



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

“FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 1999-2016”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

AUTOR: Bach. SALAZAR CALERO, LUCY SONIA

ASESORA: CD. Esp. HAYDEE G. LUJÁN LARREATEGUI

LIMA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por su incondicional amor para conmigo.

A mi esposo Luis por su compañía, amor y apoyo en todo el desarrollo de mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Hospital Militar Central por la oportunidad brindada para la elaboración del estudio.

A mi asesora, la Dra. Giovana Lujan por su paciencia y apoyo en el desarrollo de esta tesis.

Asesora de tesis

CD. Esp. Rehabilitación Oral

Haydee G. Lujan Larreategui

JURADO

Presidenta

Mg.CD. Rosa Isabel, Mezarina García

Secretario

Mg. CD. Esp. Rolando Martín, Gómez Villena

Vocal

CD. Esp. Armando del Castillo Ayquipa

ÍNDICE

INDICES DE TABLAS	9
INDICE DE GRAFICOS.....	11
RESUMEN.....	13
SUMMARY	14
CAPITULO I: EL PROBLEMA	15
1.1. Planteamiento del Problema.....	16
1.2. Formulación del Problema	18
1.3. Justificación	18
1.4. Objetivo	19
1.4.1. General	19
1.4.2. Específicos	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 . Antecedentes.....	22
2.2 . Base Teórica.....	30
2.3. Hipótesis.....	45
2.4. Variables e Indicadores	45
2.5. Definición Operacional de Términos.....	46
CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO	48
3.1. Tipo de Investigación	49
3.2. Población y Muestra.....	49
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	51
3.4. Plan de Procesamiento y Análisis de Datos.....	51
3.5. Aspectos Éticos.....	52
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	53
4.1. Resultados	54
4.2. Discusión.....	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
5.1. Conclusiones	74
5.2. Recomendaciones	75
REFERENCIAS	77
ANEXOS	88
Anexo N° 1	89

Anexo N° 2	91
Anexo N° 3	92
Anexo N° 4	97
Anexo N° 5	98
Anexo N° 6	100

INDICES DE TABLAS

Tabla N° 1: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior en Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	54
Tabla N° 2: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.....	56
Tabla N° 3: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	58
Tabla N° 4: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	60
Tabla N° 5: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	62
Tabla N° 6: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.....	64
Tabla N° 7: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	66

Tabla N° 8: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016 68

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1: Frecuencia Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior en Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.....	55
Grafico N° 2: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.....	57
Grafico N° 3: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	59
Grafico N° 4: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	61
Grafico N° 5: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	63
Grafico N° 6: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	65
Grafico N° 7: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016	67

Grafico N° 8: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016 69

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia de edentulismo parcial en los maxilares de los pacientes que fueron atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016. Se evaluó la frecuencia de edentulismo parcial empleando la clasificación de Kennedy y sus modificaciones; para la recolección de datos se utilizó una ficha donde se registraron las piezas dentales presentes y ausentes encontrados en la historia clínica.

La muestra estuvo conformada por 2,007 historias clínicas; el estudio fue de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Entre los resultados encontramos mayor frecuencia de edentulismo parcial clase III estricto de Kennedy en el maxilar superior e inferior. En el maxilar superior el sexo masculino presentó mayor frecuencia de edentulismo parcial clase III estricto de Kennedy con 20,7%; y en el maxilar inferior fue de 15,7%; las edades de 40-49 años presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III estricto de Kennedy en ambos maxilares, la ocupación Militar presentó edentulismo parcial con la clase III estricto de Kennedy en el maxilar superior con 18,1% y en el maxilar inferior 12,2%.

De la investigación se concluye que la clase III de Kennedy fue la clasificación más frecuente encontrada en ambos maxilares de los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central.

Palabras clave: Edentulismo parcial, clasificación de Kennedy.

SUMMARY

The objective of the present investigation was to determine the frequency of partial edentulism in the jaws of the patients who were attended in the Stomatology Department of the Central Military Hospital in the years 1999-2016. The frequency of partial edentulism was evaluated using the Kennedy classification and its modifications; A file was used to collect the data where the present and missing dental pieces found in the clinical history were recorded.

The sample consisted of 2,007 clinical histories; the study was descriptive, observational, transversal and retrospective. Among the results, we found a higher frequency of Kennedy Class III strict partial edentulism in the upper and lower jaw. In the upper jaw, the male sex presented a higher frequency of partial edentulism class III strict Kennedy with 20.7%; and in the lower jaw it was 15.7%; the ages of 40-49 years showed a higher frequency of partial edentulism with Kennedy's strict Class III in both jaws, the Military occupation presented partial edentulism with strict Kennedy class III in the maxilla with 18.1% and in the maxilla lower 12.2%.

The research concludes that Kennedy's Class III was the most frequent classification found in both jaws of patients treated at the Central Military Hospital.

Keywords: Edentulism partial, classification of Kennedy.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El edentulismo parcial y total es un problema que afecta a toda la población a nivel mundial y es más frecuente en países en subdesarrollados; está asociado a factores culturales, políticas públicas y socioeconómicos (1, 2).

En Europa existe una tendencia a disminuir la incidencia de pérdida de dientes; además, el edentulismo varía de un país a otro, entre de regiones geográficas dentro de países, aumenta según la edad debido a múltiples variables (3). Otros estudios que han realizado en países como China, Jordania y Estados Unidos también demuestran la asociación del edentulismo con factores como el nivel educativo, edad, la situación económica, función física, grupos raciales, género, empleo y estado de salud (4, 5,6).

Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012 el 30% de personas a nivel mundial comprendidos entre 65 y 74 años no tienen dientes naturales; ocasionando problemas de salud, sociales y psicológicos (7).

En el Perú el mal estado de salud bucal es un problema de salud pública debido a la alta prevalencia de caries dental con 90,4% (según un estudio epidemiológico a nivel nacional realizado por el Ministerio de Salud entre los años 2001 al 2002) y enfermedad periodontal con 85% (estudio desarrollado en el año 1990); si ambas patologías no se tratan terminan en pérdida dental (8).

El edentulismo parcial es el resultado final de una mala salud bucal; la prevención y promoción no es muy costosa, pero requiere de un compromiso tanto del Estado con políticas de Salud Bucal, de los Profesionales de la Salud y de cada individuo cuando adopta hábitos de autocuidados y controles periódicos. Existen estudios en varios países donde relacionan el edentulismo parcial con enfermedades

sistémicas; es por ello, que no se debe aislar a la cavidad oral del resto de nuestro cuerpo.

El Ministerio de Salud en el periodo 2001-2002 elaboró una encuesta a nivel nacional para medir la calidad de la salud bucal y se encontró que a los 12 años el índice de unidades de dientes cariados, extraídos y obturados (CPOD) fue de 6%; ubicándose el Perú según la Organización Panamericana de la Salud en un país en etapa emergente (9). La información sobre el estado de salud oral es esencial para las decisiones gubernamentales en los programas de cuidado y prevención (10). Hasta la fecha no existen estudios a nivel nacional donde se tengan información sobre la prevalencia del edentulismo parcial. Sin embargo existen algunos estudios sobre el tema; por ejemplo: el trabajo realizado por Carrera, titulado Frecuencia y clase de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en pobladores residentes del asentamiento humano Sol Naciente del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005 (11), además de otros estudios que se detallan en los antecedentes del presente trabajo los cuales nos muestran que existe un problema.

La clasificación de Kennedy es el método más utilizado en la mayoría de países y en el nuestro, pues permite conocer el diagnóstico del paciente edéntulo parcial y las posibles alternativas en el tratamiento. El presente estudio busca identificar la frecuencia de edentulismo parcial mediante la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en el Hospital Militar durante los años 1999-2016.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en los maxilares de los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016?

1.3. Justificación

El presente trabajo nos brindará una información actualizada que podrá servir como base para realizar nuevas hipótesis e interrogantes en otros estudios.

Conociendo la frecuencia de edentulismo parcial mediante la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidos en la clínica odontológica del Departamento de Estomatología del Hospital Militar; permitirá tener un acercamiento objetivo sobre el estado de salud bucal en que se encuentra; para que las autoridades de salud prioricen la aplicación de políticas de prevención, promoción en salud oral y su tratamiento con la rehabilitación; por consiguiente, evitar así que se sigan perdiendo piezas dentarias.

1.4. Objetivo

1.4.1. General

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial en los maxilares de los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016.

1.4.2. Específicos

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior según sexo en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior según sexo en los pacientes atendidos en el

Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior según edad en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior según edad en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior según ocupación en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior según ocupación en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nacionales

Avendaño (2016) realizó en Lima el estudio titulado “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”; el estudio fue de tipo descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo; trabajó con 243 pacientes, 89 hombres y 154 mujeres, con el objetivo de identificar la prevalencia de edentulismo y necesidad protésica. Avendaño encontró la clase I de Kennedy más frecuente con 41,3%. En cuanto a la modificación, la clase I sin modificación obtuvo un 19,5% más que las demás clases; el grupo etario más frecuente fue de 60 a 79 años en las clases I, II y IV; la clase III de Kennedy fue más frecuente entre las edades de 40 a 59 años. El género más frecuente fue el femenino con 63,4% (12).

Atarama (2016) en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa se realizó un estudio titulado: “Relación entre la frecuencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy y el nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la universidad Católica de Santa María. Arequipa. 2016”; fue un estudio descriptivo, observacional prospectivo y transversal; con el objetivo de determinar la frecuencia de edentulismo según clasificación de Kennedy y el nivel de satisfacción de los portadores de prótesis parcial removibles; se analizaron 60 maxilares de pacientes edéntulos parciales; obteniendo como resultado la clase II de Kennedy como la más frecuente con 58,2%; con predominio para el sexo femenino; las edades de 59 a 68 años prevalecieron; la clase IV de Kennedy fue

la menos frecuente con 4,6% y el nivel de satisfacción para la prótesis parcial clase II fue de regular a baja (13).

Gutiérrez (2015) en el asentamiento humano El Golfo de Ventanilla Callao-Lima; realizó un estudio titulado "Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal"; el estudio fue de tipo transversal, descriptivo, observacional; cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y la necesidad de tratamiento protésico; la población fue de 1350 pacientes y la muestra fue 168 pacientes cuyas edades estuvieron entre 18 y 64 años, de los cuales 151 fueron mujeres y 17 hombres. La mayor frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico total y parcial fue 72%, las edades de 41 a 64 años con 92,3% se encontraron mayor frecuencia de edentulismo parcial. La clase III de Kennedy fue la más común para todas las edades. Los pacientes que tenían el grado de instrucción de primaria presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con 81,5%; Gutiérrez también encontró que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en el maxilar superior con 5,3% y en el maxilar inferior con 14,9%; en cuanto a la necesidad protésica el 59,6% y 67,3% requiere tratamiento para maxilar superior e inferior respectivamente (14).

Rodríguez (2013) en Trujillo, realizó un estudio titulado "Prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica Moche"; cuyo estudio fue retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal durante los años 2008-2012, con la finalidad de determinar la prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy,

evaluando 324 historias clínicas (67,28% mujeres y 32,72% hombres) de pacientes adultos entre 20 y 70 años; obteniendo como resultado que la mayor prevalencia fue la clase III de Kennedy en ambos maxilares (85,9% maxilar superior y 53,8% maxilar inferior), la modificación más frecuente fue III.1 tanto para el maxilar superior como inferior con 37% y 35.8% respectivamente, también la clase III de Kennedy prevaleció en ambos sexos y en todos los decenios de vida (15).

Cisneros et al. (2011) realizaron un estudio titulado “Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria”. El estudio fue de tipo descriptivo, en pacientes adultos que acudieron a la clínica docente de la universidad Alas Peruanas, entre los meses de marzo y junio del año 2011; con el objetivo fue determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial, considerando la cantidad de arcadas edéntulas y utilizando la clasificación de Kennedy. La población correspondió a 1614 pacientes, la mayor prevalencia de edentulismo parcial correspondió a la población adulta joven de 31 a 50 años, con predominio del sexo femenino (72,14%), la clase III de Kennedy (52,65%) tuvo la mayor prevalencia en ambos maxilares. La modificación III.1 fue la más frecuente con 14,21% en el maxilar superior y 10,8% en el maxilar inferior; la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de la mayor pérdida dentaria (16).

López (2009) realizó el estudio cuyo título fue “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación oral del centro médico naval Cirujano Mayor Santiago Távara”; el estudio fue de tipo descriptivo, transversal y epidemiológico; en el Departamento de Estomatología del Centro

Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora ,donde se atiende al personal de la Marina de Guerra del Perú y a sus familiares; cuyo objetivo de estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en una muestra de 160 pacientes (90% sexo masculino y 10% sexo femenino) entre los 20 y 90 años de edad. Se obtuvo como resultado que la clase I de Kennedy presentó mayor prevalencia con 38.9%(mayor porcentaje en el maxilar inferior), clase II con 36,7%, clase III con 23.3%, clase IV con 1.1%; en relación al género mostraron mayor preponderancia el sexo masculino con un 90%. Tomando en cuenta las modificaciones, en la mandíbula se encontró a la clase I estricta como la más frecuente con 14,8%.La edad predominante de edentulismo se encuentra entre 50 a 59 años en las clases I, II, III (17).

Carrera (2006) realizó un estudio transversal en pobladores residentes del asentamiento humano (A.A.H.H) Sol Naciente del distrito de Carabaylo-Lima; cuyo título fue “Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H Sol Naciente del distrito de Carabaylo-Lima en el año 2005”; Carrera determinó la frecuencia y la clase de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy. Obtuvo como resultado que en una población de 127 personas (69,3% eran mujeres y 30,7% eran varones) se encontró edentulismo parcial en un 66,1%.En cuanto a la clase de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy se encontró que la clase III de Kennedy era la más frecuente en el maxilar superior con 73% y el maxilar inferior con 67,9%;en cuanto a las modificaciones la más frecuente fue la clase III estricto para ambos maxilares; en el edentulismo según sexo la clase más frecuente en el maxilar superior fue la clase III de Kennedy con 72,2% en mujeres y 75% en

varones, en el maxilar inferior también la clase III de Kennedy fue la más frecuente en mujeres como en varones con 68,5% y 66,7% respectivamente; la frecuencia de edentulismo según edad se encontró en el rango de 40-49 años con 100%, también se fue incrementando la pérdida dental hasta los 49 años; la clase de edentulismo según edad fue la clase III de Kennedy desde el segundo decenio hasta el sexto, seguido de la clase II en el séptimo decenio, en el maxilar inferior predominó la clase III de Kennedy desde el segundo hasta el sexto decenio, seguido está la clase II (11).

