

**PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE  
KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA  
UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA EN EL PERIODO 2015 A 2019**

**COINVESTIGADORES**

**ANGGIE MELISSA HERRERA CALDERÓN.**

**LUIS FELIPE PADILLA HENAO.**

**YULEISIS PEREZ GOMEZ.**

**AIDA LUZ TABORDA MELENDREZ.**

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**CARTAGENA BOLIVAR**

**2019**

**PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE  
KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA  
UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA EN EL PERIODO 2015 A 2019**

**PROYECTO DE GRADO.**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**LESBIA ROSA TIRADO AMADOR**

**ODONTÓLOGA, ESPECIALISTA EN ESTADÍSTICA APLICADA (C). INVESTIGADOR  
EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA. DOCENTE, COORDINADOR DE  
INVESTIGACIONES ESCUELA DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DEL SINÚ.**

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**CARTAGENA BOLIVAR**

**2019**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos esta tesis a Dios por darnos la fortaleza y la sabiduría para afrontar este proyecto, a nuestros padres Sadie Ester Calderón Perez y Fernan Herrera Gonzales; Zenaida Gomez; José Pérez Ortiz y Nayivis Gómez Torres; Oscar Taborda Marrugo y Judith Melendrés Buevas, por todo el tiempo, esfuerzo, dedicación y sacrificio por ayudarnos a alcanzar nuestros sueños de ser profesionales.

A mi esposo Alexander Agamez por su paciencia, colaboración, comprensión, sacrificio y apoyo incondicional; a mis hijos Alexis David Agamez Taborda y Alejandro Agamez Taborda por ser la razón de mí ser, por los cuales he querido ser mejor persona cada día.

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos expresar nuestro agradecimiento; primero a Dios por bendecirnos y ayudarnos a culminar con éxito este proyecto; a nuestra Directora de Tesis, Dra. Lesbia Tirado Amador por su comprensión y colaboración, por brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia, afecto, orientación, las cuales fueron fundamentales para la realización de este trabajo.

Gracias a Rosa asistente de archivo por brindarnos parte de su tiempo para poder llevar a cabo la recolección de datos y a la Sra. Rose Torres por brindarnos la oportunidad de ingresar a los archivos de universidad.

Agradecemos a nuestros profesores que con su paciencia, consejos y sabiduría lograron aportar conocimientos a nuestra formación personal y profesional.

Finalmente agradecemos a nuestros compañeros por toda la colaboración que nos brindaron durante esta ardua carrera

## Tabla de contenido

<b>GLOSARIO</b> .....	<b>8</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>12</b>
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
PREGUNTA PROBLEMA.....	14
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>15</b>
Misión.....	16
Visión .....	17
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
ESTADO DEL ARTE / ANTECEDENTES.....	18
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>23</b>
Edentulismo.....	23
Edentulismo parcial.....	24
Caries dental: .....	24
Enfermedad periodontal .....	25
Trauma dentoalveolar: .....	25
Edad avanzada.....	25
Factores socioeconómicos .....	26
Iatrogenias .....	26
Factores sociodemográficos.....	26
Consecuencias del edentulismo .....	26
Factores psicológicos.....	26
Factores fisiológicos.....	27
Reabsorción ósea .....	27

Alteraciones estéticas .....	28
Factores biomecánicos .....	28
Problemas en la masticación .....	28
Fonética.....	29
Migración dental.....	29
Impacto del edentulismo en la salud general .....	29
Applegate.....	30
Clasificación de Kennedy .....	31
Clase I: Desdentado Bilateral Posterior .....	32
Clase II: Desdentado unilateral posterior .....	32
Clase III: Desdentado unilateral con pilar posterior .....	33
Clase IV: Desdentado bilateral anterior.....	33
Clase V de Kennedy (Introducida por Applegate).....	34
Clase VI de Kennedy (Introducida por Applegate).....	35
Tratamiento para pacientes edéntulos parciales .....	35
<b>MARCO LEGAL .....</b>	<b>36</b>
Resolución 008430 de 1993. ....	36
Ley 35 de 1989.....	36
LEY 1438 DE 2011:.....	36
PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021: .....	37
Misión:.....	38
Visión .....	38
Perfil profesional.....	38
<b>MATERIALES Y METODOS .....</b>	<b>40</b>
Tipo de estudio .....	40
Muestra.....	40
Criterios de selección .....	40
Inclusión .....	40
Exclusión .....	40
Variables de estudio.....	41

Recolectores de información.....	43
Proceso de recolección.....	43
Consideraciones éticas .....	44
<b>Análisis de la información.....</b>	<b>45</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>52</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>62</b>

## GLOSARIO

**Edentulismo:** El edentulismo se define como la pérdida parcial o total de las piezas dentales.

**latrogenia:** El daño producido a los pacientes por parte de profesionales durante un procedimiento.

**Reabsorción ósea:** es el proceso por el cual los osteoclastos eliminan tejido óseo liberando minerales, resultando en una transferencia de ion calcio desde la matriz ósea a la sangre

**Clasificación de Kennedy:** Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en cuatro clases principales.

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo general Describir la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena en el periodo 2015 a 2019.

El edentulismo es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como: caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, 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.

Se divide en: Edentulismo total la pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Edentulismo parcial el edentulismo parcial es el estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico y también psicológico

En base a nuestro tema prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú seccional Cartagena la cual se hizo con una **Población** que estuvo compuesta por los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de odontología de la Clínica Odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena (COCI) de 2014 a mayo de 2019 **Tipo de estudio** con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo con recolección retrospectiva de datos **Muestra** de las 100 historias clínicas disponibles, se seleccionarán a conveniencia las que cumplan con los criterios de selección.

## INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al edentulismo como el resultado de la acumulación de patologías orales, representando un problema de salud pública, además de ser el reflejo de éxito o fracaso de modalidades preventivas establecidas por un sistema de salud<sup>1</sup>.

Este proyecto tiene como objetivo general, describir la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena en el periodo 2015 a 2019.

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que, a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento que han progresado considerablemente en las últimas décadas, las piezas dentarias se siguen perdiendo y estudios epidemiológicos en diferentes países independientemente de la situación socioeconómica, político y cultural indican que la ausencia de piezas dentarias se observa en un 80% de la población, sin considerar edéntulos totales<sup>2</sup>.

Entre las clasificaciones más conocidas se encuentran la de Bailyn, de Skinner, de Applegate, de Miller, de Sweson, y de la Friedman. Como se ha comentado, usaremos la clasificación de Edward Kennedy, de 1925, por ser la que presenta las siguientes características<sup>3</sup>:

- Facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo
- Clasificación más aceptada. Está dividida en seis clases y cada una de ellas, a su vez, en cuatro formas distintas según el número de espacios desdentados que presenta, a los que denomina espacios de modificación

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud bucodental. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

<sup>2</sup> JEYAPALAN V, KRISHNAN CS. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes- A Literature Review. En: J Clin Diagn Res. 2015. Vol 9. N° 6, p. ZE14.

<sup>3</sup> EMAMI E, DE SOUZA RF, KABAWAT M, FEINE JS. The impact of edentulism on oral and general health. En: Int J Dent. 2013:498305.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena en el periodo 2015 a 2019.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a los sujetos de estudio acorde a sexo y edad.
- Determinar periodo de atención de cada paciente.
- Establecer el tipo de edentulismo predominante acorde al arco dental.
- Asociar variables de estudio con el tipo de edentulismo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, y es un problema importante de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia (superior al 10% en adultos mayores de 50 años) y su discapacidad asociada. Este padecimiento también se observa en grupos de edad joven, logrando afectar directamente la apariencia facial, la nutrición y la capacidad de comer, hablar y socializar<sup>4</sup>.

Así mismo, es una condición definitiva la cual, es punto final de la enfermedad periodontal y la caries dental como la causa principal del edentulismo en edades <45 años, mientras que la enfermedad periodontal es la causa principal de pérdida de dientes en las personas mayores. Además, ésta se relaciona con factores sociodemográficos como el aumento de la edad, el sexo, la falta de educación y una situación económica deficiente<sup>5</sup>.

Por su parte, el edentulismo se ha asociado con un mal consumo de frutas y verduras, bajo peso, mala nutrición sobrepeso / obesidad, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes, artritis reumatoide, asma y discapacidad funcional. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el edentulismo afecta sustancialmente el estado de salud oral y general de un individuo, así como la calidad de vida. Además, la pérdida de dientes de forma parcial puede generar diversos cuadros clínicos como la reabsorción del hueso alveolar, movimientos dentarios indeseados, daños en la articulación temporomandibular y el desarrollo de trastornos psicológicos como la disminución de la autoestima<sup>6</sup>.

En Colombia, según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal, el edentulismo parcial se

---

<sup>4</sup> RIBEIRO C, CASCAES A, SILVA A, SEERIG L, NASCIMENTO G, DEMARCO F. Edentulism, severe tooth loss and lack of functional dentition in elders: A study in Southern Brazil. En: Braz Dent J. 2016. Vol. 27, N°. 3, p. 345-352.

<sup>5</sup> VADAVADAGI S, SRINIVASA H, GOUTHAM G, HAJIRA N, LAHARI M, REDDY G. Partial edentulism and its association with socio-demographic variables among subjects attending dental teaching institutions, India. En: J Int Oral Health JIOH. 2015. Vol. 7, N°.2, p. 60-63.

