



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL
CAJAMARCA 2015**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: Eduar B. Lucano Campos

PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

CAJAMARCA – PERÚ 2016

DEDICATORIA.

Si en el vivir cotidiano de las personas, hay momentos gratos, esta es la oportunidad que se me presenta para reconocerlos.

El presente trabajo lo dedico a mi familia LUCANO CAMPOS a mí admirable e incomparable esposa M. Elidia Huayac Huamán y mi adorada hija Tatiana Milleth Lucano Huayac por ser mi fuente de inspiración; a mis admirables padres Ismael y Leonila por sus sacrificios y apoyo inquebrantable; a mis hermanos, por ser parte de mi vida y fuente de inspiración.

Todas estas personas tan maravillosas han hecho de mí lo que soy; gracias a su ejemplo, cariño y afecto me han sabido guiar día a día por el camino del bien y enseñarme los buenos principios y valores que me han servido y me servirán para el desenvolviendo de mi vida profesional. Por todo esto y mucho más mi dedicatoria es para ustedes como una retribución a cambio de sus bondades prestadas y aliento para culminar la presente investigación.

AGRADECIMIENTO

Al culminar una etapa muy significativa de mi vida, quiero expresar mis agradecimientos más profundos en primer lugar a Dios por haberme cuidado y guiado por el camino de la felicidad y a la facultad de medicina humana y ciencias de la salud de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, por haberme acogido en sus aulas y mostrarme el camino para la formación de mi Carrera profesional como estomatólogo. A mis docentes, distinguidos profesionales Odontólogos, Médicos Cirujanos Biólogos y químicos farmacéuticos, patólogos quienes con su dedicada labor han contribuido a mi formación académica, técnica y científica, aspectos elementales para poder afrontar los nuevos retos y obstáculos en el ejercicio de mi profesión. Pero de manera muy especial elevo mi agradecimiento imperecedero al C.D. Manuel E. Guzmán, Paola Vera lucero, al Mg: Walter E. Janampa C, quienes con sus consejos, conocimientos y experiencia me condujeron a la culminación del presente trabajo.

Gracias a todas las personas que de una u otra manera me ayudaron para que este trabajo de investigación tenga éxito en su realización.

RECONOCIMIENTO:

A la Universidad Alas Peruanas por su compromiso con el estado peruano, en la formación de nuevos profesionales en el ámbito nacional.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| CARATULA | i |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RECONOCIMIENTO | iv |
| ÍNDICE | v |
| RESUMEN | viii |
| ABSTRACT | x |
| INTRODUCCIÓN | xii |
| | |
| CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO | 01 |
| 1.1. DESCRIPCIÓN DELA REALIDAD PROBLEMÁTICA | 01 |
| 1.2. DELIMITACIÓN DELA INVESTIGACIÓN | 04 |
| 1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL | 04 |
| 1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL | 04 |
| 1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL | 04 |
| 1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL | 04 |
| 1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN | 05 |
| 1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL | 05 |
| 1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS | 05 |
| 1.4. OBJETIVOS DELA INVESTIGACIÓN | 06 |
| 1.4.1. OBJETIVO GENERAL | 06 |
| 1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 06 |
| 1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DELA INVESTIGACIÓN | 07 |
| 1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL | 07 |
| 1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS | 07 |
| | v |

| | |
|---|-----------|
| 1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL) | 08 |
| 1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 09 |
| 1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 09 |
| a) TIPO DE INVESTIGACIÓN | 09 |
| b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 09 |
| 1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 09 |
| a) MÉTODO DE INVESTIGACIÓN | 09 |
| b) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 09 |
| 1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN | 10 |
| a) POBLACIÓN | 10 |
| b) MUESTRA | 10 |
| 1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 11 |
| a) TÉCNICAS | 11 |
| b) INSTRUMENTOS | 11 |
| 1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 12 |
| a) JUSTIFICACIÓN | 12 |
| b) IMPORTANCIA | 13 |
| c) LIMITACIONES | 13 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO II: MARCOTEÓRICO | 14 |
| 2.1. ANTECEDENTES DELAINVESTIGACIÓN | 14 |
| 2.2. BASESTEÓRICAS | 18 |
| 2.3. DEFINICIÓN DETÉRMINOS BÁSICOS | 29 |
| | |
| CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | 32 |
| 3.1. ANÁLISIS DETABLASY GRÁFICOS | 32 |
| 3.2. DISCUSIÓN DE RESUTADOS | 44 |
| 3.3 CONCLUSIONES | 48 |
| 3.4 RECOMENDACIONES | 50 |
| 3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN | 51 |
| | |
| ANEXO | 54 |
| | |
| 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA | 55 |
| 02 ENCUESTA – CUESTIONARIO – ENTREVISTA. | 57 |

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la frecuencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en Los pacientes atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

El universo estuvo constituido por 132 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en las instalaciones de la clínica de la universidad Alas Peruanas filial Cajamarca, en el año 2015, siendo 51 historias clínicas de género masculino y 81 historias clínicas de género femenino, esto tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión.- historias clínicas que cuentan con los criterios de selección como edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes que han sido atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca 2015.

Exclusión- hemos considerado a los pacientes registrados en estas historias clínicas como edentulos totales, dentados completos ya que estas historias clínicas no serán consideradas porque están fuera del requerimiento de dicho trabajo de investigación como frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca 2015

En cuanto a la metodología, se puede señalar que la investigación es de tipo básico, retrospectivo, de corte transversal descriptivo y observacional, porque mediante la observación directa y la evaluación clínica pude describir la situación existente, y de tipo corte transversal por razón de que la recolección de datos se la hizo en un tiempo determinado.

Para lograr el objetivo se verificaron los datos personales y el odontograma de las historias clínicas de los pacientes que han sido atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca, se llenó los datos personales como N° de historia clínica, edad, género y un oclusograma, la ficha donde hemos considerado en el anexo 02, para establecer la frecuencia de la pérdida de piezas dentales; se llenó respectivamente el oclusograma mediante este instrumentos se procedió a realizar la clasificación.

Los resultados de la investigación revelaron que:

La clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares tanto en maxilar superior como en maxilar inferior y en ambos géneros en los maxilares superiores masculino y femenino con un total de 35.1%, maxilar inferior masculino y femenino con un total de 47.2% estos datos divididos en clase estricta y sus modificaciones como modificación 1 modificación 2 modificación 3.

El rango menor Según la edad es de 61 a 60 años, con un 4.5% y el rango más alto esta entre los 31 a 40 años con un total de 38.6% Según el Género, está compuesta por varones con un total de 51% y de mujeres está compuesta con un total de 81% por lo tanto en los varones como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III es la más frecuente según la clasificación de Kennedy.

Palabras clave: edentulismo parcial, clasificación de Kennedy.

ABSTRACT

This study aimed to determine the incidence of Edentulism Partial Classification according to Kennedy in patients treated at the facilities of the dental clinic at the University Alas Peruanas subsidiary Cajamarca.

The universe consisted of 132 medical records of patients who were treated at the facilities of the university clinic Alas Peruanas subsidiary Cajamarca, in 2015, with 51 medical histories of male and 81 medical records of female gender, that taking into the criteria for inclusion and exclusion.

In terms of methodology, it can be noted that the research is basic, retrospective, descriptive and observational cross-sectional, because by direct observation and clinical evaluation I could describe the situation, and cross-sectional type for the reason that data collection was made at a given time.

To achieve the objective data and odontograma of medical records of patients who have been treated at the facilities of the clinic Wings Peruvian University subsidiary Cajamarca, data as No. medical history, age, gender filled checked and oclusograma the tab where we have considered in Annex 01 to set the frequency of tooth loss; oclusograma it filled respectively by the instruments we proceeded to perform the classification.

The research results revealed that: Class III Kennedy is the most common in both jaws in both maxilla and mandible and both sexes in the higher male and female jaws with a total of 35.1 %, lower jaw male and female with a total of 47.2 % of these strict data divided into class and its modifications as modification1 modification2modification3.

Depending on the age, the lower range is from 61 to 60 years, with a 4.5 % and the highest range is between 31 to 40 years with a total of 38.6 % According to the Gender, it consists of men with a total of 51 % and women is composed with a total of 81% both in men and women and in both maxillary Class III Kennedy is the most common.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las causas son diversas, siendo la principal la caries dental y la enfermedad periodontal.

La prótesis de un edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de la piezas dentarias en boca.

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

Debido a la poca investigación referente al tema en nuestro medio, es que nuestro estudio denominado, **“FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CAJAMARCA EN EL AÑO 2015”**, pretende conocer y

analizar la frecuencia del edentulismo parcial según dicha clasificación, reconocer la principal o principales causas que producen la pérdida de piezas dentales y la frecuencia de pérdida de cada una de estas piezas, en si la situación de salud oral del edéntulo parcial en cierta población del país, para lo cual se eligió las historias clínicas de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca.

Con la recolección teórica y los resultados de la investigación de campo, desarrollé la discusión en donde realizare un análisis descriptivo y comparativo con datos obtenidos de otros investigadores de nuestro país y fuera del país,

El presente trabajo queda a consideración de los estudiantes de la carrera de Estomatología, Egresados y público en general para que le sirva como medio de información, indagación y apoyo para otras investigaciones posteriores.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Históricamente el edentulismo siempre fue un problema importante para la población mundial, siglos atrás inclusive se realizaban exodoncias como castigos severos¹, en la actualidad los avances odontológicos clínicos en los tratamientos restaurativos, protésicos, preventivos como también el aspecto promocional mejoraron la salud bucal general y en consecuencia se logró disminuir la pérdida de las piezas dentarias y sus consecuencias que perjudican tanto el aspecto funcional como el estético, siendo la mayoría de veces el aspecto estético la fuerza motivadora que impulsa el tratamiento odontológico del paciente ¹.

