



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

TESIS

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS
DEL CENTRO “IMÁGENES ESTOMATOLÓGICAS” EIRL, LIMA 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Presentada por:

Bach. HEYDI FANNY CORDOVA BORDA

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y salud para lograr mis metas y sueños anhelados.

A mi esposo Javier Romulo, por su apoyo incondicional, comprensión, enseñanzas, paciencia y buen humor, quien siempre está a mi lado en todo momento.

A mi hija Milagros Haydee quien será mi fortaleza para lograr mis objetivos.

A mis padres y hermanas que siempre me alentaron a seguir una carrera profesional y no desistir jamás; a pesar de las dificultades y esfuerzo que esta conlleva.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor el Dr. Esp. CD Jorge Luis Mezzich Galvez, por orientarme y apoyarme en esta investigación.

A los docentes de la Universidad Norbert Wiener quienes me inculcaron sus conocimientos para mi formación personal y profesional.

A los colaboradores de la institución “Imágenes Estomatológicas” EIRL.

ASESOR

Dr. Esp. CD Jorge Luis Mezzich Galvez

JURADO:

1. Presidente : Dr. Raúl Rojas Ortega.
2. Secretario : Dr. Rolando Gómez Villena.
3. Vocal : Dra. Karina Soto Vargas.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	iv
Asesor.....	v
Índice de tablas/gráficos	ix
Resumen	x
Summary	xi

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos.....	14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3. Terminología básica	41
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables	42

CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación.....	43
3.2. Ámbito de la investigación.....	43
3.3. Población y muestra.....	43
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico	45
3.6. Aspectos éticos	45

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	46
4.2. Discusión	51

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	55
5.2. Recomendaciones	56

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

6.1. Referencias bibliográficas	57
6.2. Anexos	62

Índice Tablas/Gráficos

	Pág.
TABLA N° 1: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.	46
GRÁFICO N° 1: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.	46
TABLA N° 2: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL. según ubicación del maxilar.	47
GRÁFICO N° 2: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según ubicación del maxilar	47
TABLA N° 3: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según edad.	48
GRÁFICO N° 3: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según edad.	48
TABLA N° 4: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según género.	49
GRÁFICO N° 4: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según género.	49
TABLA N° 5: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según número de modificaciones.	50
GRÁFICO N° 5: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según número de modificaciones.	50

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de 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. 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. Así también, que del total de la población que presenta edentulismo parcial en el maxilar superior, el 23.9% presenta una Clase I de Kennedy, el 32.6% una Clase II, el 36.9% una Clase III y el 6.6% una Clase IV de Kennedy. Mientras que en el maxilar inferior el 35.6% presenta una Clase I de Kennedy, el 24% una Clase II, el 40.4% una Clase III y el 0% una Clase IV de Kennedy. Por otro lado, también se encontró que del total de la población de género masculino, el 30% presenta una Clase I de Kennedy, el 24.3% una Clase II y el 45.7% una Clase III de Kennedy, mientras que del total de la población de género femenino el 33.75% presenta una Clase I de Kennedy, el 28.75% una Clase II, el 33.75% una Clase III y el 3.75% una Clase IV de Kennedy. La prevalencia de edentulismo parcial según la clase I de Kennedy presentó la modificación I con un 47.9%, la clase II la modificación III con un 50% y la clase III la modificación I con un 47.5%. Concluyendo que la clase de Kennedy más frecuente fue la Clase III tanto en el maxilar superior e inferior, siendo también más frecuente en el género masculino y femenino.

Palabras Clave: Edéntulo parcial, Clasificación de Kennedy, Radiografía Panorámica.

SUMMARY

The objective of the present research was to determine the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients aged 30 to 59 years of the center "Imágenes Estomatológicas" EIRL, Lima 2017. The sample was obtained by means of a minimum sample size in a finite population, which consisted of 150 panoramic radiographs of partial edentulous patients from the center "Imágenes Estomatológicas" EIRL, this evaluation was visual, noting what was observed in the data collection form, which was created and validated by expert judgment. The results were processed by the statistical program SPSS version 23 and Excel for the preparation of frequency tables. Obtaining as a result that 32% of the population presents a prevalence of Kennedy class I partial edentulism, 26.7% class II, 39.3% class III and 2% Kennedy class IV. Also, that of the total population that presents partial edentulism in the upper jaw, 23.9% present a Kennedy I class, 32.6% a class II, 36.9% a class III and 6.6% a class IV of Kennedy . While in the lower jaw, 35.6% have a Kennedy class I, 24% a class II, 40.4% a class III and 0% a class IV Kennedy. On the other hand, it was also found that of the total male population, 30% presented a class I of Kennedy, 24.3% a class II and 45.7% a class III of Kennedy, while the total population of female gender 33.75% presents a class I of Kennedy, 28.75% a class II, 33.75% a class III and 3.75% a class IV of Kennedy. The prevalence of partial edentulism according to Kennedy class I presented modification I with 47.9%, class II modification III with 50% and class III modification I with 47.5%. Concluding that the most frequent Kennedy class was Class III in both the upper and lower jaw, being also more frequent in the male and female gender.

Keywords: Partial edentulous, classification of Kennedy, Panoramic Radiography.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades bucodentales como la caries dental y la enfermedad periodontal en la actualidad son las principales patologías de la cavidad oral, las cuales traen diversas repercusiones a nivel estomatológico, como lo son la destrucción coronaria y la movilidad dental, mismas que en muchos casos dejan secuelas como la mutilación y pérdida de una o más piezas dentarias, afectando en gran medida la estética dental y la función masticatoria, cuyas características definen a una persona edéntula parcial.

Las personas edéntulas parciales pueden recuperar la estética dental y función masticatoria cuando son rehabilitados protésicamente, para ello se siguen determinados pasos, iniciando con la determinación del tipo de edentulismo que presentan, basándose esto en la clasificación de edentulismo parcial según Kennedy, las cuales pueden ser evaluadas directamente en el paciente, modelos de estudios o radiografías panorámicas.

Las radiografías panorámicas son exámenes auxiliares muy utilizados en la odontología, en áreas como la rehabilitación oral, facilitando la visualización de las estructuras óseas y estructuras dentales, pudiendo ser aprovechada para identificar el tipo de edentulismo parcial según Kennedy de los pacientes, y así poder brindarles tempranamente diversas opciones de tratamiento protésicos para evitar problemas a nivel del sistema estomatognático a futuro.

El edentulismo es una realidad nacional que puede y debe evitarse. Sin embargo, para ello primero se debe conocer su prevalencia. Es así que surge la pregunta, ¿Cuál será la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años en el centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017?

1.2 Formulación del problema

¿Cuál será la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017?

1.3 Justificación

Esta investigación aportará mayores conocimientos sobre el área odontológica en la especialidad de rehabilitación, que podrán sumar al logro cognitivos sobre la temática del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy que presenta la población y por lo tanto el número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial, realizada en el centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017. Permite tener una cifra más exacta de la situación real de edentulismo parcial existente en nuestro país, resaltando la importancia del cuidado de la salud oral para mantener una adecuada higiene bucal y conservar los tejidos dentales y periodontales en óptimas condiciones de salud oral.

De conocerse la situación actual sobre el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, se podría dirigir la atención en la rehabilitación oral del paciente edéntulo parcial, mediante nuevos enfoques, diseños, mejoras en el o los tipos de clasificación de Kennedy donde se observe la mayor prevalencia existente del tipo de edentulismo, para de esta manera poder devolverle la funcionalidad, estética y confort al paciente que representa el público objetivo de las atenciones, logrando una mayor eficiencia de atención al usuario logrando una atención de calidad.

Este trabajo es viable y factible para su realización por que corresponde a una investigación de tipo observacional, descriptiva y transversal, que cuenta con el presupuesto y recurso necesarios, servirá de base a estudios posteriores sobre el área de mayor complejidad o de mayor nivel de investigación que puedan ampliar más sobre la temática mencionada cuya finalidad es consolidar para mejorar la realidad y tener mejores medidas para control, tratamiento sobre el edentulismo parcial.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según ubicación del maxilar.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según edad.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según género.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según número de modificaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Loja C. y Rodas B. (2017) en Cuenca, Ecuador realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016. Fue un estudio descriptivo y observacional, se evaluaron un total de 206 historias clínicas de pacientes entre los 20 y 80 años de edad. Se encontró mayor prevalencia de la clase III con un 57.8%, seguido por la clase II con 13.1%, la clase I con el 8.3% y la clase IV en 0.5%. Se observó que la clase III prevaleció tanto en la arcada superior con un 57.8% como en la inferior con 46.1%. Con respecto a las modificaciones predominó la modificación 1 con el 34.5% en la arcada superior y con el 37.5% en la arcada inferior. Según la edad, en el maxilar superior se encontró que la clase III prevalece con 62% en el grupo de 20-40 años, la clase II con 52% en el grupo de 61-80, la clase I con 43% en el grupo de 20- 40 y la clase IV con 1.39% en el grupo de 41-60 años, mientras que en el maxilar inferior la clase III prevalece en el grupo de 20-40 años (65%), la clase II en el de 20-40 (43%) y la clase I en el grupo 41-60 años (25%). Según sexo predominó la clase III, tanto en el maxilar superior (sexo femenino 63% y masculino 76%) como en el maxilar inferior (sexo femenino 55% y masculino 53%). Se concluyó que existió mayor prevalencia de la clase III tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior. (1)

Rodríguez C. (2017) en Trujillo, Perú, realizó una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016. El estudio fue de corte transversal, descriptivo y observacional que incluyó un total de 284 historias clínicas de pacientes entre 25 a 70 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se recogieron datos del odontograma para reunirlos en una ficha de recolección de datos propuesta para nuestro estudio. Se encontró que la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se presentó en la clase III con 40.27%, seguido de la clase II (31.0%), la clase I (24.89%), la clase IV (3.4%) y la clase VI (0.5%). En el maxilar superior prevaleció la clase III con 44.2 %,

mientras que en el maxilar inferior prevaleció la clase III con el 36.4%. En relación a la edad del paciente se obtuvo que en el maxilar superior fue más prevalente la clase I en el grupo de 60 a 70 años (41.03%), la clase II entre 40-59 años (34.4%), la clase III entre 25-39 (62.26%), la clase IV entre 40-59 (7.20%) y la clase VI entre 40-59 años (1.6%). En el maxilar inferior, la clase I fue más prevalente entre 60-70 años (64.71%), la clase II entre 40-59 (33.83%), la clase III entre 25-39 (48.28%), y la clase IV entre 60-70 años (2.94%). En relación al género del paciente se obtuvo que en varones, la clase III prevalece en el maxilar superior (43.48%) y la clase II prevalece en el maxilar inferior (34.92%). En el grupo de mujeres prevaleció la clase III en el maxilar superior (44.59%) y en el maxilar inferior (38.27%). Concluimos que la clase III de Kennedy prevaleció, con mayor incidencia en personas del sexo femenino entre el cuarto y sexto decenio de vida. (2)

Vega L. (2017) en Trujillo, Perú realizó un estudio para determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en paciente adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo durante los años 2011-2016. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. En este estudio se evaluó un total de 399 historias clínicas de pacientes adultos, entre 25 y 70 años que cumplieron con los criterios de selección. Se encontró que la clase III fue la más prevalente (50,59%), seguida de las clases II (16,81%), clase I (14,9%) y clase IV (1,62%). En el maxilar superior la clase III fue la más frecuente (66,9%), seguido de las clases II (18,2%), clase I (11%) y IV (3,9%), mientras que en el maxilar inferior la clase III fue la más frecuente (53,8%), seguido de la clase I (24,3%), clase II (21,92%), sin registro de la clase IV. Según modificaciones la más prevalente en el maxilar superior fue la clase III con modificación 2 (26,7%) y modificación 1 (24,2%); y en el maxilar inferior la clase III modificación 1 (27,1%). Según grupo etario prevaleció la clase I en el grupo de 56-70 años (24,4%), la clase II (22,2%) de 56-70, la clase III (77,9%) entre 25-40 y la clase IV (3,1%) entre 56-70 años. Sobre el género, la clase III es la más frecuente en el género masculino (63,3%) y en el femenino (58,3%). Se concluye que hubo mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos etarios. (3)

