



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL
HUACHO DURANTE LOS AÑOS 2012-2014 “**

GRADUANDO:

GRECIA HELLEN ZUÑIGA TORRES

ASESOR:

DR. ESP. CHRISTIAN ESTEBAN GÓMEZ CARRIÓN

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

HUACHO – PERÚ

2016

DEDICATORIA:

A mis padres Lauro y Alfonza, a mi hermano Andy, quienes con su apoyo y con la ilusión de ver mis sueños hechos realidad, estuvieron siempre a mi lado de manera incondicional.

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho por brindarme las facilidades para aplicar el presente estudio.

A los docentes de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho.

Al asesor, el Dr. Esp. Christian Esteban Gómez Carrión, por su apoyo y enseñanzas brindadas en el desarrollo del presente estudio.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Resumen.....	ix
Abstract.....	xi
Introducción.....	xiii

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Delimitación de la Investigación.....	3
1.2.1. Delimitación Temporal.....	3
1.2.2. Delimitación Geográfica.....	3
1.2.3. Delimitación Espacial.....	3
1.3. Formulación del Problema.....	3
1.3.1. Problema general.....	3
1.3.2. Problemas específicos.....	3
1.4. Objetivos de la Investigación.....	4
1.4.1. Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos.....	4
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación.....	4

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2. Bases Teóricas.....	14
2.3. Definición de términos básicos.....	25
2.4. Variables.....	26
2.4.1. Definición conceptual de la variable.....	26
2.4.2. Operacionalización de la variable.....	27

CAPITULO III.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1.	Tipo y Nivel de investigación.....	28
3.2.	Población y muestra.....	29
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
CAPITULO IV.	RESULTADOS.....	32
CAPÍTULO V.	DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO VI.	CONCLUSIONES.....	44
CAPÍTULO VII.	RECOMENDACIONES.....	45
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
	ANEXOS.....	50

INDICE DE TABLAS

Tablas

1. Análisis descriptivo de Frecuencia.....	32
2. Clasificación de Kennedy.....	33
3. Frecuencia de edentulismo según arcada.....	34
4. Clasificación de Kennedy según arcada.....	35
5. Clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada.....	36
6. Clasificación de Kennedy y edad.....	38
7. Clasificación de Kennedy y el género.....	40

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

1. Análisis descriptivo de Frecuencia.....	32
2. Clasificación de Kennedy.....	33
3. Frecuencia de edentulismo según arcada.....	34
4. Clasificación de Kennedy según arcada.....	35
5. Clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada.....	36
6. Clasificación de Kennedy y edad.....	38
7. Clasificación de Kennedy y el género.....	40

INDICE DE ANEXOS

Anexos

1. Instrumento.....	50
2. Matriz de Consistencia.....	51
3. Consentimiento informado.....	53

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo aplicado de nivel descriptivo, de diseño no experimental de corte transversal, donde el problema fue buscar la prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy; Entendiendo que el edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. La gran mayoría de pérdida de piezas dentarias, se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal y menos por traumatismos, existiendo una relación directa entre la pérdida de dientes y la edad. Determinar es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.

La muestra estuvo constituido por 108 historias clínicas de los pacientes atendido en la clínica que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de una ficha odontológica, que consta de datos de filiación y un odontograma donde se registró la clasificación de Kennedy para edéntulos. En los resultados se observó que del total de la muestra la clasificación de Kennedy más prevalente es la Clase I con 64 casos los cuales representan el 59.26% de la muestra, seguida de la Clase II de Kennedy con 30 casos representando el 27.78%, continuando la Clase III de Kennedy con 8 casos representando el 7,41% y por último la Clase IV de Kennedy con el 5.5%. Respecto al edentulismo por arcada se observa que 75 pacientes representando el 69.44% de la muestra es edéntulo parcial inferior y 33 pacientes que representa el 30.56% de la muestra es edéntulo parcial superior. Concluyendo que, La clasificación de Kennedy con mayor prevalencia es la Clase I con el 59.26 % y de éstos el 47.22 % se encuentran ubicado en la arcada inferior y el 12.04 % en la arcada superior. La clase I de Kennedy estricta en el maxilar inferior prevalece con 36 casos (33.33%) seguida de la clase II modificación 1 con 14 casos (12.96%), clase I modificación 1 con 10 casos (9.26%), clase I modificación 2 con 5 casos (4.63%), clase II estricta y clase III modificación 1

con 3 casos cada uno (2.78%), clase II modificación 2 con 2 casos (1.85%), y la clase III estricta y clase IV con 1 caso cada uno (0.93%). El grupo de 51 a 60 años se encuentra con más frecuencia de edentulos parciales con 19 casos de clase I (17.59%), 9 casos de Clase II (8.33%), 1 casos de clase III (0.93%) y 3 casos de clase IV (2.78%) y el género femenino es mas prevalente donde encontramos 48 casos con clase I (44.44%), 23 casos con clase II (21.30%), 6 caso de clase III (5.56%) y 5 casos de clase IV (4.63%).

Palabras clave: Edentulismo, Clasificación de Kennedy.

ABSTRACT

A retrospective study of descriptive level rate applied, non-experimental cross-sectional design, where the problem was to find the prevalence of edentulism as rated by Kennedy was made; Understanding that the partially edentulous is a state of oral health that corresponds to the absence of a certain number of teeth in the mouth, regarded as a chronic, irreversible and disabling disease. The vast majority of tooth loss is usually caused by dental caries and periodontal disease and less trauma, there is a direct relationship between tooth loss and age. Determine the prevalence of partially edentulous as rated by Kennedy in patients treated at the clinic of the University Peruvian Wings Huacho subsidiary during the years 2012- 2014.

The sample consisted of 108 medical records of patients treated at the clinic who met the inclusion and exclusion criteria. The data were obtained by applying a dental record, consisting of demographics and where classification odontogram for edentulous Kennedy was recorded. The results It was observed that the total sample classification most prevalent Kennedy is Class I with 64 cases which represent 59.26% of the sample, followed by Kennedy Class II with 30 cases representing 27.78% continuing Kennedy Class III with 8 cases representing 7.41% and finally the Kennedy Class IV with 5.5%. Regarding the edentulous arch is observed for 75 patients representing 69.44% of the sample is less partially edentulous patients and 33 representing 30.56% of the sample is higher partial edentulous. Concluding that Kennedy classification is the most prevalent class I with 59.26% and of these, 47.22% are located in the lower arch and 12.04% in the upper arch. I kind of strict Kennedy prevails in the lower jaw with 36 cases (33.33%) followed by the class II modification 1 with 14 cases (12.96%), class I modification 1 with 10 cases (9.26%), class I modified 2 5 cases (4.63%), class II and class III strict modification 1 with 3 patients each (2.78%), class II modification 2 with 2 cases (1.85%), and class III and class IV strict case 1 each (0.93%). The group of 51 to 60 years edentulous partial frequency meets class I 19 cases (17.59%), 9 cases of Class II (8.33%), 1 Class III cases (0.93%) and 3 cases of class IV (2.78 %) and the female is more prevalent where we find 48

cases with class I (44.44%), 23 patients with class II (21.30%), 6 cases of class III (5.56%) and 5 cases of class IV (4.63%).

Keywords: edentulous, Kennedy classification..

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acuden en la clínica de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho” tiene como finalidad averiguar cuál es la clasificación de Kennedy más frecuente en los pacientes que asisten a la clínica adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho.

Entendiendo que el edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. La pérdida de piezas dentarias, afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces con repercusiones graves en la articulación témporomandibular.

El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo.

Kennedy en 1925 propuso una clasificación de arcos edéntulos parciales, su sistema de clasificación que hasta la fecha es el mejor. Este es el sistema que hemos usado en el presente trabajo y que describiremos después y Applegate la modifico y reglamentó su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edwuard Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de la piezas dentarias en boca.

Frente a esta problemática nos formulamos la pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?

A continuación describiremos la estructura detallada del presente trabajo de investigación que comprende así:

CAPÍTULO I: Se plantea el problema de la investigación, así como se describe la justificación la cual se formuló ante la necesidad de conocer cuál es la prevalencia de la clasificación de Kennedy, y así mismo su justificación teórica, práctica, legal y metodológica y científica, también se describe las limitaciones del orden metodológico, en la búsqueda de información y en el tiempo.

Podremos observar también los antecedentes internacionales, nacionales los cuales se basó nuestra investigación.

Y por último se describen los objetivos General y específicos.

CAPÍTULO II: Comprende las bases científicas teóricas de la investigación que incluyendo los conceptos básicos de la investigación.

Se describe la definición, identificación y clasificación de variables en dependientes e independientes descritas en la matriz de operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: Así mismo se describe la metodología: el tipo y nivel de Investigación, Población y muestra y el método de investigación, Las técnicas de recolección de datos, validación, objetividad de los instrumentos y el plan de recolección de los datos.

CAPÍTULO IV: Se presenta los Resultados de los objetivos generales y específicos de la Investigación.

Así mismo se presenta las conclusiones y sugerencias obtenidas producto de nuestra investigación.

Por último mencionaremos las referencias bibliográficas consultadas y el grupo de anexo que se realizó en nuestra investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La presente investigación titulada “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acuden en la clínica de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho” tiene como finalidad averiguar cuál es la clasificación de Kennedy más frecuente en los pacientes que asisten a la clínica adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho.

Entendiendo que el edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca, considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. La gran mayoría de pérdida de piezas dentarias, se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal y menos por traumatismos, existiendo una relación directa entre la pérdida de dientes y la edad.

La pérdida de piezas dentarias, afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces con repercusiones graves en la articulación témporomandibular.

El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo.

Son muchas las combinaciones posibles de edentación parcial, Cummers enumeró más de 113.000 y su tratamiento se dirige a solucionar diversos problemas biomecánicos que abarcan una amplia gama de tolerancia y percepciones individuales haciendo necesario clasificar los diferentes tipos de edentulismo por grupos, a partir de unas determinadas características anatómicas que, a ser posible, obedezcan a los mismos principios de tratamiento, Fue el propio Cummers quien en el año 1921 propuso un sistema de clasificación. Unos años después Kennedy en 1925 propuso una clasificación de arcos edéntulos parciales, su sistema de clasificación que hasta la fecha es el mejor. Este es el sistema que hemos usado en el presente trabajo y que describiremos después y Applegate la modifico y reglamentó su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edwuard Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de la piezas dentarias en boca.

