un derecho fundamental y el Estado está encargado de garantizar a través del sistema nacional de salud (15). Por lo tanto, la autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a la Ley

Orgánica de Salud, y su competencia es diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (16). El Ecuador ha aplicado diversas estrategias como la promoción y prevención a través de la enseñanza de técnicas de cepillado dental, detección temprana de placa bacteriana y charlas educativas motivadoras, sin embargo, las acciones ejecutadas no han recibido seguimiento y carece de datos para evidenciar su eficacia en la prevención de las patologías bucodentales (17).

En un estudio realizado en Cuenca-Ecuador, de los 1501 casos, el sexo femenino fue el de mayor predominio con más del 61%, por edad fue del 26% en pacientes de 18 a 30 años, respecto a arcadas fue el inferior con 52% y según Kennedy fue la clase III con un 46% (3). En una investigación llevada a cabo en la Universidad de las Américas en Quito, de una muestra de 384 personas se encontró que la Clase III de Kennedy era la más común en la ciudad con 82,81%, la Clase II con 19,93%, la Clase I con 15,41% y la Clase IV con 11,39%. La clase III predominó, según edad de 30-39 años con 54,67%, según el género femenino con 31,83% y en el arco superior con 26,80% (18).

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

METODOLOGÍA

El presente estudio es observacional, transversal, retrospectivo, de tipo cualitativo y descriptivo. De un universo de 286 pacientes de la clínica odontológica III de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador, se trabajó con una muestra de 103 pacientes, 34 hombres y 69 mujeres, que cumplían los criterios de inclusión de los cuales se recopiló datos sobre el género, edad, parroquia, nacionalidad, arcada dentaria y clases de Kennedy. Se tomaron en cuenta 206 casos correspondientes a ambas arcadas (superior e inferior) de los cuales solo 173 casos presentan edentulismo parcial.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de edad entre 18-80 años, edéntulos parciales, con datos completos, atendidos en la clínica odontológica III.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de edad, con dentición completa en ambas arcadas, edéntulos totales en ambas arcadas, pacientes que viven fuera del cantón Manta.

Aspectos éticos

Este proyecto es parte de una investigación institucional realizada en la Clínica Odontológica III en el periodo 2023-2. Con el propósito de garantizar la autonomía del participante, es decir, su capacidad para decidir sobre su intervención en el presente proyecto, fue ejecutado el levantamiento del consentimiento informado donde se suscribió un apartado que indicaba que los datos serían utilizados para futuras investigaciones. Se garantizó el derecho al anonimato al no solicitar datos identificativos. Para certificar la confidencialidad de los datos, los investigadores suscribieron una declaración de confidencialidad que los compromete a realizar un manejo ético y responsable. Siendo aprobado por el Comité de Ética para la investigación en Seres Humanos (CEISH) de la ULEAM.

Técnicas

Se solicitó el registro de los pacientes de la Clínica Odontológica III de la ULEAM del periodo 2023-2. Una vez seleccionados los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, se procedió a revisar y registrar los datos requeridos

para esta investigación en una matriz virtual en Microsoft Excel, con lo cual se realizó un análisis de tipo estadístico descriptivo para determinar los valores de prevalencia mediante tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

RESULTADOS

La presencia dentaria en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III se muestra en la Tabla 1. De los 103 pacientes, cada paciente tiene una arcada superior y una arcada inferior, por lo tanto, se toman en cuenta 206 casos, de los cuales 173 casos corresponden a edentulismo parcial (83,98%), 28 casos pertenecen a dentición completa (13,59%) y 5 casos a edentulismo total.

Tabla 1. Presencia dentaria

Presencia dentaria	n	%
Edentulismo Parcial	173	83,98
Edentulismo Total	5	2,43
Dentición Completa	28	13,59
Total	206	100,00

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

Tabla 2. Prevalencia del edentulismo

Edentulismo Parcial	n	%
Superior	6	5,83
Inferior	27	26,21
Bimaxilar	70	67,96
Total	103	100,00

El género femenino mostró mayor prevalencia con el 66,99% mientras que el género masculino fue del 33,01%. El grupo etario más predominante en relación con el edentulismo parcial fue el de 43-61 años con el 50,87%, seguido del rango de 18-42 años con el 32,37% y el de 62-90 años con el 16,76%. Respecto a las parroquias, tanto Manta como Tarqui obtuvieron el 32,04% cada una, Eloy Alfaro 16,51%, los Esteros 15,53%, San Mateo 2,91%, Santa Marianita 0,97%, y ningún dato fue registrado en la parroquia San Lorenzo. La nacionalidad ecuatoriana obtuvo el 93,2%, seguida de la nacionalidad colombiana

con 5,83% y venezolana con 0,97%. La arcada inferior demuestra mayor relevancia con el 56,1% en contraste de la arcada superior que cuenta con el 43,9%. La clase III de Kennedy registró más pacientes con edentulismo parcial con el 54,34%, seguido de la clase II con el 28,9%, la clase I con 13,3% y la menos recurrente es la clase IV (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de edentulismo parcial según variables