<sup>6</sup> PENGPID S, PELTZER K. The prevalence of edentulism and their related factors in Indonesia. En: BMC Oral Health. Jul, 2018. Vol. 18, N°.1, p. 118.

presenta con un 70.43%. Esta pérdida presenta un claro comportamiento asociado con la edad; a los 15 años un 15.28% de adolescentes ya presenta pérdida de algún diente, alcanzando el valor máximo de pérdida en el grupo de 65 a 79 años con un 98.90% con mayor predominio en las mujeres 73.03% que en los hombres 67.65% y en las personas de los centros poblados 76.40%. Al evaluar por sectores, el 46.07% de la población ha perdido en promedio 1.04 dientes en los sectores posteriores superiores derecho e izquierdo., mientras que el 53.96% de la población ha perdido en promedio 1.07 dientes en el sector posterior inferior derecho, cifra que es prácticamente idéntica para el sector posterior izquierdo y el 13.85% de la población ha perdido en promedio 0.53 dientes en el sector anteroinferior; en el sector anterosuperior, la pérdida dental se duplica tanto en proporción como en números absolutos, siendo estos datos 31.40% y 1.27 respectivamente<sup>7</sup>.

Así mismo, Joya LD, Quintero LE en el año 2015, caracterizaron el estado de salud bucal de las personas adultas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales en 318 adultos, encontrando que el promedio de edad de la población fue de 74 años con predominio del sexo femenino. El 40% de la población reportó signos y síntomas para el índice de Helkimo, el clicking fue el ruido articular predominante. El 87% de la población evidenció edentulismo parcial o total y el 60,5% necesidad de prótesis; 31% presentó lesiones de tejidos blandos como úlcera traumática, aumento tisular por prótesis y estomatitis subprotésica<sup>8</sup>.

Ante esta situación surge la necesidad de promover el cuidado de la salud oral a través de una buena higiene, visitas de control al odontólogo y fomentar estrategias encaminadas a disminuir los índices de edentulismo parcial en la población. De igual forma, la odontología rehabilitadora a través de la realización de tratamiento protésico en pacientes con cualquier tipo de alteraciones puede devolver la función, estética y la

---

<sup>7</sup> IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV. Situación en salud bucal. Ministerio de Salud - República de Colombia, 2013-2014

<sup>8</sup> JOYA LD, QUINTERO LE. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2015. Vol. 20, N° 1, p. 140-152.

armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales y el remplazo de los dientes perdidos<sup>9</sup>.

Sin embargo, en nuestro país Colombia y especialmente en la ciudad de Cartagena a la luz de los autores no existen estudios que evalúen la prevalencia del edentulismo parcial teniendo en cuenta la Clasificación de Kennedy. Por todo lo anterior, los investigadores del presente estudio se plantean como pregunta problema:

### **PREGUNTA PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena en el periodo 2015 a 2019?

---

<sup>9</sup> BELAÚNDE M, SALAZAR F, CASTILLO D, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. En: Rev Estomatol Hered. 2012. Vol. 22, N°. 2, p. 77-81.

## JUSTIFICACIÓN

La razón del presente estudio fue determinar la frecuencia del edentulismo parcial, para así evaluar el impacto que tiene el edentulismo en la calidad de vida de las personas, el IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB IV; En Colombia el 70.43% presenta pérdidas dentarias, en los adolescentes en la edad de 15 años; se presentan pérdidas de un 15.28%, y en el grupo de 65 a 69 años de edad se presentan pérdidas de un 98.90%. de acuerdo con la edad, a los 15 años se han perdido 0.24 dientes, a los 18 años 0.36, entre los 20 a 34 años 1.25, entre los 35 a 44 años 4.14, entre los 45 a 64 años 10.18 y entre los 65 a 79 años, se han perdido 19.97 dientes en promedio<sup>10</sup>.

Edentulismo parcial postero-superior, presenta en el sector derecho, las prevalencias de pérdida dental, se observa en la región de la Orinoquía – Amazonía (40.35%) y la subregión Litoral Pacífico 28.34%; y para el sector izquierdo la región que presenta la menor prevalencia es la Atlántica con el 40.99%; la mayor prevalencia de pérdida dental posterior izquierda es la subregión Valle sin Cali, ni Litoral Pacífico (58.30%), y el lado derecho, se ubica en la subregión Cauca y Nariño, sin Litoral Pacífico (53.88%)<sup>11</sup>.

Edentulismo parcial posterior inferior; La región Central presenta la menor proporción de pérdida dental inferior, posterior, bilateral, con un 49.30%. La subregión conformada por Boyacá, Cundinamarca y Meta, presenta la peor situación con un 63.29% de pérdida dental derecha, mientras en el sector izquierdo la mayor proporción de pérdida dental la presenta la subregión Cauca y Nariño sin Litoral Pacífico con un 60.46%. Sin embargo, al analizar el número de dientes perdidos, el mayor promedio (1.30) en el sector posterior derecho lo presenta la subregión Valle sin Cali, ni Litoral Pacífico y en el sector posterior izquierdo, la subregión Cauca y Nariño, sin Litoral Pacífico (1.41)<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV. Op cit,

<sup>11</sup> Ibíd, p. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV

<sup>12</sup> Ibíd, p. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV

Edentulismo parcial anterior superior e inferior; La región Atlántica presenta el menor porcentaje de personas con pérdida de dientes anteroinferiores con 11.76% y en anterosuperiores con 28.53%; mientras que la región IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB IV Pacífica presenta la mayor proporción de pérdida de dientes antero-inferiores (17.30%) y antero-superiores (34.03%). Cuando se analiza por sub-región, se observa que el Litoral Pacífico presenta la menor proporción de pérdida de anteriores superiores (15.47%) e inferiores (5.01%) y Cauca y Nariño, sin Litoral Pacífico la mayor tanto en superiores (41.79%) como en inferiores (26.13%)<sup>13</sup>.

La salud oral deficiente en adultos mayores ha sido evidenciada en altos niveles en la pérdida de dientes, experiencia de caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía y cáncer oral.

La pérdida de dientes altera las funciones de sistema estomatognático, como es la masticación, la fonética y la estética. En el caso de la función masticatoria puede conllevar a una variación de dieta por parte de la persona, forzando a nuevas prácticas alimentarias determinadas con un mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona (Gutiérrez, León y Castillo, 2015, pág. 180)

Las alteraciones en la dentición afectan la interacción social de las personas porque incide en el proceso de comunicación, como hablar y pronunciar correctamente, en la autoimagen

Esto explica que la presencia de factores biológicos y conductuales estén implicados en la compleja relación entre la inadecuada nutrición y la pérdida de peso, por un lado, y una pobre salud bucal por otro. La pérdida de los dientes en los adultos mayores causa problemas en la funcionalidad al comer y hace necesario el uso de prótesis

El programa de Odontología, tiene como

## **Misión**

---

<sup>13</sup> Ibíd, p. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV

Formar integralmente profesionales de la odontología, conservando, transmitiendo y desarrollando conocimientos a través de procesos académicos de docencia, investigación y el fortalecimiento de la extensión a la comunidad, para trascender lo puramente informativo y técnico a la búsqueda y equilibrio del hombre y procurar la instauración y mantenimiento de una sociedad civilizada, más justa y sana.

### **Visión**

Al año 2025, seremos líderes en la formación de profesionales en el campo odontológico con visión integral, con alto nivel académico y garantías educativas; actualizados, gestores de programas de promoción en salud oral y prevención de enfermedades; acordes con las exigencias, necesidades y prioridades de nuestra región y el país, impulsando el desarrollo de estos y su mejoramiento permanente, dentro de un marco jurídico, moral y ético.

## MARCO TEÓRICO

### ESTADO DEL ARTE / ANTECEDENTES

Gonzáles, GM; Chávez B; Manrique, J; Hidalgo I, en el año 2013 en Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia en 30 historias clínicas encontrando mayor prevalencia del género femenino (66.92%), con una edad media de 43.57 años. Se encontró mayor prevalencia en la arcada inferior (61.54%), clase III de edentulismo (57.69%), estado malo de la PPR (73.85%) y estado periodontal enfermo (96.92%)<sup>14</sup>.

Henriques, J.C.C.; Soares, G. Hordonho, P.M. ; Moura, C.; de Souza Coelho-Soares, R.; Gusmão, E., en el año 2013 en el Brasil, estimaron la prevalencia del edentulismo total versus parcial y el impacto que esta condición produce en la calidad de vida en 182 pacientes, de ambos sexos con edad a partir de 18 años, encontrando que la muestra fue compuesta por 182 pacientes de ambos sexos, a través de inspección clínica y el impacto por medio del OHIP- 14, en la cual se encontró que el 88,1% eran desdentados parciales, el grupo etario con mayor predominio de 31 a 50 años, 70% pertenecían al sexo femenino. Así mismo, con respecto al impacto de la calidad de vida, los mayores porcentajes fueron por 67,8% dolor físico; 56,9% incomodidad y 61,9% limitación psicológica<sup>15</sup>.

Cortés, V., Carrasco, F., & Vergara, C. en el año 2014 en Chile, determinaron la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac, Quemchi en 88 sujetos a los cuales

---

<sup>14</sup> GONZÁLES, GM; CHÁVEZ, B; MANRIQUE, J; HIDALGO, I. Prevalencia del estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parcial removible tratados en una clínica dental privada. En: Revista Estomatológica Herediana. Oct – Dic, 2003. Vol. 23, N° 4, p 200-205.