2.1.2. Internacionales

Choudhary y col (2016) realizó un trabajo titulado “Clasificación de Kennedy-un estudio realizado en un hospital dental”, que fue llevado a cabo en el Departamento de Prostodoncia del Hospital Dental Pakistán; estudió a 400 pacientes desdentados parciales desde el mes de julio a setiembre del 2015, sus edades fueron de 25 a 75 años; el objetivo del estudio fue de evaluar la frecuencia de edentulismo parcial con la clasificación de Kennedy en relación al género, arcos, edad y ocupación. Se encontró que la clase III de Kennedy fue la más predominante en el arco superior con un 55 % y en el maxilar inferior con un 45%. El sexo masculino presentó mayor proporción de edéntulos parciales en la clase III de Kennedy, las mujeres desempleadas presentaron mayor frecuencia de edentulismo, la clase IV de Kennedy fue la menos frecuente; también se encontró que los grupos de edades de 46 -75 años fue el más frecuente para la clase III de Kennedy (18).

Shubita (2015) realizó el estudio cuyo título fue Evaluación de edentulismo parcial basado en la clasificación de Kennedy en relación con la edad y el género. El estudio fue de tipo descriptivo y observacional realizado en el Departamento de Prostodoncia de la Clínica Diagnóstica del Centro de Salud de Aman en Jordania; realizó la evaluación de edentulismo parcial basado en la clasificación de Kennedy en relación con la edad y el género de una muestra de 100 personas; 55 varones y 45 mujeres, mayores de 20 hasta los 70 años. La clasificación de Kennedy clase III fue la clase más frecuente en ambos arcos, con un 47,05%, seguido de la clase I de Kennedy ,con 28,1%,luego la clase II de Kennedy con 21,5% y por último la clase IV de Kennedy con un 3,2%.Se encontró que la clase III estricta presenta mayor frecuencia con 33,78% y 25,31% en el maxilar superior e inferior respectivamente; en cuanto al género en el maxilar y la mandíbula la clase III de Kennedy predominó tanto en hombres como en mujeres con un 47.2% y 46,8% respectivamente encontrándose una mayor proporción en varones. Además manifestó que el edentulismo parcial más frecuente fue en el maxilar inferior (19).

Veas H. (2015) realizó un estudio titulado “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”. El estudio fue de tipo observacional descriptivo, realizado en la Clínica de post grado de la Universidad de Guayaquil en Ecuador, con la finalidad de evaluar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy; la muestra fue de 63 pacientes evaluados en la historia clínica durante los años 2013-2014; un 67% presentó edentulismo en un sólo maxilar, 33% bimaxilar; el maxilar inferior

presentó 58% de pérdida dentaria, el género femenino presentó un 84%, en el maxilar superior la clase III de Kennedy presentó 38%, seguido de la clase IV de Kennedy con 23%, en el maxilar inferior la clase I fue la más frecuente con 76% ,la modificación 2 fue la más frecuente con 50% en el maxilar superior y en el inferior fue la modificación 1 con 75%, la edad más frecuente estuvo en el rango 61-70 años con el 37%. Veas manifiesta que cuando el avanza de la edad hay más probabilidades de perder las piezas dentarias debido a que las personas están viviendo más tiempo (20).

D Souza K. et al (2014) realizaron un estudio cuyo título fue “Asociación entre variables sociodemográficas y edentulismo parcial en la población de Goa: Un estudio epidemiológico de la India. El trabajo fue de tipo transversal, en una institución del estado de Goa en la India donde buscaron la relación entre las variables sociodemográficas, factores etiológicos y edentulismo parcial. También evaluaron la prevalencia de las diferentes clases de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy; de un total de 423 individuos, el grupo de edad fue de 14-74 años; la prevalencia de edentulismo parcial fue alta con 76,12%. La mayor prevalencia según sexo fue 54,97% para las mujeres. El estudio presentó mayor frecuencia de edentulismo según rango de edad de 24-34 años en mujeres, el 51,24% eran desempleados, el 54,97% pertenecía al grupo de ingreso mediano, 58,07% residía en zonas urbanas, 48,45% pertenecía al grupo educativo básico y 54.35% tienen un estado de higiene oral bueno. La clase III de Kennedy con 50,30% fue el tipo más frecuente de edentulismo parcial. Concluyendo que el edentulismo depende de factores sociodemográficos (21).

Cortes V.(2014) realizó un estudio titulado: Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013; el estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal en una población rural en las Islas Butachau Ques y Tac, Quemchi (Chile); con el objetivo de evaluar la prevalencia de edentulismo y la clasificación de Kennedy en personas mayores de 20 años; la muestra estuvo conformada por 88 sujetos (37,9% hombres y 60,3% mujeres) comprendidos entre 20 y 75 años; de los cuales 87,9% presentaron edentulismo parcial, la clase III fue la más frecuente en el maxilar superior con 42% y las clases I y III en el maxilar inferior presentaron 29%, la clase IV fue la menos prevalente. Cortés encontró una alta prevalencia de edéntulos en las islas (22).

Charyeva O. et al (2012) realizaron un estudio titulado Clasificación y opciones de tratamiento según clasificación de Kennedy: estudio de pacientes parcialmente edéntulos tratados en una clínica protésica especializada. El estudio fue de tipo descriptivo realizado en la república de Kazajstán ubicado en Asia Central, utilizando 112 registros de pacientes de una clínica protésica especializada; con el objetivo de determinar la prevalencia de los distintos tipos de edentulismo parcial y el tipo de restauración protésica más comúnmente elegido para tratar a los pacientes. El tipo más frecuente de edentulismo parcial fue la clase III de Kennedy en el maxilar superior con 50,0% y la mandíbula con 41,1%, la clase IV de Kennedy fue la menos frecuente (7,1% en el maxilar superior, del 5,6% en la mandíbula) y el tratamiento más frecuente para el edéntulo parcial fue la prótesis removible (23).

Pellizer E. y col (2012) publicaron un estudio titulado: Frecuencia de prótesis parciales removibles atendidas en la Escuela de odontología de Aracatuba UNESP; El estudio fue de tipo observacional, descriptivo realizado en una Clínica durante el año 2000 hasta el 2007 en la escuela de Odontología de Aracatuba, SP Brasil; se estudiaron 412 historias clínicas con mayor prevalencia en mujeres 64,1%;el objetivo fue evaluar la frecuencia de confección prótesis parcial removible; el 41,90% fueron prótesis parciales confeccionadas para los maxilares superiores y el 58,09% para los maxilares inferiores y la clasificación de Kennedy más frecuente en el maxilar fue clase III y clase I mandibular (24).

2.2.Base Teórica

2.2.1. Edentulismo Parcial

Se define edentulismo parcial a la pérdida de algunas piezas dentarias; siendo el resultado final de un proceso biológico como caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, cáncer oral y los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales, acceso a la atención dental, el costo y las opciones del tratamiento (1).

Según Langlais et al. (2011) la pérdida dental producida por traumatismos son debido a accidentes producidos por deportes o accidentes en vehículos motorizados; y las extracciones dentales se debe principalmente a la caries dental, enfermedad periodontal y también por tratamientos de ortodoncia (25).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe publicado en abril del año 2012 señala que “la caries dental y la enfermedad periodontal son las principales causas de pérdida dentaria a nivel mundial” (7).

La caries dental suele presentarse en las etapas tempranas de la vida y puede mantenerse a lo largo de la etapa adulta. La enfermedad periodontal empieza más tardíamente que la caries dental, cuando las bacterias atacan al periodonto causando movilidad dentaria y posteriormente pérdida de dientes. Ambas patologías pueden llevar al edentulismo parcial o total (26).

El biofilm dental es la principal causa de caries dental y enfermedad periodontal (27); en la cavidad oral se encuentran comunidades de microorganismos los cuales están en un equilibrio dinámico; cuya homeostasis depende de la cantidad de nutrientes, la anatomía de la cavidad bucal, factores inmunológicos y concentraciones oxígeno. Utilizando métodos de clonación y secuenciación del gen 16S rRNA, se ha logrado identificar que una biopelícula puede estar compuesta por 691 taxones (28). La película adquirida que se forma en el esmalte después del cepillado dental está compuesta por albúminas, lisozimas, glicoproteínas, fosfoproteínas y lípidos las cuales luego de algunas horas son invadidas por las bacterias que se encuentran en la cavidad oral; llegando a formar el biofilm la cual se define como microcolonias de bacterias sésiles anaeróbicas y aeróbicas que se encuentran dentro de una matriz o glucocalix y adheridas a una superficie cuyo componente fundamental producto de la lisis bacteriana son los Exopolisacáridos (EPS) que se asocian con iones metálicos y cationes bivalentes para interactuar con los antimicrobianos logrando así que éstas queden atrapados sobre la matriz sin poder actuar contra las bacterias (29).

Si se elimina el biofilm no habrá una proliferación en el número normal tolerable por el huésped y no se desarrollará la enfermedad; el consumo excesivo de carbohidratos ocasiona formación de ácidos producidos por bacterias principalmente gram-positivos ocasionando caries dental. Un aumento del biofilm supra y subgingival principalmente por bacterias anaeróbicas proteolíticas ocasionará gingivitis, periodontitis crónica o agresiva conllevando a pérdida dental (30).

Según Cunha J. et al: “El edentulismo es el marcador final de la carga de la enfermedad para la salud bucal” (31).

2.2.2. Epidemiología de Pérdida de Dientes

Europa Oriental y Asia central tienen un buen nivel de salud dental, mientras que en las regiones bajas y medias de África, Asia y América Latina es todo lo contrario; debido a la falta de programas preventivos, escasez de profesionales de la salud en el sector estatal, así como la limitación de tratamientos que brinda; por lo cual el paciente opta por la extracción dentaria para aliviar su molestia llegando de esta manera a la pérdida dentaria (32).

Sin embargo, el edentulismo aunque está disminuyendo a nivel mundial, aún sigue siendo un problema de salud bucal especialmente en los adultos mayores (33).

En los Estados Unidos hasta el año 2012 el edentulismo bajó a 4,9% y se encontró una alta prevalencia donde existía un mayor índice de pobreza, con bajo nivel de ingresos en el hogar (34).

En Brasil el edentulismo ha disminuido en los adolescentes y adultos de mediana edad, pero ha aumentado en los adultos mayores y seguirá aumentando en las próximas décadas (35).

El Perú no cuenta con datos oficiales a nivel nacional sobre la prevalencia de edentulismo, pero existen estudios de poblaciones pequeñas las cuales son de carácter empírico y señalan que existe una alta tasa de edentulismo, especialmente en personas mayores (36); para solucionar éste problema el Ministerio de salud, ha venido realizando actividades preventivo promocionales mediante la confección de prótesis totales y parciales para mejorar la salud bucal y la calidad de vida de los peruanos; para ello en el año 2008 desarrolló el plan “sonríe siempre” dirigido a adultos mayores y madres gestantes pobres, en el periodo 2012-2015 el programa “Vuelve a sonreír” el cual se extendió hasta el 2016 con escolares y adultos mayores de pobreza y extrema pobreza (37).

2.2.3. Consecuencias del Edentulismo Parcial en la Salud Oral

2.2.3.1. Modificación de la fisiología normal

El hueso alveolar presenta un doble origen: Periodóntico que crece por aposición a partir del ligamento periodontal y medular que se forma por osteoblastos presentes. La remodelación constante del tejido óseo es consecuencia de su actividad metabólica. El tejido óseo mediante las fuerzas de presión provocan resorción de la matriz, las fuerzas de tensión estimula la formación de tejido óseo nuevo. En los dientes que han perdido su antagonista se produce un adelgazamiento de las corticales, con la disminución de la extensión y grosor de las trabécula; el espacio periodontal sufre adelgazamiento (38).

Cuando se pierde un diente, la anchura del hueso disminuye en un 25% durante el primer año posterior a las extracciones realizadas (39).

En individuos sanos la pérdida ósea que se produce en el esqueleto, con la edad no parece afectar a los maxilares, ni siquiera, en el periodo post menopáusico de la mujer. Aunque se produzca una pérdida de masa ósea con el aumento de la edad, no se encuentran cambios en la estructura trabecular ni aumento de pérdida de la Inserción, por lo tanto, aunque con cierta controversia, el mantenimiento del hueso alveolar está relacionado con factores locales, con la conservación del diente en su alveolo y con la salud del periodonto (40).

2.2.3.2. Alteración de la Función Masticatoria

La digestión empieza en la cavidad oral con la masticación; mientras se tritura los alimentos, la saliva hidrolisa los carbohidratos, ablanda y lubrica el bolo alimenticio para facilitar así la deglución (41).

La función masticatoria promedio es de 45 Kg/molar en jóvenes, es menor en las mujeres que en los hombres y los molares realizan 2/3 de la masticación a diferencia de los incisivos y premolares que realizan 1/3 de la masticación (42). La masticación se debe de realizar 15 a 20 veces para que los nutrientes sean absorbidos; por lo cual, cuando el paciente tiene una disminución en el número de sus piezas dentarias va a presentar una discapacidad masticatoria (43).

La Organización Mundial de la Salud, desde el año 1982 propone conservar como mínimo 20 dientes para mantener la función masticatoria (44).

2.2.3.3 Pérdida Dentaria Como Determinante de la Salud Oral

A medida que se pierden los dientes el sistema estomatognático sufre cambios; tales como, desórdenes miofuncionales, desórdenes del ATM, lesiones de los tejidos duros del diente, enfermedad periodontal, problemas mucogingivales, pérdida de reborde alveolar, migraciones dentarias, alteraciones del plano oclusal, desgaste oclusal, pérdida de dimensión vertical, colapso de la mordida posterior y problemas estéticos (45, 46).

La encía adherida y queratinizada va disminuyendo a la medida que el hueso alveolar se pierde; ocasionando aparición de puntos dolorosos ante la utilización de prótesis, también la lengua aumenta de tamaño ocasionando inestabilidad de la prótesis y disminución del control neuromuscular (47).

Cuando las piezas dentarias faltantes son remplazadas con prótesis parcial también presentan efectos negativos, tales como la reparación de los pilares del 60% a los 5 años y del 80% a los 10 años así como pérdida de los pilares en un 44% a los 10 años, también la pérdida acelerada del hueso alveolar en la región edéntula (48, 49).

2.2.4 Consecuencia del Edentulismo en la Salud General y la Calidad de Vida

La salud bucal tiene un impacto en la salud general y la calidad de vida (50).

La pérdida de dientes y la disminución de la dimensión vertical oclusal, afecta la parte estética en el paciente, la alteración del habla, las actividades sociales se

vuelven restringidas, afectando la calidad de vida y logrando insatisfacción psicológica (51).