El edentulismo es una condición irreversible que en los países desarrollados está disminuyendo de acuerdo con los años según datos obtenidos por el National Center for Health Statistic (centro nacional para la salud estadística), citados por Holtzman el 50% de los mayores de 65 años eran edéntulos sin embargo en 1986 The National Survey of Adult Dental Health (la encuesta nacional de salud dental para adultos indicó) que el porcentaje de edéntulos

(mayor de 65 años) había disminuido al 42% de los cuales el 56% eran edéntulos parciales y el 2% edéntulo total ².

En la actual población las enfermedades más frecuentes en la cavidad oral son la caries dental y la enfermedad periodontal, que dan como resultado final la pérdida de los dientes afectados ³, por otro lado Osborne y Col indicaron que más del 90% de las extracciones son atribuibles a la caries dental y periodontitis ⁴.

Varios estudios señalan a la caries como la principal causa de pérdida dentaria por sobre la periodontitis desde épocas tempranas de la vida ^{5,6,7} un estudio realizado en la población americana (1976) citados por Ettinger 1982 indicaron que la prevalencia de pérdida dentaria por enfermedad periodontal y cáncer oral se incrementaron con el paso de los años ⁸.

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 escasa y pobre información que se brinda a la población sobre medidas preventivas de promoción, rehabilitación adecuada de la salud bucal y la inaccesibilidad de los servicios de salud ⁹.

El presente estudio sobre frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015 tiene importancia académica porque nos permitirá conocer la frecuencia de la clase del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la población

Cajamarquina. Además que nos permitirá realizar comparaciones con otros estudios realizados tanto en nuestro país como en otros países.

El propósito de este estudio consistió en encontrar la frecuencia de la clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015 y con estos datos poder hallar soluciones y políticas de salud adecuadas para lograr disminuir el problema del edentulismo y sus consecuencia.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.

El presente trabajo de investigación se desarrollará con las historias clínicas de los pacientes de género masculino y femenino atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015.

1.1.2. DELIMITACIÓN SOCIAL.

Este proyecto está direccionado a los pacientes de 20 a 70 años de edad de ambos géneros atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca.

1.1.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.

El presente proyecto se realizará desde el 04 de enero hasta el 15 de marzo del año 2016, los datos serán obtenidos de las historias Clínicas de los pacientes atendidos desde el 04 de abril hasta el 12 de diciembre del año 2015 en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca.

1.1.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Esta direccionada al tema de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruana filial Cajamarca.

1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuál es la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca año 2015?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.

A. ¿Cuál de los maxilares está más predispuesto a ser afectado por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015?

B. ¿Qué género tiene mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015?

C. ¿A qué edades afecta más, el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- A. Seleccionar cuál de los maxilares es más predisponente a ser afectado por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

- B. Seleccionar, que género tiene mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

- D. Seleccionar, las edades que son más afecta, por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.

La Hipótesis está implícita por ser estudio descriptivo

1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIA.

1.5.3. VARIABLES (DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

Edentulismo parcial.

a. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

El edentulismo parcial es la pérdida de algunos de los dientes en una persona adulta, fuera del periodo infantil de caída de los dientes deciduos y salida de los permanentes.³²

b. DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Clase de brecha edéntula según la clasificación de Kennedy el cual fue determinado según el odontograma registrado en la historia clínica (clase I, II III o IV). Además se determinó la modificación, la cual se define como el número de espacios edéntulos adicionales (1, 2 o 3). Sólo la clase IV no presenta modificaciones. Si las clases I, II y III no presentaron modificaciones, se les consideró como clases estrictas.¹⁸

- **Edad**

. **Definición conceptual:**

Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales."³³

. Definición operacional:

Según la edad registrada en la historia clínica evaluada. Para el presente estudio se consignó los siguientes rangos de edad: 20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70.

- Género:

.Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas.”³³

.Definición operacional: Según el género registrado en la historia clínica, clasifica en femenino o masculino.³³

| VARIABLES | ÍNDICE | CATEGORÍAS | TIPO | ESCALA |
|----------------------------|--------------------------|---|--------------|----------|
| EDENTULISMO PARCIAL | CLASIFICACIÓN DE KENNEDY | Clase I de Kennedy (modificaciones 1,2 y 3) | CUALITATIVO | NOMINAL |
| | | Clase II de Kennedy (modificaciones 1,2 y 3) | | |
| | | Clase III de Kennedy (modificaciones 1,2 y 3) | | |
| | | Clase IV de Kennedy | | |
| EDAD | GRUPOS ETÁRIOS | 20-30 | CUANTITATIVO | DE RAZÓN |
| | | 31-40 | | |
| | | 41-50 | | |
| | | 51-60 | | |
| | | 61-70 | | |
| GÉNERO | | MASCULINO | CUALITATIVO | NOMINAL |
| | | FEMENINO | | |

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación está enmarcada dentro del esquema de investigación de tipo básico, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo y observacional.

b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El estudio que se realizara, es de nivel de investigación descriptiva, que se encargará de describir los datos, copiar y analizar para obtener un resultado.

1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a) MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Porque mediante la evaluación de las historias clínicas se podrá determinar situación existente.

b) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El método de investigación es de corte transversal y cuantitativo.

Transversal.- Debido a que se estudiaron las variables en determinados momentos durante un período de tiempo.

Cuantitativo.- Debido a que se registraron todos los casos de edentulismo según la Clasificación de Kennedy.

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

a) POBLACIÓN.

La población está conformada por todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015 entre los 20 y 70 años de edad que cumplieron con los criterios de selección.

b) MUESTRA.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula que nos proporciona el muestreo cuando el interés es estudiar la proporción en un estudio descriptivo:

$$n = \frac{NZ^2 PQ}{(N-1) d^2 + Z^2 PQ}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

Z: Valor estándar de la distribución normal asociado a un nivel de confianza

d: error de muestreo

PQ: varianza para variable categórica

Considerando un 95% de confianza ($z=1.96$), una varianza máxima que asegure un tamaño de muestra suficientemente

grande (PQ=0.25), un error de muestreo de 5% (d=0.05), para un tamaño poblacional de N=200, se obtiene:

$$n = \frac{(200) (1.96)^2 (0.25)}{(199) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25)} = 131.7 = 132$$

Es decir, la muestra estaría conformada por 132 historias clínicas, haciéndose la selección al azar.

1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) TÉCNICAS.

Los datos serán recolectados de las Historias Clínicas en una ficha elaborada para tal fin, la cual incluyó los datos completos del paciente, un oclusograma en donde se marcaron las piezas ausentes y un cuadro en donde se determinó la clase de Kennedy y su modificación. (ANEXO 1)

Se va utilizar como técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Guía de observación directa.- Mediante esta se registró las clases y modificaciones de Kennedy y las reglas que las condicionaron.

Historia Clínica.- Fue llenada por los alumnos de pre grado y validada por dos docentes de la carrera de Odontología, estuvo compuesta por preguntas cerradas, sirvió para determinar las clases y modificaciones de Kennedy a más de las causas y frecuencia de pérdida dental.

b) INSTRUMENTOS.

Fichas de recolección de datos elaborada por el operador.

c) FUENTES.

Historias clínicas de los pacientes que forman parte de los datos para el estudio.

1.6.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

a) JUSTIFICACIÓN.

El presente estudio consiste en encontrar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca y con estos datos poder hallar soluciones y políticas de salud adecuadas para lograr disminuir el problema del edentulismo y sus consecuencias, especialmente en las zonas de bajos niveles socio-económicos, para ello habrá que conocer las características, complejidad, magnitud y de esta manera poder planificar las acciones que deban realizarse por las autoridades pertinentes.

Estableciendo cuál es la frecuencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy de los pacientes que acuden al servicio odontológico, de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca, se identificará la clase de Kennedy más frecuentemente hallada y por lo tanto el número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial entre los 20 y 70 años de edad de ambos géneros. Permittiéndonos tener una idea de hacia donde debemos de dirigir nuestra atención en la rehabilitación oral del paciente edéntulo parcial.

Conociendo cuál es la demanda de tratamientos de prótesis parcial removible en el servicio de rehabilitación oral se podría considerar mejorar el equipamiento y la capacitación del personal que participan

en el proceso de rehabilitación protésica del edéntulo parcial con el fin de cubrir satisfactoriamente las necesidades de la población de la región de Cajamarca.

b) IMPORTANCIA.

Hasta el momento no existe un reporte de la cantidad de pacientes edéntulos parciales y su clasificación según Kennedy que acuden al servicio de estomatología de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca con necesidad de tratamiento protésico que pueda permitir futuras comparaciones y saber si hay mejoras en la capacidad del paciente de mantener las piezas dentarias en boca que nos indique el estado de salud oral y por lo tanto el éxito o fracaso en la educación al paciente acerca de la prevención y cuidado de la salud bucal.

c) LIMITACIONES.