<sup>15</sup> HENRIQUES, J.C.C.; SOARES, G. HORDONHO, P.M; MAURA, C.; DE SOUZA COELHO-SOARES, R.; GUSMÃO, E. Impacto del Edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. En: Acta odontológica venezolana. 2013. Vol. 51, N° 3, p 17-18.

se les ingresó una planilla de registro de datos, de los cuales un 39.7% hombres y un 60.3% mujeres. Un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada mandibular fueron similares resultados para Clase I y III<sup>16</sup>.

Cisneros del Águila, M; Verástegui, A; Fernández L, H en el año 2014 en Perú, determinaron mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy en 200 pacientes mediante un examen clínico estomatológico, encontrando que la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%. En el examen clínico, el grupo etáreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; y, con modificación uno maxilar y mandibular en un 25,07%; además, predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino<sup>17</sup>.

Jeyapalan V, Krishnan CS en el año 2015 en India, revisaron la prevalencia de edentulismo parcial y su correlación con la edad, el género, la predominancia del arco, los factores socioeconómicos y la incidencia de la clasificación de Kennedy concluyendo que la prevalencia del edentulismo parcial es más común en el arco mandibular que en el arco maxilar. Los adultos más jóvenes tienen más RPD de clase III y IV. Los ancianos tienen más RPD de extensión distal Clase I y II<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> CORTÉS, V., CARRASCO, F., & VERGARA, C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013. En: Revista Chilena de Salud Pública. 2014. Vol 18. N° 3, p. 257-262.

<sup>17</sup> CISNEROS DEL ÁGUILA, M; VERÁSTEGUI, A; FERNÁNDEZ L, H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. En: Revista Científica Aras Peruanas. 2014. N° 1, p. 1 – 18.

<sup>18</sup> JEYAPALAN V, KRISHNAN CS. Op cit., ZE14.

Fayad MI, Baig MN, Alrawaili AM en el año 2015, en Arabia Saudita, determinaron la prevalencia y el patrón de edentulismo parcial entre pacientes dentales que asisten a la Facultad de Odontología, Universidad de Aljouf, en 142 pacientes y se registró la prevalencia de edentulismo parcial teniendo en cuenta la clasificación de Kennedy. Los resultados mostraron que la aparición del edentulismo parcial de Clase III de Kennedy fue del 67,2% en el arco maxilar en base a estos resultados, la clase III tiene la prevalencia más alta en el grupo II (31-40 años). La clase I y la clase II tienen la mayor incidencia entre los pacientes del grupo III (41-50 años)<sup>19</sup>.

Dau R, Ortiz E, Mazzini F, Ubilla W, Egas J, Rodriguez K en el año 2016 en Ecuador, estudiaron el edentulismo parcial y la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral, entre uni y bimaxilares mediante la observación directa y la evaluación clínica reportando que los pacientes que fueron atendidos presentan mayor incidencia de pacientes Clase I en mujeres y Clase IV en hombres dando un valor de 15 mujeres Clase I y 8 hombres Clase IV; siguiendo la escala con las Clase II y Clase III en mujeres y hombres<sup>20</sup>.

Matute X, Pacheco MG, en el año 2016, en Ecuador, determinaron la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos entre 18 a 70 años de edad de la clínica integral de la Carrera de Odontología en 100 adultos, encontrando así que el 100 % de la población presentó edentulismo parcial, dentro de este 87 % edentulismo parcial bimaxilar y 13 % edentulismo parcial unimaxilar de este último se identificó específicamente un 8% de edentulismo parcial superior y 5 % de edentulismo parcial inferior, concluyendo así que existe una necesidad de

---

<sup>19</sup> FAYAD MI, BAIG MN, ALRAWAILI AM. Prevalencia y patrón de edentulismo parcial entre pacientes dentales que asisten a la Facultad de Odontología, Universidad de Aljouf, Arabia Saudita. En: J Int Soc Prev Community Dent. 2016. Vol 6. N° 3, p. S187-S191.

<sup>20</sup> DAU R, ORTIZ E, MAZZINI F, UBILLA W, EGAS J, RODRIGUEZ K. Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. En: Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. 2016. Vol 3. N° 2, p. 19 – 27.

tratamiento protésico parcial inferior del 82%, tratamiento protésico total del 1 % y el 17 % de la población no necesitan un tratamiento protésico<sup>21</sup>.

Chumpitaz R, Lecca M & Diaz C en el año 2019 en Perú, determinaron la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y Applegate en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad San Martín de Porres en 321 historias clínicas reportando que predominó para el maxilar superior la clase III con 42,4%, y para el maxilar inferior, la más prevalente fue la Clase I con 42,4%. De acuerdo a género, resultaron más prevalentes la Clase III y la Clase I tanto para mujeres como para hombres<sup>22</sup>.

Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala de la Vega G, en el año 2019 en Perú, determinaron la frecuencia del tipo de edentulismo parcial bimaxilar según la Clase de Kennedy y su posible asociación con el nivel socioeconómico-cultural en los pacientes de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor en 100 pacientes adultos edéntulos parciales seleccionados aleatoriamente que fueron evaluados mediante una encuesta y un examen clínico oral para determinar el tipo de edentulismo según la clasificación de Kennedy, concluyendo que el tipo de edentulismo parcial más frecuente fue la Clase III de Kennedy en la arcada maxilar (50%) y en la mandibular (49%), los portadores pertenecían en gran medida al nivel socioeconómico-cultural medio (83%)<sup>23</sup>.

Gómez-Pino, M y cols, en el 2017 Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia-servicio de Medellín, Colombia, en 111 pacientes adultos se realizó un examen clínico y una encuesta para analizar el estado de salud bucal y los factores relacionados en pacientes

---

<sup>21</sup> MATUTE X, PACHECO MG. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE 2016. En: Revista OACTIVA UC Cuenca. 2017. Vol 2. N° 1, p. 21-26.

<sup>22</sup> CHUMPITAZ R, LECCAM & DIAZ C. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Peru. En: J Oral Res. 2019. Vol 8. N° 3, p. 236-243.

<sup>23</sup> HUAMANCIZA E, CHÁVEZ L, CHACÓN P, AYALA DE LA VEGA G. Type of bimaxillary partial edentulism and its association with socioeconomic cultural level. En: Rev haban cienc méd. 2019. Vol 18. N° 2, p. 281-297.

edentados portadores de prótesis total bimaxilar, reportando que la mayor parte de la población evaluada (98,2%) vivía en estratos bajo y medio. Más de la mitad de la población (69,4%) reportó tener un estado de salud bueno, sin embargo, se encontró que el 53,2% relató sufrir hipertensión y el 23,4% diabetes. Tres cuartas partes de los pacientes evaluados manifestaron limpiarse la mucosa alveolar, tanto superior, como inferior (mayor en mujeres, 83,8%)<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> GÓMEZ M, SILVA MA, PÁEZ MC, GÓMEZ J, ZEA FJ, AGUDELO AA. Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia-servicio de Medellín, Colombia. En: Rev. nac. odontol. Febrero, 2017. Vol. 13, N°24

## MARCO CONCEPTUAL

### Edentulismo

El edentulismo es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como: caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, 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, las cuales presenta secuelas estéticas y funcionales adversas que el paciente percibe de diferentes maneras, pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez<sup>25</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al edentulismo como el resultado de la acumulación de patologías orales, representando un problema de salud pública, además de ser el reflejo de éxito o fracaso de modalidades preventivas establecidas por un sistema de salud<sup>26</sup>.

El **edentulismo congénito total**: 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. 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.

### Edentulismo total

---

<sup>25</sup> CARDOSO M, BALDUCCI I, TELLES DANIEL DE MORAES, LOURENÇO, NOGUEIRA L. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. En: Ciênc. saúde coletiva. Apr, 2016. Vol. 21, N°4, p. 1239-1246.

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud bucodental. Op cit.

La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas<sup>27</sup>.

**Edentulismo parcial** es el estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico y también psicológico. El paciente edéntulo parcial logra recuperar la parte funcional y estética a través del uso de la prótesis parcial removible. La clasificación Kennedy ha sido de gran ayuda para la enseñanza y estudio de este tipo de pacientes<sup>28</sup>.

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que, a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento que han progresado considerablemente en las últimas décadas, las piezas dentarias se siguen perdiendo y estudios epidemiológicos en diferentes países independientemente de la situación socioeconómica, político y cultural indican que la ausencia de piezas dentarias se observa en un 80% de la población, sin considerar edéntulos totales<sup>29</sup>.

## **Causas**

**Caries dental:** Es una enfermedad que desintegra de manera progresiva los tejidos calcificados del diente, al estar avanzada con destrucción coronal completa la única opción de tratamiento es la extracción dentaria. El tratamiento se basa en dos metodologías: prevención y control. Los métodos preventivos están destinados a evitar la aparición de caries, siendo la higiene bucal el factor más importante, y los métodos de control que están destinados a detener el progreso y extensión de la caries activa mediante la operatoria dental<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> NARVÁEZ A. Prevalencia de edentulismo en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la UNICA (2012-2014). En: Ciencia y Tecnología. 2015. Vol. 3, N°.2, p. 50 -51

<sup>28</sup> *Ibíd*, p. 50

<sup>29</sup> JEYAPALAN V, KRISHNAN CS. Op *cít*, p. ZE14

<sup>30</sup> MILLAR WJ, LOCKER D. Edentulism and denture use. En: *Health Reports*. 2005. Vol. 17, N° .1, p. 55–58

**Enfermedad periodontal:** Es una condición inflamatoria asociada a la formación y persistencia del biofilm subgingival bacteriano en la superficie dentaria en sitios donde se ha producido la migración apical del epitelio de unión, acompañado por la destrucción irreversible de los tejidos de inserción del diente, debido a la pérdida progresiva del tejido de soporte del diente, incluyendo el ligamento periodontal y la pérdida de hueso de soporte produciendo la movilidad dentaria y que constituye una de las principales causas de pérdida dentaria<sup>31</sup>.