La desnutrición y la obesidad están directamente relacionadas con el edentulismo (1,33). Los pacientes edéntulos sin rehabilitación protésica total o parcial desarrollan mal estado nutricional con un déficit proteínico y disminución de consumo de fibras y antioxidantes en la dieta; llevando al aumento de reactivos inflamatorios como la proteína C reactiva, interleucina-6, fibrinógeno y factor VIII los cuales están asociados con un mayor riesgo de enfermedades coronarias y derrame cerebral. Existe una relación entre osteoporosis y edentulismo, debido que comparten algunos elementos de riesgo y ambos son de origen multifactorial (52).

Los pacientes con diabetes mellitus no controlados tienen una alta probabilidad de presentar una enfermedad periodontal moderado o grave que ocasiona la pérdida de piezas dentales (53). Un estudio encontró que los adultos mayores edéntulos totales tenían más 4,06 veces de desarrollar diabetes tipo 2 (54).

El edentulismo y la diabetes se relacionan a través de la periodontitis que es una inflamación crónica asociada a una hiperglucemia prolongada que va producir una glucosilación avanzada (AGEs) cuyos productos finales se acumulan en los tejidos, plasma, vasos sanguíneos, tejido gingival (en mayor cantidad en pacientes diabéticos), causando degradación del tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar (55); el asma se relaciona con el edentulismo porque el uso de corticosteroides inhalados podrían contribuir al aumento de la reabsorción alveolar; la neumonía está relacionado con el edentulismo debido al ingreso de bacterias a las vías respiratorias provenientes de las prótesis parciales removibles mal mantenidas; también se asocian con el edentulismo las enfermedades

relacionadas con la obesidad debido a la dieta alta en carbohidratos y grasas (1); para los más jóvenes se relaciona con la depresión y la autopercepción de la salud (56,57, 58).

2.2.5 Tratamiento del Paciente Edéntulo Parcial

Las alternativas de tratamiento del paciente edéntulo parcial pueden ser: Rehabilitación con implantes óseos integrados, prótesis parcial fija o prótesis parcial removible.

2.2.5.1 Prótesis Dentosoportada

Cuando el paciente presenta dientes anteriores y posteriores al espacio edéntulo, entre las opciones de tratamiento que se consideran son: las dentaduras parciales soportadas por dientes naturales, las dentaduras parciales removibles y las dentaduras parciales fijas soportadas por implantes. El tratamiento a seguir depende del número de dientes perdidos, del espacio edéntulo y la localización. El diseño de las prótesis parciales removibles es variada y su finalidad es lograr la estabilidad, soporte y retención. En la prótesis dentosoportada los dientes pilares son los que dan estabilidad y soporte frente a las cargas funcionales, logrando una estabilidad bien controlada como la de una prótesis fija. Esto se consigue realizando un soporte vertical positivo (preparación de apoyos o topes) y un ángulo de desalajo restringido (planos guía opuestos). Los ganchos de las dentaduras parciales removibles abrazan más de la mitad de la circunferencia del diente para mantener la prótesis en posición frente a las cargas horizontales de la masticación (59).

2.2.5.2 Prótesis Dento y Mucosoportadas

En pacientes edéntulos parciales con extremos libres, la estabilidad funcional va a ser proporcionada por la cresta residual y las piezas dentarias; las fuerzas de la masticación deben distribuirse entre los dos tejidos con una diferencia marcada en el grado de desplazabilidad. La ausencia de la retención directa en la parte posterior de la base, como el grado de desplazabilidad de los tejidos son los responsables de que las fuerzas verticales y horizontales logren la rotación de la prótesis la cual se realiza alrededor de tres ejes imaginarios: 1) Línea de fulcro, que pasa a través de los descansos de los pilares más posteriores. 2) Eje longitudinal, que pasa por el apoyo oclusal en el diente vecino al espacio edéntulo y por la cresta residual. 3) Eje vertical perpendicular al plano horizontal, que se encuentra cerca de la línea media por lingual de los incisivos superiores o inferiores (60). El diseño y la adaptación de la base debe estar enfocado en minimizar los movimientos antes descritos; con el fin de evitar estos movimientos, se pueden emplear implantes en la parte posterior del reborde alveolar residual, lo cual, lo convierte en una prótesis parcial removible implantosoportada, pero existe algunas contraindicaciones para no recurrir al tratamiento de prótesis parcial removible implantosoportada tales como: factores sistémicos, anatómicos como la ubicación del nervio dentario y el seno maxilar, también el factor económico es determinante en el momento de elegir el mejor tratamiento (61).

2.2.6 Índice de Diagnóstico Prostodóntico del Paciente Edéntulo Parcial(62)

El Colegio Americano de Prostodoncistas establece la clasificación de los pacientes edéntulos parciales basados en la complejidad del tratamiento que se

establece de acuerdo al diagnóstico. Se evalúa 4 criterios diagnósticos: 1) Localización y extensión del área edéntula. 2) Dientes pilares. 3) Oclusión. 4) Características del reborde residual alveolar. Los cuatro criterios clasifican al paciente como: clase 1(ideal), clase 2(alteración media), clase 3(alteración avanzada), clase4 (alteración severa).

Criterio1: Localización y extensión del área edéntula

Clase 1: Edentulismo parcial en un sólo arco, espacio edéntulo no mayor a dos incisivos en el maxilar y en la mandíbula espacio edéntulo no mayor a 4 incisivos; espacio edéntulo posterior no debe ser mayor a 2 premolares o una molar.

Clase 2: Espacios edéntulos en maxilar superior e inferior, edentulismo parcial no más grande que 2 incisivos en maxilar y en la mandíbula no mayor que 4 incisivos, brechas posterior no mayor que una molar o 2 premolares.

Clase 3: Brecha edéntula en una o 2 arcos dentarios, espacio edéntulo más grande que 3 dientes anteriores o 2 molares.

Clase 4: Múltiples áreas edéntulas en arcos opuestos.

Criterio 2: Situación de los pilares

Clase 1: No requiere tratamiento protésico.

Clase 2: Pilares en uno o dos sextantes con tejido duro insuficiente para retener o soportar las restauraciones intracoronaes o extracoronaes, requieren terapia adjunta localizada (periodontal, endodóntico, ortodóntico).

Clase 3: Igual que la clase 2, pero afecta a 3 sextantes.

Clase 4: Los pilares están severamente comprometidos

Criterio 3: Oclusión

Clase1: Relación molar clase I.

Clase 2: Requiere terapia localizada adjunta; por ejemplo: ameloplastía. Presenta relación molar clase I.

Clase 3: Requiere restablecer la oclusión completa, pero sin alteración de la dimensión vertical oclusal. Presenta relación molar clase II.

Clase 4: Necesita restablecer la oclusión completa al igual que la dimensión vertical oclusal. Presenta relación molar clase II división 2 y la clase III.

Criterio 4: Características del hueso residual alveolar

Clase1: Altura mandibular mayor a 21mm en las zonas menos alta.

Clase 2: Altura mandibular de 10mm a 20mm en las zonas menos alta

Clase 3: Altura mandibular de 11mm a 15mm en las zonas menos alta

Clase 4: Altura mandibular menor de 10mm a 15mm en las zonas menos alta

Los requisitos estéticos, tratamientos del ATM aumentan la complejidad de la clase 1 y 2. Si presenta edentulismo parcial y total en uno de los maxilares están incluidas en la clase 4.

2.2.7 Indicaciones para una Prótesis Parcial Removible(PPR)

Se recomienda prótesis parcial removible en personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años, debido que en estas edades la pulpa dentaria se encuentra muy desarrollada; cuando existe grandes espacios edéntulos; cuando se encuentre excesiva pérdida ósea; en extracciones recientes con zonas desdentadas extensas; en periodos de espera después de elevaciones sinusales y de colocación de injertos donde el tratamiento final será implantes, en extremos libres unilateral o bilateral en donde no puedan colocarse implantes; cuando exista movilidad dentaria generalizada de tipo 1; por consideraciones económicas (63).

2.2.8. Clasificación de los Arcos Parcialmente Desdentados

Según el concepto de la Prostodoncia, un adecuado método de clasificación debe cumplir los siguientes requisitos: a) Visualización inmediata del tipo de arco dentario, b) Una diferenciación entre prótesis dentosoportada y dentomucosoportada (60).

En la actualidad el sistema más aceptado es del Dr. Edward Kennedy en 1923, el cual ha sido designado como clasificación de Kennedy; las áreas edéntulas adicionales a la clase se denominan espacios de modificación (60).

2.2.8.1. Clasificación de Kennedy

El Dr. Kennedy describió los arcos parcialmente desdentados en 4 clases principales denominadas: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV; el Dr. Applegate en 1960 añadió la Clase V y VI, pero, no son utilizados frecuentemente debido que se requiere de otros criterios de valoración para los pilares (64, 65).

Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (extremo libre bilateral). Con permanencia del grupo anterior. El diseño de la prótesis será dentomucosoportada.

Clase II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre unilateral). Diseño de la prótesis dentomucosoportada.

Clase III: Área edéntula unilateral posterior, con dientes remanentes anterior y posterior a ella. El diseño es una prótesis dentosoportada.

Clase IV: Área edéntulo única anterior y bilateral a los dientes remanentes

(extremo libre anterior). El área edéntula debe comprender ambos lados de la línea media. Pueden faltar los cuatro incisivos o un número mayor que ellos.

2.2.8.2. Reglas de Applegate Aplicables a la Clasificación de Kennedy

Applegate añadió reglas para facilitar el uso de la clasificación de Kennedy (64).

Regla1: La clasificación se debe realizar después de las extracciones de los dientes porque de lo contrario podrían alterar la clasificación original.

Regla 2: Si se ha perdido un tercer molar y no se ha remplazado, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 3: Si existe un tercer molar y se emplea como pilar, se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 4: Si se pierde un segundo molar y no se remplaza, no se debe tener en cuenta en la clasificación.

Regla 5: El área edéntula más posterior es la que determina la clasificación.

Regla6: Las áreas edéntulas que no determinan la clasificación se refieren como modificaciones y se designan por un número.

Regla 7: La extensión de las modificaciones no se tiene en cuenta, solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8: No puede haber modificaciones en la clase IV.

Una gran ventaja del método de Kennedy es que distingue fácilmente la prótesis dentosoportada de la dentomucosoportada.

2.2.8 Componentes de una Prótesis Parcial Removible 66, 67.

La prótesis parcial removible está compuesta por diversos elementos como:

- **Retenedores Directos**

Elementos de la prótesis parcial removible que evitan el desplazamiento de la prótesis pueden ser de 2 tipos:

Ataches de precisión: pueden ser intracoronaes o extracoronaes.

Ganchos: son los más usados se subdividen en 2 grupos: ganchos circulares o supraecuatorial es y ganchos de barra o de proyección vertical.

- **Retenedores Indirectos**

Ayuda a los retenedores directos a prevenir el levantamiento de las bases protésicas, se encuentra en las prótesis de extremos libres .Son útiles para lograr la distribución equitativa de las fuerzas. Los retenedores indirectos pueden ser: Apoyos oclusales, brazo de extensión o plancha lingual.

- **Conectores Mayores**

Conecta todos los componentes de la prótesis. Los conectores mayores para el maxilar superior son: placa palatina parcial, banda palatina simple, banda palatina anterosuperior, placa palatina completa, barra palatina anteroposterior, barra palatina posterior, conector en forma de U; los conectores mayores mandibulares son: barra lingual, doble barra lingual, placa lingual, barra sublingual.

- **Conectores Menores**

Son conectores rígidos que unen los conectores mayores con el resto de la prótesis. Es la unión entre el apoyo con el conector mayor.

- **Bases**

Es el quinto componente de la prótesis, descansa sobre los tejidos blandos brindando soporte, estabilidad y retención. Pueden ser metálicos o de acrílico y deben brindar retención a los dientes artificiales.

- **Dientes artificiales**

Son los elementos que sustituyen a los dientes naturales. Son de gran importancia desde el punto de vista funcional y estético.

2.2.9 Importancia del Uso de la Prótesis Parcial Removible

Optar por el tratamiento de prótesis parcial removible es importante debido a:

1. **Tratamiento más económico**, según Ayuso et al. es la alternativa de tratamiento más económico en comparación con otros más costosos como los implantes dentales osteointegrados (60).
2. **Cuando el paciente no califica como candidato para implantes dentales**, porque presenta una enfermedad sistémica no controlada o el hábito de fumar debido que pueden conllevar al fracaso, independientemente de la edad (68).
3. **Preferencia del paciente por el tipo de tratamiento**, a pesar que en las últimas décadas la Implantología oral ha experimentado un avance y ventajas sobre tratamientos prostodónticos convencionales, queda a elección del paciente el optar por el tipo de tratamiento, además con los implantes dentales

el tratamiento es más invasivo debido que tienen que ser sometidos a una cirugía.

4. Recuperación funcional, estética, masticación del Sistema Estomatognático, la rehabilitación con prótesis parcial removible especialmente para las Clases I y II de Kennedy ayuda a recuperar la dimensión vertical posterior perdida; y la función del sistema estomatognático mejorando así la masticación, digestión oral, fonoarticulación y la alteración de la audición (69).

2.3. Hipótesis

Existe una mayor frecuencia de edentulismo parcial Clase III en los maxilares de los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016.

2.4. Variables e Indicadores

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Edentulismo parcial (Variable de interés)	Cualitativo	Clasificación de Kennedy	Nominal	Clase I,II,III,IV Modificación 1,2,3,4
Sexo (variable interviniente)	Cualitativo	Historia clínica	Nominal	Masculino Femenino

Edad (variable interviniente)	discreta	Historia clínica (DNI)	Razón	≤19 20-29 30-39 40-49 50-60 61-70 71-80 81+
Ocupación (variable interviniente)	cualitativo	Historia clínica	nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Militar(titular) • Militar en retiro(titular) • Jubilado(familiar) • Ama de casa(esposa) • Estudiante(hijo) • Otros

2.5. Definición Operacional de Términos

Edentulismo parcial: ausencia de algunas piezas dentarias en el maxilar superior o inferior las cuales van a formar brechas edéntulas para realizar la clasificación de Kennedy y sus modificaciones.

Sexo: estado biológico registrado en la historia clínica como masculino o femenino.

Edad: referida por el paciente medida en años y registrado en la historia clínica.

Ocupación: oficio que desempeña la persona; se encuentra en la historia clínica.

Militar: individuo que realiza la tarea de defensa de nuestro territorio peruano y forma parte del ejército del Perú.

Frecuencia: número de casos que aparece el edentulismo parcial en los pacientes atendidos en el hospital.