Género	n (103)	%
Masculino	34	33,01
Femenino	69	66,99
Grupo etario	n (173)	%
18 – 42 años	56	32,37
43 – 61 años	88	50,87
62 – 90 años	29	16,76
Parroquia	n (103)	%
Manta	33	32,04
Eloy Alfaro	17	16,51
Los Esteros	16	15,53
Tarqui	33	32,04
San Mateo	3	2,91
Santa Marianita	1	0,97
San Lorenzo	0	0
Nacionalidad	n (103)	%
Ecuatoriano	96	93,2
Colombiano	6	5,83
Venezolano	1	0,97
Arcada dentaria	n (173)	%
Superior	76	43,9
Inferior	97	56,1
Clasificación de Kennedy	n (173)	%
Clase I	23	13,3
Clase II	50	28,9
Clase III	94	54,34
Clase IV	6	3,47

Los datos registrados de la clasificación de Kennedy por arcada superior señalan que dentro del género masculino existe mayor prevalencia en la clase III con el 64%, la clase II con el 28%, y la clase I y IV con el 4%. Así mismo, en el género femenino la clase III fue la más predominante con el 49,02%, seguido de la clase II con 31,37%, la clase I con 13,73% y la clase IV con 5,88%. El

grupo etario de 18-42 años manifestó un alto porcentaje en clase III con el 66,67%, la clase II con el 33,33% y ningún caso en clase I y IV. En el intervalo de 43-61 años de igual forma es mayor la clase III con el 52,38%, la clase II con 23,81%, la clase I con 16,67% y la clase IV con el 7,5%. Finalmente, el rango de edad de 62-90 años demostró que la clase II es la más predominante con el 46,15%, seguido de la clase III con el 38,46%, y tanto la clase I como la IV marcaron el 7,69% cada una (Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de la clasificación de Kennedy según variables en arcada superior

Variables	Clasificación de Kennedy en arcada superior				
	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Totales
Género n (76)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Masculino	1 (4)	7 (28)	16 (64)	1 (4)	25 (100)
Femenino	7 (13,73)	16 (31,37)	25 (49,02)	3 (5,88)	51 (100)
Grupo etario (76)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
18 – 42 años	0 (0)	7 (33,33)	14 (66,67)	0 (0)	21 (100)
43 – 61 años	7 (16,67)	10 (23,81)	22 (52,38)	3 (7,5)	42 (100)
62 – 90 años	1 (7,69)	6 (46,15)	5 (38,46)	1 (7,69)	13 (100)

Los datos registrados de la clasificación de Kennedy por arcada inferior demuestran que dentro del género masculino la clase III tiene mayor frecuencia del 50%, la clase II con el 25%, la clase I con el 21,9%, y la clase IV con el 3,1%. Del mismo modo en el género femenino la clase III también es la mas alta con el 56,9%, seguido de la clase II con el 29,2%, la clase I con el 12,3% y la clase IV con el 1,5%. Respecto a los grupos etarios, el de 18 a 42 años expresó un fuerte predominio para la clase III con el 80%, la clase II con el 14,3%, la clase I con el 5,7% y ningún caso de clase IV. En el intervalo de 43-61 años la clase III representa el 50%, seguido de la clase II con el 32,6%, la clase I con el 15,2% y la clase IV con el 2,2%. En las edades superiores a 62 años la clase II obtuvo el 43,75%, la clase I con el 37,5%, la clase III con el 12,5% y la clase IV con el 6,25% (Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de la clasificación de Kennedy según variables en arcada inferior

Variables	Clasificación de Kennedy en arcada inferior				
	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Totales
Género n (97)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Masculino	7 (21,9)	8 (25)	16 (50)	1 (3,1)	32 (100)
Femenino	8 (12,3)	19 (29,2)	37 (56,9)	1 (1,5)	65 (100)
Grupo etario (97)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
18 – 42 años	2 (5,7)	5 (14,3)	28 (80)	0 (0)	35 (100)
43 – 61 años	7 (15,2)	15 (32,6)	23 (50)	1 (2,2)	46 (100)
62 – 90 años	6 (37,5)	7 (43,75)	2 (12,5)	1 (6,25)	16 (100)