**Trauma dentoalveolar:** Los traumatismos dentoalveolares son lesiones de extensión e intensidad variables que se producen en los dientes, hueso y tejidos de sostén, como resultado de un impacto físico contra ellos. La conservación de los dientes es el objetivo primordial del odontólogo, pero los peligrosos efectos de estos traumatismos a menudo terminan en la pérdida de los tejidos dentarios, causando problemas de estética y de función en los pacientes<sup>32</sup>.

## **Factores asociados**

### **Edad avanzada**

La pérdida de dientes se relaciona con el avance de la edad simplemente porque las personas mayores han estado expuestas durante más tiempo a la caries, enfermedad periodontal o traumatismo. De hecho, esta condición afecta a personas de diferentes edades, pero se observa más en los adultos ya que por el tiempo de vida desarrollan enfermedades que les hace más susceptibles a cambios en la salud bucal manifestándose de manera diferente<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> FERNÁNDEZ, M. Á., MEDINA, C. E., MÁRQUEZ, M. D. L., VERA, S., ASCENCIO, A., MINAYA M., cols. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. En: Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2016. Vol. 9, N°.1, p. 59-65.

<sup>32</sup> MORALES A, BRAVO J, BAEZA M, WERLINGER F, GAMONAL J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. En: Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. Ago, 2016. Vol. 9, N°.2, p.203-207.

<sup>33</sup> CORTÉS, V., CARRASCO, F., & VERGARA, C. Op cit, p. 257

## **Factores socioeconómicos**

Se asocia a la pérdida dental puesto que se limita los servicios odontológicos por el costo de los tratamientos, lo que se completa con la falta de conocimiento de los pacientes acerca de las consecuencias y al no tomar medidas preventivas o no optar por el tratamiento restaurador necesario debido a recursos económicos insuficientes, provoca enfermedades dentales progresivas que conllevan al edentulismo<sup>34</sup>.

## **Iatrogenias**

El daño producido a los pacientes por parte de profesionales durante un procedimiento odontológico erróneo, involuntario puede ocasionar la pérdida dental, sean estos tratamientos endodónticos, protésicos, o de ortodoncia cualquiera de ellos es necesario seguir un protocolo exacto que evite futuras consecuencias<sup>35</sup>.

## **Factores sociodemográficos**

El acceso a los servicios de salud limita a los habitantes según el área de residencia. Situación que se da principalmente en zonas rurales donde existe una privación de necesidades básicas o recursos para la educación, considerando los principales obstáculos que perjudican la salud<sup>36</sup>.

## **Consecuencias del edentulismo**

## **Factores psicológicos**

---

<sup>34</sup> FERNÁNDEZ ME, RODRÍGUEZ A, VILA D, PÉREZ M, B. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. En: Rev Cubana Estomatol. Jun, 2013. Vol. 50, N° 2.

<sup>35</sup> MARQUES FP, TÔRRES LH, BIDINOTTO AB, HILGERT JB, HUGO FN, DE MARCHI RJ. Incidence and predictors of edentulism among south Brazilian older adults. En: Community Dent Oral Epidemiol. 2017 Apr [citado 2019 sep 01];45(2):160-167

<sup>36</sup> VANEGAS AVECILLAS EM, VILLAVICENCIO E, ALVARADO O, ORDÓÑEZ P. Frecuencia de edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca. Ecuador, 2016. Rev. Estomatol Herediana. Oct-Dic, 2016. Vol. 26, N° 4, p. 215-21

Los principales efectos ante la pérdida dentaria especialmente en aquellos casos en los que el diente altera la estética de la persona, va directamente relacionado con la pérdida de la autoestima y la insatisfacción del aspecto físico personal. Así, se suma el dolor, sufrimiento emocional, deterioro funcional por la precariedad dental, y se asocia el descuido personal e incluye la falta de interés hace que se pierdan las ganas de reír y puede generar mal humor y depresión. En los pacientes principalmente geriátricos que son los más afectados, van de mínimas depresiones hasta estados avanzados de neurosis<sup>37</sup>.

La pérdida de las piezas dentales, trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, la cual afecta el estado nutricional, la salud en general y la calidad de vida. Siendo afectado el paciente no solo estéticamente si no que a nivel de estado de la salud también viéndose reflejado en masticación, fonación, deglución, dolor, incomodidad, obligando al paciente a cambiar su dieta lo cual lleva afectándolo nutricionalmente

## **Factores fisiológicos**

### **Reabsorción ósea**

La pérdida de dientes no solamente causa pérdida de espacios por ausencia dentaria. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión y problemas en la boca que se van agravando de mayor a menor medida, de igual forma, la masticación produce gran impacto de los alimentos contra la encía, que puede generar molestias. La ausencia de puntos contactos provoca una movilización de los dientes adyacentes de los espacios vacíos que busca el contacto con los dientes perdidos inclinando y cerrando el espacio. Cuando se van perdiendo los dientes comienza un proceso de reabsorción ósea, que en el desdentado total de larga duración termina alcanzando un grado extremo, presentando el reborde alveolar un aspecto aplanado o cóncavo con desaparición del fondo vestibular. Esta

---

<sup>37</sup> OLOFSSON H, ULANDER EL, GUSTAFSON Y, HÖRNSTEN C. Association between socioeconomic and health factors and edentulism in people aged 65 and older - a population-based survey. En: Scand J Public Health. 2018. Vol. 46, N°.7, p. 690-698

atrofia progresiva conduce a dificultades en la retención y estabilidad de una prótesis completa, creando al paciente problemas funcionales y psicológicos importantes<sup>38</sup>.

### **Alteraciones estéticas**

El edentulismo total o parcial conlleva importantes alteraciones estéticas, estas consecuencias se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al sector anterior. Así mismo, la disminución de la dimensión vertical afecta la altura facial, la misma muestra una apariencia envejecida, con cambios sustanciales en el perfil de los tejidos blandos, protrusión mandibular, sonrisa invertida, líneas nasogenianas más marcadas. Las manifestaciones clínicas del edentulismo varían de un individuo a otro y resultan de una combinación de factores locales y sistémicos como la edad, el sexo la duración del edentulismo, parafunciones y la salud en general<sup>39</sup>.

### **Factores biomecánicos**

#### **Problemas en la masticación**

El edentulismo produce una serie de problemas que pueden alterar la condición general de salud del paciente mayor presentando: dificultad para fragmentar los alimentos, comer solo alimentos blandos, además toma más tiempo para triturar los alimentos antes de deglutirlos. En el caso de la persona edéntula, una vez que se deglutieron los alimentos, éstos no solo serán más difíciles de digerir en el estómago y a su vez en el intestino debido a que no fueron fragmentados adecuadamente, sino que además carecen de un alto contenido de fibra, por lo cual la persona tendrá mucho más riesgo de padecer problemas digestivos -como el estreñimiento-

---

<sup>38</sup> GIL-MONTOYA JA, DE MELLO AL, BARRIOS R, GONZALEZ-MOLES MA, BRAVO M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. En: Clin Interv Aging. Feb, 2015. Vol. 10, p. 461-7.

<sup>39</sup> KHALIFA N, ALLEN PF, ABU-BAKR NH, ABDEL-RAHMAN ME. Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. En: J Oral Sci. 2012. Vol. 54, N°.4, p. 303-12.

impactando su condición de vida y su estado general<sup>40</sup>.

## **Fonética**

La mayoría de paciente encontrará que la pronunciación de algunos sonidos será diferentes de lo acostumbrado especialmente cuando se pierden la mayoría de dientes y en especial por el uso de prótesis. La resonancia intrabucal puede modificarse según el tipo de edentulismo y en cada paciente puede influir de manera permanente o transitoria<sup>41</sup>.

## **Migración dental**

La pérdida de dientes naturales puede afectar la oclusión del paciente causado por el desplazamiento de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio provocado por la extracción, la migración de los dientes su inclinación, rotación, extrusión, intrusión, puede reducir el apoyo periodontal y causando a su vez la pérdida del hueso alveolar resultando así el edentulismo<sup>42</sup>.

## **Impacto del edentulismo en la salud general**

Según varios estudios, la pérdida de dientes puede afectar la salud general de varias maneras, como se indica a continuación<sup>43</sup>.

- Ingesta baja de frutas y verduras, fibra y caroteno y el aumento del colesterol y las grasas saturadas, además de una mayor prevalencia de obesidad,

---

<sup>40</sup> GÓMEZ, P R., TORRES, M.F.M & ROJAS, K.R. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. En: Dominio de las Ciencias. 2017. Vol. 3, N°.2, p. 702-718.

<sup>41</sup> MURGIÓNDO, M. S., VELÁZQUEZ, M. R., MENDOZA, R. D & AVILÉS, A. G.P. Salud bucal en pacientes mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de vida. En: Revista de especialidades médico – quirúrgicas. 2011. Vol. 16, N°. 2, p. 110 – 115

<sup>42</sup> VELÁZQUEZ, L. B., ORTÍZ, L. B., CERVANTES, A., CÁRDENAS, Á., GARCÍA, C., & SÁNCHEZ, S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. En: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014. Vol. 52, N° .4, 448-456.