El sistema de Clasificación de Kennedy hace el registro periódico del estado de edentulismo parcial de la población y permite realizar comparaciones para saber si ha habido mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca; estudios que son frecuentemente realizados por varios países tanto en Latinoamérica como en Europa, Asia y el Medio Oriente. Sin embargo, el Perú no cuenta con un registro de información suficiente para conocer si hay o no mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca y saber si son 7 efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población.

El objetivo general del estudio será determinar la Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, utilizando la clasificación de Kennedy en los pacientes que asistieron a la clínica del adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho en los periodos 2012-2014.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Espacial.- La investigación se llevó a cabo en la Clínica del adulto de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho.

1.2.2. Delimitación Temporal: La investigación se realizó en el mes de Octubre de 2015.

1.2.3. Delimitación Conceptual.- La investigación sobre el prevalencia del edentulismo según clasificación de Kennedy permitió su adecuada aplicación para personas edéntulas, así mismo buscó encontrar la prevalencia del edentulismo de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de UAP FILIAL Huacho.

1.2.4. Delimitación Social.- La investigación identificó la clase de Kennedy más frecuentemente y por lo tanto el número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial entre los 20 y 70 años de edad de ambos sexos. Conociendo cual es la demanda de tratamientos de prótesis parcial removible en el servicio de rehabilitación oral pudo mejorar el equipamiento y la capacitación del personal que participan en el proceso de rehabilitación protésica del edéntulo parcial con el fin de cubrir satisfactoriamente las necesidades de la población.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

1.- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?

1.3.2. Problemas Específicos

- 1.- ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?
- 2.- ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por edad en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?
- 3.- ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por género en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

1. Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

- 1.- Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.
- 2.- Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por edad en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.

3.- Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por género en pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.

1.5. Justificación e Importancia de la Investigación

La presente investigación se formula ante la necesidad de conocer cuál es la prevalencia del edentulismo según clasificación de Kennedy.

JUSTIFICACIÓN TEORICA; la importancia de este estudio sobre el prevalencia del edentulismo según clasificación de Kennedy al tema que permitan su adecuada aplicación para personas edéntulas .Del mismo modo la investigación busca encontrar la prevalencia del edentulismo de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de UAP FILIAL Huacho ya que hasta el momento no existe un reporte de la cantidad de pacientes edéntulos parciales y su clasificación según Kennedy que acuden al con necesidad de tratamiento protésico que pueda permitir futuras comparaciones y saber si hay mejoras en la capacidad del paciente de mantener las piezas dentarias en boca que nos indique el estado de salud oral y por lo tanto el éxito o fracaso en la educación al paciente acerca de la prevención y cuidado de la salud bucal. Siendo esto concordante con uno de los lineamientos políticos importantes en cuanto al cuidado y calidad de vida en personas adultas y así también como las consecuencias de la salud oral, que pueden afectar al individuo en su capacidad de alimentarse, comunicarse, y en la socialización con el medio que lo rodea.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA; Estableciendo cual es la prevalencia de la Clases de Kennedy de los pacientes que acuden a la clínica de UAP FILIAL Huacho, se identificará la clase de Kennedy más frecuentemente hallada y por lo tanto el número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial entre los 20 y 70 años de edad de ambos sexos. Permitiéndonos tener una idea de hacia donde debemos de dirigir nuestra atención en la rehabilitación del paciente edéntulo parcial.

Conociendo cual es la demanda de tratamientos de prótesis parcial removible en el servicio de rehabilitación oral se podría considerar mejorar el equipamiento y la capacitación del personal que participan en el proceso de rehabilitación protésica del edéntulo parcial con el fin de cubrir satisfactoriamente las necesidades de la población.

JUSTIFICACIÓN EPISTEMOLÓGICA; Teniendo en cuenta que la Clínica del Adulto de la UAP filial Huacho llegan pacientes provenientes de diversas zonas de Huaura, podremos tener una idea más cercana del estado de edéntulismo parcial de la población en la ciudad de Huaura.

JUSTIFICACIÓN LEGAL; Sustento legal en la elaboración de proyectos se sustenta en las leyes y normas siguientes:

En la ley universitaria N° 23733 en su capítulo VIII, artículo 65, 66, 67 que señala sobre el proceso de investigación que involucra a estudiantes y a la universidad en sus distintos programas como medio de contribuir al desarrollo nacional en todos los ámbitos del proceso educativo. En este caso, se trata de la gestión a través de la herramienta integral de Identificación Institucional.

Del mismo modo se entiende en el proyecto Educativo Nacional al 2021 en el objetivo estratégico N° 5 que menciona sobre la educación superior de calidad que aporta al desarrollo y la competitividad nacional, en la política N°24 que menciona la relación de la investigación como medio esencial de la transformación educativa, como también en la visión de la Universidad Alas Peruanas: “Ser una institución acreditada y solidaria, relacionada con sus entornos nacional e internacional, congruente con los avances científicos y tecnológicos de punta, para impulsar el desarrollo del país.”

De igual manera en el Decreto Legislativo N°882, “Ley de Promoción de la Inversión en la Educación”, cuyas normas se aplican a universidades, dentro de la cual, se encuentra la Universidad Alas Peruanas.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA; Así mismo, hay necesidad de contribuir con el proceso del conocimiento de la prevalencia del edentulismo según clasificación de Kennedy en pacientes que acuden a la clínica de la UAP filial Huacho, a partir de los resultados que se obtengan en la presente investigación.

Por otro lado generar conocimiento respecto al edentulismo y Clasificación de Kennedy precisando aquellas soluciones y parámetros a los problemas que han sido tratados a este grupo de personas en este determinado grupo etáreo y condición estomatológica.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Para la realización del presente trabajo de investigación se buscó antecedentes en las bibliotecas de las universidades, páginas Web; a nivel local, regional, nacional e internacional

La información disponible es insuficiente, limitada, no aplicable necesariamente a la realidad de la población y al sistema de salud peruano.

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

1.-Cortés V. et al. (Chile-2013)¹ en su investigación “Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques e Isla Tac , Quemchi, 2013” buscaron determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac.

Realizaron un estudio observacional descriptivo donde incluyeron sujetos mayores de 20 años en los servicios de salud de islas Butachauques y Tac durante los meses de agosto y septiembre de 2013. Solicitando a cada sujeto de investigación la firma de un consentimiento informado. La información recopilada fue ingresada a una planilla de registro de datos diseñada para la investigación. Las variables utilizadas fueron género, edad, cantidad de dientes presentes, portador de prótesis y tipo de

edentulismo según clasificación topográfica de Kennedy, para luego realizarse un análisis de estadística descriptiva mediante SPSS 18 (IBM® SPSS® software).

Fueron evaluados 88 sujetos, de los cuales un 39.7% hombres y un 60.3% mujeres. Un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase 3 y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase 1 y 3. Llegaron a la conclusión que estos resultados demuestran la alta prevalencia de sujetos edéntulos en los distintos servicios de salud de las islas y la necesidad de realizar programas de promoción y prevención para minimizar el daño en la salud de las personas de estas localidades.

2.- Anum Muneeb y cols (Pakistan- 2012)² en la investigación “Causas y patrón de edentulismo parcial / exodoncia y su asociación con la edad y el género: la población semirural, Baqai universidad dental, Karachi, Pakistán” establecieron el patrón de edentulismo parcial y su relación con la edad y el sexo entre los pacientes que asisten al Hospital Dental Bagai de Karachi. El estudio se realizó en pacientes que visitan el departamento de Diagnóstico Oral del Hospital Dental Bagai. La longitud de tiempo total del estudio fue de 6 meses. El edentulismo parcial se registró mediante un examen visual según la Clasificación de Kennedy.

La muestra del estudio consistió en 500 pacientes, 272 (54,4%) hombres y 228 (45,6%) mujeres, respectivamente. Se encontró que el patrón más común de edentulismo parcial fue la Clase III, (40%) en la mandíbula y en el maxilar (30,1%), así como en casos que ambos arcos exhibieron edentulismo parcial (47,6%) seguido de Clase IV para ser el segundo más común en el maxilar superior, es decir el 15,9% y la Clase I es el menos común, es decir, 8,7% en la mandíbula. Sin embargo se encontró que la Clase III modificación 1 fue la modificación más frecuente en el maxilar inferior 26,7%, así como (25,7%) en el maxilar superior. Se llegó a la

conclusión de que la principal causa de pérdida de dientes es la caries dental seguida por las enfermedades periodontales.

3.-Martínez D. et al. (Argentina-2012)³ en la investigación titulada “Estudio de la prevalencia de los distintos tipos de Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la Cátedra de clínica de prótesis parcial removible de la Facultad de odontología de rosario” Se buscó determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes ingresados al servicio de la Cátedra de PPR; establecer la frecuencia del edentulismo parcial según dicha clasificación y sus respectivas modificaciones en ambos maxilares, según edad y sexo, y la incidencia de piezas dentales perdidas. Resultados: De los 738 casos registrados, se observó que la mayoría correspondieron al sexo femenino (69,11%); con respecto a la edad promedio, se evidenció un estrecho margen de predominio del grupo etáreo de 40-49 años (28,18%) en relación al grupo de 50-59 años (28,05%). En cuanto a las áreas edéntulas predominaron levemente en mandíbula (50,68%) en relación al maxilar superior (49,32%). Las principales ausencias correspondieron a dientes del grupo posterior siendo destacables las de los primeros y segundos molares tanto superiores como inferiores, por lo tanto, siguiendo la clasificación de Kennedy sobre el edentulismo parcial, vimos que la Clase I fue la encontrada con mayor frecuencia (37,40%). Concluyendo que estos datos sirvieron para orientar en la enseñanza a los alumnos en los diseños de prótesis parcial removibles para tratar las clases que se presentaron con mayor frecuencia.³

4.- Geetha KR y Cols (India- 2011)⁴ en su estudio “La calidad de la rehabilitación oral en la población del sur de India parcialmente desdentado: un estudio transversal” determinaron la prevalencia de la condición del paciente parcialmente desdentado y las modalidades actuales de tratamiento en la población del sur de la india para planificar un mayor margen de mejora, se evaluó la prevalencia de edentulismo parcial entre las arcadas y el tipo de prótesis removibles que presentaban. Llegando a

la conclusión que la Clase I de Kennedy es más común en el maxilar superior y en el maxilar inferior la más común la Clase III. El 96% de las prótesis removibles se hicieron de acrílico de termocurado y el 3,1% se hicieron de metal colado.