Cargua J. (2016) en Quito, Ecuador realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy, para ello realizó un estudio

observacional y transversal en donde tomó una muestra de 384 pacientes mayores de 30 años. Encontró que según la clasificación de Kennedy, el 15,41% presentó una clase I, 19,93% una clase II, 53,27% una clase III y 11,39% una clase IV. En el maxilar superior la mayor prevalencia fue de la clase III (26,8%), seguido de la clase IV (10,39%), la clase II (8,21%), y clase I (6,53%), mientras en el maxilar inferior la mayor prevalencia también fue para la clase III (26,47%), seguido de la clase II (11,73%), la clase I (8,88%) y la clase IV (1,01%). Según la edad, el grupo que presentó mayor frecuencia de clase I fue entre 40-49 años con 4,52%; la clase II en el grupo de 50-59 años con 5,7%, la clase III entre 30-39 años con un 27,30%, y la clase IV en la población de 30-39 años con un 8,10%. En cuanto a género el 31,83% de mujeres y 21,44% de hombres presentaron una clase III de Kennedy. Concluye que el edentulismo parcial clase III de Kennedy se presentó con mayor frecuencia en la ciudad de Quito. (4)

Avendaño E. (2016) en Lima, Perú realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. Para ello, desarrollo un estudio observacional, transversal y prospectivo en donde evaluó a 243 pacientes en la clínica odontológica, registrando la información en una ficha de recolección de datos. La clase de Kennedy que se presentó con mayor frecuencia fue la clase I con un 41,3%, seguido de la clase II con un 32%, la clase III con 25,1% y la clase IV con un 1,7%. La prevalencia según edentulismo en el maxilar superior fue de 9,4%, 17,1%, 16,8% y 17% sucesivamente para las clases I, II, III y IV de Kennedy, mientras que en el maxilar inferior la prevalencia según Kennedy para las clases I, II y III fueron 32%, 14,9% y 8,3%. Asimismo, las clases de Kennedy más frecuentes según edades fue la clase I con 24,5% para las personas de 60-79 años, la clase II entre 60-79 años con 16,5%, la clase III entre 40-59 años con 12,4% y la clase IV entre 60-79 años con un 1,1%. Con respecto al género el mayor porcentaje estuvo en la clase I con el 26% para el sexo masculino y 15,4% para el sexo femenino. Se concluye que la Clase I de Kennedy fue la más prevalente. (5)

Dau R. et al. (2016) en Cuenca, Ecuador realizaron un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. Para ello, desarrollaron un estudio de tipo observacional, transversal y

retrospectivo en donde la recolección de datos fue basada en las historias clínicas de pacientes atendidos en la clínica de postgrado de la universidad Guayaquil, de la especialidad de rehabilitación oral en el período 2014-2016, siendo la muestra de 53 pacientes. Se encontró que el 41.5% presenta una clase I de Kennedy, un 24.53% una clase II, 20.75% una clase III y un 13.22% una clase IV de Kennedy. Se encontró que en el maxilar superior la prevalencia de la clase IV fue mayor seguida de la clase I, II y III (20,75%, 13,20%, 9,43% y 5,66% respectivamente); mientras que para el maxilar inferior la prevalencia fue mayor en la clase I, seguido de la clase II y III (28,3%, 15,09%, 7,55%). La prevalencia de edéntulos parciales de género masculino fue mayor en la clase IV (15,09%) y para el género femenino para la clase I (28.3%). Concluyendo que la mayor incidencia de la Clasificación de Kennedy corresponde a la Clase I, seguidos de la Clase II. (6)

Anderson M. (2016) en Chiclayo, Perú realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015-2016. Para ello realizó un estudio observacional, retrospectivo en donde evaluó 2052 historias clínicas de las cuales 106 cumplieron con los criterios de inclusión, encontrando que de la totalidad de hombres, el 16.7% presentó una clase I de Kennedy, el 26.7% una clase II, el 46.6% una clase III y un 10% una clase VI de Kennedy, mientras que de las mujeres el 15.8% presentó una clase I, el 32.2% una clase II, el 48.7% una clase III y el 3.3% una clase IV de Kennedy. Por otro lado, este estudio determinó que en el maxilar superior se presentó en un 8% la clase I de Kennedy, 27% la clase II, 57% la clase III y 8% la clase IV de Kennedy, mientras que en el maxilar inferior se presentó un 25% la clase I, 34% la clase II, 40% la clase III y 2% la clase IV de Kennedy. Concluye que la clase III de Kennedy es más frecuente tanto por género como por maxilar. (7)

Veas H. (2015) en Guayaquil, Ecuador realizó un estudio con el objetivo de determinar el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral periodo 2013-2014. Para ello, realizó un estudio observacional-retrospectivo en donde registró 63 historias clínicas de pacientes atendidos en dicho periodo, encontrando que el 67% de paciente son edéntulos parciales unimaxilar y el 33% edéntulos parciales bimaxilar,

siendo distribuidos de la siguiente manera: 42% parcialmente edéntulos superior y 58% parcialmente edéntulos inferior. Encontrando que en el maxilar superior la clase I de Kennedy fue encontrado con una prevalencia de 21%, la clase II con un 18%, la clase III con un 38% y la clase IV con un 23%. Mientras que para el maxilar inferior se halló que la clase I de Kennedy se presentó con un 76%, la clase II con un 10%, la clase III con un 12% y la clase IV con un 2%. Concluyó que la clase de Kennedy más común en el maxilar inferior fue la clase I y en el maxilar superior fue la clase III. (8)

Gutiérrez V. et al (2015) en Lima, Perú realizaron una investigación para determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014. Fue un estudio transversal, descriptivo, observacional. La población estuvo formada por 1350 personas y la muestra calculada fue de 168 adultos, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos. Se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población de 72%. Con respecto a la condición de dentición por la ubicación edéntula, se encontró mayor número de pacientes Clase III para el maxilar superior (5,3%) y para el maxilar inferior (14,9%), encontrándose el rango de edad más frecuente de 18 a 31 años para el maxilar superior (9,6%) y el maxilar inferior (22%). Se concluye que la mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico. (9)

Cedeño M. (2014) en Manabí, Ecuador realizó un trabajo de investigación que tuvo como objetivo conocer la frecuencia con la que se presenta el edentulismo parcial entre la población considerando ambos sexos, edades y modificaciones. La muestra fue de 150 personas, población adulta de 30 a 70 años de la Parroquia Colón del cantón Portoviejo, entre los meses de marzo y agosto 2014. Entre los resultados se encontró que la Clase III es la que tuvo mayor frecuencia en ambos maxilares con 44.76%, seguida por la Clase I con 28% y la Clase II con 20.67% siendo la de menor frecuencia la clase V con 0,33%. La Clase VI no tuvo ningún caso en los maxilares superior e inferior. En relación al maxilar superior, se encontró que la mayor frecuencia está en la Clase III con 23.67%, seguida por la Clase I con 11.33%, la Clase II con 11% y la Clase IV con 4%, mientras en las Clases V y VI

no se encontraron personas. En relación al maxilar inferior predomina la Clase III con 21%, la Clase I con 16.67%, la Clase II con 9.67%, la Clase IV con 2.33% y la Clase VI con 0.33%, mientras que la Clase VI no tuvo ninguna persona. Con respecto a las modificaciones encontramos que la Clase I modificación 1 tuvo un 40.96%, seguido por la Clase II modificación 1 con 33.85% y Clase III modificación 1 con un 41.35%. Sobre la edad, la Clase III predominan en los rangos entre 30-40 años (37.31%), la Clase II entre 51-60 años (43.55%) y Clase I entre 61-70 años (47.62%). Existe una mayor prevalencia de la Clase III para ambos sexos; en el sexo masculino con 15.67% y femenino 29 %. Se concluye que la Clase III es la de mayor frecuencia en ambos maxilares. (10)

Barba S. (2014) en Loja, Ecuador realizó un trabajo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy de los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo - julio del 2014. La muestra de estudio fue de 237 estudiantes con edentulismo parcial. El instrumento utilizado para la recopilación del diagnóstico estomatognático fue la Historia clínica Odontológica previamente diseñada y elaborada. Se encontró la clase III fue la clase más prevalente en las arcadas superiores (86,2%) y en la arcadas inferiores (90,9%). La modificación más frecuente fue la clase III modificación 1, tanto en el sector superior (15,5%) como en el inferior (24,2%). La clase de Kennedy con mayor prevalencia en los hombres fue la clase III, en las arcadas superiores con un 86,3% y en las arcadas inferiores con un 87,7%, al igual que en las mujeres (clase III), tanto en las arcadas superiores con un 86,2% como en las inferiores con un 94,0%. Se concluye que existe mayor prevalencia de edentulismo parcial en la arcada inferior que en la superior, presentando las mujeres mayor edentulismo que los hombres. (11)

Cisneros del Águila et al. (2014) en Lima, Perú realizaron una investigación para determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy. Fue un estudio descriptivo, desarrollado en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Se estudiaron 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico

estomatológico, consignándolos en una ficha clínica; los datos fueron cuantificados con el programa estadístico SPSS. Se encontró que la Clase III de Kennedy fue la más frecuente (52,65%), seguida de la Clase II (26,18%), la clase I (18,11%), y la menos frecuente fue la clase IV (3,06%), Del mismo modo se encontró que la Clase III, fue la más frecuente tanto en el maxilar inferior (25,63%) como en el maxilar superior (27,2%) Todas las clases de Kennedy presentaron hasta 3 modificaciones, a excepción de la clase II que presentó hasta 4 modificaciones. Según el sexo, se encontró que la clase III predominó en ambos sexos; 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino. Se concluye que la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino, siendo la clase III la más predominante. (12)

Rodríguez C. (2013) en Trujillo, Perú realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. El estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, entre 20 y 70 años, que fueron atendidos en la clínica estomatológica de Moche durante los años 2008-2012. En el maxilar superior prevaleció la clase III con el 85,9%, seguida de la clase II, IV y I con el 7,4%, 3,9% y 2,8%, respectivamente; mientras que en el maxilar inferior prevaleció la clase III con el 53,8%, seguida de la clase I y II con el 26,2% y 20 % respectivamente, no se registró ningún caso de clase IV en el maxilar inferior. Según edad, en el maxilar superior, en el grupo de 20 -30 años el total de casos fueron de la clase III (100%), seguida por la clase I en el grupo de 61-70 años (7.3%), clase II entre los 41-50 años(12.3%), y clase IV entre 31-40 (7,8%). En el maxilar inferior predominó la clase III en el grupo de 20-30 (61,1%), clase II (26,9%) en el grupo de 31-40 años y la clase I (29,9%) entre los 41-50 años. Según el género en el maxilar superior, prevaleció la clase III en el masculino con un 89,2% y en el femenino con un 84,2%; mientras en el maxilar inferior prevaleció la clase III con un 60,2% en el masculino y un 50,7% en el femenino. Al analizar la prevalencia de clases de Kennedy con sus respectivas modificaciones se encontró que prevaleció la clase III modificación 1 tanto en el maxilar superior (37%) como en el inferior (35,5%). Se concluye que hubo mayor prevalencia de clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos de edad. (13)

Corpuna A. (2012) en Cuzco, Perú realizó un estudio que tuvo como objetivo conocer la prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy en pacientes de 20 años a más, de ambos sexos en el servicio de Odontología del Centro de Salud de Belenpampa, del distrito de Santiago, Cuzco en función de maxilares, edad y sexo. Fue un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y no experimental; donde se utilizó la observación clínica directa y se anotó en una ficha de recolección de datos. Se obtuvo como muestra 246 pacientes del cual se analizaron 410 maxilares. La Clase III de Kennedy fue la que presentó la mayor prevalencia con el 50.98%, seguida por la Clase II con el 24.15%, la Clase I con 21.95% y la Clase IV con 2.93%. La Clase III modificación 1 resultó ser la más prevalente en el maxilar superior (44,68%) como en el maxilar inferior (48,7%). No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en los varones. El grupo etario en el que se presenta con mayor prevalencia es el de 20- 29 años y respecto al sexo el más prevalente es en mujeres con 88.2%. Se concluye que la Clase III fue la más prevalente y la menos prevalente la Clase IV. (14)

2.2. Bases teóricas

Las piezas dentarias cumplen una función específica y grupal, es por esto que al perderse una pieza el resto del grupo tiene una exigencia extra. Cuando se ha perdido un sector de piezas, anterior o posterior, se ponen en riesgo todos los sectores cumpliendo funciones que no corresponden a su anatomía y generando Trastornos temporomandibulares (17).

