



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y REGLAS DE APPLGATE EN PACIENTES ADULTOS DE 40 a 60 AÑOS QUE ASISTIERON AL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA, ESSALUD. AREQUIPA - 2015”

Tesis presentada por la Bachiller:

MIRIAN ANTONIETA MANRIQUE ALLAZO

para optar el Título Profesional de

Cirujano Dentista

AREQUIPA-PERÚ

2016

Dedicatorias

A Dios, mi padre celestial por ser mi guía y la luz en mi camino y que nunca me falla en todo lo que me propongo.

A mi madre lo más valioso que tengo que con su demostración de una madre ejemplar y luchadora me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante cualquier obstáculo y siempre mirar hacia adelante.

A mis hermanos Edwin y Gladys que con su cariño y su apoyo incondicional confiaron siempre en mi.

A mi dos amores mi esposo y mi hija que me alegran cada día con sus ocurrencias y por motivarme a seguir adelante.

Agradecimientos

A mi asesor Dr. Alfredo Tejada Málaga, por su gran asesoría en la elaboración de esta investigación, por su apoyo, consejos y brindarme su amistad.

Al Dr. Xavier Sacca Urday, por sus valiosas enseñanzas, excelentes consejos y por estar siempre dispuesto a ayudarme en mi investigación.

A la Dra. María Luz Nieto Muriel, por su valiosa ayuda en la elaboración de la presente investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	3
1. Título.....	4
2. Justificación e importancia	4
3. Problema de Investigación.....	5
4. Área de Conocimiento	5
5. Objetivos de Investigación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
1. Edentulismo Parcial.....	8
1.1 Definición	8
1.2 Causas.....	9
1.3 Fisiopatología	10
1.4 Aspectos Epidemiológicos Importantes	12
1.5 Factores Asociados al Edentulismo Parcial.....	14
1.5.1 Individuales.....	14
1.5.2 Estilos de Vida.....	14
1.6 Consecuencias Anatómicas del Edentulismo.....	15
1.6.1 Consecuencias En Las Estructuras Óseas	15
1.6.2 Consecuencias En Los Tejidos Blandos	17
1.6.3 Consecuencias Estéticas	18
1.6.4 Consecuencias Psicológicas	19
1.6.5 Disfunción de la Articulación Temporomandíbular.....	20

1.6.6 Disminución de la Eficiencia del Rendimiento Masticatorio	22
1.6.7 Alteraciones del Plano Oclusal.....	24
1.6.8 Atricción Dental.....	25
1.6.10 Pérdida de la Dimensión Vertical.....	26
1.6.11 Colapso Posterior De Mordida	26
2. Clasificación Topográfica	27
2.1 Requerimientos para que un método de clasificación sea aceptable	28
2.2 Clasificación del Edentulismo Parcial	28
2.2.2 Reglas de Applegate	29
2.2.3 Clasificación Adaptada por la escuela de Basilia	31
2.2.4 Comparación de la clasificación de Baylin y Skinner y Kennedy	31
3. Características Del Adulto.....	32
3.1 Adultez.....	32
3.2 Clasificación por edades	32
3.3 Clasificación de la Tercera Edad según la OMS	33
3.4 Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor	34
3.5 Manejo Odontológico del Paciente Adulto.....	36
2. Antecedentes Investigativos	37
2.1 Internacionales	37
2.2 Antecedentes Nacionales	41
2.3 Antecedentes Locales	45
3. Hipótesis.....	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	47
1. Ámbito de Estudio:	48
2. Tipo de estudio y diseño de investigación.....	48
3. Unidades de estudio:	49

4. Población y muestra.....	49
4.1 Criterios De Inclusión	49
4.2 Criterios De Exclusión	49
4.3 Muestra	50
5. Técnicas y Procedimientos.....	50
5.1 Definición Operacional de Variables:.....	50
5.2 Técnicas e Instrumentos de Recolección	52
6. Producción Y Registro de Datos:.....	52
7. Técnicas de Análisis Estadístico:.....	53
8. Recursos.....	53
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	55
1. Presentación de Resultados:.....	56
2. Discusión.....	88
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	102

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate en pacientes de 40 a 60 años que asistieron al Cap III Melitón Salas Tejada, Essalud. Arequipa durante el año 2015.

Se trabajó con una población de 13597 historias clínicas, y a partir de esta se obtuvo una muestra representativa ascendente a 515 historias. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la observación documental, así mismo, el instrumento de recolección de información fue una Ficha de Recolección de Datos Documentales.

El tipo de investigación fue no experimental, con un diseño retrospectivo, documental, transversal y descriptivo.

Los resultados demostraron que en el maxilar superior la clase III de Kennedy fue la más frecuente (50.1%) al igual que su modificación 1 (59.8%). Respecto al maxilar inferior, también la clase III fue la que destacó (46.0%) con su modificación 1 (75.5%). Otro hallazgo interesante fue que en las clases I, II y III de Kennedy (tanto del maxilar superior como inferior) fue la modificación 1 la que prevaleció. Finalmente, se encontró que la edad tiene relación con la clasificación de Kennedy, pues conforme aumenta la edad de los pacientes, la clasificación II y I tienen mayor prevalencia.

PALABRAS CLAVE: Edentulismo parcial, Clasificación de Kennedy, Reglas de Applegate.

ABSTRACT

This research aimed to determine the partially edentulous as rated by Kennedy and rules Applegate in patients 40 to 60 years who attended the Cap III Melitón Salas Tejada, Essalud. Arequipa during 2015.

We worked with a population of 13597 medical records, and from this a representative sample up to 515 stories was obtained. the documentary observation technique was used for data collection, also, the information collection instrument was Documentaries Sheet Data Collection.

The research was not experimental, with a retrospective documentary, transversal and descriptive design.

The results showed that the maxillary Kennedy class III was the most frequent (50.1%) as well as its modification 1 (59.8%); relative to the lower maxiliar, also class III which was highlighted (46.0%) with its amendment 1 (75.5%). Another interesting finding was that in class I, II and III of Kennedy (both the upper jaw and lower) was the change 1 prevailed. Finally, I have found that age is related to the classification of Kennedy, because with increasing age of patients, classification II and I are more prevalent.

KEYWORDS: Partially edentulous, Classification of Kennedy, Rules Applegate.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO

Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate en pacientes adultos de 40 a 60 años que asistieron al CAP III Melitón Salas Tejada, EsSalud. Arequipa-2015

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El edentulismo es un déficit y una agresión al sistema estomatognático no solo desde el punto de vista funcional sino también psicológico ya que la pérdida de los elementos dentales crean condiciones en el paciente que dificultan la masticación, la deglución, la fonética, y por ende la salud general con importantes consecuencias como problemas digestivos, estéticos e influir en la propia imagen y además el grado de aceptación de sí mismo.

La cultura, la educación de nuestra población todavía acarrea costumbres ancestrales en donde el cepillo dental muchas veces no forma parte de los implementos de higiene personal. Si a ello sumamos que existen desórdenes en su dieta alimenticia por las condiciones de vida personales, por la situación socio económica que lleva al paciente a alterar su rutina, sus hábitos para la higiene, y sobre todo los escasos o nulos conocimientos sobre técnicas de cepillado y el cuidado e importancia de la salud oral hace que a temprana edad se encuentren con piezas dentarias deterioradas y no permitan que se les realice tratamientos conservadores, y opten por perderlas, justificando los altos costos que representan dichos tratamientos y que no se encuentran al alcance; por tanto, menos posibilidad de aceptar tratamientos rehabilitadores que reemplacen sus estructuras dentarias pérdidas para devolver las principales funciones del sistema masticatorio.

En el Perú y en nuestra localidad existe un alto porcentaje de edentulismo y no se 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 efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población.

El presente trabajo de investigación brindará nuevos conocimientos y orientara a la comunidad odontológica sobre la realidad de la salud bucal en nuestro medio, para que de esta manera se establezcan programas de promoción y prevención dirigidos al edéntulo, permitiendo así una mejor calidad de vida para el paciente.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el dentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate en pacientes adultos de 40 a 60 años que asistieron al CAP III Melitón Salas tejada, EsSalud. Arequipa-2015?

4. ÁREA DE CONOCIMIENTO

- A. Área: Ciencias de la Salud
- B. Campo: Odontología.
- C. Especialidad: Rehabilitación Oral
- D. Línea: Prótesis Removible
- E. Tópico: Clasificación de Kennedy y reglas de Applegate

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

- Determinar el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate en pacientes adultos.
- Determinar el edentulismo parcial, según maxilar en pacientes adultos.
- Determinar el edentulismo parcial, según sexo en pacientes adultos.

- Determinar el edentulismo parcial, según la edad en pacientes adultos.
- Determinar el edentulismo parcial según el estado civil en pacientes adultos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. MARCO TEÓRICO

1. EDENTULISMO PARCIAL

1.1 DEFINICIÓN

Es la ausencia de las piezas dentarias, y el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como: caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, el cáncer oral, así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales (1)

Los primeros molares son los primeros dientes permanentes en erupcionar en la boca y desafortunadamente suele ser la primera pieza que se pierde por caries dental, fracaso de la terapia endodóntica o fractura (normalmente posterior a una endodóncia).(33)

Se ha comprobado una relación específica de la ausencia de dientes con el incremento de la edad, y la existencia de dientes que se retienen más tiempo que otros. La pérdida de dientes varía según la arcada ya que se pierden más antes los dientes maxilares que los mandibulares. Existe otra diferencia dentro de la misma arcada ya que los dientes posteriores se pierden más rápido que los anteriores y con bastante frecuencia los últimos dientes que permanecen en boca son los mandibulares anteriores especialmente los caninos y es frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores (11)

La pérdida de los dientes reduce sustancialmente la calidad de vida, genera cambios en la imagen, produce una alimentación defectuosa, fonación alterada y cambios en la estética, por la apariencia que le impide presentarse ante el resto de sus semejantes. (22)

Los códigos con los que se conoce al edentulismo parcial mediante la clasificación internacional de enfermedades, según la décima versión (CIE-10) publicado por la OMS son: (32)

- K06.9: Trastornos no especificado de la encía y de la zona edéntula.
- K08.0: Exfoliación de los dientes debido a causas sistémicas.
- K08.1: Pérdida de los dientes por accidente, extracción o enfermedad periodontal local.
- K08.9: Trastorno de los dientes y sus estructuras de Sostén, no especificado.
- K00.0: Anodoncia.

1.2 CAUSAS

Los estudios determinan que las principales causas del edentulismo parcial son: (32)

- La pérdida de dientes por enfermedad periodontal avanzada , es la secuela de la pérdida de adherencia de la encía y la concomitante pérdida de tejidos de soporte del diente, que al ser destruidos dejan al diente sin sus tejidos de sostén y un lecho alveolar vacío.
- La caries dental avanzada, es la segunda causa de edentulismo parcial en menores de 50 años y la primera causa en personas mayores de 60 años lo cual determina la extracción de la pieza dentaria.
- La pérdida de dientes por traumatismo es la tercera causa de edentulismo parcial ;se da en los accidentes del macizo máximo facial que dejan como secuela la pérdida de dientes.Los dientes en su posición natural se encuentran protuidos como la nariz , el mentón y son mas propensos a los accidentes, en

pacientes de mas edad un golpe leve puede provocar la fractura de los dientes; las coronas y las raíces de los dientes endodonciados son especialmente propensas a las fracturas.

- La solicitud del paciente ya que ellos mismos por tiempo o costos decide por la extracción esto .Este problema se agudiza en las zonas alto andinas donde hay poblados sin postas medicas ni odontológicas
- La iatrogenia por tratamientos no efectuados concordante con los parametros de un buen diagnostico asi como las ortodónticas ,endodónticas, operatoria dental , prótesis dental ,periodoncia , fármacos y por radiación. (22)

1.3 FISIOPATOLOGÍA

A nivel de las estructuras de sostén, la cresta ósea del espacio edéntulo, al dejar de recibir el estímulo funcional de la masticación, empieza a perder volumen en alto y ancho. Este proceso es más notorio en la mandíbula que en el maxilar, motivo por el cual el paciente que pierde gran número de piezas dentarias, presentará una discrepancia importante entre maxilar y mandíbula. Por otro lado, la pérdida de piezas dentarias, ocasiona una situación dental inestable, en términos de migración mesial o labial de los dientes remanentes. En cuanto a la masticación, la pérdida de dientes aumenta el tiempo en que se llega al umbral de deglución, es decir el paciente demora mucho tiempo más en llegar a conformar el bolo alimenticio adecuado para el inicio del proceso digestivo.

Los cambios se traducen no solo en la forma de los maxialres, si no que la estética facial también se ve afectada en los casos de edentulismo total es máxima dejada a su libre evolución produciéndose una pérdida de la dimensión vertical que, junto con

la falta de soporte labial y el pseudoprognatismo producen un envejecimiento precoz del rostro, el denominado "perfil de bruja". Estos cambios estéticos tienen como base unos cambios morfológicos que se producen como consecuencia de la atrófia ósea consiguiente al edentulismo total. Las repercusiones de estos cambios morfológicos son: (23)

- **Antero posterior:** la combinación del movimiento posterior de la cresta maxilar con el movimiento anterior de la cresta mandibular es responsable de la progresiva creación de una relación en clase III. La cresta mandibular se atrófia en sentido antero posterior (vestíbulo-lingual) y vertical creando la cresta "en filo de cuchillo.
- **Tranversal:** Estrechamiento de la arcada maxilar y de la arcada mandibular.
- **Vertical:** Aumento de la distancia interarcada, contrarrestado por el acortamiento del tercio inferior de la cara causado por la autorrotación mandibular. La consecuencia es el pseudoprognatismo.

La atrófia ósea va a ocasionar problemas protodónticos entre los que figuran residuos alveolares afilados, zonas residuales desiguales, falta de mucosa queratinizada, tejido residual blando e hipermóvil, mucosa atrofiada, estructuras neurovasculares vulnerables, lengua abultada, crestas oblicuas internas y milohioides prominentes, eminencia mental prominente. Todo este proceso basado en la reabsorción ósea progresiva, es un proceso predecible y claramente se puede detener su progresión si se conoce las bases morfológicas de su evolución. Las modificaciones que se producen en el hueso alveolar post extracción son de origen multifactorial. La reabsorción ósea progresa en muchos pacientes con lentitud y es poco intensa pero existe un grupo en el que varios factores estimulan la reabsorción, en algunos casos la reabsorción

rápida se produce durante los dos primeros años para luego devenir lentamente.

Se habla de remodelado óseo al referirnos a la adaptación de los huesos maxiales a la situación del edentulismo. El remodelado óseo pasa por tres fases:

- La activación se desencadena por la acción de los estímulos locales por ejemplo sobrecargas y extracciones dentales.
- La reabsorción se inicia con la adhesión de los osteoclastos a la superficie ósea. No finaliza hasta que la acción de los factores desencadenantes.
- La fase de formación se inicia con la diferenciación de las células mesenquimales locales en osteoblastos, la aposición de matriz orgánica ya a los 8 días el inicio de la mineralización. La formación del hueso continúa hasta restaurar aproximadamente el hueso reabsorbido. El tiempo invertido en la fase de remodelado es de unos tres meses en el hueso cortical o compacto y de dos meses en el hueso trabecular.(23)

1.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

Un alto porcentaje de la población mundial está en la categoría de edéntulo parcial con una extensa pérdida de las estructuras de soporte. La mayor parte de la población tiene una dentición incompleta pero funcionando, porque un gran número de estos edéntulos parciales no tiene restauración protésica. Sin embargo la restauración de la salud oral y la apariencia es a menudo necesario, hay particularmente un porcentaje de reemplazos en grupos de menores recursos económicos.

Hay concordancia de varios estudios epidemiológicos y de revisión sistemática, que llegan a la conclusión de que las dos principales causas de edentulismo son la caries y la enfermedad periodontal; siendo la caries predominante en edades tempranas y la enfermedad periodontal en edades avanzadas.(28)

La pérdida dentaria en cifras de la OPS(Organización Panamericana de la Salud) indica que las personas de 60 años a más tienen en promedio entre 19 y 27 piezas con experiencia de caries de las cuales el 80% son extraídas o con indicación para extracción, es decir entre 16 y 24 piezas perdidas, lo cual implica un grado severo de caries (más de 14 piezas cariadas) (32)

Un estudio efectuado entre los años 1988 y 1991 en Estados Unidos observó que solo el 38% de estos pacientes tenía todas y cada una de las 28 piezas dentarias .Los pacientes parcialmente desdentados presentaban una media de 23.5 dientes. Las estadísticas para el edentulismo parcial son similares tanto para hombres como para mujeres .(33)

OWALLY col . estudiaron la producción de prótesis parciales removibles en Alemania Occidental observando 1082 fotografías tomadas en series consecutivas de cinco laboratorios grandes y encontraron que 47.2% de los modelos eran superiores y 52,8% eran inferiores .El promedio de dientes presentes en el maxilar superior era de 6.29 y 6.57 en el inferior .El 52.9% de la región molar superior era edéntula y en el maxilar inferior era 72.7%.(28)

Estudios similares mostraron lo siguiente:

Suecia 39,5% maxilar superior y 60.5% maxilar inferior

Estados Unidos 40,6%maxilar superior y 59.4% maxilar inferior

Polonia 51.2%maxilar superior y 48.8% maxilar inferior

Reino unido 63.3%maxilar superior y 36.7% maxilar inferior.

En el servicio de diagnóstico de la clínica estomatológica central de la facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los tres últimos meses de 1998 se registraron 355 edéntulos parciales de los cuales 30 son de la clase I 8.5%, 164 de la clase II 46.2% y 161 de la clase III de Kennedy 45.35% no se registro ni un solo caso de la clase IV durante este período.(28)

1.5 FACTORES ASOCIADOS AL EDENTULISMO PARCIAL

1.5.1 INDIVIDUALES

- Enfermedad periodontal, caries dental, traumatismos.
- Hábitos de vida: La higiene oral está asociada a las principales enfermedades orales.
- Otras condiciones: Terapia de radiación, fumador, diabetes y enfermedades crónicas.(32)

1.5.2 ESTILOS DE VIDA

- Factor cultural: Hábitos y creencias populares respecto a la pérdida de dientes, son muy difundidos en algunas poblaciones, teniendo como si fuera normal la pérdida de piezas dentarias durante el embarazo o por el envejecimiento. Dejando a la salud oral fuera de sus prioridades.
- Factor económico y social: La pobreza, pobreza extrema, desempleo y subempleo de la población que genera acceso limitado a los servicios básicos de salud.
- Lugar de residencia (urbano - rural): Se sabe que en los ámbitos rurales se tiene mayor dificultad de acceso a servicios de salud y a servicios de saneamiento.

- Políticas públicas sanitarias, de prevención y promoción.
- Factores hereditarios.

El Edentulismo, no es una condición patológica heredable, debido a que es la consecuencia de una enfermedad infecciosa sea esta enfermedad periodontal o caries dental. Sin embargo la intensidad de la reabsorción del hueso en las áreas edéntulas, si corresponde a un factor genético, el cual corresponde al gen que codifica el factor de crecimiento de fibroblastos, el cual es FGFR1OP2/WIT3.0. Los grados de reabsorción de hueso mandibular son; Tipo I (reborde residual mayor a 21mm) , Tipo II (reborde residual entre 16 mm a 20 mm), Tipo III (reborde residual de 11 mm a 15 mm), Tipo IV (10 mm o menos). El gen FGFR1OP2/WIT3.0, está asociado a patrones de reabsorción de hueso alveolar tipo IV.(32)

1.6 CONSECUENCIAS ANATÓMICAS DEL EDENTULISMO

1.6.1 CONSECUENCIAS EN LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS

Los huesos basales forman la estructura esquelética dental, contienen la mayoría de las inserciones óseas y se empieza a formar en el feto antes del desarrollo dental .El hueso alveolar aparece por primera vez cuando evoluciona la vaina de Hertwig de la raíz del brote dentario .El hueso alveolar no se forma en ausencia del desarrollo del diente primario o secundario .La estrecha relación entre el diente y el proceso alveolar se mantiene a lo largo de la vida. Según la ley de Wolf (1892) establece que el hueso se remodela en función de las fuerzas aplicadas. Cada vez que la función ósea se modifica, se produce un cambio definitivo en la arquitectura interna y en la configuración externa .Los huesos necesitan

estímulo para mantener su densidad. Robert y Cols. dedujeron que una compresión del 4% sobre el sistema esquelético mantiene el hueso y ayuda en el equilibrio del fenómeno de reabsorción y formación. Al perder un diente, la falta de estimulación en el hueso residual provoca una disminución de la densidad ósea y trabecular en el área con pérdida del ancho externo y por tanto de la altura del volumen óseo. Hay una disminución del 25% en la anchura del hueso durante el primer año posterior a la pérdida del diente y una pérdida de altura total de 4mm durante el año siguiente a una extracción en una dentadura inmediata.

Un diente es necesario para el desarrollo del hueso alveolar, y necesita la estimulación de este hueso para mantener su densidad y volumen. Como resultado el aporte sanguíneo disminuye y se produce la pérdida de volumen óseo total (33)

La mandíbula edéntula tiende a deformarse con consiguientes modificaciones morfo estructurales:

- Deflexión posterior del cóndilo
- Aumento de la escotadura sigmoidea
- Alargamiento del proceso coronoide
- Disminución del ángulo goníaco
- Dorsalización del proceso alveolar anterior

Igualmente el maxilar superior en casos de edentulismo, cursa con un típico dismorfismo por hipotrofia. En dicho caso los puntos de resistencia los constituyen la espina nasal anterior en su plano medio y el plano horizontal posterior que se extiende de una tuberosidad a la otra. De tal modo se delinea un triángulo, que constituye la forma terminal de los maxilares edéntulos con atrófia severa. (38)

En la mujer mayor posteriormente a la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y alteraciones en los mecanismos de absorción y metabolismo de calcio (Ca), lo cual produce una mayor secreción de la hormona paratiroidea, la cual incrementa la reabsorción ósea con el fin de mantener los niveles de calcio sérico. Las consecuencias es un hueso de menor densidad especialmente de hueso esponjoso y también se ve alterado el hueso cortical. (22)

1.6.2 CONSECUENCIAS EN LOS TEJIDOS BLANDOS

Al perder el hueso anchura, altura y de nuevo anchura y altura, la encía adherida va disminuyendo gradualmente. Habitualmente un tejido fino adherido se extiende por encima de la mandíbula atrofiada adelantada o es completamente inexistente. Las zonas de desqueratinización gingival progresiva son propensas a las abrasiones producidas por la prótesis subyacente. Además las inserciones musculares altas desfavorables, así como el tejido hipermóvil suelen complicar la situación. Se relaciona también el espesor de la mucosa del reborde atrofiado con la presencia de una enfermedad sistémica y los cambios fisiológicos que acompañan el envejecimiento.