Clasificación de Kennedy: método que permite clasificar al paciente edéntulo parcial la cual es determinada por la brecha edéntula. Se considera cuatro Clases: I, II, III, IV.

CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. El nivel de la investigación es descriptivo.

3.2. Población y Muestra

La población: estuvo conformada por 27,310 historias clínicas de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central (H.M.C) en el periodo 1999-2016.

La muestra: estuvo compuesta por 2,007 historias clínicas de los pacientes que acudieron a recibir atención en el Hospital en el periodo 1999-2016, la muestra fue obtenida mediante la fórmula para variables cualitativas y población finita, con un intervalo de confianza del 95%, un error de muestreo de 0,05.

Calculo del tamaño de la muestra:

Fórmula variable cualitativa y población finita.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Población	N	27,310
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (α)	Z α	1.96
Varianza	p \times q	
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.06
Complemento de p	q	0.94

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se presentó en el Hospital Militar Central una solicitud para llevar a cabo la investigación (Anexo 1), la cual fue respondida autorizándonos a realizar el trabajo (Anexo1). El instrumento de medición fue una ficha de recolección de datos (Anexo 2), que fue previamente validada por expertos (Anexo 3). La recolección de datos se llevó a cabo en los archivos de historias clínicas del Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central; de cada historia clínica seleccionada se extraía los datos requeridos de acuerdo a la ficha y se dejaba una señal para no cometer el error de coger la misma historia; el trabajo fue coordinado con el jefe del área, quien era el encargado de ordenar las historias de acuerdo a su numeración; además el horario que se escogió fue de 12 a 5 pm que fue apropiado, debido a que en el transcurso de esa hora las historias clínicas regresaban al archivo. Al terminar la recolección de la información se nos hizo entrega de una constancia de verificación de datos (Anexo 4).

3.4. Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos obtenidos después de ser verificados fueron colocados en programa Excel 2010, luego ésta base de datos se trabajó con el programa SPSS 22.0 para realizar las tablas de frecuencias y la inferencia estadística mediante la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrado y finalmente con el programa Excel se realizaron la construcción de las tablas y gráficos .

3.5. Aspectos Éticos

El presente estudio no presenta impedimentos éticos para su realización.

Se solicitó el permiso al Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central con una solicitud mediante el cual se nos autorizó el desarrollo del estudio.

Se mantendrá la confidencialidad en la identidad de los pacientes sobre información obtenida de las historias clínicas.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

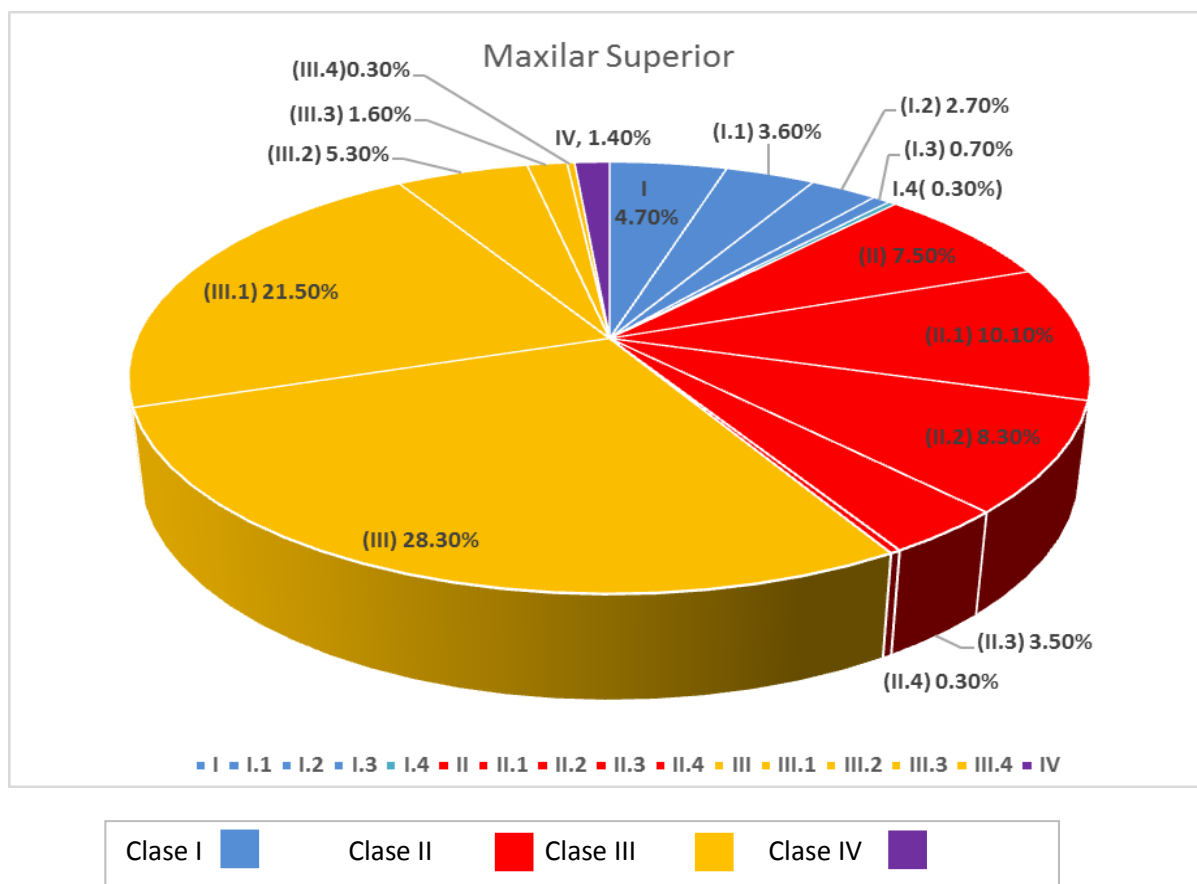
Se revisaron 2,007 historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión; de los cuales se encontró 3,247 maxilares edéntulos parciales, 2,250 pertenecieron al sexo masculino y 997 al sexo femenino. A continuación se detalla los resultados obtenidos:

Tabla N° 1: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior en Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

Clasificación de Kennedy-Modificaciones		Maxilar Superior	
Clase I	I	n	75
		%	4,7%
	I.1	n	58
		%	3,6%
	I.2	n	43
		%	2,7%
	I.3	n	11
	%	0,7%	
	I.4	n	4
		%	0,3%
Clase II	II	n	119
		%	7,5%
	II.1	n	161
		%	10,1%
	II.2	n	133
		%	8,3%
	II.3	n	56
	%	3,5%	
	II.4	n	4
		%	0,3%
Clase III	III	n	452
		%	28,3%
	III.1	n	343
		%	21,5%
	III.2	n	85
		%	5,3%
	III.3	n	25
	%	1,6%	
	III.4	n	4
		%	0,3%
Clase IV	IV	n	23
		%	1,4%
Total		n	1596
		%	100

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 1: Frecuencia Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior en Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

1.- En el maxilar superior la clase III fue la más frecuente con 57% equivalente a 909 maxilares (Gráfico1). Según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones, la clase III estricta fue la más frecuente con 28,3% (452 maxilares), seguido de la clase III modificación 1 con 21,5% (343 casos) y clase II modificación 1 con 10,1% con 161maxilares (Tabla 1-Gráfico1).

Tabla N° 2: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

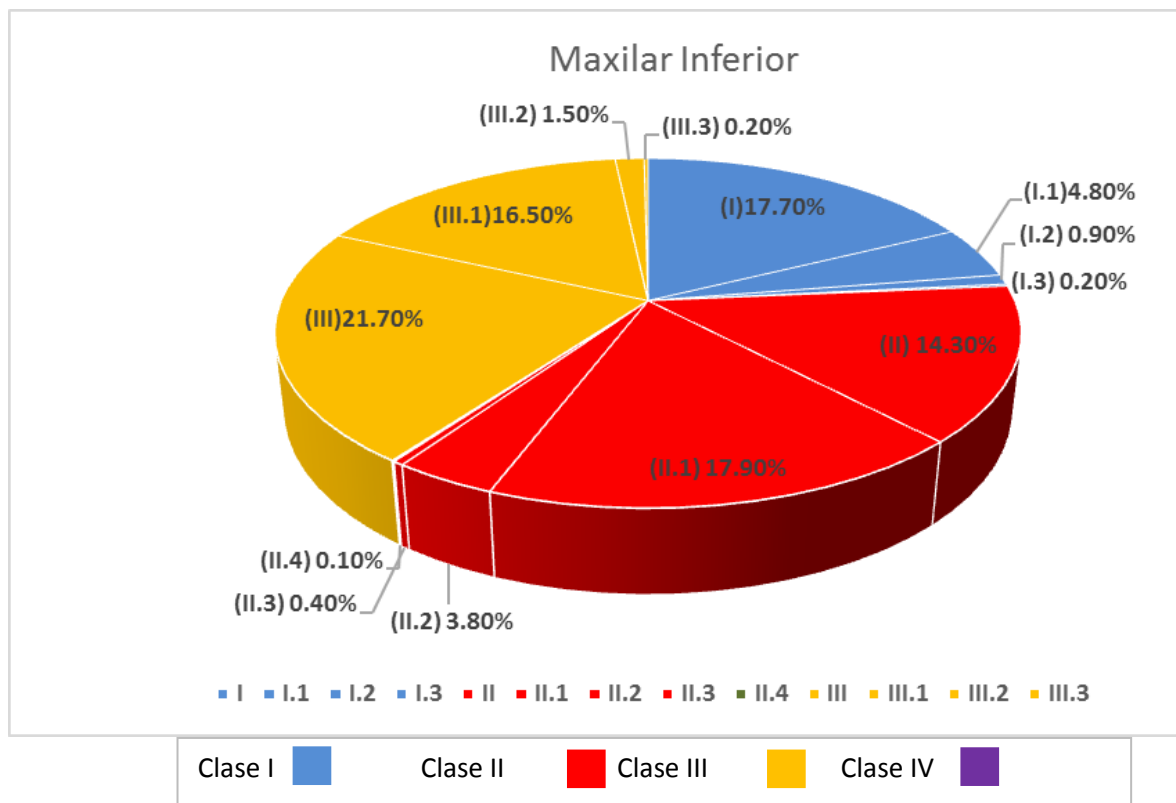
Clasificación de Kennedy-Modificaciones		Maxilar Inferior	
Clase I	I	n	292
		%	17,7%
	I.1	n	79
		%	4,8%
	I.2	n	15
	%	0,9%	
	I.3	n	3
		%	0,2%
Clase II	II	n	236
		%	14,3%
	II.1	n	296
		%	17,9%
	II.2	n	63
		%	3,8%
	II.3	n	6
	%	0,4%	
	II.4	n	1
		%	0,1%
Clase III	III	n	358
		%	21,7%
	III.1	n	273
		%	16,5%
	III.2	n	25
	%	1,5%	
	III.3	n	4
		%	0,2%
Total		n	1651
		%	100,0%

Fuente:

Elaboración

propia

Grafico N° 2: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

2.- En el maxilar inferior la clase III fue la más frecuente con 39,9% equivalente a 660 maxilares (Gráfico 2); según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones, la clase III estricta fue la más frecuente con 21,7% (358 maxilares), seguido de la clase II modificación 1 con 17,9% (296 maxilares) y clase I estricta con 17,7% con 292 maxilares (Tabla 2-Gráfico2).

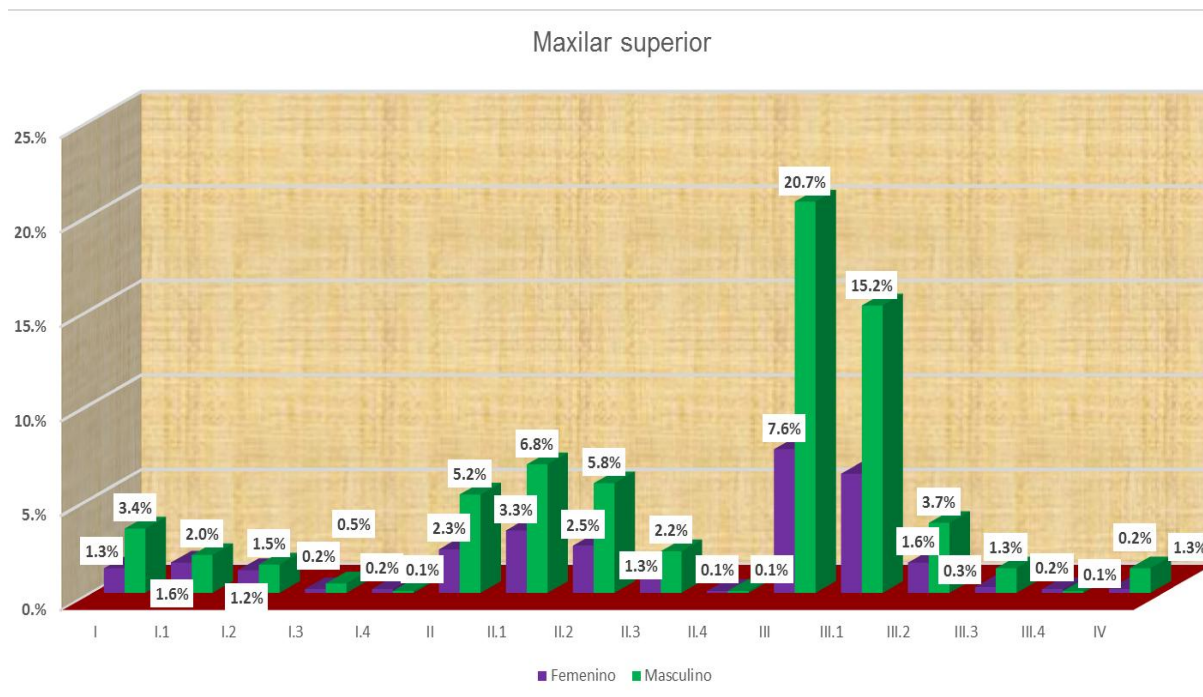
Tabla N° 3: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

Clasificación de Kennedy-Modificaciones	Maxilar Superior			
	Sexo			
	Femenino	Masculino	Total	
Clase I	I	20 1,3%	55 3,4%	75 4,7%
	I.1	26 1,6%	32 2,0%	58 3,6%
	I.2	19 1,2%	24 1,5%	43 2,7%
	I.3	3 0,2%	8 0,5%	11 0,7%
	I.4	3 0,2%	1 0,1%	4 0,3%
	II	36 2,3%	83 5,2%	119 7,5%
Clase II	II.1	53 3,3%	108 6,8%	161 10,1%
	II.2	40 2,5%	93 5,8%	133 8,3%
	II.3	21 1,3%	35 2,2%	56 3,5%
	II.4	2 0,1%	2 0,1%	4 0,3%
	III	121 7,6%	331 20,7%	452 28,3%
Clase III	III.1	100 6,3%	243 15,2%	343 21,5%
	III.2	26 1,6%	59 3,7%	85 5,3%
	III.3	4 0,3%	21 1,3%	25 1,6%
	III.4	3 0,2%	1 0,1%	4 0,3%
	IV	3 0,2%	20 1,3%	23 1,4%
Clase IV				
Total		480 30,1%	1116 69,9%	1596 100,0%

Valor Chi cuadrado: 29,075
Fuente: Elaboración propia

$p < 0,05$ existe diferencia significativa

Grafico N° 3: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

3.-En cuanto a la frecuencia de edentulismo parcial según sexo en el maxilar superior, se encontró que el 69,9% (1116maxilares) correspondieron al sexo masculino y el 30,1% (480 maxilares) fueron del sexo femenino (Tabla 3).

