

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

TESIS

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO
PROTÉSICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL ADULTO I Y II DE LA UNIVERSIDAD ALAS
PERUANAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2016

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR

BACHILLER PINGO HERRERA PEDRO JESÚS

ASESORA

MG. ESP. CD. RUIZ PANDURO CLAUDIA CECILIA

Lima - Perú

2018

A Dios todopoderoso, por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres Pedro y Lili, por ser los pilares de la educación en mi hogar y demostrarme su cariño y apoyo incondicional en todos estos años de mi vida

A mi hermana Julissa, que desde el extranjero siempre está dándome consejos y su apoyo para culminar con éxito esta esa etapa de mi vida

A todos ellos muchas gracias.

A mi asesora y ahora amiga, la Dra. Claudia Ruiz Panduro, por haberme brindado los conocimientos y una formación práctica de calidad y altruista

Al Dr. Melvin Cisneros del Aguila, por su apoyo constante, que gracias a sus exigencias y recomendaciones, contagiada de una actitud investigadora, por su asesoría y amistad que hicieron posible el desarrollo de esta investigación.

A mis amigos Ines Ylla y Roger Nalvarte, por su apoyo y motivación para lograr el correcto desarrollo de este trabajo. Al personal de archivo de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas que me brindo las facilidades para la recopilación de datos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la UAP, 2016. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo, de una población de 3460 se extrajo una muestra de 486 historias clínicas aleatoriamente elegidas. Los datos se recolectaron en una ficha de registro especialmente preparada donde se consignó la información acerca de la edad, sexo, tipo de desdentado parcial utilizando la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico dividida en dentosoportada y dentomucosoportada. **Resultados:** La prevalencia de edentulismo parcial es mayor para la clase I, 43,3% predominando en la mandíbula con 32%; la clase IV presenta menor prevalencia 1,7%; la modificación que más prevalece en el maxilar es la 1 y en la mandíbula los casos sin modificación; hay mayor necesidad de prótesis dentomucosoportadas en ambas arcadas, 65,3% maxilar y 81,9% mandibular. La asociación de edentulismo parcial con el género es significativa, siendo la relación: clase I 50% femenino, 27,3% masculino; clase II 26,7% femenino, 19,8% masculino; clase III 25,3% femenino, 7,7% masculino. Al asociarlo con la edad se encontró que los grupos etáreos más prevalentes en orden descendente son: 70 a más años 20,2%; 50 a 59, 19,1%; 60 a 69, 18,9%; 40 a 49, 17,5%. **Conclusiones:** La prevalencia mayor de edéntulos parciales corresponde a la clase I y la menor a la clase IV. Existe una mayor necesidad de PPR dentomucosoportadas. La asociación de edentulismo parcial con el género es significativo $p=0,021$, no así con la edad.

Palabras Clave: Edentulismo parcial, prótesis parcial removible, clasificación de Kennedy, prevalencia de edentulismo.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification and the need for prosthetic treatment in patients attended in the adult stomatological clinic of the UAP, 2016. **Materials and methods:** Retrospective descriptive study, from a population of 3460 a sample was extracted of 486 randomly chosen clinical histories. The data were collected on a specially prepared record card where information was recorded about age, sex, type of partial edentulous using the Kennedy classification and the need for prosthetic treatment divided into tooth-supported and tooth-supported. **Results:** The prevalence of partial edentulism is higher for class I, 43.3% predominating in the jaw with 32%; Class IV has a lower prevalence of 1.7%; the modification that most prevails in the maxilla is 1 and in the jaw the cases without modification; There is a greater need for tooth-supported prostheses in both arches, 65.3% maxilla and 81.9% mandibular. The association of partial edentulism with gender is significant, being the relationship: class I 50% female, 27.3% male; Class II 26.7% female, 19.8% male; Class III 25.3% female, 7.7% male. When associated with age, it was found that the most prevalent age groups in descending order are: 70 to more years 20.2%; 50 to 59, 19.1%; 60 to 69, 18.9%; 40 to 49, 17.5%. **Conclusions:** The highest prevalence of partial edentulous corresponds to class I and the lowest to class IV. There is a greater need for tooth-supported PPR. The association of partial edentulism with gender is significant $p = 0.021$, not so with age.

Key Words: Partial edentulism, removable partial denture, Kennedy classification, prevalence of edentulism.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INDICE

INDICE DE TABLAS

INDICE DE GRAFICOS

INTRODUCCIÓN 11

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática 13

1.2. Formulación del problema 14

1.2.1. Problema principal

1.2.2. Problema secundario

1.3. Objetivos de la investigación 15

1.3.1. Objetivo principal

1.3.2. Objetivo específico

1.4. Justificación de la investigación 17

1.4.1. Importancia de la investigación

1.4.2. Viabilidad de la investigación

1.5. Limitaciones de estudio 19

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación 20

2.1.1 Antecedentes internacionales

2.1.2. Antecedentes nacionales

2.2. Bases teóricas	27
2.2.1. Edentulismo	
2.2.2. Edentulismo Parcial	
2.2.3. Clasificación de Kennedy	
2.2.4. Necesidad de tratamiento protésico	
2.3. Definición de términos Básicos	40
2.3.1. Edentulismo parcial	
2.3.2. Clasificación de Kennedy	
2.3.3. Necesidad de tratamiento protésico	
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION	
3.1. Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	42
CAPITULO IV: METODOLOGIA	
4.1. Diseño metodológico	44
4.2. Diseño muestral	44
CAPITULO V: ANALISIS MY DISCUSION	
5.1. Análisis descriptivo e inferencial	46
5.2. Discusión	66
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	72
FUENTES DE INFORMACION	73
ANEXOS	77
Anexo N° 1: Constancia de desarrollo de la investigación	78
Anexo N° 2: Instrumento de recolección de datos	79

Anexo N° 3: Matriz de consistencia	80
Anexo N° 4: Fotografías	82

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Edentulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior	47
Tabla N° 2 Edentulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior	49
Tabla N° 3 Necesidades de tratamiento de prótesis dentosoportada y dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy en el maxilar superior	51
Tabla N° 4 Necesidades de tratamiento de prótesis dentosoportada y dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior	53
Tabla N° 5 Asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con la edad	55
Tabla N° 6 Asociación de edentulismo parcial según la necesidad de tratamiento protésico con la edad	57
Tabla N° 7 Asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el género	59
Tabla N° 8 Asociación de edentulismo parcial según la necesidad de tratamiento protésico con el género	62
Tabla N° 9 Prevalencia de edentulismo parcial según clasificaciones de Kennedy por maxilares	64

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico N°1 Edentulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar superior	48
Gráfico N°2 Edentulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el maxilar inferior	50
Gráfico N°3 Necesidades de tratamiento de prótesis dentosoportada y dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy en el maxilar superior	52
Gráfico N°4 Necesidades de tratamiento de prótesis dentosoportada y dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior	54
Gráfico N°5 Asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con la edad	56
Gráfico N°6 Asociación de edentulismo parcial según la necesidad de tratamiento protésico con la edad	58
Gráfico N°7 Asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el género	61
Gráfico N°8 Asociación de edentulismo parcial según la necesidad de tratamiento protésico con el género	63
Gráfico N°9 Prevalencia de edentulismo parcial según clasificaciones de Kennedy por maxilares	65

INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. Tanto la población pobre como la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, sin embargo encontramos que la población pobre, su primera alternativa es priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

Una causa para la presencia de edentulismo es la caries dental; en nuestro país, la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia, abarcando mayoritariamente a nuestra población, esto conlleva que los índices aumenten de acuerdo con la edad, ocasionando que la población de mayor edad sufra la necesidad de tratamiento con un alto costo, esto a causa del deficiente estado de salud oral en los primeros años de vida, la poca accesibilidad a los servicios de salud del estado y el poco conocimiento sobre prevención de enfermedades bucodentales.

El edentulismo, es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias que podría afectar negativamente la calidad de vida del paciente; las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal. Ante esta situación surge la necesidad por parte de la odontología rehabilitadora la realización de tratamiento protésico en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales de tipo fijo, removible y/o total en remplazo a las piezas

dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión y de esta manera mejorar su calidad de vida realizando procedimientos odontológicos.

Mediante la clasificación de Kennedy y las subdivisiones correspondientes, se busca encontrar las relación que guardan las brechas desdentadas con los dientes remanentes. El paciente con edentulismo parcial a través del uso de la prótesis parcial removible logra recuperar la parte funcional y estética de la boca.

Mediante la clasificación de Kennedy y las subdivisiones correspondientes, se busca encontrar las relación que guardan las brechas desdentadas con los dientes remanentes.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El edentulismo parcial es el estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, esta carencia puede deberse a factores genéticos de manera natural o por factores externos como son la caries dental y la enfermedad periodontal que son las enfermedades más frecuentes en la cavidad oral.

Las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico como la reabsorción del hueso alveolar, movimientos dentarios indeseados, daños en la articulación temporomandibular y también psicológicos como la disminución de la autoestima.

El paciente edéntulo parcial logra recuperar la parte funcional de la masticación, de fonación, de estética y deglución a través del uso de la prótesis parcial removible confeccionado por el profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos de edentulismo parcial, fue necesario establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925 la cual ha sido de gran ayuda para la enseñanza y estudio de este tipo de pacientes. Los pacientes después de ser diagnosticados e indicados para realizarse una rehabilitación con prótesis parcial removible no todos llegan a realizar el tratamiento, debido a diferentes motivos entre ellos: estéticos, sociales y la falta de recursos económicos y en base a esto, por eso es de importancia saber la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad de tratamiento protésico según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la clínica de la universidad.

Ante esta situación surge la necesidad por parte de la odontología rehabilitadora la realización de tratamiento protésico en pacientes con cualquier tipo de alteraciones devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático mediante el uso de prótesis dentales de tipo fijo, removible y/o total en remplazo a las piezas dentarias perdidas, buscando siempre una correcta oclusión y de esta manera mejorar su calidad de vida realizando procedimientos odontológicos con pronósticos favorables partiendo desde una buena historia clínica para así poder dar un diagnóstico certero y proponer un adecuado plan de tratamiento protésico.

En la actualidad, en nuestro país no existen muchos estudios que evalúen la frecuencia del edentulismo en relación con la necesidad de tratamiento protésico; de esta manera la presenta investigación permite determinar que tipo de tratamiento protésico se realizara según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas, en el primer semestre del año 2016.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema Principal

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad de tratamiento protésico según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto I y II de la Universidad Alas Peruanas, en el primer semestre 2016?

1.2.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase I de Kennedy y sus Modificaciones?
- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase II de Kennedy y sus Modificaciones?
- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase III de Kennedy y sus Modificaciones?
- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase IV de Kennedy?
- ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en otras variantes no clásicas de Kennedy?
- ¿Cuáles son las necesidades de tratamiento con prótesis dentosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy?
- ¿Cuáles son las necesidades de tratamiento con prótesis dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy?
- ¿Cuál es la asociación de la necesidad de tratamiento protésico con la edad?
- ¿Cuál es la asociación del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con la edad?
- ¿Cuál es la asociación de la necesidad de tratamiento protésico con el género?
- ¿Cuál es la asociación del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el género?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo Principal

Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas, primer semestre 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase I de Kennedy y sus modificaciones.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase II de Kennedy y sus modificaciones.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase III de Kennedy y sus modificaciones.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase IV de Kennedy.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en otras variantes no clásicas de Kennedy.
- Determinar las necesidades de tratamiento con prótesis dentosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy.
- Determinar las necesidades de tratamiento con prótesis dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy.
- Determinar la asociación de la necesidad de tratamiento protésico con la edad.
- Determinar la asociación del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con la edad.
- Determinar la asociación de la necesidad de tratamiento protésico con el género.

- Determinar la asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el género.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1 Justificación

La población de nuestro país, a nivel de salud general y oral es deficiente y tampoco es igualitaria para todos, debido a una varios aspectos tales como marginación, diferencias económicas sociales y a la inadecuada política de estado sobre la prevención y la promoción de la salud oral. Se sabe que el estado de salud bucal de la población peruana es insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación y la injusticia social, y esto es debido a diferentes situaciones sociales, culturales y principalmente económicas, también por la casi nula información que se brinda a la población sobre medidas preventivas de promoción de la salud oral desde el inicio de la educación escolar hasta educaciones posteriores al colegio.

1.4.2 Importancia dela investigación

En el Perú, son escasos los estudios sobre la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad de tratamiento protésico; estableciendo cual es la prevalencia según la Clasificación de Kennedy de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas, en el primer semestre , 2016, se identificará la clase de Kennedy más frecuentemente hallada y por lo tanto el número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial entre los 20 y 80 años de edad de ambos sexos que fueron atendidos en la clínica de dicha universidad.

La importancia del estudio radica en que, los resultados obtenidos servirán de fundamento para futuros estudios epidemiológicos, como también obtener una idea de hacia dónde se debe dirigir la atención en la rehabilitación del paciente edéntulo parcial.