La pérdida de cualquier parte de un órgano, miembro o parte de estos, se la conoce como amputación. Es por eso que el edentulismo, sea este parcial o total, es la consecuencia de la pérdida o amputación de las piezas dentales, lo que produce una deficiencia que hasta la misma OMS la expresa, como un quebrando o anomalía de una estructura anatómica; creando así una invalidez, que la define como una restricción de realizar actividades en el perfil que se supone es normal (4).

Así también el edentulismo parcial o total representa una situación de inferioridad de condiciones en las relaciones vinculares de las personas que lo padecen. Las acciones más comunes como hablar o sonreír (estética y fonación) se ven condicionadas por un evento que avergüenza y genera desagrado y prejuicios en las demás personas, ya que se relaciona la ausencia de piezas dentarias con “descuido” por la imagen e higiene personal y con baja condición socioeconómica y educativa (17).

Y aunque en el medio no se supone un problema de salud, es preciso medir esta prevalencia, puesto que permitirá tomar acciones orientadas a reestablecer las piezas dentales faltantes mediante la confección de prótesis dentales (4).

La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectan a los individuos en diferentes épocas de su vida (18).

2.2.1. Epidemiología oral

Para hablar de epidemiología oral, primero hay que entender que la epidemiología es la disciplina científica que estudia la distribución y determinantes de las enfermedades y daños a la salud de una población durante un periodo de tiempo para aplicar medidas de control (4).

Mientras que las enfermedades orales por su alta morbilidad, se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, contribuyen en gran medida al ausentismo escolar y laboral, además de que constituyen los principales padecimientos que generan elevados gastos económicos al sistema de salud y a la misma población (5). Entre las principales causas que pueden afectar y aumentar la epidemiología oral se encuentran (5, 6):

a) Caries dental

Se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros (6, 19, 20).

La caries dental es una enfermedad infecciosa, multifactorial y transmisible, muy prevalente durante la infancia. Esta enfermedad por su magnitud y trascendencia constituye un importante problema de salud pública. Suele aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero puede afectar a cualquier persona (9, 12). Hoy día la población no tiene todavía conciencia suficiente de su importancia, por no ser una enfermedad mortal. Sin embargo, se ha observado en los últimos años un claro descenso en los países desarrollados, lo cual no ha sido seguido por los países en vías de desarrollo (7, 20).

Esta enfermedad se caracteriza por la desmineralización de las porciones inorgánicas del diente y el deterioro posterior de sus partes orgánicas. Este proceso destructivo surge de las acciones de algunos microorganismos de la placa dentobacteriana sobre los carbohidratos fermentables que generan la producción de ácidos, principalmente lácticos, como parte del metabolismo de las bacterias. El progreso de la lesión cariosa requiere un diente susceptible y un tiempo suficiente de exposición que permita no sólo la producción de ácidos por parte de las bacterias de la placa, sino también la desmineralización del tejido duro del diente (16, 22).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la caries dental es un proceso localizado que se inicia después de la erupción dentaria, determina el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad (8, 20).

Cuando hay un paciente con alta incidencia de caries hay una disminución del pH y menor tiempo para que este se recupere de la lesión, a diferencia de

pacientes con caries inactiva o sin ella. Cuando hay una cavidad hecha por caries se puede encontrar una mezcla de bacterias como *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus* y con la ayuda de otros millones de bacterias odontopatógenas en la saliva pueden establecer focos infecciones en otras superficies dentales (7, 23).

En el Perú, la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia, aumentando la gravedad según la edad de los individuos; por lo tanto, la necesidad de tratamiento tendrá un mayor costo al paso de los años siendo producto de una deficiente salud bucal en sus primeros años de vida producto de la limitada accesibilidad a los servicios de salud y las inadecuadas prácticas en prevención de enfermedades orales (16).

Etiología de la caries dental

De naturaleza multifactorial, esta se fundamenta en las características e interrelaciones de los llamados factores básicos, etiológicos, primarios o principales (16, 24).

Keyes, en 1969 reportó, para que se inicie el proceso carioso es necesario la presencia del huésped, y sus características; el diente, que debe ser susceptible a padecer caries dental y la presencia de una microflora específica (*Streptococcus mutans*) y por último, la existencia de un sustrato constituido, básicamente por la presencia en la dieta de hidratos de carbono, en un periodo de tiempo determinado. En 1978, Newbrun introduce un nuevo factor, el tiempo que vino a esclarecer en forma más precisa el proceso de formación de la caries. La interacción de los actores antes mencionados evidenciará clínicamente la Caries (15, 23, 25)

Clasificación de la caries dental

Con respecto a la clasificación de la caries dental las más utilizadas por los profesionales en la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la Estomatología General Integral, es la siguiente (22, 24):

Según localización:

- **Caries de fosas y fisuras:** Localizadas en las caras oclusales de premolares y molares, caras palatinas de dientes anteriores superiores y molares superiores y en las caras vestibulares de molares inferiores. Por su disposición en forma de ángulo agudo hacia el límite amelodentinario, proporcionan retención mecánica y un microambiente ecológico propicio para el desarrollo de la caries.
- **Caries de superficies lisas:** Localizadas en las caras proximales por debajo de la relación de contacto con el diente vecino y en el 1/3 cervical de las caras vestibulares y linguales o palatinas. Siempre están precedidas por la placa microbiana.
- **Caries radicular:** Se inicia por debajo de la unión amelo-cementaria, en aquellas superficies radiculares donde la cresta del margen gingival ha sufrido retracción, llevando a la exposición de la superficie cementaria, bajo la presencia de acúmulo de placa bacteriana, se diferencia de la erosión, la abrasión y la reabsorción idiopática, afecciones que también atacan a la raíz.

Según profundidad:

- **Caries en esmalte:** Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte sin o con ruptura de la superficie externa.
- **Caries en dentina superficial:** Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte y capa superficial de la dentina con ruptura de la superficie externa.
- **Caries en dentina profunda:** Proceso de destrucción dentaria que afecta el esmalte y la dentina profunda.

Según avance de la lesión:

- **Caries activa:** Puede ser de avance rápido o lento.
- **Caries detenida:** Cuando las condiciones que dieron origen a la caries varían y se detiene el avance de la lesión.

Prevalencia de la caries dental

La alta prevalencia de caries que se presenta en el mundo entero (afecta del 95 al 99 % de la población), la sitúa como principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas, 9 presentan la enfermedad o las secuelas de esta, que tiene su comienzo casi desde el principio de la vida y progresa con la edad (26).

Teniendo en cuenta todos estos elementos sobre la caries dental, nos adentrarnos en las diferentes poblaciones y nos damos cuenta que esta enfermedad se encuentra diseminada a nivel mundial (27).

En cuanto al tratamiento de estas enfermedades, la organización mundial de la salud estima que representa entre el 5% y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo (27).

La prevalencia de la caries dental no solo es un problema de consulta privada en odontología, sino que es un importante problema de salud pública y es la enfermedad bucodental más frecuente en los niños a nivel mundial. Durante mucho tiempo la caries ha sido considerada una enfermedad de impacto epidemiológico, esto con el objetivo de establecer y determinar la magnitud de la enfermedad e identificar los factores asociados, y de esta forma poder implementar mecanismos y procedimientos que tienden a promover y mejorar la salud. El conocimiento de la salud bucal de la población constituye una tarea fundamental para los odontólogos desde la perspectiva de la salud pública, ya que las enfermedades bucales, tales como la caries y los problemas periodontales, son los padecimientos con mayor incidencia y prevalencia (22, 27).

b) Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) es aquella que afecta y va involucrando gradualmente las estructuras de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamento periodontal) y que junto a la caries dental son las principales causas de pérdida de piezas dentales (7).

La enfermedad periodontal tiene una etiología basada en la presencia de placa bacteriana, la cual es una película acelular constituida por glucoproteínas de origen salival y bacterias adheridas a las superficies de los dientes, la cual es responsable del desarrollo de ciertas enfermedades orales específicas como son la caries y la enfermedad periodontal. La placa bacteriana también es definida como una masa blanda tenaz y adherente de colonias bacterianas rodeadas por materiales extracelulares de origen bacteriano y salival, que se coleccionan sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales cuando no se practican métodos de higiene adecuados (22, 29).

La relación causa efecto entre la acumulación de placa a nivel gingival y la aparición de inflamación gingival (gingivitis) fue demostrada por un estudio en el que los individuos que permitían la acumulación indiscriminada de placa en ausencia de higiene oral desarrollaban una inflamación en sus encías que remitía completamente tras el control de la placa, ya fuera mecánicamente: mediante cepillado o químicamente mediante un antiséptico en colutorio (30).

La película adherida se forma a los treinta minutos de realizar la limpieza de las superficies dentales de forma mecánica, resultante de la mucina salival. Ésta película adherida afecta la solubilidad del esmalte, influyendo en la adherencia microbiana y hace variar la captación y salida de flúor de la superficie del esmalte. En las 4 horas siguientes a la formación de la película, se produce la colonización, formando una estructura cohesionada, si no se retira a las 24 horas, su espesor va aumentando hasta 2 mm (31).

- **Gingivitis**

La gingivitis es la inflamación de la encía, causada por la acción nociva de sustancias derivadas de la placa bacteriana. Esta es una reacción del tejido blando que rodea al diente frente a alguna agresión (23, 32).

Esta enfermedad está asociada a la placa bacteriana y se presenta en el 20-50% de la población, siendo una de las enfermedades orales más prevalentes a nivel mundial (33,34)

- **Periodontitis**

Periodontitis es el nombre que reciben un conjunto de enfermedades infecciosas causadas por bacterias que afectan a las encías y a los tejidos y estructuras que rodean, protegen y sujetan al diente en la boca (7).

Es una enfermedad caracterizada por la inflamación y la progresiva destrucción del ligamento periodontal y del tejido óseo, su etiología principal es la placa bacteriana, la cual ocasiona cálculo dentario, que es una de las causas por la que la enfermedad periodontal progresa. Su progresión puede ser lenta o rápida afectando a adolescentes o adultos, siendo en los adultos donde más prevalece esta enfermedad (16, 8). Esta enfermedad juega un rol decisivo en la pérdida de piezas dentales, realizándose extracciones dentarias generalmente cuando la periodontitis está en un estado Avanzado (16).

Las causas de pérdida dentaria son variadas, siendo en su mayoría de casos por caries y enfermedad periodontal, pero también producto de traumatismos, solicitud del paciente, acceso a los servicios de salud, entre otros (18).

c) Traumatismo

Los traumatismos dentales son agresiones producidas en los dientes por un hecho violento que tiene consecuencias directas sobre un diente. En casos leves un traumatismo no tiene por qué tener consecuencias negativas, pero en caso de grandes traumas las consecuencias pueden ser fatales (7).

Los dientes en su posición natural se encuentran protruidos como la nariz, el mentón y son más propensos a los accidentes. En pacientes de más edad un golpe leve puede provocar la fractura de los dientes; especialmente las coronas y las raíces de las piezas con tratamiento de conducto, factores como la edad y el tipo de fractura obligan a la extracción de los mismos (16, 8).

Las pérdidas por trauma más comunes en la mayoría de los casos son por caídas accidentales, trauma relacionado con algún deporte, peleas, accidentes automovilísticos o por masticar algún alimento muy duro (16).

d) Solicitud del paciente

Los mismos pacientes por tiempo o costos deciden por la extracción (8). Generalmente las extracciones voluntarias se realizan por la mala posición de las piezas dentarias. Entendemos como dientes erupcionados en posición ectópica a aquellos que erupcionan, total o parcialmente, fuera de su normal ubicación dentro de la arcada dentaria. Por regla general, este problema afecta principalmente los últimos dientes de cada serie, es decir, terceros molares, segundos premolares, caninos e incisivos laterales. La extracción de estos dientes erupcionados en posición anómala puede estar motivada por razones estéticas, protésicas, funcionales u ortodoncias, por patología pulpar de dichos dientes o periodontal de la zona donde están situados, para evitar procesos de caries en los dientes vecinos, o por producir ulceraciones de las mucosas o de la lengua. En principio, es preferible extraer el diente mal alineado o ectópico que otro en correcta posición en la arcada dentaria (7).

e) Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud varía según los niveles de pobreza y área de residencia de los habitantes. Los pobres y los extremadamente pobres consultan en menor proporción en los hospitales y acuden más a postas y centros de salud (7, 8).