5.-Hassan Naveed y cols. (Pakistán- 2011)⁵ en su investigación “Los patrones de edentulismo parcial entre personal de las fuerzas armadas que informaron a las fuerzas instituto armado de Odontología Pakistán” determinaron la frecuencia de aparición de diversos patrones de edentulismo parcial para el personal de fuerzas armadas atendidos en el Departamento de Prostodoncia del Instituto de Odontología (AFID), 100 pacientes fueron seleccionados utilizando el muestreo por conveniencia. El 32,6% de pacientes presentaron edentulismo parcial en la arcada superior, mientras que el 38,8% presentaron edentulismo parcial en la arcada inferior. El 30,6% restante presentó edentulismo en ambas arcadas, se encontró que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en el maxilar superior e inferior. La Clase III modificación 1 fue la modificación más común encontrada en ambas arcadas.

6.- Luna G. (Ecuador- 2011) ⁶ en su Tesis titulada “Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo junio – noviembre del 2011” como objetivo conocer la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja. El universo estuvo constituido por 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino, esto tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de estudio fue: observacional y descriptivo, porque mediante la observación directa y la evaluación clínica pude describir la situación existente, y de tipo transversal por razón de que la recolección de datos se la hizo en un tiempo determinado. Para lograr el objetivo se examinó la cavidad bucal de los internos, se llenó una historia clínica, para establecer las causas y la frecuencia de la pérdida de piezas dentales; se tomaron fotografías de todos los maxilares parcialmente edéntulos e impresiones, mediante estos

instrumentos se procedió a realizar la clasificación. Llego a la conclusión que: La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con 26,91%. Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy es la más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina. Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.

7.-Ehikhamenor E. et al. (Nigeria- 2010)⁷ en su investigación “Tipos de prótesis removibles solicitados por los pacientes que se presentaron a la Universidad de Benín Hospital Docente” determinaron el tipo más frecuente de prótesis removibles en pacientes que acudieron a la Universidad de Benín, el estudio fue retrospectivo, la fuente de información fue el libro de registro de la Clínica. Los resultados indicaron que el porcentaje de hombres fue 53,6% y las mujeres el 46,4%, la clase de Kennedy más frecuente fue Clase III (57,3%), Clase IV de Kennedy (26,2%), Clase I y II de Kennedy (0,9%), Clase III de Kennedy con modificaciones (5,7%), clase II con modificaciones (1,4%), clase I con modificaciones (1,7%). La razón principal para la búsqueda de reemplazo fue la estética (89,2%).

8.-Noguera J. et al (España – 1994)⁸ en su investigación “Tipos de edentulismo parcial tratados con prótesis parcial removible” realizaron un estudio prospectivo y aleatorio de un total de 60 casos clínicos subsidiarios de tratamiento con PPR colada. Para su análisis se obtuvieron 60 modelos de estudio, recogidos en la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

Por las características del estudio se consideró que era imprescindible la relación de dicha arcada con su antagonista.

Los parámetros objetos de estudio de este trabajo han sido:

1. Arcada dentaria:
2. Ausencias dentarias:
3. Clasificación del tipo de arcada según su edentación

Por otra parte la clasificación de Kennedy está más estudiada y se usa con mayor frecuencia: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV.

Llegando a las conclusiones siguientes: La arcada inferior es más frecuentemente restaurada mediante prótesis parcial removible. Las ausencias dentarias suponen un 45,6% del total de dientes, siendo más frecuentes las ausencias en arcada superior (48,8%) que en la inferior 41,0%. Las principales ausencias corresponden a diente del grupo posterior siendo destacables las ausencias de terceros molares superiores e inferiores, primeros molares inferiores y primeros molares superiores. En el grupo anterior las ausencias son más raras, siendo especialmente poco frecuentes la falta de incisivos centrales superiores y caninos superiores. Siguiendo la clasificación de Kennedy sobre el edentulismo parcial, vemos que la clase 1 predomina en la arcada inferior, mientras que la clase 11 lo hace en la superior.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL:

1.-Cisneros M. y col. (Lima-2013)⁹ en su investigación "Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria" Determinó mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy. Realizó un estudio descriptivo, desarrollado en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Encontrando: Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%. En el examen clínico, el grupo etáreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; y, con modificación uno maxilar y mandibular concentró el 25,07%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44%

para el masculino. Concluyendo: La mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino.

La clase III es la más predominante, la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de mayor pérdida dentaria.

2.-Rodríguez L. (Trujillo- 2013) ¹⁰ en su tesis “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de Moche” El propósito fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos , entre 20-70 años , que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche durante los años 2008-2012.

Concluyendo que la mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos de edad, No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las variables.

3.- López J. (Lima -2009) ¹¹ en su tesis “Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara” tuvo como objetivo conocer la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” Realizó un estudio Descriptivo- Transversal, - Epidemiológico, para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres.

Llegando a la conclusión que: El promedio de edad general fue de 58.8 años y la pieza ausente con mayor frecuencia fue la pieza 4.6 (5,30%), y la menos frecuente la pieza 3.3 (0,45%). La Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%. La Clase I mandibular estricta (sin modificación) resultó ser la más

frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones con el 20.4% .No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. Conforme avanza la edad, aumenta la prevalencia de maxilares edéntulos parciales, mostrando el pico más alto en el rango de edad de 50 a 59 años para luego disminuir la frecuencia en casi la misma proporción en que aumentaron. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. EDENTULISMO

La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que pierde su dentición natural y progresa la desdentación parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura.

Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporomandibulares. Ellos crean a su vez problemas funcionales.¹²

Este puede afectar sustancialmente la salud oral y general como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición.

Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo, pueden afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, ya que su calidad de vida no es la

misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca.^{13, 14}

La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales como la caries dental y la enfermedad periodontal. Anteriormente, se pensaba que la pérdida de dientes era una parte inevitable del ciclo de la vida por la misma reabsorción ósea, pero estudios e investigaciones recientes han demostrado que no todas las enfermedades orales son inevitables por los cambios de la edad, ya que existe una gran variedad de métodos preventivos para mantener las piezas dentarias por un largo período de tiempo. Es por ello que se considera al edentulismo temprano como una falta de interés y educación por la salud bucal.¹⁵

Todo ello nos lleva a la conclusión de que la presencia de edentulismo en nuestro país, se debe a una falta de conocimientos sobre cuidado dental, ya que no se le da la importancia debida. Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población.¹⁶

Prevalencia y factores de riesgo.-

En el Perú, las enfermedades orales más prevalentes son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales afectan la permanencia de los dientes en boca. Esto se debe a diversas razones, siendo la más observada porque la persona no acude al profesional de la salud hasta que el dolor dental es insoportable, por lo que los tratamientos a realizar se restringen a la exodoncia. Asimismo, ya sea por falta de interés, ausencia de conocimiento o problemas económicos, la mayoría no se realiza el tratamiento indicado. La mayor parte de personas cuando sufren alguna patología oral que conlleva al dolor e incomodidad en la cavidad oral, optan

por la exodoncia antes que otro tratamiento, por lo que la pérdida de dientes se produce antes del tiempo esperado.¹⁶

Entre los factores de riesgo asociados a la presencia de edentulismo, se tiene a la edad, grado de instrucción, nivel socio-económico, ocupación, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, uso de medicamentos y malnutrición. En Celendín, el factor de riesgo más predisponente es el socio-económico, ya que según encuestas realizadas por el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), la tasa de desempleo a nivel distrital según género, es de 15.5% en varones y 20.3% en mujeres, reflejando un mayor acceso a oportunidades de trabajo de los varones, principalmente por causas culturales y sociales. Un factor muy importante sobre la prevalencia del edentulismo, es también el acceso a los servicios de salud, el cual varía según los niveles de pobreza.¹⁷

2.2.2. EFECTO DEL EDENTULISMO

Existen una serie de impactos negativos asociados al edentulismo. Entre ellos; la disminución de la habilidad para masticar y hablar y la pobre alimentación que conlleva la enfermedad.¹⁸

Salud física

Las partes de la boca más importantes la constituyen los dientes, ya que son las herramientas que el ser humano utiliza para poder masticar una amplia gama de alimentos con valores nutricionales variados. Pero, cuando estos son perdidos por diversas razones, ya no es posible que la persona mastique con la misma efectividad a diferencia de cuando se tenían todas las piezas dentarias presentes. La función masticatoria disminuye ocasionando un cambio brusco en la elección de las comidas. La evidencia nos da a comprender que la población edéntula evita comidas tales como frutas, vegetales y carnes, siendo sus alimentos de elección las comidas procesadas, ya que tiene mayor facilidad para consumirlas.¹⁹

Como las personas edéntulas no tienen una dieta rica en nutrientes, consumen en su mayoría vitaminas, minerales y proteínas con el fin de

mejorar su alimentación, pero aun así se encuentran en un alto riesgo de presentar malnutrición a diferencia de las personas dentadas que no poseen ningún problema para el consumo de las comidas. Diversos estudios han realizado exámenes odontológicos recolectando datos sobre la dieta establecida en cada sujeto, y han llegado a la conclusión de que las personas dentadas tienen un consumo mayor de vitamina C, vitamina E, calcio, proteínas, fibra, hierro, tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantoténico e intrínseco. Con toda esa información, se confirma la hipótesis de que la ingesta de nutrientes tiene mayor aporte calórico en la población que posee piezas dentarias a diferencia de la población edéntulas. Es por ello que se considera a esta última como grupo de riesgo para sufrir diversas enfermedades crónicas por las mismas deficiencias nutricionales que poseen ¹⁸

Salud psicológica

Diversos estudios han encontrado que la presencia de piezas dentarias en boca tiene un gran aporte social y cultural en el ser humano, por lo que las personas que los han perdido parcial o totalmente, por distintas razones, tienden a evitar las interacciones sociales con el fin de evadir una situación embarazosa cuando la otra persona descubra las alteraciones orales adquiridas. Esto quiere decir que un alto porcentaje de individuos tiende a sentir incomodidad por la deficiencia de su salud oral frente a la población. En cierta forma, se puede decir que el edentulismo limita las interacciones sociales y culturales en el entorno, por lo que provoca sentimientos inevitables de baja autoestima y agobio por el estado de salud oral adquirido. ¹⁹