El presente trabajo beneficiara tanto a la población con respecto a la mejora de salud oral, como a la Universidad Alas Peruanas que seguirá creciendo ética e institucionalmente por brindar y compartir salud social y estudios de investigación actuales y fidedignos, ya que se podría tomar acción realizando un plan acciones preventivas mediante campañas de promoción de la salud oral y llevarlos a otras instituciones para que en conjunto se logre atenuar o disminuir los datos registrados de pacientes con necesidad protésica.

1.4.3 Viabilidad de la investigación

Este estudio ha reunido todas las condiciones necesarias para realizarse. La disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales han permitido lograr con los objetivos y los alcances de la investigación, es decir se ha llevado a cabo esta investigación en las condiciones y los tiempos establecidos.

La disponibilidad de los recursos materiales como es la historia clínica utilizada fueron revisadas en las mejores condiciones, obteniéndose la información necesaria.

El personal del área de la clínica colaboró desinteresada e incondicionalmente, por cuanto los resultados de la investigación también son de su interés.

1.5 Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones más importante se concibió que podría ser la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo retrospectivo; sin embargo el registro de datos ha sido claro, preciso y conciso, lo que posibilitó los resultados obtenidos.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Arévalo (2005), realizó un estudio en el 2012 en donde la situación de salud bucal en 271 estudiantes universitarios de Honduras, que asistieron a la clínica dental de la Dirección de Servicios Estudiantiles. El promedio de dientes con historia de caries dental fue de 14.6%, sólo se encontró 4 estudiantes universitarios libres de caries (1.5%). No se encontraron diferencias significativas entre el índice de caries dental (CPO-D), el sexo, la edad y la dieta.¹

Alves, R. (2008). Realizó un estudio a pobladores ubicados en los márgenes de los ríos Machado y Negro (Brasil); concluyó que en el grupo etáreo de 4 a 5 años de edad un 19,64% se encontraba libres de caries; de los 6 a 10 años, un 17,05% libres de caries; a los 12 años, un 30,76% libres de caries; a los 18 años, un 19,51% libres de caries; de los 35-44 años, un 2,98% libres de caries y del grupo de 65-74 años, el 21,56% libres de caries; lo que significaba que si no recibían tratamiento oportuno, eran propensas a ser edéntulas.²

Realizó un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia y la severidad de la caries dental, así como las necesidades de tratamiento odontológico de 241 jóvenes de 18 años de edad del género masculino en Maringá, (Brasil).⁹ La prevalencia de caries fue del 82,6% y el índice CPO-D media fue igual a 4,6. Sólo 0,8 diente por individuo, en media, se presentó con necesidad de

tratamiento. Las necesidades de tratamiento dentales fueron encontradas en el 35.7 % de la población estudiada.²

En Latinoamérica, según la OMS (2009), a pesar de la relación directa entre edad y edentulismo, el número de personas mayores que han protegido su dentición natural, ha crecido considerablemente. El número promedio de dientes remanentes puede variar considerablemente, en los individuos, según algunos factores tales como nivel educacional, salario y nivel socioeconómico. Es prudente entonces percibir la pérdida de elementos dentarios desde su componente social. Se ha confirmado que los individuos con más bajo índice escolar, presentan los más altos índices de edentulismo. Afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres. Perú es una muestra de ello, por eso la salud bucal en el Perú constituye un grave problema de salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, descuida la salud bucal porque tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.³

Acosta (2012), realizó un estudio en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, en una población de 1.107 personas adultas, mayores de 15 años de edad, las cuales asistieron al Departamento de

Diagnóstico Clínico a recibir tratamiento odontológico, 739 (68,9%) requerían algún tipo de tratamiento protésico; el 30,3% son de sexo masculino y el 69,7% del femenino. Es importante recalcar que entre los 25 y 44 años de edad se encuentra el 48% de la población con necesidades protésicas. De una encuesta realizada a 60 pacientes que acudieron a esta misma Facultad por requerir tratamiento odontológico, salieron los siguientes resultados: (48 mujeres y 12 varones) 13 acudieron por caries (21,6%); 2, por sangramiento de encías (3,3%); 1, por movilidad dental (1,6%); 11, por dolor dental o articular (18,3%); 5, por control dental (8,6%), y 28 por restauración protésica (46,6%). Los resultados obtenidos fueron muy relevantes, al asegurar que siempre predominaron las mujeres sobre los varones, y se destaca que la restauración protésica fue la causa por la que mayormente llegaron a consulta; por otra parte señalan que el edentulismo parcial está relacionado, directa y positivamente, con las características sociodemográficas, el estado de salud oral y la higiene oral en los pacientes que asistieron a los servicios de la Clínica de Especialidades Odontológicas.⁴

Pun (2014), estudio la "Incidencia de tipos de prótesis parciales removibles en el este de Wisconsin" como resultado se obtuvo que la Clase I Kennedy fue la más comúnmente construida con una frecuencia del 41%. Además se vio que en el maxilar la clase III fue las más frecuente fabricada mientras que la clase I siguió siendo la más común en la mandíbula. Un 73% uso armazones de metal mientras que el 27% usaron acrílico o armazones flexibles.⁵

Curtis y Col. (2016), examinaron 327 bases metálicas construidas por laboratorios comerciales y encontraron que 122 eran para el maxilar superior y

205 para maxilar inferior; la clase I de Kennedy inferior es la más frecuente y que la clase I superior e inferior representan el 40 % de prótesis parcial removible, 33% la clase II, 18% la clase III 9% la clase IV. Dice el autor que la clase II comparada con estudios previos ha aumentado, mientras que las clases I, III, IV no han cambiado significativamente. Otros estudios hechos anteriormente demuestran que el mayor edentulismo parcial se da en maxilar inferior y que la clase I de Kennedy es la más frecuente. ⁶

2.1.2 Antecedentes nacionales

Daviu (1984), evaluó las necesidades de prótesis dental en la población adulta del cercado de Tacna. Se examinaron 2,890 pobladores entre los 15 y 60 años de edad de ambos sexos. Se encontró que la necesidad de uso prótesis parciales removibles es mayor entre los 30 y 39 años (20,97%) y que el sexo no alcanza diferencia significativa en las necesidades de prótesis.⁷

Pella y Ramos (1985), realizaron un estudio transversal, acerca de la necesidad de prótesis dental en la población adulta de Pacarán, Cañete, Lima-Perú. Tomaron una muestra de 200 personas adultos de 15 años a más en dentición permanente portadores y no portadores de prótesis. Encontraron 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. ⁸

Raygada (1988), analizó 89 personas mayores de 15 años de ambos sexos de la comunidad de Santa Rosa, distrito de Masisea, de la provincia de Coronel Portillo, Ucayali; con el propósito de determinar la prevalencia de pérdida dentaria en relación a la problemática del desdentado y su rehabilitación. Se encontró que a partir de los 30 años la pérdida dentaria es mayor y a partir de dicha edad el número de desdentados totales es mayor en relación a los desdentados parciales. Del total de la población, el 77.9% era desdentado parcial. La clase de Kennedy más frecuentemente encontrada en ambas arcadas fue la Clase III (44,7%) y la menos frecuente fue la Clase IV (6%).⁹

Vargas (1996), en el Policlínico de Santa Rosa del Instituto Peruano de Seguridad Social y en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se determinó que la mayoría de la población examinada entre 16 y 43 años (87.5%) presentaba edentulismo parcial y necesitaba tratamiento protésico.¹⁰

Noborikawa (2001), realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de la frecuencia de edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy-Applegate en la Universidad de San Martín de Porres en el Distrito de San Luis, Lima-Perú durante el periodo de marzo-noviembre del año 2014 mediante la revisión de 9,500 historias clínicas de las cuales tomo como muestra 346 (105 hombres y 241 mujeres, con un promedio de edad de 52.9 años). Se halló que la Clase I fue la más frecuente con un 47% (226 casos), siguiéndole 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.¹¹

Díaz (2009), la presencia de edentulismo, se debe a una falta de conocimientos sobre cuidado dental, ya que no se le da la importancia debida. Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población.¹²

López (2009), realizó un estudio con la finalidad de conocer la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres. Los resultados fueron que la clase I fue la que presentó mayor porcentaje con el 38,43% seguida por la clase II con el 37,68%, la clase III con el 23,3% y finalmente la clase IV con el 1,1%. La Clase I mandibular estricta resultó ser la más frecuente. No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. Se encontró que 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. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino¹³.

Mendes (2010), realizó un estudio para evaluar la prevalencia de caries dental en 188 mujeres de 17–45 años; que acudían al Instituto Nacional Materno Infantil de Lima; obteniéndose la prevalencia de caries en toda la población fue de 85.6%. En total el COP tuvo un valor de 3.5. El 19% de mujeres presentaba obturaciones, mientras que el 35.8% de las mujeres presentaron extracciones

indicadas. La mayor prevalencia estuvo presente en el grupo de 20 a 34 años con 96.7%.¹⁴

Luna (2011), realizó un estudio con la finalidad de conocer la Incidencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los internos del Centro De Rehabilitación Social de la Ciudad de Loja. El universo estuvo constituido por 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino. El tipo de estudio fue: observacional y descriptivo y de tipo transversal. Los resultados de la investigación revelaron que: La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de 55,72% y la modificación III-1 en ambos maxilares con 26,91%. Según la edad, en los rangos de: menores de 20 años, 20 a 39 y de 40 a más frecuente a excepción del rango mayor a 60, en la cual la Clase I es la predomina. Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente.¹⁸ Ante esta problemática se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal reestructurada con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud.¹⁵

Sotomayor (2012), realizó un estudio en pacientes atendidos en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz de Essalud, a 124 mujeres gestantes, no profesionales; con una edad media de 21.8 años y evaluó el predominio de reconstrucciones protéticas. Se encontró que del número total de coronas fijas el 72% se encontraron en el maxilar superior, el 41% de éstas, se ubicaron en los dientes incisivos. El 4% fueron puentes fijos de 3 piezas y el 0.9% fueron prótesis

parciales removibles. Se halló una asociación muy significativa entre el nivel de educación y la necesidad de tratamiento protético.¹⁶

Rodríguez (2013), realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y trasversal para determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, entre 20-70 años, que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche durante los años 2008 al 2012. Se encontró mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos de edad. No se halló diferencia estadística significativa entre las variables¹⁷.

Cisneros, Verástegui, Fernández (2014), realizaron un estudio para determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, utilizando la clasificación de Kennedy. Se estudiaron 200 pacientes, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico, consignándolos en una ficha clínica juntamente con lo reportado en la anamnesis. Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%. En el examen clínico, el grupo etario 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%; 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.¹⁸

2.2 Bases teóricas

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) en el año 2007, identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavidad Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú y en donde el estado peruano tiene como respuesta a este problema sanitario, la estrategia sanitaria nacional de salud bucal.¹⁹

2.2.1 Edentulismo

Menciona que el edentulismo, se refiere a la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes. Este puede afectar sustancialmente la salud oral y general como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo, pueden afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, y a que su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca.

A su vez se sostiene que el edentulismo, es 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: acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, el costo del tratamiento y las opciones de tratamiento.

El edentulismo es la ausencia o la pérdida total o parcial de los dientes; puede ser congénito o adquirido. El edentulismo congénito total es una manifestación de los síndromes congénitos muy graves; sin embargo, la ausencia congénita de alguna pieza dental es más habitual. El edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho y suele ser secundario a otros procesos. El edentulismo adquirido puede ser parcial o total y se define como la pérdida de uno, varios o todos los órganos dentarios. Este se presenta en aproximadamente el 90% de los adultos mayores. Cuando un adulto mayor presenta edentulismo se ve afectada la autoestima, estética y fonación. Sumado a esto, se pierde la “dimensión vertical”. Esta pérdida de la dimensión se puede asociar a dolor temporo-mandibular, colapso posterior de la mordida, y deformación estética del rostro. Su tratamiento es la rehabilitación protésica bucal.

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

2.2.2 Edentulismo parcial

El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, que podría afectar negativamente la calidad de vida del paciente. En los últimos años el edentulismo ha mostrado una alta prevalencia en los países subdesarrollados y está disminuyendo en los países desarrollados.

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento ha progresado considerablemente en las últimas décadas, este fenómeno es debido a que el promedio de vida está aumentando, esto quiere decir que las personas están viviendo más tiempo y en consecuencia el promedio de dientes perdidos o la presencia de los edéntulos parciales también está en aumento.³⁰ El edentulismo parcial en personas de edad laboral en un futuro será la mutilación más frecuente que el rehabilitador deberá enfrentar. El edentulismo total tiende a desaparecer antes de los 65 años y aparecerá en el adulto mayor a los 75 años. La prevalencia del edentulismo total en edad laboral se ha reducido y tendera a reducirse más con el aumento de edentulismo parcial.

La pérdida parcial o completa de la dentición natural es, en realidad, resultado de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. La caries dental suele ocurrir en los primeros años de edad en tanto que las enfermedades periodontales sobreviven a la mitad de la vida o en años posteriores. Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que pierde su

dentición natural y progresa la desdentación parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura. Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporomandibulares, creando además problemas funcionales.

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, que a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento han progresado considerablemente en las últimas décadas, este fenómeno es debido a que la promedio de vida está aumentando, esto quiere decir que las personas están viviendo más tiempo y en consecuencia el promedio de dientes perdidos o la presencia de los edéntulos parciales también está en aumento.