De acuerdo a la clasificación de Kennedy y sus modificaciones, en los maxilares que pertenecían al sexo masculino se encontró que la clase III estricto presentó 20,7%(331 maxilares), seguida de la clase III modificación 1 con 15,2% (243 maxilares). Para los maxilares que pertenecieron al sexo femenino, igualmente la clase III estricto con 7,6%(121maxilares), seguida de la clase III modificación 1 con 6,3% correspondiente a 100 maxilares (Tabla3-Gráfico3). $p=0,016$.

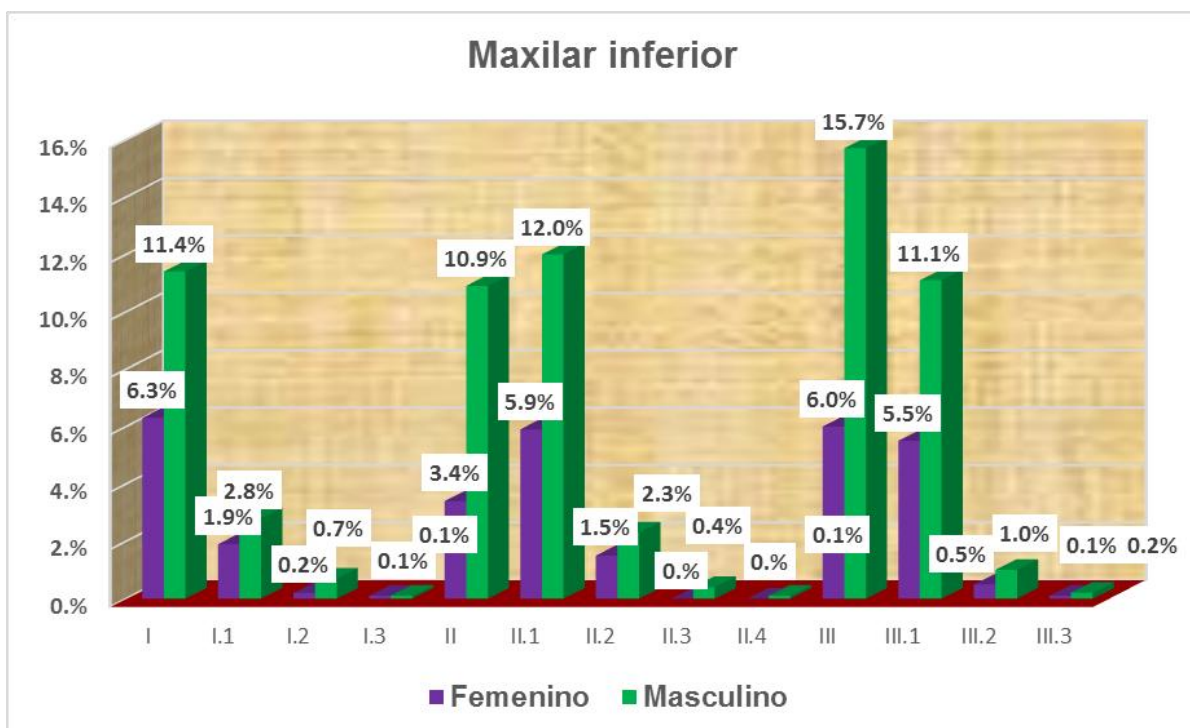
Tabla N° 4: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

Clasificación de Kennedy-Modificaciones	Maxilar Inferior			
	Sexo			
	Femenino	Masculino	Total	
Clase I	I	104 6,3%	188 11,4%	292 17,7%
	I.1	32 1,9%	47 2,8%	79 4,8%
	I.2	3 0,2%	12 0,7%	15 0,9%
	I.3	1 0,1%	2 0,1%	3 0,2%
	II	56 3,4%	180 10,9%	236 14,3%
Clase II	II.1	98 5,9%	198 12,0%	296 17,9%
	II.2	25 1,5%	38 2,3%	63 3,8%
	II.3	0 0,0%	6 0,4%	6 0,4%
	II.4	0 0,0%	1 0,1%	1 0,1%
	III	99 6,0%	259 15,7%	358 21,7%
Clase III	III.1	90 5,5%	183 11,1%	273 16,5%
	III.2	8 0,5%	17 1,0%	25 1,5%
	III.3	1 0,1%	3 0,2%	4 0,2%
	Total	517 31,3%	1134 68,7%	1651 100,0%

Valor Chi cuadrado :21,170 p<0,05
Existe diferencia significativa

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 4: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Sexo en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

4.-La frecuencia de edentulismo parcial según sexo en el maxilar inferior fue de 68,7% (1134 maxilares) para el sexo masculino y el 31,3% (517maxilares) fueron del sexo femenino (Tabla 4).

De acuerdo a la clasificación de Kennedy y sus modificaciones, en los maxilares que pertenecían al sexo masculino se encontró que la clase III estricto presentó 15,7% (259 casos), seguida de la clase II modificación 1 con 12% (198 maxilares) y la clase I estricto con 11,4%(188 casos). Para los maxilares que pertenecieron

al sexo femenino la clase I estricto con 6,3%(104maxilares), seguida de la clase III estricto con 6% correspondiente a 99 maxilares, la clase II modificación 1 con 5,9% correspondiente a 98 maxilares (Tabla4-Gráfico4). p=0,048.

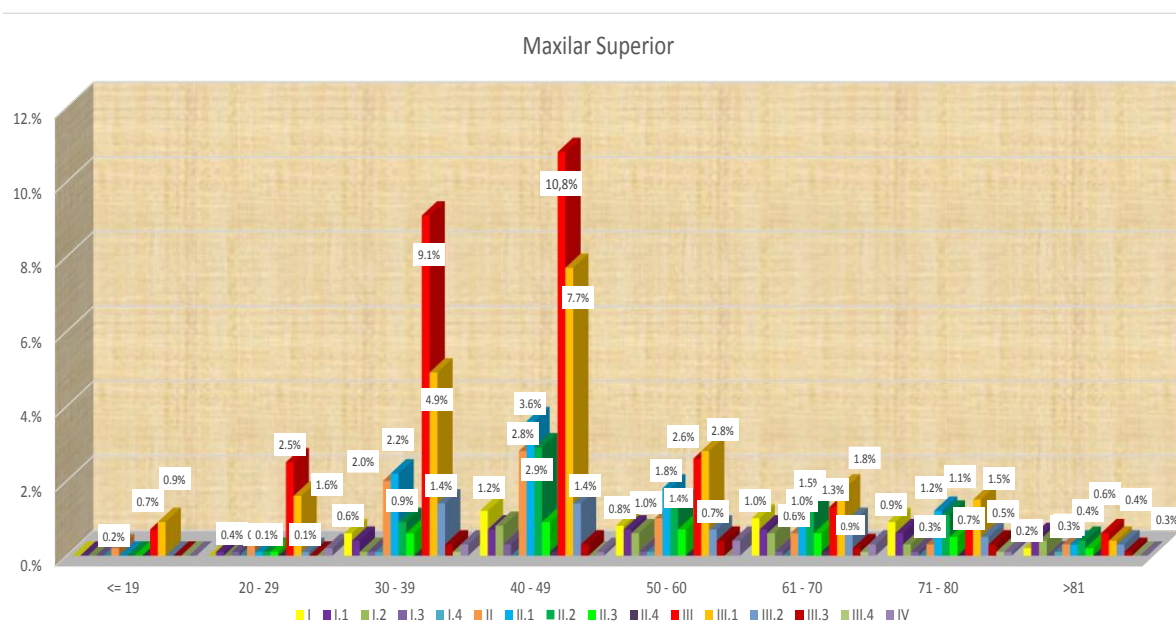
Tabla N° 5: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

		Maxilar superior																
		Clasificación de Kennedy-Modificaciones																
		Clase I					Clase II					Clase III				Clase IV	Total	
Edad		I	I.1	I.2	I.3	I.4	II	II.1	II.2	II.3	II.4	III	III.1	III.2	III.3	III.4	IV	
<= 19		0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	11	15	0	0	0	0	29
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
20 - 29		0	2	0	1	0	6	1	1	1	0	40	25	2	0	0	3	82
		0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	2,5%	1,6%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	5,1%
30 - 39		10	6	1	1	1	32	35	15	9	0	146	78	23	5	1	4	367
		0,6%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	2,0%	2,2%	0,9%	0,6%	0,0%	9,1%	4,9%	1,4%	0,3%	0,1%	0,3%	23,0%
40 - 49		19	11	12	5	0	44	58	47	14	2	173	123	23	4	0	2	537
		1,2%	0,7%	0,8%	0,3%	0,0%	2,8%	3,6%	2,9%	0,9%	0,1%	10,8%	7,7%	1,4%	0,3%	0,0%	0,1%	33,6%
50 - 60		12	11	9	1	2	16	28	23	11	0	42	44	11	7	0	7	224
		0,8%	0,7%	0,6%	0,1%	0,1%	1,0%	1,8%	1,4%	0,7%	0,0%	2,6%	2,8%	0,7%	0,4%	0,0%	0,4%	14,0%
61 - 70		16	11	10	2	0	10	16	24	10	2	20	28	14	3	2	5	173
		1,0%	0,7%	0,6%	0,1%	0,0%	0,6%	1,0%	1,5%	0,6%	0,1%	1,3%	1,8%	0,9%	0,2%	0,1%	0,3%	10,8%
71 - 80		15	9	5	1	0	4	19	17	8	0	11	24	8	4	1	2	128
		0,9%	0,6%	0,3%	0,1%	0,0%	0,3%	1,2%	1,1%	0,5%	0,0%	0,7%	1,5%	0,5%	0,3%	0,1%	0,1%	8,0%
81+		3	8	6	0	1	4	4	6	3	0	9	6	4	2	0	0	56
		0,2%	0,5%	0,4%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	3,5%
Total		75	58	43	11	4	119	161	133	56	4	452	343	85	25	4	23	1596
		4,7%	3,6%	2,7%	0,7%	0,3%	7,5%	10,1%	8,3%	3,5%	0,3%	28,3%	21,5%	5,3%	1,6%	0,3%	1,4%	100,0%

Chi cuadrado: 324,165 p<0,05 existe diferencia significativa

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

5.-La mayor frecuencia de edentulismo parcial según grupo etario, se encontró entre las edades de 40-49 años con 33,6% equivalente a 537 maxilares; seguido del grupo de 30-39 años con 23,0% que representa 367 maxilares (Tabla 5).

De acuerdo a la clasificación Kennedy y sus modificaciones la clase III estricta tiene la mayor frecuencia con 10,8% (173 maxilares) para las edades de 40 a 49 años; seguido de las edades de 30 a 39 años con la clase III estricta se encontró 9,1% (146 casos); además, el edentulismo parcial se fue incrementando a partir

de los ≤19 hasta los 49 años (Tabla5-Gráfico5). Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre la edad y la ubicación edéntula $p < 0,001$.

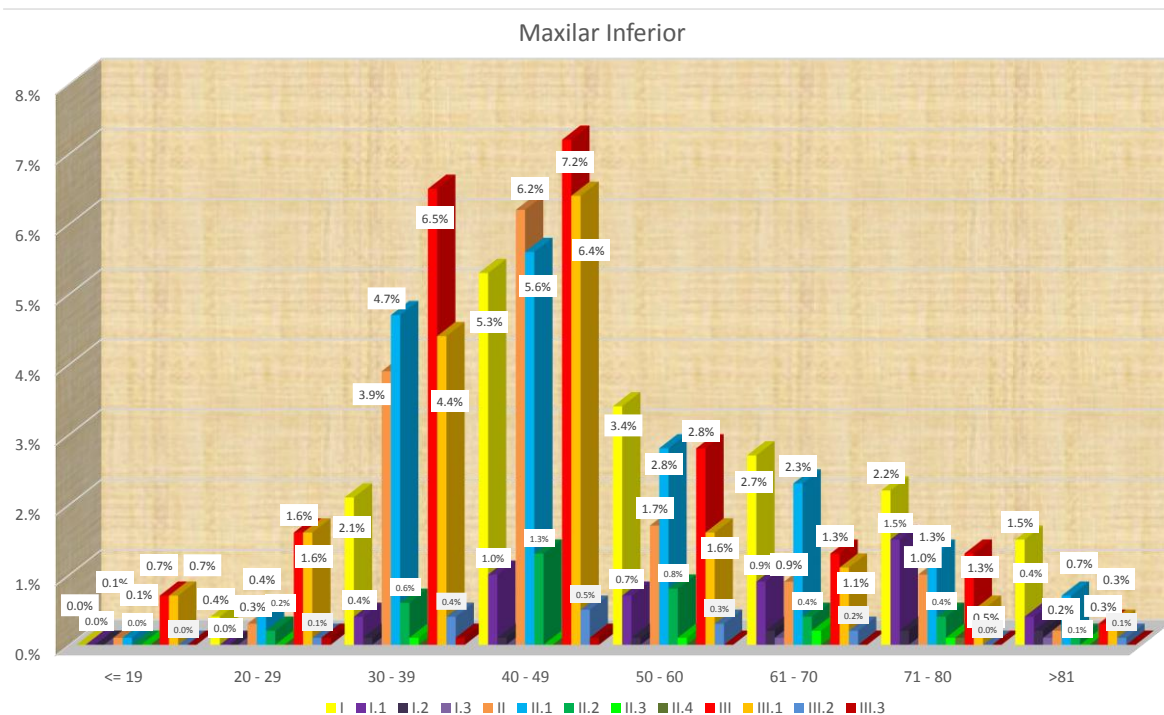
Tabla N° 6: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