Condiciones como la hipertensión, diabetes, anemia y las alteraciones nutricionales tienen un efecto negativo sobre el aporte vascular y la calidad del tejido blando debajo de las prótesis removibles. Estas alteraciones dan como resultado una disminución en la tensión del oxígeno en las células basales del epitelio. La pérdida de células de superficie se produce a la misma velocidad pero la formación de células se ve frenada en la capa basal.

La lengua del paciente con rebordes edéntulos suelen ensancharse para acomodarse en el espacio anteriormente por los dientes. lo que dificultara posteriormente a la estabilidad de las futuras prótesis.(33)

1.6.3 CONSECUENCIAS ESTÉTICAS

Los cambios faciales que se producen con el proceso del envejecimiento pueden verse acelerados y potenciados por la pérdida de dientes. Con las consecuencias de la pérdida de hueso alveolar se pueden dar una serie de consecuencias estéticas como :

- Una disminución en la altura facial por un colapso de la dimensión vertical causa varios cambios faciales. La pérdida del ángulo labio mental y el hundimiento de las líneas vertical en el área dan una apariencia aspera.
- Al disminuir progresivamente la dimensión vertical la oclusión evoluciona a una pseudo maloclusión de clase III
- Como resultado, la barbilla rota hacia delante dando un aspecto facial prognático. Estas condiciones dan como resultado una disminución en el ángulo labial horizontal en la comisura de los labios, el paciente se pone infeliz cuando la boca esta en reposo. Las personas del tipo de rostro corto sufren fuerzas de mordida mayores, mayor pérdida de hueso y cambios faciales más dramáticos con el edentulismo en comparación con las demás personas.
- El borde bermellón de los labios se vuelve mas fino como resultado de un pobre soporte labial por parte de la prótesis y la pérdida de tono muscular, su posición retruida guarda relación con la pérdida de reborde premaxilar y la de tonicidad de la musculatura.(33)

1.6.4 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

La pérdida de los elementos dentales pueden interpretarse como una verdadera mutilación con importantes consecuencias sobre la propia imagen y sobre el grado de aceptación de si mismo. Esta situación genera una percepción estética y autorepresentación corporal alterada, con pérdida de la autoestima y dificultad en las relaciones personales(5)

Los efectos psicológicos del edentulismo son variados y complejos y van desde un mínimo hasta un estado de neurosis aunque las dentaduras completas son capaces de satisfacer las necesidades estéticas de muchos pacientes, existen algunos que su vida social se ve significativamente afectada . Les preocupa besar y las situaciones románticas , especialmente si una nueva persona en su relación no esta al tanto de su discapacidad oral.

Fiske y cols, en un estudio de entrevista a pacientes edentulos, observaron que la pérdida de dientes era comparable con la muerte de un amigo o la pérdida de cualquier otra parte corporal en provocar una reducción de la confianza en si mismo hasta el punto de tener un sentimiento de vergüenza o de pérdida.(33)

Los problemas psicológicos inherentes a la pérdida de los dientes repercuten en contra del tratamiento protésico influenciando negativamente la capacidad del sujeto de comprender las varias fases terapéuticas. (4)

La necesidad psicológica en los pacientes edentulos se expreso de diferente manera por ejemplo en 1970 los británicos emplearon aproximadamente 88 toneladas de adhesivo para dentaduras .En 1982 mas de 5 millones de Estadounidenses emplearon adhesivos para dentaduras.

(Ruskin Dentadure Research Associates ; estudio AIM sin fecha de publicación, 1982) y un estudio revelan que en Estados Unidos se gastan mas de 200 millones de dólares al año en adhesivos para dentadura lo que representa 55 millones de unidades vendidas. El paciente esta dispuesta aceptar el sabor desagradable, la necesidades de aplicaciones rrecurrente, un ajuste de la dentadura inconsistente circunstancias embarazosas y un gasto continuado por tener el beneficio de una mejor retención de la prótesis. La falta de retención y el riesgo psicológico de la vergüenza en el portador de dentadura con prótesis removible es claramente una preocupación que el profesional dental debe abordar.(33)

1.6.5 DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN

TEMPOROMANDÍBULAR

El sistema masticatorio es la unidad funcional del organismo que fundamentalmente se encarga de la masticación, el habla y la deglución. Sus componentes también desempeñan un papel importante en el sentido del gusto y en la respiración .El sistema está formado por huesos, articulaciones, ligamentos, dientes y músculos.(36)

La articulación temporomandibular (ATM) es una de las más complejas del cuerpo humano; está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta a la fosa mandibular del hueso temporal.El área en que se produce la conexión cráneo mandibular se denomina ATM permite el movimiento de bisagra en un plano, y puede considerarse por tanto una articulación ginglimoide .Sin embargo al mismo tiempo también permite movimientos de deslizamiento ,lo cual la clasifica como una articulación artrodial .Técnicamente se la considera una articulación ginglimoartrodial.(36)

Los trastornos de la articulación mandibular incluyen problemas relativos a las articulaciones y músculos que la rodean, incapacidad para abrir completamente la boca, dolores de cabeza, oído, dientes, músculos y diversos tipos de dolores faciales.(10)

Las alteraciones bucales más frecuentes sobresale la disfunción de la ATM, con los signos y síntomas típicos de lesión articular, la mayoría de estos generados por el estrés físico y emocional sobre las estructuras que rodean la articulación (mandíbula, cara, cuello, dientes, ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos, . Otras posibles causas son, entre otras: artritis, fracturas, dislocaciones, la pérdida de dientes y las migraciones dentarias que sobrepasan la capacidad de adaptación del individuo , trauma mandibular, restauraciones dentarias no funcionales por exceso y defecto, traumatismos por maniobras quirúrgicas prolongadas en tratamientos estomatológicos, tratamiento de ortodoncia incompleto, Rehabilitación protésica no funcional. Trastornos del crecimiento y desarrollo craneomandibular que provoca maloclusiones que sobrepasan la capacidad adaptativa del individuo, pericoronaritis de los terceros molares inferiores, no tratados, que modifican el patrón habitual de masticación y extracción de terceros molares.(44)

Las investigaciones realizadas destacan la importancia de la estabilidad oclusal para el buen funcionamiento del aparato estomatognático, y también resalta el valor como factor de riesgo el bruxismo. El mismo consiste en rechinar y apretar los dientes, y este hecho ejerce presión sobre los músculos, tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, lo cual puede provocar dolor e inflamación de la misma, cefalea, daños en los

dientes y otros problemas, causando trastornos en la articulación temporomandibular (8)

Observaciones clínicas de la práctica diaria han demostrado que alteraciones oclusales, tales como las interferencias oclusales, restauraciones inadecuadas, pérdida de dientes y maloclusiones dentarias, provocan trastornos temporomandibulares que el paciente lo manifiesta como dolor y cambios en la función mandibular.(43)

1.6.6 DISMINUCIÓN DE LA EFICIENCIA DEL RENDIMIENTO MASTICATORIO

La masticación es el proceso llevado a cabo en la cavidad oral, por medio del cual un alimento es triturado y molido . de manera que le principal propósito de la función masticatoria es el mecánico a través del cual el alimento debe ser adaptado en tamaño, forma y deglución para su óptima digestión, el cual es proceso fundamentalmente químico.

El rendimiento masticatorio implica el grado de trituración a que puede ser sometido un alimento con un número dado de golpes masticatorios .Utilizando el test de Manly se determino que en individuos con dentadura natural completa el rendimiento masticatorio era de 88% y sin sus terceros molares de 78%.Se considera, en consecuencia el rango entre 78%-88% como valores de rendimiento masticatorio normal.

La eficacia masticatoria en cambio se define en términos del número de golpes masticatorios requeridos para lograr un nivel tipo de pulverización, generalmente el nivel de pulverización utilizado es el que se alcanza cuando al alimento esta a punto de deglutirse (umbral de deglución).

Los factores que condicionan una reducción del rendimiento y de la eficiencia masticatoria como el área oclusal funcional ya que la importancia de una buena dentición para una eficiente masticación ha sido demostrada a través de varias investigaciones, de que existe una relación directa entre la eficiencia masticatoria y el área oclusal. La ausencia de piezas dentarias como la falta del primer molar que representa cerca del 37 % del área oclusal dentaria reduce el rendimiento masticatorio en un 33%. Cuando la pérdida de los dientes ocurre en una sola hemiarcada, la masticación se puede realizar en el otro lado sin afectar el rendimiento masticatorio.

Una eficiencia masticatoria pobre puede perjudicar la digestión de los alimentos por tres razones:

Una masticación bilateral funcionalmente bien realizada se traduce en una estimulación táctil de las diferentes estructuras orales y gustatorias que determinan, por mecanismos reflejos, un aumento de flujo salival y de los jugos gástricos e intestinales.

El tamaño de las partículas en el estómago es un factor que controla la velocidad de vaciamiento estomacal, el cual está en relación directa con el grado de trituración con el cual el alimento es deglutido. A menor trituración existe un mayor tiempo de permanencia en el estómago y en consecuencia hay un incremento del flujo gástrico y una alteración en la correcta absorción en el tracto gastro intestinal.

El alimento pobremente masticado puede producir desordenes gastrointestinales como gastritis, úlcera gástrica y úlcera duodenal; así lo señalan algunos estudios en donde se encontraron que la gastritis era 8 veces más común en personas desdentadas que en aquellas con dentadura normal. (29)

BHASKAR afirmó que las personas con ausencia de dientes tienden a tener males gástricos y trastornos de metabolismo, derivado de su incapacidad de conminución de los alimentos y BURKET afirmó que una adecuada función del aparato masticatorio es más esencial en la tercera edad, ya que va a compensar la inhabilidad del tracto gastrointestinal a la incompleta conminución de los alimentos.(9)

1.6.7 ALTERACIONES DEL PLANO OCLUSAL

Cualquier pérdida de tejido dentario, que no sea reemplazado conduce a la migración de los dientes vecinos y sus antagonistas, Kaplan clasifico estas alteraciones de la siguiente manera:

Migraciones dentarias. Se refiere a movimientos a lo largo del reborde.

Rotaciones dentarias. Se refiere a movimientos del diente alrededor de su eje.

Intrusiones. Se refiere a dientes que no alcanzan el plano oclusal.

Inclinaciones. Son movimientos que alteran la relación del eje longitudinal del diente con su hueso de soporte y ocurren por pérdida diente proximal mesial. Tiene un componente de inclinación y con el tiempo implica movimientos de los dientes vecinos y antagonistas. Se dan con mayor frecuencia en el sector posterior inferior.

Extrusiones. Son erupciones por falta de contacto con el diente antagonista ya sea por pérdida de restauración o por pérdida del diente. La erupción compensatoria continúa hasta que encuentre un contacto que lo estabilice. Es un movimiento considerado vertical, pero puede tener componentes horizontales dependiendo de los contactos excursivos. La

corona clínica es siempre mayor a la corona anatómica. Es una patología muy frecuente en el desdentado parcial. (25)

1.6.8 ATRICCIÓN DENTAL

La atrición o attritio dentium es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto diente a diente sin interposición de sustancias y elementos extraños, juntos o por separado. El frotamiento entre los dientes es el principal factor pero existen otros factores coadyuvantes como las condiciones oclusales, las parafunciones, el bruxismo, incremento de las fuerzas oclusales, disturbios gastrointestinales, hábitos alimenticios y saliva. Pero para que se produzca la atrición es necesario el factor tiempo, por ello que es una característica muy común en ancianos.

Muy común es ver ancianos con dientes anteroinferiores atricionados y esto debido a la pérdida del soporte posterior por la ausencia de molares y premolares.

Los jugos gástricos en pacientes que tiene problemas gastrointestinales produce el incremento del efecto del uso mecánico de los dientes, y se acrecienta más cuando el paciente es consumidor de frutas cítricas y gaseosas.

La disminución de la saliva reduce la lubricación de las superficies dentarias y ello ocasiona el aumento del desgaste de las mismas. (22)

1.6.9 CRECIMIENTOS ALVEOLARES SEGMENTARIOS

Se denomina así a la migración de los dientes acompañados de su hueso alveolar que se producen como consecuencia de la pérdida extensiva de los dientes antagonista especialmente en pacientes jóvenes.

Se encuentra en pacientes geriátricos por presencia de los dientes en boca la corona clínica no presenta diferencias con la corona anatómica ya que el segmento migra completo; estas alteraciones ocurren con frecuencia en el segmento antero inferior por pérdida prematura de los dientes inferiores. (25)

1.6.10 PÉRDIDA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL

La dimensión vertical de la oclusión , ocurre cuándo hay contacto entre los dientes. Puede verse afectada como consecuencia del desgaste acentuado de los dientes o la pérdida de contención debido a extracciones posteriores y la migración de estos dientes con consecuencias en los dientes anteriores; y puede verse aumentado como consecuencia de un tratamiento restaurador inadecuado. El aspecto facial de la dimensión vertical facial típica es la reducción del tercio inferior de la cara, proyección del mentón, intrusión de los labios, profundización de los pliegues nasogenianos, características que causan un colapso facial. En casos más graves también se pueden encontrar acumulación de saliva en las comisuras labiales, queilitis angular, la sensibilidad dental debido a la pérdida de la estructura debido a la atrición, las dificultades fonéticas y sintomatología dental articular. En algunos pacientes también pueden ocurrir una vestibulización de los dientes antero superiores, debido a más contactos más intensos en la región anterior, debido a la pérdida de la contención de los dientes posteriores. (8)

1.6.11 COLAPSO POSTERIOR DE MORDIDA

- Es un síndrome cuyo manejo clínico y restaurativo es de gran complejidad , y se presenta con gran frecuencia en aquellos pacientes que han perdido algunos o todos los

dientes posteriores presenta las siguientes características: (25)

- Pérdida de la integridad del arco dentario. Usualmente se refiere a la pérdida de dientes y a la migración de los dientes a lo largo del arco y en sentido vertical lo cual produce cambio de posición mandibular .
- Pérdida de la integridad diente a diente. Sobreviene como consecuencia de la pérdida de algunos dientes y de contactos prematuros , se produce la desarmonía de las crestas marginales y la pérdida de contactos interproximales adecuados ; como consecuencia hay alteración de la morfología de la cresta ósea .
- Pérdida de soporte posterior de los dientes. Los dientes tienen como función la masticación y el mantenimiento de la altura facial ; al perderse los dientes posteriores e inclinarse los restantes se produce pérdida de altura y sobrecarga de los dientes anteriores.
- Enfermedad periodontal
- Abertura en abanico de los dientes anteriores superiores e inferiores.
- Pérdida de la dimensión vertical.
- Alteraciones del plano oclusal y migraciones dentarias.

2. CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA

Las combinaciones posibles de dientes y espacios desdentados en arcos antagonistas se han estimado en más de 65,000, por eso es útil y necesario clasificarlos con atributos, características, cualidades o rasgos comunes; así surgen diversas clasificaciones. Las clasificaciones más comunes son las de Kennedy, Cummer y Bailyn; también existen las clasificaciones de Beckett, Godfrey, Swenson, Friedman, Wilson, Skinner, Applegate, Avant, Miller y otros (30).

2.1 REQUERIMIENTOS PARA QUE UN MÉTODO DE CLASIFICACIÓN SEA ACEPTABLE

La clasificación de una arcada parcialmente desdentada debe satisfacer los siguientes requisitos:

- 1.-Debe permitir la representación visual inmediata del tipo de arcada que considere.
- 2.-Debe permitir la diferenciación inmediata entre las dentaduras parciales dentosoportadas y las dentomucosoportadas.
- 3.- Debe ser universalmente aceptada. (11)

2.2 CLASIFICACIÓN DEL EDENTULISMO PARCIAL

2.2.1 Clasificación de Kennedy

El método de clasificación de Kennedy fue propuesto originalmente por el Dr. Edward Kenndy en 1925 y, al igual que las clasificaciones de Baylin y Skinner, intenta agrupar las arcadas parcialmente desdentadas para que se puedan establecer unos principios que faciliten el diseño de cada situación.(11)

Kennedy dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a los que añadió modificaciones, las áreas edéntulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas.

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

- **Clase I**
Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes(extremo libre bilateral)
- **Clase II**
Áreas edéntulas unilateral posterior a los dientes remanentes.(extremo libre unilateral)

- **Clase III**

Área edéntula unilateral con dientes remanentes anterior y posterior a ella ,inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis.

- **Clase IV**

Área edéntula única bilateral y anterior a los dientes remanentes(extremo libre anterior) .El área edéntula anterior debe comprender ambos lados de la línea media(28)

El Dr. Applegate sugiere variaciones de la clase III de Kennedy y las denomina:

- **Clase V**

Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores donde el diente anterior no es adecuado para ser usado como pilar

- **Clase VI**

Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores capaces de asumir el soporte total de la prótesis.(28)

Una de las principales ventajas del método de Kennedy es que permite la visualización inmediata de la arcada parcialmente desdentada .Representa un método lógico de clasificación.No obstante, un sistema de clasificación no debe ser utilizado para estereotipar diseños.(11)

2.2.2 REGLAS DE APPLGATE

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar a cualquier situación sin ciertas reglas para su empleo. (11)

En 1954 el Dr. O.C. Applegate elaboro ocho reglas para la clasificación de Kennedy :

- **Regla 1:** La clasificación debe de darse luego de las exodoncias 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 en el mismo arco siempre determina la clasificación.(Exceptuando el tercer molar)
- **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 modificación 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 clasificación de Kennedy plantea las diferentes situaciones del edéntulo parcial y permite al clínico hacer un reconocimiento e identificación del problema, así como el planteamiento del diseño más favorable para solucionar el caso. (28)

2.2.3 CLASIFICACIÓN ADAPTADA POR LA ESCUELA DE BASILIA

Basada en la realizada por Wild en 1950

La pérdida parcial de piezas dentales provoca la interrupción y la edentación de la arcada dentaria. son frecuentes las combinaciones de edentaciones e interrupciones.

Las edentaciones parciales pueden clasificarse:

Interrupciones.-Unilateral, bilateral, anterior, anterolateral, múltiple.

Edentación.- Unilateral y bilateral. (6)

2.2.4 COMPARACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE BAYLIN Y SKINNER Y KENNEDY (11)

- **Área edéntula bilateral**
 - Clase I de Kennedy
 - Clase II de Baylin
 - Clase III de Skinner
- **Área edéntula unilateral**
 - Clase II de Kennedy
 - Clase II de Baylin
 - Clase III de Skinner
- **Área edéntula con pilar posterior**
 - Clase III de Kennedy
 - Clase III de Baylin
 - Clase I de Skinner
- **Área edéntula anterior**
 - Clase IV de Kennedy
 - Clase II de Baylin
 - Clase III de Skinner
- **Modificaciones clase I**
 - Clase I mod 2 de Kennedy
 - Clase II Baylin

- Clase III de Skinner
- **Clases con Modificaciones**
 - Clase II modificación 1 de Kennedy
 - Clase II de Baylin
 - Clase III de Skinner
 - Clase II de Baylin
 - Clase III de Skinner
 - Clase III modificación 1 de Kennedy
 - Clase III de Baylin
 - Clase II de Skinner
 - Clase II modificación 2 de Kennedy
 - Clase II de Baylin
 - Clase IV de Skinner

3. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO

3.1 ADULTEZ

Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el período comprendido entre los 20 y los 59 años de edad. El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones(37)

3.2 CLASIFICACIÓN POR EDADES

Según Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)se clasifica a los adultos:(37)

- **Adulto joven**

Comprendido entre de 18 años a 35 años. En este ciclo el adulto ya posee una identidad psicológica estable en cierta medida, se ve motivado y lucha por conseguir su identidad social a través del

trabajo, carrera u oficio, lograr un status o puesto determinado socialmente , conseguir una ideología, elegir un compañero para su vida y tener una buena imagen de si mismo.

- **Adulto Maduro**

Comprendida en 35 y 59 años será el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. Contribuye a la transformación del medio. Así como a su desarrollo. Se convierte en un eslabón más del proceso social. Hay aumento de peso con el decursar de los años.

Representa la cumbre del ciclo vital del adulto .Toda su energía, su actividad vital esta proyectada hacia el mundo exterior , hacia su entorno.Los asuntos sociales y públicos le atraen y le motivan alcanzando los tema políticos .En lo que le respecta a la familia encuentra recompensa con percibir el crecimiento de sus hijos a los que ve desarrollándose y valiéndose por si mismo.

Entre los 50 y 60 años viene determinado por la disminución o declive de las potencialidades físicas : fuerza muscular , tiempo de reacción , agudeza sensorial capacidad pulmonar .Sus interés académicos se mueven en torno a la filosofía historia y religión .

3.3 CLASIFICACIÓN DE LA TERCERA EDAD SEGÚN LA OMS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) , se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías(2)

Tercera edad: 60 – 74 años

Cuarta edad: 75 – 89 años

Longevos: 90 – 99 años

Centenarios Más de 100 años

Otra de las clasificaciones más aceptadas en el ámbito gerontológico es la de Hernández y col. que Subdivide al adulto mayor en: (13)

- **Viejos-Jóvenes (De 60 A 74 años)**

Son pacientes potencialmente activos y en su mayoría sanos, desde el punto de gerontológico. Este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.