2.2.2. El edentulismo

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes, siendo más claramente definida, como una patología irreversible que conlleva la pérdida de piezas dentarias y que afecta a un gran número de la población a nivel mundial (2,3). Siendo afectada la calidad de vida de las personas que presentan esta condición al momento hablar, comer y sonreír, esto último debido al compromiso estético que provoca no tener todos los dientes (35).

El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias, es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como; caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, cáncer oral, así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales; acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, el costo y las opciones de tratamiento (7,21,36). Mientras que la ausencia de todas las piezas dentarias se conoce como edentulismo total, el mismo que a su vez puede ser unimaxilar o bimaxilar (15, 34).

El edentulismo parcial es uno de los temas más estudiados ampliamente en odontología. Sin embargo estos estudios se basan en la presencia o no de edentulismo en correlación a factores de influencia como parámetros socioeconómicos, edad, género, etc., sin dejar establecido cual es la prevalencia actual de edéntulos de en el País (16).

Hay que tener en cuenta que actualmente, a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamientos disponibles para detener esta afección odontológica, el edentulismo ha progresado considerablemente en las últimas décadas, este fenómeno es debido a que el promedio de vida está aumentando, esto quiere decir que las personas están viviendo más tiempo y en consecuencia el promedio de dientes perdidos o la presencia de los edéntulos parciales también está en aumento (6).

2.2.2.1. Consecuencias del edentulismo

En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias va a afectar de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces repercusiones graves a nivel articular (6). Esto debido a que cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden no solo afectarse los dientes restantes, sino también, el periodonto, los músculos, los ligamentos y la ATM (18).

Y aunque está pérdida de piezas dentarias no amenacen la vida, la pérdida parcial o completa de todos los dientes tiene un impacto significativo sobre un individuo, observándose limitaciones funcionales, psicológicas y sociales, que afectan la calidad de vida y salud general del individuo (4,18). Produciendo no solo, disminución de la autoestima, sino también, induciendo alteraciones en la pronunciación de las palabras y en la función masticatoria (4, 7,24). 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 (21, 32, 34, 35, 36, 37).

Asimismo, el edentulismo da lugar a alteraciones que pueden reducir sensiblemente la calidad de vida, ya que no solo determina cambios en el comportamiento alimentario, sino también llega a modificar los rasgos fisionómicos

del rostro, alterando la imagen social y amenazando la estabilidad psicológica del paciente (33, 38, 36).

El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de función. La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. Con la pérdida de los dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales (29, 34). Estos efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que progresa el edentulismo parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura (38).

Otra consecuencia importante del edentulismo parcial es la reabsorción del reborde óseo, así como la migración de las piezas dentales remanentes al nuevo espacio, produciendo alteraciones en la oclusión por la inclinación de las piezas dentarias al espacio desdentado (4).

En resumen las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. Siendo las más señaladas por los clínicos las (5, 38):

- Alteraciones estéticas
- Disminución de la eficacia de la masticación
- Inclinación, migración y rotación de los dientes restantes
- Extrusión de dientes
- Pérdida del apoyo para los dientes
- Desviación mandibular
- Atrición dental
- Pérdida de la dimensión vertical
- Disfunción de la articulación temporomandibular
- Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.
- Problemas periodontales.
- Problemas fonéticos.

Algunos de los factores anteriores en especial la inclinación y migración de los dientes, puede reducir su apoyo periodontal y causar a si la pérdida del hueso

alveolar. Algunas de las secuelas pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandibular (5).

Por otro lado, se ha observado que el edentulismo parcial o total presenta efectos en la salud general, basados en una baja ingesta de frutas, verduras, fibra y un aumento del consumo de grasas y colesterol, habiendo una mayor prevalencia de obesidad y predisposición a enfermedades cardiovasculares y desórdenes gastrointestinales. Así también, los pacientes edéntulos presentan cambios inflamatorios crónicos de la mucosa gástrica y mayores tasas de úlceras pépticas o duodenales (15).

2.2.2.2. Clasificación de arcos edéntulos parciales

Históricamente había un conflicto para establecer una clasificación de los arcos parcialmente desdentados, ya que las numerosas propuestas para establecer una clasificación universalmente aceptada, no se mostraban satisfactorias, generando así una variedad de clasificaciones que provocaron dudas en cuanto su eficacia, aceptación y aplicación clínica. Por ello se presentó la necesidad de establecer una clasificación de los arcos parcialmente edéntulos que cumplieran los siguientes requisitos (4):

- Ayude a planificar un buen plan de tratamiento
- Anticipe las dificultades comunes que puedan ocurrir en un diseño en particular
- Facilite la comunicación en un caso particular entre profesionales odontológicos y técnicos dentales.
- Facilite el diseño de la prótesis según la carga oclusal esperada para una determinada clase.

Varias clasificaciones fueron propuestas en base a los parámetros anteriormente descritos, pero se mostraron tan absurdas, que no presentaban un interés andrológico como un medio de orientación práctico en el desarrollo de cada caso (4).

2.2.2.3. Propósito de la clasificación del edéntulo parcial

Debido a que existen más de 65.000 posibles combinaciones de edentulismo parcial en arcos opuestos. Es lógico clasificar a las arcadas parciales edéntulas, quienes tienen atributos, características, cualidades o rasgos comunes. Uno de los propósitos más básicos para clasificar el arco edéntulo parcial, es que se debe proporcionar una visualización inmediata, que facilite el reconocimiento del soporte de la prótesis y la evaluación de las características de diseño que deberá tener (16).

El objetivo principal de clasificar los arcos parcialmente edéntulos es identificar las posibles combinaciones de los dientes con el reborde desdentado, con el fin de facilitar la comunicación del odontólogo, estudiante y técnico dental. Esta clasificación también permitirá tener un control sobre los pacientes ya evaluados y clasificados dentro de un periodo largo de tiempo, pudiendo evaluar resultados positivos o negativos de progreso de piezas restantes en boca (4, 5, 16).

2.2.2.4. Clasificación de Kennedy

El método de clasificación Kennedy fue propuesto por el Dr. Edwar Kennedy en 1925, esta clasificación intenta agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño de cada situación (4, 5).

Esta clasificación de Kennedy plantea las diferentes opciones que se pueden observar en un paciente parcialmente edéntulo y permite hacer un reconocimiento e identificación muy rápida de su condición, así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso que se está analizando, pues es posible reconocer si se trata de un caso dentosoportado o mucodentosoportado y poder de esta manera, realizar la aplicación práctica de los principios de diseño para la Prótesis Parcial Removible (31).

Kennedy propuso la clasificación de los arcos parcialmente desdentados, la cual es aceptada hasta la actualidad y Applegate la modificó y reglamentó su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple (4, 5, 6, 38).

La clasificación Kennedy es la siguiente (8, 16, 30, 33, 39):

- **Clase I**, áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales remanentes.
- **Clase II**, áreas edéntula unilateral localizada posterior a los dientes naturales remanentes.
- **Clase III**, áreas edéntula unilateral con dientes naturales remanentes a cada lado de ella.
- **Clase IV**, áreas edéntula única y bilateral (que atraviesa la línea media) anterior a los dientes naturales remanentes.

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 (5).

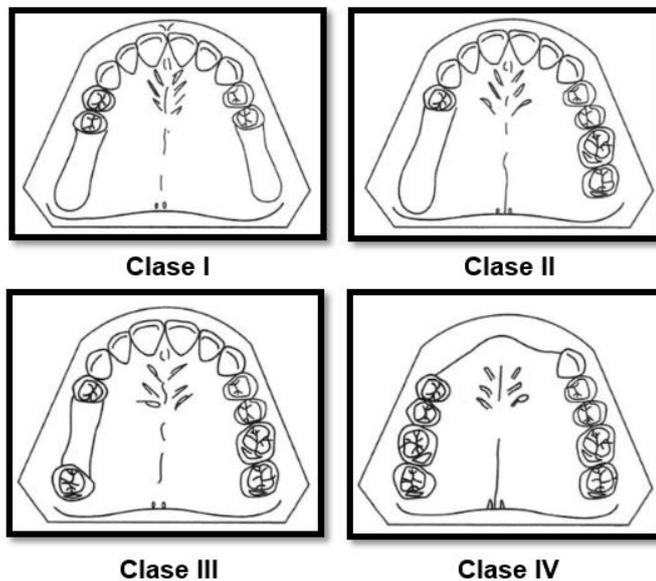


Imagen: Clasificación de Kennedy (19).

2.2.2.5. Reglas de Applegate para la aplicación de la clasificación de Kennedy:

Applegate en 1960 aportó con ocho reglas básicas para el mejor uso de la clasificación de Kennedy (7, 8, 38):

- **Regla 1:** La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes que pudiera alterar la clasificación original.
- **Regla 2:** Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera para la clasificación.
- **Regla 3:** Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se lo considera en la clasificación.
- **Regla 4:** Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no se lo considera en la clasificación.
- **Regla 5:** El área (o áreas) desdentada más posterior siempre es la determinante de la clasificación.
- **Regla 6:** Las áreas desdentadas distintas de la que determinan la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.
- **Regla 7:** La extensión de la modificación no se considera, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.
- **Regla 8:** No puede haber modificación en arcos de clase IV.

2.2.3. Diagnóstico

Los profesionales del área de la salud, requieren de ciertas ayudas complementarias en diversas especialidades, capaces de contribuir al diagnóstico, ejecución de procedimientos y control en la evolución del estado de algunas afecciones y tratamientos (26). Tales como:

2.2.3.1. Modelos de estudio

Son una réplica exacta de la estructura dental del paciente que se elabora en yeso. Esta herramienta permite que el odontólogo tenga información precisa de las estructuras dentales del paciente, en una forma tridimensional (34).

En el modelo de estudio puede observarse si hay alguna alteración en el tamaño de los dientes, la forma, los espacios entre ellos, cuáles son las piezas faltantes, si existe alguna desviación o rotación dental, etc. (37).

2.2.3.2. Fotografías intraorales

Estas permiten ser instrumentos legales; facilitando el diagnóstico y el seguimiento de los casos clínicos en el tiempo (8).

2.2.3.3. Ortopantografía

La ortopantomografía es una técnica popular, muy empleada en la región orofacial, puesto que ofrece información de la dimensión vertical del hueso, la localización de diversos puntos anatómicos, y de todas las estructuras faciales (mandíbula, maxilar, estructuras de soporte y articulación temporomandibular) en un única imagen. Da buenos resultados, con una correcta relación coste-beneficio, exponiendo al paciente a una mínima radiación (27).

Esta es la proyección radiográfica extraoral que se utiliza con mayor frecuencia en odontología, se emplea una película radiográfica distinta a la dental (radiografía periapical). Esta película se coloca entre dos pantallas intensificadoras las cuales absorben los rayos X y emiten luz visible la cual se expone a la película (28).

a. Indicaciones de la ortopantografía

Las ortopantomografías tienen una gran variabilidad de usos, tanto en diagnóstico, pronóstico como en el plan de tratamiento, entre ellos destacan (27):

- Evaluar la angulación y paralelismo radicular.
- Medir las diferencias entre el lado derecho e izquierdo (altura mandibular, condilar y total).
- Evaluar la región temporomandibular, al ofrecer información de esta área e información adicional de los dientes y otras estructuras.
- Ofrece información importante de los dientes, las inclinaciones axiales, los periodos de maduración y los tejidos adyacentes.

b. Ventajas de la Ortopantografía

Entre sus principales ventajas se pueden mencionar (27, 28):

- Proporcionan una visión general de los dientes y huesos faciales con el mínimo de molestias para el paciente, requiriendo el mínimo de cooperación.
- Ofrecen una exploración completa a partir de la representación panorámica del sistema masticatorio, incluyendo las articulaciones temporomandibulares y los senos maxilares.
- Reconoce las interrelaciones funcionales y patológicas y de sus efectos sobre el sistema masticatorio.
- Permite la evaluación de la presencia y la posición de dientes no erupcionados.
- Evidencia quistes no diagnosticados, tumores o dientes incluidos y los restos radiculares en los adultos.
- Permite la visualización en conjunto de las ramas ascendentes del maxilar inferior, los cóndilos y las apófisis corónides.
- Ayuda en la evaluación de la profundidad del maxilar inferior de la línea media o del cuello de los cóndilos, con menor distorsión que la mayoría de

las radiografías oblicuolaterales y a menudo con menos molestias para el paciente.