Las piezas dentarias se siguen perdiendo por diversas razones (caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos, etc.) estudios epidemiológicos en diferentes países, independientemente de la situación socio económico, político y cultural, indican que la falta de piezas dentarias se observa en un 80% de la población sin considerar a los edéntulos totales). Un alto porcentaje de la población mundial está en la categoría de edéntulo parcial con una extensa pérdida de las estructuras de soporte. Por lo que, la mayor parte de la población tienen una dentición incompleta pero funcionando porque un gran número de estos edéntulos parciales no tiene restauración protésica Sin embargo, la restauración de la función oral y la apariencia estética es usualmente necesaria.

2.2.3 Clasificación de Kennedy

La mayoría de los estudios que incluyen una forma de clasificar los arcos

parcialmente edéntulos utilizan la clasificación de Kennedy. En diversos estudios realizados, se observa que todo método de clasificación de los maxilares parcialmente edéntulos, debe advertirse los siguientes aspectos: simplificar la descripción de todas las posibles combinaciones de dientes y espacios edéntulos; mejorar la comunicación entre profesionales; relacionar cada una de las situaciones con el diagnóstico, el pronóstico y el diseño empleado para su tratamiento.

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

Se debe considerar, cuatro clases de Kennedy y las modificaciones correspondientes.

Clase I: Desdentado Bilateral Posterior

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

Clase II: Desdentado unilateral posterior

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

Clase III: Desdentado unilateral con pilar posterior

La característica de esta clase es, que el espacio desdentado se encuentra entre piezas dentarias remanentes, es decir que hay una brecha posterior de un solo lado pero esta empieza con una pieza dentaria a la que llamaremos diente pilar. Esta clase también tiene subdivisiones

Cuando las brechas son múltiples, se debe considerar la brecha más posterior, la cual determinara la clase y las restantes darán la subdivisión.

Clase IV: Desdentado bilateral anterior

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

Además de las variaciones señaladas, Applegate (1960) dio ciertas reglas para el mejor uso de la Clasificación de Kennedy:

- La clasificación debe considerar la preparación de la boca, porque las futuras exodoncias pueden variar la clasificación.
- Si falta el tercer molar, ese espacio edéntulo está fuera de clasificación porque el tercer molar no es reemplazado.
- Si los terceros molares están presentes y se van a usar como pilares, deben ser considerados en la clasificación.
- A veces los segundos molares no son reemplazados. El segundo molar antagonista también falta y no va a ser restaurado; entonces, esta área

edéntula no se considera en la clasificación.

- Cuando hay áreas edéntulas adicionales en el mismo arco, las áreas más posteriores (exceptuando el tercer molar) gobiernan la clasificación.
- Las áreas adicionales a aquellas que determinan la clasificación primaria son consideradas como “modificaciones” de la Clase y son designadas por su número. Ejemplo: Clase III modificación 2, significa que hay dos espacios adicionales a la Clase III unilateral.
- La extensión del área de la modificación no es lo que se considera sino, el número de espacios edéntulos adicionales.

Solo las Clases I, II y III pueden tener modificaciones, dado que cualquier área edéntula adicional estará posterior al área edéntula bilateral de la Clase IV.

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.

Clase V de Kennedy (Introducida por Applegate).

Se caracteriza por una edentación unilateral limitada anterior y posteriormente por dientes remanentes pero cuyo diente remanente anterior no puede par de molares en el lado edéntulo. Es dentomucosoportado.

Clase VI de Kennedy (Introducida por Applegate).

Se caracteriza por ser una edentación unilateral limitada anterior y posteriormente por dientes que pueden asegurar por si mismos el soporte de la prótesis.

- Modificaciones.
- Tratamientos.

De esta clasificación destacan tres orientaciones de tratamiento:

- Tratamiento para prótesis parciales dentosoportada. Las clases III, IV y VI presentan una disposición favorable para la utilización de los dientes como único soporte, bien sea en tratamiento de prótesis removible o de prótesis fija. El soporte de la prótesis va a ser casi exclusivamente dentario con los apoyos oclusales situados en las crestas marginales o los cíngulos en los dientes anteriores, aunque a veces se puedan poner en otros sitios. Es un tipo de prótesis que restaura pocas piezas.
- Tratamiento para prótesis parciales mucosoportada. El soporte de la prótesis es fundamentalmente mucoso, apoyándose en el borde alveolar. Los dientes remanentes pueden llevar ganchos pero no van a soportar la prótesis ni llevan apoyos oclusales. Casi siempre se realizan en acrílico. La resiliencia de la mucosa libre o reborde alveolar va a ser mayor que la de las piezas naturales insertadas en su alveolo.
- Tratamiento para prótesis parciales dentomucosoportada. Las edentaciones posteriores unilaterales o bilaterales (clase I y II de Kennedy) no pueden ser tratadas más que con prótesis removibles que utilicen simultáneamente vía de carga dentaria y mucosa. El soporte es tanto dentario como mucoso,

alternándose los apoyos dentarios con cargas mucosas. Puede decirse que es una mezcla de los dos grupos anteriores.

Las reglas de Applegate:

- Regla 1: Toda clasificación se hará después de efectuar las extracciones.
- Regla 2: Si el tercer molar está ausente y no será reemplazado, no debe ser considerado en la clasificación.
- Regla 3: Si el tercer molar está presente y será usado como pilar, debe ser considerado en la clasificación.
- Regla 4: Si un segundo molar está ausente, y no va a ser reemplazado, no debe considerarse en la clasificación.
- Regla 5: La zona o zonas desdentadas posteriores son las que determinan la clasificación.
- Regla 6: Las zonas desdentadas distintas a las que determinan la clasificación del caso, se denominan modificaciones.
- Regla 7: Solo se considera el número de zonas desdentadas, no su extensión
- Regla 8: En la clase IV, no hay zonas de modificación

2.2.4 Necesidad de tratamiento protésico

Algunos autores asumían que la necesidad de una dentición completa (14 unidades oclusales antagonistas) era suficiente para mantener una adecuada función, siendo por muchos años un dogma generalmente aceptado en odontología restauradora. Aunque en el futuro se seguirá dando importancia al tratamiento protésico, será necesario abordar de manera diferente la estrategia

de tratamiento para los pacientes dependiendo de la edad. Hoy en día se da más importancia a ciertos requisitos como la estética y el bienestar funcional. Además se deben tomar en cuenta muchos factores, tales como costo y la necesidad real de una dentición completa.

Mientras que la regla general del cuidado dental ha sido mantener una dentición completa, existen estudios pasados que sugieren que esto no pueda ser necesario ni conveniente para todos los pacientes. La necesidad protésica se define como la cantidad de tratamiento protésico que según el especialista debe ser llevado a cabo en un tiempo adecuado para mantener o reestablecer la salud bucal, según los conocimientos actuales. Sin embargo, este concepto presta poca atención a la calidad de vida y comodidad del individuo. En este sentido, es la demanda lo que se define como el tratamiento que es solicitado por el mismo paciente, considerando sus pensamientos y deseos incluso antes de proponer alternativas de tratamientos.

El estudio de las necesidades protésicas no debe ser considerado como un fenómeno aislado, sino como el resultado de la interacción de procesos generales y particulares o individuales; generales como el acceso a los servicios de salud bucal, tipo de atención y práctica odontológica, efectividad de los programas de prevención etc., e individuales como sería la capacidad de respuesta individual, dieta, disponibilidad de alimentos y grado de exposición a agentes bacterianos; en tal sentido es lógico esperar que las condiciones de salud bucal y el cuadro de necesidades protésicas no haya variado en los últimos años.

El escaso impacto social de la odontología en los países en desarrollo, impone la necesidad de buscar salidas, tendientes a disminuir los costos, aumentar la cobertura y garantizar la calidad. En este sentido, la tecnología apropiada como elemento de apoyo de propuestas globales, adquiere gran importancia, puesto que en sus elementos esenciales podría hacer más viable el camino hacia la transformación de los patrones de morbilidad bucal de la población. La tecnología apropiada incluye equipos, materiales e instrumentos, técnicas y procedimientos, conocimientos y recursos humanos, los cuales deben cumplir ciertas condiciones como seguridad, eficiencia, eficacia, costo, aceptabilidad y complejidad.

Por otra parte, se señala que el tratamiento de la pérdida dentaria ha sido uno de los pilares fundamentales de la odontología desde tiempos remotos. En la actualidad, el tratamiento más frecuente es restablecer la función y estética mediante prótesis ya sean removibles o fijas.

El uso y necesidad de prótesis dental se destaca en las políticas diseñadas por el Ministerio de Salud, sustentadas al afirmar que 22,9% de la población debería usar prótesis dental, sin embargo, afirma la fuente que, de los que la usan, un 21,1% se manifiesta “poco conforme” o “nada conforme, no me sirve” con la prótesis dental.

En relación a la necesidad de prótesis dental removible, los resultados encontrados por el Ministerio de Salud, (2014), indican que más de la mitad de la población con problemas de salud oral requiere de uso de prótesis dental, principalmente en ambos maxilares.

Por otro lado acerca de los pacientes con necesidad de tratamiento y que presentan problemas de Arco Dental Reducido (ADR), se señala que la pérdida dentaria no necesariamente lleva a problemas posteriores. Este concepto actualmente parece influir en la percepción de la demanda de tratamiento entre los pacientes parcialmente edéntulos.

Los arcos dentales que involucran los dientes anteriores y los premolares alcanzan los requerimientos de una dentición funcional. Sin embargo, las demandas funcionales y el número de dientes para satisfacer tales demandas, varían con cada individuo, por lo que cada tratamiento debe ser manejado de acuerdo a las necesidades y capacidades adaptativas de cada paciente.⁴¹ Esto significa que los dientes deben ser reemplazados solamente cuando hay una demanda para restaurar funciones esenciales tales como estética, comodidad y estabilidad oclusal. Esas necesidades y demandas del paciente varían ampliamente y deben medirse individualmente, por lo que el concepto de Arco Dental Reducido merece ser incluido en el proceso de planificación de tratamiento del paciente parcialmente edéntulo.

En relación a la conservación de las estructuras remanentes como objetivo principal de cualquier alternativa de tratamiento protésico para el paciente parcialmente edéntulo, para algunos existen diferencias significativas en la supervivencia de dientes adyacentes a los espacios edéntulos posteriores en un período de 10 años en 3 categorías de tratamiento.

Los dientes pilares de Prótesis Parcial Fija para la restauración de un espacio edéntulo posterior, tienen mayor supervivencia que aquellos dientes que no

reciben algún tratamiento protésico; los dientes pilares de Prótesis Parcial Removible tienen una pobre supervivencia.

Por otro lado se sostiene que el reemplazo de los molares perdidos podría ser una fuente de iatrogenia periodontal y debería ser abolido si los requerimientos de estética y estabilidad funcional pueden ser satisfechos sin tales reemplazos. Los molares son los dientes de mayor riesgo. Ellos tienen el mayor índice de acúmulo de placa y como consecuencia son los más afectados por caries así como por enfermedad periodontal. Además demuestran una pobre respuesta al tratamiento periodontal. Debido a todas estas razones, los molares son los dientes más frecuentemente extraídos. Este concepto se basa en dirigir los esfuerzos del tratamiento en mantener intactos "la dentición anterior y premolar" en ambas arcadas y evitar procedimientos restauradores complejos en la región molar.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la UAP, 2016.

2.3 Definición de términos básicos

Edentulismo: El edentulismo es la patología que hace perder parcial o totalmente las piezas dentales, afectando mayoritariamente a nuestras personas mayores pero no en todos los casos.

Edentulismo parcial: Es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de piezas dentarias en una arcada o hemiarcada, dando unas brechas o espacios a reemplazar por alguna prótesis dental.

Clasificación de Kennedy: La Clasificación de Kennedy, se basa en la relación que guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes. La clasificación original de Kennedy contiene cuatro clases, con ciertas modificaciones.

Necesidades protésicas: Situación de aquellas personas examinadas en un momento determinado, que presentan arcos dentales con ausencia parcial o total de dientes, sin restitución protésica que requieren ser atendidas, la necesidad protésica se define como la cantidad de tratamiento protésico que según el especialista debe ser llevado a cabo en un tiempo adecuado para mantener o restablecer la salud bucal.

Prótesis dentosoportada: Aquellas que son soportadas por los dientes pilares, o remanentes, del paciente, que son dientes naturales que este aún conserva. Los dientes pueden conservar íntegramente su estructura, o pueden ser (en la gran mayoría de los casos) dientes previamente tallados por el odontólogo.

Prótesis dentomucosoportada: Aquellas que combinan los dos tipos de soportes anteriormente mencionados, es decir, se soportan tanto en los dientes remanentes del paciente como en el proceso alveolar.

CAPÍTULO III:

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

En este trabajo de investigación no se formula ningún tipo de hipótesis por ser retrospectivo y observacional.

