



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE
KENNEDY EN LAS PARROQUIAS RURALES DE CUENCA, 2019

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: KELLY PRISCILA SANTELLÁN SANCHIM

DIRECTOR: OD. ESP. ERICA DAYANA QUITO VALLEJO

CUENCA - ECUADOR

2021

*Yo me gradúe en los
50 años de La Cato!*

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LAS PARROQUIAS RURALES DE CUENCA, 2019

PREVALENCE OF PARTIAL EDENTULISM ACCORDING TO THE KENNEDY CLASSIFICATION IN RURAL PARISHES OF CUENCA, 2019

Kelly Priscila Santellán Santellán¹, Egresada de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Odontología. Cuenca-Ecuador, keli8_santi@hotmail.com

Erica Dayana Quito Vallejo², Docente de la Universidad Católica de Cuenca. Cuenca-Ecuador, equito@ucacue.edu.ec

Sandra Patricia Saquisili Suquitana³, Docente de la Universidad Católica de Cuenca. Cuenca-Ecuador, ssaquisilis@ucacue.edu.ec

RESUMEN

La pérdida parcial es un conflicto de salud pública en el mundo que se refiere a la falta de uno o más dientes en la cavidad oral, produciendo secuelas estéticas y funcionales, a través de la fabricación de prótesis parciales se pueden restablecer estas funciones. El estudio tiene como objetivo principal establecer la incidencia de edentulismo parcial en base a las clases de Kennedy en parroquias rurales de Cuenca, 2019. La investigación utiliza métodos cuantitativos, descriptivos, retrospectivos y documentales. La muestra fue de 603 fichas de observación que consta de: edad, sexo, parroquia, maxilares superior e inferior, clases de Kennedy y sus modificaciones, se empleó el análisis estadístico de porcentajes y frecuencias utilizando el programa Excel 2010, como resultado en las mujeres el indicador de edentulismo parcial fue de 63%, en edades de 45-49 años con un 42%, para ambos maxilares es dominante la categoría I de Kennedy con un 25% en el arco maxilar y 41% en el arco mandibular, según sus modificaciones en el maxilar superior, se exhibió la clase III modificación 1, a comparación con la modificación 1 categoría II en el maxilar inferior, según este estudio el edentulismo parcial está presente en ambos maxilares con un 71%.

Palabras claves: Parcialmente desdentado, clases de Kennedy, pérdida dental.

SUMMARY

Partial loss is a public health conflict in the world that refers to the lack of one or more teeth in the oral cavity, producing aesthetic and functional sequelae, through the manufacture of partial prostheses these functions can be restored. The main objective of the study is to establish the incidence of partial edentulism based on Kennedy's classes in rural parishes of Cuenca, 2019. The research uses quantitative, descriptive, retrospective and documentary methods. The sample consisted of 603 observation files consisting of: age, sex, parish, upper and lower jaws, Kennedy classes and their modifications, the statistical analysis of percentages and frequencies was used using the Excel 2010 program, as a result in women the indicator of partial edentulism was 63%, in ages 45-49 years with 42%, for both maxillae Kennedy category I is dominant with 25% in the maxillary arch and 41% in the mandibular arch, according to their modifications in the upper jaw, class III modification 1 was exhibited, compared to modification 1, category II in the lower jaw, according to this study, partial edentulism is present in both jaws with 71%.

Keywords: Partially toothless, Kennedy classes, tooth loss.

INTRODUCCIÓN

La pérdida parcial de los dientes corresponde al estado de la salud bucal, en el cual se puede observar que no existe un número determinado de dientes en la cavidad bucal. Esta situación es un problema de salud pública mundial, puede haber muchas razones para la pérdida de dientes. Estas enfermedades son principalmente caries dentales y enfermedades periodontales, que no solo ocurren en los ancianos, sino que también afectan a personas de cualquier edad (Fernández et al, 2016, p.60).