- Demuestra la enfermedad periodontal en forma general, y permite que las radiografías intraorales de comprobación, usando como largo, se reduzcan al máximo.
- Exhibe una vista anterior de las cavidades paranasales y el suelo de la nariz.
- El tiempo que requiere para ejecutar esta técnica es corto, en comparación con el examen radiográfico completo intraoral o inclusive con dos radiografías oblicuolaterales con proyecciones oclusales complementarias.
- Esta técnica es comparativamente fácil de ejecutar, en contraste con las técnicas intraorales.
- Dan documentación general para la planificación del tratamiento y su control.
- Disminuyen la irradiación gracias al empleo de estrategias de exploración racionales.

2.2.4. Tratamiento del edentulismo

El reemplazo de las piezas ausentes se ha convertido en una de las necesidades más importantes para los pacientes principalmente para restablecer la función y/o la estética (16).

El tratamiento del edentulismo tiene como objetivo, la restauración de la anatomía y funcionalidad de las estructuras orales, para garantizar una adecuada condición que le permita al paciente vivir una "vida normal" (15).

El edentulismo parcial se puede tratar mediante el uso de aparatos bucales portadores de dientes artificiales que van a reemplazar a los dientes naturales perdidos (25).

Se han propuesto diferentes posibilidades de tratamiento con el propósito de sustituir los dientes faltantes, como el uso de prótesis parciales o totales removibles, prótesis fijas o la rehabilitación por medio de implantes dentales (15).

El uso de las prótesis parciales removibles puede ser uno de los varios tratamientos de elección para la restauración de rebordes edéntulos parciales (40).

2.3. Terminología básica

- **Edentulismo:** Es la pérdida de alguno de los dientes en una persona adulta, fuera del periodo infantil de caída de los dientes deciduos y salida de los permanentes (24).
- **Clase de edentulismo:** Clase de brecha edéntula según la clasificación de Kennedy con sus modificaciones respectivas (5).
- **Prevalencia:** proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado (7).
- **Maxilar:** Clasificándolo como maxilar superior y maxilar inferior teniendo en cuenta ubicación de la maxila (5).
- **Prótesis parcial removible:** Es un dispositivo que reemplaza dientes en una arcada parcialmente edéntula, está conformada por un conector mayor, conector menor, apoyos, retenedores directos e indirectos y una base protésica (15).
- **Clasificación de Kennedy:** La clasificación de Kennedy plantea las diferentes situaciones del edéntulo parcial y permite hacer al clínico un reconocimiento e identificación del problema (18).

2.4. Hipótesis

El trabajo de investigación no presenta hipótesis dado que se trata de un trabajo del nivel descriptivo.

2.5. Variables

- **Variable de estudio:** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy
- **Variable de control:** Ubicación del maxilar
- **Variable de control:** Edad
- **Variable de control:** Género
- **Variable de control:** Modificaciones

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALORES
Prevalencia de edentulismo parcial	Categórica, cualitativa	Clasificación de Kennedy	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Clase IV
Ubicación del maxilar	Categórica, cualitativa	Ubicación de piezas ausentes	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Maxilar superior • Maxilar Inferior
Edad	Categórica, cuantitativa	Años desde el nacimiento	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 30 a 39 años • 40 a 49 años • 50 a 59 años
Género	Categórica, cualitativa	Fenotipo del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Modificaciones	Categórica, cuantitativa	Brechas de ausencia dentaria una vez realizada la clasificación de Kennedy	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación 1 • Modificación 2 • Modificación 3

CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, del nivel descriptivo.

3.2. Ámbito de la investigación

Centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima.

3.3. Población y muestra

La población para este estudio fue por conveniencia, seleccionándose al centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, por facilidades de acceso; sin embargo, la muestra fue obtenida mediante tamaño mínimo muestral en población finita.

Población: Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.

Muestra: La muestra fue probabilística, siendo resultado del siguiente calculo muestral:

$$n = \frac{z^2 p_e q_e}{E^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.95 * 0.05}{0.03^2} = 202.75$$

Datos:

$$p = 0.95 \quad q = 0.05$$

$$N = 580$$

$$Z = 1.96$$

$$E = 3\% \text{ (determinado por investigador)}$$

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \quad n_f = \frac{202.75}{1 + \frac{202.75}{580}} = 150.377238 = 150$$

Muestra mínima: 150 radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.

Criterios de inclusión

- Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales de ambos géneros.
- Radiografías panorámicas pertenecientes al centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.

Criterios de exclusión

- Radiografías panorámicas con artefactos
- Radiografías panorámicas de pacientes dentados y desdentados totales
- Radiografías panorámicas que no pertenezcan al centro de “Imágenes Estomatológicas” EIRL.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Con la finalidad de determinar cuál fue la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017, se empleó una ficha de recolección de datos, la cual fue creada y validada por juicio de expertos (ANEXO1) según las variables que se desearon analizar en este estudio. Este instrumento constó de 4 ítems:

1. Clasificación de Kennedy (Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV)
2. Edad
3. Género
4. Ubicación de zona edéntula (Maxilar superior y maxilar inferior)

Para la ejecución del proyecto de tesis se solicitó previamente una carta de presentación a la directora de la Escuela Académico Profesional de Odontología (ANEXO 2), dirigida al gerente del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, con el fin de que se me brinde las facilidades para acceder al centro y tener acceso a las

radiografías panorámicas de los pacientes edéntulos parciales. La cual fue aceptada por el centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, (ANEXO 3).

Una vez en el centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, se revisó las radiografías panorámicas de los pacientes edéntulos parciales, siendo registrados los datos de las variables a estudiar en la ficha de recolección de datos (ANEXO 4). Una vez recolectada toda la información se realizó el siguiente paso correspondiente, el análisis estadístico.

3.5. Procesamiento de datos y análisis estadísticos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23.0 y el programa Excel para la elaboración de gráficos.

3.6. Aspectos éticos

- Solicitud de carta de presentación a la E.A.P. de Odontología
- Carta de aceptación del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.
- Para la realización de la presente investigación se tuvo en consideración las normas de tesis estipuladas por la Universidad Privada Norbert Wiener.
- La información recolectada fue de carácter confidencial, codificado y con fines académico.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

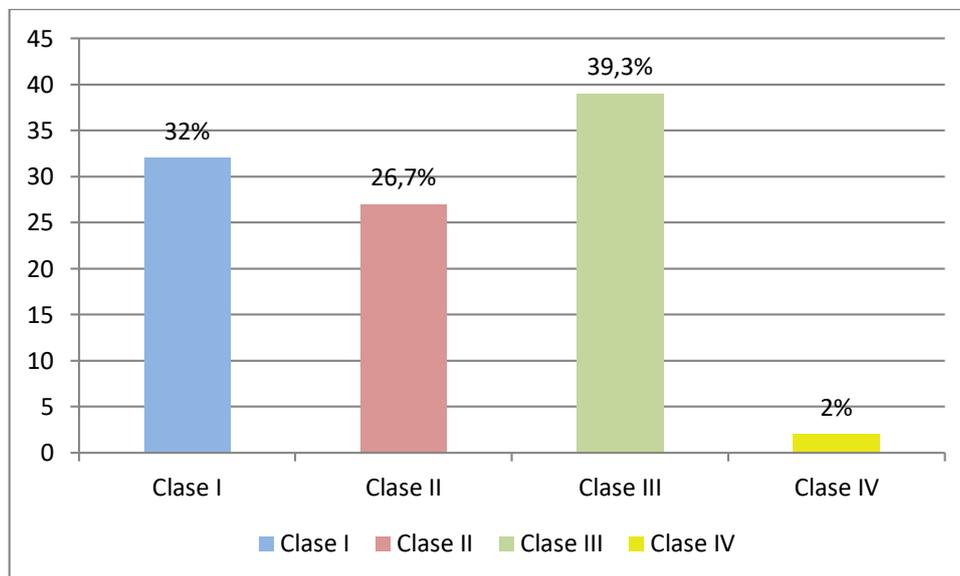
4.1. Resultados

TABLA N° 1

Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.

Clasificación de Kennedy	n (%)
Clase I	48 (32%)
Clase II	40 (26,7%)
Clase III	59 (39,3%)
Clase IV	3 (2%)
Total	150 (100%)

GRÁFICO N° 1



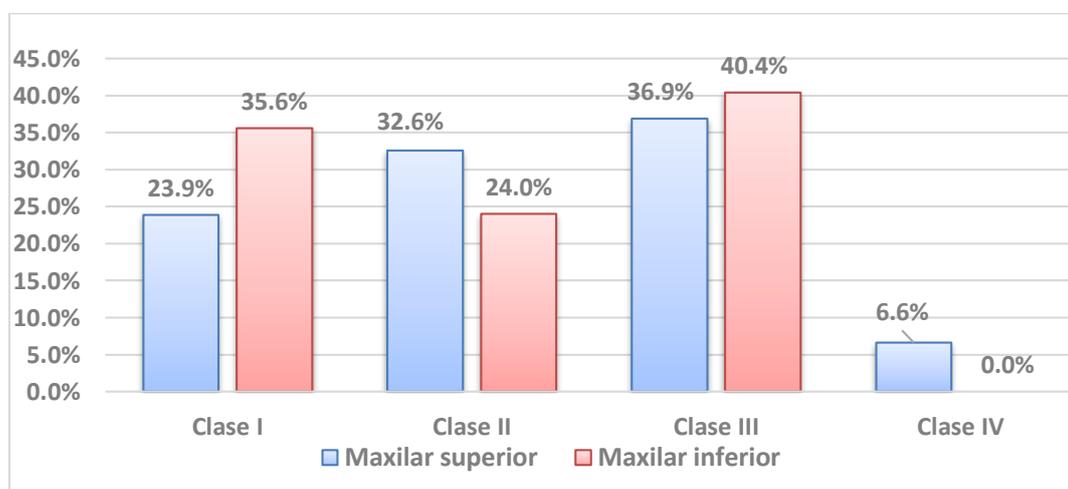
En la tabla N° 1 y gráfico N° 1 se aprecia que del total de la población que presenta edentulismo parcial, el 32% presenta una clase I de Kennedy, el 26,7% una clase II, el 39,3% una clase III y el 2% una clase IV de Kennedy.

TABLA N° 2

Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según ubicación del maxilar.

Clasificación de Kennedy	Ubicación de maxilar	
	Maxilar superior	Maxilar inferior
Clase I	11 (23.9%)	37 (35.6%)
Clase II	15 (32.6%)	25 (24%)
Clase III	17 (36.9%)	42 (40.4%)
Clase IV	3 (6.6%)	0 (0%)
Total	46 (100%)	104 (100%)

GRÁFICO N° 2

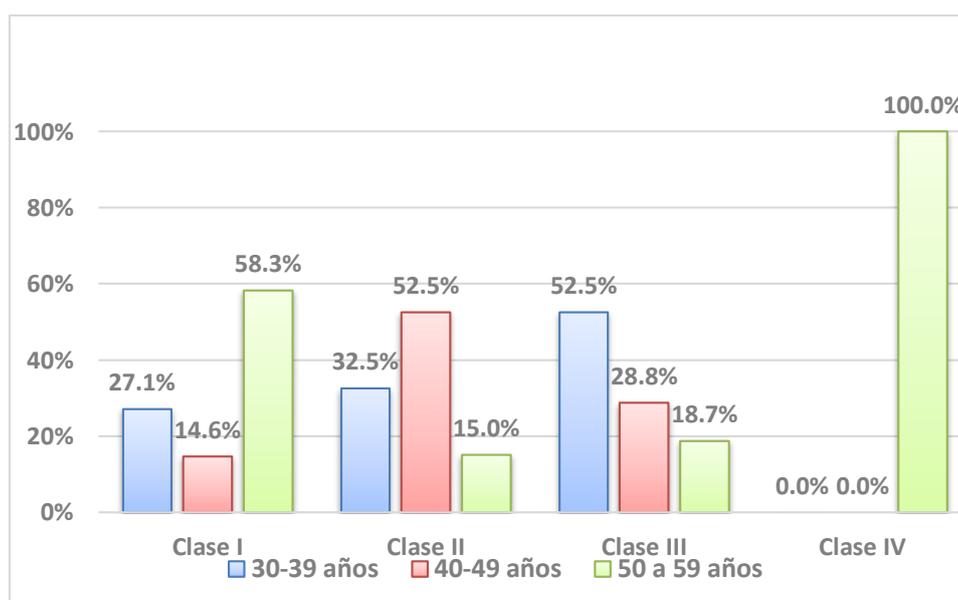


En la tabla N° 2 y gráfico N° 2 se aprecia que del total de la población que presenta edentulismo parcial en el maxilar superior, el 23.9% presenta una clase I de Kennedy, el 32.6% una clase II, el 36.9% una clase III y el 6.6% una clase IV de Kennedy. Mientras que en el maxilar inferior el 35.6% presenta una clase I de Kennedy, el 24% una clase II, el 40.4% una clase III y el 0% una clase IV de Kennedy.