2.2.3. PROPÓSITOS DE LAS PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES

El propósito primordial de las dentaduras parciales removibles debe ser siempre como el que el Dr. Muller De Van en 1952 afirmó, “la preservación de lo que permanece y no el reemplazo meticuloso de lo que se ha perdido” se ha determinado que este objetivo primario debe cumplirse y se pueden

considerar otros propósitos adicionales de las dentaduras parciales removibles: mantener o mejorar la fonética, establecer o aumentar la eficiencia masticatoria y restaurar la estética. ²⁰

2.2.4. INDICACIONES PARA EL USO DE LAS PPR

1. Personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años de edad

Los jóvenes menores de 20 años, son candidatos cuestionados para usar prótesis fijas puesto que la pulpa dental es de gran tamaño y no podríamos llevar a cabo un tallado profundo sin entrar a una endodoncia, por lo que el tratamiento se haría en varias etapas durante un largo tiempo. ^{17,19}

En pacientes de edad avanzada, una preparación agresiva puede ser traumática psicológicamente, su reducida expectativa de vida y que generalmente la salud integral no es buena, contraindican el alto costo y los largos procedimientos que ese requiere para prótesis fijas. ^{21, 22}

2. Existencia de grandes espacios edéntulos que contraindica el uso de prótesis fija.

Una prótesis fija puede estar sometida a grandes fuerzas torsionales que facilitan que se despegue con las consiguientes complicaciones pulpares; igualmente pueden sufrir roturas en la estructura metálica y con más frecuencia de la porcelana. ²²

Una de las reglas en odontología es la ley de Ante la cual dice que el área de la membrana periodontal de los dientes pilares para una prótesis fija debe ser igual o exceder el área de la membrana periodontal de los dientes reemplazados. ²³

Los dientes adyacentes a una zona edéntula larga soportan una dentadura parcial de igual forma como lo harían con una fija, excepto que con la dentadura parcial reciben soporte y estabilidad de los dientes del lado opuesto del arco así como también del reborde residual. ²³

3. Pérdida excesiva de hueso en la zona edéntula

Especialmente en las zonas anteriores superiores y premolares donde una prótesis fija difícilmente repondrá con éxito la pérdida de sustancia estará indicada la PPR.²¹

Cuando se reemplaza un diente perdido mediante una prótesis fija, el diente artificial (póntico) se coloca de tal forma que su base o cuello ligeramente contacte con la mucosa del reborde edéntulo para simular la apariencia de un diente natural. Cuando por trauma, cirugía o resorción anormal causan pérdida ósea excesiva, es difícil, sino imposible, colocar los dientes artificiales en una posición bucolingual aceptable. Sin embargo, si se usa una base de prótesis parcial removible para devolverle la parte pérdida del reborde residual, el diente artificial se puede colocar en su posición natural y la base le da el soporte requerido.²³

4. Necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción

En casos de extracciones recientes de zonas extensas y que precisan de largos períodos de cicatrización.¹⁹ El reemplazo de dientes inmediatamente después de su extracción no puede realizarse de una forma satisfactoria con las prótesis fijas, ya que se presentan muchos problemas, incluyendo la futura resorción ósea del reborde. Estos dientes se reemplazan con una prótesis parcial removible temporal que puede rellenarse cuando ocurra la resorción y llevarse a cabo el tratamiento definitivo cuando se haya estabilizado el área edéntula.²³

5. En casos de colocación de implantes con extracciones previas

En estos casos en los que se espera de una buena oseointegración y el tiempo para hacer la prótesis sobre implantes nos obliga a hacer la prótesis temporal.²²

6. Soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes

En muchos pacientes, particularmente en las personas adultas o de edad avanzada y después de una terapia periodontal, los dientes remanentes han perdido una cantidad considerable de soporte óseo y por lo tanto no son capaces de soportar una prótesis fija. Al lograr un ajuste exacto de la base con respecto al reborde edéntulo, se disminuye el soporte total requerido para los dientes.²³

7. Ausencia de diente posterior al espacio edéntulo

Cuando no existe diente posterior al espacio edéntulo para actuar como pilar, los métodos para su reemplazo son limitados. En instancias seleccionadas, cuando un solo diente necesita ser reemplazado ya sea porque una dentadura total sea antagonista o porque el arco antagonista sea hasta el primer molar, como los dos premolares adyacentes al espacio de extensión distal con un soporte periodontal saludable, se puede planificar una prótesis fija con un pónico de extensión. En otras circunstancias se puede colocar un implante y el único reemplazo práctico es con una prótesis parcial removible.²³

8. Necesidad de estabilización del arco cruzado

Cuando la estabilización de arco cruzado para los dientes se necesita para contrarrestar las fuerzas laterales y las anteroposteriores (por ejemplo después del tratamiento de enfermedad periodontal avanzada), generalmente se requiere la estabilización de arco cruzado o bilateral. La prótesis fija puede proveer una excelente estabilización lateral o bucolingual.²³

9. Pacientes con problemas físicos o emocionales

La larga preparación y los procedimientos de confección de una prótesis fija la contraindican en pacientes con problemas físicos o emocionales; para tales pacientes debe establecerse un tratamiento que prevenga el deterioro oral, para poder seguir el tratamiento y controlar los problemas emocionales o físicos siendo indicada la prótesis parcial removible.²³

10. Estética como fundamento principal en el reemplazo de varios dientes anteriores

Frecuentemente es posible obtener un aspecto más natural del diente cuando se coloca en la base de la prótesis que cuando se enfrenta la terminación de un pónico contra el reborde residual en una prótesis fija. El diente artificial tridimensional presenta una apariencia más natural, ya que algunos pónicos quedan planos y sin brillo.²³

2.2.5. CLASIFICACIÓN GENERAL DE LAS DENTADURAS RESIDUALES Y DE LAS PRÓTESIS PARCIALES

Es muy grande el número de combinaciones distintas de los dientes existentes en el arco dental en el cual estén ausentes una o más piezas dentarias. Con el objetivo de simplificar la descripción, comprensión y el diseño de las prótesis parciales en las arcadas edéntulas, se han creado varios tipos de clasificaciones en prótesis parcial removible. Se dice que a Kennedy E. y a Rumpel, se debe la iniciativa de haber intentado una forma de clasificación de los parcialmente desdentados.^{21, 22, 23}

Posteriormente a los autores mencionados, muchas han sido las tentativas de clasificación y puede decirse que cada autor ha intentado darnos una nueva, basada en principios diferentes. Entre las clasificaciones más conocidas se encuentran las de Cummer, de Bailyn, de Skinner, de Applegate, de Millar, de Swenson, de Friedman, de Wild, de Muller, de Rumpel, y la de Fritsch. Sin embargo, es la clasificación de Kennedy, la más didáctica y de fácil comprensión.^{21, 22}

BASES DE UNA CLASIFICACIÓN

Para que un método de clasificación sea aceptable debe ser capaz de realizar lo siguiente:

1. Permitir una visualización de tipo de arcada parcialmente edéntula considerada.
2. Permitir la diferenciación entre las dentaduras parciales dentosoportadas y las dentomucosoportadas.
3. Servir como guía para el tipo de diseño a utilizar.
4. Ser universalmente aceptada.

Algunas clasificaciones se han hecho desde el punto de vista de la situación de las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes, refiriéndonos entonces de una clasificación topográfica. Otras veces se toma en cuenta el punto de vista del rendimiento del maxilar, es decir, del tipo de prótesis que va a llevar; se habla entonces de una clasificación por rendimiento. Cuando se toma en cuenta los dos conceptos anteriores a la vez, se dice que la clasificación es funcional.

Hay otras que se hacen desde el punto de vista fisiológico, y por último, otras se hacen desde el punto de vista biomecánico de acuerdo al problema mecánico y biológico que los casos presentan y las posibilidades de su solución. ^{21, 22, 24}

CLASIFICACION DE KENNEDY: ^{23, 21,22}

La Clasificación de Edward Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes. Esta clasificación puede ser aplicada fácilmente a casi todas las situaciones edéntulas parciales facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo y es la Clasificación más aceptada.

La clasificación original de Kennedy contiene cuatro clases, con ciertas modificaciones:

□ Clase I

Zonas edéntulas bilaterales localizadas posteriores a los dientes remanentes. Forma parte de las dentomucosoportadas.

□ Clase II

Zona edéntula unilateral localizada posterior a los dientes naturales remanentes.

□ Clase III

Zona edéntula unilateral con dientes naturales a cada lado de ella.

□ Clase IV

Zona edéntula simple o única y bilateral localizada anterior a los dientes naturales remanentes, cruza la línea media.

El Dr. O. C. APPLEGATE (1960) realizó un intento de aumentar la clasificación de Kennedy al añadir una Clase V y VI. Su aceptación no ha sido universal. Razón por la cual no se han tomado en cuenta en el presente estudio.

□ La Clase V describe la zona edéntula limitada anteriormente y posteriormente por dientes naturales pero en donde el diente pilar anterior (el incisivo central) no es aconsejable como soporte. Esta sólo posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto está totalmente desdentado.

□ La Clase VI es una situación edéntula en donde los dientes adyacentes al espacio son capaces de soportar totalmente los requerimientos de la prótesis; ocurre muy frecuentemente en los jóvenes para quienes la prótesis fija se indica pero existe un posible daño a la pulpa si se realiza la preparación dentaria. En esta clase, sólo existen los dos incisivos centrales.²⁵

Para cada una de estas situaciones está previsto un plan de tratamiento ideal, con el objetivo de distribuir las cargas masticatorias de modo equilibrado, para así mismo minimizar la presión del hueso alveolar residual y causar una reabsorción.

Otros autores propusieron diversos sistemas de clasificación, basados sobre otros sistemas propuestos, pero no encontraron mayor funcionalidad que el anterior, universalmente aceptado.²⁶

APPLEGATE también menciona las siguientes ocho reglas que gobiernan la aplicación de la clasificación de Kennedy:²⁷

- Regla 1: La clasificación debe darse luego de las extracciones y no antes de las mismas, ya que ellas alteran la clasificación original.
- Regla 2: Si el tercer molar no está presente y no va a ser reemplazado, no se considera en la clasificación.
- Regla 3: Si el tercer molar está presente y si se va a utilizar como pilar, se considera en la clasificación.