<sup>43</sup> BELLAMY ORTIZ C.L., MORENO ALTAMIRANO A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. En: *Av Odontostomatol*. Ago, 2014. Vol. 30, N°. 4, p. 195-203

pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y trastornos gastrointestinales.

- Mayores tasas de cambios inflamatorios crónicos de la mucosa gástrica, cáncer gastrointestinal superior y pancreático, y mayores tasas de úlceras pépticas o duodenales.
- Mayor riesgo de diabetes mellitus no dependiente de insulina.
- Mayor riesgo de anomalías electrocardiográficas, hipertensión, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y esclerosis de la válvula aórtica.
- Disminución de la función diaria, la actividad física y los dominios físicos de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Mayor riesgo de enfermedad renal crónica.
- Asociación entre edentulismo y respiración con trastornos del sueño, incluida la apnea obstructiva del sueño<sup>44</sup>.

### **Sistema para clasificar las arcadas parcialmente edéntulas**

Existen numerosas combinaciones que pueden encontrarse en las arcadas dentales según la distribución de los dientes remanentes y los espacios edéntulos, por ello a través del tiempo varios autores han considerado sistemas que clasifiquen las arcadas parcialmente edéntulas.

**Applegate** (1960) dio ciertas reglas para el mejor uso de la Clasificación de Kennedy:

1. La clasificación debe considerar la preparación de la boca, porque las futuras exodoncias pueden variar la clasificación.
2. Si falta el tercer molar, ese espacio edéntulo está fuera de clasificación

---

<sup>44</sup> *Ibíd*, p. 195-203

porque el tercer molar no es reemplazado.

3. Si los terceros molares están presentes y se van a usar como pilares, deben ser considerados en la clasificación.
4. A veces los segundos molares no son reemplazados. El segundo molar antagonista también falta y no va a ser restaurado; entonces, esta área edéntula no se considera en la clasificación.
5. Cuando hay áreas edéntulas adicionales en el mismo arco, las áreas más posteriores (exceptuando el tercer molar) gobiernan la clasificación.
6. Las áreas adicionales a aquellas que determinan la clasificación primaria son consideradas como “modificaciones” de la Clase y son designadas por su número. Ejemplo: Clase III modificación 2, significa que hay dos espacios adicionales a la Clase III unilateral.
7. La extensión del área de la modificación no es lo que se considera sino, el número de espacios edéntulos adicionales.
8. Solo las Clases I, II y III pueden tener modificaciones, dado que cualquier área edéntula adicional estará posterior al área edéntula bilateral de la Clase IV<sup>45</sup>.

### **Clasificación de Kennedy**

Existen una multitud de clasificaciones en prótesis removible, pero para simplificar y esquematizar el diagnóstico describiremos con detalle la clasificación de Kennedy, la más didáctica y de fácil comprensión.

Entre las clasificaciones más conocidas se encuentran la de Bailyn, de Skinner, de Applegate, de Miller, de Sweson, y de la Friedman. Como se ha comentado, usaremos la clasificación de Edward Kennedy, de 1925, por ser la que presenta las siguientes características<sup>46</sup>:

---

<sup>45</sup> FERNÁNDEZ E., MONARDES H., MARDONES F., ACOSTA H., SEGOVIA J.L., ROMÁN J. et al. Modificaciones de diseño protésico para mejorar estética en prótesis parcial removible metálica. Av Odontostomatol. Ago, 2013. Vol. 29, N° 4, p.175-183.

<sup>46</sup> EMAMI E, DE SOUZA RF, KABAWAT M, FEINE JS. Op cit., p. 498305.

- Facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo
- Clasificación más aceptada. Está dividida en seis clases y cada una de ellas, a su vez, en cuatro formas distintas según el número de espacios desdentados que presenta, a los que denomina espacios de modificación<sup>47</sup>.

### **Clase I: Desdentado Bilateral Posterior**

Esta clase, presenta ambas zonas posteriores desdentadas permaneciendo el grupo anterior. Según el número de brechas provocadas en el grupo anterior por las piezas dentarias ausentes, va a dar como resultado las diferentes subdivisiones de la clase<sup>48</sup>.



### **Clase II: Desdentado unilateral posterior**

Presenta la zona posterior de un solo de un lado, desdentada. Esta clase admite también subdivisiones según el número espacios desdentados existentes, aparte

---

<sup>47</sup> ROMERO, M. G. P., MERCHÁN, R. M. M., ESTRELLA, L. F. Z., & REYES, A. B. T. Localización de la trayectoria de las vías de inserción y remoción de la prótesis parcial metálica removible. Caso clínico. En: Dom. Cien. 2017. Vol. 3, N°4: 810-869.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 812

de aquel que nos de la clase<sup>49</sup>.



### **Clase III: Desdentado unilateral con pilar posterior**

La característica de esta clase es, que el espacio desdentado se encuentra entre piezas dentarias remanentes, es decir que hay una brecha posterior de un solo lado, Pero esta empieza con una pieza dentaria a la que llamaremos diente pilar. Esta clase también tiene subdivisiones Cuando las brechas son múltiples, se debe considerar la brecha más posterior, la cual determinara la clase y las restantes darán la subdivisión<sup>50</sup>.



### **Clase IV: Desdentado bilateral anterior**

---

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 813

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 814

Esta clase no admite subdivisiones. Porque sí presentaa más de una brecha desdentada estaría encuadrada dentro de las clases I, II, III. Esta clase debe tener una brecha anterior que comprometa ambas hemiarcadas<sup>51</sup>.



#### **Clase V de Kennedy (Introducida por Applegate).**

Se caracteriza por una edentución unilateral limitada anterior y posteriormente por dientes remanentes pero cuyo diente remanente anterior no puede par de molares en el lado edéntulo<sup>52</sup>.



<sup>51</sup> FERNÁNDEZ E., MONARDES H., MARDONES F., ACOSTA H., SEGOVIA J.L., ROMÁN J. et al. Op cit, p. 175-183

<sup>52</sup> Ibid., p. 175

### **Clase VI de Kennedy (Introducida por Applegate)**

Se caracteriza por ser una zona edéntula unilateral limitada anterior y posteriormente por dientes que pueden asegurar por si mismos el soporte de la prótesis<sup>53</sup>.



### **Tratamiento para pacientes edéntulos parciales**

El tratamiento más indicado para un paciente con ausencia de varias piezas dentales, correspondiente a grandes tramos bucales, es la rehabilitación por medio de prótesis parcial removible, solución más rápida y menos costosa, otra opción es la prótesis fija o implantes osteointegrados, cualquiera que sea la elección recomendado por el profesional, el objetivo es sustituir las piezas dentales faltantes con el propósito de devolver la anatomía, funcionalidad y estética que garanticen una adecuada condición al paciente, respecto a su salud bucal<sup>54</sup>.

El tratamiento protésico con PPR debe ser bien planeado y ejecutado, al asegurar condiciones oclusales estables, mantener o restaurar la dimensión vertical, restablecer la estética y la funcionalidad, minimizar los efectos negativos a largo plazo en los tejidos de soporte, de tal manera que los resultados sean satisfactorios e influya positivamente en la calidad de vida y en la salud en general del paciente<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> *Ibíd.*, p. 175

<sup>54</sup> *Ibíd.*, p. 178

<sup>55</sup> *Ibíd.*, p. 180

## MARCO LEGAL

El presente proyecto de investigación toma en consideración la normativa que se presenta a continuación:

**Resolución 008430 de 1993.** Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en salud a través de la recolección de la información con previo consentimiento informado mediante la normativa nacional vigente, el cual permite establecer que el presente estudio representa una investigación sin riesgo en el cual se incluirán los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y serán aquellos en los que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada como la revisión de historias clínicas lo cual dará cumplimiento al artículo 11 inciso a (Título-II, capítulo-1) de la presente resolución<sup>56</sup>.

**Ley 35 de 1989.** Conceptualiza el ejercicio de la odontología en Colombia, en base a la realización de actividades científico técnicas dentro del campo de la odontología, en sus funciones clínica, docente e investigativa, así como las demás que correspondan a su concepción integral, al deber que tienen los odontólogos de promover la salud y prevenir las enfermedades a nivel individual y colectivo, y al ejercicio de funciones realizadas en desarrollo de actividades de administración, dirección, coordinación, supervisión, auditoría, evaluación, auxilio a la justicia y cualesquiera otras para cuyo desempeño se requiera el título de odontólogo<sup>57</sup>.

**LEY 1438 DE 2011:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.

---

<sup>56</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 8.430 de 1993. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>

<sup>57</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 35 de 1989. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Odontolog%C3%ADaDecreto%20terminado%20Abril%2017%20de%202013%20para%20entregar.pdf>

Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros<sup>58</sup>.

**PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021:** Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que incluya como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal; combatiendo así la pobreza y fortaleciendo el desarrollo socioeconómico; Fortalecer la capacidad de gestión de los servicios de salud, el acceso y la atención de las enfermedades no transmisibles y las alteraciones de la salud bucal<sup>59</sup>.