TABLA N° 3

Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según edad.

Clasificación de Kennedy	Edad			Total
	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	
Clase I	13 (27.1%)	7 (14.6%)	28 (58.3%)	48 (100%)
Clase II	13 (32.5%)	21 (52.5%)	6 (15%)	40 (100%)
Clase III	31 (52.5%)	17 (28.8%)	11 (18.7%)	59 (100%)
Clase IV	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)

GRÁFICO N° 3

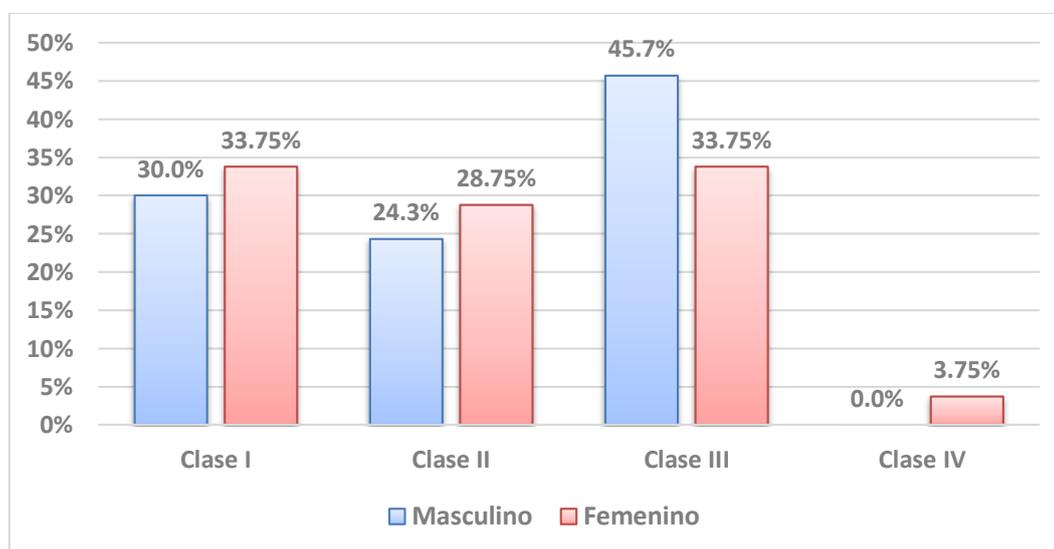
En la tabla N° 3 y gráfico N° 3 se aprecia que del total de la población que presenta edentulismo parcial clase I de Kennedy el 58.3% presenta de 50 a 59 años de edad, mientras que del total de pacientes que presentaron una clase II de Kennedy el 52.5% presento tener de 40 a 49 años. Por otro lado del total de personas que presentaron una clase III de Kennedy el 52.5% presenta de 30 a 39 años de edad. Asimismo, del total de personas que presentan una clase IV de Kennedy el 100% posee una de edad entre los 50 a 59 años.

TABLA N° 4

Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según género.

Clasificación de Kennedy	Género	
	Masculino	Femenino
Clase I	21 (30%)	27 (33.75%)
Clase II	17 (24.3%)	23 (28.75%)
Clase III	32 (45.7%)	27 (33.75%)
Clase IV	0 (0%)	3 (3.75%)
Total	70 (100%)	80 (100%)

GRÁFICO N° 4



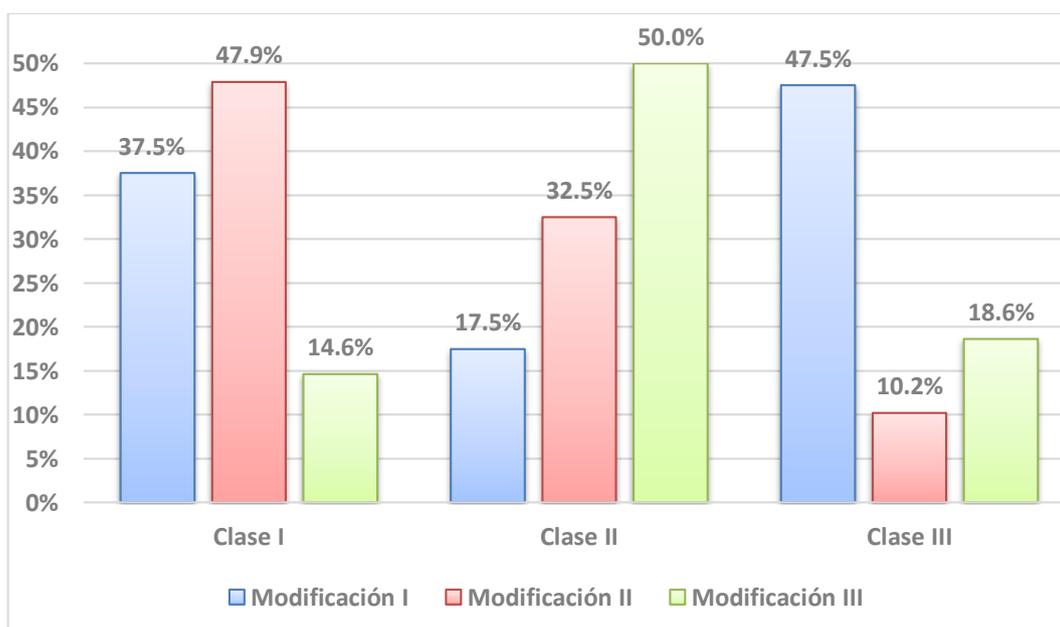
En la tabla N° 4 y gráfico N° 4 se aprecia que del total de la población de género masculino, el 30% presenta una clase I de Kennedy, el 24.3% una clase II y el 45.7% una clase III de Kennedy, Mientras que del total de la población de género femenino el 33.75% presenta una clase I de Kennedy, el 28.75% una clase II, el 33.75% una clase III y el 3.75% una clase IV de Kennedy.

TABLA N° 5

Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según número de modificaciones.

Modificaciones	Clasificación de Kennedy		
	Clase I	Clase II	Clase III
Modificación I	18 (37.5%)	7 (17.5%)	34 (47.5%)
Modificación II	23 (47.9%)	13 (32.5%)	14 (10.2%)
Modificación III	7 (14.6%)	20 (50.0%)	11 (18.6%)
Total	48 (100%)	40 (100%)	59 (100%)

GRÁFICO N° 5



En la tabla N° 5 y gráfico N° 5 se aprecia que del total de la población con edentulismo parcial clase I de Kennedy, el 47.9% presenta una modificación II, mientras que del total de pacientes que presentaron una clase II de Kennedy, el 50% presenta una modificación III. Por otro lado del total de personas que presentaron una clase III de Kennedy el 47.5% presenta una modificación I.

4.2. Discusión

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL en Lima, 2017.

Nuestro estudio encontró que del total de la población que presenta edentulismo parcial, la mayor prevalencia corresponde a la clase III de Kennedy (39,3%), seguido de la clase I (32%), clase II (26,7%) y clase IV (2%). Nuestros resultados coinciden con los estudios de **Loja C. y Rodas B. (2017)** (57.8%), **Rodríguez C. (2017)** (40.27%), **Vega L. (2017)** (50,59%), **Cargua J. (2016)** (53, 27%), **Cedeño M. (2014)** (44.76%), **Corpuna A. (2012)** (50.98%) y **Cisneros del Águila et al. (2014)** (52,65%), que también encontraron mayor prevalencia de la Clase III de Kennedy en la población con edentulismo. Difiere de las investigaciones realizadas por **Avendaño E. (2016)** (41.3%) y **Dau R. et al. (2016)** (41.5%) que presentaron mayor prevalencia de la clase I de Kennedy.

Al evaluar la prevalencia de edentulismo parcial según ubicación del maxilar se encontró que en el maxilar superior la mayor prevalencia fue de la clase III (36.9%), seguido por la clase II (32.6%), la clase I (23.9%) y la clase IV de Kennedy (6.6%). Nuestros resultados coinciden con **Loja C. y Rodas B. (2017)** (57.8%), **Rodríguez C. (2017)** (44.2 %), **Vega L. (2017)** (66,9%), **Cargua J. (2016)** (26,8%), **Anderson M. (2016)** (57%), **Veas H. (2015)** (38%), **Gutiérrez V. et al (2015)** (5,3%), **Cedeño M. (2014)** (23.67%), **Barba S. (2014)** (86,2%) **Cisneros del Águila et al. (2014)** (27,2%) y **Rodríguez C. (2013)** (85,9%), quienes también encontraron mayor prevalencia de la clase III en el maxilar superior. Nuestros hallazgos no coinciden con **Avendaño E. (2016)** (17,1%) y **Dau R. et al. (2016)** (20,75%) cuyos estudios mostraron mayor prevalencia de las clases II y IV, respectivamente. A su vez en el maxilar inferior nuestro estudio muestra una mayor prevalencia de la clase III (40.4%), seguido por la clase I (35.6%), la clase II (24%) y la clase IV (0%) de Kennedy. Estos coinciden con las investigaciones realizadas por **Loja C. y Rodas B. (2017)** (46.1%), **Rodríguez C. (2017)** (36.4%), **Vega L. (2017)** (53,8%), **Cargua J. (2016)** (26,47%), **Anderson M. (2016)** (40%), **Gutiérrez V. et al (2015)** (14,9%), **Cedeño M. (2014)** (21%), **Barba S. (2014)** (90,9%), **Cisneros del Águila et al.**

(2014) (25,63%) y **Rodríguez C. (2013)** (53,8%), entre quienes prevaleció la clase III de Kennedy en el maxilar inferior. Nuestro estudio difiere de **Avendaño E. (2016)** (32%), **Dau R. et al. (2016)** (28,3%) y **Veas H. (2015)** (76%) quienes encontraron en el maxilar inferior mayor prevalencia de la clase I de Kennedy.

Por otro lado, al evaluar la prevalencia de edentulismo parcial según edad, se encontró que las clases de Kennedy estudiadas tuvieron distinta distribución entre los grupos etarios. Así, la clase I de Kennedy presentó mayor prevalencia (58.3%) en el grupo de 50 a 59 años de edad; similar resultado fue encontrado por **Vega L. (2017)** entre 56-70 años (24,4%), **Rodríguez C. (2017)** entre 60-70 años (41.03% para el maxilar superior y 64.71% para el maxilar inferior), **Cargua J. (2016)** entre 40-49 años (4,52%), **Avendaño E. (2016)** entre 60-79 años (24.5%), **Cedeño M. (2014)** entre 61-70 años (47.62%) y **Rodríguez C. (2013)** entre 61-70 años (7.3% para el maxilar superior), quienes encontraron mayor prevalencia de la clase I entre los grupos de edad avanzada, aunque con porcentajes distintos a nuestro estudio. Difiere de **Loja C. y Rodas B. (2017)** entre 20- 40 años (43% para el maxilar superior) y entre 41-60 años (25% para el maxilar inferior), y **Rodríguez C. (2013)** entre los 41-50 años (29,9% para el maxilar inferior) que encontraron mayor prevalencia en los grupos de menor edad.

Nosotros encontramos que la clase II presentó mayor prevalencia (52.5%) entre los de 40 a 49 años, encontrándose similitud con otros investigadores como **Vega L. (2017)** (22,2%) entre 56-70, **Rodríguez C. (2017)** entre 40-59 años (34.4% para el maxilar superior y 33.83% para el maxilar inferior), **Loja C. y Rodas B. (2017)** entre 61-80 años (52% para el maxilar superior), **Cargua J. (2016)** (5,7%) entre 50-59 años, **Avendaño E. (2016)** (16,5%) entre 60-79 años, **Cedeño M. (2014)** (43.55%) entre 51-60 años y **Rodríguez C. (2013)** entre los 41-50 años (12.3% para el maxilar superior), con mayor prevalencia de la clase II también en edades avanzadas y con porcentajes distintos a nuestro estudio; difiriendo de **Loja C. y Rodas B. (2017)** y **Rodríguez C. (2013)** cuyos resultados comprendieron grupos de menor edad, entre 20-40 años (43% para el maxilar inferior) y entre 31-40 años (26,9% para el maxilar inferior), respectivamente.