- Regla 4: Si el tercer molar no está presente y no se va a reemplazar (debido a que el segundo molar antagonista tampoco está presente y no va a ser reemplazado), no se considera en la clasificación.
- Regla 5: La zona edéntula más posterior siempre determina la clasificación.
- Regla 6: Otras zonas edéntulas adicionales que las que determinan la clasificación son referidas como espacios para las modificaciones y son designadas por número.
- Regla 7: La extensión de la clasificación no es considerada, sólo el número de las zonas edéntulas adicionales.
- Regla 8: No existen zonas de modificación en la Clase IV. Cualquier zona edéntula posterior a una zona simple bilateral, determina la clasificación.

La secuencia numérica del sistema de clasificación está basada parcialmente en la frecuencia de su ocurrencia, con las arcadas Clase I siendo las más comunes y las arcadas Clase IV las menos comunes.²⁸

La secuencia también está basada en los principios de diseño: La dentadura parcial Clase I es designada como prótesis dentomucosoportada y la Clase III como totalmente dentosoportada y la Clase II como una combinación de las Clases I y III (parcialmente dentomucosoportada y parcialmente dentosoportada).²⁸

2.3. Definición de términos básicos

1. **Clasificación de Kennedy**.-, tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes. Esta clasificación puede ser aplicada fácilmente a casi todas las situaciones edéntulas parciales facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo y es la Clasificación más aceptada. La clasificación original de Kennedy contiene cuatro clases, con ciertas modificaciones: Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV.²³
2. **Edad**.-Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.²⁹
3. **Género**.- condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas.²⁹
4. **Edéntulo Parcial** .- La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. La caries dental suele ocurrir en los primeros años de edad en tanto que las enfermedades periodontales sobreviven a la mitad de la vida o en años posteriores. Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más

notables a medida que pierde su dentición natural y progresa la desdentación parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura. Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporomandibulares. Ellos crean a su vez problemas funcionales.³⁰

5. **Prevalencia.**- El concepto de la prevalencia se entiende como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.³¹

2.4. Variables

Para evaluar la prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy, se tomaron en cuenta las siguientes variables:

Variable:

Edentulismo Parcial.- Pérdida de algunos de los dientes en una persona adulta ubicados por arcadas y por clasificación de Kennedy.

Covariable:

Edad : en años de los pacientes divididos en grupos de:

20-30 años

31-40 años

41-50 años

51- 60 años

61-70 años

Género:

Femenino o masculino.

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA Y TIPO	INDICADOR	VALORES
Edentulismo Parcial	Pérdida de algunos de los dientes en una persona adulta.	Cualitativa Nominal	Ubica la Arcada con zona edéntula Conoce la zona edéntula en la arcada	Superior Inferior Clase I de Kennedy (Modificación 1,2 y 3) Clase II de Kennedy (Modificación 1,2 y 3) Clase III de Kennedy (Modificación 1,2 ,3, y 4) Clase IV de Kennedy
Edad	Tiempo de vida de los encuestados según grupos de edades.	Cuantitativa Razón	Edad cronológica (DNI)	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años
Género	Condición que distingue a la persona según sus Características fenotípicas externas.	Cualitativa Nominal	Conoce las características fenotípicas	1:Femenino 2:Masculino

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Investigación aplicada. Denominada también activa, práctica o empírica. Se encuentra íntimamente ligada a la investigación básica ya que depende de sus descubrimientos y aportes teóricos para llevar a cabo la solución de problemas, con la finalidad de generar bienestar a la sociedad.

3.1.2. Nivel de investigación

Descriptivo. Con el propósito de describir. Se van a describir características cuantitativas y cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio es decir, detallar como es la variable. En la presentación de los resultados se utilizará la estadística descriptiva.

3.1.3. Método y Diseño de Investigación

El estudio será desarrollado bajo:

Diseño No experimental.- puesto que no se realizará experimento alguno, no se aplicará ningún tratamiento o programa, es decir, no existirá manipulación de variables observándose de manera natural los hechos o fenómenos; es decir, tal y como se dan en su contexto natural.

Nivel Descriptivo.- Con el propósito de describir. Se van a describir características cuantitativas y cualitativas de los sujetos investigados sobre la variable de estudio es decir, detallar como es la variable. En la presentación de los resultados se utilizará la estadística descriptiva.

Corte Transversal.- ya que se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

En el desarrollo del diseño planteado se observarán, analizarán y reportarán los hechos, es decir se describirán. Asimismo, Según la planificación de la toma de datos ésta se realizará de manera retrospectiva.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Estará conformada por las historias clínicas de 150 pacientes entre 20 a 70 años que recibieron tratamiento con Prótesis Parcial Removible y que fueron atendidos en el periodo 2012 – 2014 en la Clínica del Adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho.

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas de pacientes edéntulo entre 20 a 70 años.
- Historias Clínicas con Odontogramas completos
- Pertenecientes a ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes edéntulos totales.
- Historias Clínicas sin Odontogramas completos.

Con ausencia de piezas dentaria.

3.2.2. Muestra

- ✓ La unidad de análisis será la historia clínica del paciente adulto edéntulo parcial atendido en la Clínica del Adulto de la universidad Alas Peruanas filial Huacho que cumplió con los criterios de selección establecidos.
- ✓ La unidad de muestro estará representado por la Historia Clínica del paciente adulto atendido en la Clínica.
- ✓ El marco muestral estará representado por el registro de las Historias clínicas de los pacientes atendidos que cumplieron con los criterios de selección del presente estudio.
- ✓ El tamaño de la muestra se encontrará utilizando la fórmula que nos proporciona el muestreo cuando el interés es estudiar la proporción en estudio descriptivo:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

k= Valor estándar de la distribución anormal asociado a un nivel de confianza

e= error de muestreo

PQ= varianza para variable categórica

Considerando un 98% de confianza ($k= 1.96$), una varianza máxima que asegure un tamaño de muestra suficiente grande ($PQ= 0.25$) un error de muestreo de 5% ($e= 0.05$), para un tamaño poblacional de $N= 150$, se obtiene =108

$$\frac{1.96^2 \cdot 150(0.25)}{0.05^2(150-1)+1.96^2(0.25)} = 108$$

Por lo tanto la muestra estará conformada por 108 Historias Clínica de los pacientes atendidos haciéndose la selección aleatoriamente, captando 3 de cada 5 historias clínicas de acuerdo al orden de atención.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

Para determinar la prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy, se empleará la técnica de la observación, que es un método fundamental de obtención de datos de la realidad, toda vez que consiste en obtener información mediante la percepción intencionada y selectiva, ilustrada e interpretativa de un objeto o de un fenómeno determinado.

3.3.2. Instrumentos

En el recojo de información se empleará como instrumento una ficha elaborada para tal fin la cual recogerá los datos de las historias clínicas, por cuanto ésta permite obtener y evaluar una considerable cantidad de información, un odontograma en donde se marcarán las piezas ausentes y un cuadro donde se determinará la clasificación de Kennedy.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1.- Análisis Descriptivo de Frecuencia

Estadísticos					
		GRUPO ETAREO	GÉNER O	ARCADA EDENTULA	CLASIFICACI ÓN DE KENNEDY CON MODIFICACI ONES
N	Válido	108	108	108	108
	Perdidos	0	0	0	0
Media		3,31	1,76	1,69	4,64
Error estándar de la media		,106	,041	,045	,424
Mediana		3,00	2,00	2,00	2,00
Moda		4	2	2	1
Desviación estándar		1,099	,430	,463	4,408
Mínimo		1	1	1	1
Máximo		5	2	2	16

FUENTE: elaboración propia

VALIDACION DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

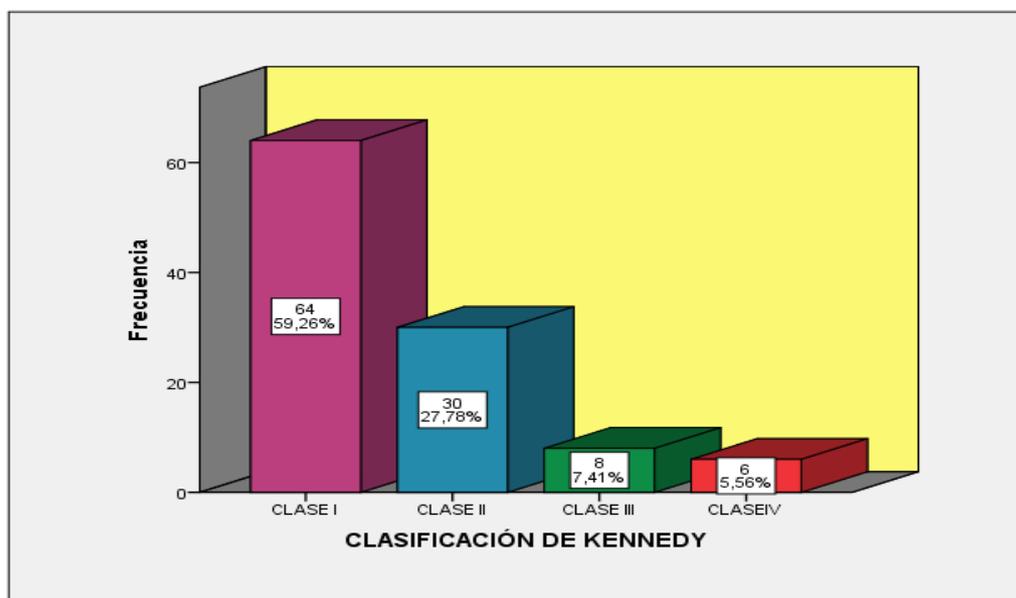
“Determinar es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.”