En este proyecto consideramos desde la clase I hasta la clase IV que clasifico Kennedy y las dos clases más que quisieron agregar otros autores no serán consideradas para este estudio. Como son la clase V y la clase VI

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

2.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES.

J. Carrera (2005) “Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes de A.A.H.H “sol naciente del distrito de Carabaylo - lima en el año 2006. El estudio fue de tipo transversal y el desarrollo fue cuantitativo. En este estudio se evaluó un total de 127 pobladores mayores de 14 años de edad que cumplieron con los criterios de selección. Entre los principales resultados encontramos que presentaron algún tipo de edentulismo parcial un 66.1% de la población evaluada, de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cuanto a la edad se registró que la clase III también fue la más frecuente casi todos los decenios, excepto en el séptimo decenio donde la clase II fue la más frecuente en ambos maxilares, también se

registró que el edentulismo parcial del maxilar inferior fue el más frecuente y el sexo femenino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial. ¹⁰

J. López (2009) “prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación oral del centro médico naval. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres. El promedio de edad general fue de 58.8 años y la pieza ausente con mayor frecuencia fue la pieza 4.6 (5,30%), y la menos frecuente la pieza 3.3 (0,45%). La Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%. La Clase I mandibular estricta (sin modificación) resultó ser la más frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones con el 20.4% .No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. 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 para luego disminuir la frecuencia en casi la misma proporción en que aumentaron. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino.”¹¹

Belaúnde-Gómez y col (2012) realizaron un estudio transversal, observacional y descriptivo en el distrito de Cajabamba (Cajamarca, Perú) con una muestra de 148 personas encontrando que el 100% de edéntulos totales superior es parciales inferiores acudieron al dentista por última vez al presentar sintomatología dolorosa, mientras que el 100% de edéntulos totales acudió para la confección de una prótesis. En mayor proporción, los dentados visitaron por última vez al dentista en un tiempo

menor a 12 meses siendo el 33,73% y los edéntulos totales y edéntulos parciales bimaxilares acudieron en mayor proporción al dentista en un tiempo mayor a 5 años, con un 36,36%. Concluyen en que existe una relación significativa entre el acceso a la atención dental y el edentulismo.¹³

L. Rodríguez. (2013) “prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de moche” Antecedentes de problema.- el propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, entre 20 – 70 años, que fueron atendidos en la clínica estomatológica de moche durante los años 2008-2012. Planteándose los siguientes objetivos determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de moche, se encontró mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos de edad. No se alió diferencia estadísticamente significativa entre las variables.”¹⁴.

2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

G. Luna (Ecuador 2011) “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”, el presente estudio tuvo como objetivo conocer la incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los internos del centro rehabilitación social de la ciudad de Loja. La muestra estuvo constituido por 414 internos, 373 de sexo masculino y 41 de sexo femenino, esto tomando los criterios de inclusión y exclusión.

El tipo fue: observacional y descriptivo, porque mediante la observación directa y la evaluación puede describir la situación existente y de tipo

transversal por la razón de que la recolección de datos se hizo en un tiempo determinado. Para lograr el objetivo se examinó la cavidad bucal de los internos, se llenó una historia clínica, para establecer las causas y la frecuencia de la pérdida de piezas dentales; se tomaron fotografías de todos los maxilares parcialmente edéntulos e impresiones, mediante estos instrumentos se procedió a realizar la clasificación. 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 59 años, la clase III de Kennedy es la más frecuente, a excepción del rango de mayores de 60, en la cual la clase I es la que predomina. Según el Sexo, tanto en los hombres como en las mujeres y en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue la más frecuente. “12

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. EDENTULISMO PARCIAL

“El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca”.¹⁵

“La pérdida parcial o completa de la dentición natural es el resultado de traumatismos o 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 el edentulismo parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura.”¹⁵

Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporomandibulares. Ellos crean a su vez problemas funcionales. ¹⁶

“Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de sus dientes. Las dos principales enfermedades que causan la pérdida dental son la caries y la enfermedad periodontal (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un

diente, como son: Desgastes de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconcluso, fracturas dentales etc.”¹⁶

La caries dental es uno de los trastornos más comunes, después del resfriado común. Suelen aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes. Es una enfermedad infecciosa, producida por bacterias principalmente *S. Mutans* y *lactobacillus*, esta enfermedad produce la pérdida progresiva de la estructura dental, mediante ácidos que son productos del metabolismo bacteriano produciendo socavados en los tejidos duros del diente, por lo cual si no es tratada a tiempo llevará a una destrucción avanzada, afectando a la pulpa del diente, produciendo infecciones y otras consecuencias. En etapas tardías de destrucción e infección muchas veces el diente ya no puede ser tratado y no tendremos más remedio que realizar la extracción del mismo.¹⁶

La placa bacteriana es el factor etiopatogénico de la caries. “El PH de la placa en ayunas suele ser neutro o ligeramente ácido, disminuye muy rápidamente tras la exposición a los hidratos de carbono fermentables y se recupera con lentitud, hasta que al cabo de 30-60 minutos vuelve al valor de reposo. En las personas con baja actividad cariosa el pH de reposo está entre 6,5 y 7 y puede permanecer por encima de 5 tras la exposición a la glucosa, recuperándose en un plazo normal. No obstante, en las personas con gran actividad cariosa, el pH de reposo es más bajo, el descenso tras la exposición a la glucosa lo sitúa por debajo de 5 y tarda mucho más en recuperarse.”¹⁷

El nivel hasta el cual disminuye el pH tras la ingesta de hidratos de carbono es fundamental en la actividad cariogénica de la placa. La desmineralización del esmalte se produce cuando los ácidos del metabolismo bacteriano dan lugar a una disminución del pH hasta el

punto en el que la hidroxiapatita se disuelve. El pH en el que esto sucede está entre 5,2 y 5,5 es el llamado pH crítico.¹⁷

Los aportes frecuentes de hidratos de carbono dan lugar a una repetición de los periodos de acidez, lo cual hace que muchas bacterias no puedan sobrevivir, sin embargo, la acidez favorece el crecimiento de las bacterias acidúricas, como *S. Mutans* y *Lactobacillus*, que acaban siendo predominantes en la placa. Si se mantiene el aporte frecuente de sustancias fermentables, la producción de ácido sobrepasa la capacidad de los mecanismos de neutralización de la saliva y de la placa y se produce la desmineralización de las superficies dentarias. La sucesión de procesos de desmineralización sin la remineralización dará lugar finalmente a la aparición de la lesión cariosa en la zona afectada.”¹⁷

“La mayor parte de las 200 a 300 especies de microorganismos habitantes de la placa no están directamente involucradas en el proceso de caries. En el desarrollo de la caries tienen especial interés dos gémenes bacterianos, los estreptococos *Mutans* y los *Lactobacilos*. Los estreptococos *Mutans* van a encontrarse en mayor cantidad durante las fases iniciales del desarrollo de las lesiones cariosas, para luego disminuir y ser los *Lactobacillus* los que se presenten en mayor cantidad en las lesiones cariosas avanzadas, es decir el *S. Mutans* está involucrado en el inicio de la lesión y los *Lactobacillus* están relacionados con el progreso.”¹⁸

“La enfermedad periodontal es aquella que afecta e involucra a cualquiera de las estructuras de soporte de los dientes (encía – hueso alveolar – ligamento periodontal) y que esta enfermedad junto a las caries son la principal causa de pérdida de piezas dentales.”¹⁹

“Periodontitis es el nombre que reciben un conjunto de enfermedades infecciosas causadas por bacterias que afectan a las encías y a los tejidos y estructuras que rodean, protegen y sujetan al diente en la boca.”²⁰

Cerca del 30% de las personas tienen susceptibilidad genética de sufrir esta condición, es una de las enfermedades orales más comunes; el término de periodontal, científicamente se refiere tanto a la gingivitis como a la periodontitis (conocida como Piorrea).²⁰

“La enfermedad del periodonto es detectable clínicamente, se halla muy difundida y sus consecuencias son diversas. Una de las principales causas de la pérdida de los dientes es la enfermedad periodontal invasora que ataca al epitelio que reviste el surco, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical aproximándose a la raíz del diente, produciendo grandes bolsas y destruyendo el hueso subyacente.”²¹

Otro dato importante es que muchas veces la enfermedad periodontal está directamente relacionada con otras enfermedades sistémicas del paciente como la diabetes y enfermedades cardiovasculares.²¹

“La periodontitis ocurre cuando la inflamación y la infección de las encías (gingivitis) se deja sin tratamiento o cuando el tratamiento se demora. Dicha infección e inflamación se disemina desde las encías hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes

en los adultos. No es un trastorno común en la niñez, pero se incrementa durante la adolescencia. Las bolsas características de esta dolencia generalmente se llenan de sarro y placa, debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se presente infección y también se puede desarrollar un absceso dental, lo cual aumenta la proporción de la destrucción ósea.”²²

“La etiología de la periodontitis reside en las bacterias. Sin ellas no habrá enfermedad. Sin embargo, su evolución y progresión dependen de otros mecanismos, como la respuesta individual a las bacterias, ya sea inflamatoria o inmune, y también del componente genético de cada uno. Una vez presentes, las bacterias desencadenan una respuesta por parte del hospedador que puede variar dependiendo de cada uno, siendo, por eso, más o menos destructiva. El componente genético es algo más reciente y tiene como fundamento el hecho de existir distintos polimorfismos que determinan que cada persona tenga una respuesta más o menos exacerbada, o sea, más o menos lesiva de sus propios tejidos”.²³