3.1 Variables dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

Operacionalización de variables

- Variable de independiente: Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy
- Variable dependiente: Necesidad de tratamiento protésico
- Covariables: Edad y género

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Edentulismo parcial según la clasifica Kennedy	Es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, que podría afectar negativamente la calidad de vida del paciente.	Clasificación de Kennedy y modificaciones.	Cualitativa	Nominal Politómica
		Otras variantes	cualitativa	Nominal Dicotómica
Necesidad de tratamiento protésico.	la necesidad de tratamiento protésico que según el especialista debe ser llevado a cabo	-Prótesis Dentosoportada	Cualitativa	Nominal Dicotómica

	en un tiempo adecuado para mantener o reestablecer la salud bucal,	-Prótesis Dentomucosoportada	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Covariables: Edad	Edad cronológica en años	Registro de la historia clínica	Cuantitativa	Ordinal Politémica
Covariables: Género	Sexo	Registro de la historia clínica	Cualitativa	Nominal Dicotómica

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

Tipo de Investigación

- La Investigación corresponde a un tipo cuantitativa y cualitativa.
- Transversal, debido a que se estudiarán las variables en un determinado momento.
- Observacional porque solo se verán hechos ya ocurrido y no se influirá en ellos.
- Retrospectiva porque solo se describirán las características de hechos que ya ocurrieron en el tiempo.

Nivel de Investigación

Corresponde a un primer de nivel investigación

4.2 Diseño muestral

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple y para obtener la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas. Se obtuvo como resultado 486 historias que se eligieron usando una tabla de números aleatorios. Esta elección se hizo eligiendo una fila vertical, horizontal o diagonal con varios de los números llegando a elegir los integrantes de la muestra. Teniendo los números elegidos al azar, se pasó a seleccionarlos a una base de ejercicios que es una tabla con filtros (variables) y en donde trabajamos con las historias ya seleccionadas. Para la recolección de datos se confeccionó una ficha de registro en el que se

consignó la información cuantitativa que se encuentra en las historias de los pacientes edéntulos parciales, los datos fueron acerca de la edad, sexo, como también el registro de las condiciones según la Clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico.

Obtención de la muestra mediante la Fórmula para poblaciones finitas.

Población	:	3460 historias clínicas de ambos sexos revisadas del primer semestre del 2016
Nivel de confianza	:	0.95
Error muestral	:	0.5
Varianza poblacional	:	0.5
Muestra	:	486 historias clínicas de ambos sexos revisadas del primer semestre del 2016

$$n = \frac{Z^2 x p x q x N}{e^2(N - 1) + Z^2 x p x q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

σ = Desviación estándar de la población, puede ser valor constante de 0,5

Z α = Nivele de confianza (95% = 1,96 / 99% = 2,58)

e = Límite de error muestral que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09)

Mayormente se utiliza 5% =0,05

$$n = \frac{1.96^2 x 0.5 x 0.5 x 3460}{0.05^2(3460 - 1) + 1.96^2 x 0.5 x 0.5}$$

$$n = 486$$

CAPÍTULO V:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo e inferencial

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas, primer semestre 2016.

Luego de la revisión de las Historias Clínicas y el traslado de información al instrumento de recolección de datos, los resultados obtenidos permitieron evidenciar la existencia de la relación directa y significativa entre las variables; según la edad y género de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas, primer semestre 2016.

En la investigación realizada, se evidencia que no todos los que acuden a la clínica requiere de algún tipo de tratamiento protésico; sin embargo en este sentido, es importante considerar, que la demanda por parte del paciente siempre es menor que la necesidad estipulada por el profesional, esta diferencia se debe a la disponibilidad del servicio, la aceptabilidad por el paciente y la accesibilidad al tratamiento.

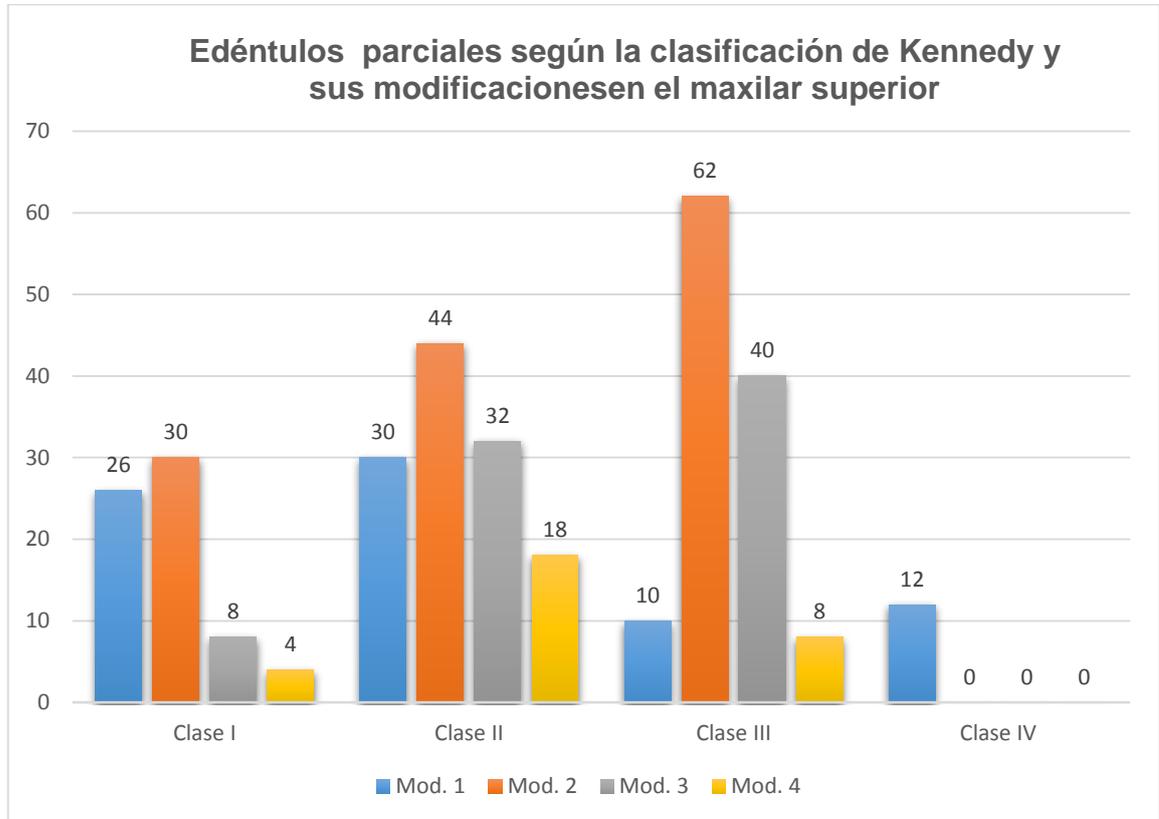
Tabla N° 1
Edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones
en el maxilar superior

Max.	Tipo	S/M		Mod. 1		Mod. 2		Mod. 3	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
S U P E R I O R	clase I	26	8,0	30	9,2	8	2,5	4	1,2
	clase II	30	9,2	44	13,5	32	9,8	18	5,5
	clase III	10	3,1	62	19,0	40	12,3	8	2,5
	clase IV	12	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
R	Total	78	24	136	41,7	80	24,6	30	9,2

Fuente: Propia del investigador

En cuanto a la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones con la necesidad de tratamiento protésico en el Maxilar Superior se encontró que la Clase II maxilar (sin modificaciones) es la más frecuente con 30 casos, siguiéndole la Clase III superior modificación 2 de con el 62 casos. Otro hallazgo dominante encontrado es en el maxilar superior, la Clase más frecuente fue la Clase III modificación 1 encontrándose 62 casos. (Tabla N°1)

Gráfico N°1



Fuente: Propia del investigador

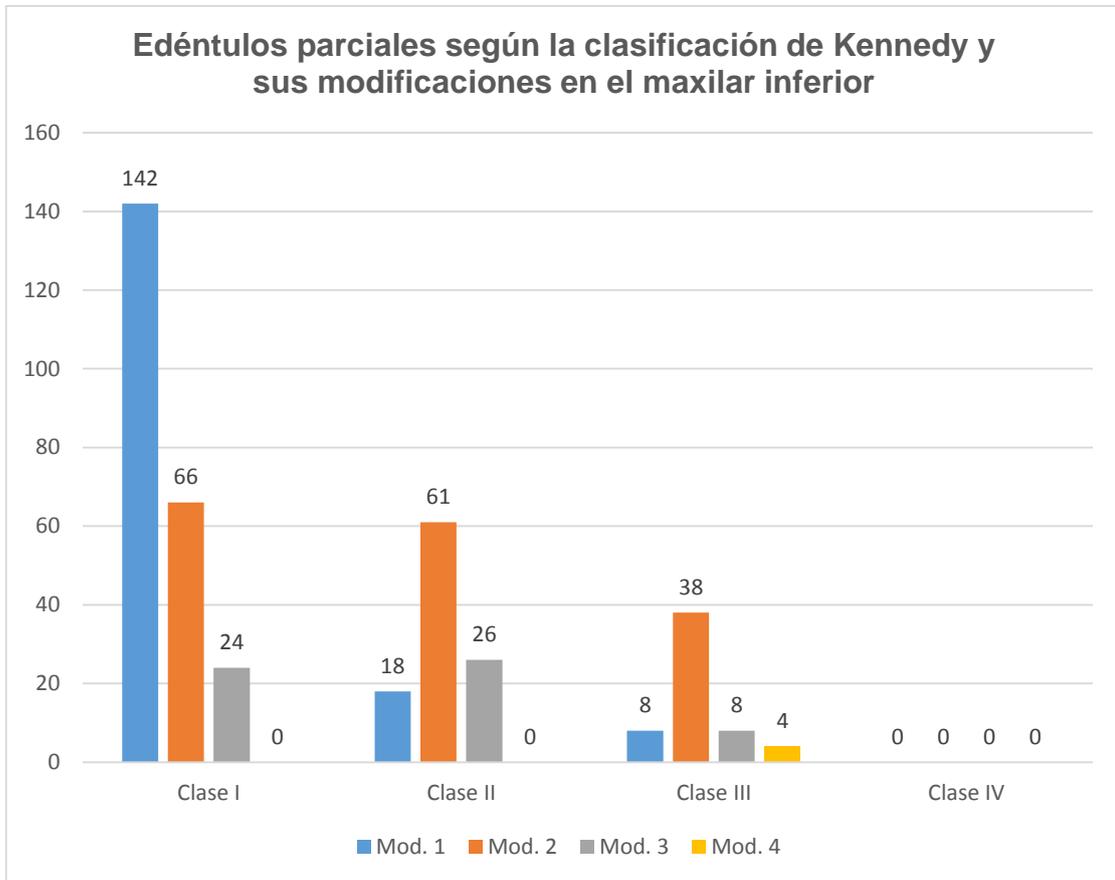
Tabla N° 2
Edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones
en el maxilar inferior

Max.	Tipo	S/M		Mod. 1		Mod. 2		Mod. 3	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I N F E R I O R	clase I	142	35,5	66	16,5	24	6,0	0	0,0
	clase II	18	4,5	62	15,5	26	6,5	0	0,0
	clase III	8	2,0	38	9,5	8	2,0	4	1,0
	clase IV	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	170	42,0	166	41,5	58	14,5	4	1,0

Fuente: Propia del investigador

En cuanto a la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones con la necesidad de tratamiento protésico en el maxilar inferior, se encontró que la Clase I (sin modificaciones) es la más frecuente con 142 casos, siguiéndole la Clase I modificación 1 de con el 66 casos. Así mismo tenemos; que en la clase IV no se evidenció algún caso en el maxilar inferior. (Tabla N°2)

Gráfico N°2



Fuente: Propia del investigador

Tabla 3
Necesidades de tratamiento de prótesis dentosoportada y dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy en el maxilar superior