Tabla n°2: Clasificación de Kennedy

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CLASE I	64	59,3	59,3	59,3
CLASE II	30	27,8	27,8	87,0
CLASE III	8	7,4	7,4	94,4
CLASEIV	6	5,6	5,6	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 1 Clasificación de Kennedy



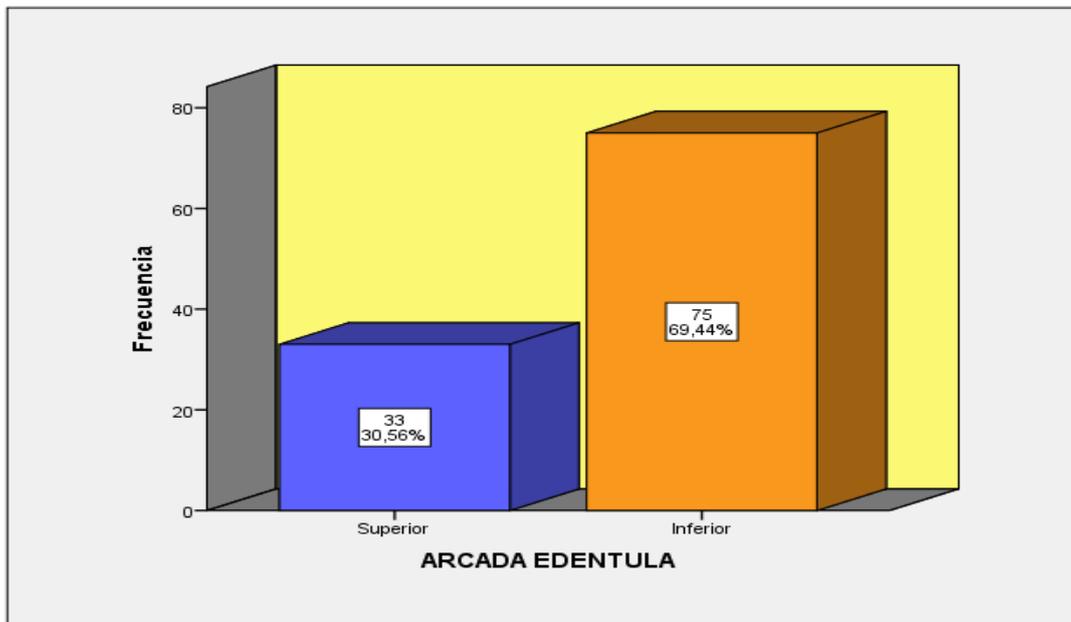
En la tabla n°2 y gráfico n°1 se observa que la clasificación de Kennedy más prevalente es la Clase I con el 59.26% de la muestra, seguida de la Clase II de Kennedy con el 27.78% , continuando la Clase III de Kennedy con el 7,41% y por último la Clase IV de Kennedy con el 5.5%.

Tabla n° 3: Frecuencia de edentulismo según arcada dentaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Superior	33	30,6	30,6	30,6
	Inferior	75	69,4	69,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia.

Gráfico n° 2: Frecuencia de edentulismo según arcada dentaria.



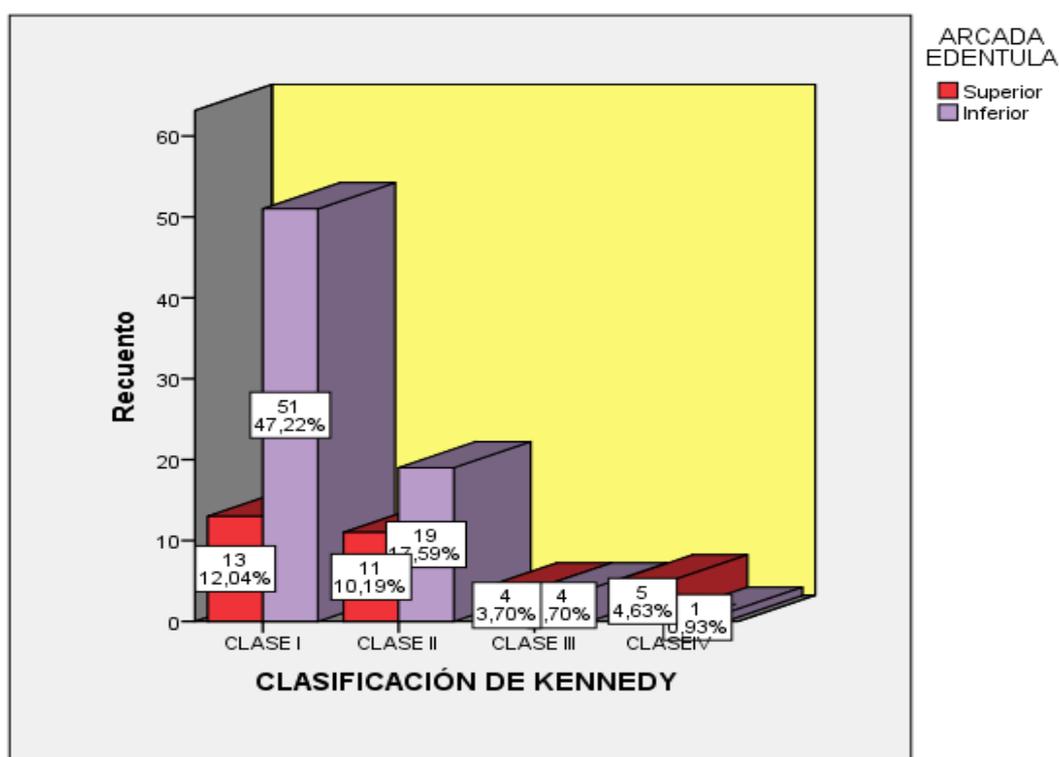
En la tabla n°3 y gráfico n°2 se observa que el 69.44% de la muestra es edéntulo parcial inferior y el 30.56% de la muestra es edéntulo parcial superior.

Tabla n°4 Clasificación de Kennedy según arcada edéntula

		Arcada edéntula		Total
		Superior	Inferior	
Clasificación de Kennedy	Clase I	13	51	64
	Clase II	11	19	30
	Clase III	4	4	8
	Clase IV	5	1	6
Total		33	75	108

Fuente: elaboración propia

Gráfico n°5 Clasificación de Kennedy según arcada edéntula



En la tabla n°4 y gráfico n°3 se observa que la clasificación de Kennedy con mayor prevalencia es la Clase I distribuidos con un 47.22 % en la arcada inferior y un 12.04 % en la arcada superior.

Objetivos específicos

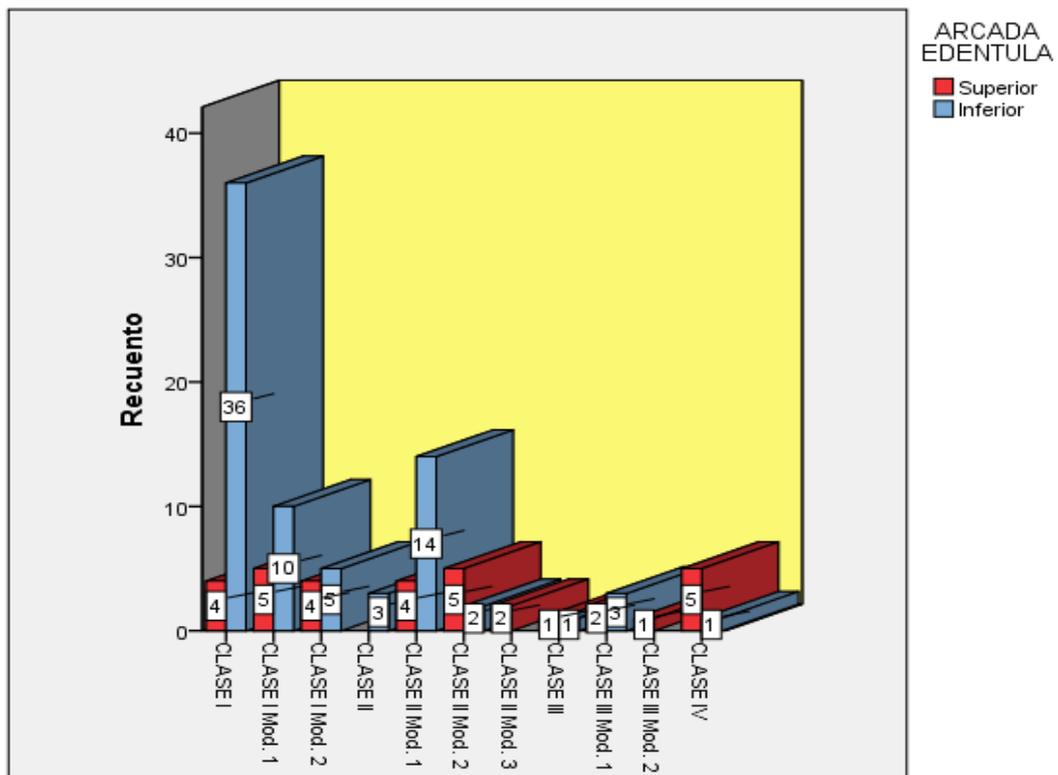
1. Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012-2014.

Tabla n°5 Clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada edéntula.

		ARCADA EDENTULA		Total
		Superior	Inferior	
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY CON MODIFICACIONES	CLASE I	4	36	40
	CLASE I Mod. 1	5	10	15
	CLASE I Mod. 2	4	5	9
	CLASE II	0	3	3
	CLASE II Mod. 1	4	14	18
	CLASE II Mod. 2	5	2	7
	CLASE II Mod. 3	2	0	2
	CLASE III	1	1	2
	CLASE III Mod. 1	2	3	5
	CLASE III Mod. 2	1	0	1
	CLASE IV	5	1	6
	Total	33	75	108

Fuente: elaboración propia

Gráfico n° 4: Clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada



En la tabla n°5 y gráfico n°4 se observa que en la arcada inferior prevalece la clase I estricta con 36 casos (33.33%) seguida de la clase II modificación 1 con 14 casos (12.96%), clase I modificación 1 con 10 casos (9.26%), clase I modificación 2 con 5 casos (4.63%), clase II estricta y clase III modificación 1 con 3 casos cada uno (2.78%), clase II modificación 2 con 2 casos (1.85%), y la clase III estricta y clase IV con 1 caso cada uno (0.93%). Mientra en la arcada superior la clase I modificación 1, clase II modificación 2 clase IV con 5 casos cada uno (4.63%), la clase I estricta, clase I modificación 2, clase II modificación 1 con 4 casos (3.70%), la clase II modificación 3 con 2 casos (1.85%) y la clase III y clase III modificación 2 con 1 solo caso (0.93%).