En la Figura 1 se presenta la prevalencia de la clasificación de Kennedy según Parroquias Urbanas y Rurales en el cantón Manta en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica III. Se registra una mayor prevalencia en el sector urbano 165 casos mientras que los rurales solo constan 8. En la zona urbana hay mayor frecuencia de clase III de Kennedy 53,33% (88 casos), seguido de la clase II con un 29,70% (49 casos), la clase I con 13,94% (23 casos) y menor prevalencia en clase IV con un 3,03% (5 casos). En el sector rural también hay mayor prevalencia de la clase III de Kennedy correspondiente al 62,5% (5 casos), seguido de la clase II con el 25% (2 casos), la clase IV con el 12,5% (1 caso) y la clase I que no registro ningún caso.

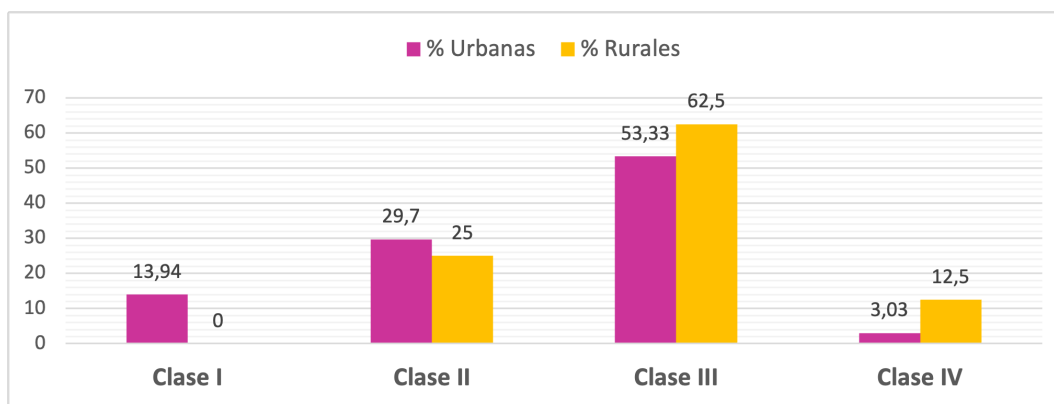


Figura 1. Clasificación de Kennedy según Parroquias Urbanas y Rurales en el cantón Manta

DISCUSIÓN

Según la investigación de Vizcaino, dentro de Latinoamérica, Paraguay es uno de los países con más alta prevalencia de edentulismo parcial con el 83%, Ecuador con el 21,4%, y el de menor prevalencia es Bolivia con 20,4%. En la Clínica Odontológica III se encontró que el 83,98% de los pacientes presentaban edentulismo parcial, siendo el más común el edentulismo bimaxilar (67,96%) y entre las arcadas maxilares, la más predominante fue la arcada inferior con el 26,2%, así como en las investigaciones en Colombia (47%) y en Cuenca-Ecuador. Mientras que en los estudios en México y Quito-Ecuador el más afectado fue el maxilar superior.

La clasificación más prevalente en la Clínica Odontológica III fue la clase III de Kennedy con un 54,34% en ambas arcadas, igual que

en los estudios en Paraguay, Perú, Quito y Cuenca. En Venezuela y Colombia la clase III fue predominante en la arcada superior. La clase I es predominante en el estudio en Venezuela, Colombia, México en arcada inferior, y en Bolivia en ambas arcadas. Mientras que la Clase II es predominante en México en arcada superior. La investigación en la Clínica Odontológica III muestra que el 66,99% de los pacientes pertenecen al género femenino, lo que coincide con la tendencia observada en varios estudios en Paraguay 63%, Colombia 75%, Cuenca 61%, Quito y México.

En la Clínica Odontológica III, respecto a la distribución por grupo etario, el más afectado por el edentulismo parcial es el de 43-61 años en ambos maxilares con clase III. En Perú del rango de 20-30 y 40-59 años con clase III, en

Paraguay de 25-40 años, en Cuenca de 18-30 años, en Quito de 30-39 años y con intervalos mayores a 60 años constan en México y Bolivia. En esta investigación, la mayor cantidad de pacientes con edentulismo parcial provienen de zonas urbanas, especialmente de las parroquias Manta y Tarqui, puesto que en la ciudad existe mayor número de consultorios odontológicos, centros de salud y hospitales, sin embargo, sí se registraron pacientes oriundos de zonas rurales, estos pacientes cuentan con acceso limitado a los servicios dentales especializados como ortodoncia y rehabilitación oral por lo que se ven obligados a desplazarse. De acuerdo a la nacionalidad, predomina la ecuatoriana.