Nuestros resultados con respecto a la clase III, refieren un mayor prevalencia (52.5%) entre los de 30 a 39 años, coincidiendo con **Vega L. (2017)** entre 25-40 (77,9%), **Rodríguez C. (2017)** entre 25-39 (62.26% para el maxilar superior y

48.28% para el maxilar inferior), **Loja C. y Rodas B. (2017)** entre 20-40 años (62% para el maxilar superior y 65% para el maxilar inferior), **Cargua J. (2016)** entre 30-39 años (27.30%), **Gutiérrez V. et al (2015)** entre 18-31 años (9,6% para el maxilar superior y 22% para el maxilar inferior), **Cedeño M. (2014)** entre 30-40 años (37.31%) y **Rodríguez C. (2013)** entre 20 -30 años (100% para el maxilar superior y 61,1% para el maxilar inferior), quienes informaron una mayor prevalencia para la clase III en grupos de pacientes de menor edad, difiriendo de **Avendaño E. (2016)** quien encontró mayor prevalencia en un grupo de mayor edad, entre 40-59 años (12,4%).

Para la clase IV nuestros hallazgos refirieron que el 100% de los mismos se encontró entre los 50 a 59 años, resultado que se asemeja a **Vega L. (2017)** entre 56-70 años (3,1%), **Loja C. y Rodas B. (2017)** entre 41-60 años, (con 1.39% para el maxilar superior), **Rodríguez C. (2017)** entre 40-59 años (7.20% para el maxilar superior) y entre 60-70 años (2.94% para el maxilar inferior) y **Avendaño E. (2016)** entre 60-79 años (1.1%) con mayor prevalencia en edades avanzadas pero no concuerda con **Cargua J. (2016)** entre 30-39 años (8.10%) y **Rodríguez C. (2013)** entre 31-40 (7,8% para el maxilar superior) con una mayor prevalencia de clase IV en grupos de menor edad.

En esta investigación también se evaluó la prevalencia de edentulismo parcial según género, encontrándose que del total de la población de género masculino, el 45.7% presentó una clase III de Kennedy, seguido del 24.3% para la clase II y 30% para la clase I. Esta mayor prevalencia coincide con **Vega L. (2017)** (63,3%), **Loja C. y Rodas B. (2017)** (maxilar superior 76% y maxilar inferior 53%), **Rodríguez C. (2017)** (maxilar superior 43.48%), **Cargua J. (2016)** (21.44%), **Anderson M. (2016)** (46.6%), **Cedeño M. (2014)** (15.67%), **Cisneros del Águila et al. (2014)** (16,44%), **Barba S. (2014)** (maxilar superior 86,3% y maxilar inferior 87,7%) y **Rodríguez C. (2013)** (maxilar superior 89,2% y maxilar inferior 60,2%) quienes encontraron mayor prevalencia de la clase III en el género masculino, pero difieren de **Rodríguez C. (2017)** y **Dau R. et al. (2016)** quien encontró mayor prevalencia de las clases II (maxilar inferior 34.92%) y IV (15,09%) entre los varones.

Con respecto al género femenino, el 33.75% presentó clase III y clase I de Kennedy, el 28.75% una clase II, y el 3.75% una clase IV. Estos resultados coinciden con

Loja C. y Rodas B. (2017) (maxilar superior 63% y maxilar inferior 55%), **Rodríguez C. (2017)** (maxilar superior 44.59% y maxilar inferior 38.27%), **Vega L. (2017)** (58,3%), **Cargua J. (2016)** (31.83%), **Anderson M. (2016)** (48.7%), **Cedeño M. (2014)** (29 %), **Cisneros del Águila et al. (2014)** (36,21%), **Barba S. (2014)** (maxilar superior 86,2% y maxilar inferior 94,0%, y **Rodríguez C. (2013)**, (maxilar superior 84,2% y maxilar inferior 50,7%) que encontraron mayor prevalencia de clase III de Kennedy y también con **Dau R. et al. (2016)** con mayor prevalencia de clase I (28.3%).

Con respecto a las modificaciones nuestro estudio encontró que del total de la población con edentulismo parcial hubo alta prevalencia de la modificación 1 en la clase III (47.5%). Esto se asemeja a la alta prevalencia de la modificación 1 en la clase III encontrada en las investigaciones de **Cedeño M. (2014)** (41.35%), **Corpuna A. (2012)** (maxilar superior 44,68% y maxilar inferior 48,7%) y con valores inferiores pero mayor prevalencia con **Vega L. (2017)** (maxilar inferior 27.1%), **Barba S. (2014)** (maxilar superior 15,5% y maxilar inferior 24,2%) y **Rodríguez C. (2013)** (maxilar superior 37% y maxilar inferior 35,5%). En la clase II nuestra mayor prevalencia de modificaciones fue la modificación 3 (50%) que no coincide con el valor encontrado por **Cedeño M. (2014)** que encontró mayor prevalencia de la modificación 1 (33.85%). Para la clase I encontramos mayor prevalencia de la modificación 2 (47.9%), que tampoco coincide con el estudio realizado por **Cedeño M. (2014)** que encontró más prevalente la modificación 1 (40.96%) en esta clase. Sobre las modificaciones además, **Cisneros del Águila et al. (2014)** encontró que todas las clases de Kennedy presentaron 3 modificaciones y para **Loja C. y Rodas B. (2017)** predominó la modificación 1 (maxilar superior 34.5% y maxilar inferior 37.5%).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy que se presentó con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy con un 39,3%, seguida de la clase I con un 32%, clase II con un 26,7%, y la una clase IV con un 2%.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar superior que se presentó con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy con un 36.9%, mientras que en el maxilar inferior también se presentó la clase III de Kennedy con un 40.4%.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y edad, se presentó con mayor frecuencia la clase I de Kennedy en personas de 50 a 59 años de edad con un 58.3%, mientras que la clase II se presentó con una mayor frecuencia en personas de 40 a 49 años con un 52.5%. Así también, la clase III de Kennedy se presentó con mayor prevalencia en personas de 30 a 39 años de edad con un 52.5% y por último la clase IV de Kennedy se presentó con mayor frecuencia en un 100% en personas de 50 a 59 años de edad.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el género masculino se presentó con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy con un 45.7%, mientras que en el género femenino se presentó con la misma prevalencia tanto la clase I y la clase III de Kennedy con un 33.75% para ambas clases.
- La prevalencia de edentulismo parcial según la clase I de Kennedy presentó una modificación I con un 47.9%, mientras que la clase II de Kennedy presentó en un 50% una modificación III. Y por último la clase III de Kennedy presentó una modificación I con un 47.5%.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda realizar estudios similares sobre edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y su relación con la disfunción temporomandibular.
- Se recomienda realizar estudios sobre la necesidad de tratamientos en pacientes edéntulos parciales y totales.
- Ampliar la muestra en otras investigaciones para tener estudios más representativos que puedan aportar más datos.
- Incentivar estudios similares en el pregrado que puedan mayores conocimientos en el área de rehabilitación.
- Se recomienda que los profesionales del área de radiología con rehabilitación puedan manejar casuísticas similares que permitan conocer más sobre el tema.
- Realizar más trabajos sobre prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy para poder diseñar programas de rehabilitación oral en campo de la salud pública estomatológica.
- Promover más sobre estas investigaciones que aporten a la elaboración de políticas de salud pública estomatológica.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

6.1. Referencias bibliográficas

1. Loja CC. y Rodas BM. Prevalencia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016. [Tesis para optar el título de odontólogo]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
2. Rodríguez CA. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 Años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016, [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
3. Vega LE. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis para obtener el grado de bachiller en Estomatología]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
4. Cargua JN. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Quito: Universidad de las Américas; 2016.
5. Avendaño EM. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
6. Dau R, Ortiz E, Mazzini F, Egas JL, Rodríguez K. Análisis de la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos. Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. 2016; 3(2):19-27.
7. Anderson MM. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chiclayo: la Universidad Señor de Sipán; 2016.
8. Veas HV. Estudio del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral durante el periodo 2013-2014. [Tesis para optar el título de especialista en rehabilitación oral]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.

9. Gutierrez-Vargas V., León-Manco R., Castillo-Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev. Estomatológica Herediana*. 2015; 25(3):179-186.
10. Cedeño MC. Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014. [Tesis para optar el título de odontólogo]. Manabí: Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2014.
11. Barba SY. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo-julio 2014. [Tesis para optar el título de odontólogo]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2014.
12. Cisneros del Águila MC., Sandoval AV, Lozano HF. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. *Rev. Científica Alas Peruanas*. 2014; 1(1):1-18
13. Rodríguez CL. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche. [Tesis para obtener el grado de bachiller en Estomatología]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
14. Corpuna AE. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud de Belenpampa Cusco-2012. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2012.
15. Vanegas ME. (2016). Prevalencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Cuenca. [Tesis para optar el título de especialista en rehabilitación oral]. Cuenca: Universidad De Cuenca; 2016.
16. Poveda AP. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital: Jacob & María Ratinoff. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
17. Santilli I. Naturalización del Edentulismo en Poblaciones Vulnerables. Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy. Argentina. *Revista FOUNT*. 2015; 33(1): 29 – 33.

18. Mariñas J. Grado de disfunción temporomandibular en pacientes edéntulos parciales, portadores y no portadores de prótesis parcial removible, atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
19. Moses AX. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013. [Tesis para optar el título profesional de: cirujano dentista]. Lima: Universidad peruana de ciencias aplicadas 2014.
20. Serna LK. Riesgo de caries dental en pacientes de 6 a 12 años de edad atendidos en la clínica estomatológica pediátrica de la Universidad Alas Peruanas aplicando el programa Cariograma de Bratthall. [Tesis para obtener el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2010.
21. Ttito RE. Relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural a la atención dental en pobladores de 18 a 64 años de edad de la capital del distrito de Acora-Puno, 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2015.
22. Catala M, Cortes O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. *An Pediatr Contin.* 2014; 12(3):147-51.
23. Urbano D, Arias L, Martinez D, Lopez K, Jaramillo A, Arango M. Detección de caries en primeros molares permanentes en escolares en una Institución de Cali, 2012. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología.* 2014; 5(14).
24. Atarama ME. Relación entre la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Arequipa: Universidad Católica Santa María; 2016.
25. Espinoza JC. Rehabilitación oral con prótesis total y prótesis parcial removible en un paciente con síndrome combinado de Kelly. [Caso clínico para optar el título de cirujano dentista]. Quito: Universidad Internacional del Ecuador; 2013
26. Tirado LR, González FD, Sir FJ. Uso controlado de los rayos X en la práctica odontológica. *Rev Cienc Salud.* 2015; 13(1):99-112.
27. Gonzales B. La ortopantomografía en el diagnóstico de la simetría mandibular en niños en dentición mixta con y sin mordida cruzada. [Tesis para optar el título

- profesional de: cirujano dentista]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
28. Acha J. Hallazgos Patológicos en radiografías panorámicas previas al tratamiento de Ortodoncia en el Hospital Central FAP en el año 2012 – 2013. [Tesis para optar el título profesional de: cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
 29. Rimachi DB, Rojas LL. Factores asociados al edentulismo en pacientes atendidos en la clínica de la facultad de odontología UNAP 2004 – 2014”. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Iquitos: Universidad de la Amazonia Peruana; 2016.
 30. Carrera JM. Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H “Sol naciente” del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
 31. Delgado AP, Calero JA. Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésicos en una muestra poblacional en Santiago de Cali entre los años 2008-2014. *Revista Gastrohnutp*. 2015; 17(2): 81-86.
 32. Lagos ER. Determinación de la actividad antibacteriana *in vitro* del aceite esencial *Thymus vulgaris L.* “Tomillo” frente a *Porphyromonas gingivalis* ATCC 33277 causante de gingivitis. [Tesis para optar el título de Químico Farmacéutico] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2012.
 33. Iglesias CG, Navas JP, Saavedra EG. Estudio comparativo de prótesis acrílicas y prótesis flexibles en edéntulos parciales. . [Tesis para optar el grado de Doctor en odontología]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2007.
 34. Gramal MP. Relación del acceso a la atención dental con el edentulismo en la comunidad de Peguche de la provincia de Imbabura. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2014.
 35. Felipe VC, Vergara C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013. *Rev Chil Salud Pública*. 2014;18 (3): 257-262.
 36. Gutierrez VL, León RA, Castillo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Herediana*. 2015; 25(3):179-86

37. Reinoso MC. Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad de las Américas durante el periodo setiembre 2015 – febrero 2016”. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Quito: Universidad de las Américas; 2016.
38. Lopez JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
39. Ríos LA, Torres Vásquez. Frecuencia de interferencias oclusales en pacientes edéntulos parciales clase iii de Kennedy que acuden a una clínica Odontológica Universitaria. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016.
40. Arcentales YC. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis removible que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante el período de enero a junio 2015. [Tesis para optar el título profesional de: cirujano dentista]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015.