“Los traumatismos dentales son agresiones producidas en los dientes por un hecho violento que tiene consecuencias directas sobre un diente. En casos leves un traumatismo no tiene por qué tener consecuencias negativas, pero en caso de grandes traumas las consecuencias pueden ser fatales.”²⁴

Los golpes en la cara y boca pueden lesionar dientes y/o tejidos de soporte. Al recibir un golpe es necesario acudir a control odontológico ya que muchas veces aun cuando no aparezcan síntomas de algún daño en el momento del accidente, pueden aparecer secuelas

posteriores con el tiempo, entre otros, oscurecimiento de dientes (dientes grises o negros) e infecciones.²⁴

Generalmente las extracciones voluntarias se realizan por la mala posición de las piezas dentarias. “Entendemos como dientes erupcionados en posición ectópica a aquellos que erupcionan, total o parcialmente, fuera de su normal ubicación dentro de la arcada dentaria.²⁴

Por regla general, este problema afecta principalmente los últimos dientes de cada serie, es decir, terceros molares, segundos premolares, caninos e incisivos laterales.²⁴

La extracción de estos dientes erupcionados en posición anómala puede estar motivada por razones estéticas, protésicas, funcionales u ortodoncias, por patología pulpar de dichos dientes o periodontal de la zona donde están situados, para evitar procesos de caries en los dientes vecinos, o por producir ulceraciones de las mucosas o de la lengua. En principio, es preferible extraer el diente mal alineado o ectópico que otro en correcta posición en la arcada dentaria.²⁴

Los dientes erupcionados en posición ectópica (linguoversión, vestibuloversión, mesioversión, etc.) presentan una relación con los dientes vecinos, las corticales óseas y los órganos vecinos, distinta que los erupcionados dentro de la arcada dentaria normal. La arquitectura del hueso es distinta y las posibilidades de acceso son diferentes. Por todo ello la técnica para su extracción vendrá condicionada por estas variaciones, aunque se pueden aplicar las reglas fijas para toda exodoncia: buscar la vía de menor resistencia y con el menor traumatismo posible.”²⁵

“Las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. La mayoría de los clínicos señalan: 1. alteraciones estéticas; 2. disminución de la eficacia de la masticación; 3, inclinación, migración y rotación de los dientes restantes; 4.extrusión de dientes; 5.pérdida del apoyo para los dientes; 6. Desviación mandíbular; 7. Atrición dental; 8. Pérdida de la dimensión vertical; 9. disfunción de la articulación temporomandíbular; 10. Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.”²⁶

La pérdida de los dientes naturales puede afectar la oclusión del paciente en varias formas. Tal vez afecte a los dientes restantes causando su inclinación, migración, rotación, extrusión, intrusión o atrición así como también puede desviarse la mandíbula.²⁶

Algunos de los factores anteriores en especial la inclinación y migración de los dientes, puede reducir su apoyo periodontal y causar a si la pérdida del hueso alveolar. Algunas de las secuelas pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandíbular. La mayor parte suele disminuir la eficacia en la masticación. Estos factores afectan de manera adversa, la salud y el bienestar de los individuos.”²⁶

“Es muy grande el número de combinaciones distintas de los dientes existentes en el arco dental en el cual estén ausentes una o más piezas dentarias. Con el objetivo de simplificar la descripción, comprensión y el diseño de las prótesis parciales en las arcadas edéntulas, se han creado varios tipos de clasificaciones en prótesis parcial removible. Se dice que a Kennedy E. y a Rumpel, se debe la iniciativa de haber intentado una forma de clasificación de los parcialmente desdentados.”²⁷

Posteriormente a los autores mencionados, muchas han sido las tentativas de clasificación y puede decirse que cada autor ha intentado darnos una nueva, basada en principios diferentes. Entre las clasificaciones más conocidas se encuentran las de Cummer, de Bailyn, de Skinner, de Applegate, de Millar, de Swenson, de Friedman, de Wild, de Muller, de Rumpel, y la de Fritsch. Sin embargo, es la clasificación de Kennedy, la más didáctica y de fácil comprensión.”²⁷

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

- Permitir la representación visual inmediata del tipo de arcada que se considera.
- Permitir la diferenciación inmediata entre las dentaduras parciales dentosoportadas y las dentomucosoportadas.
- Servir como guía para el tipo de diseño a utilizar.
- Ser universalmente aceptada.”²⁸

Algunas clasificaciones se han hecho desde el punto de vista de la situación de las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes, refiriéndonos de una clasificación topográfica. Otras veces se toma en cuenta el punto de vista del rendimiento del maxilar, es decir, del tipo de prótesis que va a llevar; se habla entonces de una clasificación por rendimiento. Cuando se toma en cuenta los dos conceptos anteriores a la vez, se dice que la clasificación es funcional.²⁹

Hay otras que se hacen desde el punto de vista fisiológico, y por último, otras se hacen desde el punto de vista biomecánico de acuerdo al problema mecánico y biológico que los casos presentan y las posibilidades de su solución.”²⁹

“La Clasificación de Edward Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que

guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes. Esta clasificación puede ser aplicada fácilmente a todas las situaciones edéntulas parciales facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo y es la clasificación más aceptada.

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

- **Clase I** áreas edéntulas bilaterales localizadas posteriores a los dientes remanentes. (Extremo libre bilateral).

- **Clase II** área edéntula unilateral localizada posterior a los dientes remanentes (extremo libre unilateral).

- **Clase III** área edéntula unilateral con dientes remanentes anterior y posterior a ella.

- **Clase IV** área edéntula única anterior bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área edéntula anterior debe comprender ambos lados de la línea media.

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

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

La Clase VI es una situación edéntula en donde los dientes adyacentes al espacio son capaces de soportar totalmente los requerimientos de la prótesis; ocurre muy frecuentemente en los

jóvenes para quienes la prótesis fija se indica pero existe un posible daño a la pulpa si se realiza la preparación dentaria. En esta clase, sólo existen los dos incisivos centrales.”³⁰

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

Otros autores propusieron diversos sistemas de clasificación, basados sobre otro sistemas propuestos, pero no encontraron mayor funcionalidad que el anterior, universalmente aceptado.”³⁰

“Al hacer las modificaciones aplicadas a las clases I, II, III debe tenerse en cuenta el número de zonas edéntulas en la clasificación original. El doctor Oliver C. Applegate propuso varias reglas para usar en forma adecuada la clasificación original del doctor Kennedy, sin las cuales dicha clasificación es difícil de aplicar en cada caso, a saber”³¹

“Regla 1 La clasificación se debe establecer después de las extracciones de los dientes que podrían alterar la clasificación original.

Regla 2 Si el tercer molar no está presente y no va a ser reemplazado, no se considera en la clasificación.

Regla 3 Si el tercer molar está presente y si se va a utilizar como pilar, se considera en la clasificación.

Regla 4 Si el tercer molar no está presente y no se va a reemplazar (debido a que el segundo molar antagonista tampoco está

presente y no va a ser reemplazado), no se considera en la clasificación.

Regla 5 La zona edéntula más posterior siempre determina la clasificación.

Regla 6 Las áreas edéntulas que no determinan la clasificación se consideran como modificaciones y se designan por un número.

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

Regla 8 No existen zonas de modificación en la Clase IV. Cualquier zona edéntula posterior a una zona simple bilateral, determina la clasificación.”

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

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

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

ATRICIÓN.- Es una lesión adquirida por desgaste progresivo de los dientes provocando una pérdida de su estructura de contacto afectando a ambas denticiones sin distinción de sexo raza credo siendo más acentuado en los adultos especialmente en los ancianos.

ADQUIRIDA.- Que con el tiempo se va adquiriendo ya sea ambiental cultural, por consecuencia de hábitos.

ANTERO LATERAL.- Ubicado adelante y a un costado de la arcada dentaria.

ARCADA.- Estructura anatómica integrada por una serie de dientes

BILATERAL.- Que se presenta en los dos lados del cuerpo, la articulación temporomandibular es bilateral, así como las glándulas parótidas y los riñones.

CARIES.- Proceso destructivo de los tejidos duros del diente que se caracteriza por su descalcificación y desintegración progresiva. Por ser muy escasa o nula la capacidad que tiene para su recuperación, se trata de una enfermedad acumulativa.

CONGÉNITA.- que existe en el individuo al nacer o en la etapa de formación, las enfermedades buco dentales como las que tienen lugar durante la vida intrauterina y también las que suceden en los gérmenes dentarios desarrollados posteriormente al nacimiento del individuo

CRESTA RESIDUAL.- porción más alta o prominente de la cortical alveolar interdental, puede ser afilada o terminar en forma de meseta.

DESVIACIÓN.- dirección viciosa de un órgano

DIMENSIÓN VERTICAL.- distancia entre dos puntos definidos de los rebordes alveolares (distancia entre interalveolar) o las distancia entre dos puntos de referencia externos, generalmente entre la base del mentón y la base de la nariz o la glabella (llamándose también altura facial o también distancia nasomentoniana o mentoglabelar).

EDÉNTULISMO.- persona que no tiene dientes en la boca para triturar y formar el bolo alimenticio.

EDÉNTACION.- pérdida parcial o total de las piezas dentarias.

ESTÉTICAS.- es una ciencia de modo particular de entender el arte o la belleza de los dientes.