- **Viejos-Viejos (De 75 A 89 Años)**

Tienen mayor riesgo de presentar limitaciones físicas, psicológicas y sociales. Requieren de programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.

- **Viejos-Longevos (De 90 años más)**

Grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social: de ahí que sea necesario, desarrollar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo.

3.4 CAMBIOS DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

Los tejidos orales y el sistema estomatognático en general no escapan al proceso de envejecimiento y allí se pueden observar diferentes cambios: los propios de cada tejido oral y aquellos ocasionados por el deterioro sistémico que se refleja en los tejidos del sistema estomatognático.(13)

- Los cambios en el tejido de revestimiento ya que la piel disminuye su grosor especialmente en superficies planas, se deshidrata, disminuye su vascularización y cantidad de tejido adiposo. La mucosa oral se adelgaza debido a la pérdida de la elasticidad submucosa y a la disminución de la cantidad de tejido graso.
- La función salival no se reduce hasta después de más o menos los 60 años, si bien las mujeres pueden tener reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. Los cambios que se

producen se pueden deber a atrófia de los acinos glandulares o a la acción de medicamentos o radiación en la zona de cabeza y cuello. Se ha reportado que enfermedades crónicas y reacciones atróficas de la mucosa palatina están asociadas con reducción del flujo salival palatino.

- El continuo stress, las depresiones, abuso de nicotina y alcohol, y el síndrome de deficiencia de estrógeno pueden ser razones para una hiposalivación de las glándulas del paladar. Además, efectos adversos de drogas tales como los tranquilizantes y antidepresivos tricíclicos contribuyen decididamente a una hiposecreción de las glándula salival.
- Los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por modificación de los propios tejidos dentarios (por aumento o disminución de sustancias inorgánicas y orgánicas, esclerosamiento, neoformación tisular, y por acción del medio bucal (atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal y otros).
- El periodonto puede reaccionar al proceso de envejecimiento de dos formas: si existe poca higiene bucal el acúmulo de placas dentobacterianas provoca gingivitis y con el tiempo, en los pacientes susceptibles, retracción gingival a nivel de cuello del diente, descubriendo el cemento, y por lo tanto, disminuye la resistencia a las caries. En las encías ocurre la pérdida del punteado, aspecto fibroso, delgadez o falta de la capa queratinizada.(48)
- En la articulación temporomandibular (ATM), producto del envejecimiento, se produce hipertrófia del cartílago por alteraciones degenerativas , así como aplanamiento de la superficie articular con reducción del tamaño del cóndilo mandibular que produce mayor laxitud de los movimientos articulares. De igual manera, el disco articular tiende a perforarse con la edad por lo que la actividad propioceptiva disminuye y afecta el control de los movimientos. A nivel radiográfico se observan erosiones y alteraciones de la forma

de las superficies articulares y reducción de tamaño del cóndilo mandibular, aumentando la posibilidad de perforación del disco articular, osteoporosis y quistes subcondrales . (48)

- La deglución se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos, y en la realización de los movimientos innecesarios e inusuales.
- El habla es la función motora que parece resistir mas la influencia del envejecimiento, se afecta casi imperceptiblemente, la xerostomía puede impedir también la pronunciación de palabras.
- En los labios es muy común la queilitis comisural relacionada por deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada.
- Los malos hábitos alimenticios no solo son causantes de patologías orgánicas, sistémicas, endocrinas o metabólicas, sino que también producen alteraciones en la cavidad bucal. Una dieta equilibrada que contenga los nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo, es importante para el mantenimiento de la salud bucal. Es necesario conocer que no es solo lo que comemos, el tipo de alimentos que ingerimos, sino también cómo lo hacemos, ya que malos hábitos masticatorios también pueden ser causantes de alteraciones bucales(22)

3.5 MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ADULTO

El factor más importante a ser considerado en el proceso de diagnóstico y plan de tratamiento es el paciente. ¿Qué es lo que él está buscando? ¿Cuáles son sus necesidades? ¿Cuáles son sus expectativas? ¿Cuáles son sus necesidades estéticas según su percepción? ¿Funcionales? ¿Psicológicas? ¿O externas (percepción de otros respecto a la necesidad de tratamiento)? Si el dentista no consigue entender tales expectativas y deseos serán remotas las posibilidades de seleccionar un tratamiento adecuado. El primer contacto ofrece no solamente la probabilidad de diagnóstico de posibles enfermedades bucales y sus secuelas, sino también un modo de establecer un vínculo personal.

Telles, Hollweg y Castelluci (2003) resume con mucha claridad en cuatro ítems el abordaje inicial del paciente:

- Reconocer y entender el problema (individual y único para cada paciente).
- Explorar e identificar el problema .
- Interpretar y explicar el problema
- Ofrecer soluciones para el problema en base al modelo biopsicosocial único. (31)

B. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

INTERNACIONALES

Acosta Rojas, Flor Inés. EDENTULISMO EN COSTA RICA. (1). En el estudio se determinó que el edentulismo se da más entre las edades de 50 a 60 años, por lo que se puede determinar que la edad es un factor influyente a la pérdida de piezas dentales en esta población. Un 82% padecen de edentulismo lo que podría afectar la alimentación y nutrición que es muy diferente a cuando se mantienen la mayoría de las piezas en boca; también, es más común en mujeres que en hombres, ya que un 68% de las personas entrevistadas que presentaban edentulismo parcial o total, son de género femenino.

Axel y Owl. LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA .(3). Estudiaron la prevalencia del uso de prótesis y el edentulismo en una población Sueca de 30,118 pacientes. Se determinó que la mayor concentración de pacientes edéntulos se encontraba en edades de 75 años a más, mientras que las necesidades de PPR se concentraban en grupos etáreos de 55-64 años.

Brenes William. SITUACIONES DE LA SALUD BUCAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES: PROBLEMAS Y DESAFIOS .(7). Se investigó a 234 personas todos ellos provenientes de 15 clubes estratificados por condiciones geográficas y sociales del entorno donde se localizan los clubes. Los principales resultados del estado de salud fueron:

El 53% de las personas adultas mayores estudiadas han perdido la totalidad de sus dientes y el 38,4% con pérdida dental parcial que requiere de rehabilitación protésica para satisfacer la capacidad masticatoria.

De las personas que conservan al menos un diente en boca, la caries activa es prevalente en el 77% y las periodontopatías en el 52.9% de esta población y el 83.5% tiene un deficiente control de la placa dental. El 63.9% de las prótesis superiores y en el 74.2% de las prótesis inferiores necesitan ser reacondicionadas o renovadas por prótesis bien concebidas.

Curti D. INCIDENCIA DE VARIAS CLASES DE PRÓTESIS PARCIALES REMOVIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN A RECIBIR TRATAMIENTO EN LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA SAN FRANCISCO, EEUU 1992 .(15). Se determinó que la clase I fue la más frecuentemente hallada en ambas arcadas tanto superior como inferior; los porcentajes hallados fueron. Clase I con 40% clase II 33% clase III 18% y clase IV 9%.

Dwairi ,Al. ESTUDIO DE LA FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y CONSTRUCCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE EN JORDANIA 2006.(17).Realizaron un estudio de la frecuencia de varias clases de edentulismo parcial y diseños de PPR para los pacientes atendidos en el hospital de Jordania. De un total de 200 pacientes, 150

fueron hombres y 50 fueron mujeres con un promedio de edad de 44 años; 150 pacientes usaban una PPR de Cr-Co tanto en el maxilar superior como en el inferior. La Clase III de Kennedy fue la más común, en el maxilar superior (47%) y en el maxilar inferior (45%).

Enoki K. INCIDENCIA DE DENTADURAS PARCIALES BASADAS EN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LA UNIVERSIDAD DE OSAKA EN JAPÓN 2008.(20). Se realizó un estudio a una población de 1662 personas mayores de 60 años y se encontró que la Clase I, II, III y IV tuvieron una incidencia de 15.9%, 22.3%, 7.6%, y 1.1% respectivamente en el maxilar superior y de 15.4%, 22.0%, 12.7%, y 0.5% en el maxilar inferior.

Lambertini A. NECESIDADES PROTÉSICAS DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS “Dra ELSA LA CORTE” (CAPEI) DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA ENTRE NOVIEMBRE DEL 2003 Y NOVIEMBRE DEL 2004.(26). Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con la revisión de 300 historias. Se determinó que el 78,67% algún de los pacientes estudiados pertenecían al sexo masculino; el 21.33% pertenecían al sexo femenino necesitaban algún tipo de prótesis dental, de estos el 94,12% eran edéntulos parciales; y el 5.88% eran edéntulos totales el 74,21% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y 25,79% al sexo femenino. Solo el 16,29% de estos pacientes fueron restaurados protésicamente. En la población estudiada existe un alto porcentaje de necesidades de prótesis dental con predominio de prótesis parciales.

Rochefort Quiroz Chirstian; Ocaranza T Danilo .Biotti P; Espinoza M; Miqueas. Marín H Jorge. DISTRIBUCIÓN DE LAS VÍAS DECARGA PROTÉSICA EN PACIENTES DESDENTADOS PARCIALES DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 1998.(40). La clase I de Kennedy es la más frecuente (31%) siendo la clase I mandibular estricta la más frecuente considerando las subdivisiones (19.88%).La clase III se presenta en un 23 %.

Sadig, W. DISEÑO DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN UNA POBLACIÓN DE ARABIA SAUDITA 2002.(41). Los resultados indicaron que el promedio de edad para ambos sexos fue de 42 años y del total de pacientes, 319 utilizaban PPR en ambas arcadas; la Clase III (48.8%) de Kennedy fue la más frecuente en ambos sexos y la Clase IV (5.9%) la menos frecuente. La clase III mandibular con su opuesta combinación maxilar fue la más frecuente (22.5%).

Ulusoy y Cols. FRECUENCIA DE DISTINTAS CLASES DE PRÓTESIS REMOVIBLE Y SELECCIÓN DE LOS CONECTORES MAYORES Y RETENEDORES DIRECTOS E INDIRECTOS (45) . Realizaron en Turquía en el año 2000 un análisis de la distribución del edentulismo parcial en 1535 pacientes que recibieron tratamiento de prótesis parcial entre los años 1974 y 1977.La clase I fue la más hallada con36%,la clase II 28%, la clase III 30% y la clase IV 6%.

Varela Ureña, Gabriela. EDENTULISMO EN COSTA RICA: ÁREA DE PÉREZ ZELEDÓN. (46). La incidencia de edentulismo se da más entre las edades de 50 a 60 años, por lo tanto, se puede determinar que la edad es un factor influyente a la pérdida de piezas dentales en esta población. Además, se presenta un 95% de edentulismo parcial o total

en las personas entrevistadas. Las más afectadas son las mujeres, ya que un 68% de las personas entrevistadas que presentaban edentulismo parcial o total son de género femenino. Y el 32% corresponde al sexo masculino

Veas Garcia ,Helen Verónica. ESTUDIO DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE POSTGRADO DE REHABILITACIÓN ORAL DURANTE EL PERIÓDO 2013-2014.(47). Se realizó un estudio en Guayaquil en 63 pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral, entre uni y bimaxilares logrando un total de 84 prótesis de modelos de estudio y de historias clínicas recolectadas. En cuanto a la razón principal de este estudio que es la clasificación de Kennedy más frecuente se vio como resultado que la clase más frecuente en el maxilar superior fue la clase III con un 38% seguido de la clase IV con un 23%, la clase I con un 21% y la clase II con un 18%. La clase Kennedy más común en el Maxilar inferior fue la clase I con un 76% la clase III siguió con un 12%, la II con un 10% y la IV con un 2%. En referencia a la modificación más común en el maxilar inferior es la 1 en un 75% de los casos es decir un espacio edentulo adicional y la dos en un 25% es decir dos espacios edentulos adicionales.

2.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Beltrán Neira, Roberto .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. (5). Concluyó que el 66.1% de la población presentó algún tipo de edentulismo parcial

de los 127 pobladores que estuvieron dispuestos a participar en este estudio 88 fueron mujeres (69.3%) y 39 varones (30.7%) .Todos los pobladores entre 40-49 años presentaron edentulismo parcial. Según la clasificación de Kennedy la clase III fue el más frecuente en todos los decenios excepto en el séptimo decenio donde la clase II presentó mayor frecuencia, tanto en el maxilar superior como en el inferior.

Díaz Montes Pedro Gregorio FACTORES ASOCIADOS AL EDENTULISMO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNMSM(18) Evaluaron 180 historias clínicas se determinó que el mayor grupo se encontró entre los 17 a 32 años con 65 pacientes (36%) seguido por el grupo de 33 a 48 años con 53 pacientes (29%) La clasificación de Kennedy más frecuente para el maxilar superior fue la Clase III sin modificación es la más común, seguida de la Clase III modificación 1, la clasificación de Kennedy más frecuente para el maxilar inferior fue la Clase I. La Clase I sin modificaciones fue la más común, seguida de la Clase I modificación 1.

Dorothy, David. NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL CERCADO DE TACNA 1984 (19) .Se examinaron 2890 pobladores entre 15 y 60 años de edad de ambos sexos. Se encontró que la necesidad de uso de prótesis parciales removibles es mayor entre los 30 y 39 años (209,7) y que el sexo no alcanza diferencia significativa en las necesidades de prótesis.

Pella, M Y Ramos, P. ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA NECESIDAD DE PRÓTESIS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE PACARAN EN EL DISTRITO DE CAÑETE, LIMA-PERÚ 1985 (38). Realizaron un estudio donde tomaron una muestra de 200 personas adultas de 15

años a más en dentición permanente portadores y no portadores de prótesis .Encontrando que el 73.5% de la muestra tiene necesidades de prótesis. El 40.5% de la muestra eran portadores de prótesis y los pacientes que requieren tratamiento protésico, el 59.5% requieren un nuevo tratamiento. El 34.75% del total requiere prótesis parcial removible y el 11.75% prótesis total. Estos resultados se dieron a consecuencia de la política mutiladora de las piezas dentarias y a la falta de un servicio que brinde atención en el lugar para esta especialidad.

López Olivera, Judith Verónica PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN ORAL DEL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS .(27). Realizaron un estudio en 160 pacientes . 144 pertenecieron el sexo masculino con el 90% y solo 16 al sexo femenino con el 10% El rango de edad fué de 20 a 90 años y el promedio de edad fue de 58.8 años. El promedio de edad en el sexo masculino fue de 60 años y en el femenino de de 49.12 años. Se determinó que la Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.9% correspondientes a 105 casos. La Clase II presentó un porcentaje de 36.7% correspondiente a 99 casos. La Clase III presentó un porcentaje de 23.3% correspondiente a 63 casos. La Clase IV presentó un porcentaje de 1.11% correspondiente a 3 casos En relación a la edad, se encontró que la Clase I, II y III, 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.

Noborikawa Kohatsu, Andres. FRECUENCIA DE PACIENTES EDÉNTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY-APPLEGATE EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SAN MARTÍN DE PORRES (35). Realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de la frecuencia de adultos parciales según la clasificación de Kennedy, mediante la revisión de 9500 historias clínicas de las cuales se tomó como muestra 346 (105 hombres y 241 mujeres con promedio de edad de 52,9 años). Se halló que la clase I fue la más frecuente con un 47% (226 casos), siguiendo la clase II con 27% (127 casos), la clase III con 25% (117) casos y finalmente la clase IV con el 1% (7 casos). La clase I mandibular fue de 75 % (175) casos las clases II y III se presentaron con mayor frecuencia en el maxilar superior.

Carrera Rivera, José Max. 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. (12). Se determinó que los factores que predisponen a los pacientes a tomar la decisión de extraerse las piezas dentarias prematuramente son los factores económicos, además se deben considerar, el nivel cultural, edad y condición de higiene. Referente al sexo el 69.3% fueron mujeres y 30.7% varones En cuanto la clase de edentulismo parcial superior según sexo se encontró que la clase más frecuente en mujeres y varones fue la clase III con un 72.2% y 75.0% respectivamente. Al tomar en cuenta las modificaciones según la clasificación de Kennedy se encontró que la clase más frecuente fue la III sin modificación tanto en mujeres como en varones .En cuanto la clase de edentulismo parcial superior según sexo se encontró que la clase más frecuente en mujeres y varones fue la clase III con un 72.2% y 27.8% respectivamente. Al tomar en

cuenta las modificaciones según la clasificación de Kennedy se encontró que la clase más frecuente fue la III sin modificación tanto en mujeres como en varones.

Cisneros del Águila, Melvin ; Verástegui Sandoval, Arturo ; Fernández Lozano, Henry PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ADULTOS DE UNA CLÍNICA DOCENTE UNIVERSITARIA (14). Se estudiaron 200 pacientes en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas , contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales 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 1, 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.

ANTECEDENTES LOCALES

Cabrera Salazar Hernán Eduardo PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y REGLAS DE APPLGATE, EN ESTUDIANTES DE INSTITUTOS SUPERIORES TECNOLÓGICOS DE AREQUIPA EN EL 2014 . (8).Realizó un estudio en 273 estudiantes de diferentes institutos donde determinó que el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y Reglas de Applegate, en el maxilar superior fue la Clase III con un 68.8%, de los cuales 8 estudiantes además tenían la Modificación 1, en segundo lugar con un 17.2% de los casos estuvo la Clase IV que tuvo su origen según los encuestados, a causa de accidentes de tránsito, deportes de contacto y grescas.

Por otro lado en el maxilar inferior se encontró la prevalencia de la Clase III con un 57.4% de los cuales 20 estudiantes presentaron la Modificación 1. La clase II de Kennedy estuvo representada por el 32.2% de los casos de edentulismo parcial, que a su vez 26 de los mismos fueron Modificación 1. En las Clases III y II fueron en su mayoría por pérdida del 1er Molar y Pre Molares por ausencia de hábitos de higiene y carencia de control odontológico

Salazar Chura, Cynthia Dennis. RELACIÓN ENTRE EL EDENTULISMO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL ASILO LIRA, AREQUIPA .2015 (42). Se determinó en los adultos mayores residentes del Asilo Lira que el edentulismo parcial predominó con el 67%. Con respecto al maxilar se observó una mayor proporción en el edentulismo parcial bimaxilar con el 39.6 %. Existe una relación moderada entre el edentulismo según el maxilar y el estado nutricional en el sexo femenino.

3. HIPÓTESIS

Dado que el edentulismo parcial se constituye en una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante, lo cual sumado a la economía en proceso de crecimiento y los estilos de vida inadecuados.

Es probable que el edentulismo registrado en los pacientes adultos del CAP III Melitón Salas Tejada – EsSalud, según la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate, predomine la clase III modificación 1 en los maxilares.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en Cap III Melitón Salas Tejada, Essalud. Arequipa. Es un centro de salud ubicado en la avenida Socabaya N° 300 en el distrito de San Martín Socabaya .

Es un establecimiento de salud de primer nivel de atención sin internamiento que brinda atención integral desarrolla actividades de promoción de la salud , prevención de los riesgos y daños repecurativa y rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad. Cuenta con una UPSS (Unidad prestadora de servicios de Salud) de consulta externa y de laboratorio clínico y cumple con las actividades de atención inicial de urgencias y emergencias.

2. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

❖ Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo no experimental, porque se revisó historias clínicas sobre las cuales se evaluó el edentulismo parcial en pacientes adultos de 40 a 60 años y algunas características de los pacientes como edad, sexo y el estado civil.

❖ Diseño De Investigación

- De acuerdo a la temporalidad

Corresponde a una investigación transversal, ya que se realizó una medición donde se determinó la clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y reglas de Applegate.

- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos

Es una investigación documental porque los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas.

- De acuerdo al momento de la recolección de los datos

Retrospectivo porque los datos ya existen y se obtuvieron de las historias clínicas.

- De acuerdo a la finalidad investigativa

La investigación es descriptiva porque, se estudió el edentulismo en pacientes adultos de 40 a 60 años por lo tanto busca describir las variables.

3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por las historias clínicas de pacientes de 40 a 60 años atendidos en la Cap III Melitón Salas Tejada, Essalud. Arequipa que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

4. POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por las historias clínicas de pacientes de 40 a 60 años atendidos CAP III MELITÓN SALAS TEJADA, ESSALUD. AREQUIPA que cumplieron los criterios de selección señalados.

Las historias clínicas contienen los datos personales del paciente, así como el registro de su condición oral, por lo tanto fueron ideales para la investigación, la cual buscó determinar el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y Reglas de Applegate

El total de historias clínicas de adultos en el año 2015 es de 13597 .

4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes De 40 A 60 años
- Historias clínicas del año 2015
- Historias de pacientes con edentulismo Parcial
- Historias correspondientes a personas de ambos sexos.

4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas ilegibles y/o incompletas.

- Historia de pacientes con edentulismo total
- Historia de pacientes con prótesis fija (puentes)
- Historia de pacientes con tratamiento de ortodoncia en curso.
- Se excluye el tercer molar (pieza indicada para extracción), no apto para pilar.

4.2 MUESTRA

El tamaño de muestra se estableció a través de la siguiente fórmula que garantiza un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{Z^2 \cdot \alpha^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + Z^2 \cdot \alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (13597)}{(13597 - 1) + 5^2 (1.96)^2 (50) (50)}$$

$$n = 514.73$$

De acuerdo a la fórmula, la muestra la muestra de estudio fue 515 historias clínicas.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

5.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLES PRINCIPALES

- Edentulismo Parcial
- Clasificación de Kennedy y Reglas Applegate

VARIABLES SECUNDARIAS

- Maxilar Superior
- Maxilar inferior
- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Tabla de variables principales:

Variables	Indicadores	Naturaleza	Escala de Medición	Tipo de Variable
Edentulismo parcial	Presenta No presenta	Cualitativas	Nominal	Primaria
Clasificación de Kennedy y reglas de Applegate	Clase I (Modificaciones Clase II (Modificaciones Clase III (Modificaciones Clase IV Clase V Clase VI	Cualitativa	Nominal	Primaria
Maxilar	Superior Inferior	Cualitativa	Nominal	Secundaria
Edad	Años	Cuantitativa	Razón	Secundaria
Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	Secundaria
Estado civil	Casado Soltero Divorciado Viudo	Cualitativa	Nominal	Secundaria

5.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

TÉCNICA

La técnica para la recolección de los datos que se utilizó fue la observación documental.

INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos documentales

Ficha de recolección de datos. (Anexo 1)

Ficha de recolección de datos. (Anexo 2)

PROCEDIMIENTOS

Se solicitó los permisos correspondientes al Hospital CAP III Melitón Salas Tejada- EsSalud para realizar el estudio correspondiente en busca de casos de edentulismo parcial en dichos pacientes.

Se hizo la revisión de las historias clínicas tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Se procedió al registro de la información mediante el uso de la ficha de recolección de datos documentales.

Finalmente, los datos fueron tabulados y codificados en una hoja de cálculo para realizar las pruebas estadísticas correspondientes.

6. PRODUCCIÓN Y REGISTRO DE DATOS:

El plan de tabulación se llevó a cabo luego de la recolección de la información pertinente. Se elaboró una matriz de sistematización en una hoja de cálculo Microsoft Excel 2010. A partir del cual se procesó la información y se presentó los resultados utilizando tablas de simple y doble entrada, además se elaboraron gráficos de barras.

7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis de datos se realizaron en dos etapas la primera de carácter descriptivo, se hallarán frecuencias absolutas (n) y relativas (%), dado la naturaleza cualitativa de las variables.

En una segunda etapa, en la que vamos a relacionar las variables secundarias con la principal, calculamos la prueba estadística de chi cuadrado, a un nivel de significancia de 95% es importante destacar que todo el proceso estadístico se llevó a cabo con la ayuda SOFTWARE EPI-INFO. Versión 6.0.

8. RECURSOS

A. HUMANOS

- Investigadora : Bach. Mirian Antonieta Manrique Allazo
- Asesores:
 - Asesor Técnico : CD. Alfredo Erick Tejada Málaga.
 - Asesor Metodológico : Dr. Xavier Sacca Urday.
 - Asesor Redacción : Dra. María Luz Nieto Muriel.

B. FINANCIEROS

El presente trabajo de investigación fué financiado en su totalidad por la investigadora.

C. MATERIALES

Materiales de Escritorio

- Papel bond
- Bolígrafos
- Resaltador
- Corrector
- Computadora
- Conexión a internet

- Impresora
- Tinta de impresión
- Cámara digital
- Copias
- Movilidad

D. INSTITUCIONALES

- Universidad Alas Peruanas- Filial Arequipa.
- CAP III Melitón Salas Tejada- EsSalud

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO

Sexo	N°	%
Masculino	217	42.1
Femenino	298	57.9
Total	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que la mayoría de los pacientes motivo de investigación (57.9%) correspondieron al sexo femenino, mientras que el menor porcentaje (42.1%) corresponde al sexo masculino.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO

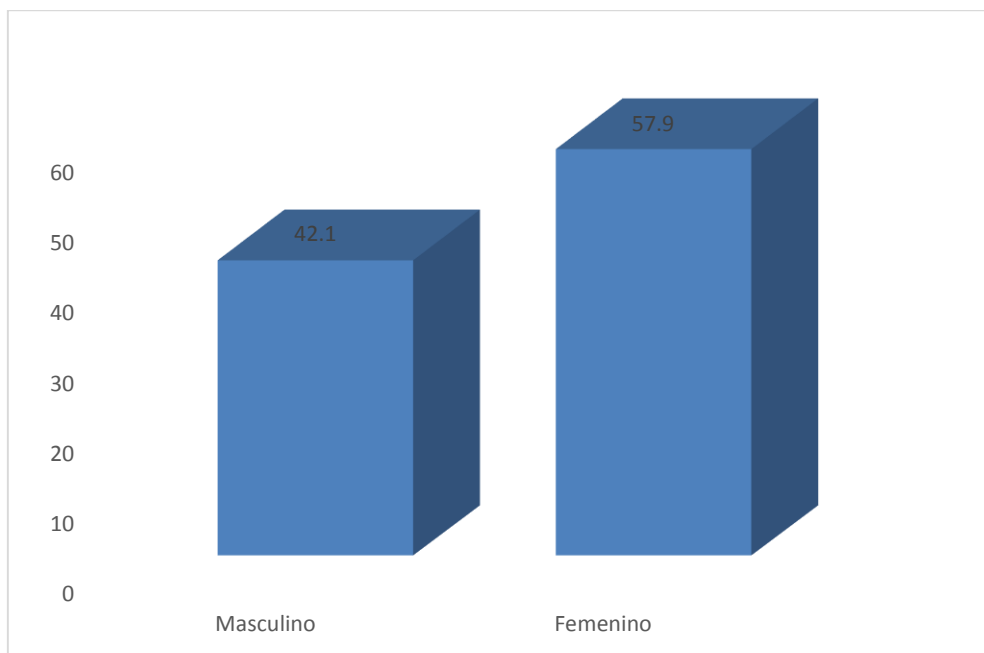


TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
De 40 a 46 años	274	53.2
De 47 a 53 años	124	24.1
De 54 a 60 años	117	22.7
Total	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 2 nos presenta información respecto a la edad de los pacientes investigados, apreciándose que la mayoría de ellos (53.2%) tenían entre 40 a 46 años, en tanto el menor porcentaje (22.7%) fueron aquellos cuyas edades oscilaron entre los 54 a 60 años.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD

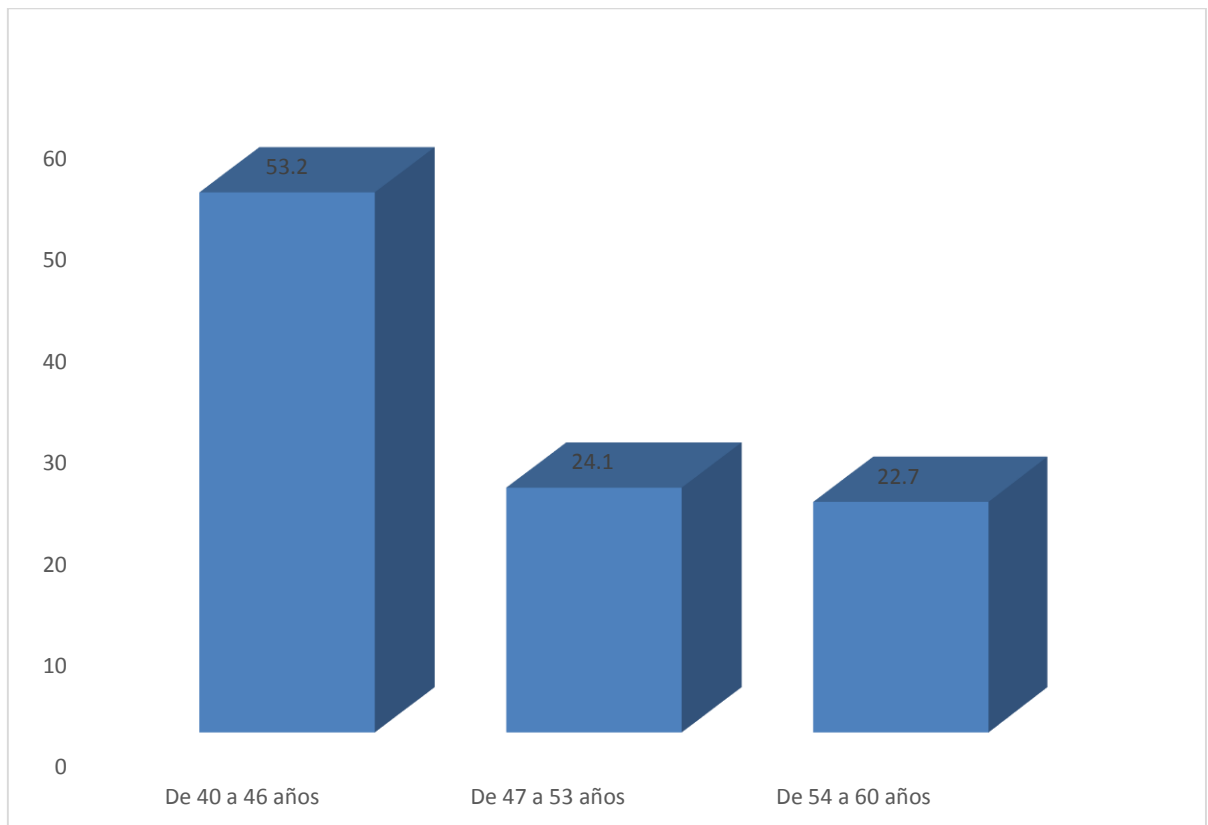


TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	N°	%
Soltero	300	58.3
Casado	203	39.4
Conviviente	12	2.3
Total	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra el estado civil de los pacientes incluidos en la investigación, observándose que la mayoría de ellos (58.3%) eran solteros; en tanto el menor porcentaje (2.3%) correspondió a los que eran convivientes.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL

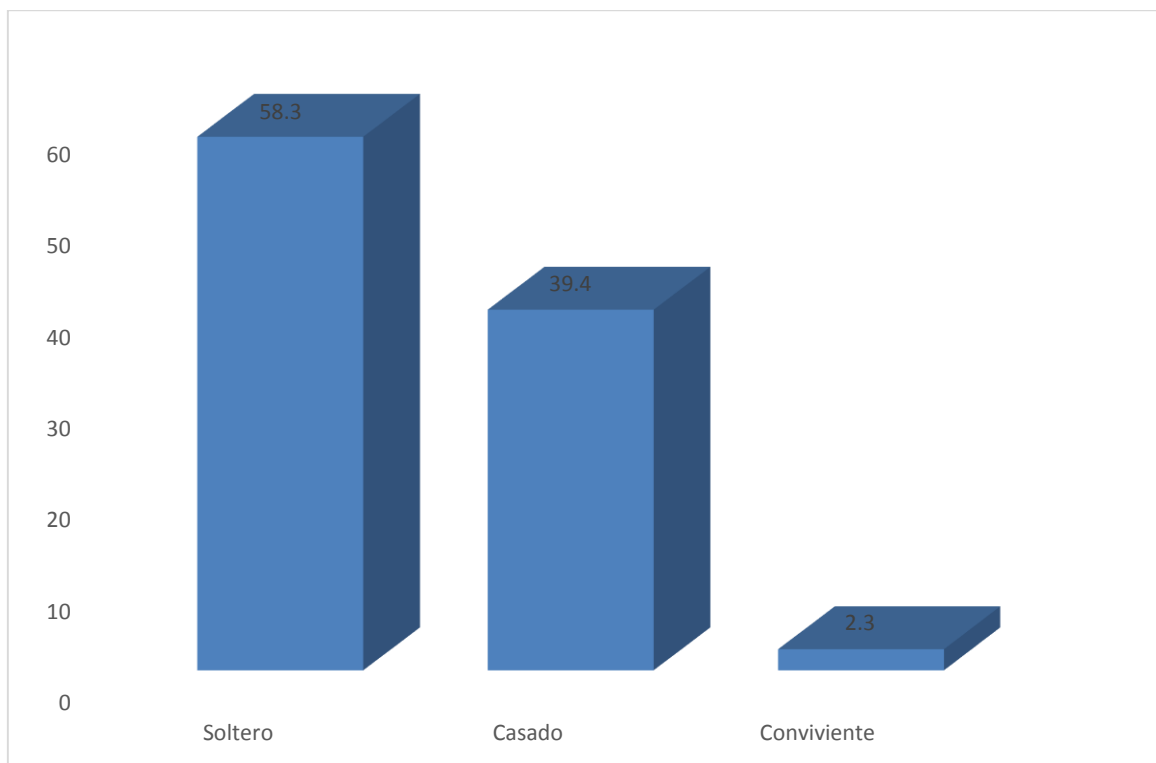


TABLA N° 4
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS
PACIENTES

Maxilar Superior		
Clasificación Kennedy	N°	%
Clase I	60	11.7
Clase II	145	28.2
Clase III	258	50.1
Clase IV	21	4.1
Clase V	17	3.3
Clase VI	14	2.7
Total	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra la clasificación del edentulismo parcial en el maxilar superior de acuerdo a los parámetros establecidos por Kennedy, observándose que el mayor porcentaje de pacientes presentaron la clase III (50.1%), en tanto las menos prevalentes fueron las clases VI, V y IV (2.7%, 3.3% y 4.1% respectivamente).

GRÁFICO N° 4

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS PACIENTES

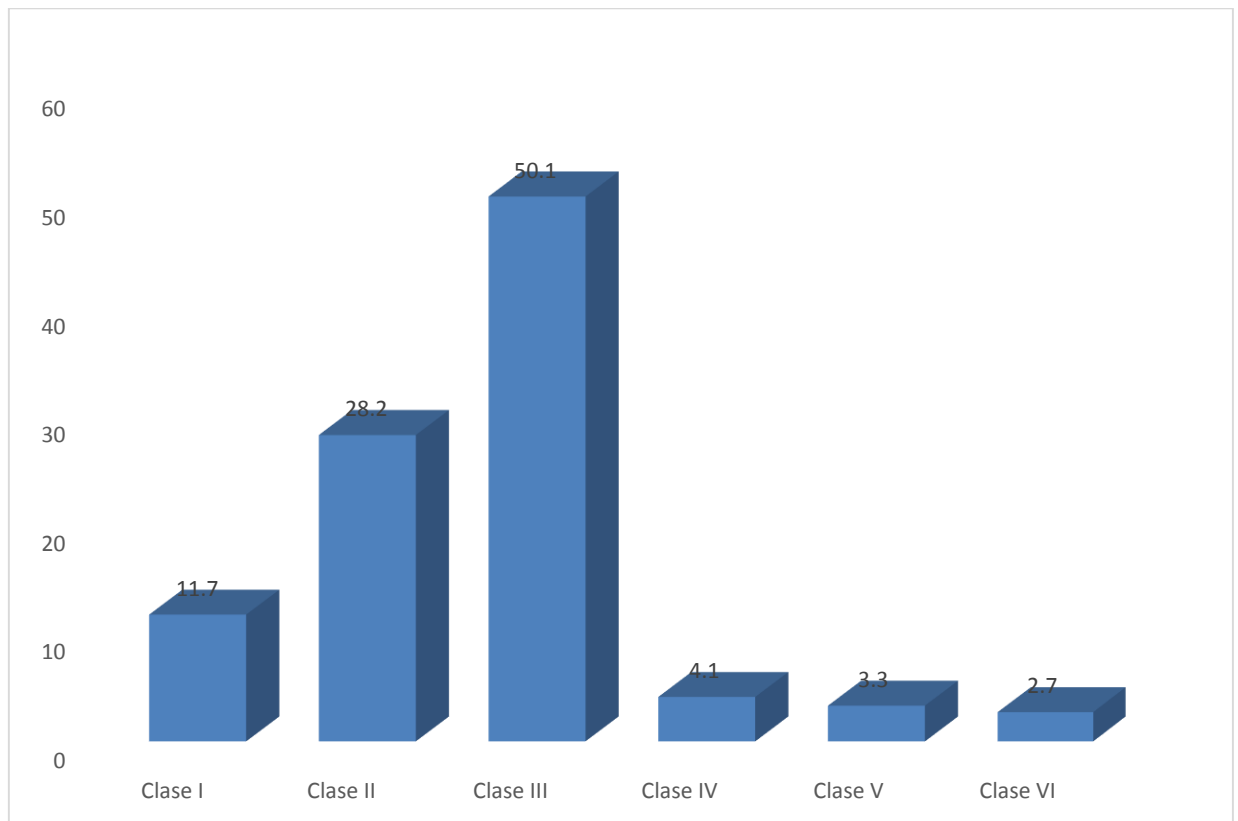


TABLA N° 5
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY CON MODIFICACIONES EN EL
MAXILAR SUPERIOR DE LOS PACIENTES

Maxilar Superior	N°	%
Modificaciones		
Modificación 1	180	59.8
Modificación 2	90	29.9
Modificación 3	31	10.3
Total	301	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN;

La presente tabla nos muestra la información correspondiente a las modificaciones halladas en los pacientes respecto a la clasificación de Kennedy, observándose que del total de pacientes, 301 tuvieron modificaciones, siendo la modificación 1 la que en su mayoría se evidenció (59.8%), en tanto la modificación 3 (10.3%) fué la que menos se reportó.

GRÁFICO N° 5

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY CON MODIFICACIONES EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS PACIENTES

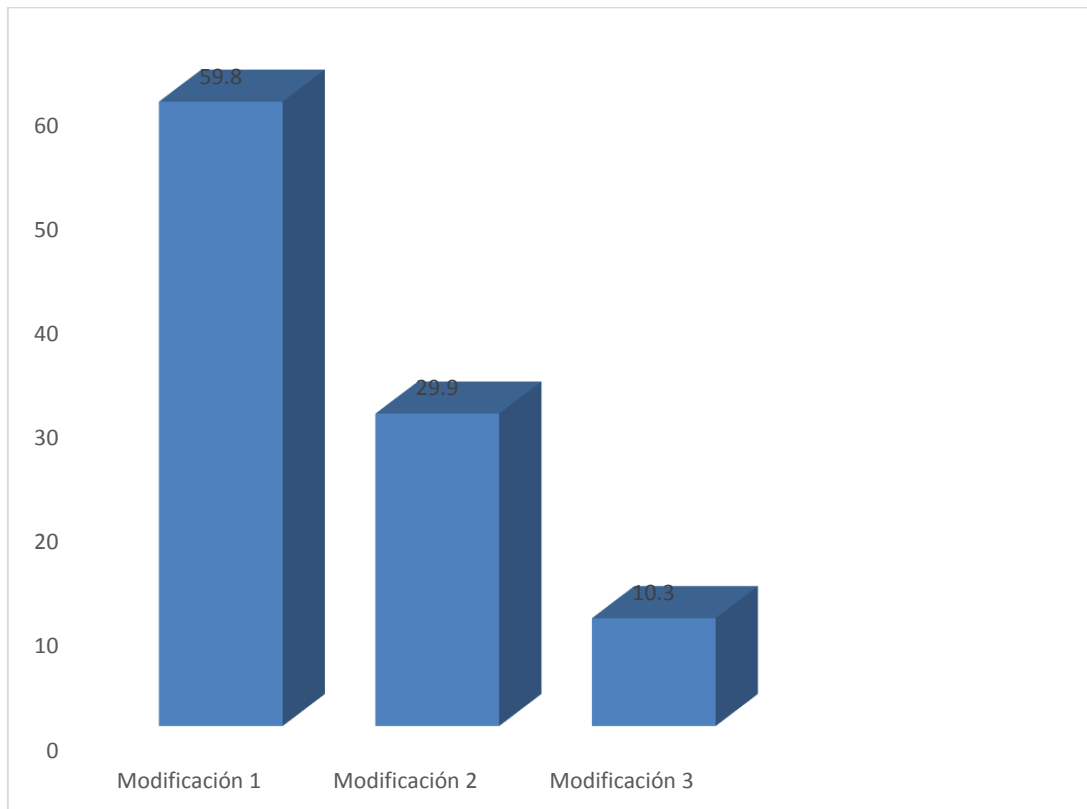


TABLA N° 6

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL MAXILAR INFERIOR DE LOS PACIENTES

Maxilar Inferior	N°	%
Clasificación Kennedy		
Clase I	99	19.2
Clase II	160	31.1
Clase III	237	46.0
Clase IV	10	1.9
Clase V	4	0.8
Clase VI	5	1.0
Total	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra la clasificación del edentulismo parcial en el maxilar inferior de acuerdo a los parámetros establecidos por Kennedy, observándose que el mayor porcentaje de pacientes presentaron la clase III (46.0%), en tanto las menos prevalentes fueron las clases V, VI y IV (0.8%, 1.0% y 1.9% respectivamente).

GRÁFICO N° 6

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL MAXILAR INFERIOR DE LOS PACIENTES

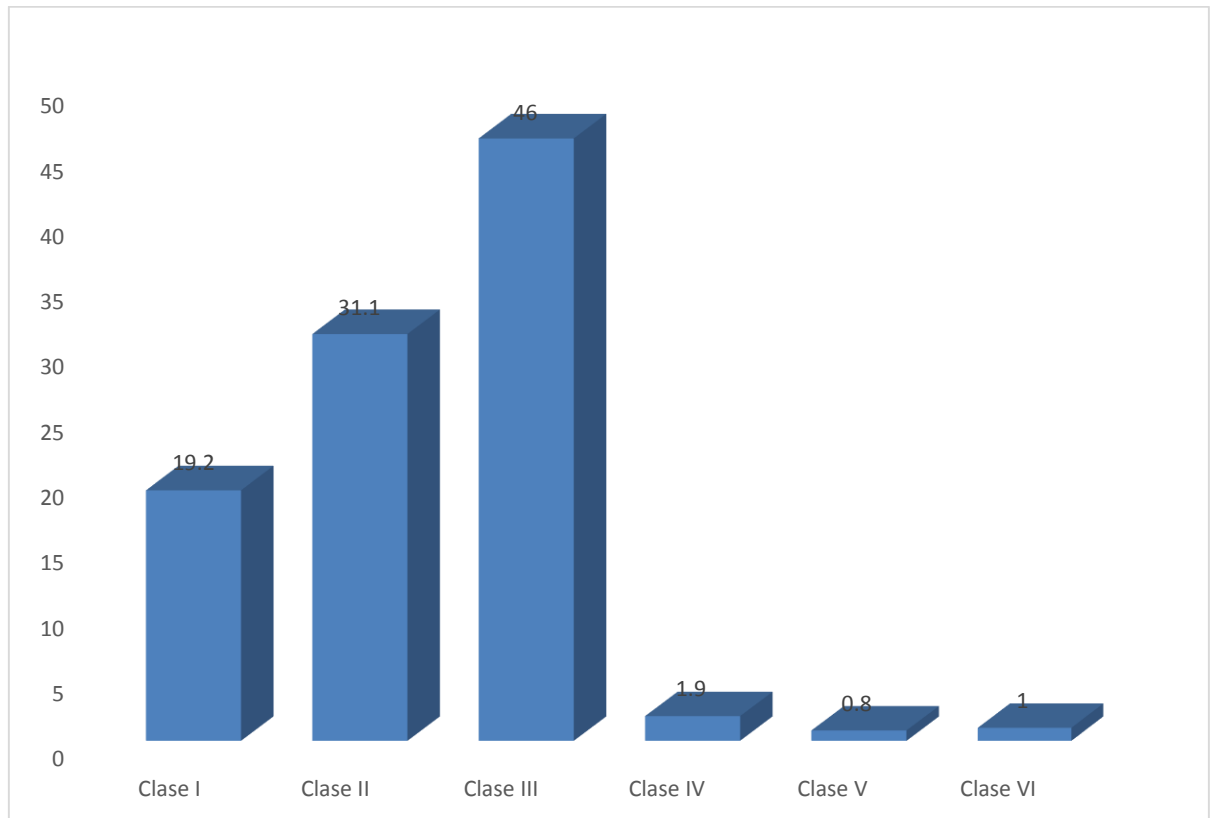


TABLA N° 7

**CLASIFICACIÓN DE KENNEDY CON MODIFICACIONES EN EL
MAXILAR INFERIOR DE LOS PACIENTES**

Maxilar Inferior	N°	%
Modificaciones		
Modificación 1	213	75.5
Modificación 2	61	21.6
Modificación 3	8	2.9
Total	282	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra la información correspondiente a las modificaciones halladas en los pacientes respecto a la clasificación de Kennedy, observándose que del total de pacientes, 282 tuvieron modificaciones, siendo la modificación 1 la que en su mayoría se evidenció (75.5%), en tanto la modificación 3 (2.9%) fue la que menos se reportó.