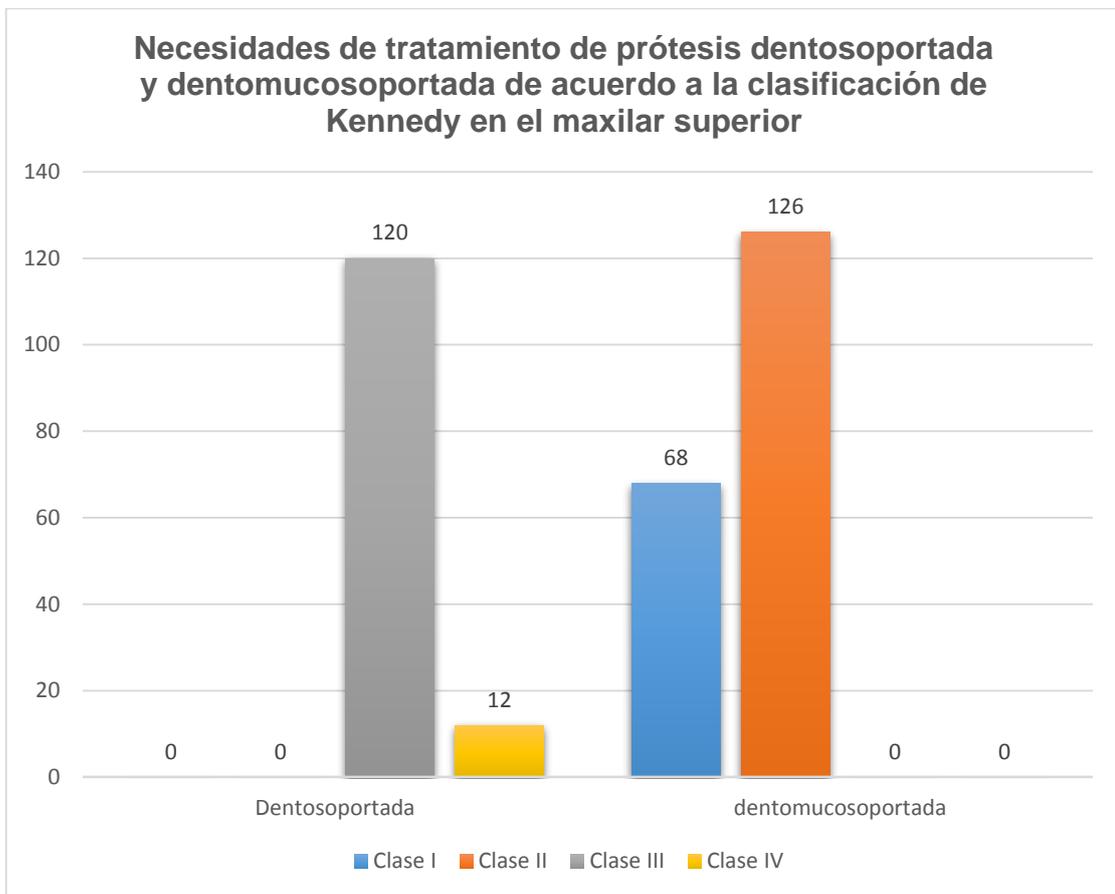
Clase de Kennedy	Dentosoportada		Dentomucosoportada	
	Número	%	Número	%
Clase I			68	25,2
Clase II			126	40,1
Clase III	120	33,1		
Clase IV	12	1,6		
Total	132	34,7	194	65,3

Fuente: Propia del investigador

En cuanto al uso de prótesis parciales removibles dentosoportadas y dentomucosoportadas en el maxilar superior, encontraremos que la Clase II de Kennedy tiene una mayor frecuencia con 126 casos de prótesis dentomucosoportada que equivale al 40.1%, seguida por la Clase I con 68 casos que hace el 25,2%.

El requerimiento de prótesis dentosoportada en mayor número le corresponde a la Clase III de Kennedy con una frecuencia de 120 casos (33,1%), seguido de la Clase IV con un número menor de 12 casos equivalente al 1,6%.(tabla 3)

Gráfico N°3



Fuente: Propia del investigador

Tabla 4

Necesidades de tratamiento de prótesis dentosoportada y dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior

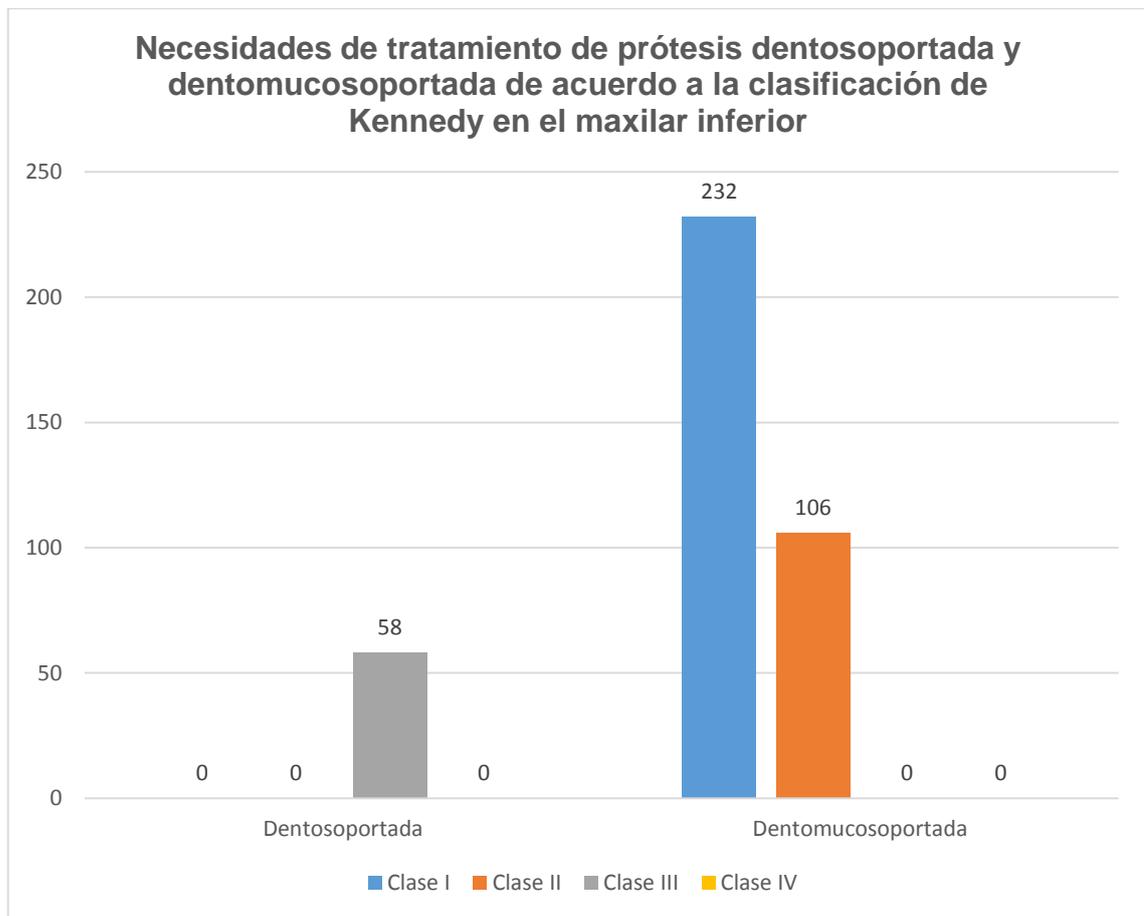
Clase de Kennedy	Dentosoportada		Dentomucosoportada	
	Número	%	Número	%
Clase I			232	51,2
Clase II			106	30,7
Clase III	58	18,1		
Clase IV	0	0,0		
Total	58	18,1	338	81,9

Fuente: Propia del investigador

En cuanto al uso de prótesis parciales removibles dentosoportadas y dentomucosoportadas en el maxilar inferior, encontraremos que la Clase I de Kennedy tiene una mayor frecuencia con 232 casos de prótesis dentomucosoportada que equivale al 51.2%, seguida por la Clase II con 106 casos que hace el 30,7%.

El requerimiento de prótesis dentosoportada en mayor número le corresponde a la Clase III de Kennedy con una frecuencia de 58 casos (18,1%), y la Clase IV caso registrado y equivale al 0,0%.(tabla N°4)

Gráfico N°4



Fuente: Propia del autor

Tabla 5

Asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con la edad

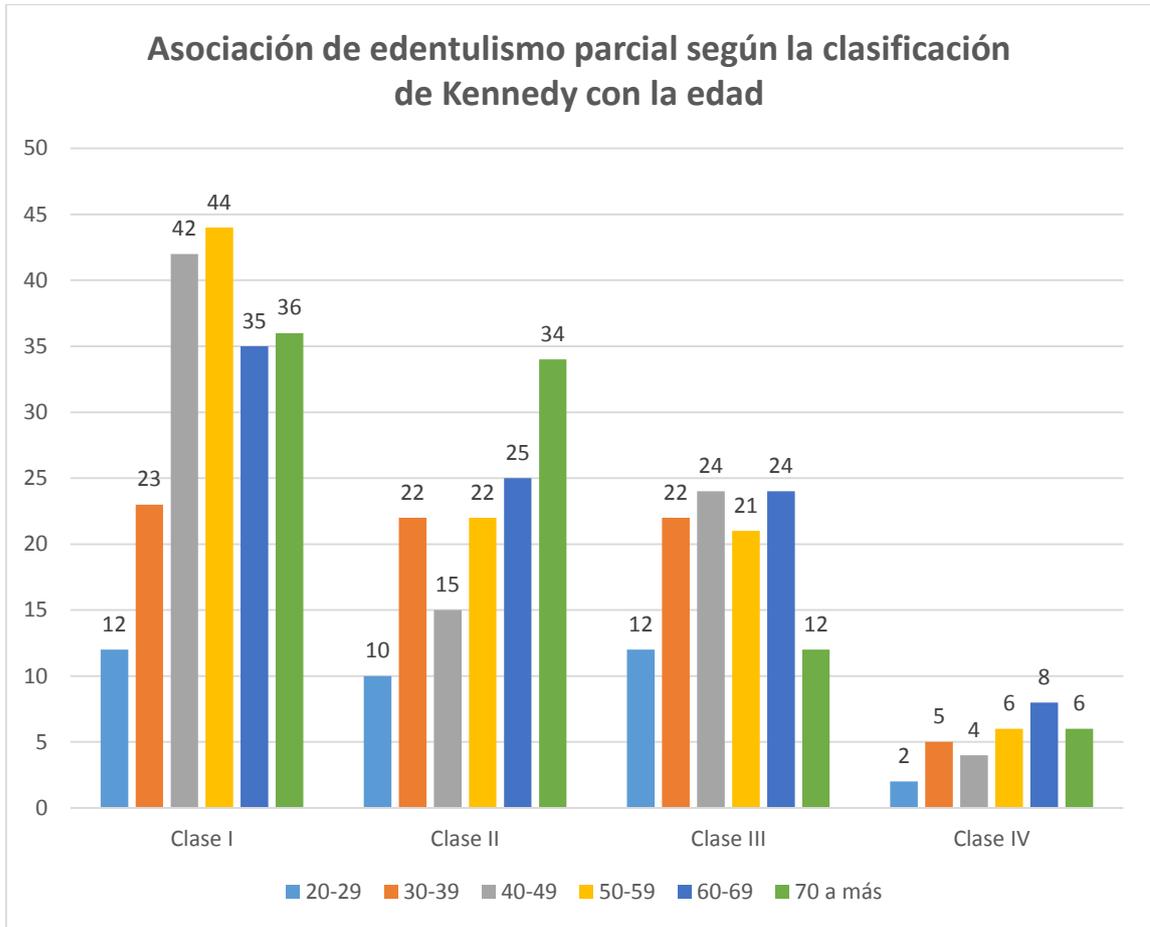
		EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY								Total	
		Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV			
Edad	20-29	22	4.50%	10	2.10%	12	2.50%	2	0.40%	46	9.50%
	30-39	23	4.70%	22	4.50%	22	4.50%	5	1.00%	72	14.80%
	40-49	42	8.60%	15	3.10%	24	4.90%	4	0.80%	85	17.50%
	50-59	44	9.10%	22	4.50%	21	4.30%	6	1.20%	93	19.10%
	60-69	35	7.20%	25	5.10%	24	4.90%	8	1.60%	92	18.90%
	70 a más	36	7.40%	34	7.00%	22	4.50%	6	1.20%	98	20.20%
	Total		202	41.60%	128	26.30%	125	25.70%	31	6.40%	486

Fuente: Propia del investigador

Prueba de Chi Cuadrado valor = 14.156 $p= 0.514$ $p>0.05$

En cuanto a la Clasificación Kennedy de maxilares asociados a los rangos de edad, se encontró que la prevalencia se encuentra en el rango de 50 a 59 años de edad, en la Clase I (44 casos), II (34 caso) y IV (8 casos), y en la clase III destaca el rango de 40 a 49 y de 60 a 69 años de edad, ambos cuentan con el mismo número de pacientes. Encontrándose una relación significativa ($p=0.514$) en la correlación entre las variables por ser $p<0.05$. (Tabla N°5)

Gráfico N°5



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 6
Asociación de edentulismo parcial según la necesidad de tratamiento protésico con la edad

Recuento	NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTESICO									
	Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
20-29	10	2.10%	8	1.60%	8	1.60%	1	0.20%	27	5.60%
30-39	13	2.70%	14	2.90%	9	1.90%	4	0.80%	40	8.20%
40-49	42	8.60%	15	3.10%	14	2.90%	4	0.80%	75	15.40%
50-59	44	9.10%	19	3.90%	16	3.30%	6	1.20%	85	17.50%
60-69	62	12.80%	36	7.40%	32	6.60%	11	2.30%	141	29.00%
70 a más	58	11.90%	28	5.80%	24	4.90%	8	1.60%	118	24.30%
Total	229	47.10%	120	24.70%	103	21.20%	34	7.00%	486	100%