Orientar hacia el mejoramiento de las capacidades de respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el desarrollo de las capacidades para la investigación, la gestión y sus resultados y la promoción de servicios socio-sanitarios para un envejecimiento activo y la atención a grupos vulnerables interviniendo integralmente las enfermedades no transmisibles y la salud bucal. Disminuir la exposición de riesgo; Conjunto de respuestas integrales del sector salud y de coordinación transectorial y comunitaria, orientadas a promover el acceso y abordaje efectivo de las enfermedades no transmisibles ENT y las alteraciones de la salud bucal. Esto se hace a través de la gestión del riesgo y la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud, incluidos los factores de riesgo y el daño acumulado, para así disminuir la carga de enfermedad evitable y la discapacidad de

---

<sup>58</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 de 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

<sup>59</sup> ABC DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021, Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsulud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsulud.pdf)

los individuos, familias y comunidades de acuerdo con las realidades territoriales.

El programa de Odontología, tiene como

**Misión:** Formar integralmente profesionales de la odontología, conservando, transmitiendo y desarrollando conocimientos a través de procesos académicos de docencia, investigación y el fortalecimiento de la extensión a la comunidad, para trascender lo puramente informativo y técnico a la búsqueda y equilibrio del hombre y procurar la instauración y mantenimiento de una sociedad civilizada, más justa y sana.

### **Visión**

Al año 2025, seremos líderes en la formación de profesionales en el campo odontológico con visión integral, con alto nivel académico y garantías educativas; actualizados, gestores de programas de promoción en salud oral y prevención de enfermedades; acordes con las exigencias, necesidades y prioridades de nuestra región y el país, impulsando el desarrollo de estos y su mejoramiento permanente, dentro de un marco jurídico, moral y ético.

### **Perfil profesional**

El odontólogo egresado de nuestra institución se caracterizará por:

- Ser un profesional en salud poseedor de valores éticos y morales, con competencias garantizadas en el campo odontológico.
- Gestores en la creación y ejecución de programas de promoción y prevención de salud oral y educación comunitaria.
- Líderes en su campo con mentes emprendedoras capaces de orientar y dirigir a su comunidad en Pro de una mejor calidad de vida.
- Poseedores de capacidades que le permitan interactuar interdisciplinariamente en el campo académico, asistencial y laboral.
- Protagonistas en la búsqueda de conocimientos que puedan presentar

soluciones a la problemática en salud oral de sus comunidades.

- Comprender y participar en los procesos de seguridad social que se vienen desarrollando en el país.
- Vivir constantemente en actitud de superación, capacitación y actualización académica y personal

## **MATERIALES Y METODOS**

### **Tipo de estudio**

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo con recolección retrospectiva de datos.

### **Población**

Estará compuesta por los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de odontología de la Clínica Odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena (COCI) de 2014 a mayo de 2019.

### **Muestra**

De las 100 historias clínicas disponibles, se seleccionarán a conveniencia las que cumplan con los criterios de selección.

### **Criterios de selección**

#### **Inclusión**

1. Historias clínicas registradas y archivadas en la Institución Clínica odontológica Universidad del Sinú seccional Cartagena.
2. Historias clínicas con el componente de historia de rehabilitación diligenciado y con firma de revisión del tutor.

#### **Exclusión**

1. Historias clínicas con reporte de presencia de edentulismo total en el paciente.
2. Historias clínicas que carezcan de datos de identificación y de firma de

consentimiento informado por parte del paciente.

3. Historias clínicas que presenten letra que no permita su interpretación.
4. Historias clínicas archivadas que excedan la vigencia de los últimos 5 años.

### **Variables de estudio**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Indicadores</b>
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo	Cuantitativa	Intervalo	Años
Sexo	En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Procedencia	procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva el paciente de acuerdo con su cédula de ciudadanía	Cualitativa	Nominal	Cartagena Otra

Año de valoración	Corresponde al año en que acudió a consulta y se realizó el registro de historia clínica	Cualitativa	Ordinal	2015 2016 2017 2018 2019
Motivo de consulta	Causa por la cual es paciente refiere que acudió a consulta odontológica	Cualitativa	Nominal	Preventivo o control Dolor Estética Rehabilitación Otro
Presencia de edentulismo parcial	Presencia de la pérdida de alguno de los dientes en una persona adulta	Cualitativa	Nominal	Si No
Localización edentulismo parcial	Arco dentario en donde se presenta la pérdida de órganos dentales.	Cualitativa	Nominal	Maxilar Mandibular Bimaxilar
Clasificación de kennedy para maxilar superior	Corresponde a la topografía o relación entre espacios o brechas edentulas con dientes adyacentes en el maxilar superior.	Cualitativa	Ordinal	Clase I Clase II Clase III Clase IV
Clasificación de kennedy para maxilar	Corresponde a la topografía o relación entre espacios o brechas edentulas con dientes	Cualitativa	Ordinal	Clase I Clase II Clase III

inferior	adyacentes en el maxilar inferior.			Clase IV
Modificaciones	Corresponde a la topografía o relación entre espacios o brechas edentulas con dientes adyacentes en el maxilar superior e inferior	Cualitativa	Nominal	Mod 1 Mod 2 Mod 3 Mod 4

### **Instrumentos**

Para obtener, consignar y recopilar la información sociodemográfica y concerniente a las variables de interés localización del edentulismo parcial y clasificación, se diseñará una ficha de registro de la valoración clínica, que previamente se someterá a un proceso de validación teórica y luego a revisión mediante juicio de expertos, quienes realizarán la determinación de la validez de contenido, la suficiencia y pertinencia de los aspectos a valorar y sus categorías. Posteriormente, en caso de requerirlo se aplicarán las adecuaciones necesarias.

### **Recolectores de información**

Se dispondrá de 4 estudiantes del área de odontología, los cuales serán previamente estandarizados para la revisión de las historias clínicas y el respectivo registro en la ficha para recolección y almacenamiento de datos. Los cuales se someterán a un ejercicio de pilotaje para identificar el curso del proceso y realizar las adecuaciones y adaptaciones requeridas ante el protocolo de revisión de historias, utilizando 2 historias clínicas procedentes del periodo segundo del año en vigencia 2019.

### **Proceso de recolección**

Se procederá a iniciar proceso de recolección en diversas jornadas del día acorde a la disponibilidad de archivo para la visita correspondiente y de los horarios de los recolectores de datos, con jornadas estipuladas para duración por sesión de al menos 1 hora.

### **Consideraciones éticas**

Para desarrollar el presente estudio, los autores se basaron en la normativa nacional vigente de Colombia, consignada en la Resolución 008430 de 1993, para la cual el presente estudio, pertenece a la categoría sin riesgo. Se abordarán las historias clínicas consignadas en el archivo de la Clínica odontológica Universidad del Sinú previa declaración de confidencialidad y resguardo de la información ante la previa aprobación con solicitud formal a Dirección del programa. Así mismo, el protocolo de investigación será sometido a revisión por el Comité de Ética de la Escuela de Odontología de la Universidad del Sinú seccional Cartagena.

## Análisis de la información

La información posteriormente será tabulada en hojas de cálculo de Excel 2010 conformando una matriz de datos y luego se transportará al software estadístico stata® versión para Windows 11.0. En el que se procederá con un análisis descriptivo, utilizando frecuencias, porcentajes y proporciones, permitiendo la caracterización de las variables valoradas en la muestra de estudio y obteniendo la respuesta al objetivo general.

		Edad			Desviación estándar
	N	Mínimo	Máximo	Media	
Edad	111	28	82	50,28	11,211

En Cartagena el 50,28%, presenta pérdidas dentarias en la edad de 28-82 presentando una división estándar del 11,211%.

## Sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	83	74,8
	Masculino	28	25,2
	Total	111	100,0

Se evidenció que en pacientes atendidos en la clínica odontológica del Sinú el edentulismo parcial es más frecuente en el sexo femenino con un porcentaje del 74.8%.

## Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Cartagena	63	56,7
	Otras Procedencias	48	43,3
	Total	111	100,0

Cartagena presenta el mayor porcentaje de personas con pérdida de dientes con 56,7%, en otras regiones presenta la menor proporción de pérdida de dientes de un 43,3%.

## Motivo de Consulta

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Control	1	,9
	Dolor	6	5,4
	Estética	88	79,3
	Preventivo / control	3	2,7
	Rehabilitación	13	11,7
	Total	111	100,0

Se evidencia que el mayor motivo de consulta presentado fue de motivos estéticos, y el menor motivo de consulta fue control.