GRÁFICO N° 7

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY CON MODIFICACIONES EN EL MAXILAR INFERIOR DE LOS PACIENTES

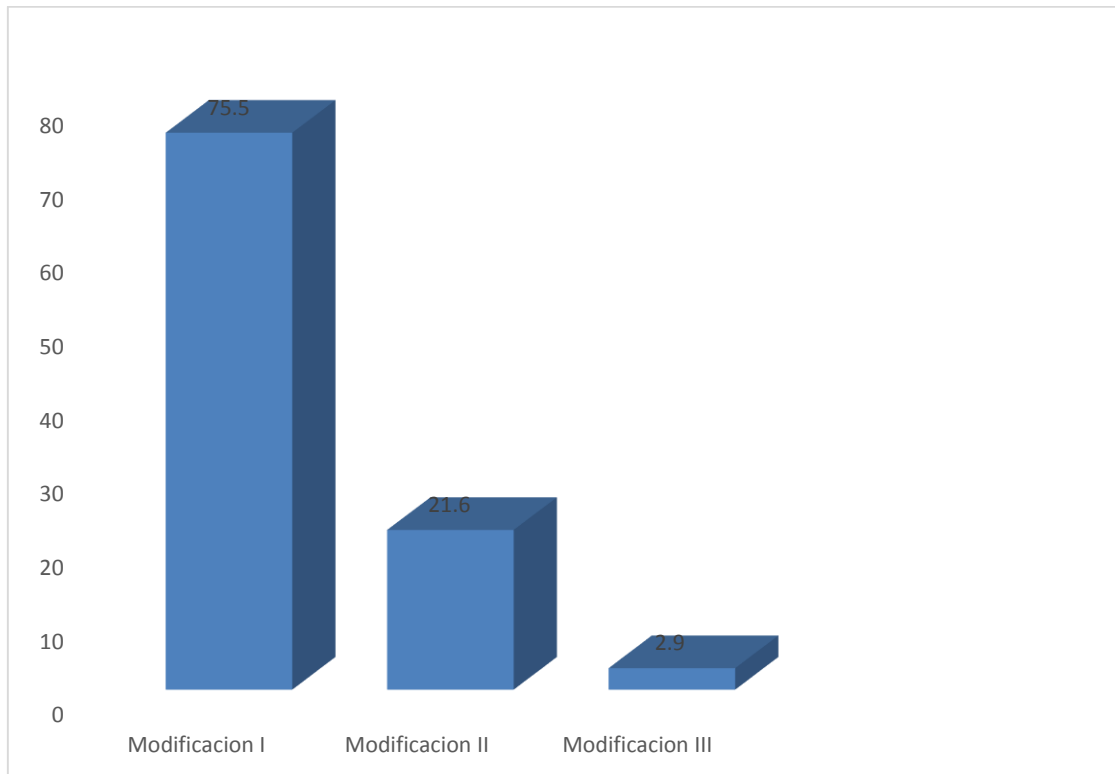


TABLA N° 8

**CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN EL
MAXILAR SUPERIOR DE LOS PACIENTES**

Maxilar Superior: Kennedy	Maxilar Superior: Modificaciones						Total	
	Modificación 1		Modificación 2		Modificación 3		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Clase I	22	66.7	11	33.3	0	0.0	33	100.0
Clase II	50	50.0	32	32.0	18	18.0	100	100.0
Clase III	108	64.1	47	28.1	13	7.8	168	100.0
Total	180	59.8	90	29.9	31	9.3	301	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla mostramos la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior de los pacientes motivo de investigación, observándose que aquellos clasificados como I, en su mayoría (66.7%) tuvieron la modificación 1; los de Clase II también en mayor porcentaje (50.0%) presentaron la modificación 1; finalmente los de clase III, presentaron la modificación 1 en su mayoría (64.1%).

GRÁFICO N° 8

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS PACIENTES

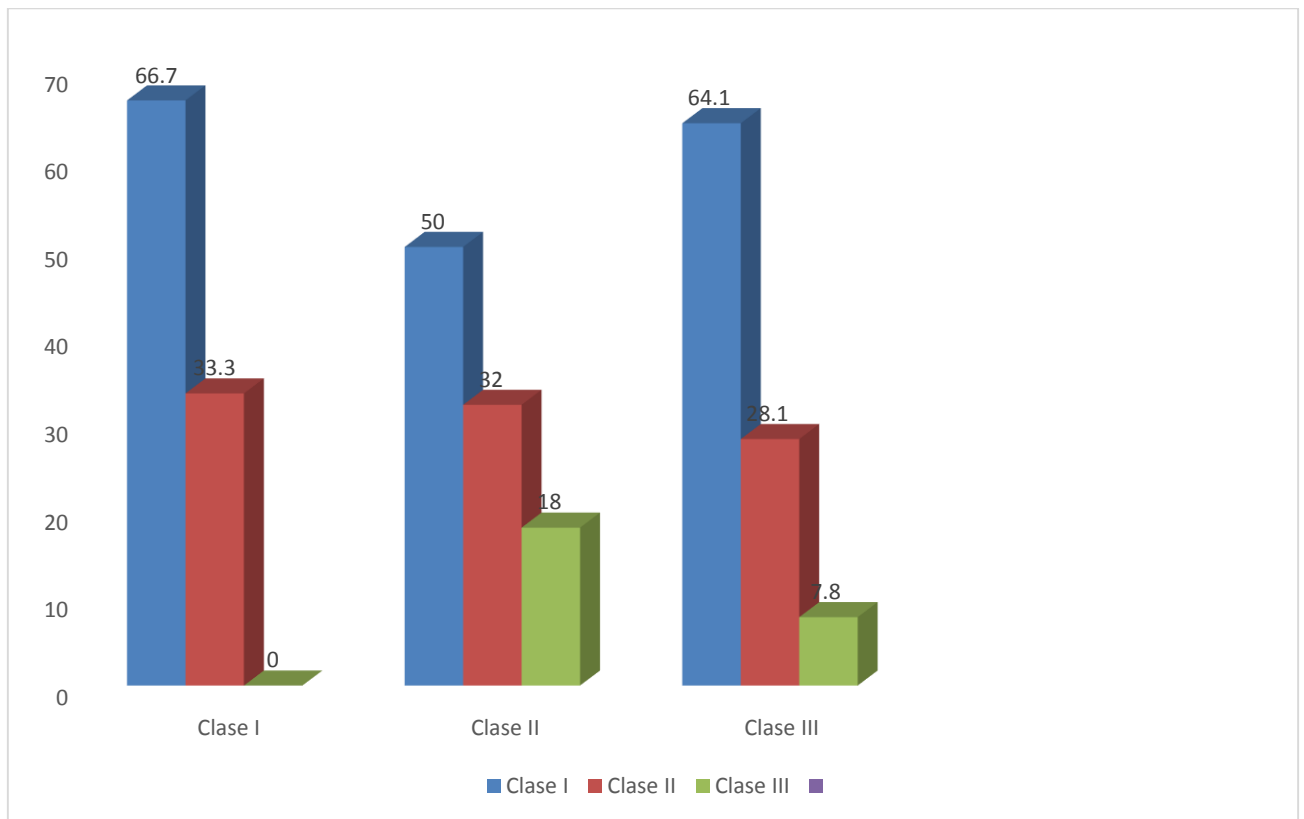


TABLA N° 9

**CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN EL
MAXILAR INFERIOR DE LOS PACIENTES**

Maxilar Inferior: Kennedy	Maxilar Inferior: Modificaciones						Total	
	Modificación 1		Modificación 2		Modificación 3		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Clase I	21	80.8	5	19.2	0	0.0	26	100.0
Clase II	86	74.8	25	21.7	4	3.5	115	100.0
Clase III	106	75.2	31	22.0	4	2.8	141	100.0
Total	213	75.5	61	21.6	8	2.5	282	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla mostramos la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior de los pacientes motivo de investigación, observándose que aquellos clasificados como I, en su mayoría (80.8%) tuvieron la modificación 1; los de Clase II también en mayor porcentaje (74.8%) presentaron la modificación 1; finalmente los de clase III, presentaron la modificación 1 en su mayoría (75.2%).

GRAFICO N° 9

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES EN EL MAXILAR INFERIOR DE LOS PACIENTES

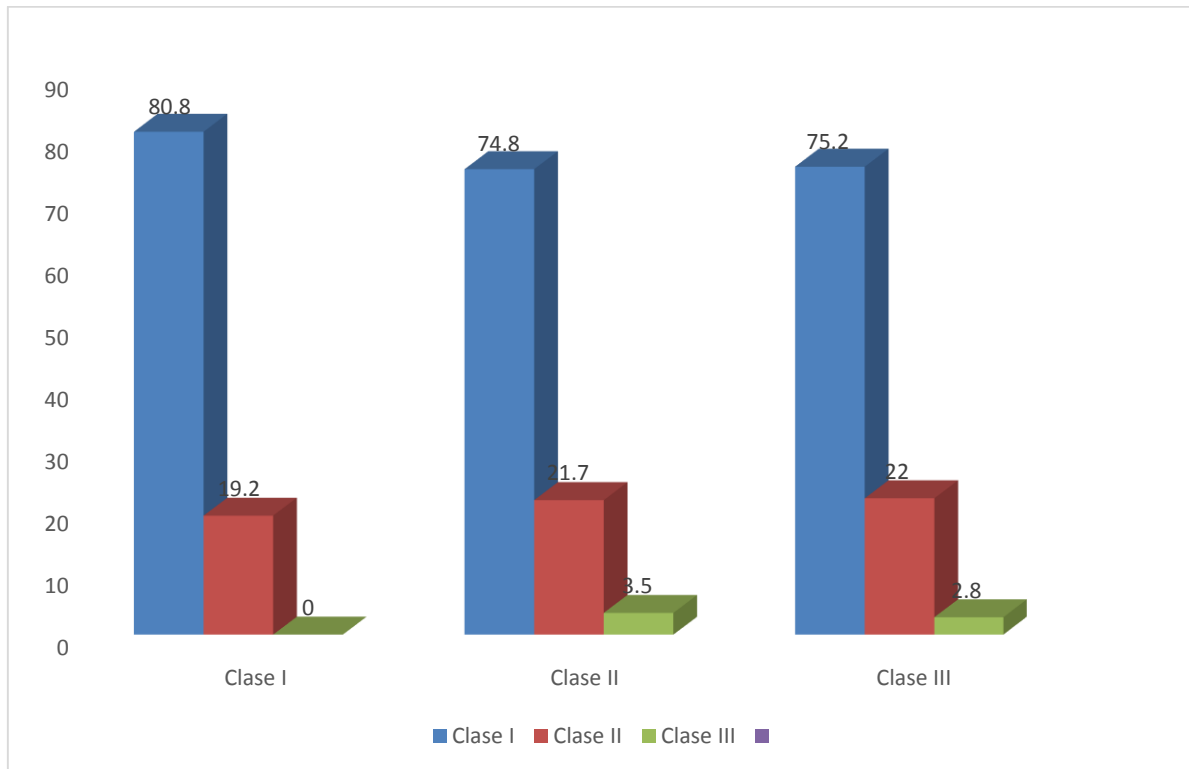


TABLA N° 10**RELACIÓN ENTRE MAXILAR Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES**

Clasificación Kennedy	Maxilar				Total	
	Superior		Inferior		N	%
	N	%	N	%		
Clase I	60	11.7	99	19.2	159	15.4
Clase II	145	28.2	160	31.1	305	29.6
Clase III	258	50.1	237	46.0	495	48.1
Clase IV	21	4.1	10	1.9	31	3.0
Clase V	17	3.3	4	0.8	21	2.0
Clase VI	14	2.7	5	1.0	19	1.9
Total	515	100.0	515	100.0	1030	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.739 (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que en el maxilar superior, la clasificación de Kennedy que obtuvo el mayor porcentaje de pacientes (50.1%) fue la Clase III, seguida de la Clase II (28.2%); situación similar se aprecia en el maxilar inferior, donde también la Clase I fue la más frecuente (46.0%) seguida de la Clase II (31.1%):

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre las variables de estudio, es decir, la clasificación de Kennedy se presenta con las mismas características tanto en el maxilar superior como en el inferior.

GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE MAXILAR Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES

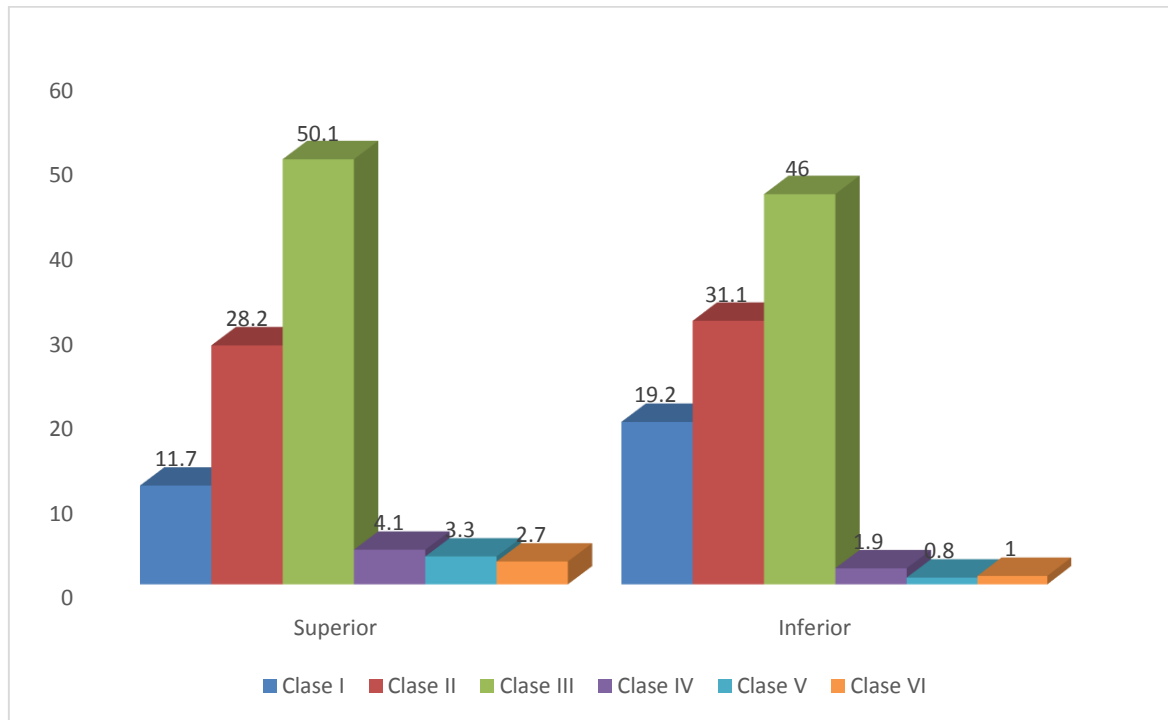


TABLA N° 11

RELACIÓN ENTRE SEXO Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES

Clasificación Kennedy	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N	%
	N	%	N	%		
Maxilar Superior						
Clase I	31	14.3	29	9.7	60	11.7
Clase II	54	24.9	91	30.5	145	28.2
Clase III	112	51.6	146	49.0	258	50.1
Clase IV	7	3.2	14	4.7	21	4.1
Clase V	6	2.8	11	3.7	17	3.3
Clase VI	7	3.2	7	2.3	14	2.7
P	0.394 (P ≥ 0.05) N.S.					
Maxilar Inferior						
Clase I	38	17.5	61	20.5	99	19.2
Clase II	69	31.8	91	30.5	160	31.1
Clase III	102	47.0	135	45.3	237	46.0
Clase IV	4	1.8	6	2.0	10	1.9
Clase V	2	0.9	2	0.7	4	0.8
Clase VI	2	0.9	3	1.0	5	1.0
P	0.974 (P ≥ 0.05) N.S.					
Total	217	100.0	298	100.0	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

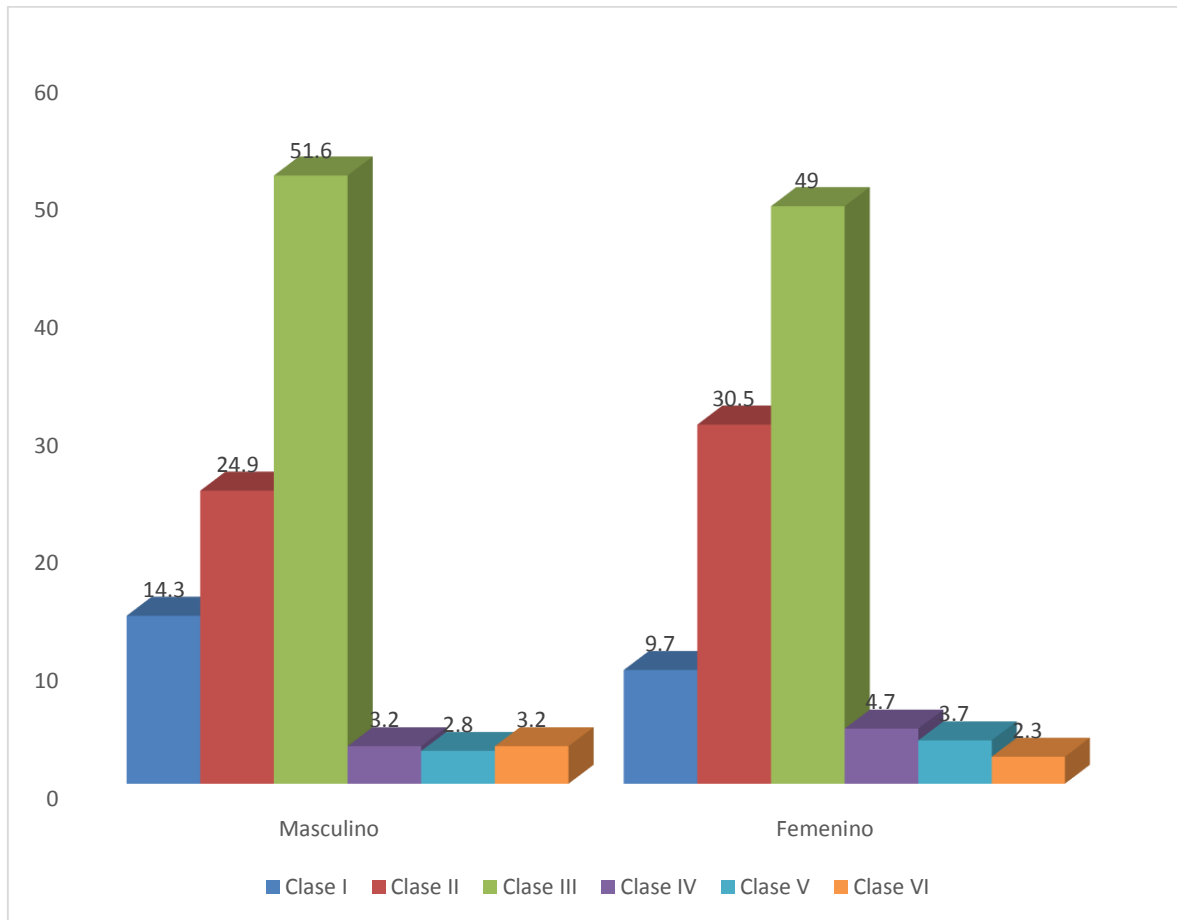
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que en el maxilar superior, los pacientes de sexo masculino en su mayoría (51.6%) presentaron la clasificación III de Kennedy, en las mujeres se observó algo similar (49.0%). Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sexo y la clasificación de Kennedy en el maxilar superior.

Respecto al maxilar inferior, los hombres presentaron en mayor porcentaje (47.0%) la clasificación I de Kennedy, en las mujeres se observa algo muy parecido (45.3%). Según la prueba estadística, no existe relación entre el sexo y la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior.