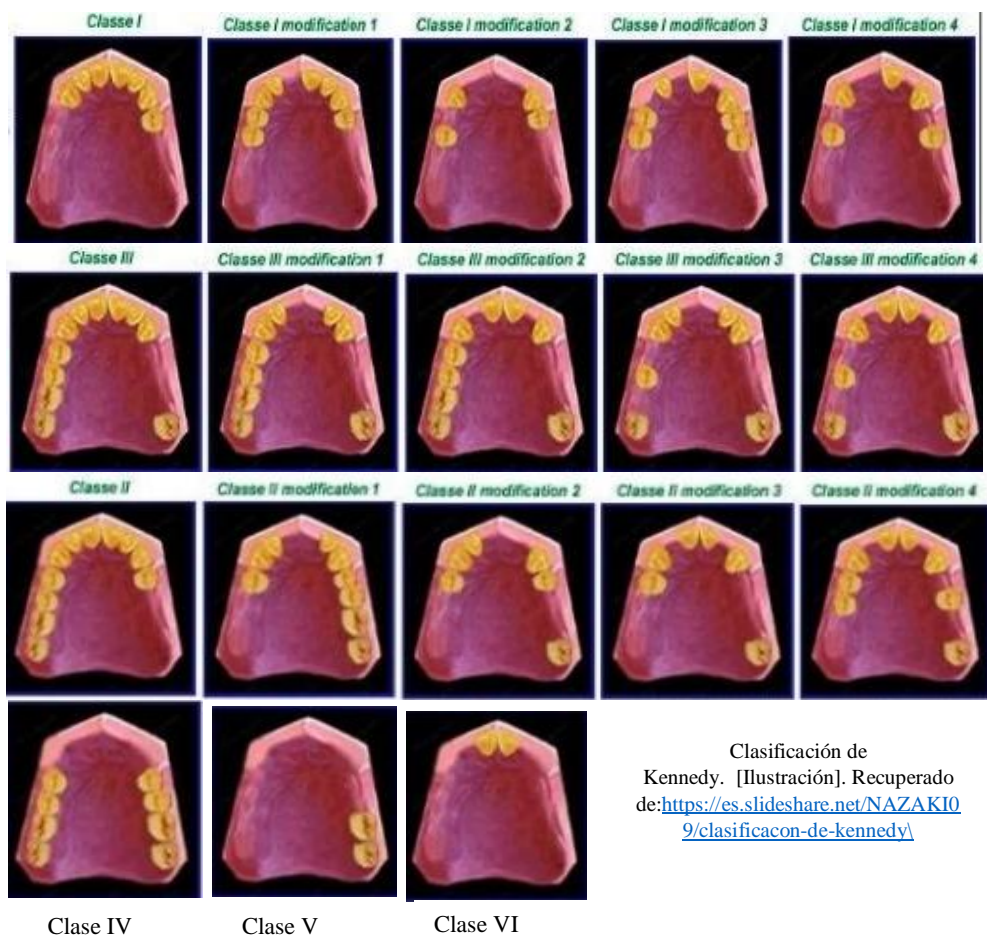
A nivel mundial, la mayoría de los adultos sufren de caries dental según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La enfermedad periodontal grave afecta del 15 al 20% en edades de 35 y 44 años en adultos jóvenes, mientras que alrededor del 30% entre 65 y 74 años no tienen dientes naturales (Huamanciza et al, 2019, p 283).

Tanto el edentulismo parcial y total es un problema que afecta a toda la población a nivel mundial sobre todo en sectores rurales, debido a la falta de conocimiento, cuidado y prevención de la salud bucodental, y a los diferentes modos de vida que mantienen, así mismo la falta de un acceso a un servicio de salud en poblaciones de bajo nivel socioeconómico, da como resultado enfermedades bucodentales asociados a una mala higiene bucal que posteriormente tendrá como consecuencia la pérdida de las piezas dentales, provocando desnutrición, vocalización, cambios en las expresiones faciales y problemas sociales (Santilli, 2015, p 29).

La clasificación de Kennedy propuesta en 1923 es el método Gold estándar que es utilizado a nivel mundial el cual nos permite clasificar las condiciones edéntulas facilitando su diagnóstico y sus alternativas de tratamiento del paciente edéntulo parcial.

La rehabilitación de los dientes que faltan parcialmente se puede lograr mediante el uso de dentaduras parciales removibles con la ayuda del sistema de clasificación de Kennedy, que propone diferentes opciones y puede identificar su condición rápidamente (Huamanciza et al, 2019, p 283).

Según Kennedy existen cuatro arcos parcialmente desdentados que se los puede clasificar en: la primera categoría: Superficies edéntulas bilaterales situadas detrás de las piezas dentales naturales; segunda categoría: Superficie unilateral edéntula ubicada posteriormente a los dientes restantes; tercera categoría: Superficie unilateral edéntula con presencia de dientes anterior y posterior a ella; cuarta categoría: superficie única bilateral edéntula anterior compromete el uno y el otro lado de la línea media. Este método de Kennedy es admitido debido a sus ventajas en el reconocimiento e identificación de zonas de apoyo (Chumpitaz et al, 2019, p 237).