CONCLUSIONES

La población de la investigación consta de 286 pacientes, la muestra de 103, de los cuales existen 206 arcos dentarios y de esos parten 173 arcos edéntulos parciales. El 83,98% de los pacientes son edéntulos parciales, el 67,96% son edéntulos parciales bimaxilares, el 26,21% con edentulismo parcial inferior y el con 5,83% edentulismo parcial superior.

La clase III fue la clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con 54,34% (94 casos), seguido de la clase II con 28,9% (50 casos), la clase I con 13,3% (23 casos) y con menor prevalencia se encuentra la clase IV con 3,47% (6 casos). Las arcadas inferiores son las más afectadas por el edentulismo parcial, se muestran 97 casos. La clase III de Kennedy presenta mayor prevalencia de edentulismo parcial en ambas arcadas (superior e inferior). La clase IV posee menor prevalencia de edentulismo parcial en ambas arcadas (superior e inferior).

De 103 pacientes, 69 son mujeres y 34 varones. El género femenino es el más afectado por el edentulismo parcial.

El grupo etario más afectado es el de 43-61 años en ambas arcadas. Los grupos etarios de 18-42 años y de 43-61 años tienen mayor prevalencia de clase III en ambas arcadas. El grupo etario de 62-90 años tiene mayor prevalencia de clase II en ambas arcadas.

Las parroquias Manta y Tarqui presentan mayor prevalencia de edentulismo parcial. La clase III

fue la más frecuente tanto de parroquias urbanas como rurales. La nacionalidad ecuatoriana fue la más predominante con 96 pacientes.

REFERENCIAS

1. Canchanya N, Ortega J. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla 2022 [Trabajo de Grado]. Universidad Continental. 2023; 22 p.
2. OMS. Salud bucodental. Organización Mundial de la Salud. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. Caguana E. Edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Cuenca en el periodo 2018-2019 [Trabajo de Grado]. Cuenca, Ecuador. 2023; 9 p.
4. Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2019; 18(2):281-297.
5. Gonzáles R, Herrera I, Osorio M, Madrazo D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana Estomatol*. 2010; 47 (1)
6. Rodríguez M, Martínez L, Ladrón de Guevara T. La salud bucal en una población geriátrica. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2016; 41(6).
7. Novoa A. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el establecimiento penitenciario "Huancas", Chachapoyas [Trabajo de Grado]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. 2018.
8. Vizcaíno K, Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. *Rev. Estomatol. Herediana*. 2022; 32(4): 420-427
9. Goiriz M, Morel-Barrios M. Análisis de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes tratados en la Facultad de Odontología de la Univer-

- sidad Nacional de Asunción. *Rev. Cient. Odontol. UAA*. 2023; 5(1): 12-16
10. Sánchez, AE., Tarantini, M. Frecuencia de los tipos de maxilares parcialmente edéntulos y diseños indicados para su tratamiento con Prótesis Parciales Removibles. *Acta Odont Venez.* 1993; 31(2): 27-38.
 11. Tirado L, Herrera A, Vargas E, Padilla L, Pérez Y, Taborda A. Clasificación según Kennedy de arcos edéntulos en pacientes atendidos en una clínica universitaria en Cartagena. *Revista Odontológica Mexicana Órgano Oficial de la Facultad de Odontología UNAM*. 2024; 26(3). doi:10.22201/fo.1870199xp.2022.26.3.87570
 12. Matuz, A. Prevalencia de edéntulos parciales que acuden a la clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” según la clasificación de Kennedy [Trabajo de Grado]. 2020; 1–74 p.
 13. Rodríguez, R. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el asilo San Ramón [Tesis de Especialidad]. 2015.
 14. OMS. Oral Health Ecuador 2022 country profile. Organización Mundial de la Salud. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/oral-health-ecu-2022-country-profile>
 15. Jiménez W, Granda M, Ávila D, Cruz L, Flórez J, Mejía L, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Rev Univ Salud*. 2017; 19(1):126-39.
 16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolos odontológicos. 1.a ed. Quito: Programa Nacional de Genética y Dirección Nacional de Normatización; 2013.
 17. Parise J, Zambrano P, Viteri A, Armas A. Estado de la salud bucal en el Ecuador. *Odontología Sanmarquina*. 2020; 23(3), 327–331. doi: 10.15381/os.v23i3.18133
 18. Cargua JN. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito. [Trabajo de Grado]. Universidad de las Américas, Quito-Ecuador. 2016.