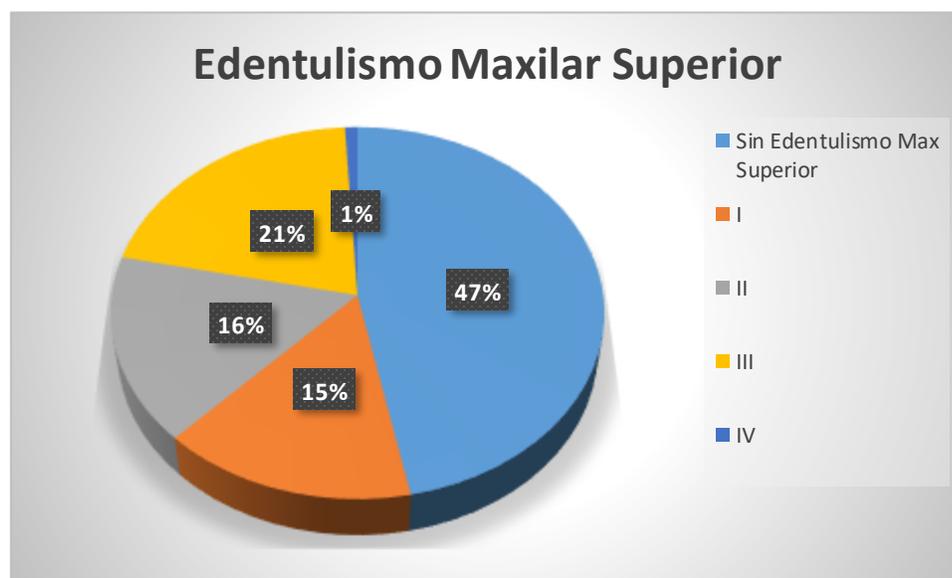
## Localización del Edentulismo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bimaxilar	48	43,2
	Mandibular	52	46,8
	Maxilar	11	9,9
	Total	111	100,0



	Frecuencia	Porcentaje
Sin Edentulismo Max Superior	52	46,8
I	17	15,3
II	18	16,2
III	23	20,7
IV	1	,9
Total	111	100,0

Como resultado de la recolección de datos en las historias clínicas, en la mayor parte de los pacientes atendidos en la universidad del Sinú, se evidencia edentulismo en sus diferentes clases, con una incidencia de 46.8% sin edentulismo en el maxilar superior, seguida de una clasificación Kennedy tipo III de un 20.7%; siendo la menos frecuente la clase IV con una 0.9%



**Modificación maxilar superior**

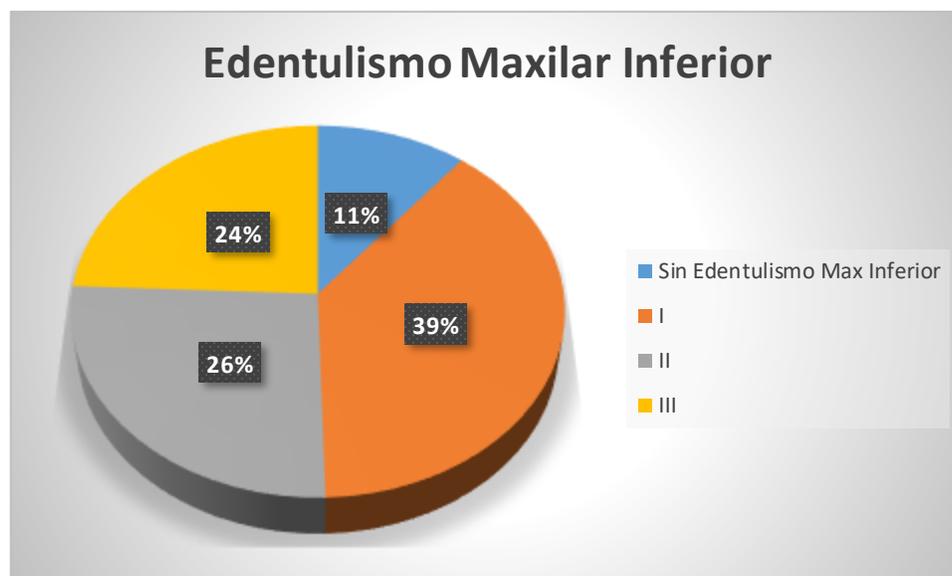


		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin Modificaciòn	71	64,0
	1	20	18,0
	2	15	13,5
	3	4	3,6
	4	1	,9
	Total	111	100,0

### Clasificaciòn Kennedy Maxilar Inferior

		Frecuencia	Porcentaje
Sin Edentulismo Max Inferior		12	10,8
I		43	38,7
II		29	26,1
III		27	24,3
Total		111	100,0

Vemos que en la mayoría de los casos se presentó la clasificaciòn de Kennedy I con un 38,7%, presentándose en menos porcentaje la clase III de Kennedy en maxilar inferior.

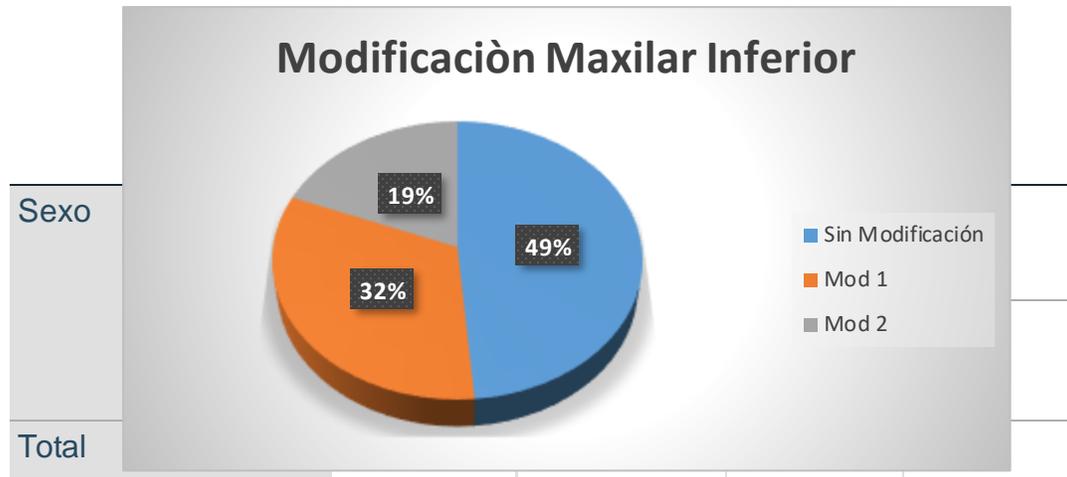


### Modificación Maxilar Inferior

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Modificación	54	48,6
1	36	32,4
2	21	18,9
Total	111	100,50

Quedó evidenciado que en la mayoría de los casos con un 48,6% no se presentó modificación, seguida de un 32,4% de modificación tipo 1 en maxilar inferior.

## Asociación entre sexo y localización de edentulismo



No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo y la localización del edentulismo, pues valor de significancia fue mayor de 0,05.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,852 <sup>a</sup>	2	,653
Razón de verosimilitud	,799	2	,671
N de casos válidos	111		

## DISCUSIÓN

En el presente estudio que tiene como objetivo Describir la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad del Sinú seccional Cartagena en el periodo 2015 a 2019. Se evaluó en una muestra de 111 pacientes, sus diferentes clases de edentulismo, con una incidencia de 46.8% sin edentulismo en el maxilar superior, seguida de una clasificación Kennedy tipo III de un 20.7%; siendo la menos frecuente la clase IV con una 0.9%.

Con relación a los dientes que más se pierden, se encontró que en 263 arcos presentaron anodoncia de los molares correspondiendo a la clase I de Kennedy, tanto en el maxilar como en la mandíbula, comportamiento que coincide con los resultados del III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL – ENSAB III , hallazgo que coincide con el estudio realizado por Polychronakis en Atenas quienes encontraron tanto para el arco superior como inferior mayoría de casos corresponden a la clase I de Kennedy y la de menor prevalencia la clase IV, presenta resultados similares del análisis de los datos<sup>60</sup>.

Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017. La muestra fue obtenida mediante tamaño mínimo muestral en población finita, la cual estuvo conformada por 150 Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL. Esta evaluación fue visual anotando lo observado en la ficha de recolección de datos, la cual fue creada y validada por juicio de expertos. Los resultados fueron procesados por el programa estadístico SPSS versión 23 y Excel para la elaboración de las tablas de frecuencias.

---

<sup>60</sup> POLYCHRONAKIS N, SOTIRIOU M, ZISSIS A. A survey of removable partial denture casts and major connector designs found in commercial laboratories, Athens, Greece. J Prosthodont. Apr, 2013. Vol. 22, N°:3, p. 245-9.

Obteniéndose como resultado que el 32% de la población presenta una prevalencia de edentulismo parcial Clase I de Kennedy, 26.7% Clase II, 39.3% Clase III y 2% Clase IV de Kennedy<sup>61</sup>

Gómez-Pino, M., Silva-Ríos, M. A., Páez-Herrera en el 2017 Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis Bimaxilar en una institución docencia-servicio de Medellín, Colombia. Revista Nacional De Odontología en el 2009 - 2015. En 111 pacientes adultos se realizó un examen clínico y una encuesta para analizar el estado de salud bucal y los factores relacionados en pacientes desdentados portadores de prótesis total bimaxilar. Según datos del IV Estudio Nacional de Salud Bucal, el edentulismo total Bimaxilar presenta una prevalencia del 7,4% en la población de 45 a 64 años, y un 33% para el grupo de 65 a 79 años de edad (41)

---

<sup>61</sup> CORDOVA BORDA, H. F. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro "imágenes estomatológicas" EIRL, Lima 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1494>

## CONCLUSION

Como resultado de la investigación, fue posible concluir que el edentulismo parcial es una afectación frecuente que afecta la calidad de vida de las personas al limitar sus funciones fisiológicas y psicológicas. La mayoría de los casos de edentulismo presentados fueron de la ciudad de Cartagena, afectando en la mayoría de los casos el grupo de edad avanzada, siendo el sexo femenino el más afectado, localizándose el edentulismo parcial con mayor frecuencia en mandíbula, predominando la clasificación de Kennedy clase III en maxilar superior y clase I en maxilar inferior, en la mayoría de los casos no presentaron modificaciones.