Clasificación de Kennedy. [Ilustración]. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/NAZAKI09/clasificacon-de-kennedy>

En el sistema Kennedy, se agregaron ocho reglas propuestas por Oliver Applegate en 1960 para evitar confusiones al aplicar varias combinaciones. Regla 1: Se debe clasificar después de cualquier extracción que pueda cambiar el orden; Regla 2: Si existe la ausencia del tercer molar y no se pretende reemplazar, entonces el área no se considera clasificada; Regla 3: Si el tercer molar existe y se utiliza como diente pilar es considerada; Regla 4: En la clasificación no se tiene en cuenta, si hay la ausencia del segundo molar y no se pretende reemplazarlo; Regla 5: La clasificación se determina según la última área desdentada; Regla 6: La misma área que es diferente del área determinada por la clasificación se llama modificación y se designa por número; Regla 7: No se debe considerar el tamaño del espacio modificado, pero se debe considerar el número de otras áreas desdentadas; Regla 8: La clase IV no acepta modificación, sí existe un área posterior, esta será el área para determinar la clasificación (Delgado A., (2015).

Entre los Países latinoamericanos, se ha demostrado que Perú tiene una alta tasa de pérdida de dientes (Chumpitaz et al, 2019, p 237).

En 2003, la población chilena padecía edentulismo parcial a los 35 y 44 años, representando el 79,7% y el 98,9% a los 65 y 74 años respectivamente (Delgado et al, 2015, p 81).

El trabajo de investigación actual nos permitirá identificar la incidencia de edentulismo parcial en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca a través de la clasificación de Kennedy, teniendo en cuenta la situación antes mencionada la pregunta de investigación es.

¿Cuál es la frecuencia de pérdida parcial de los dientes en adultos mayores de 45 años de las parroquias rurales de Cuenca-Ecuador 2019 según las clases de Kennedy?

MÉTODO

El presente trabajo de investigación utiliza un método cuantitativo y se deriva de un estudio descriptivo, retrospectivo, documental, las muestra de investigación son fichas de pacientes comprendidos en edad de 45 años en adelante de las parroquias rurales Sinincay, el Valle, Turi y San Joaquín en Cuenca – Ecuador en el 2019, para el efecto de esta investigación se solicitó la base de datos a la coordinadora del proyecto “Condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta de las parroquias rurales del cantón Cuenca” investigación que pertenece a la Universidad Católica de Cuenca de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Carrera de Odontología quien facilitó en el programa Epi info.

La selección de las fichas clínicas se realizó mediante los criterios de exclusión e inclusión. Los criterios de inclusión incluyen: fichas de pacientes con pérdida de uno más dientes, pacientes mayores de 45 años, y los criterios de exclusión fueron: fichas de pacientes desdentado total, fichas con información incompleta, obteniendo un total de 607 fichas, pero luego aplicando criterios de exclusión e inclusión se descartaron 4 fichas que estaban con datos incompletos y la muestra final fue de 603.

Los datos fueron clasificados de acuerdo a las variables en: edad, sexo, parroquia, maxilares, clasificación de Kennedy, modificaciones, las cuáles fueron evaluadas mediante unas tablas de Excel versión 2010, con la finalidad de obtener los datos necesarios mediante porcentajes y frecuencias correspondiendo a cada variable planteada en el estudio.

Este trabajo no implica un conflicto en bioética, pues se basa en los datos ya obtenidos en pacientes del macro proyecto de investigación de “Condiciones de Salud Oral y estado Protésico de la población adulta de las parroquias rurales del cantón

Cuenca”, se tendrá confidencialidad con los datos de los pacientes, además cuento con el permiso de bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

RESULTADOS

El género femenino exhibió con mayor frecuencia, el edentulismo parcial con una proporción representativa del 63% (378 pacientes), mientras que la proporción del género masculino es el 37% (225 pacientes).

Tabla 1. Frecuencia del edentulismo parcial en personas mayores de 45 años según la edad.