Edad	Maxilar inferior													Total
	Clasificación de Kennedy-Modificaciones													
	Clase I				Clase II				Clase III					
	I	I.1	I.2	I.3	II	II.1	II.2	II.3	II.4	III	III.1	III.2	III.3	
<= 19	0	0	0	0	1	1	0	0	0	11	11	0	0	24
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	1,5%
20 - 29	7	0	0	0	5	6	3	0	0	26	26	1	1	75
	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	0,1%	0,1%	4,5%
30 - 39	35	6	1	0	65	78	10	1	0	108	72	6	2	384
	2,1%	0,4%	0,1%	0,0%	3,9%	4,7%	0,6%	0,1%	0,0%	6,5%	4,4%	0,4%	0,1%	23,3%
40 - 49	88	17	1	0	102	93	21	0	0	119	106	8	1	556
	5,3%	1,0%	0,1%	0,0%	6,2%	5,6%	1,3%	0,0%	0,0%	7,2%	6,4%	0,5%	0,1%	33,7%
50 - 60	56	11	2	0	28	46	14	1	0	46	26	5	0	235
	3,4%	0,7%	0,1%	0,0%	1,7%	2,8%	0,8%	0,1%	0,0%	2,8%	1,6%	0,3%	0,0%	14,2%
61 - 70	45	15	4	1	15	38	7	3	0	22	18	4	0	172
	2,7%	0,9%	0,2%	0,1%	0,9%	2,3%	0,4%	0,2%	0,0%	1,3%	1,1%	0,2%	0,0%	10,4%
71 - 80	37	24	4	0	17	22	6	1	1	21	9	0	0	142
	2,2%	1,5%	0,2%	0,0%	1,0%	1,3%	0,4%	0,1%	0,1%	1,3%	0,5%	0,0%	0,0%	8,6%
81+	24	6	3	2	3	12	2	0	0	5	5	1	0	63
	1,5%	0,4%	0,2%	0,1%	0,2%	0,7%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	3,8%
Total	292	79	15	3	236	296	63	6	1	358	273	25	4	1651
	17,7%	4,8%	0,9%	0,2%	14,3%	17,9%	3,8%	0,4%	0,1%	21,7%	16,5%	1,5%	0,2%	100,0%

Chi cuadrado: 343,471 $p < 0,05$ existe diferencia significativa

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 6: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Edad en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

6.-La frecuencia de edentulismo parcial según grupo etario en el maxilar inferior, se encontró que entre las edades de 40-49 años existe mayor frecuencia con 33,7% equivalente a 556 maxilares seguido del grupo de 30-39 años con 23,3% que representa 384 maxilares (Tabla 6).

De acuerdo a la clasificación Kennedy y sus modificaciones la clase III estricta tiene la mayor frecuencia con 7,2% (119 maxilares) para las edades de 40 a 49 años y las edades de 30 a 39 años la clase III estricta con 6,5% (108 casos), además, el edentulismo parcial también se fue incrementando a partir de los ≤ 19

hasta los 49 años (Tabla6-Gráfico 6). Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre la edad y la ubicación edéntula $p < 0,001$.

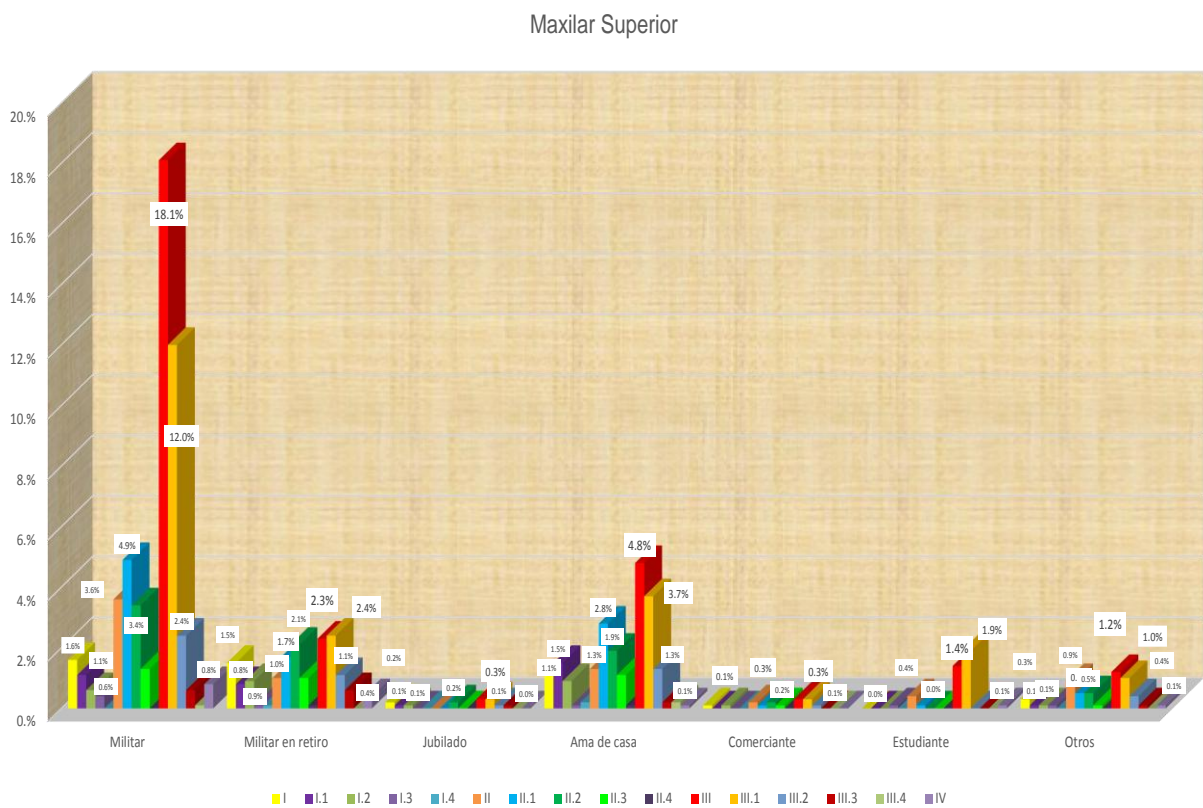
Tabla N° 7: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

Ocupación	Maxilar Superior																Total
	Clasificación de Kennedy-Modificaciones																
	Clase I					Clase II					Clase III				Clase IV		
	I	I.1	I.2	I.3	I.4	II	II.1	II.2	II.3	II.4	III	III.1	III.2	III.3	III.4	IV	
Militar	26	18	10	6	0	58	78	54	21	0	289	191	39	10	1	12	813
	1,6%	1,1%	0,6%	0,4%	0,0%	3,6%	4,9%	3,4%	1,3%	0,0%	18,1%	12,0%	2,4%	0,6%	0,1%	0,8%	50,9%
Militar en retiro	24	12	14	1	1	16	27	34	16	2	36	39	17	10	0	7	256
	1,5%	0,8%	0,9%	0,1%	0,1%	1,0%	1,7%	2,1%	1,0%	0,1%	2,3%	2,4%	1,1%	0,6%	0,0%	0,4%	16,0%
Jubilado	3	2	1	0	0	0	0	3	0	0	5	4	2	1	0	0	21
	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	1,3%
Ama de casa	17	24	15	1	3	21	44	31	17	2	76	59	20	3	3	1	337
	1,1%	1,5%	0,9%	0,1%	0,2%	1,3%	2,8%	1,9%	1,1%	0,1%	4,8%	3,7%	1,3%	0,2%	0,2%	0,1%	21,1%
Comerciante	1	0	1	0	0	3	2	3	1	0	4	4	1	0	0	0	20
	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Estudiante	0	0	0	1	0	6	2	0	0	0	23	30	0	0	0	2	64
	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	4,0%
Otros	4	2	2	2	0	15	8	8	1	0	19	16	6	1	0	1	85
	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,9%	0,5%	0,5%	0,1%	0,0%	1,2%	1,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%	5,3%
Total	75	58	43	11	4	119	161	133	56	4	452	343	85	25	4	23	1596
	4,7%	3,6%	2,7%	0,7%	0,3%	7,5%	10,1%	8,3%	3,5%	0,3%	28,3%	21,5%	5,3%	1,6%	0,3%	1,4%	100,0%

Valor Chi cuadrado: 246,021 $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 7: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Superior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

7.-Los Militares presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con 50,9% (813 maxilares); seguido de los Militares en Retiro con 16% equivalente a 256 maxilares (Tabla 7). En cuanto a la clasificación de Kennedy con sus modificaciones la clase III estricta con 18,1%(289 maxilares) fue la más frecuente para los Militares (Gráfico 7). $p < 0,001$.

Tabla N° 8: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016

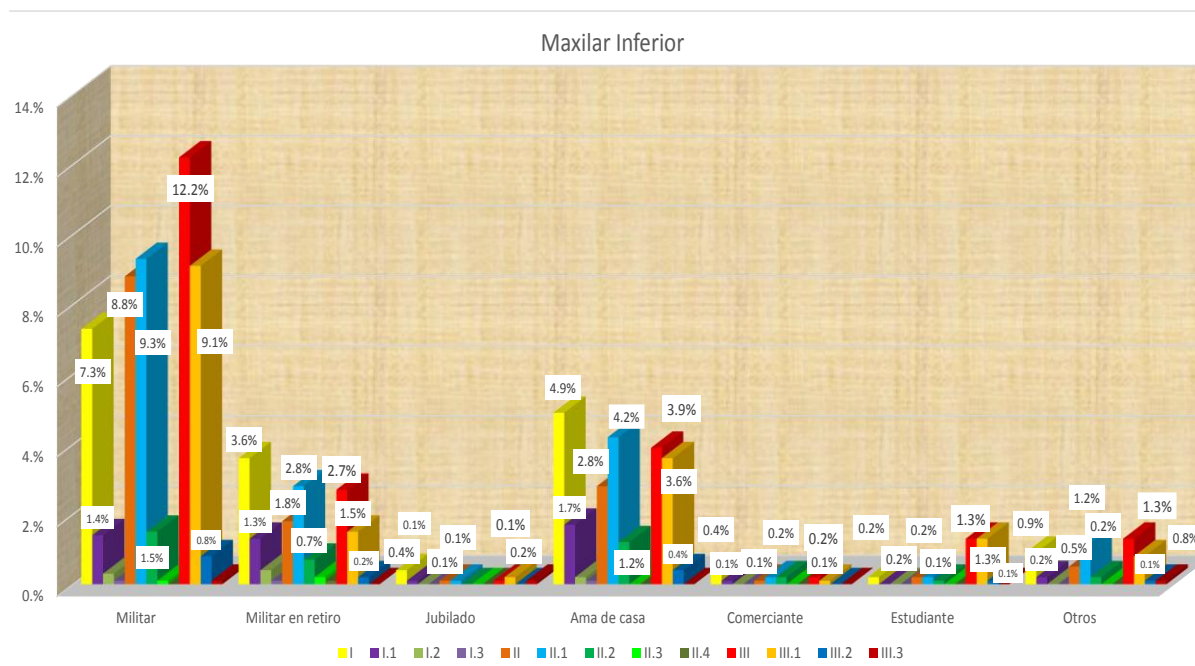
Ocupación	Maxilar Inferior													Total
	Clasificación de Kennedy-Modificaciones													
	Clase I				Clase II				Clase III					
	I	I.1	I.2	I.3	II	II.1	II.2	II.3	II.4	III	III.1	III.2	III.3	
Militar	120	23	5	1	146	153	25	2	0	202	150	13	1	841
	7,3%	1,4%	0,3%	0,1%	8,8%	9,3%	1,5%	0,1%	0,0%	12,2%	9,1%	0,8%	0,1%	50,9%
Militar en retiro	59	22	7	1	29	46	11	4	1	44	25	3	0	252
	3,6%	1,3%	0,4%	0,1%	1,8%	2,8%	0,7%	0,2%	0,1%	2,7%	1,5%	0,2%	0,0%	15,3%
Jubilado	7	1	0	0	1	1	0	0	0	2	4	0	1	17
	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	1,0%
Ama de casa	81	28	3	1	46	69	19	0	0	65	59	6	0	377
	4,9%	1,7%	0,2%	0,1%	2,8%	4,2%	1,2%	0,0%	0,0%	3,9%	3,6%	0,4%	0,0%	22,8%
Comerciante	6	2	0	0	2	3	3	0	0	3	1	0	0	20
	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	1,2%
Estudiante	4	0	0	0	4	4	1	0	0	21	21	1	0	56
	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%	0,1%	0,0%	3,4%
Otros	15	3	0	0	8	20	4	0	0	21	13	2	2	88
	0,9%	0,2%	0,0%	0,0%	0,5%	1,2%	0,2%	0,0%	0,0%	1,3%	0,8%	0,1%	0,1%	5,3%
Total	292	79	15	3	236	296	63	6	1	358	273	25	4	1651
	17,7%	4,8%	0,9%	0,2%	14,3%	17,9%	3,8%	0,4%	0,1%	21,7%	16,5%	1,5%	0,2%	100,0%

Valor Chi cuadrado: 195,373

p<0,05

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 8: Frecuencia de Edentulismo Parcial Según Clase de Kennedy y sus Modificaciones en el Maxilar Inferior Según Ocupación en los Pacientes Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016



Fuente: Elaboración propia

8.- Los Militares presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con 50,9% que corresponde a 841maxilares; seguido de las Amas de casa con 22,8% equivalente a 377 maxilares (Tabla 8). En cuanto a la clasificación de Kennedy con sus modificaciones; la clase III estricta con 12,2%(202 maxilares) fue la más frecuente para los Militares (Tabla 8-Gráfico 8). $p < 0,001$.

4.2. Discusión

El presente estudio ha encontrado una mayor frecuencia de edentulismo parcial en la clase III de Kennedy para el maxilar superior con 57% y en el maxilar inferior con 39,9%, resultados similares encontró Rodríguez(2013) (15) quien manifiesta que la mayor prevalencia fue para la clase III de Kennedy en ambos maxilares con predominio en el maxilar superior con 85,9%, Cisneros et al.(2011)(16) encontró que la clase III de Kennedy fue la más frecuente con 52,65%, para ambos maxilares; también coincide con los estudios realizados en otros países como Shubita (2015) (19) en Jordania, Cortes V.(2014) (22) en Chile y Charyeva O. et al (2012) (23) en Kazajstán en Asia Central; con Pellizer E. et al(2012) (24) en Brasil coincide parcialmente con la clase III de Kennedy en el maxilar superior pero la clase I de Kennedy en el inferior al igual con Veas H (2015) (20) en Ecuador; sin embargo, el presente estudio no concuerda con López(2009) (17) quien encontró que la clase I con un 38,3%. fue la más frecuente, a pesar que la muestra estudiada fue del personal de la Marina, característica parecida a nuestra población investigada, en el resultado de López(2009) (17) hay una mayor tendencia a perder piezas dentarias en ambas hemiarquadas por ser clase I la más frecuente; esto demuestra que en nuestra población hay una mejor conservación de las piezas dentarias, aunque no es el ideal esto podría darse debido a que la frecuencia del edentulismo varía de una población a otra y en cuanto al tratamiento los pacientes del Hospital cuentan con el seguro de salud que cubre los costos. Además otro punto a señalar, podría ser, que en la clase III se encuentran grupos que tengan menos edad debido a que el edentulismo es progresivo.