GRÁFICO N° 11

RELACIÓN ENTRE SEXO Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES



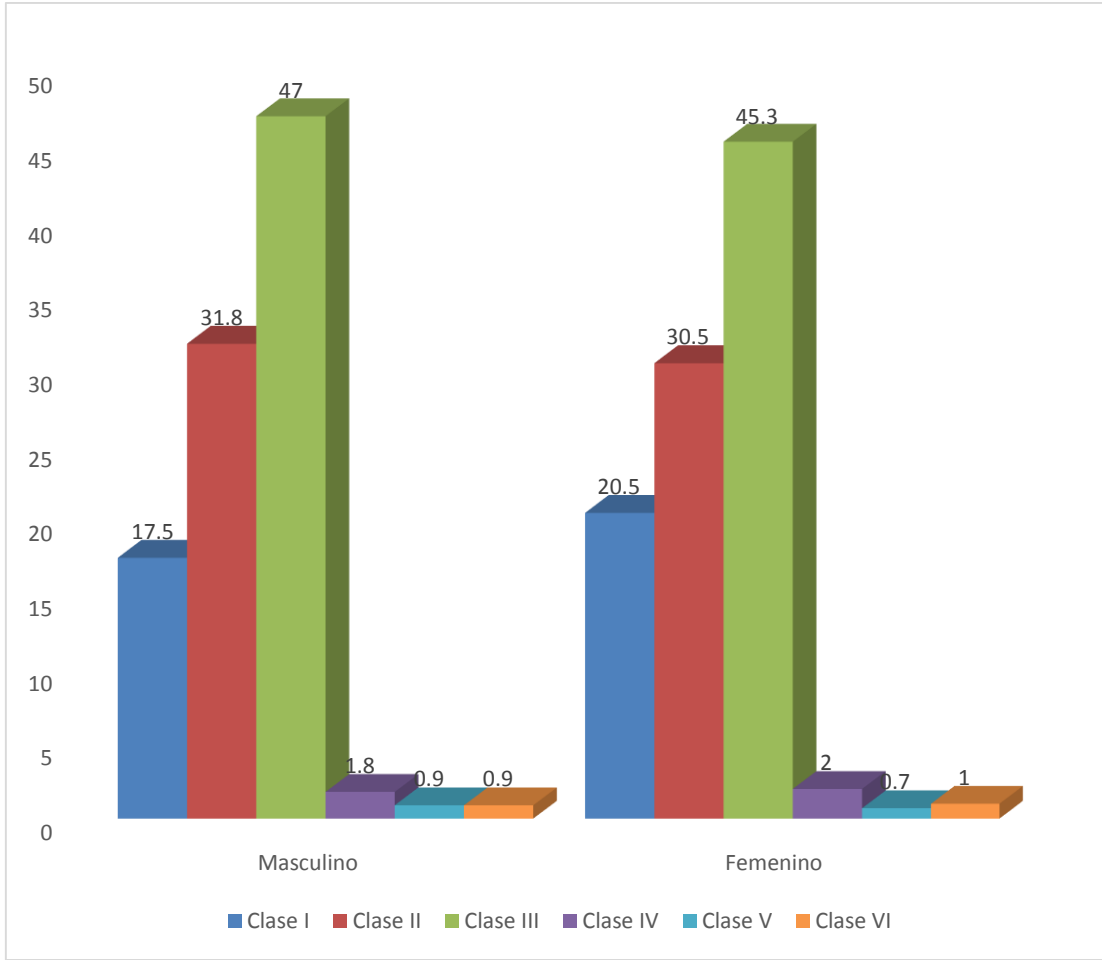


TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE EDAD Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES

Clasificación Kennedy	Edad						Total	
	De 40 a 46 años		De 47 a 53 años		De 54 a 60 años		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Maxilar Superior								
Clase I	23	8.4	18	14.5	19	16.2	60	11.7
Clase II	65	23.7	37	29.8	43	36.8	145	28.2
Clase III	158	57.7	54	43.5	46	39.3	258	50.1
Clase IV	10	3.6	7	5.6	4	3.4	21	4.1
Clase V	13	4.7	3	2.4	1	0.9	17	3.3
Clase VI	5	1.8	5	4.0	4	3.4	14	2.7
P 0.007 (P < 0.05) S.S.								
Maxilar Inferior								
Clase I	47	17.2	29	23.4	23	19.7	99	19.2
Clase II	76	27.7	36	29.0	48	41.0	160	31.1
Clase III	139	50.7	55	44.4	43	36.8	237	46.0
Clase IV	5	1.8	4	3.2	1	0.9	10	1.9
Clase V	4	1.5	0	0.0	0	0.0	4	0.8
Clase VI	3	1.1	0	0.0	2	1.7	5	1.0
P 0.042 (P < 0.05) S.S.								
Total	274	100.0	124	100.0	117	100.0	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

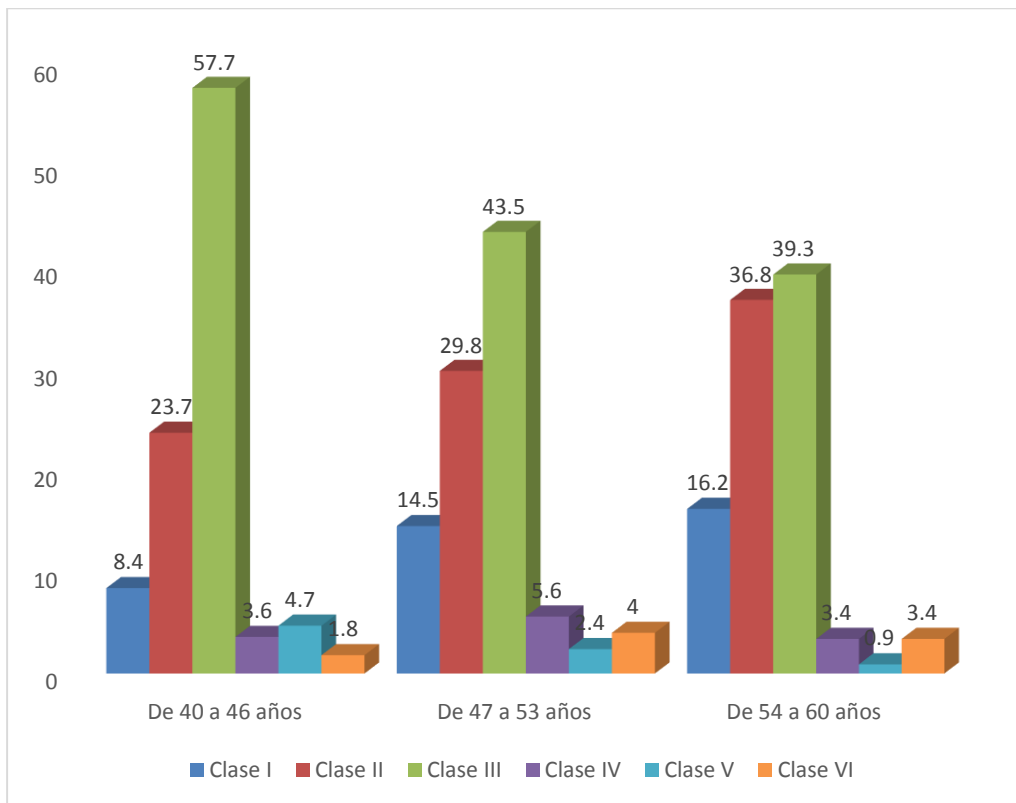
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar que en el maxilar superior, los pacientes de 40 a 46 años presentaron la clasificación II (23.7%) y I (8.4%) de Kennedy, las cuales aumentan en porcentaje en los pacientes de 47 a 53 años (29.8% y 14.5%, respectivamente) y en los pacientes de 54 a 60 años siguió incrementándose (36.8% y 16.2%, respectivamente). Según la prueba estadística, existe relación significativa entre la edad y la clasificación de Kennedy en el maxilar superior, puesto que conforme aumenta la edad, la clasificación II y I tienen mayor prevalencia.

Respecto al maxilar inferior, observamos el mismo comportamiento que para el superior, siendo también la prueba estadística significativa, es decir, hay relación entre la edad y la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, puesto que conforme aumenta la edad, la clasificación II y I tienen mayor prevalencia.

GRÁFICO N° 12

RELACIÓN ENTRE EDAD Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES



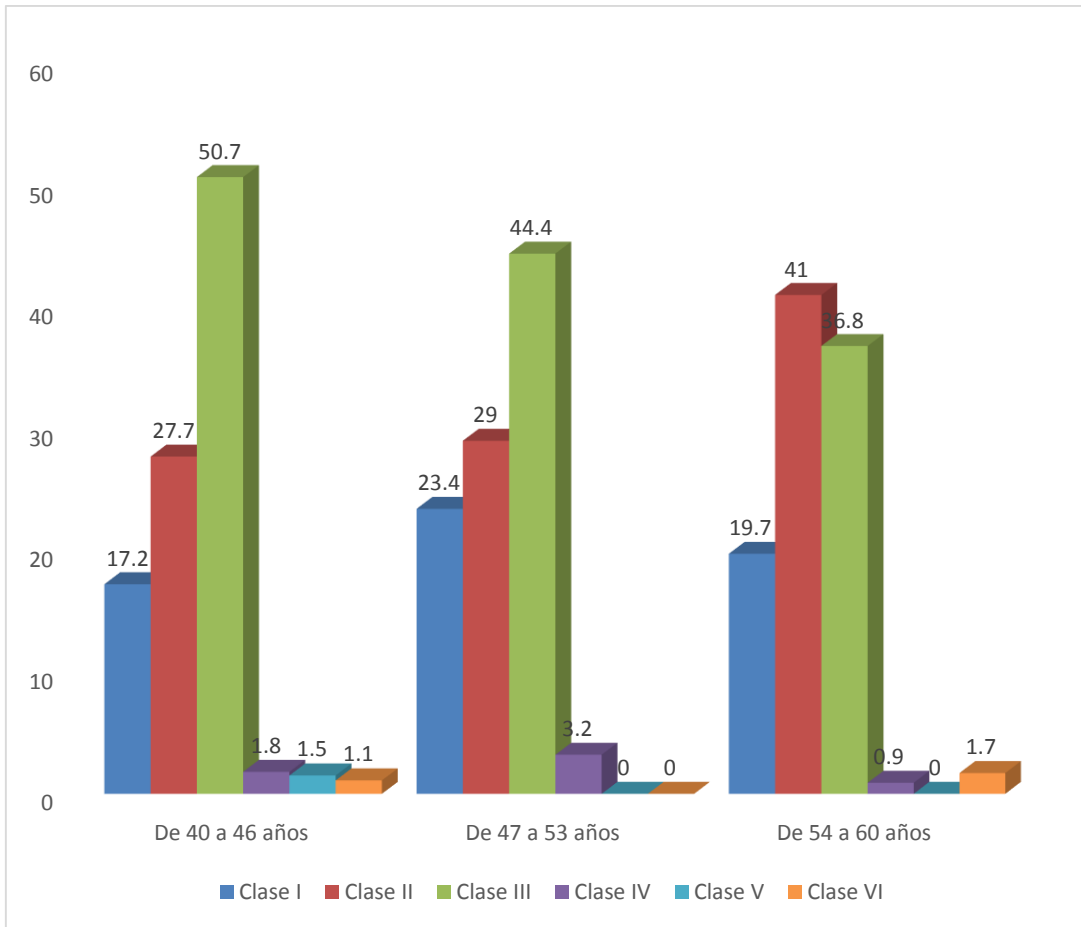


TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES

Clasificación Kennedy	Estado Civil						Total	
	Soltero		Casado		Conviviente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maxilar Superior								
Clase I	34	11.3	25	12.3	1	8.3	60	11.7
Clase II	80	26.7	61	30.0	4	33.3	145	28.2
Clase III	157	52.3	95	46.8	6	50.0	258	50.1
Clase IV	12	4.0	9	4.4	0	0.0	21	4.1
Clase V	10	3.3	7	3.4	0	0.0	17	3.3
Clase VI	7	2.3	6	3.0	1	8.3	14	2.7
P	0.941 (P ≥ 0.05) N.S.							
Maxilar Inferior								
Clase I	53	17.7	45	22.2	1	8.3	99	19.2
Clase II	93	31.0	61	30.0	6	50.0	160	31.1
Clase III	141	47.0	91	44.8	5	41.7	237	46.0
Clase IV	8	2.7	2	1.0	0	0.0	10	1.9
Clase V	2	0.7	2	1.0	0	0.0	4	0.8
Clase VI	3	1.0	2	1.0	0	0.0	5	1.0
P	0.812 (P ≥ 0.05) N.S.							
Total	300	100.0	203	100.0	12	100.0	515	100.0

Fuente: Matriz de datos

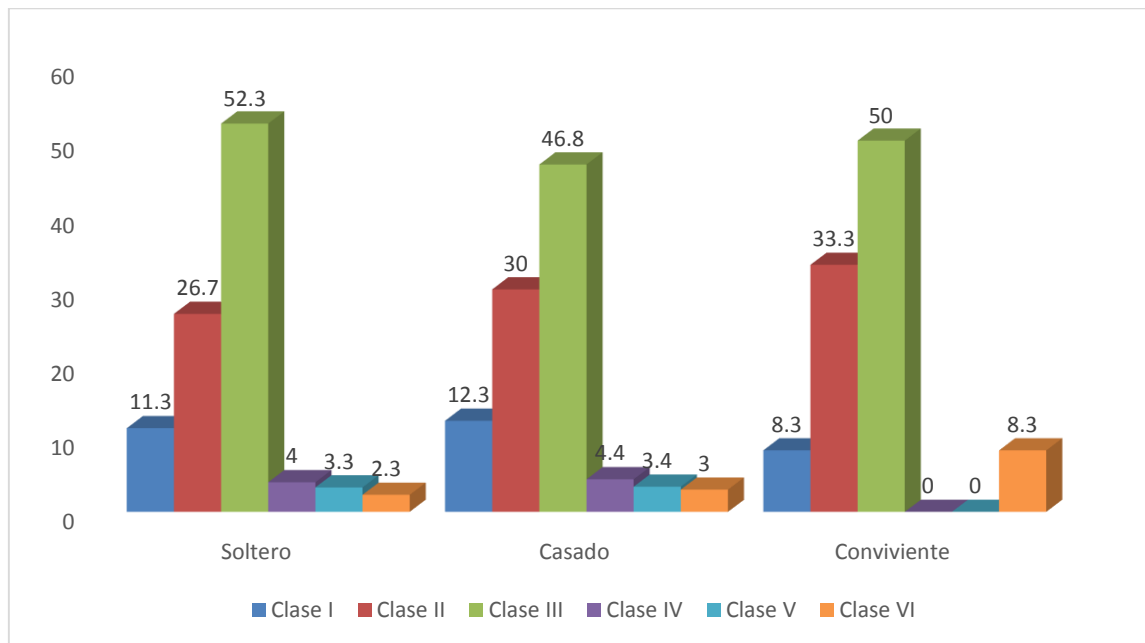
INTERPRETACIÓN:

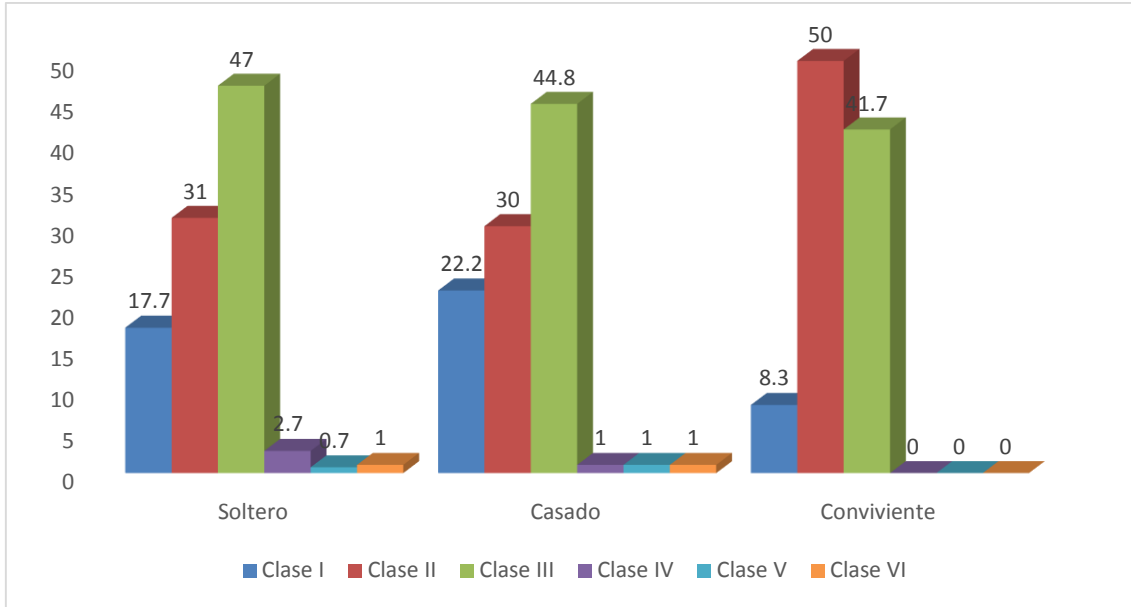
En la presente tabla podemos apreciar que, en el maxilar superior, tanto los solteros, casados como convivientes fueron clasificados dentro de la clase I de Kennedy (52.3%, 46.8% y 50.0% respectivamente). Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el estado civil y la clasificación de Kennedy.

Respecto al maxilar inferior, tanto solteros como casados (47.0% y 44.8%, respectivamente) fueron clasificados dentro de la clase I de Kennedy, en tanto los convivientes, en mayor porcentaje (50.0%) fueron Clase II. Sin embargo, según la prueba estadística, no existe relación entre el estado civil y la clasificación de Kennedy.

GRAFICO N° 13

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES





2. DISCUSIÓN

En el presente estudio se revisaron historias clínicas de pacientes de 40 a 60 años atendidos en Cap III Melitón Salas Tejada, Essalud. Arequipa con el propósito de determinar el Edentulismo Parcial según La Clasificación De Kennedy Y Reglas De Applegate.

Según la tabla N°1 del total de la población se encontró que la mayoría de los pacientes motivo de investigación (57.9%) correspondieron al sexo femenino, en tanto el resto (42.1%) fueron del masculino. Esto coincide con los estudios de Beltrán Neira, Roberto (5) de los 127 pobladores que estuvieron dispuestos a participar en este estudio 88 fueron mujeres (69.3%) y 39 varones (30.7%). Del mismo modo con Varela Ureña, Gabriela (47) indica que las más afectadas son las mujeres, ya que un 68% de las personas entrevistadas que presentaban edentulismo parcial o total son de género femenino. Y el 32% corresponde al sexo masculino. Lo cual contraponen los estudios de Dwairi(17) , De un total de 200 pacientes, 150 fueron hombres y 50 fueron mujeres al igual que Lambertini A(26). el 74,21% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y 25,79% al sexo femenino. Solo el 16,29% de estos pacientes fueron restaurados protésicamente, determinando que el sexo femenino acude con mayor frecuencia a la consulta dental, ya que son más sensibles y muestran mayor preocupación respecto a sus necesidades dentales y apariencia.

Correspondiente a la tabla N°2 la edad de los pacientes investigados se aprecia que la mayoría de ellos (53.2%) tenían entre 40 a 46 años, en tanto el menor porcentaje (22.7%) fueron aquellos cuyas edades oscilaron entre los 54 a 60 años. Coincide con los estudios de Acosta Rojas (1) donde

determinó que edentulismo se da más entre las edades de 50 a 60 años, por lo que se puede determinar que la edad es un factor influyente a la pérdida de piezas dentarias . Axel y Owal(3) indican que las necesidades de PPR se concentraban en grupos etareos de 55-64 años. Al igual que Dwairi(17) del total de 200 pacientes estudiados entre mujeres y varones tenían un promedio de edad de 44 años. Lo mismo en el estudio realizado por Sadig, W.(41) donde el promedio de edad para ambos sexos fue de 42 años. Varela Ureña, Gabriela(47)concluyó que la incidencia de edentulismo se da más entre las edades de 50 a 60 años. La investigación de Beltrán Neira, Roberto (5)concluye que los pobladores entre 40-49 años presentaron edentulismo parcial. Finalmente López Olivera, Judith Verónica(27) encontró que el rango de edad fue de 20 a 90 años y el promedio de edad fue de 58.8 años; en el sexo masculino la edad fue de 60 años y en el femenino de 49.12 años. Esto indica de que el edentulismo parcial se encuentran más marcado en los grupos etareos estudiados teniendo como edad promedio de 50 años

Según las tablas N° 4 ,6 en el maxilar superior de acuerdo a los parámetros establecidos por Kennedy, observándose que el mayor porcentaje de pacientes presentaron la clase III (50.1%), en tanto las menos prevalentes fueron las clases VI, V y IV (2.7%, 3.3% y 4.1% respectivamente) y en el maxilar inferior de acuerdo a los parámetros establecidos por Kennedy, se observa que el mayor porcentaje de pacientes presentaron la clase III (46.0%), en tanto las menos prevalentes fueron las clases V, VI y IV (0.8%, 1.0% y 1.9% respectivamente). Nuestros resultados coinciden con los estudios de Dwairi (16)Al, donde La Clase III de Kennedy fue la más común en el Maxilar superior (47%) y en el inferior (45%). Sadig, W(41). encontró a la Clase III (48.8%) de Kennedy como la más frecuente en ambos sexos y la Clase IV (5.9%) la menos frecuente. La clase III mandibular fue la más frecuente (22.5%). Veas Garcia ,Helen Veronica (48) demostró que la clasificación de Kennedy más frecuente en el maxilar superior fue la clase

III con un 38% seguido de la clase IV con un 23%, la clase I con un 21% y la clase II con un 18%. La clase Kennedy más común en el Maxilar inferior fue la clase I con un 76% la clase III siguió con un 12%, la II con un 10% y la IV con un 2%. Los estudios Díaz Montes Pedro Gregorio(16) encontraron que la clasificación de Kennedy mas frecuente para el maxilar superior fue la Clase III sin modificación, la clasificación de Kennedy mas frecuente mostrando diferencia para el maxilar inferior fue la Clase I .Lo mismo sucede con los estudios de Carrera Rivera, José Max(12) donde predomina la clase III en el maxilar con un 52,65% y la mandibular concentró el 25,07%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; Finalmente los estudios de Cabrera Salazar Hernan(8) determinó que edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y Reglas de Applegate, en el maxilar superior fue la Clase III con un 68.8%, , en segundo lugar con un 17.2% de los casos estuvo la Clase IV que tuvo su origen según los encuestados, a causa de accidentes de tránsito, deportes de contacto y grescas. Por otro lado en el maxilar inferior se encontró la prevalencia de la Clase III con un 57.4%

Correspondiente a las tablas N° 5,7 la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior de los pacientes motivo de investigación, observándose que aquellos clasificados como I, en su mayoría (66.7%) tuvieron la modificación 1; los de Clase II también en mayor porcentaje (50.0%) presentaron la modificación 1; finalmente los de clase III, presentaron la modificación 1 en su mayoría (64.1%). En el maxilar inferior los clasificados como I, en su mayoría (80.8%) tuvieron la modificación 1; los de Clase II también en mayor porcentaje (74.8%) presentaron la modificación 1; finalmente los de clase III, presentaron la modificación 1 en su mayoría (75.2%).