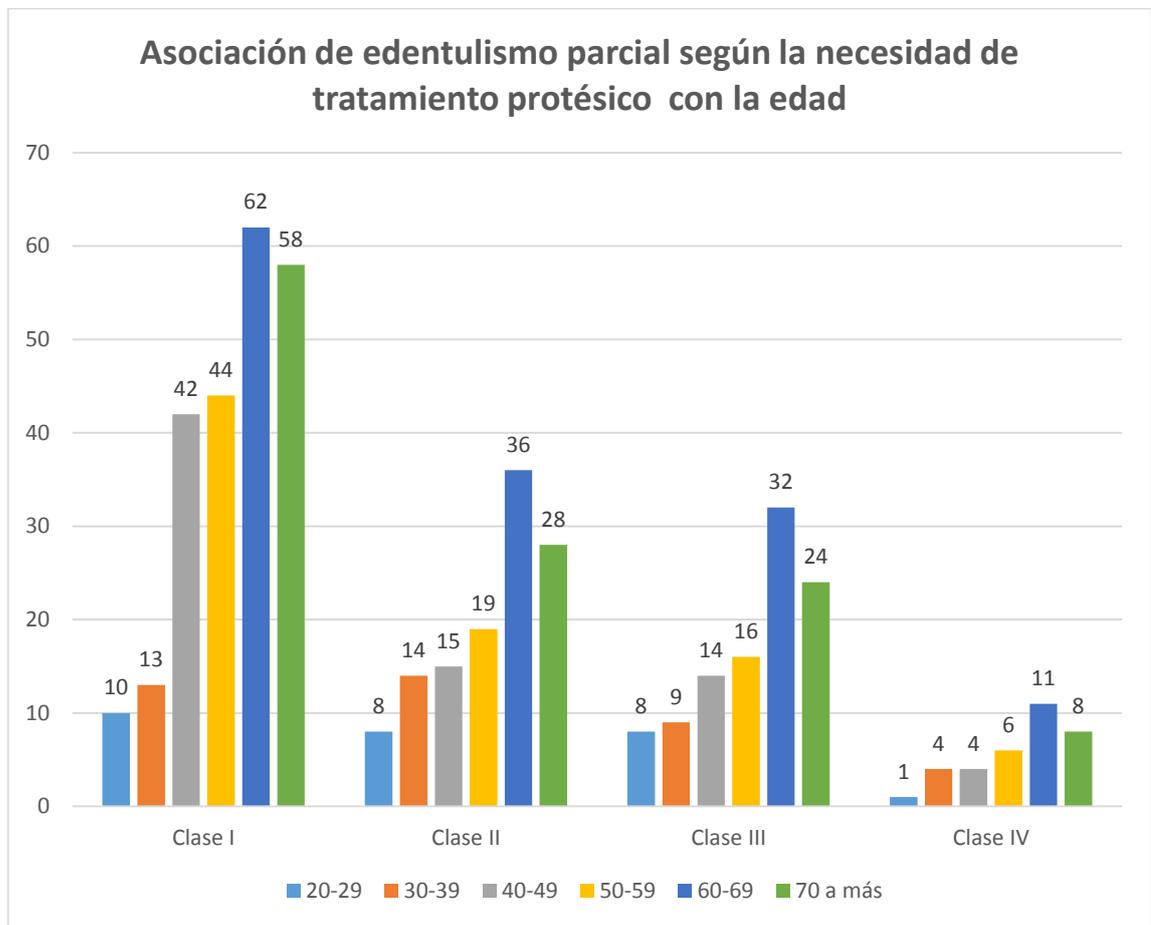
Fuente: Propia del investigador

Prueba de Chi Cuadrado valor igual = 20.095 $p = 0.168$ $p > 0.05$

En cuanto a necesidad protésica de la Clasificación Kennedy relacionados según los rangos de edad, encontramos que, de los 486 pacientes que se realizaron tratamiento de Prótesis Parcial Removible la necesidad protésica removible de clase I de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69 siendo 62 pacientes (30,9 %), la clase II de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69 siendo 36 pacientes (7.4 %), la clase III de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69 siendo 32 pacientes (6,5 %) y la clase IV de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69 fueron 8 pacientes (1,6 %).

Encontrándose una relación significativa ($p = 0.168$) en la correlación entre las variables por ser $p < 0.05$. (Tabla N°6).

Gráfico N°6



Fuente: propia del investigador

Tabla N°7

Asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el género

Tipo de edentulismo	Genero	Maxilar			
		Superior		Inferior	
		F	%	F	%
clase I	Femenino	38	12,7	150	50,0
	Masculino	30	10,0	82	27,3
	Total	68	22,7	232	77,3
clase II	Femenino	70	30,2	62	26,7
	Masculino	54	23,3	46	19,8
	Total	124	53,5	108	46,5
clase III	Femenino	90	49,5	46	25,3
	Masculino	32	17,6	14	7,7
	Total	122	67,1	60	33,0
clase IV	Femenino	6	50,0	0	0,0
	Masculino	6	50,0	0	0,0
	Total	12	100,0	0	0,0

Fuente: Propia del investigador

Prueba de Chi Cuadrado valor igual = 9.773 $p= 0.021$ $p<0.05$

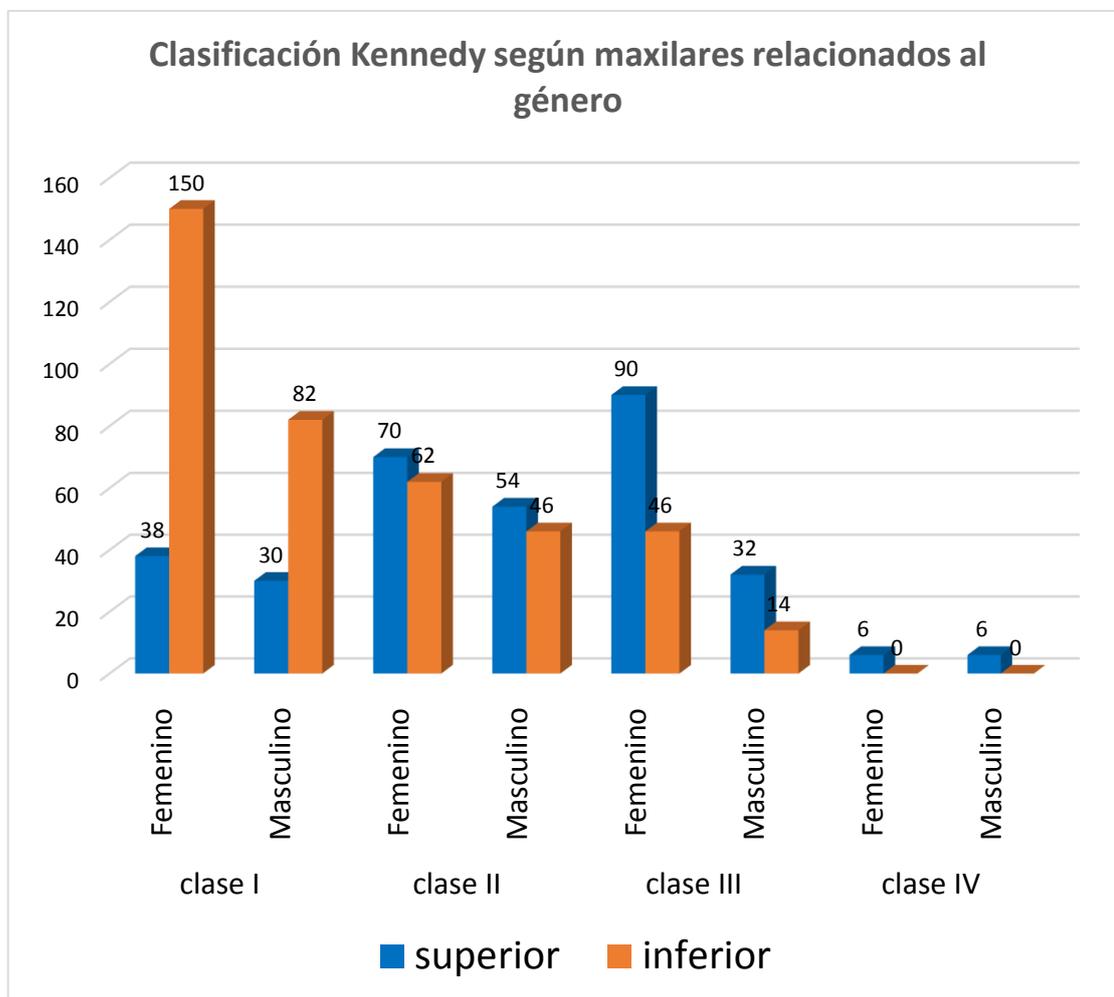
En relación a la Clasificación Kennedy según maxilares vinculados al género encontramos en la Clase I, la prevalencia de casos se encontró en el maxilar inferior para ambos sexos. El sexo masculino presentó 82 casos y el femenino 150 casos. En la Clase II, el sexo masculino presentó la mayor prevalencia en el maxilar superior con 54 casos, mientras que en el sexo femenino el maxilar superior se encontraron 70 casos y en el inferior 62 casos. En la Clase III, el sexo masculino presentó la mayor frecuencia en el maxilar superior con 32 casos, mientras que el maxilar inferior presento 14 casos. De similar forma en el

sexo femenino, la mayor cantidad de casos se encontró en el maxilar superior con 90 casos. En la Clase IV de los doce casos que se encontraron en el maxilar superior correspondieron seis al sexo masculino y seis al sexo femenino.

En todas clasificaciones, excepto la clase IV, la mayor cantidad de pacientes correspondieron al sexo femenino. La Clase I tuvo la mayor prevalencia con respecto a las demás clasificaciones con 188 casos. En el sexo masculino, la mayor prevalencia le encontramos también en la Clase I con 112 casos, siguiéndole la Clase II con 100 casos.

Encontrándose una relación significativa ($p= 0.021$) en la correlación entre las variables por ser $p<0.05$. (Tabla 7)

Gráfico N°7



Fuente: Propia del autor

Tabla 8**Asociación de edentulismo parcial según la necesidad de tratamiento protésico con el género**

Tipo de Edentulismo	Género	Necesidad		No Necesidad	
		Nº	%	Nº	%
clase I	Femenino	170	34,3	138	27,7
	Masculino	94	22,4	84	16,3
	Total	264	56,7	222	44,0
clase II	Femenino	104	21,3	204	46,2
	Masculino	78	14,2	100	18,3
	Total	182	35,5	304	64,5
clase III	Femenino	120	23,6	188	35,1
	Masculino	44	14,2	134	27,1
	Total	164	37,8	322	62,2
clase IV	Femenino	4	3,1	304	61,2
	Masculino	8	5,3	172	30,4
	Total	12	8,4	476	91,6

Fuente: Propia del investigador

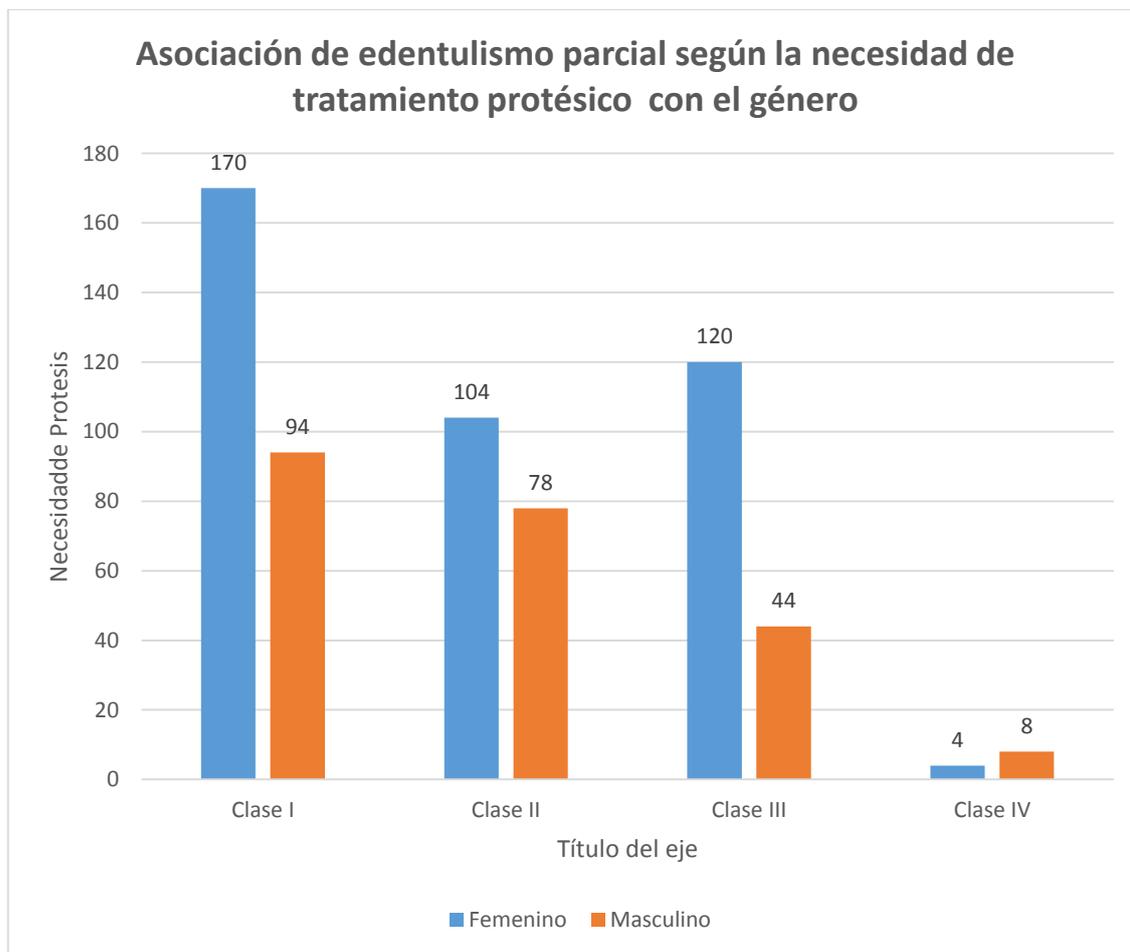
Prueba de Chi Cuadrado valor igual = 6.014 $p = 0.111$ $p > 0.05$

En cuanto a la necesidad protésica de la Clase Kennedy I según su género se evidencia la necesidad en 264 casos, correspondiéndole 170 casos al sexo femenino y 94 al sexo masculino, en la Clase Kennedy II según su género la mayor prevalencia está en el género femenino presentándose 104 casos y en género masculino 78 casos. En la necesidad protésica de la Clase Kennedy III existe una marcada diferencia entre el los dos sexos, encontrándose que 120 casos corresponden al sexo femenino y 44 al sexo masculino.