Rango de edades	n	%
45-49	251	42%
50-54	85	14%
55-59	76	13%
60-64	57	9%
65-69	49	8%
70-74	39	6%
75-79	24	4%
80-84	15	2%
85-89	4	1%
90-94	3	0%
Total	603	100%

En edades de 45-49 años, la incidencia de edentulismo parcial es mayor con un 42% (251 pacientes), a diferencia de 0% (3 pacientes) en un rango de edad de 90-94 años siendo menor la prevalencia en este rango de edad.

Tabla 2. Clases de Kennedy en el arco maxilar

Clases de Kennedy	n	%
Clase I	150	25%
Clase II	120	20%
Clase III	87	14%
Clase IV	60	10%
N.A (no aplica)	187	31%
Total		100%

Tabla 3. Clases de Kennedy en el arco mandibular

Clases de Kennedy	n	%
Clase I	250	41%
Clase II	97	16%
Clase III	88	15%
Clase IV	53	9%
N.A (no aplica)	115	19%
Total		100%

La prevalencia de Kennedy I fue del 25% (150) en el maxilar superior, al igual que en el arco mandibular, la prevalencia de Kennedy I fue del 41% (250 pacientes).

Tabla 3. Distribución de las modificaciones en el maxilar superior

Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
modificación	modificación	modificación	11
1= 72	1= 60	1= 128	
2= 26	2= 73	2= 99	
3= 8	3= 2	3= 1	

Tabla 3. Distribución de las modificaciones en el maxilar inferior

clase I	clase II	clase III	clase IV
modificación	modificación	modificación	9
1= 51	1= 113	1= 97	
2= 25	2= 72	2=90	
3= 2	3= 1	3= 2	

En el arco maxilar se identificó que la variante más común es la categoría III modificación 1, por el contrario, el arco mandibular manifestó la categoría II modificación 1.

Tabla 5. Desdentado parcial en los maxilares

	n	%
Desdentado parcial en el arco maxilar	35	6%
Desdentado parcial en el arco mandibular	139	23%
Desdentado parcial bimaxilar	429	71%
Total		100%

En ambos maxilares la frecuencia de edentulismo parcial es alta en todos los pacientes, 71% (429 pacientes).

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó la frecuencia de pérdida parcial de piezas dentales según las clases de Kennedy en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca 2019, los reportes de esta investigación mostraron que la proporción de mujeres que generalmente tienen edentulismo parcial es del 63% mayor que en los hombres, los cuáles son similares a los estudios encontrados por Cisneros del Águila et al. (2014) en donde reportó que las mujeres tenían más arcos maxilares desdentados en el maxilar superior, con un 72,14%, resultado que también coinciden con los obtenidos por otros autores como Dau Villafuerte et al. (2016), Huamanciza et al. (2019) y Cortés et al. (2013) mencionaron que el desdentado parcial tiene un mayor impacto en las mujeres, pero los resultados del rango de edad son diferentes a nuestra investigación que fueron en edades de 45 a 49 años con un 42%, a diferencia de su análisis con un 46% en edades de 60 años según reportado por Huamanciza et al. (2019), al igual que Dau Villafuerte et al. (2016) indican una mayor incidencia de pérdida parcial de dientes en edades de 40 y 60 años.

La clase I de Kennedy fue más prevalente en nuestro estudio tanto para el maxilar superior 25% y maxilar inferior 41%, resultados similares con la del autor Dau Villafuerte et al. (2016) que refiere que la clasificación I de Kennedy tiene mayor incidencia, mientras que Fayad M et al. (2016) reporta que según Kennedy Clase III es el patrón edéntulo parcial más común en el arco maxilar (67,2%) como en el arco mandibular, coincidiendo con los resultados de los autores Gutiérrez et al. (2015), Huamanciza et al. (2019) quienes mencionaron que es más común encontrar la clase de Kennedy III en los dos arcos (maxilar superior 50% y mandíbula inferior 49%).

Cisneros del Águila et al. (2014) mencionaron en su estudio que la modificación 1 de Clase III de Kennedy, se presenta en ambos maxilares, los cuáles coinciden con

nuestros resultados, es decir el arco maxilar exhibe la misma clase y modificación de Kennedy, mientras que el arco mandibular exhibe la Clase II modificación 1.

Fayad M et al. (2016) menciona que es mayor la incidencia del edentulismo parcial en el maxilar inferior, al contrario, del maxilar superior, a diferencia de otros autores Gutiérrez et al. (2015) reportó que la pérdida parcial de piezas dentales se presentó para ambos maxilares, los cuáles son similares a los resultados de nuestro estudio con un 71% edéntulo parcial bimaxilar.

CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio nos llevaron a concluir que, en los adultos mayores de 45 años, la prevalencia de algunas enfermedades edéntulas representó una mayor proporción en el género femenino, afectando principalmente a las edades de 45 a 49 años. La clase I de Kennedy va a estar presente en ambos maxilares, la variante más visible en el arco maxilar será la categoría III modificación 1, a diferencia que el arco mandibular exhibirá la categoría II modificación 1, finalmente se observó la frecuencia de edéntulos parciales en ambos maxilares.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández, M. A. (2016). Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*; 9(1), 59-65.

Huamanciza E., Chávez L., Chacón P., Ayala G. (2019). Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 18(2):281-297.

Santilli I. (2015). Naturalización del Edentulismo en Poblaciones Vulnerables. Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy. Argentina. Revista FOUNT, 33: 29 – 33.

Chumpitaz R., Lecca M., Diaz C. (2019). Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Perú. Revista de J Oral Res; 1(2);10-15.

Delgado A., Calero J. (2015). Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésicos en una muestra poblacional en Santiago de Cali entre los años 2008-2014. Revista Gastrohnut; 17(2), 81-86.

Cisneros del Águila, M., Verástegui A., Fernández A. (2014). Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente Universitaria. Revista Científica Alas Peruanas;1(1), 1-18.

Medina C., Pontigo A., Campos E., Hernández P., Santillana R., Navarrete J., Maupome G. (2013). Principales razones de extracción de dientes permanentes en una muestra de adultos mexicanos. Revista de Investigación Clínica; 65(2), 141-149.

Gutiérrez V., León R., Castillo D. (2015). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol Herediana; 25(3); 179-86.

Fayad M., Alrawaili A. (2016). Prevalencia y patrón de edentulismo parcial entre pacientes dentales que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Aljouf, Arabia Saudita. Revista de la Sociedad Internacional de Odontología Preventiva y Comunitaria; 6(1); 187-91.

Cortés V., Carrasco F. (2014). Prevalencia de edentulismo parcial y total en Islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013. Rev Chil Salud Pública; 18 (3): 257-262.

Vanegas E., Villavicencio E., Alvarado O., Ordóñez P. (2016). Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Revista Estomatol Herediana; 26(4):215-21.

Bharathi M., Mahesh K., Reddy G., Gupta N., Misuriya A., Vinod V. (2014). Edentulismo parcial basado en la clasificación de Kennedy: un estudio epidemiológico. Revista de práctica dental contemporánea; 15(2):229-23.

Maleeha Nayyer., Danish Azeem Khan., Hashmat Gul., Ayesha Aslam y cols. (2020) Patrones de edentulismo parcial según Kennedy clasificación un estudio transversal. *Pack Fuerzas Armadas Med*; 70 (1): 87- 90.

Kathrin Stegelmann., Ralph Luthardt. (2011). Principios básicos de la planificación de prótesis removibles. *Revista Elsevier*, 24(1): 23-29.

Henríquez Simoni JC., Soares G., Santillo PM., Santos Gusmao E, Souza Coelho R, et al. (2013). Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. *Acta Odont. Venez*; 51(3):1-11.

Belaúnde Gómez MA., Salazar SF., Castillo Andamayo D., Manrique Chávez J., Orejuela Ramírez F., et al. (2012). Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Revista Estomatológica Herediana*, 22(2):77-88.

Bellamy Ortiz C., Moreno Altamirano A. (2014). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removable en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. *Av Odontoestomatol*, 30(4): 195-203.

Devishree RA., Sangeetha S., Ashish. (2018). Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy según la edad, el sexo y el arco. *Drug Invention Today*,10(1);108-110.

Gonzáles GM., Chávez Reategui B., Manrique Chávez J., Hidalgo LópezI. (2013). Prevalencia del estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parcial removable tratados en una clínica dental privada. *Rev. Estomatol Herediana*, 23(4):200-5.

Duo Villafuerte R., Ortiz Matías E., Mazzini Torres F., Ubilla Mazzini W., Egas Sánchez J, Rodríguez Almeida K., et al. (2016). Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. *Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic*, 3(2):19-27.

Matute Bueno X., Pacheco Arce M., (2017). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar –UCACUE 2016, 2(1):21-26.

Sánchez Murguiondo., M, Román Velásquez M., Dávila Mendoza R., González Pedraza Avilés A. (2011). Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(2):110-115.