En cuanto a las modificaciones según clasificación de Kennedy nuestro estudio al igual que Carrera (2006) (11) señala que la clase III estricta fue la más frecuente para ambos maxilares, sin embargo no concuerda con Cisneros et al. (2011) (16) quién encontró que la clase III modificación 1 fue la más frecuente con 14,21% en el maxilar superior; el estudio no concuerda con Avendaño (2016) (12); tampoco con López (2009) (17). Las modificaciones son espacios adicionales a la brecha edéntula que determina la clase, en el presente estudio se ha encontrado hasta 4 modificaciones como máximo, porque en éste grupo poblacional siempre existen controles de salud oral obligatorios, como parte de su programa del servicio Militar, esto ayuda a prevenir y tratar problemas de salud oral.

En relación a la frecuencia de edentulismo parcial según sexo, coincidimos con López(2009) (17) en que obtuvo mayor frecuencia en el sexo masculino; de igual manera, nuestro estudio también fue de una población de Militares(titulares) pero hubo una distribución más equitativa con respecto a los porcentajes del público masculino y femenino, puede ser, porque en el Hospital los Militares utilizan de manera más frecuente los servicios de salud a diferencia de sus familiares que prefieren tomar los servicios particulares de salud.

En lo que respecta a la frecuencia de edentulismo parcial según la edad Carrera(2006) (11) concuerda con el presente estudio manifestando que las edades de 40 a 49 años es la más frecuente, Cisneros et al.(2011) (16) también observó una alta frecuencia en grupos de adultos de 31 a 50 años sin embargo, López(2009) (17), Avendaño (2016) (12), Atarama (2016) (13) y Gutiérrez(2015) (14) no están de acuerdo. En nuestro estudio se observa que la pérdida dentaria va en aumento conforme avanza la edad, siendo su pico más alto a partir de los 30 a 49 años; podría ser debido a que aunque la población estudiada tiene

controles periódicos de salud bucal, el edentulismo parcial también se debe a factores tales como la mala alimentación, pocos insumos para cubrir las necesidades de tratamientos dentales, hábitos de autocuidado, etc. Otro aspecto a tomar en cuenta, es que en el hospital a partir de los cincuenta años se observa un descenso en la frecuencia de edentulismo parcial, podría ser que en el momento de tomar la muestra se encontró mayormente pacientes con éste rango de edad (40-49) porque se encuentran en actividad de sus funciones y los otros grupos etarios con más edad ya no hacen mucho uso de los servicios del hospital, además otros pertenecen al grupo de edéntulos totales por lo cual ya no se les considera en éste estudio.

La mayor frecuencia de edentulismo parcial según la ocupación corresponde para los “Militares”, no concuerdan con el presente estudio Choudhary y col (2016) (18) que encontraron mayor frecuencia en las mujeres desempleadas, así como D Souza K et al. (2014) (21); la causa según lo informaron personal de salud que trabaja en el hospital, es que los Militares por la ocupación que tienen viajan y se encuentran en zonas alejadas donde no cuentan con los servicios ni las comodidades necesarias para lograr un buen autocuidado y esto favorece la aparición de factores causales del edentulismo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. La clase III de Kennedy presentó mayor frecuencia de edentulismo parcial en el maxilar superior con 57%(909 maxilares) y en el maxilar inferior con 39,9%.(660 maxilares).
2. La clase III de Kennedy fue la más frecuente en el maxilar superior con 28,3% (452 maxilares).
3. La clase III de Kennedy en el maxilar inferior fue la más frecuente con 21,7% (358 maxilares).
4. En el maxilar superior el sexo masculino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 20,7% (331 maxilares).
5. En el maxilar inferior el sexo masculino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con un 15,7% (259 maxilares)
6. En el maxilar superior los pacientes entre 40 a 49 años de edad presentaron una mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 10,8% (173 maxilares).
7. En el maxilar inferior los pacientes que se encontraron en el rango de edad de 40 a 49 años presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 7,2% (119 maxilares).
8. La ocupación de "Militar "fue la más frecuente para el maxilar superior, que presentó edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 18,1% (289 maxilares)

9. En el maxilar inferior la ocupación de “Militar” fue la más frecuente, presentó edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 12,2%(202 maxilares).

5.2. Recomendaciones

1. Se recomienda implementar políticas públicas de salud bucal, debido a la grave situación de edentulismo parcial que presentan, como es el caso del Hospital Militar Central.
2. Se sugiere realizar otros estudios de frecuencia de Edentulismo cada 5 años en el Hospital de ésta manera se podrá evaluar las mejoras en el sistema de atención.
3. Se recomienda elaborar una ficha de sugerencia del correcto uso de la prótesis parcial removible, cuidados que debe tener; así como también realizar charlas para concientizar al paciente sobre la importancia de dar prioridad a la rehabilitación oral de brechas edéntulas; debido a que si no se siguen un tratamiento, puede conllevar a múltiples consecuencias como reabsorción ósea de zonas edéntulas, deficiencia masticatoria y pérdida de las otras piezas dentarias. Además realizar campañas de prevención y educación en la salud bucal periódicas, ya que ayudarán a cambiar los malos hábitos evitando así el progreso de los causantes del edentulismo parcial.
4. Teniendo como antecedente nuestro trabajo se sugiere realizar estudios sobre las causas más frecuentes de pérdida dentaria en la población estudiada, para así dar soluciones y disminuir la frecuencia de edentulismo parcial.

5. Se recomienda uniformizar el sistema de la Norma Técnica del Odontograma en el Hospital, debido a que muchas historias clínicas no se regía de la norma; porque es necesario hacer una buena historia clínica para evitar que tengan datos errados y sesgos en los resultados de los futuros estudios que se realicen.

REFERENCIAS

1. Felton D. Complete Edentulism and Comorbid Diseases: An Update. J. Prosthodontics [Internet]. 2016, Jan, [cited February 16, 2017]; 25(1):[20p]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=112355837&lang=es&site=ehost-live>
2. Luengas MI, Sáenz LP, Tenorio G, Garcilaso A, Díaz MA .Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. Elsevier.2015; 16(2):29-32.
3. Muller f, Naharro M, Carlsson GE. What are the Prevalence and incidence of tooth in the adult.Clin Oral Implants Res [Internet] 2008 mar. [Citado 16 de febrero 2017]; 19(3):326-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17594365>
4. . Chong R, Colman MG, Yunq Y. Edentulism and associated factors among community dwelling middle-aged and elderly adults in china. Gerodontology [Internet] 2017. [Citado 16 de febrero 2017]; 34(3):195-207. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27709661>.
5. Mitchell J, Bennet K, Brok M. Edentulism in high poverty rural counties. J Rural Health [Internet] 2013.[Citado 16 de febrero 2017]; 29(1):30-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23289652>

6. Wu B, Liang J, Plassman BL, Remle C, Luo X. Edentulism trends among middle-aged and older adults in the united states: comparison of five racial/ethnic groups. Community Dent Oral Epidemiol [Internet] 2012. [Citado 16 de febrero 2017]; 40(2): 145-153. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21974715>
7. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2012. Serie de Informes Técnicos: 318.
8. Ministerio de Salud. Salud bucal. Informe de un Grupo Científico del MINSA. Perú: MINSA; 2016.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2013. Perú: INEI; 2014.
10. Angel P, Fresno MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Machupé-Hilliche de isla Huapi. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral .2010; 3(2):69-72.
11. 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 Cayetano Heredia; 2006.

12. 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.
13. 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 de Santa María; 2016.
14. Gutiérrez 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.
15. Rodríguez L.L. Prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica Moche. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
16. Cisneros M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima: Rev Científica Alas Peruanas; 2011.

17. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” .Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
18. Choudhary Z, Kumar P, Malik S. Kennedy’s Classification- study done at International dental Hospital. Pak Oral Dental J [Internet] 2016 dec 31 [citado May 12, 2017]; 36(4):677-9. Disponible en : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=121205512&lang=es&site=ehost-live>
19. Shubita M. Evaluation of partial edentulism based on Kennedy’s classification and its relation with age and gender. Pak Oral Dental J .2015; 35(4):750-752.
20. Veas HV. Estudio de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de post grado de rehabilitación oral durante el periodo 2013-2014. Tesis para optar el título de Especialista en Rehabilitación oral. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
21. D'Souza K, Aras M. Association between socio-demographic variables and partial edentulism in the Goan population: An epidemiological study in India. Indian J. Dent Res. [Internet]. 2014 July [citado 12 de mayo 2017]; 25(4): 434-438. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=99150404&lang=es&site=ehost-live>

22. Cortes V, Carrasco F, Vergara C. Prevalencia de edentulismo Parcial y total en islas Butachau Ques y Tac, Quemchi, 2013. Rev Chil Salud Publica. 2014; 18(3):257-262.
23. Charyeva O, Altynbekov K, Nysanova B. Kennedy Classification and Treatment Options: A Study of Partially Edentulous Patients Being Treated in a Specialized Prosthetic Clinic. J Prosthodontics [Internet] 2012 abril [citado 28 de setiembre 2015]; 21(3): 177-180. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=74194179&lang=es&site=ehost-live>
24. Pellizzer EP, Almeida DA, Falcón-Antenucci RM, Sánchez DM, Zuim PR, Verri FR. Prevalence of removable partial dentures users treated at the Aracatuba Dental School - UNESP. Gerodontology [Internet] 2012 Junio, [citado 24 Noviembre del 2016]; 29(2): 140-144. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=75414408&lang=es&site=ehost-live>
25. Langlais RP, Miller CS, Nield- Gehrig J. Atlas a color de enfermedades bucales. 4to. ed. México: Manual Moderno; 2011.
26. Ruy JA, Barragán R, Rosalba E, Gutiérrez O. Endonutrición: Apoyo nutricional. 2do. ed. España: El manual moderno; 2013.

27. Chaple AM. Propiedades anti-placa dental bacteriana de los principales materiales dentales empleados en consultas estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [Internet] 2015 Diciembre [citado 17 de Agosto 2017]; 52(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000400006&lng=es.
28. Serrano HA, Sánchez M, Cardona N. Conocimiento de la microbiota de la cavidad oral a través de la metagenómica. Rev. CES Odont 2015; 28(2):112-18.
29. Nazar CJ. Biofilm bacterianos. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2007; 67(1): 161-172.
30. Larser NE. Infecciones de biofilm dental-una actualización. APMIS. 2017; 125(4):376-384.
31. Cunha J, Hujoel PP, Nadanovsky P. Tendencias seculares en las disparidades socioeconómicas en edentulismo: Estados Unidos, 1972-2001. J Dent Res. 2007; 86(2):131-36.
32. Petersen PE, Ogawa H. Prevención de la caries dental mediante el uso de fluoruro-El enfoque de la OMS. Community Dent Health. 2016; 33:66-68.
33. Polzer L, Schimel M, Muler F, Biffar R. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. Int Dent J .2010; 60(3):143-155.

34. Slade GD, Akinkugbe AA, Sanders AE. Projections of U.S: Edentulism Prevalence following 5 decades of decline. J Dent Res. 2014 June 14; 93(10):959-965.
35. Cardoso M, Balducci I, Telles DM, Lourenço EJV, Nogueira L. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016; 21(4): 1239-1246.
36. Mesa temática de salud bucal. Mesa de salud bucal [sede web]. Lima: Foro de salud; setiembre 2007 [citado 4 de diciembre 2017] Disponible en: http://mesadesaludbucal.blogspot.com/2009_01_01_archive.html.
37. "Plan Nacional de Salud Bucal Sonríe Siempre Perú". Resolución Ministerial N° 516-2008, del 21 de julio del 2008.
38. Gómez ME, Campos A. Periodoncio de inserción: cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar .En: Histología y Embriología Bucodental. 3ro ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2009 .p.314-324.
39. Mish C. Prótesis dental sobre implantes. 1ro ed. España: El Sevier; 2006.
40. Vásquez E. Influencia de las fuerzas oclusales sobre la reabsorción radicular en dientes con enfermedad periodontal. Tesis Doctoral. España: Universidad de Santiago de Compostela, 2007.

- 41 García P. Fundamentos de Nutrición .Costa Rica: UNED; 1997
- 42 François R. Tratado de Osteopatía Craneal. Articulación temporomandibular. España: editorial médica panamericana, 2005.
43. Bortoluzzi M C, Traebert J, Lasta R, Da Rosa N, Capella L, Presta A. Tooth loss, chewing ability and quality of life. Contemp Clin Dent, 2012; 3(4):393–397.
44. Ortiz CJ, Moreno A. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años derecho habientes del IMSS. Av Odontoestomatol. 2014; 30(4):195-203.
45. Hernández M. Rehabilitación oral en el paciente geriátrico. 1ro ed. Colombia: Editorial Unibinblos; 2001.
46. Rodés J, Piqué JM, Trilla A. Libro de la salud del hospital clinic de Barcelona y la fundación BBVA [Internet]. Barcelona: 2006. [citado 26 de mayo 2017] Disponible en:
<https://books.google.de/books>.
47. Mish C. Implantología contemporánea. Barcelona: El Sevier; 2009.
48. Dye B., Thornton-Evans G, Li X, Lafolla T. Dental Caries and tooth loss in adults in the United States, 2011-2012. NCH Data Brief. 2015; 197, 1-8.

49. Ministerio de Salud. Prevalencia Nacional de caries dental, fluorosis del esmalte, y urgencia del tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12 y 15 años, Perú, 2001-2002. Perú: MINSA; 2005.
50. Organización Mundial de la Salud. Oral health ageing societies: Integration of oral health and general. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2005.
51. Villanueva K, Ríos K. Edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy. Rev Estomatológica peruana. 2013; 16(3):1-10.
52. Emami E, De Souza R, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulismo Oral and General Health. Int J Dent. 2013.
53. Castellanos SJ, Diaz JL, Lee GE. Medicina en Odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ro ed. México. Manual moderno. 2015.
54. Ladhay K, Tiwari B. Diabetes tipo 2 y edentulismo como factores que afectan a los ancianos de la India: una visión general. El Diario de la Prosthodontics Sociedad India. 2012; 13(4) ,406-412.
55. Navarro A.B., Faria R., Bascones A. Relación entre diabetes mellitus y enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia [Internet]. 2002 Abril [citado 14 de julio del 2017]; 14(1): 9-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000100002&lng=es.