Necesidad protésica de la Clase Kennedy IV según su género; existe solo 4 casos del sexo femenino y 6 del sexo masculino, no existiendo necesidad

protésica en esta clase en 476 casos. Encontrándose una relación significativa ($p= 0.111$) en la correlación entre las variables por ser $p<0.05$. (Tabla N°8)

Gráfico N°8



Fuente: Propia del investigador

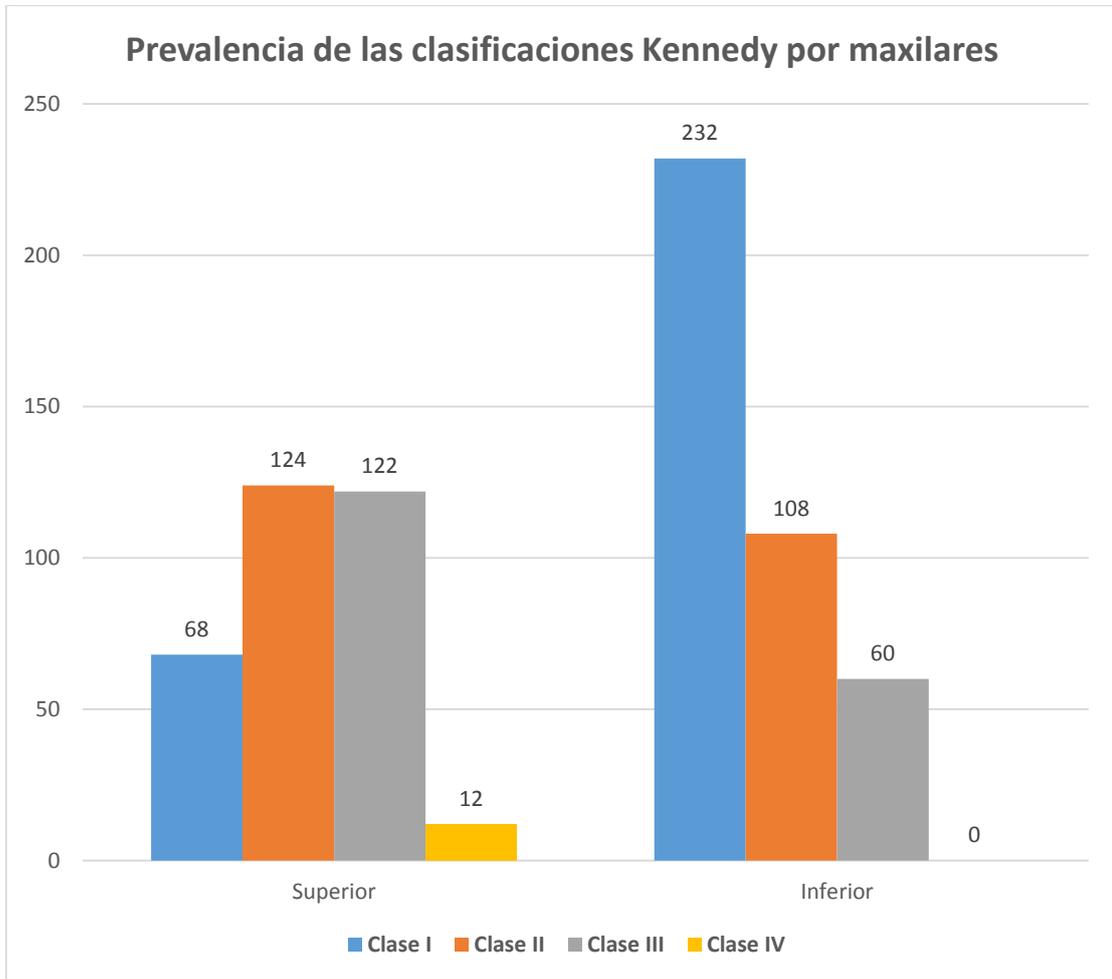
Tabla 9
Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificaciones de Kennedy por maxilares

Tipo de edentulismo	Maxilar				Total	
	Superior		Inferior		N°	%
	N°	%	N°	%		
Clase I	68	9,4	232	32,0	300	41,3
Clase II	124	17,1	108	14,9	232	32,0
Clase III	122	16,8	60	8,3	182	25,1
Clase IV	12	1,7	0	0	12	1,7
TOTAL	326	44,9	400	55,1	726	100,0

Fuente: Propia del investigador

En cuanto a la Prevalencia de las clasificaciones Kennedy por maxilares de las 486 historia clínicas revisadas, se encontró que la clase I tiene mayor prevalencia con 300 casos; siguiéndole en orden de prevalencia la Clase II con 232 casos; en la clase III se presenta 182 casos y con un número de casos relativamente mínimo de 12, la Clase IV. (Tabla N°9)

Gráfico N°9



Fuente: Propia del investigador

5.2. Discusión

Existen pocos estudios realizados en Clínicas Universitarias acerca el tema investigado; sin embargo encontramos investigaciones realizadas en otras poblaciones con características similares que podrían servirnos para contrastar los resultados encontrados.

El Presente estudio pretende mostrar con cifras una parte importante de la realidad de la población que acude a la clínica de la Universidad Alas Peruanas.

Teniendo en cuenta que en una arcada edéntula, puede haber varias combinaciones y su tratamiento o requerimiento protésico nos lleva a pensar en dar solución a diversos problemas biomecánicas que abarcan una amplia gama de tolerancia y percepciones individuales. Kennedy propuso una clasificación de arcos edéntulos parciales y Applegate la modifico y reglamento su manejo en cuatro clases, que desde allí, en la observación clínica plasmada en las 486 historias que tomamos como muestra empezamos a verlas por necesidades en cuanto a rango de edad, género y la necesidad de prótesis parcial removible.

En relación con los resultados a la Clasificación Kennedy según maxilares vinculados al género encontramos en la Clase I, la mayor prevalencia de casos se encontró en el maxilar inferior para ambos sexos. El sexo masculino presentó 82 casos y el femenino 150 casos. En la Clase II, el sexo femenino presentó la mayor prevalencia en el maxilar superior con 70 casos, mientras que en el sexo masculino el maxilar superior se encontraron 54 casos y en el inferior 62 casos. En la Clase III, el sexo femenino presentó la mayor frecuencia en el maxilar superior con 90 casos, mientras que el maxilar inferior presento 14 casos. De

similar forma en el sexo masculino, la mayor cantidad de casos se encontró en el maxilar superior con 32 casos. En la Clase IV de los doce casos que se encontraron en el maxilar superior correspondieron seis al sexo masculino y seis al sexo femenino.

Así tenemos, en todas clasificaciones, excepto la clase IV, la mayor cantidad de pacientes correspondieron al sexo femenino. La Clase I tuvo la mayor prevalencia con respecto a las demás clasificaciones. En el sexo masculino, la mayor prevalencia la encontramos también en la Clase I con 112 casos, siguiéndole la Clase II con 100 casos.

Esto coincide con el estudio que realizó Acosta¹ en donde refiere en un estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela en una población de 1.107 personas adultas, mayores de 15 años de edad, las cuales asistieron al Departamento de Diagnóstico Clínico a recibir tratamiento odontológico, 739 (68,9%) requerían algún tipo de tratamiento protésico; el 30,3% son de sexo masculino y el 69,7% del femenino; de lo que nos que existe mayor necesidad de tratamiento protésico por parte del sexo femenino .

Este hallazgo cobra importancia al encontrar similitud en un estudio de Ulloa¹⁴ realizado en el Hospital Regional de Lambayeque, un análisis de la distribución del edentulismo parcial en 535 pacientes que recibieron tratamiento de prótesis parcial entre los años 2004 y 2007. La Clase I fue la más frecuentemente hallada con 36%, la Clase II 28%, la Clase III 30% y la Clase IV 6%.

Esto coincide con el estudio de Noborikawa¹⁶ al hallar que la Clase I fue la más frecuente con un 47%, siguiéndole la Clase II con 27%, la Clase III con 25%.

De la misma forma López¹⁹ en su estudio encontró que la Clase I fue la que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%

Así mismo tenemos los resultados de otro estudio dado por Daviu¹⁵ en el que se evaluó las necesidades de prótesis dental en la población adulta del mercado de Tacna. Se examinaron 2,890 pobladores entre los 15 y 60 años de edad de ambos sexos. Se encontró que la necesidad de uso prótesis parciales removibles es mayor entre los 30 y 39 años (20,97%) y que el sexo no alcanza diferencia significativa en las necesidades de prótesis, a lo que podemos concluir que la inferencia en las proporciones observadas entre dos estudios son significativas.

Por otro lado en cuanto a necesidad protésica de la Clasificación Kennedy relacionados según los rangos de edad; encontramos que, de los 486 pacientes que se realizaron tratamiento de Prótesis Parcial Removible la necesidad protésica removible de clase I de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69, la clase II de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69, la clase III de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69 y la clase IV de Kennedy encuentra su prevalencia en el rango de edad de 60 a 69. Similar resultados fueron encontrados en un estudio transversal hecho por Pella y Ramos¹⁷ acerca de la necesidad de prótesis dental en la población adulta de Pacarán, Cañete, Lima-Perú, encontraron que el 43,5% de la muestra tiene necesidades de prótesis removible clase I de Kennedy, en cuanto a la edad hubo diferencia, pues la población de mayor demanda estaba en el rango de 40 a 59 años. El 40,5% de la muestra eran

portadores de prótesis y los pacientes que requieren tratamiento protésico era de la clase II de Kennedy, estaban en el rango de edad de 60 a 79, entonces podemos inferir que las diferencias en las proporciones observadas en los dos estudios de Pella y Ramos con este estudio son significativas.

López¹⁹ encontró que 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 y es importante recalcar que el trabajo de investigación más cercano fue realizado en la misma clínica de la Universidad que corresponde a el estudio realizado en el 2014 por Cisneros del Aguila, Verástegui, Fernández⁸, en donde mencionan que obtuvieron que el grupo etario de 31 a 50 años presento 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%; 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. Este hallazgo cobra importancia ya que comparando con el presente estudio, vemos que la prevalencia de sigue dándose en el maxilar inferior 55,1%, el sexo femenino también predomina con un 63,4%, observamos que vario con respecto a frecuencia de la clasificación de Kennedy en donde la Clase I tiene mayor presencia 41,3% y predomino en ambos sexos y teniendo menor frecuencia la Clase IV con 1,7%, asi podemos inferir que las diferencias en las proporciones observadas en los dos estudios realizados en la universidad Alas Peruanas en el 2014 y en el 2016 son significativas.

CONCLUSIONES

- Existe una relación importante entre la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, en donde encontramos con claridad que la prevalencia se da en la Clase I y la menor en la clase IV.
- De 726 maxilares edéntulos parciales, la prevalencia es mayor para la clase I con un 43,3% predominando en la mandíbula, seguida de la Clase II con 32% con mayor presencia en el maxilar superior; la Clase III presento un 25,1% con predominio en el maxilar superior y la clase IV presenta menor prevalencia 1,7% en el maxilar superior en su totalidad.
- Existe una mayor necesidad de prótesis dentomucosoportada en ambas arcadas, 65,3% maxilar y 81,9% mandibular, teniendo prevalencia la Clase II. Mientras que la prótesis dentosoportada presento un 34,7% en el maxilar superior y un 18,1% en el maxilar inferior, teniendo prevalencia en la Clase III.
- La asociación de edentulismo parcial según la edad no es significativa, se encuentra una mayor prevalencia en los rangos de 70 años a más con 20,20% seguido del rango de 50 a 59 con un 19,1%; luego el rango de 60 a 69 con un 18,9%, el rango de 40 a 49 con 17,5%, sigue el rango de 30 a 39 presentando un 14,80% y finalmente el rango etario de 20 a 29 con un 9,50%.
- La asociación entre edentulismo parcial y la necesidad de tratamiento protésico con la edad no es significativo, se encuentra una mayor prevalencia en el rango de 60 a 69 años con un porcentaje de 29,00%, seguido del rango

de 70 a más con un 24,30%; luego el rango de 50 a 59 con un 17,50%, el rango de 40 a 49 con 15,40%, sigue el rango de 30 a 39 presentando un 8,20% y finalmente el rango etario de 20 a 29 con un 5,60%.