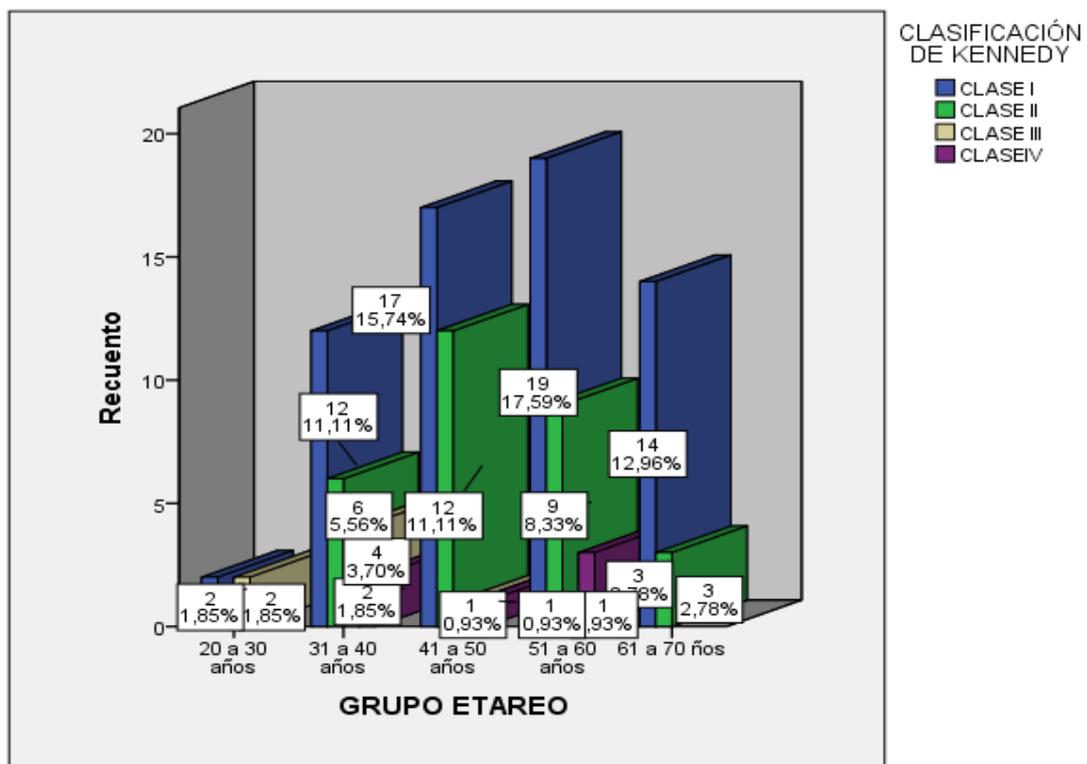
2.- Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por edad en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.

Tabla n°6 : Clasificación de Kennedy y edad

	CLASIFICACIÓN DE KENNEDY				Total
	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASEIV	
GRUPO ETAREO 20 a 30 años	2	0	2	0	4
31 a 40 años	12	6	4	2	24
41 a 50 años	17	12	1	1	31
51 a 60 años	19	9	1	3	32
61 a 70 años	14	3	0	0	17
Total	64	30	8	6	108

Fuente: elaboración propia

Gráfico n°5 Clasificación de Kennedy y edad



En la tabla n°6 y gráfico n° 5 se observa que en el grupo de 20 a 30 años encontramos 2 casos (1.85%) con clase I de Kennedy y 2 casos(1.85%) con clase III, en el grupo de 31 a 40 años encontramos 12 casos (11.11%) con clase I, 6 casos (5.56%) con Clase II, 4 casos (3.7%) con clase III y 2 casos (1.85%) con clase IV, en el grupo de 41 a 50 años encontramos 17 casos (15.74%) de clase I, 12 casos (11.11%) con clase III, 1 caso (0.93%) con clase III y 1 caso (0.93%) con clase IV, en el grupo de 51 a 60 años encontramos 19 casos (17.59%) con clase I, 9 casos (8.33%) con Clase II, 1 casos (0.93%) con clase III y 3 casos (2.78%) con clase IV y por último en el grupo de 61 a 70 años encontramos 14 casos (12.96%) con clase I y 3 casos (2.78%) con Clase II.

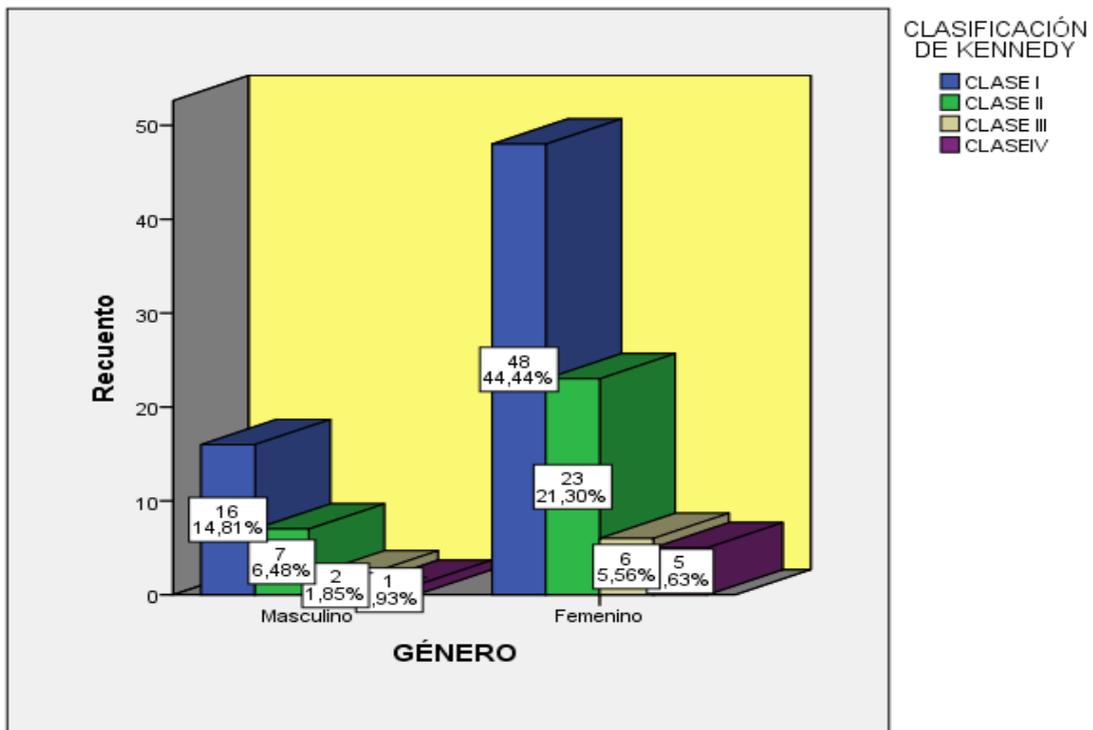
3. Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por género en pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los

Tabla n° 7 Clasificación de Kennedy y género

		CLASIFICACIÓN DE KENNEDY				Total
		CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASEIV	
GÉNERO	Masculino	16	7	2	1	26
	Femenino	48	23	6	5	82
Total		64	30	8	6	108

Fuente: elaboración propia

Gráfico n°6 Clasificación de Kennedy y género



En la tabla n°7 y gráfico n°6 se observa que en el género femenino encontramos 48 casos (44.44%) con clase I, 23 casos (21.30%) con clase II, 6 caso (5.56%) con clase III y 5 casos (4.63%) con clase IV, mientras que en el género masculino encontramos 16 casos (14.81%) de clase I, 7 casos (6.48%), con Clase II, 2 casos (1.85%) con clase III y 1 caso (0.93%).con clase IV.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

En el presente estudio se puede afirmar:

1.- Se observa que la clasificación de Kennedy más prevalente es la Clase I con el 59.26% de la muestra, seguida de la Clase II de Kennedy con el 27.78% , continuando la Clase III de Kennedy con el 7,41% y por último la Clase IV de Kennedy con el 5.5%.

Respecto al edentulismo por arcada se observa que el 69.44% de la muestra es edéntulo parcial inferior y el 30.56% de la muestra es edéntulo parcial superior.

Este resultado hallado coincide con:

López J. (Lima -2009) en su tesis “Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres.

Llegando a la conclusión que: La Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%.

2.- Se observa que en la arcada inferior prevalece la clase I estricta con 36 casos (33.33%) seguida de la clase II modificación 1 con 14 casos (12.96%), clase I modificación 1 con 10 casos (9.26%), clase I modificación 2 con 5 casos (4.63%), clase II estricta y clase III modificación 1 con 3 casos cada uno (2.78%), clase II modificación 2 con 2 casos (1.85%), y la clase III estricta y clase IV con 1 caso cada uno (0.93%). Mientras en la arcada superior la clase I modificación 1, clase II modificación 2 clase IV con 5 casos cada uno (4.63%), la clase I estricta, clase I modificación 2, clase II modificación 1 con 4 casos (3.70%), la clase II modificación 3 con 2 casos (1.85%) y la clase III y clase III modificación 2 con 1 solo caso (0.93%).

Resultado diferente al encontrado por:

Luna G. (Ecuador- 2011) en su Tesis titulada “Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo junio – noviembre del 2011” como objetivo conocer la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja. Llego a la conclusión que: La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con 26,91%.

3.- Se observa que en el grupo de 20 a 30 años encontramos 2 casos (1.85%) con clase I de Kennedy y 2 casos(1.85%) con clase III, en el grupo de 31 a 40 años encontramos 12 casos (11.11%) con clase I, 6 casos (5.56%) con Clase II, 4 casos (3.7%) con clase III y 2 casos (1.85%) con clase IV, en el grupo de 41 a 50 años encontramos 17 casos (15.74%) de clase I, 12 casos (11.11%) con clase III, 1 caso (0.93%) con clase III y 1 caso (0.93%) con clase IV, en el grupo de 51 a 60 años encontramos 19 casos (17.59%) con clase I, 9 casos (8.33%) con Clase II, 1 casos (0.93%) con clase III y 3 casos (2.78%%) con clase IV y por último en el grupo de 61 a 70 años encontramos 14 casos (12.96%) con clase I y 3 casos (2.78%) con Clase II.

Resultado similar al encontrado por:

Cisneros M. y col. (Lima-2013) en su investigación "Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria". Concluyendo que el grupo etáreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%.

4.- Se observa que en el género femenino encontramos 48 casos (44.44%) con clase I, 23 casos (21.30%) con clase II, 6 caso (5.56%) con clase III y 5 casos (4.63%) con clase IV, mientras que en el género masculino encontramos 16 casos (14.81%) de clase I, 7 casos (6.48%), con Clase II, 2 casos (1.85%) con clase III y 1 caso (0.93%).con clase IV.