56. Tyrovolas S, Koyanagi AI, Panagiotakos DB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V, et al. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci. Rep.* 2016; 6 (37083):1-9.
57. Mesas AE, Andrade SM, Sarria MA, Ribeiro de Carvalho VL. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010; 13(3): 434-445.
58. Enriques JC, Suarez G, Hordonho PM, Moura C, Santos E, D Zousa S. Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos Brasileños. *Acta Odontológica Brasileña.* 2013; 51(3):1-8.
59. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. *Prótesis Parcial Removible.* 11va ed. España: Elsevier; 2006.
60. Rendón RY. *Prótesis Parcial Removible Conceptos actuales atlas de diseño.* 1ro ed. México: Panamericana; 2006.
61. Rengifo CA, Balarezo JA, Matta Vicente EG. Implantes dentales para mejorar la biomecánica y estética de la prótesis parcial removible. *Rev Estomatol Herediana.* 2011; 21(1):116-118.
62. Brata E, Brata D, Antonie S. Classification systems for partial edentulism. *OHDMBSC [Internet]* 2007 diciembre [citado 10 de Julio 2017]; 6(4):50-54. Disponible en:

<http://www.oralhealth.ro/volumes/2007/volumen-4/v4-07-7.pdf>.

63. Mallat E, Mallat S. Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras. 1ro ed. España: Elsevier; 2003.

64. Mallat E, Keogh T. Prótesis parcial removible clínica y laboratorio. 2da ed. Madrid: Harcourt Brace; 1996.

65. Nogueras J, Vela X, Peraire M, Anglada JM, Salsench J. Tipos de edentulismo parcial tratados con prótesis parcial removible. Anales de odontología [Internet] 1994 [citado 29 de mayo 2017]; 6:201-206. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/25952>

66. Loza D, Valverde HR. Diseño de prótesis parcial removible. 1ra ed. Madrid: Ripano; 2006.

67. Aristizabal JA, García M, Gordillo E. Manual de prótesis parcial removible. 2013.

68. Velasco O E, Monsalve L., Jiménez A., Segura J.J, Matos N., Moreno J. El tratamiento con implantes dentales en los pacientes adultos mayores. Av Odontoestomatol .2015; 31(3):217-229.

69. Barreto J F. La dimensión vertical restaurada en la prótesis dental parcial removible. Colom. Med.2008; 39(1):69-77.

ANEXOS

Anexo N° 1

	Universidad WIENER	
<i>Lima, 31 de mayo de 2016</i>		
<u>CARTA N° 13-05-301-2016-DFCS-UPNW</u>		
<i>Señor Gral. Brig. David Ojeda Parra Director del Hospital Militar Central <u>Presente.-</u></i>		
<i>De mi consideración:</i>		
<i>Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener y aprovechando la oportunidad le informo que la Srta. Lucy Sonia Salazar Calero, está ejecutando el proyecto de tesis titulado "Frecuencia de Edentulismo Parcial en pacientes de 31-50 años atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central, Año 2010-2015", para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista; motivo por el cual solicito a usted la autorización para facilitarle el ingreso a su digna institución.</i>		
<i>Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.</i>		
<i>Atentamente,</i>		
		 Dr. Oscar Raul Ugarte Ubilluz Decano Facultad de Ciencias de la Salud



MINISTERIO DE DEFENSA
EJERCITO DEL PERU
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"CRL LUIS ARIAS SCHEREIBER"

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DEL GRAU"

Jesús María, 12 de Setiembre de 2016

Oficio N° 012/AA-11/8/HMC/DADCI

Señorita CD Lucy Sonia SALAZAR CALERO

Asunto: Autorización para realizar Proyecto de Investigación que se indica

Ref:

- Solicitud del interesado del 31 de Mayo 2016
- Trabajo de investigación (57 fólíos)
- Hoja de Respuesta N° 005 AA-11/5/e/05.13 del 25 Jul 16
- Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el Trabajo de Investigación de la referencia, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Ud. CD Lucy Sonia SALAZAR CALERO, realice el trabajo de Investigación: **"FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES DE 31-50 AÑOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, AÑO 2010-2015"**.

Por tal motivo como investigador deberá coordinar con el Dpto de Estomatología del HMC y Dpto. de Registros Médicos (Historias Clínicas) de nuestro hospital, sujetándose a las normas de seguridad existentes a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.



O-300018767-0+
JAIME AYALOS DIANDERAS
Coronel San Med
Jefe del DADCI- HMC

DISTRIBUCIÓN:

- Interesado..... 01
- Dpto. Estomatología.... 01 (C, inf)
- Dpto. Reg. Médicos 01 (C, inf)
- Archivo..... 01/04
JAD/eyl

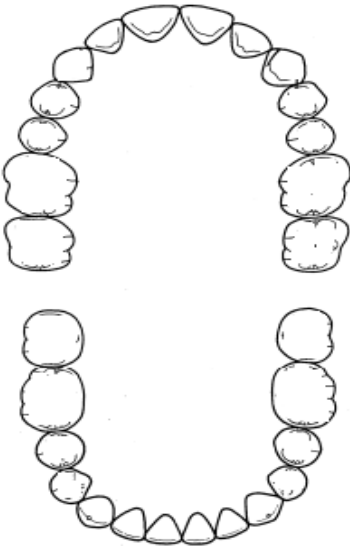
Anexo N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. DATOS GENERALES

1.1 NOMBRE DEL PACIENTE:	
1.2 N° DE HISTORIA CLÍNICA:	
1.3 SEXO:	1.4. EDAD en años:
Masculino ()	1.5. OCUPACIÓN:
Femenino ()	

2. OCLUSOGRAMA



Piezas Presentes:

Piezas Ausentes:

2.1 IDENTIFICACIÓN DE PIEZAS DENTARIAS

2.1.1 PRESENTES:

2.1.2 AUSENTES:

3. CLASIFICACION DE KENNEDY

3.1 EDÉNTULO PARCIAL SUPERIOR: CLASE.....MODIFICACIÓN.....

3.2 EDÉNTULO PARCIAL INFERIOR: CLASE.....MODIFICACIÓN.....

Anexo N° 3



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Santander Rengifo, Flor Magaly*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente de las asignaturas: Prótesis total, Prótesis Fija, Odontología Restaurada*
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: *Ficha de Recolección de Datos*
 1.4 Autor(es) del Instrumento: *Lucy Salazar Cabeo*
 1.5 Título de la Investigación: *Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en el depart de Estomatología del Hospital Militar Central Año 1999 - 2016*

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.			X		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	
10. 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

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{34}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 02 de Diciembre del 2016

F. Magaly Santander Rengifo
 CIRUJANO - DENTISTA
 C.O.P. 20397 / ANE 1542
 Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: CONDORI SUPO JESUS F.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: ASISTENTE DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN - HNC.
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 1.4 Autor(es) del Instrumento: LUCY SONIA SALAZAR CAJERO
 1.5 Título de la Investigación: FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA DEL HNC AÑO 199-2016.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognoscitivas.					✓
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			~		✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50} = \frac{1}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 6 de diciembre del 2016

Jesús F. Condori Supe
 0-8193500620-0
 JESUS F. CONDORI SUPO
 TTE CRL ER
 Asistente del Servicio de Rehabilitación Oral
 HNC - 2016

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Maydeé GIOVANNA LUJÁN Larreategui de Sotomayor.
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la asignatura de Prótesis total - UPNW.
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos.
 1.4 Autor(es) del Instrumento: Luz Solabar CAJERO.
 1.5 Título de la Investigación: Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en el departamento de Estomatología del Hospital Militar Central año 1999-2016.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					✓
. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					✓
. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					✓
. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					✓
. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					✓
. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.					✓
. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					✓
. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					✓
0. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 1$$

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

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

V. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 6 de Diciembre del 2016

Maydeé Giovanna Luján Larreategui de Sotomayor
 CIRUJANO - DENTISTA
 ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN
 C.O.P. 8534 - R.N.E. 404

Firma y sello

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: GOMEZ VILLENA, ROLANDO MARTIN
 1.2 Cargo e Institución donde labora: DOCENTE COORDINADOR DE LA ASIGNATURA DE PRÓTESIS FIJA-EDPEDI
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
 1.4 Autor(es) del Instrumento: LUCY SALAZAR CAJERO
 1.5 Título de la Investigación: FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR COMANDO EN JEFE 1949 - 2016.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					/
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					/
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					/
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					/
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					/
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.					/
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					/
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					/
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					/
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{50}{50} = 1$$

I. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

I. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

, 2 de Diciembre del 2016



 Firma y sello


 U.E.S.V.
 Rolando Gómez Villena
 C.O.P. 8033

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *GUSTAVO ESCOBAR MELGAR.*

1.2 Cargo e Institución donde labora: *Jefe sección Medicina Bucal - Depto ESTOMATOLOGIA - M.*

1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: *FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.*

1.4 Autor(es) del Instrumento: *LUCY SONIA SALAZAR CALERO*

1.5 Título de la Investigación: *FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 1999 - 2016.*

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					5
. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					5
. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				4	
. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					5
. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					5
. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognoscitivas.				4	
. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científicos de la Tecnología Educativa.					5
. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					5
. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					5
0. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					5
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

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

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

V. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

El presente Instrumento de Investigación es viable y aplicable en el país.
Auc, 06 de DIC del 2016

Firma y sello

GUSTAVO ESCOBAR MELGAR

027592327160
T.T. CRILES
GUSTAVO ESCOBAR MELGAR

Anexo N° 4

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE DATOS


El TTE Gustavo Escobar Melgar jefe de sección Medicina Bucal del Dpto. de Estomatología Hospital Militar Central, hace constar que:

La Srta. **LUCY SONIA SALAZAR CALERO**, ha realizado la recolección de datos en el área de archivos de historias clínicas, para su proyecto denominado "FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 1999-2016" para optar el título profesional.

Demostrando responsabilidad

Se expide el presente documento para trámites y fines consiguientes.

Jesús María, 5 de enero del 2017



0-2758234716-0
GUSTAVO ESCOBAR MELGAR
TTE CRLEP
ESP. MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL
COP. 08749 RNE: 269

Anexo N° 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz de Consistencia

Título:” FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL AÑO 1999-2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Problema Principal:</p> <p>¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en los maxilares de los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la frecuencia de edentulismo parcial en los maxilares de los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016.</p>	<p>Hipótesis Principal:</p> <p>Existe una mayor frecuencia de edentulismo parcial clase III en los maxilares de los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central durante los años 1999-2016.</p>	<p>Tipo de estudio:</p> <p>Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. Nivel de investigación: descriptivo.</p> <p>Variables de interés: Edentulismo Parcial.</p> <p>Variables Intervinientes: Sexo, edad, ocupación</p>		<p>La clase III de Kennedy presentó mayor frecuencia de edentulismo parcial en el maxilar superior con 57%(909 maxilares) y en el maxilar inferior con 39,9% (660 maxilares).</p>
	<p>Objetivos Específicos:</p>		<p>Población y Muestra:</p>		
	<p>1. Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>		<p>Población:</p> <p>27,310 Historias Clínicas</p>	<p>1. En el maxilar superior la clase III estricta de Kennedy fue la más frecuente con 28,3% (452 maxilares), la clase III.1 con 21.5%(343 maxilares) y la clase III.1 con 10.1% (161 maxilares).</p>	<p>1. La clase III de Kennedy fue la más frecuente en el maxilar superior con 28,3% (452 maxilares).</p>
	<p>2.- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>		<p>Muestra:</p> <p>2,007 Historias Clínicas</p>	<p>2. En el maxilar inferior la clase III estricta de Kennedy fue la más frecuente con 21.7% (358 maxilares), la clase II.1 con 17,9%(296 maxilares) y la clase I estricta con 17,7% (292 maxilares).</p>	<p>2. La clase III de Kennedy en el maxilar inferior fue la más frecuente con 21,7% (358 maxilares).</p>
	<p>3- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior según sexo en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>			<p>3. En el maxilar superior el sexo masculino presentó la clase III estricta de Kennedy con 20,7% (331 maxilares); en el sexo femenino la clase III estricto fue más frecuente con 7,6% (121 maxilares).</p>	<p>3. En el maxilar superior el sexo masculino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 20,7% (331 maxilares).</p>
	<p>4- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior según sexo en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>			<p>4. En el maxilar inferior el sexo masculino presentó mayor frecuencia de edentulismo clase III estricto de Kennedy con 15,7% (259 maxilares), los maxilares que pertenecieron al sexo femenino presentaron la clase I estricto con 6,3% (104 maxilares).</p>	<p>4. En el maxilar inferior el sexo masculino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 15,7% (259 maxilares)</p>
	<p>5- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior según edad en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>			<p>5. En el maxilar superior tiene la mayor frecuencia las edades de 40 a 49 años con 10,8% (173 maxilares), las edades 30 a 39 años predominaron la clase III estricta con 9,1% (146 maxilares).</p>	<p>5. En el maxilar superior los pacientes entre 40 a 49 años de edad presentaron una mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy correspondiendo a 10,8% (173 maxilares).</p>
	<p>6- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior según edad en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>			<p>6. En el maxilar superior se encontró mayor frecuencia a las edades de 40 a 49 años, con 7,2% (119 maxilares), las edades de 30 a 39 años tuvieron una mayor frecuencia con la clase III estricta de Kennedy con 6,5% (108 maxilares).</p>	<p>6. En el maxilar inferior los pacientes que se encontraron en el rango de edad de 40 a 49 años presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con la clase III de Kennedy correspondiendo a 7,2% (119 maxilares).</p>
	<p>7- Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior según ocupación en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>			<p>7. En el maxilar superior los Militares presentaron mayor frecuencia de edentulismo con 50,9% (813 maxilares); la clase III estricto de Kennedy predominó con 18,1% (289 maxilares).</p>	<p>7. La ocupación de "Militar" fue la más frecuente para el maxilar superior, que presentó edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 18,1% equivalente a 289 maxilares.</p>
	<p>8-Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según clase de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior según ocupación en los pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016.</p>			<p>8. En el maxilar inferior los militares presentaron mayor frecuencia de edentulismo parcial con 50,9% (841 maxilares), Amas de casa con 22,8% (377 casos); la clase III estricta de Kennedy predominó con 12,2% (202 maxilares) en los Militares.</p>	<p>8. En el maxilar inferior la ocupación de "Militar" fue la más frecuente, presentó edentulismo parcial con la clase III de Kennedy con 12,2%(202 maxilares).</p>

Anexo N° 6

Registro fotográfico