- La asociación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con el género, es significativa ($p=0,021$), siendo la relación más frecuente la clase I con 50% en el sexo femenino y 27,3% en el masculino; le sigue la clase II con 26,7% en el sexo femenino y 19,8% en el masculino; la clase III presenta un 25,3% en el sexo femenino y un 7,7% en el masculino y la clase IV ambos sexos tienen un 50%.

RECOMENDACIONES

- La universidad debe promover estudios o investigaciones acerca de este tema, con el fin de establecer los factores determinantes del edentulismo en las poblaciones que acuden a atenderse, cuyos resultados permitirán diseñar programas y estrategias para contrarrestar la agudización del problema.
- Es importante y necesario que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia, no solo a nivel de Lima Metropolitana sino también descentralizar a diferentes partes del país, ya que es conocido que el nivel socioeconómico e intelectual repercute en el cuidado de la salud oral.
- Crear un banco de datos Clínicos Odontológicos de todos los pacientes atendidos en la Clínica de la Universidad, para que los docentes y alumnos tengan toda la información requerida para usos de investigación, didácticos y seguimiento de tratamientos de los pacientes.
- Llevar la presente investigación a entidades municipales y/o gubernamentales así como el Ministerio de Salud, ya que gran porcentaje de la población pertenece a distritos de los conos, para que así se aplique proyectos de prevención y salud bucal gratuitos o de costos mínimos para poder reducir los altos índices ya mencionados.
- Según los resultados obtenidos en la presente investigación, se tomen las medidas necesarias para una mejor distribución de las políticas de prevención así como en el mejor manejo clínico de los casos de Clase I y II, al ser estas las clases de Kennedy ya que fueron las clasificaciones que tuvieron mayor índice y son las que más encontraremos en nuestro día a día laboral.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arévalo S. Situación de la salud bucal de la población universitaria hondureña” Rev. Med. Hondur. 2005; 73: 161-63
2. Alves, R., “Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006” Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2347-2353, out; 2008
3. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre el estado de la salud oral en América Latina [internet]: (2009). Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>
4. Acosta F. Edentulismo en Pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela; 2012.
5. Pun D. Incidencia de tipos de prótesis parciales removibles en el este de Wisconsin, Editorial Mundial S.A.I.C y F. Argentina; 2014
6. Curtis DA, Curtis TA, Wagnild GW, Finzen FC. Incidence of various classes of removable partial dentures. The Journal of Prosthetic Dentistry [Internet]. mayo de 1992 [citado 11 de febrero de 2016]; 67(5):664–7. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022391392901679>
7. Daviu D. Necesidad de prótesis dental en la población adulta del Cercado de Tacna. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Facultad de Odontología Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1984

8. Pella M. y Ramos P. Estudio transversal de la necesidad de prótesis en la población adulta de Pacarán. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Facultad de Odontología Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1985.
9. Raygada H. Perfil de la salud bucal y necesidades de tratamiento en una comunidad adulta rural en la sierra central del Perú. [Tesis para obtener el grado de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.; 1988.
10. Vargas S. Necesidad de tratamiento protésico y evaluación de uso condición clínica y subjetiva en un grupo de gestantes del Policlínico Santa Rosa del IPSS y el HNCH del ministerio de salud en SMP. Lima; 1996.
11. Robles M. Prevalencia de pérdida dentaria en relación a la problemática del desdentado y su Rehabilitación en la comunidad rural de Huaylahuichan. Tarma-Junín. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Facultad de estomatología Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.
12. Noborikawa A. 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. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima Perú; 2001
13. MINSA, Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) [internet]. (2007). Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/000_pncs.pdf

14. Díaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
15. López J. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
16. Mendes D. Prevalencia de caries dental en mujeres de 17–45 años atendidas al Instituto Nacional Materno Infantil de Lima; 2010.
17. Luna G. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Loja en el periodo junio – noviembre del 2011. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2011.
18. Sotomayor O., Características de los pacientes edéntulos parciales del pregrado que acudieron al Hospital ESSALUD. 2012
19. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal reestructurada con R.M. N° 525-2012/MINSA
20. Rodríguez LL. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
21. Cisneros M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo

parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Rev. Científica Alas Peruanas [Internet]. 29 de junio de 2014 [citado 11 de febrero de 2016]; 1(1). Disponible en: <http://200.37.174.118/ojs/index.php/SD/article/view/426>

22. Ulloa G. Análisis de la distribución del edentulismo parcial. Hospital Regional de Lambayeque; 2014
23. Loza D. Prótesis Parcial Removible. 1era Edición. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamerica-1992:C.A. pág. 57.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSTANCIA DE EJECUCION DE PROYECTO



CONSTANCIA DE EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Por medio del presente , dejamos constancia que el tesista Pedro Jesús Pingo Herrera, identificado con el DNI 42675342 ha culminado satisfactoriamente con su recolección de datos para su investigación de tesis titulada **“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTESICO SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DEL ADULTO I Y II DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2016”**, mostrando en todo en todo momento eficiencia, puntualidad, responsabilidad y buena formación académica

Se le otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente.

Lima 18 de Noviembre del 2016

Dra. Esp. CLAUDIA CECILIA RUIZ PANDURO

ANEXO 2 : INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



TESIS

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTÉSICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS EN EL PRIMER SEMESTRE 2016

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de Historia Clínica : fecha:.....
 Nombre del paciente:

Clases de Kennedy y sus Modificaciones asociados al tipo de prótesis, edad y género.		
Clase I	Modificación 1	
	Modificación 2	
	Modificación 3	
Clase II	Modificación 1	
	Modificación 2	
	Modificación 3	
Clase III	Modificación 1	
	Modificación 2	
	Modificación 3	
Clase IV	Sin Modificaciones	
Otras Clasificaciones		
Prótesis Dentosoportada	Con Modificación	
	Sin Modificación	
Prótesis Dentomucosoportadas	Con Modificación	
	Sin Modificación	
Edad cronológica en años	20-29	
	30-39	
	40-49	
	50-59	
	60-69	
	70- +	
Genero	Femenino	
	Masculino	
Necesidad de tratamiento protésico		
Necesidad protésica	Maxilar Superior	
	Maxilar Inferior	
Necesidad protésica	Masculino	
	Femenino	

Observaciones:

.....



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTÉSICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA UAP, PRIMER SEMESTRE 2016

<i>Problema</i>	<i>Objetivos</i>	<i>VARIABLES</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Índices</i>	<i>Metodología</i>
<p><u>1. P. Principal</u></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad de tratamiento protésico según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto I y II de la Universidad Alas Peruanas, en el primer semestre 2016?</p> <p><u>2. P. Secundarios</u></p> <p>a) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase I de Kennedy y sus Modificaciones?</p> <p>b) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase II de Kennedy y sus Modificaciones?</p>	<p><u>1. Objetivo General</u></p> <p>Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico en pacientes atendidos en la clínica estomatológica del adulto de la Universidad Alas Peruanas, primer semestre 2016</p> <p><u>2. Objetivos Específicos</u></p> <p>a) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase I de Kennedy y sus modificaciones.</p> <p>b) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase II de Kennedy y sus modificaciones.</p>	<p><u>VARIABLES</u></p> <p>1. Edentulismo Parcial</p> <p>2. Necesidad de tratamiento protésico</p>	<p>1. Clasificación de Kennedy y modificaciones.</p> <p>a) Clásicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV <p>b) Otras variante:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prótesis Dentosoportadas 	<p>1. Historias Clínicas</p> <p>2. Historias Clínicas</p>	<p>1. Tipo de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativa -Retrospectiva - Transversal -Descriptivo <p>2. Población:</p> <p>3460 pacientes de ambos sexos atendidos en la Clínica</p>

c) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase III de Kennedy y sus Modificaciones?	c) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase III de Kennedy y sus modificaciones.				del adulto de la Universidad Alas >Peruanas en el primer semestre del 2016
d) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en la Clase IV de Kennedy?	d) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en la clase IV de Kennedy.		-Prótesis Dentomucosoportada		
e) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en otras variantes no clásicas de Kennedy?	e) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en otras variantes no clásicas de Kennedy.	<u>Covariables</u>		- 20-29 años	6. Muestra.
h) ¿Cuáles son las necesidades de tratamiento con prótesis dentosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy?	h) Determinar las necesidades de tratamiento con prótesis dentosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy.	Edad	-Edad cronológica en años	- 30-39 años - 40-49 años - 50-59 años - 60-69 años	Probabilístico – aleatorio simple El cálculo de la muestra se hizo utilizando la fórmula para una población finita.
i) ¿Cuáles son las necesidades de tratamiento con prótesis dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy?	i) Determinar las necesidades de tratamiento con prótesis dentomucosoportada de acuerdo a la clasificación de Kennedy.			- 70 a más años	Corresponde a 486 pacientes de ambos sexos.
j) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico de acuerdo a la edad?	j) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico de acuerdo a la edad.	Género	Sexo	Masculino Femenino	
k) ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico de acuerdo al género?	k) Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la necesidad de tratamiento protésico de acuerdo al género.				

ANEXO Nº 4 FOTOGRAFÍAS



TESIS

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO PROTÉSICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA



FOTO Nº1: Área de archivo de la Clínica Estomatológica de la UAP



FOTO Nº2: revisión y estudio del área de archivo de la Clínica Estomatológica de la UAP



FOTO N°3: revisión de protocolo de PPR

HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DEL ADULTO

INFORMACIÓN GENERAL

Historia Clínica N° 23121

Nombre del Paciente: Andrés Soto

Nombre del Alumno: Don Miguel Cepeda Código del Alumno: 2002

Dirección del alumno: Las 52 Juntas Teléfono fijo N°: _____

Teléfono celular N°: _____ Correo electrónico: _____

Semestre Académico: _____ Ciclo: _____ Sec.: _____ Turno: _____

Fecha de Apertura: _____

Firma del Alumno: [Signature] Huella Digital: [Fingerprint]

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL DEL ADULTO

FOTO N°4: Historia Clínica.

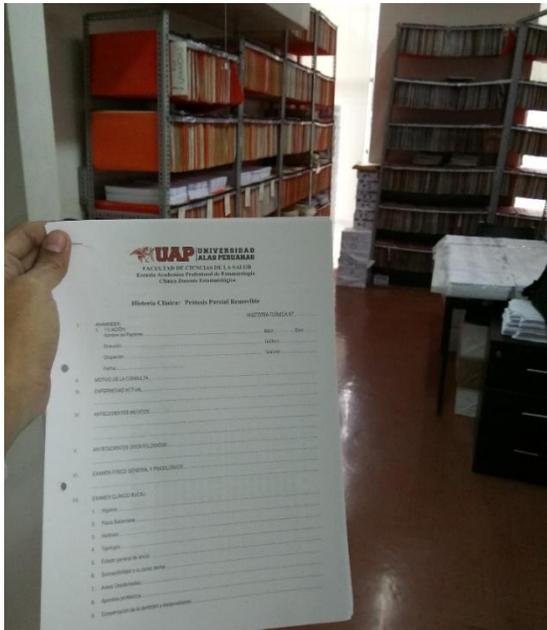


FOTO N°5: Área de Archivo. Protocolo de Prótesis Parcial Removible.

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Académica Profesional de Estomatología
 Clínica Docente Estomatológica

FICHA DE CONTROL CLINICO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Nro.	RESPONSABLE	PROCESOS	FECHA	DOCENTE Primer
1.	Clínica	Selección y adaptación de cubeta de stock	Sup. Inf.	
		Impresión de modelos de estudio Material Alginato	Sup. Inf.	
2.	Pre-Laboratorio	Vaciado de impresión para modelos de Estudios y zonolado "base tipo II"	Sup. Inf.	
		Duplicado de modelo de estudio	Sup. Inf.	
3.	Pre-Laboratorio	Enfermo de diagnóstico	Sup. Inf.	
4.	Clínica	Registro intermaxilar	Sup. Inf.	
		"ESTÁTICA Relacion Ocular Oclusionar Maxilar" "DINÁMICA Lateralidad Derecha Lateralidad Izquierda Protrusion"	Sup. Inf.	
5.	Pre-Laboratorio	Montaje y programación de modelo de estudio (ASA) Equipo oclusal en modelo de estudio	Sup. Inf.	
		Paralelizado de modelo de diagnóstico	Sup. Inf.	
6.	Clínica	Diseño Preliminar Presentación del caso clínico	Sup. Inf.	
7.	Pre-Laboratorio	Colección de la cubeta individual del modelo duplicado	Sup. Inf.	
8.	Clínica	Presentación Bioestética	Sup. Inf.	
		Impresión Definitiva	Sup. Inf.	
9.	Pre-Laboratorio	Vaciado de impresión para modelo de trabajo Zonolado	Sup. Inf.	
10.	Clínica	Registro en estática	Sup. Inf.	
		Montaje en articulador semi-ajustable del modelo de trabajo	Sup. Inf.	
		Transferencia del impedimento del modelo de estudio al modelo de trabajo	Sup. Inf.	
11.	Pre-Laboratorio	Paralelizado	Sup. Inf.	

FOTO N°6: Protocolo de Prótesis Parcial Removible.