Resultado similar al encontrado por:

Cisneros M. y col. (Lima-2013) en su investigación "Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria". Encontrando: en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

PRIMERO.- La clasificación de Kennedy más prevalente es la Clase I con el 59.26 % y de éstos el 47.22 % se encuentran ubicado en la arcada inferior y el 12.04 % en la arcada superior (ver figuras n° 1 y 2 y 3)

SEGUNDO.- La clase I de Kennedy estricta en el maxilar inferior es la más frecuente con 36 casos (33.33%) seguida de la clase II modificación 1 con 14 casos (12.96%), clase I modificación 1 con 10 casos (9.26%), clase I modificación 2 con 5 casos (4.63%), clase II estricta y clase III modificación 1 con 3 casos cada uno (2.78%), clase II modificación 2 con 2 casos (1.85%), y la clase III estricta y clase IV con 1 caso cada uno (0.93%). (ver figuras n°4)

TERCERO.- El grupo de 51 a 60 años se encuentra más frecuencia de edentulos parciales con 19 casos de clase I (17.59%), 9 casos de Clase II (8.33%), 1 casos de clase III (0.93%) y 3 casos de clase IV (2.78%) (ver figuras n° 5)

CUARTO.- En el género femenino presenta mayor frecuencia de edentulos parciales con 48 casos con clase I (44.44%), 23 casos con clase II (21.30%), 6 caso con clase III (5.56%) y 5 casos con clase IV (4.63%). (ver figuras n°6)

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

PRIMERO.- Realizar estudios de este tipo y con poblaciones distintas en cuanto ubicación geográfica y nivel socioeconómico ya que se tendría que investigar cual es la causa principal del edentulismo.

SEGUNDO.- Se recomienda a la utilizar como base estos resultados para realizar programas y campañas integrales de prevención, identificación y mejores tratamientos para ayudar a reducir el índice de edentulismo en la población.

TERCERO.- Debido a la complejidad de la causa y efecto del edentulismo se recomienda realizar más estudios en donde el objetivo principal sea buscar la causa principal.

CUARTO.- Se recomienda dar a conocer a los profesionales de la salud oral, para que ofrezcan una adecuada prevención y plan de tratamiento.

INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.-Cortés V, Carrasco F, Vergara C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques e Isla Tac , Quemchi, 2013. Revista Chilena de Salud Pública 2014; Vol 18 (3): 257-262.

2.-Anum M, Mohsin B, Jamil B. Causes and pattern of partial edentulismo/ exodontia and its association with age and gender: semirural population, Baqai dental college, Karachi, Pakistan. International Dental Journal of student's research. 2012; 1(3):13-8.

3.- Martínez D, Ruiz R, Contreras J, Rivero P, Abalone M, Romano S. Estudio de la prevalencia de los distintos tipos de Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la Cátedra de clínica de prótesis parcial removible de la Facultad de Odontología de Rosario [TESIS]. Rosario: Universidad de Rosario. Facultad de Odontología; 2012.

4.-Geetha KR, Prabhu R, Ratika R, Ilango T, Easwaran M, Iffat S. The quality of oral rehabilitation in the partially edentulous South Indian population: A cross sectional study. Journal of Clinical Diagnostic Research. 2011; 5(7):1478-80

5.-Hassan N, Malik A, Ayub H, Waheedullah K, Azad A. Patterns of partial edentulism among armed forces personnel reporting at armed forces institute of Dentistry Pakistan. Pakistan Oral & Dental Journal. 2011; 31(1): 217-21.

6.- Luna G. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo junio – noviembre del 2011. [Tesis] Loja: Universidad de Loja. Facultad de Odontología. 2011

7.- Ehikhamenor E., Oboro H., Onuora O., Umanah A., Chukwumah N. and Aivboraye A. Types of removable prostheses requested by patients who were

presented to the University of Benin Teaching Hospital Dental Clinic. Journal of Dentistry and Oral Hygiene. 2010; 2(2): 15-8.

8.- Noguerras J, Vela X, Samsó J, Peraire M, Anglada J.M, y Salsench J. Tipos de edentulismo parcial tratados con prótesis parcial removible. Anales de Odontoestomatología. 1994 Junio; 201-206.

9.- 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] Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2013

10.- Rodríguez L. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche. [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; Facultad de Odontología; 2013

11.- López J. Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2009.

12.- López J. Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2009.

13.- Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. Am J Clin Nutr. 2004; 79:295-302.

- 14.- Capuñay J, Alvarado F, Pinedo V. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev. Med. Hered. 1996; 7:172-7.
15. Shamrany M. Is depression associated with edentulism in Canadian adults? (Tesis Magistral). Toronto (Canadá): Departamento de Odontología, Universidad de Toronto; 2008.
16. Diaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. [Tesis]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2009.
- 17.- INEI – Censos Nacionales 2007: de población y Vivienda.
- 18.- Neves F, Balbinot J, Rosario M, Aparecido J. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37:231-40.
19. Esquivel R, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos. Odontología Actual. 2008; 5(58):48-52.
- 20.- Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. 1era ed. México DF: Nueva Editorial Interamericana; 1984. p. 1-15. 14.
- 21.- Loza, D. Prótesis Parcial Removible. 1era ed. C.A: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, 1992,. pág. 57.
- 22.- Steward, Kenneth, 1993, Prostodoncia Parcial Removible. 2da Edición. Caracas Venezuela. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas L.A. 1993. p. 1-18.

- 23.- Neves F, Balbinot J, Rosario M, Aparecido J. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009; 37:231-40.
- 24.- Daviu, D. Necesidad de prótesis dental en la población adulta del Cercado de Tacna. [Tesis].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. 1984
- 25.- Loza D. “Prostodoncia Parcial Removible”; 3ra ed. Perú: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. 2005; Cap. 4; pág. 56.
- 26.- Bortolotti L. “Prótesis Removible Clásica E Innovaciones”; 1ra ed.; Italia: Editorial D’vinni Ltda.; 2006; Cap. 18 pág. 198
- 27.- Medina Fernando Ángeles, BORI Enrique Navarro; “Prótesis Bucal Removible”; 1ra ed. ; México: Editorial Trillas S,A; 2003; cap.2, pág. 42
- 28.- Carr B, McGIVNEY Glen P y BROMWN David T; “McCracken Prótesis Parcial Removible”; 11 Ed. ; Editorial EDIDE S.L 2006; Cap. 2; Pág. 22.
- 29.- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.22ed. España: Editorial QW, Editores SAC; 2005.
- 30.- Mallat E; “Prótesis Parcial Removible. Clínica y Laboratorio”; 3era ed.; Madrid España: Editorial Mosby/Doyma; 2005; Cap.4; Pág. 33-36.
- 31.[Http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/NGoko_Ze nguet_3/PREVALENCIAPUNTUAL.htm](http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/NGoko_Ze nguet_3/PREVALENCIAPUNTUAL.htm)

ANEXOS



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N: _____

Fecha: _____

“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UAP FILIAL HUACHO DURANTE LOS AÑOS 2012-2014”

Lugar: _____

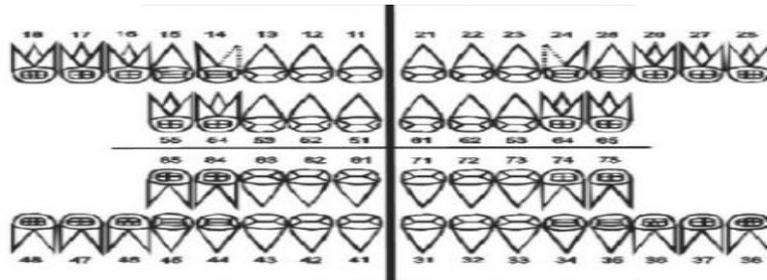
Datos de identificación del paciente:

Edad: _____ años 20-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () 61-70 ()

Dirección _____

Género : M () F ()

Arcada



Clasificación de Kennedy:

Maxilar Superior ()

Maxilar Inferior ()

Clase I _____ Modificación _____

Clase II _____ Modificación _____

Clase III _____ Modificación _____

Clase IV _____

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

“PREVALENCIA DE DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL HUACHO DURANTE LOS AÑOS 2012-2014”					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>GENERAL ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?</p> <p>ESPECÍFICOS 1. ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014? 2. ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por edad en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?</p>	<p>GENERAL Determinar es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014..</p> <p>ESPECÍFICOS 1. Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones por arcada en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014 2. Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por edad en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas</p>	<p>VARIABLE: “Edentulismo parcial”</p> <p>COVARIABLE: Edad Género</p>	<p>Arcada de zona edéntula</p> <p>Clasificación de Kenedy</p> <p>Edad cronológica</p> <p>Femenino Masculino</p>	<p>Ubica la Arcada con zona edéntula</p> <p>Conocen la zona edéntula en la arcada .</p> <p>DNI</p> <p>Conoce sus Características fenotípicas externas</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Aplicada</p> <p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>DISEÑO: No experimental de corte Transversal</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA Estará conformada por las historias clínicas de 150 pacientes entre 20 a 70 años que recibieron tratamiento con Prótesis Parcial Removible y que fueron atendidos en el periodo 2012 – 2014 en la Clínica del Adulto de la Universidad Alas Peruanas Filial Huacho.</p>

<p>3. ¿Cuál es la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por género en los pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014?</p>	<p>filial Huacho durante los años 2012- 2014</p> <p>3. Establecer la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por género en pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Huacho durante los años 2012- 2014.</p>				<p>La muestra estará conformada por 108 Historias Clínica de los pacientes atendidos haciéndose la selección aleatoriamente, captando 3 de cada 5 historias clínicas de acuerdo al orden de atención.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Antes de dar mi consentimiento para participar en este estudio con la firma de este documento, dejo constancia de que he sido informado /a acerca de toda la información precedente que describe este estudio de investigación.

He recibido, además una copia escrita con un resumen de esa información y del manejo confidencial de datos. El investigador ha contestado personalmente, a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a esta investigación y firmo el presente confirmando esta manifestación.

YO.....
.....

Certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre “Consentimiento Informado” que contiene información sobre propósito y beneficio del examen, entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficio y riesgo.

Entiendo que la prueba es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado(a) de la medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Firma y DNI

____/____/____