EXTRUSIÓN.- es una sobre erupción o migración del diente por sobre su normal posición oclusal, producida por una fuerza antagonista que esto acontece cuando se ha perdido una o más piezas dentarias y quedan las opuestas sin dicha fuerza

MIGRACIÓN.- es un movimiento de un diente que deja su lugar de origen para establecerse en otro lugar de la misma arcada dental por causas de espacio en el costado

INCLINACIÓN.- desviar un diente de su posición vertical formando un ángulo.

PARCIAL.- que tiene relación con una parte del todo.

PERIODONTAL.- es un tejido de sostén que rodea las raíces de los dientes.

PERIODONTITIS.- es la inflamación del periodonto.

PREVENCIÓN.- medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa

PRÓTESIS.- es la que sustituye uno o más dientes naturales y partes anexas, pero no a todos, siendo sustentada por los dientes y / o la mucosa que puede ser removible o fija.

PROSTODONCIA.- rama del arte y ciencias dentales que se ocupan del restablecimiento de las funciones bucales y por medio del remplazo de los dientes y de estructuras asociadas ausentes o perdidas empleando para ello recursos artificiales.

TRAUMATISMOS.- es la consecuencia de accidentes como golpes que afectan a los tejidos del diente produciéndose contusiones, fracturas, fisuras y pérdida de soporte alveolar de los dientes.

TEMPOROMANDÍBULAR.- parte naciente o relativo al hueso temporal y la mandíbula ya que estas partes articulan al cóndilo mandibular con la cavidad glenoidea del hueso temporal y sus otros elementos integrantes.

TRITURACIÓN.- reducción de material sólido a polvo, por fricción continua tal como se hace con sustancia o medicamentos.

UNILATERAL.- localizado en un solo lado o que afecta a un solo lado.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

La muestra fue seleccionada del odontograma registrada en las historias clínicas de los pacientes atendidos en las instalaciones de la clínica estomatológica de la universidad Alas Peruanas filial Cajamarca, para luego ser tratadas, derivadas y otras postergadas.

Se revisaron 200 odontogramas que ya han sido registradas en las historias clínicas correspondientes. Obtenidos en el período de abril a diciembre del 2015, de los cuales se seleccionaron al azar 132 historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión. (E.P)

TABLA N° 01 porcentaje de la muestra de la POBLACIÓN del trabajo realizado en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca.

| POBLACIÓN | | |
|-----------|-----|-------|
| GÉNERO | H.C | % |
| Masculino | 51 | 38.6 |
| Femenino | 81 | 61.4 |
| Total | 132 | 100.0 |

GRÁFICO N° 01 porcentaje de la muestra de la POBLACIÓN del trabajo realizado en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca.

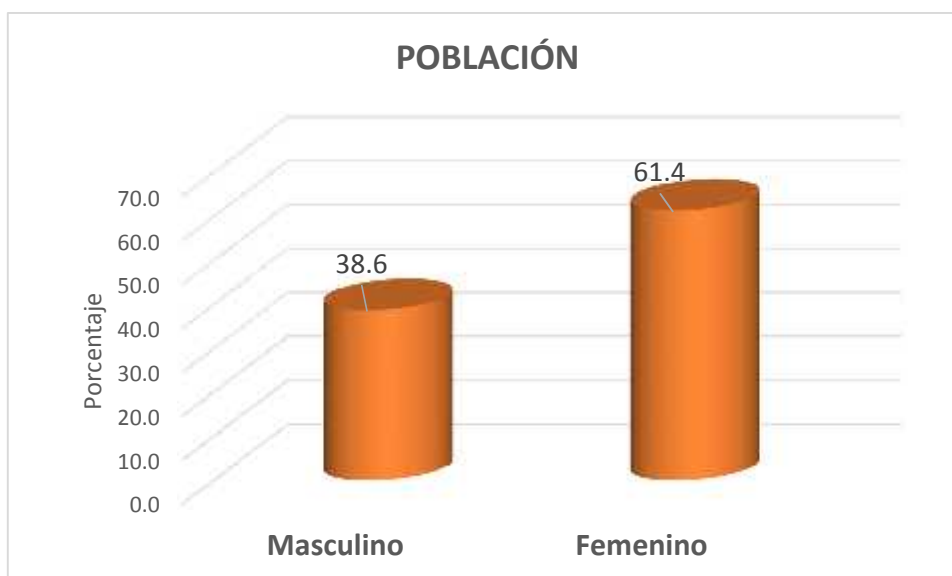


Tabla N° 2. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registradas en el odontograma de las historias clínicas de género femenino y (clase I, II III y IV y sus modificaciones de Kennedy.)

| Arcadas | Dentado completo | Clasificación de Kennedy | Clasificación estricta | Modificaciones | | | Total | |
|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-------------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | Nº | % |
| Maxilar Superior género F | 14 17.30% | Clase I | 5 | 5 | 8 | | 18 | 13.4 |
| | | Clase II | 6 | 5 | 4 | | 15 | 11.2 |
| | | Clase III | 7 | 8 | 9 | 1 | 25 | 18.7 |
| | | Clase IV | 9 | | | | 9 | 6.7 |
| | | Total | 27 | 18 | 21 | 1 | 67 | 50.0 |
| Maxilar Inferior género F | 4 4.90% | Clase I | 13 | 4 | 1 | | 18 | 11.7 |
| | | Clase II | 7 | 4 | 4 | 1 | 16 | 10.4 |
| | | Clase III | 15 | 19 | 6 | | 40 | 26.0 |
| | | Clase IV | 3 | | | | 3 | 1.9 |
| | | Total | 38 | 27 | 11 | 1 | 77 | 50.0 |

GRÁFICO N° 2. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registradas en el odontograma de las historias clínicas del género femenino y (clase I, II III o IV y sus modificaciones) de Kennedy

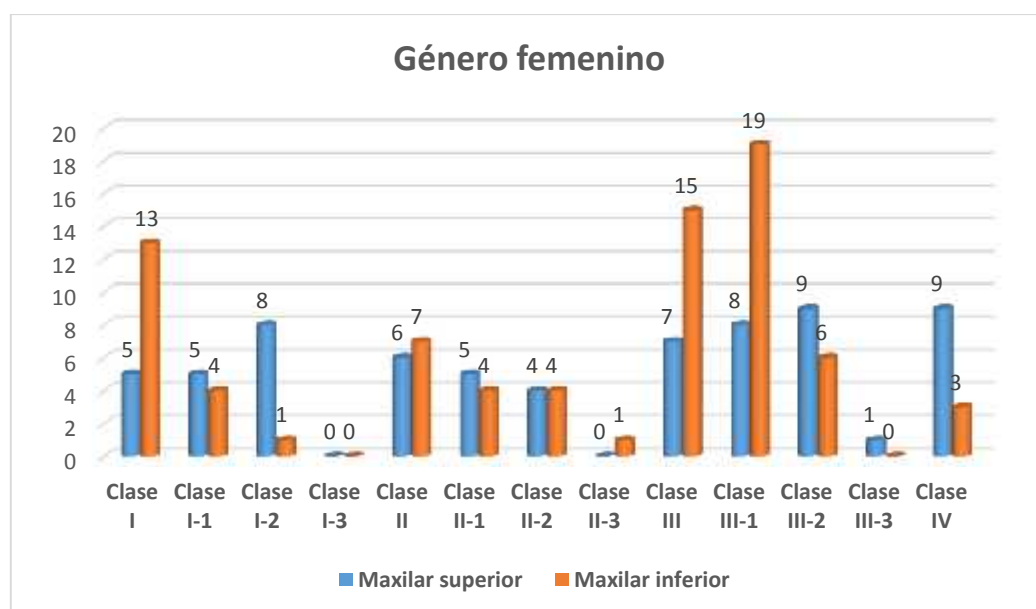


Tabla N° 03. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registradas en el odontograma de las historias clínicas del género MASCULINO y (clase I, II III o IV y sus modificaciones) de Kennedy.

| Arcadas | Dentado completo | Clasificación de Kennedy | Clasificación estricta | Modificaciones | | | Total | |
|----------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-------------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | Nº | % |
| Maxilar Superior género M | 7 13.70% | Clase I | 5 | 5 | | | 10 | 11.4 |
| | | Clase II | 1 | 4 | 4 | 2 | 11 | 12.5 |
| | | Clase III | 1 | 8 | 6 | 2 | 17 | 19.3 |
| | | Clase IV | 6 | | | | 6 | 6.8 |
| | | Total | 13 | 17 | 10 | 4 | 44 | 50.0 |
| Maxilar Inferior género M | 5 9.80% | Clase I | 7 | 2 | 5 | | 14 | 15.2 |
| | | Clase II | 5 | 4 | 2 | 1 | 12 | 13.0 |
| | | Clase III | 6 | 8 | 4 | | 18 | 19.6 |
| | | Clase IV | 2 | | | | 2 | 2.2 |
| | | Total | 20 | 14 | 11 | 1 | 46 | 50.0 |

GRÁFICO N° 03. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registradas en el odontograma de las historias clínicas por género MASCULINO y (clase I, II III o IV y sus modificaciones) de Kennedy.