Se encontró que un porcentaje considerable de pacientes manifestó sentir inconformidad estética, y en porcentaje más bajo dolor.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABC DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021, Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
- BELAÚNDE M, SALAZAR F, CASTILLO D, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. En: Rev Estomatol Hered. 2012. Vol. 22, N°. 2, p. 77-81.
- BELLAMY ORTIZ C.L., MORENO ALTAMIRANO A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derechohabientes del IMSS. En: Av Odontoestomatol. Ago, 2014. Vol. 30, N°. 4, p. 195-203
- CARDOSO M, BALDUCCI, TELLES DANIEL DE MORAES, LOURENÇO, NOGUEIRA L. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. En: Ciênc. saúde coletiva. Apr, 2016. Vol. 21, N°4, p. 1239-1246.
- CHUMPITAZ R, LECCA M & DIAZ C. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a university dental clinic in Lambayeque-Peru. En: J Oral Res. 2019. Vol 8. N° 3, p. 236-243.
- CISNEROS DEL ÁGUILA, M; VERÁSTEGUI, A; FERNÁNDEZ L, H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. En: Revista Científica Aras Peruanas. 2014. N° 1, p. 1 – 18.
- CÓRDOVA BORDA, H. F. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “imágenes estomatológicas” EIRL, Lima 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1494>
- CORTÉS, V., CARRASCO, F., & VERGARA, C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013. En: Revista Chilena de Salud Pública. 2014. Vol 18. N° 3, p. 257-262.

- DAU R, ORTIZ E, MAZZINI F, UBILLA W, EGAS J, RODRIGUEZ K. Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. En: Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. 2016. Vol 3. N° 2, p. 19 – 27.
- EMAMI E, DE SOUZA RF, KABAWAT M, FEINE JS. The impact of edentulism on oral and general health. En: Int J Dent. 2013:498305.
- FAYAD MI, BAIG MN, ALRAWAILI AM. Prevalencia y patrón de edentulismo parcial entre pacientes dentales que asisten a la Facultad de Odontología, Universidad de Aljouf, Arabia Saudita. En: J Int Soc Prev Community Dent. 2016. Vol 6. N° 3, p. S187-S191.
- FERNÁNDEZ E., MONARDES H., MARDONES F., ACOSTA H., SEGOVIA J.L., ROMÁN J. et al. Modificaciones de diseño protésico para mejorar estética en prótesis parcial removible metálica. Av Odontostomatol. Ago, 2013. Vol. 29, N°.4, p.175-183.
- FERNÁNDEZ ME, RODRÍGUEZ A, VILA D, PÉREZ M, B. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. En: Rev Cubana Estomatol. Jun, 2013. Vol. 50, N°.2.
- FERNÁNDEZ, M. Á., MEDINA, C. E., MÁRQUEZ, M. D. L., VERA, S., ASCENCIO, A., MINAYA M., cols. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. En: Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral. 2016. Vol. 9, N°.1, p. 59-65.
- GIL-MONTOYA JA, DE MELLO AL, BARRIOS R, GONZALEZ-MOLES MA, BRAVO M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. En: Clin Interv Aging. Feb, 2015. Vol. 10, p. 461-7.
- GÓMEZ M, SILVA MA, PÁEZ MC, GÓMEZ J, ZEA FJ, AGUDELO AA. Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia-servicio de Medellín, Colombia. En: Rev. nac. odontol. Febrero, 2017. Vol. 13, N°24

- GÓMEZ, P R., TORRES, M.F.M & ROJAS, K.R. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. En: Dominio de las Ciencias. 2017. Vol. 3, N°2, p. 702-718.
- GONZÁLES, GM; CHÁVEZ, B; MANRIQUE, J; HIDALGO, I. Prevalencia del estado periodontal de pacientes portadores de prótesis parcial removible tratados en una clínica dental privada. En: Revista Estomatológica Herediana. Oct – Dic, 2003. Vol. 23, N° 4, p 200-205.
- HENRIQUES, J.C.C.; SOARES, G. HORDONHO, P.M; MAURA, C.; DE SOUZA COELHO-SOARES, R.; GUSMÃO, E. Impacto del Edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. En: Acta odontológica venezolana. 2013. Vol. 51, N° 3, p 17-18.
- HUAMANCIZA E, CHÁVEZ L, CHACÓN P, AYALA DE LA VEGA G. Type of bimaxillary partial edentulism and its association with socioeconomic cultural level. En: Rev haban cienc méd. 2019. Vol 18. N° 2, p. 281-297.
- IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV. Situación en salud bucal. Ministerio de Salud - República de Colombia, 2013-2014
- JEYAPALAN V, KRISHNAN CS. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes- A Literature Review. En: J Clin Diagn Res. 2015. Vol 9. N° 6, p. ZE14.
- JOYA LD, QUINTERO LE. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2015. Vol. 20, N°1, p. 140-152.
- KHALIFA N, ALLEN PF, ABU-BAKR NH, ABDEL-RAHMAN ME. Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. En: J Oral Sci. 2012. Vol. 54, N°4, p. 303-12.
- MARQUES FP, TÔRRES LH, BIDINOTTO AB, HILGERT JB, HUGO FN, DE MARCHI RJ. Incidence and predictors of edentulism among south Brazilian older adults. En: Community Dent Oral Epidemiol. 2017 Apr [citado 2019 sep 01];45(2):160-167

- MATUTE X, PACHECO MG. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – UCACUE 2016. En: Revista OACTIVA UC Cuenca. 2017. Vol 2. N° 1, p. 21-26.
- MILLAR WJ, LOCKER D. Edentulism and denture use. En: *Health Reports*. 2005. Vol. 17, N°.1, p. 55–58
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 de 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 35 de 1989. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Odontolog%C3%ADaDecreto%20terminado%20Abril%2017%20de%202013%20para%20entregar.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 8.430 de 1993. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>
- MORALES A, BRAVO J, BAEZA M, WERLINGER F, GAMONAL J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. En: Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. Ago, 2016. Vol. 9, N°.2, p.203-207.
- MURGIENDO, M. S., VELÁZQUEZ, M. R., MENDOZA, R. D & AVILÉS, A. G.P. Salud bucal en pacientes mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de vida. En: Revista de especialidades médico – quirúrgicas. 2011. Vol. 16, N°. 2, p. 110 – 115
- NARVÁEZ A. Prevalencia de edentulismo en pacientes que asisten a las clínicas de odontología de la UNICA (2012-2014). En: Ciencia y Tecnología. 2015. Vol. 3, N°.2, p. 50 -51

- OLOFSSON H, ULANDER EL, GUSTAFSON Y, HÖRNSTEN C. Association between socioeconomic and health factors and edentulism in people aged 65 and older - a population-based survey. En: Scand J Public Health. 2018. Vol. 46, N°7, p. 690-698
- PENGPID S, PELTZER K. The prevalence of edentulism and their related factors in Indonesia. En: BMC Oral Health. Jul, 2018. Vol. 18, N°1, p. 118.
- POLYCHRONAKIS N, SOTIRIOU M, ZISSIS A. A survey of removable partial denture casts and major connector designs found in commercial laboratories, Athens, Greece. J Prosthodont. Apr, 2013. Vol. 22, N°3, p. 245-9.
- RIBEIRO C, CASCAES A, SILVA A, SEERIG L, NASCIMENTO G, DEMARCO F. Edentulism, severe tooth loss and lack of functional dentition in elders: A study in Southern Brazil. En: Braz Dent J. 2016. Vol. 27, N° 3, p. 345-352.
- ROMERO, M. G. P., MERCHÁN, R. M. M., ESTRELLA, L. F. Z., & REYES, A. B. T. Localización de la trayectoria de las vías de inserción y remoción de la prótesis parcial metálica removible. Caso clínico. En: Dom. Cien. 2017. Vol. 3, N°4: 810-869.
- VADAVADAGI S, SRINIVASA H, GOUTHAM G, HAJIRA N, LAHARI M, REDDY G. Partial edentulism and its association with socio-demographic variables among subjects attending dental teaching institutions, India. En: J Int Oral Health JIOH. 2015. Vol. 7, N°2, p. 60-63.
- VANEGAS AVECILLAS EM. VILLAVICENCIO E. ALVARADO O. ORDÓÑEZ P. Frecuencia de edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca. Ecuador, 2016. Rev. Estomatol Herediana. Oct-Dic, 2016. Vol. 26, N°4, p. 215-21
- VELÁZQUEZ, L. B., ORTÍZ, L. B., CERVANTES, A., CÁRDENAS, Á., GARCÍA, C., & SÁNCHEZ, S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. En: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014. Vol. 52, N°4, 448-456.

## ANEXO 1





## ANEXO 2



### Anexo 2.

#### PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA EN EL PERIODO 2014 A 2019

Ficha de registro N° \_\_\_\_\_ (colocar aquí número de identificación de la historia clínica)

<b>Edad:</b> _____	<b>Sexo:</b> Femenino ( ) Masculino ( )
<b>Procedencia</b> Cartagena ( ) otro ( ) Cual: _____	<b>Año de valoración</b> 2014 ( ) 2015 ( ) 2016 ( ) 2017 ( ) 2018 ( ) 2019 ( )
<b>Motivo de consulta</b> Preventivo o control ( ) Dolor ( ) Estética ( ) Rehabilitación ( )	<b>Presencia de edentulismo</b> si ( ) No ( )
<b>Localización edentulismo parcial</b> maxilar ( ) mandibular ( ) Bimaxilar ( )	<b>Clasificación de kennedy para maxilar superior</b> Clase I ( ) Clase II ( ) Clase III ( ) Clase IV ( ) <b>Modificación:</b> _____
<b>Clasificación de kennedy para maxilar inferior</b> Clase I ( ) Clase II ( ) Clase III ( ) Clase IV ( ) <b>Modificación:</b> _____	<b>Firma recolector:</b> _____ <b>Fecha de revisión:</b> _____