Estos resultados coinciden con los estudios Veas Garcia ,Helen Veronica. (48) donde la modificación más común en el maxilar inferior es la 1 en un 75% de los casos es decir un espacio edentulo adicional y la dos en un 25% es decir dos espacios edentulos adicionales. Díaz Montes Pedro Gregorio

(16) estableció que la clase III modificación 1 se presenta en el maxilar superior y la clasificación de Kennedy más frecuente para el maxilar inferior fue la Clase I modificación 1. Finalmente Cabrera Salazar Hernán Eduardo demostró que la Clase III es la más frecuente con un 57.4% de los cuales 20 estudiantes presentaron la Modificación 1. La clase II de Kennedy estuvo representada por el 32.2% de los casos de edentulismo parcial, que a su vez 26 de los mismos fueron Modificación 1. En las Clases III y II fueron en su mayoría por pérdida del 1er molar y pre molares por ausencia de hábitos de higiene y carencia de control odontológico.

Según la tabla N°2 con relación a la edad podemos apreciar que en el maxilar superior, los pacientes de 40 a 46 años presentaron la clasificación II (23.7%) y I (8.4%) de Kennedy, las cuales aumentan en porcentaje en los pacientes de 47 a 53 años (29.8% y 14.5%, respectivamente) y en los pacientes de 54 a 60 años siguió incrementándose (36.8% y 16.2%, respectivamente). Respecto al maxilar inferior, observamos el mismo comportamiento que para el superior, se demuestra que conforme aumenta la edad, la clasificación II y I tienen mayor prevalencia. mayor prevalencia. Coincide con el estudio de Acosta Rojas (1) donde determinó que la edad es un factor influyente a la pérdida de piezas dentales.

Según la tabla N° 13 la relación del estado civil tanto solteros, casados como convivientes fueron clasificados dentro de la clase III de Kennedy (52.3%, 46.8% y 50.0% respectivamente). Respecto al maxilar inferior, tanto solteros como casados (47.0% y 44.8%, respectivamente) fueron clasificados dentro de la clase III de Kennedy, en tanto los convivientes, en mayor porcentaje (50.0%) fueron Clase II. Esto puede deberse a que los que se encuentran casados tienen una mayor preocupación por su apariencia o son obligados a asistir a la consulta dental por sus cónyuges y los solteros por llevar un noviazgo y guardar las apariencias cuidan su salud. Lo contrario sucede con los divorciados que descuidan su salud bucal por la problemática que presentan.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El edentulismo parcial de las 515 historias clínicas de pacientes que conformaron la muestra de Cap III Meliton Salas Tejada, dio como resultado que en el maxilar superior la mayoría de ellos (50.1%) presentaron la clase III de Kennedy y la modificación 1 (59.8%). Respecto al maxilar inferior, también prevaleció la clase III (46.0%) y la modificación 1 (75.5%). Contrastando estos resultados con la hipótesis planteada, esta se acepta.

SEGUNDA:

La clasificación de Kennedy, tanto para el maxilar superior como inferior, fue en el mayor porcentaje de los casos clase III, no habiendo diferencias significativas entre ambos maxilares.

TERCERA:

El sexo no tuvo relación estadísticamente significativa con la clasificación de Kennedy en los pacientes edentulos.

CUARTA:

La edad de los pacientes no tuvo relación estadísticamente significativa con la clasificación de Kennedy, puesto que conforme aumenta la edad del paciente edentulo, la clasificación I y II aumenta su prevalencia.

QUINTA:

El estado civil de los pacientes incluidos en la investigación, no tuvo relación estadísticamente significativa con la clasificación de Kennedy.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Es necesario que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia y en poblaciones con diferentes grupos etareos que nos permita construir un mapa epidemiológico de esta afección en nuestro medio.

SEGUNDA:

Deberían realizarse más estudios descriptivos para obtener información epidemiológica para ser tomada como una herramienta de gestión y de toma de desiciones en el anàlisis de la situación de salud en este caso relacionado con la salud oral en el ámbito de una jurisdicción sobre los datos de las historias clínicas, que son fuente valiosa de todo tipo de información.

TERCERA:

Realizar campañas y charlas de concientización dentro de las instituciones de salud (MINSA,ESALUD,COP Y SANIDAD POLICIAL) como pilítica y lineamiento dentro de la estrategia de salud oral para prevenir la pérdida prematura de piezas dentales para de esta manera, concientizar a la población sobre la importancia de mantener las piezas dentales y en caso de ausencia de estas realizar el tratamiento mas conveniente para reponerlas y mejorar la salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Rojas, Flor Inés. Edentulismo En Costa Rica. Escuela De Odontología. Universidad Latinoamericana De Ciencia Y Tecnología. 2010. (Disponible En: [Http://Bb9.Ulacid.Ac.Cr/Tesinas/Publicaciones/038833.Pdf](http://Bb9.Ulacid.Ac.Cr/Tesinas/Publicaciones/038833.Pdf))
2. Aguilar Esenarro, Luis. Guía Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Persona Adulta Ministerio De Salud Lima 2012. Disponible en: www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/.../Guía%20Técnica%20VNA%20Adulto.pdf)
3. Axel Y Owall. En Su Trabajo “La Prótesis Parcial remvible en la Práctica Odontologica”.Acta Odontologica De Venezuela Et Al 1999 Vol 37 N° 3 Caracas, Diciembre 1999
4. Bassi, F.; Previgliano, V.; Schierano, G. Rehabilitación Protésica – Prótesis Parcial Removible. Editorial Amolca. Edición 2011.pág30 -35
5. Beltran Neira, Roberto. 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.Universidad Cayetano Heredia.
6. Besimo Christian. Atlas de Prótesis Parcial Removible .Ediciones científicas y técnicas S.A segunda Edición Barcelona pag 2-4
7. .Brenes,Willia.”Situaciones De La Salud Bucal En Personas Adultas Mayores”: Problemas Y Desafíos” San Jose- Costa Rica 2004.

8. Cabrera Salazar Hernán Eduardo .Prevalencia De Edentulismo Parcial, Según La Clasificación De Kennedy Y Reglas De Applegate, En Estudiantes De Institutos Superiores Tecnológicos De Arequipa. 2014
9. Carretero Ancelmo, Daniel Arnaldo. Deficiencia Masticatoria Por Pérdida Dentaria Como Factor De Riesgo Para Dispepsia En El Adulto Mayor Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Odontología E.A.P De Odontología
10. Corona Carpio ,Marcia Hortencia. Caracterización Clínica De Pacientes Parcialmente Desdentados Con Disfunciones Articulares. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires Del Moncada", Santiago De Cuba, Cuba. MEDISAN 2015; 19(4):456
11. Carr Alan B. McGivney Glen P. y Bromwn David T; "McCracken Prótesis Parcial Removible"; 11va Edición; Editorial EDIDE S.L. 2006; Cap.2; Pág.22.
12. Carrera Rivera, José Max. 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.
13. Chávez Reategui , Beatriz del Carmen .Odontogeriatría y Gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura Rev Estomatol Herediana. 2014 Jul-Set;24(3).199-207.
14. Cisneros Del Águila, Melvin ; Verástegui Sandoval, Arturo ; Fernández Lozano, Henry. Prevalencia De Edentulismo Parcial de acuerdo a La Clasificación de Kennedy en Pacientes Adultos de una Clínica Docente

Universitaria. Revista Científica Alas Peruanas Vol 1 N° 2014 Disponible En revistas.Uap.Edu.Pe/Ojs/Index.Php/Sd/Article/View/426

15. Curti D. "Incidencia De Varias Clases De Prótesis Parciales Removibles En Pacientes Que Acuden A Recibir Tratamiento En La Escuela De Odontología De La Universidad De California San Francisco, Eeuu 1992". Journal Of Prosthetic Dental Vol.67: Pág. 664-667, EE.UU.
16. Díaz Montes, Pedro Gregorio. Factores Asociados Al Edentulismo En Pacientes Diagnosticados En La Clínica De La Facultad De Odontología Unmsm. Tesis Para Optar El Título Profesional De Cirujano Dentista. Escuela Académico Profesional De Odontología. Facultad De Odontología. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2009. (Disponible En: [Http://Cybertesis.Unmsm.Edu.Pe/Bitstream/Cybertesis/2180/1/Diaz_Mp.Pdf](http://Cybertesis.Unmsm.Edu.Pe/Bitstream/Cybertesis/2180/1/Diaz_Mp.Pdf))
17. Dwairi Al.; "Partial Edentulism And Removable Denture Construction, A Frequency Study In Jordanians 2006". Journal Of Prosthodontic Restorative Dental, Marzo 2006, Vol 14(1): Págs 13.
18. Dorothy, David En Su Trabajo Necesidad De Prótesis Dental En La Población Adulta Del Cercado De Tacna 1984 .Tesis De Bachiller, Facultad De Odontología, Unmsm. Lima-Perú.
19. Enoki, K. En Su Trabajo "Incidencia De Dentaduras Parciales Basadas En La Clasificación De Kennedy En La Universidad De Osaka En Japón 2008". ". Journal of Prosthodontic Restorative Dental, Marzo 2006, Vol 14(1): Págs 13-17.
20. Esquivel Hernández, Rosa Isabel; Jiménez Férez, Juana. El Efecto De Los Dientes Perdidos – En La Calidad De Vida De Un Grupo De Adultos

Mayores. Odontología Actual. Vol. 5. N° 58. Páginas 48-52. 2008.
(Disponible En:

[Http://132.248.9.34/Hevila/Odontologiaactual/2007-08/Vol5/No58/7.Pdf](http://132.248.9.34/Hevila/Odontologiaactual/2007-08/Vol5/No58/7.Pdf)

21. Gaona Condorchoa, Erika Paola. Nfluencia Del Edentulismo Parcial No Tratado Y Tratado Mediante Prótesis Parcial Removible En El Periodonto De Los Dientes Antagonistas En Pacientes Dela Consulta Privada, Cercado Arequipa. 2014
22. Gamarra Ojeda, Roxana Mary. Odontología Geriática una necesidad Actual. Universidad Catolica Santa Maria .2010 Arequipa- Peru pag.40-41
23. Gonzales, Laguna. Manual básico de Implantologia Editorial Ripano. Portugal. 2009 pagina 17-20
24. Gutierrez Vargas, Vanessa Leila; León Manco, Roberto Antonio; Castillo Andamayo, Diana Esmeralda. Edentulismo Y Necesidad De Tratamiento Protésico En Adultos De Ámbito Urbano Marginal. Revista Estomatológica Herediana. Vol. 25. N° 3. Páginas 179-186. Julio-Setiembre. 2015.
(Disponible En:
[Http://Webcache.Googleusercontent.Com/Search?Q=Cache:Http://Www.Scielo.Org.Pe/Pdf/Reh/V25n3/A02v25n3.Pdf](http://Webcache.Googleusercontent.Com/Search?Q=Cache:Http://Www.Scielo.Org.Pe/Pdf/Reh/V25n3/A02v25n3.Pdf))
25. Hernandez de Ramos Marilia; "Rehabilitación oral para el paciente geriátrico" Primera Edición; Editorial Unibiblos Univ. Nacional de Colombia; Colombia 2001; Cap. 2; Pág: 47
26. Lambertini, A. Necesidades Protésicas De los Pacientes que acudieron al centro de Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas "Dra Elsa La Corte (Capei) De La Universidad Central De Venezuela Entre

Noviembre De 2004 . Acta Odontológica Venezuela Vol.44 N°3 Pag 342-345.Caracas Venezuela.

27. López Olivera ,Judith Verónica Prevalencia De Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En El Servicio De Rehabilitación Oral Del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara Facultad De Odontología Universidad Nacional Mayor De San Marcos.
28. Loza, David. Prostodoncia Parcial Removible Tercera Re Impresión 2002; 56-57.
29. Manns A, Diaz G.; "Función masticatoria. Manns A. Sistema Estomatognático"; 1ª Edición; Editorial Ximpauser; Chile 1995; Cap. 2; Pág.: 89-99.
30. Mallat Desplats Ernest, Mallat Stephane; "Prótesis parcial removible y sobredentaduras"; 1ra Edición; Editorial Elsevier; España 2006; Pág. 4.
31. Mezzomo, Elio; Suzuki, Roberto M. "Rehabilitación Oral Contemporánea". Editorial Amolca. 1ª Edición. Tomo 1. 2010.
32. Ministerio De Salud Del Perú. Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento Del Edentulismo Parcial. 2015. (Disponible En:
[Http://Www.Minsa.Gob.Pe/Dgsp/Documentos/Guias/Rm027-2015-Minsa.Pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/guias/Rm027-2015-Minsa.Pdf)
33. Misch Carl E.;" Implantología contemporánea"; 3era Edición; Editorial Elsevier; Madrid España 2009; Cap.1; Pág. 5-13
34. Muñoz Luis Armando.El adulto Etapas y consideraciones para el aprendizaje, Universidas Pablo de Olavide Revista Euphoros Sevilla . 2012 pag100-103

35. Noborikawa Kohatsu, Andres. Frecuencia De Pacientes Edéntulos Parciales Según La Clasificación De Kennedy-Aplegate En La Clínica Universitaria De La Facultad De Odontología De La Universidad San Martín De Porres 2001
36. Okeson Jeffrey P., Oclusión y Afecciones Temporomandibulares 5ta. Edición. Ed. Mosby Co. 2003
37. Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis Parcial Removible en el Adulto Mayor 2012.2016 “Vuelve a Sonreír “ MINSA Primera edición . 2012
38. Pella M Y Ramos P; En Su Trabajo “Estudio Transversal De La Necesidad De Prótesis En La Población Adulta De Pacaran En El Distrito De Cañete, Lima-Perú 1985”.Trabajo De Investigación Para Optar El Título De Cirujano Dentista Facultad De Odontología UNMSM Lima-Perú
39. Robles Martín; En Su Trabajo “Prevalencia De Pérdida Dentaria En Relación A La Problemática Del Desdentado Y Su Rehabilitación En La Comunidad Rural De Hualyahuichan.Tarma-Junin 1987”.Tesis Para optar Al Grado De Bachiller En Estomatología .Facultad De Estomatología UPCH Lima –Peru
40. Rochefort Quiroz Christian;Ocaranza T. Biotti;Espinoza M;Marín.H; En Su Trabajo “Distribución De Las Vías Decarga Protésica En Pacientes Desdentados Parciales De Acuerdo A La Clasificación De Kennedy, En La Facultad De Odontología De La Universidad De Chile 1998 .Vol 16 N° 2:49-54.Jul-Dic

41. Sadig W; Removable Partial Denture Design: A Study Of A Elected Population In Saudi Arabia 2002. The Journal Of Contemporary Dental Practice, Vol. 3 N°4, November 15, 2002. Saudi Arabia
42. Salazar Chura, Cynthia Dennis. Relación Entre El Edentulismo Y El Estado Nutricional En Adultos Mayores Residentes Del Asilo Lira, Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Escuela Académico Profesional de Odontología. Facultad de Odontología. Universidad Católica Santa María. Arequipa 2015.
43. San Martín Claudio ,Villanueva Julio, Cambios del Sistema Estomatognático en el Paciente Adulto Mayor. Revista Dental de Chile 2002; 93 (23-26)
44. Sardinas Valdez ,Maribel; Casas Acosta Jose. Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular Revista Médica Electrónica - Hospital universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas; [Artículo en Internet]; Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema06>.
45. Ulusoy Y Cols; En Su Trabajo "Frequency Of Various Classes Of Removable Partial Dentures And Selection Of Major Connectors And Direct/Indirect Retainers" .Journal Of Oral Rehabilitation Noviembre 30,2000,Turkey:445-449
46. Varela Ureña, Gabriela. Edentulismo En Costa Rica: Área De Pérez Zeledón. Universidad De Guayaquil Facultad Piloto De Odontología Escuela De Postgrado "Dr. Jose Apolo Pineda 2015

47. Veas Garcia ,Helen Veronica. Estudio Del Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy En Pacientes Atendidos En La Clínica De Postgrado De Rehabilitación Oral Durante El Período 2013-2014

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA.....

SEXO.....

EDAD.....

ESTADO CIVIL.....

ODONTOGRAMA

The dental chart (odontograma) is a symmetrical diagram of the human dental arches. It consists of a central vertical line separating the upper (top) and lower (bottom) arches. The chart is divided into four quadrants: upper-left (maxillary left), upper-right (maxillary right), lower-left (mandibular left), and lower-right (mandibular right). Each quadrant contains a set of tooth icons. The teeth are numbered according to the FDI (World Dental Federation) system: 18-11 for the upper left, 21-28 for the upper right, 51-55 for the lower left, and 71-75 for the lower right. The chart includes several empty rectangular boxes for data entry: a 2x12 grid at the top, a 2x12 grid at the bottom, and a 1x12 box in the center of each arch. The tooth icons are arranged in a way that allows for recording the presence, absence, or condition of each tooth.

ESPECIFICACIONES: _____

ANEXO N° 2

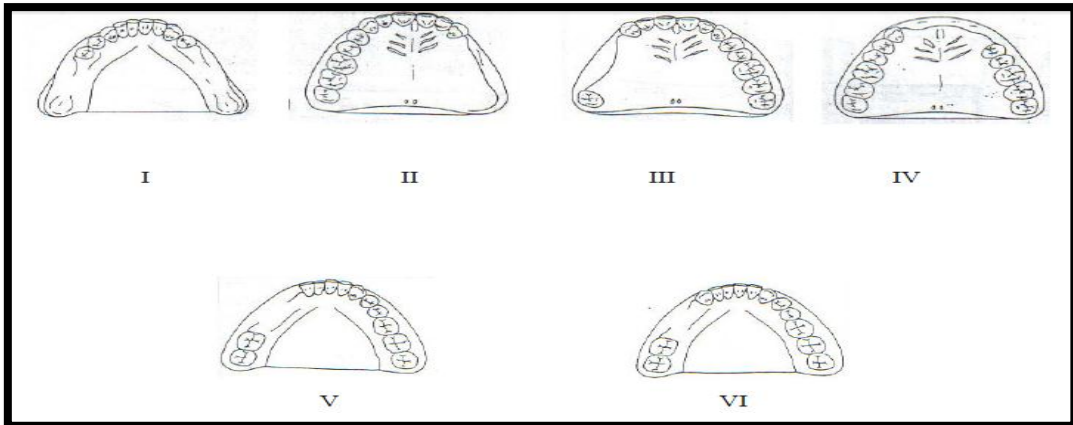
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AÑO.....SEXO..... EDAD.....

ESTADO CIVIL.....

N° HISTORIA CLINICA.....

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	Maxilar superior	I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
		VI	
		Modificaciones	
	Maxilar inferior	I	
		II	
		III	
		IV	
		V	
		VI	
		Modificaciones	



ANEXO 3



FICHA ODONTOLÓGICA

CENTRO ASISTENCIAL			LOCALIDAD			N° H.C.			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			AUTOGENERADO		
FECHA EXAMEN	G.INST/PROFESIONAL/OCUPACIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	FECHA NACIMIENTO				

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA

TIEMPO DE ENFERMEDAD, FORMA DE INICIO, EVOLUCIÓN, SIGNOS Y SÍNTOMAS

Antecedentes Personales: _____

Antecedentes Odontostomatológicos: _____

Antecedentes Familiares: _____

¿Ha tenido alguna complicación por anestesia? SI No No sabe Observaciones: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

¿Es Ud. propenso a hemorragias? _____

EXAMEN CLÍNICO

Ex. ExtraOral	N	P	Observaciones	Ex. IntraOral	N	P	Observaciones	Frenillo	N	P	Observaciones
Cara				Labios							
Cuello				Carrillos				Paladar Duro			
Piel				Fondo Surco Vest.				Paladar Blando			
Ganglios				Encía				Lengua			
ATM				Zona Retromolar				Piso de Boca			
				Glándulas Salivales				Oclusión			

ENFERMEDAD PERIODONTAL: P.B. BLANDA () P.B. DURA () CÁLCULOS INFRA GINGIVALES () BOLSA PERIODONTAL ()

OBSERVACIONES...