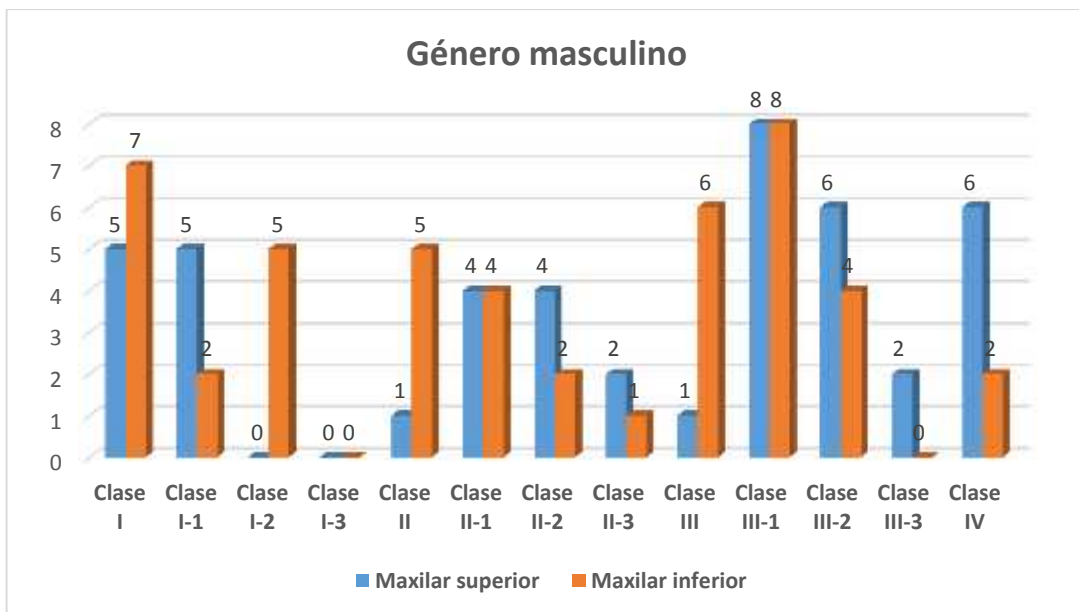


Tabla N° 04. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registradas en el odontograma de las historias clínicas de los género MASCULINO Y FEMENINO y (clase I, II III o IV y sus modificaciones) de Kennedy.

| Arcadas | Dentado completo | Clasificación de Kennedy | Clasificación estricta | Modificaciones | | | Total | |
|--|---------------------|--------------------------|------------------------|----------------|-----------|----------|------------|--------------|
| | | | | 1 | 2 | 3 | Nº | % |
| Maxilar Superior Género M-F | 21 31% | Clase I | 10 | 10 | 8 | 2 | 30 | 27.0 |
| | | Clase II | 7 | 9 | 8 | 3 | 27 | 24.3 |
| | | Clase III | 8 | 16 | 15 | | 39 | 35.1 |
| | | Clase IV | 15 | | | | 15 | 13.5 |
| | | Total | 40 | 35 | 31 | 5 | 111 | 100.0 |
| Maxilar Inferior Género M-F | 9 14.70% | Clase I | 20 | 6 | 6 | | 32 | 26.0 |
| | | Clase II | 12 | 8 | 6 | 2 | 28 | 22.8 |
| | | Clase III | 21 | 27 | 10 | | 58 | 47.2 |
| | | Clase IV | 5 | | | | 5 | 4.1 |
| | | Total | 58 | 41 | 22 | 2 | 123 | 100.0 |

GRÁFICO N° 04. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registradas en el odontograma de las historias clínicas de los género MASCULINO Y FEMENINO y (clase I, II III o IV y sus modificaciones). De Kennedy

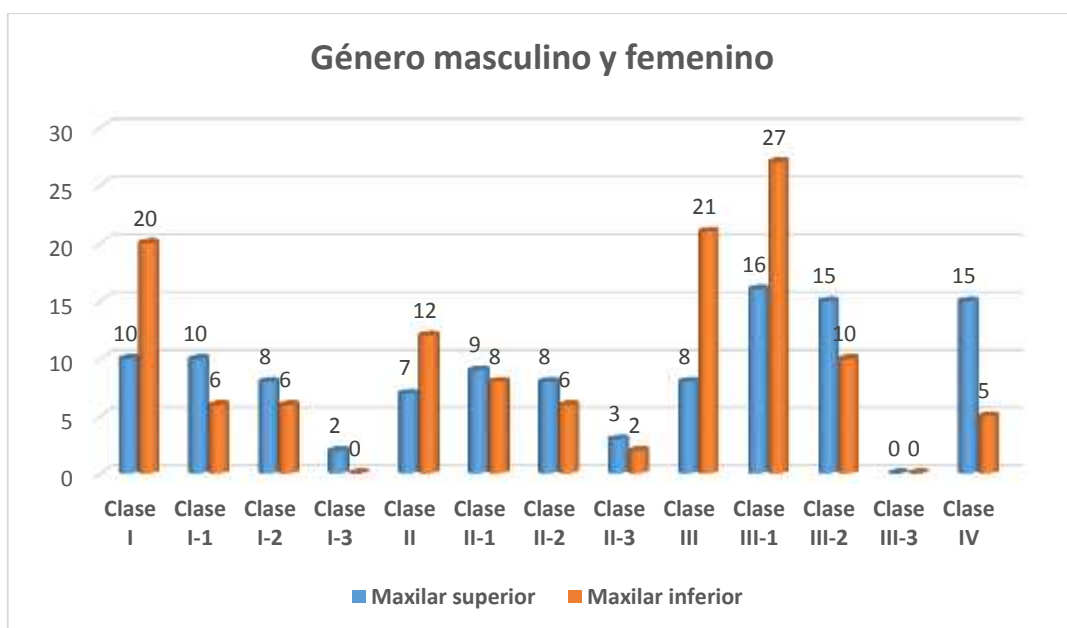


TABLA N° 05 MAXILARES (arcadas) con mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

| MAXILARES (ARCADAS) | EDENTULISMO PARCIAL POR MAXILARESA | | | | Total | |
|---------------------|------------------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | Si | | No | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Maxilar Superior F | 67 | 82.7 | 14 | 17.3 | 81 | 100.0 |
| Maxilar inferior F | 77 | 95.1 | 4 | 4.9 | 81 | 100.0 |

GRAFICO N° 05 MAXILARES (arcadas) con mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

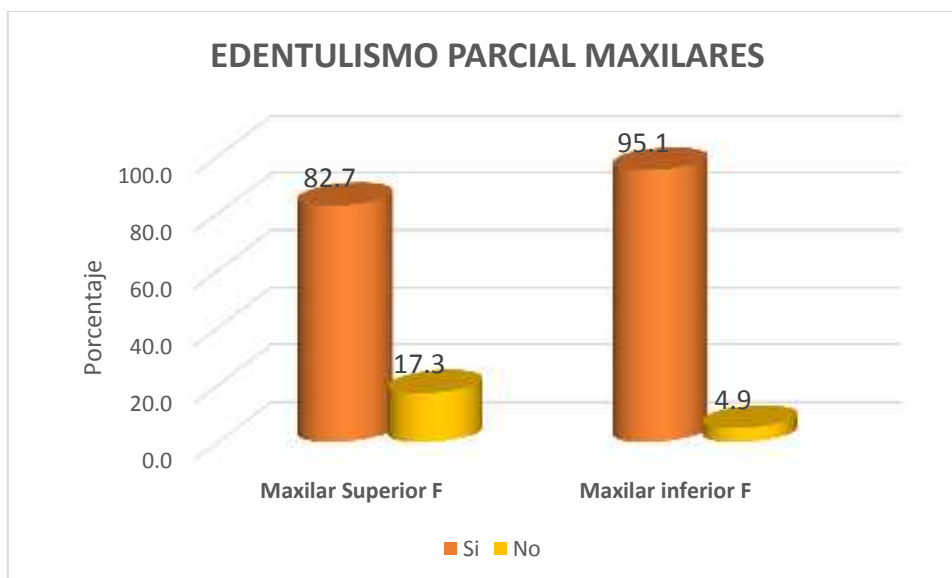


TABLA N° 06 MAXILARES (arcadas) con mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

| MAXILARES (ARCADAS) | EDENTULISMO PARCIAL MAXILARES | | | | Total | |
|------------------------|-------------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | Si | | No | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Maxilar Superior M | 44 | 86.3 | 7 | 13.7 | 51 | 100.0 |
| Maxilar inferior M | 46 | 90.2 | 5 | 9.8 | 51 | 100.0 |

GRAFICO N° 06 MAXILARES (arcadas) con mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