6.2. Anexos

ANEXO N° 1

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *VILLAVICENCIO GALLARDO PEDRO*
- 1.2 Cargo de institución donde labora: *JEFE del Dpto. de ODONTOESTOMATOLOGIA Hospital MARIA AUXILIADORA*
- 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: *ficha*
- 1.4 Auto(es) del instrumento: *Bach Heidy Fanny Cardova Borda*
- 1.5 Título de la Investigación: *Reevaluación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 20 a 59 años del centro de imágenes estomatológicas IRL, Lima 2017*

I. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductos observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					X
6. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
7. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					X
8. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

Coefficiente de validez = (1XA) + (2XB) + (3XC) + (4XD) + (5XE) = 0 97

40

II. **CLASIFICACIÓN GLOBAL** (ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

III.

CATEGORIA	Intervalo
Desaprobado	(0,00-0,60)
Observado	<0,60-0,70)
Aprobado	<0,70-1,00)

IV **OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

25 de *Enero* del 2018

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Sede en Miraflores
 MEd. ESP PEDRO M. VILLAVICENCIO GALLARDO
 JEFE DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA
 CUP 3008 FOLIO 370 - 4/17

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Vilchez Bellido Dina*
 1.2 Cargo de institución donde labora: *Docente - U. Wiener*
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: *ficha*
 1.4 Auto(es) del instrumento: *Bach. Heydi Fanny Córdova Borda*
 1.5 Título de la Investigación: **"PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DEL CENTRO IMAGENES ESTOMATOLOGICAS IRL, LIMA 2017"**

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				X	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductos observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				X	
6. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
7. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				X	
8. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realce el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

I. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

$$\text{Coeficiente de validez} = (1XA) + (2XB) + (3XC) + (4XD) + (5XE) = 08$$

40

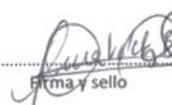
- II. **CLASIFICACIÓN GLOBAL** (ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

III.

CATEGORIA	Intervalo
Desaprobado	(0,00-0,60)
Observado	<0,60-0,70)
Aprobado	<0,70-1,00)

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

..... *24* de *Enero* del 2018


 Firma y sello
 Dina Vilchez Bellido
 Cirujano - Dentista
 C.O.P. 12617

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Dr. Jorge Luis Mezzich Gálvez*
 1.2 Cargo de institución donde labora: *Docente*
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: *ficha*
 1.4 Auto(es) del instrumento: *Bach. Heydi Fanny Córdova Borda*
 1.5 Título de la Investigación: "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DEL CENTRO IMAGENES ESTOMATOLOGICAS IRL, LIMA 2017"

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					/
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductos observables					/
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					/
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				/	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					/
6. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					/
7. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					/
8. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación					/
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realce el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

I. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

$$\text{Coeficiente de validez} = (1XA) + (2XB) + (3XC) + (4XD) + (5XE) = 0.97$$

40

II. **CLASIFICACIÓN GLOBAL** (ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

III.

CATEGORIA	Intervalo
Desaprobado	(0,00-0,60)
Observado	<0,60-0,70)
Aprobado	<0,70-1,00)

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

..... *22* de *Enero* del 201*8*



.....
Firma y sello

.....
Jorge L. Mezzich Gálvez
Doctor en Salud Pública
COP 10071 RNE 167

ANEXO N° 2

Lima, 23 de febrero de 2018

Solicito: Carta de presentación
para la ejecución del proyecto de
tesis

Dra. BRENDA VERGARA PINTO
Directora EAP de Odontología
Universidad Privada Norbert Wiener

De mi especial consideración

Yo, **Cordova Borda Heydi Fanny**; bachiller en Odontología, identificada con **DNI 44060378**, domiciliada en la Calle Monte Abeto N° 1034 Urbanización Monterrico – Surco, con Código de Matrícula a2011100302.

Solicito se me otorgue la carta de presentación para ejecutar el proyecto de tesis que lleva por nombre: **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS DEL CENTRO “IMÁGENES ESTOMATOLÓGICAS” EIRL, LIMA 2017”**

Dicha carta de presentación debe ser dirigida al siguiente encargado:

- Dr Jorge Beltran Silva. Director del Centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL – San Borja, Lima.

Con el fin de darme facilidades para realizar dicha investigación.

Agradeciendo la atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal

Atentamente,



Cordova Borda Heydi Fanny
DNI 44060378
Bachiller de Odontología UPNW

 Universidad Norbert Wiener	
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	
Fecha: 23.02.18	Hora: 5:18
Cód: 1587	Firma: 

706 5555
Angela 319
Jorge Beltran G.



**Universidad
Norbert Wiener**

Lima, 28 de Febrero del 2018

CARTA N° 071- 02- 007 - 2018-DFCS-UPNW

Dr
JORGE ARTURO BELTRAN SILVA
Director del Centro "Imágenes Estomatológicas" EIRL.
San Borja Lima

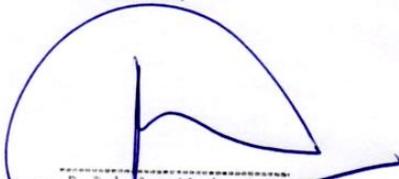
Presente.-

De mi consideración.

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Señorita **CORDOVA BORDA HEYDI FANNY**, con DNI N° 44060378 código a2011100302, Bachiller de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener **EAP de ODONTOLOGIA**, quien solicita efectuar la recolección de datos para su proyecto de investigación titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS DEL CENTRO "IMÁGENES ESTOMATOLÓGICAS EIRL", LIMA 2017, Por lo que le agradeceríamos su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,



Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

B.V.P

ANEXO N° 3

ACEPTACIÓN DEL CENTRO "IMÁGENES ESTOMATOLÓGICAS" EIRL PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 28 de Febrero del 2018

CARTA N° 071- 02- 007 - 2018-DFCS-UPNW

Dr.,
JORGE ARTURO BELTRAN SILVA
Director del Centro "Imágenes Estomatológicas" EIRL.
San Borja – Lima

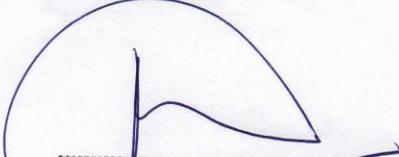
Presente.-

De mi consideración.

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Señorita **CORDOVA BORDA HEYDI FANNY**, con DNI N° 44060378 código a2011100302, Bachiller de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener **EAP de ODONTOLOGIA**, quien solicita efectuar la recolección de datos para su proyecto de investigación titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS DEL CENTRO "IMÁGENES ESTOMATOLÓGICAS EIRL", LIMA 2017, Por lo que le agradeceríamos su gentil atención al presente.

Sin otro en particular, me despido.

Atentamente,


Dr. Pedro Jesus Mendoza Arana
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

B.V P

ANEXO N° 4

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DE PACIENTES EDÉNTULOS PARCIALES

N° de Radiografía panorámica	Clasificación de Kennedy								Edad	Género	Ubicación de zona edéntula	
	Clase I	mod	Clase II	mod	Clase III	mod	Clase IV	mod			Maxilar Superior	Maxilar inferior
	1											
2												
3												
4												
5												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
.												
148												
149												
150												

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS DEL CENTRO “IMÁGENES ESTOMATOLÓGICAS” EIRL, LIMA 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
	Objetivo General:				
¿Cuál será la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017?	Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017.	El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal.	1. Del total de la población que presenta edentulismo parcial, el 32% presenta una clase I de Kennedy, el 26,7% una clase II, el 39,3% una clase III y el 2% una clase IV de Kennedy. 2.- Del total de la población que presenta edentulismo parcial en el maxilar superior, el 23.9% presenta una clase I de Kennedy, el 32.6% una clase II, el 36.9% una clase III y el 6.6% una clase IV de Kennedy. Mientras que en el maxilar inferior el 35.6% presenta una clase I de Kennedy, el 24% una clase II, el 40.4% una clase III y el	1.La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy que se presentó con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy con un 39,3%, seguida de la clase I con un 32%, clase II con un 26,7%, y la una clase IV con un 2%. 2.- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar superior que se presentó con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy con un 36.9%, mientras que en el maxilar inferior también se presentó la clase III de Kennedy con un 40.4%. 3.- La prevalencia de edentulismo parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda realizar estudios similares sobre edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y su relación con la disfunción temporomandibular. • Se recomienda realizar estudios similares sobre edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y su relación con la disfunción temporomandibular. • Se recomienda realizar estudios sobre la necesidad de tratamientos en pacientes edéntulos parciales y totales. • Ampliar la muestra en otras investigaciones para tener estudios
	Objetivos específicos:	Población y Muestra			
	1. Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL según ubicación del maxilar. 2. Determinar la prevalencia de	<p>Población: Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL.</p> <p>Muestra: 150 Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales del centro</p>			

	<p>edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según edad.</p>	<p>“Imágenes Estomatológicas” EIRL.</p>	<p>0% una clase IV de Kennedy.</p>	<p>según la clasificación de Kennedy y edad, se presentó con mayor frecuencia la clase I de Kennedy en personas de 50 a 59 años de edad con un 58.3%, mientras que la clase II se presentó con una mayor frecuencia en personas de 40 a 49 años con un 52.5%. Así también, la clase III de Kennedy se presentó con mayor prevalencia en personas de 30 a 39 años de edad con un 52.5% y por último la clase IV de Kennedy se presentó con mayor frecuencia en un 100% en personas de 50 a 59 años de edad.</p>	<p>más representativos que puedan aportar más datos.</p>
	<p>3. Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según género.</p> <p>4. Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, según número de modificaciones.</p>		<p>3.- Del total de la población que presenta edentulismo parcial clase I de Kennedy el 58.3% presenta de 50 a 59 años de edad, mientras que del total de pacientes que presentaron una clase II de Kennedy el 52.5% presento tener de 40 a 49 años. Por otro lado del total de personas que presentaron una clase III de Kennedy el 52.5% presenta de 30 a 39 años de edad. Asimismo, del total de personas que presentan una clase IV de Kennedy el 100% posee una de edad entre los 50 a 59 años.</p> <p>4.- Del total de la población de género masculino, el 30% presenta una clase I de Kennedy, el 24.3% una clase II y el 45.7% una clase III de Kennedy, Mientras que del total de la población de género femenino el 33.75%</p>	<p>4.- La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el género masculino se presentó con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy con un 45.7%, mientras que en el género femenino se presentó con la misma prevalencia tanto la clase I y la clase III de</p>	<p>• Incentivar estudios similares en el pregrado que puedan mayores conocimientos en el área de rehabilitación.</p>

			<p>presenta una clase I de Kennedy, el 28.75% una clase II, el 33.75% una clase III y el 3.75% una clase IV de Kennedy.</p> <p>5.- Del total de la población con edentulismo parcial clase I de Kennedy, el 47.9% presenta una modificación II, mientras que del total de pacientes que presentaron una clase II de Kennedy, el 50% presenta una modificación III. Por otro lado del total de personas que presentaron una clase III de Kennedy el 47.5% presenta una modificación I.</p>	<p>Kennedy con un 33.75% para ambas clases.</p> <p>5.- La prevalencia de edentulismo parcial según la clase I de Kennedy presentó una modificación I con un 47.9%, mientras que la clase II de Kennedy presentó en un 50% una modificación III. Y por último la clase III de Kennedy presentó una modificación I con un 47.5%</p>	
--	--	--	---	---	--