ODONTOGRAMA

Diagnóstico

	<p>Especificaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

INDICADORES DE RIESGO ESTOMATOLÓGICO

INDICE DE PLACA BACTERIANA (I.P.B.)		
< 0 = 1	> 1 < 2	> 2
EXPERIENCIA DE CARIES (E.C.)		
0 A 2 SUP. O. CARIADA	6 SUPERF. OCLUSAL CARIADAS	> 6 SUP. OC. CAR.
FRECUENCIA DE CONSUMOS DE CARBOHIDRATOS (FCCH)		
<= 3V/DÍA	4 VECES / DÍA	> 4 VECES / DÍA
RIESGO ESTOMATOLÓGICO (R.E.)		
BAJO	MODERADO	ALTO

Indice de CPD - ceod	
C	c
P	p
O	o
D	d
Total	Total

PLAN DE TRATAMIENTO	CANTIDAD	PRIORIDAD	PLAN DE TRATAMIENTO	CANTIDAD
PREVENTIVO			RECUPERATIVO	
Detención y Elim. De P.B.			Restauraciones	
Fluorización			Obstrucciones	
Sellantes			Alisado y Raspaje Radicular (cua)	
Profilaxis			Exodoncias	
Destartraje (cua)			Pulpotomias	
Consejeriz.			Pulpectomias	
Otros			Endodoncias	
			Cirugías	
			Otros	

Exámenes Auxiliares o Interconsultas Solicitadas	Diagnóstico Presuntivo / Definitivo

	Especificaciones: _____ _____ _____ _____ _____ _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	---

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS

FECHA / N° ACTO MEDICO / HORA	TRATAMIENTO / FIRMA Y SELLO

NOMBRE DEL CIRUJANO DENTISTA

FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO DENTISTA

ANEXO 4

MATRIZ DE DATOS

H. CL. N	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	KENNEDY M.SUPERIOR	MODIFICACIONES	KENNEDY M.INFERIOR	MODIFICACIONES
101804	F	40	2	3	1	3	1
90505	F	40	1	2		1	
15724	M	40	1	2	1	3	
90366	F	40	1	3	1	2	
90331	F	40	1	5		3	1
90274	M	40	1	3		2	1
90294	F	40	1	2	1	3	1
91993	M	40	1	3	1	3	2
110732	M	40	1	3	2	3	2
91909	M	40	1	2	1	3	
101660	F	40	1	2		2	
101696	F	40	1	3	2	1	
91814	M	40	2	3	1	3	1
91803	F	40	2	2		3	
90505	F	40	1	2		1	
15274	M	40	2	3	1	3	
90366	F	40	1	1		2	
90331	F	40	1	2	2	3	1
90294	F	40	1	2	1	3	1
90274	M	40	1	3		3	2
112038	M	40	1	1	1	1	
110732	M	40	1	3	2	3	1
91993	M	40	1	3	1	3	1
111514	F	40	1	5		2	
11422	F	40	1	1		1	
11404	F	40	1	3		3	1
11035	M	40	1	3	2	3	1
115029	M	40	1	3	1	2	
116100	M	40	1	3		3	
116090	F	40	1	2		3	1
116056	M	40	2	3	3	1	
116183	F	40	1	3		3	
116491	F	40	1	3	1	3	
116544	F	40	2	2		3	
116520	M	40	1	3		3	
116579	F	40	1	3		4	
101469	M	40	1	3	2	3	1

101360	F	40	1	1	2	1	
116579	F	40	1	3		4	
116575	F	40	2	5		2	
116573	F	40	1	3		6	
116811	M	40	1	3		1	
116810	F	40	1	3		3	
116803	F	40		2		2	
116799	F	40	2	5		2	1
116762	M	40	1	3		3	
101248	M	40	1	3		3	
101804	F	40	2	3	1	3	1
101660	F	40	1	2		2	
101696	F	40	1	5		2	
91909	M	40	1	2	1	3	
91880	M	40	2	3		2	
109258	M	40	1	3	2	3	1
103657	M	40	1	3	2	3	
113078	M	40	1	2	1	1	
109039	M	40	1	2	1	3	1
109010	F	40	2	3	1	3	1
108852	F	40	1	3	1	2	1
108837	F	40	1	3		3	
108598	F	40	1	3		3	2
11829	M	40	1	3	1	2	2
110732	M	40	1	3	2	3	2
110689	F	40	1	2		3	
68968	F	40	2	3		3	
111262	F	40	1	3		2	1
111231	f	40	1	5		2	1
111198	M	40	1	3	1	3	
11048	F	40	1	3		6	
111105	M	40	2	1	1	2	1
112658	F	40	1	3	1	3	1
112309	F	40	1	6		3	1
119058	M	40	1	1		1	
11946	F	40	1	2		2	1
111902	F	40	1	3	2	3	1
86180	M	40	1	2	2	2	
86183	M	40	2	3		1	
84195	M	40	1	5		1	2
84418	M	40	2	3	3	2	1
90141	F	40	2	3	1	3	1
117721	F	40	1	5		1	

117793	F	40	2	3	1	3	2
118170	F	40	2	2		3	2
117234	M	40	1	3	1	3	
117286	M	40	2	3	1	3	1
117198	F	40	1	3	1	2	1
116996	M	40	2	3	1	5	
12261	M	40	1	3	1	3	1
119607	F	40	1	3	1	2	1
119364	F	40	1	2		3	
119547	F	40	1	3		2	
117340	M	40	1	3		3	
118172	M	40	2	3	2	1	
116822	F	40	1	5		2	1
116717	F	40	2	3	2	3	1
92078	M	40	1	2	1	3	2
92017	F	40	1	4		1	2
90191	F	40	2	2		3	
90503	M	40	1	2		3	
90490	F	40	2	2		1	
90467	F	40	1	2	2	3	
90148	F	40	2	3	2	2	1
90151	M	40	1	3	2	2	2
90154	M	40	2	3	2	2	1
90134	F	40	1	3	2	3	1
90017	F	40	2	2	1	5	
89992	F	40	1	3	3	2	2
89942	F	40	1	3	1	2	1
89266	M	40	1	3	2	2	1
89798	F	40	1	2	1	3	1
89759	F	40	1	2	1	2	1
89707	F	40	1	3	1	2	1
89734	F	40	2	3	2	3	1
89753	M	40	1	2		5	
91007	M	40	1	3	1	3	
90936	M	40	2	2		3	
90896	M	40	2	5		3	1
90828	F	40	1	1		2	
90641	F	40	1	3	3	3	2
91580	F	40	2	3		3	
91562	F	40	1	3		1	2
117885	F	41	2	3	2	3	1
92058	M	41	2	3		1	1
79948	F	41	2	3		3	

117771	M	41	2	3		1	
117249	F	41	2	2		2	
8985	F	41	2	2	1	3	
906741	F	41	1	4		2	
90617	F	41	1	6		3	1
87473	F	41	2	4		1	1
79948	F	41	2	4		3	3
111990	F	41	1	3		3	2
91758	M	41	2	3		3	
116250	F	41	1	2	1	3	
116287	F	41	1	2		3	1
116436	F	41	2	3	1	4	
116436	F	41	2	3	1	3	
104125	F	41	2	3	1	2	
109029	F	41	1	3	2	1	
108823	F	41	1	3	1	2	
108724	M	41	1	3		3	
108681	M	41	1	3	1	1	
10763	M	41	1	3		3	2
11652	F	41	1	3		2	
116436	F	41	2	3	1	3	
112332	M	41	1	5		2	
112310	F	41	2	4		1	1
112423	F	41	1	2	3	3	1
91628	F	41	1	1	2	2	3
91101	F	42	1	3		3	
90120	M	42	2	3	1	3	1
90455	M	42	1	3	3	2	
90456	M	42	1	3	1	4	
90273	F	42	2	3	1	1	
91467	F	42	1	3	1	2	
90958	F	42	1	5		3	
90663	M	42	1	3	3	3	
91611	M	42	1	3		3	
116464	M	42	1	1	1	2	2
103733	F	42	1	2	3	3	2
103641	M	42	2	3	2	3	1
101659	M	42	1	1		1	
108590	F	42	1	3	1	3	
101534	M	42	1	3		3	
11303	F	42	1	2	2	2	2
116464	F	42	1	1	2	2	2
11135	M	42	1	3	1	2	2

111250	F	42	1	2		3	1
108674	F	42	1	3	1	2	1
112516	F	42	1	3		3	1
11990	F	42	1	6		3	2
89988	M	42	2	3		3	
89989	M	42	2	2	2	2	2
91632	F	42	2	4		1	
90948	F	43	1	3	2	2	1
90947	F	43	1	3	2	2	1
116491	F	43	1	3	1	3	
116169	F	43	1	3	2	3	1
116583	F	43	1	3		3	1
112374	M	43	1	3	1	3	
84404	M	43	1	2	3	1	1
92133	F	43	1	3	2	2	1
93381	M	43	2	3		3	2
90455	M	43	1	2	1	3	1
90139	F	43	1	3		3	
89722	M	43	1	3	3	3	
91587	F	43	2	5		3	
91422	M	44	1	4		3	1
115034	M	44	2	3			
104165	F	44	2	1	1	3	1
104119	M	44	2	2		3	1
111595	F	44	2	2	1	3	
104049	M	44	1	3	1	3	
101350	F	44	1	2		2	
101496	M	44	1	3		2	
101498	M	44	1	3		2	
116568	F	44	1	2	2	3	1
108621	M	44	1	2	1	3	1
11185	M	44	1	3	2	2	1
22754	F	44	3	3	1	3	2
90140	F	44	3	6		3	
89230	F	44	3	2		3	
89823	F	44	1	2		3	1
75907	F	45	2	3	1	3	1
83984	F	45	1	3	1	2	1
118446	F	45	1	3	1	2	1
118446	F	45	1	3	1	3	1
90402	M	45	1	1	1	3	2
75963	F	45	2	2	2	1	1
84022	F	45	2	3	1	3	

92114	F	45	2	1	1	1	1
108920	M	45	1	1	2	3	1
104114	F	45	1	3	1	2	1
107748	M	45	1	3	2	2	
111399	M	45	1	2	2	1	
101748	M	45	1	3	2	3	
101804	M	45	1	2		1	
101474	M	45	1	3	2	3	
101804	M	45	1	2	2	1	
101474	F	47	1	2		3	
91932	F	45	1	1		1	
118446	F	45	1	3	1	3	1
104354	F	45	1	3		1	
116194	M	45	1	2	3	2	2
101266	F	45	1	1		1	
101307	M	45	1	3	2	2	
10184	M	45	1	2	1	1	
91932	F	43	1	1	1	1	1
84021	F	45	2	3	1	3	
84227	F	45	1	3	1	1	1
89460	F	45	1	3		3	
89937	M	45	2	3	1	3	1
89850	F	46	1	2		3	
917218	M	46	1	2	2	3	1
91864	F	46	2	3	1	3	2
80710	F	46	2	2	2	1	1
90089	M	46	1	1	1	1	
90028	M	46	2	2	1	3	
117159	F	46	1	4		1	
96627	F	46	2	3	1	3	1
116914	F	46	1	3	1	4	
111574	F	46	1	3	2	3	1
103527	F	46	1	3		1	
14238	F	49	1	2	1	1	
89964	M	46	2	3	1	2	
91081	M	46	1	3		3	1
90273	F	47	2	2	2	2	
108747	F	47	1	3	3	2	1
101474	F	47	1	2		3	
85623	M	47	1	3	1	3	
108972	F	47	1	1	1	1	2
108792	F	47	1	1	1	1	2
116395	F	47	1	2	1	3	

110972	F	47	1	2	2	1	
116345	F	47	1	2	1	3	1
11287	F	49	1	2	1	3	2
90617	F	47	2	3		3	1
92136	F	47	1	3	2	2	1
103584	F	47	2	2	1	1	
103586	F	47	3	1		2	2
92068	F	47	1	3	1	3	2
91032	F	47	1	3		3	1
58986	F	47	2	3		2	2
117132	F	47	1	1	1	3	
76140	M	47	2	5		3	
91576	F	47	2	2	2	3	1
91133	F	47	1	3		1	
89868	M	47	1	3	1	1	1
96627	F	47	1	3	1	2	1
116919	M	48	1	3	1	1	
116919	M	48	1	4		3	
90329	F	48	1	1		2	
101306	F	48	1	1		2	2
112710	F	48	1	3	1	1	
116815	M	48	2	6		3	
64454	F	48	2	3		3	3
90402	M	48	1	1	1	3	2
90329	F	48	1	3	1	3	
91089	F	48	2	3	1	2	1
9788	F	48	2	2	2	3	
55572	F	48	1	2	1	3	
111977	F	48	1	2	3	2	1
112041	M	48	1	1	1	3	1
12042	M	48	1	5		2	1
20452	F	49	2	2	2	2	1
108708	F	48	1	2	2	1	
109022	M	48	2	3	2	2	1
103722	F	48	1	3	1	2	2
16070	M	48	2	4		3	2
77591	M	48	2	1	1	1	
76070	M	48	2	3		3	2
91089	F	48	2	3		2	1
117138	M	48	2	1	2	2	1
64454	F	48	2	6	1	1	
79644	F	48	2	3	2	3	1
91653	F	48	2	3	1	3	1

91089	F	48	2	3	1	1	1
29735	M	48	2	3	2	1	
89924	F	48	1	3		1	
117831	F	49	1	3	2	3	
91737	F	49	1	3		3	
21986	F	49	2	2	1	2	1
91850	F	49	1	3		3	1
91998	M	50	2	2	2	3	1
90571	F	50	1	3		3	1
91784	M	50	1	1		3	2
90571	F	50	1	3		3	1
91269	F	50	2	3	2	3	2
91260	M	50	2	2		3	1
11347	M	50	1	2	1	3	
116155	M	50	1	3		3	
112676	M	50	1	4		2	1
32403	M	50	2	3	1	1	
91861	F	50	2	3		2	1
104206	M	50	2	3		2	1
108726	F	50	2	3		3	1
84223	M	50	1	2		2	
77690	M	50	2	2	1	1	
76849	F	50	2	3		3	
92132	F	50	1	2		1	
90571	F	50	1	6		3	2
91114	F	50	2	1		3	
90909	M	50	1	1	1	1	1
90916	M	50	1	2	2	3	
908738	F	50	1	3	1	2	1
90642	F	50	1	3		3	1
91269	F	50	3	2	3	3	2
118171	M	51	2	3		3	1
90738	M	51	1	1	1	3	
112553	M	51	1	3	2	3	1
11246	F	51	1	4		3	1
116928	F	51	1	4		1	
93535	F	51	1	2		3	1
85942	F	52	1	3	3	3	
114946	M	52	1	4		3	1
91844	M	52	2	2		3	
101640	M	52	3	3	1	2	2
116123	F	52	2	3	1	2	
84137	M	52	1	3	1	3	1

110697	F	52	2	3	1	2	1
108878	F	52	2	3	1	3	
90697	M	52	2	1		2	
22917	F	52	2	5		2	1
2050	F	52	2	2	2	2	1
52507	M	52	2	1	2	1	1
84441	F	52	2	3	1	3	1
69972	F	53	2	1	1	3	
104110	F	53	2	2	2	1	
2059	F	52	2	2	2	2	1
91826	M	52	2	1	2	2	2
92019	F	53	2	2	1	1	
92006	F	53	1	4		1	1
117019	F	53	1	3	2	2	1
85290	M	53	2	2	3	3	1
89705	M	54	2	2	1	2	1
117687	M	54	2	3		3	1
11004	M	54	1	2	2	2	1
1125	M	54	2	2	1	1	
84244	F	54	1	3		2	1
65404	F	54	2	1		3	
90524	M	54	2	3	1	3	2
91050	F	54	2	2		2	
90996	F	54	1	2		3	1
75941	F	54	2	3	2	1	1
91633	M	54	1	3		2	1
92135	M	55	2	1	2	3	1
101465	F	55	2	3		2	2
10754	M	55	3	3	2	2	1
101727	M	55	2	1		1	
101782	M	55	1	3		3	1
33467	F	55	2	1		2	
117685	M	55	2	3	1	3	
90015	M	56	1	1		2	
219480	F	55	2	2	2	3	
101727	M	55	2	1		1	
101754	M	55	1	6		3	1
101646	M	55	3	3	1	2	2
101782	M	55	1	3		3	1
111934	F	55	1	3	1	2	
6948	F	56	2	3	1	3	1
90574	M	56	1	2	1	2	1
87907	M	56	2	2	1	1	

111212	F	56	2	3	1	3	
104190	F	56	1	3	1	3	2
69118	F	56	2	3	1	3	1
2816	M	56	2	3	1	3	3
1203	F	56	2	3		3	1
1205	M	56	2	3	1	3	1
90374	M	56	1	2	1	2	1
1149	M	56	3	3	1	2	3
1149	M	56	2	3	1	2	3
91600	F	56	2	3		1	
111548	F	57	2	2	2	2	2
91114	F	57	2	1		3	
85690	M	57	2	2	1	2	1
25690	M	57	2	2	1	2	1
85857	M	57	2	2	1	3	
11190	F	57	1	2	3	1	
110710	M	57	1	3		2	1
110745	M	58	1	2	1	2	1
101731	M	58	1	3		2	1
85413	M	57	2	2		3	2
98785	M	57	1	1		1	
91033	F	57	2	2		1	
1983	F	57	2	2	2	1	
117490	F	58	2	2	3	2	1
4598	F	58	2	2	1	2	1
90574	M	58	1	2	1	2	1
116741	F	58	1	2	1	3	1
1125	M	59	2	2	1	1	
90524	M	59	2	3	1	2	2
117579	F	59	1	1		3	1
90524	M	59	2	3	1	2	2
2368	F	60	2	2	1	3	1
2577	M	60	2	5		2	2
2100	F	60	2	3	2	3	
101487	M	60	1	3	2	3	2
2368	F	60	2	2	1	3	1
119505	M	60	2	2	2	2	1
116390	F	60	2	3	1	2	
116586	F	60	2	2	3	2	
109461	F	60	2	4		1	1
109245	F	60	3	3	1	3	1
103027	F	60	2	3	1	1	1
104313	F	60	1	3	3	3	1

104313	F	60	1	3	3	3	1
104103	M	60	2	2	1	1	1
108863	F	60	1	2	1	3	
108607	F	60	2	2		2	3
112666	F	60	2	4		1	1
85684	F	60	1	2	2	1	
84242	M	60	1	1		3	1
91069	M	60	1	4		3	1
20243	M	60	2	2	1	3	1
19133	M	60	2	1	1	3	
92145	F	60	2	1	2	2	
75930	F	60	2	4		1	
90114	M	60	2	3	1	3	
90132	F	60	1	2	4	2	1
90108	M	60	2	1		1	
89957	M	60	1	1		3	
84824	M	60	2	3		3	
91033	M	60	2	2		2	
90935	M	60	1	2	3	2	1
90697	M	60	2	1		1	
101510	F	60	2	3		2	2
116390	F	60	2	3	1	1	
85974	M	42	1	3	1	3	1
85678	M	42	1	3	1	2	1
86006	F	42	2	3	1	1	
86013	F	60	2	3	1	3	1
84057	M	60	2	6		4	
84065	F	60	1	2		2	
84191	F	60	2	2	3	3	1
84113	M	59	1	6		3	1
84117	M	51	1	3		1	
84191	F	51	1	2		2	2
84137	M	52	1	3	1	3	2
84195	M	59	1	2	3	2	2
84223	F	56	1	2		1	
84227	F	45	1	6		1	1
84242	M	60	2	6		6	
84249	F	60	1	3		2	1
84280	F	60	2	1	1	1	1
84304	F	60	2	2	4	1	
1014238	F	49	2	2		1	
1014300	F	43	1	2	2	2	1
84404	M	48	1	2	2	2	1

1333	M	44	1	3	2	2	1
84405	F	52	3	2		1	
95874	F	43	3	2	2	2	1
84410	F	40	2	3	2	2	1
84441	F	59	2	3	1	3	1
84478	F	46	2	1	1	6	
84583	F	40	2	4		3	4
84732	M	60	2	1	2	2	1
84748	M	52	2	3		2	
84760	M	56	2	2	1	2	1
84732	M	60	2	1	2	2	1
84775	M	44	1	3	1	2	2
84792	F	44	2	2		2	
84797	F	60	1	2	4	2	1
84806	F	40	1	1	1	2	1
84837	F	45	1	1		2	
84843	F	42	1	3		3	1
84845	F	40	1	3	1	3	1
84848	F	41	1	2	2	3	
84939	M	60	1	3	2	3	1
84953	F	40	1	3	1	2	1
84955	F	40	1	3		2	1
84957	F	42	2	3	1	3	
84982	F	40	1	2	3	1	
85053	M	40	1	3	3	2	1
85065	M	53	1	2	1	1	
85095	M	53	2	6		3	
85099	M	53	2	6		2	1
82769	M	57	1	3		6	
82866	M	54	2	2	1	2	1
82868	M	60	2	1	1	2	1
83316	F	47	1	3	1	4	
83344	M	46	1	4		3	1
83411	M	52	2	2	3	1	
55313	M	60	2	3		2	1
53315	M	60	2	3		2	1
114624	F	40	1	3	2	1	
90552	M	60	1	3		3	
90547	F	43	1	3	2	2	1
90663	M	42	1	3		3	
90642	F	50	1	3		3	1
90641	F	40	1	3	3	5	
90627	F	42	1	3	1	2	1

90617	F	41	1	3		3	1
90697	M	60	2	3		2	
90674	F	41	1	1		3	
90873	F	50	1	3	1	2	1
90828	F	40	1	2	1	1	

1.Soltero	Clase I -1	Modificación -1
2.Casado	ClaseII- 2	Modificación- 2
3.Conviviente	ClaseIII-3	Modificación- 3
	Clase IV-4	
	Clase V-5	
	Clase VI-6	

ANEXO 4

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



OFICINA DE ARCHIVO









ANEXO 5



"Año de la consolidación del mar de Grau"

"Año de la Conmemoración del octogésimo Aniversario de la creación Social en el Perú"

Arequipa, Julio 05 del 2016

Dra. Maria Luz Nieto Muriel

Coordinadora Académica Escuela Profesional de Estomatología

Presente.-

De mi mayor consideración por intermedio de la presente la saludo y a la vez hacemos constar que la señorita. Mirian Antonieta Manrique Allazo, ha desarrollado la investigación para su tesis sobre el tema : EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY Y REGLAS DE APLEGATE EN PACIENTES ADULTOS DE 40 a 60 AÑOS QUE ASISTIERON AL CAP III MELITÓN SALAS TEJADA, ESSALUD. AREQUIPA -2015. En nuestro establecimiento.

Se da la presente a solicitud de la interesada.

Atentamente


Dra. Karina Mores Sánchez
C.M.P. 32115 - R.N.E. 15290
PEDIATRA
CAP. III Melitón Salas Tejada