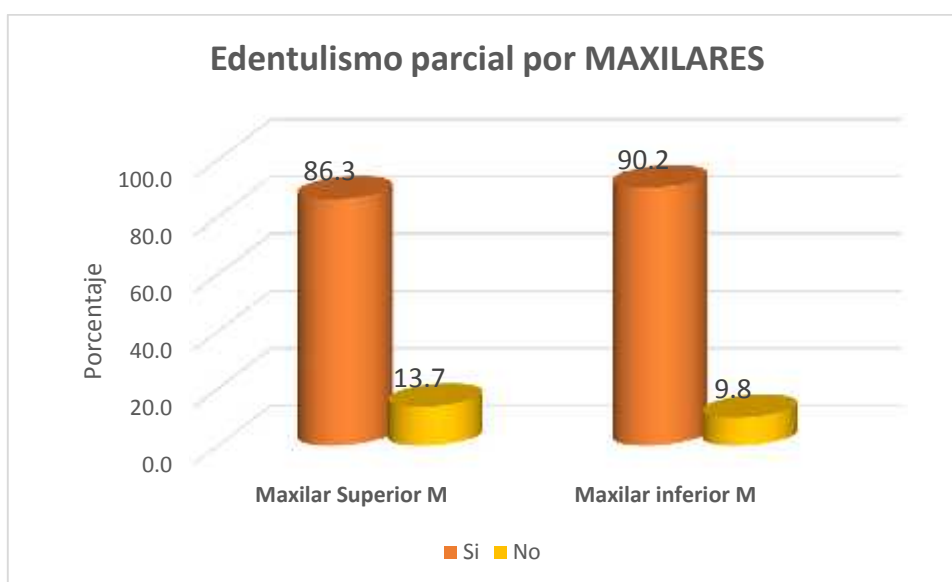


TABLA N° 07 GÉNERO con mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

| MAXILARES ARCADAS | Edentulismo parcial por género | | | | Total | |
|----------------------|--------------------------------|------|----|------|-------|-------|
| | Si | | No | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| GENERO F | 144 | 88.9 | 18 | 11.1 | 162 | 100.0 |
| GENERO M | 90 | 88.2 | 12 | 11.8 | 102 | 100.0 |

GRAFICO N° 07GÉNERO con mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

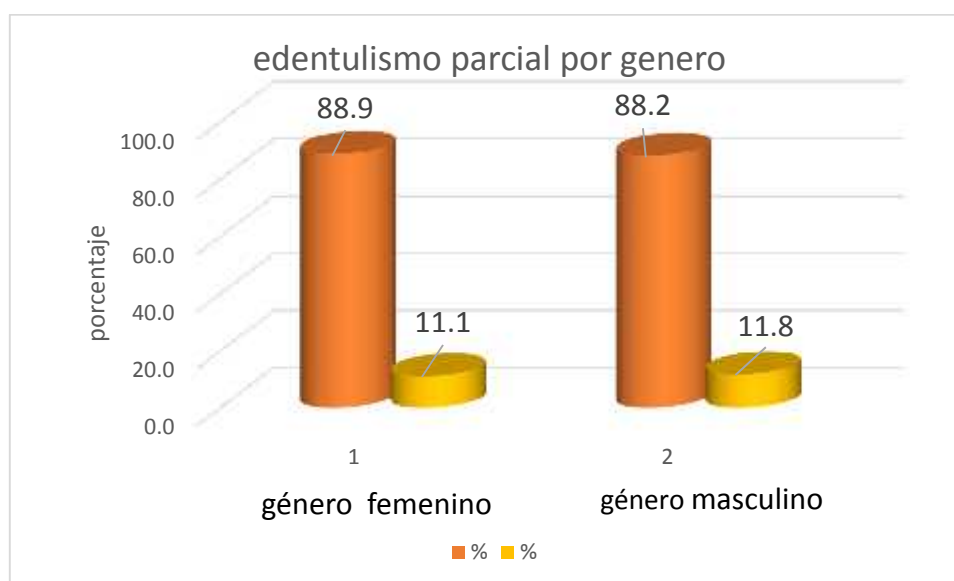
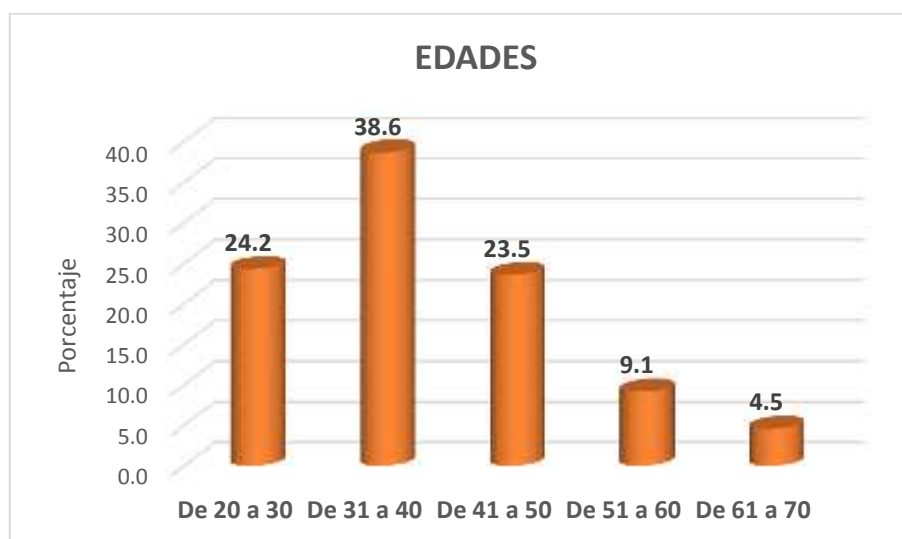


TABLA N° 08. EDADES que son más afecta, por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

| EDADES | N° | % |
|------------|-----|-------|
| De 20 a 30 | 32 | 24.2 |
| De 31 a 40 | 51 | 38.6 |
| De 41 a 50 | 31 | 23.5 |
| De 51 a 60 | 12 | 9.1 |
| De 61 a 70 | 6 | 4.5 |
| Total | 132 | 100.0 |

GRAFICO N° 08. EDADES que son más afecta, por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.



En el presente estudio de tipo básico, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo y observacional. Se determinó que la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de 20 a 70 años de edad que fueron atendido en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca año 2015. Siendo la muestra de 51 historias clínicas de género masculino equivalente a (38.6%) del total de la muestra 132 H.C y 81 historias clínicas pertenecientes al género femenino equivalente a (61.4%) del total de muestra **tabla N°01**

Se evaluaron 132 historias clínicas con un total de 264 **maxilares (arcadas) superiores e inferiores** conformadas por el género **masculino y femenino** de las cuales 111(100%)maxilares (arcadas) superiores edentulos parciales son afectadas por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, siendo la clase III la más afectada con un total de 39 (35%) maxilares encontrándose 8 maxilares que pertenecen a la clase III estricta, 16 maxilares a la clase III mod 1, 15 Maxilares a la clase III mod 2 y 21 maxilares que no fueron afectados por el edentulismo parcial. Seguido se encuentra la clase I con un total de edentulos parciales de 30 (27%), 10 maxilares perteneciente a la clase I estricta, 10 maxilares a la clase I Mod1, 8 clase I Mod2, 2 maxilares a la clase I Mod3. Seguido se encuentra la clase II con un total de edentulos parciales 27(24.3%) 7 maxilares perteneciente a la clase II estricta, 9 maxilares a la clase II Mod1, 8 maxilares a la clase II Mod2, 3 maxilares a la clase II Mod3. Seguido la clase IV con un total de edentulos parciales de 15 (13.5%) maxilares superiores. Y el resultado del maxilar inferior se encontró que 123 (100%) maxilares (arcadas) inferiores edentulos parciales que son afectadas por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, la clase que más fue afectada es la clase III con un total de 58 (47.2%) maxilares encontrándose 21 maxilares que pertenecen a la clase III estricta, 27 maxilares a la clase III mod1, 10 Maxilares a la clase III mod2 y 9 maxilares que no fueron afectados por el edentulismo parcial. Seguido se encuentra la clase I con un total de 32 (26%), edentulos parciales de 20 maxilares perteneciente a la clase I estricta, 6 maxilares a la clase I Mod1, 6 maxilares a la clase I Mod2. Seguido se

encuentra la clase II con un total de 28(22.8%) edentulos parciales, 12 maxilares perteneciente a la clase II estricta, 8 maxilares a la clase II Mod1, 6 maxilares a la clase II Mod2, 2 maxilares a la clase II Mod3. Seguido la clase IV con un total de 5 (4.1%) edentulos parciales. **Tabla 04.**

Al analizar cuál es la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los maxilares encontramos en el maxilar inferior de género femenino con un total de 77 (95.1%), y 14 (17.3%) que no fueron afectados por el edentulismo parcial. Seguido el maxilar superior con un total de 67 (82.7%) y 4 (4.9) que no fueron afectados por el edentulismo parcial de 81 historias clínicas. **Tabla N°05.** Y en el género masculino encontramos en el maxilar inferior un total de 46 (90.2%), y 5 (9.8%) que no fueron afectados por el edentulismo parcial. Seguido el maxilar superior con un total de 44 (86.3%) y 7 (13.7) que no fueron afectados por el edentulismo parcial de 51 historias clínicas. **Tabla N°06.** Llegando a concluir que el maxilar inferior fue el más afectado por el edentulismo parcial en ambos géneros con un total de 123 (93.2%) de 132 H.C de pacientes que fueron atendidos en las instalaciones de la clínica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.

Al analizar cuál de los géneros es más predisponente al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, encontramos al género femenino con un total 144(88.9%) maxilares (arcadas) edentulos parciales y 18 (11.1%) maxilares que no han sido afectados por el edentulismo parcial de 162maxilares (arcadas) equivalentes a un (100%)Seguido el género masculino con un total 90 (88.2%) maxilares (arcadas) edentulos parciales y 12 (11.8%) maxilares que no han sido afectados por el edentulismo parcial de 102 maxilares (arcadas) equivalentes a un 100% **Tabla N°07**

Al analizar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy por edades se encontró que el porcentaje más bajo de edentulismo parcial está en las edades de 61-70 con un total de 12 maxilares edentulos

parciales según la clasificación de Kennedy equivalente a un 4.5% y el nivel más alto se encontró en las edades de 31-40 años de edad con un total de 102 maxilares edentulos parciales según la clasificación de Kennedy equivalente a un 38.6% seguido por las edades de 20 - 30 años de edad con un 64 maxilares parcialmente edentulos según la clasificación de Kennedy equivalente 24.2% luego están las edades de 41 – 50 años de edad según con un 23.5% y a continuación esta las edades de 51 – 60 con un 9.1% **tabla N°08**

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en una muestra de 132 historias clínicas de pacientes adultos de 20 – 70 años de edad, atendidos en el año 2015 en las instalaciones de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca.

La ausencia parcial de la dentición natural constituye un problema mundial de salud oral que se asocia a una deficiente higiene oral, caries dental, patologías periodontal, xerostomía, cáncer oral nivel socio económico entre otras causas provocando problemas funcionales, estéticos y sociales; además que el rendimiento masticatorio es inferior comparado al de una persona con dentición completa, por ello se considera al individuo como un paciente discapacitado. Según diversos estudios, esta condición ha ido disminuyendo gracias a las diversas acciones en salud, principalmente de índole preventiva, sin embargo el profesional odontólogo encuentra que el edentulismo parcial continua siendo uno de los principales problemas y de motivos de consultas, requiriendo es estos casos la instalación de prótesis parcial removible. Por este motivo y con la finalidad de uniformizar criterios se planteó la clasificación de Kennedy ya que es muy estudiada tanto en países de América, Asia, Europa y medio oriente en Sudamérica países como Chile, Venezuela, Perú cuenta ya con estudios de este tipo, Brasil y Argentina ya han iniciado con los estudios de incidencia, prevalencia, frecuencia, debido a que es utilizado como un indicador del estado de conservación de las piezas dentarias en boca la cual esta clasificación orienta al odontólogo para el diseño de prótesis más apropiadas según el caso clínico. De esta manera se puede comprobar si las políticas y programas de prevención y conservación salud oral son efectivas.

En el Perú no se conoce de la existencia de estudios que nos permitan realizar este tipo de análisis, por lo que se inició realizando un trabajo de frecuencia el cual lo compararemos con estudios de otros lugares del Perú para poder tener una idea más cercana de la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.

En esta investigación hemos obtenido los datos estadísticos de una parte de la población Cajamarquina y se encontró una mayor frecuencia de edentulismo parcial en la clase III de Kennedy en el maxilar superior (31.5%) y en el inferior con un total de (47.2%) seguida la clase I en el maxilar superior con un total de (27.0%) y en el inferior con un total de (22.8%). Lo que nos indica que es casi similar con el estudio de **J. Carrera (Perú 2005)** quien encontró mayor frecuencia de edentulismo parcial en los pobladores residentes del asentamiento humano de sol naciente del distrito de Carabayllo- Lima, en esta investigación encontró que la clase III en el maxilar superior con un total de (73.0%) y en el maxilar inferior (67.9%)¹⁰; **J. López (Perú 2009)** encontró la prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación oral del centro médico naval con una muestra de 161 pacientes indicando que la clase I es la más frecuente en este estudio es la con un total de (38.43%) seguida por la clase II con un total de (37.68%) y a continuación la clase III con un total de (23.3%) y finalmente la clase IV con el (1.1%)¹¹ comparado con nuestro estudio no es similar por que los resultados arrojaron nuevas estadísticas siendo la clase más prevalen la clase I de Kennedy porque en nuestra investigación la más frecuente es la clase III y en esta investigación de J. López es la clase I seguida la clase II. **G. Luna (Ecuador 2011)** encontró que la incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja con una muestra de 414 internos 373 de sexo masculino y 41 de género femenino, indica que la clase III de Kennedy es la más frecuente en ambos maxilares con un total de (55.72%) y según la edad de 20^a 59 años la que más frecuente es la clase III¹² **Belaunde- Gómez y Col (2012)** realizaron un

estudio descriptivo en el distrito de Cajabamba (Cajamarca- Perú) con una muestra de 148 personas quienes están más enfocados al edentulismo total mostrando que esta población está en peores condiciones en comparación con la muestra de la población Cajamarquina.”¹³ **L. Rodríguez.(peru2013)** prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica de estomatológica de Moche quienes realizaron un estudio retrospectivo de descriptivo y transversal evaluando un total de 324 historias clínicas de las cuales 218 pertenecieron al género femenino (67.28%) y 106 al género masculino (32.72%) con pacientes adultos de 20 – 70 años de edad, encontrándose con mayor prevalencia en el maxilar superior la clase III con un total de (85.9%) de Kennedy en ambos maxilares y géneros y grupos de edad seguida la clase II con un total de (7.4%) y luego la clase IV con un total de (3.9%) y finalmente la clase I con un total de 2.8% mientras que en el maxilar inferior prevaleció la clase III con el (53.8%) seguida la clase I con el (26.2%) y a continuación le sigue la clase II con un total de (20%)”¹⁴

Por algunas coincidencia de clases y modificaciones con algunos investigadores de nuestros antecedentes de problemas decimos que la causa de la clase III se deba principalmente a la extracción temprana de las primeras molares ya que es una estructura dentaria para el desarrollo de una oclusión fisiológica y una adecuada función masticatoria, por lo que estos dientes desempeñan un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la oclusión dentaria apropiada. Ya que estos dientes son muy susceptibles a la caries dental después de su erupción que aparecen a los 6 años por la edad de erupción y por la circunstancias en que aparecen en boca sin haber exfoliado ningún diente, los padres, muchas veces, desconocen que esta es una pieza dental permanente y se descuidan demasiado llegando posteriormente a una exodoncia y dando como clasificación a su maxilar en una clase III. Por ello, padres con poca motivación en cuanto a salud bucal, no le dan importancia necesaria y lamentablemente, este primer exponente de la dentición permanente, tiene

muy poco tiempo de vida sana en la boca del paciente, sin antes recurrir a un tratamiento preventivo y conservador, al mismo tiempo esta clase es la que tiende a fracasar con facilidad cuando no se realiza un buen diseño y una buena adaptación y una correcta verificación de los planos oclusales.

3.3. CONCLUSIONES

PRIMERA CONCLUSIÓN.- Se concluyó que la Clase III de Kennedy fue la que con mayor frecuencia se presentó en los maxilares parcialmente edéntulos registrados en las historias clínicas de los pacientes atendido en las instalaciones de la universidad Alas Peruanas filial Cajamarca con un total de 97 casos (82.3%), seguida de las clases, I con un total de 62 casos (53,%), la clase II con 55 casos (47.1%) y la clase IV con un total de 20casos (17.6%) y la modificación que con mayor frecuencia se encontró en ambos maxilares fue la III-1, con un total de 43 maxilares parcialmente edéntulos.

SEGUNDA CONCLUSIÓN.-En relación al a los maxilar más afectado por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registrados en las historia clínicas de pacientes atendidos en las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015, encontramos en el maxilar inferior del género femenino con un total de 77(95.1%) y en el género masculino con un total 46 casos (90.2%) seguido el maxilar superior de género femenino con un total de 67 casos (82.7%) y finalmente el maxilar superior de género masculino con un total de 44 casos (86.3%).

TERCERA CONCLUSIÓN.- se pudo determinar que el género con mayor predisponencia al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy registrados en la historias clínicas de los pacientes atendidos en las instalaciones de la Universidad de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015, el género femenino presenta en esta investigación un total de 144 casos (88.9%) de 264 casos registrados en las historias clínicas seguido el género masculino con un total de 90 casos (88.2%) de 264 casos registrados en las historias clínicas.

CUARTA CONCLUSIÓN.- En relación a la edad, de los pacientes atendidos en las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015 se estableció que la clase III de Kennedy predominó en ambos maxilares, en los tres primeros rangos de edad con un total de 20-30 años (24.2%) seguido el rango más alto con un total de 31- 40 años (38.6%) y seguidamente el rango de 41-50 años (23.5%) y finalmente el rango de edad que menos encontramos en este estudio es de 61- 70 años con un total de (4.5%).

3.4. RECOMENDACIONES

PRIMERA RECOMENDACIÓN.- Es necesario que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia, no solo a nivel de cierta población de la ciudad, sino también a nivel provincial y distritos, ya que es conocido que el nivel socioeconómico e intelectual repercute en el cuidado de la salud oral siendo probable que la prevalencia de edentulismo parcial varíe en poblaciones menos urbanizadas y por lo tanto con menor acceso a la información en el cuidado de la salud oral por parte de odontólogos.

SEGUNDA RECOMENDACIÓN.-Sería recomendable que en base a estos resultados se tomen las medidas pertinentes tanto en la mejor distribución de las políticas de prevención como en el mejor manejo clínico de los casos de Clase III y I, al ser estas las clases de Kennedy que con mayor frecuencia encontraremos en nuestra práctica profesional diaria.

TERCERA RECOMENDACIÓN.- Siendo las instituciones universitarias las formadoras de los presentes y futuros profesionales odontólogos sería imprescindible que ellas desarrollen este tipo de análisis con el objetivo de concientizar a la población acerca del estado del edéntulo parcial y de la importancia de conservación de las piezas dentarias en boca.

CUARTA RECOMENDACIÓN.- Al haberse encontrado un número importante de pacientes con necesidad de tratamiento de prótesis parcial removible, sería importante la apertura de la especialidad de Rehabilitación Oral, ya que esto se convertiría en un beneficio mutuo entre la universidad y los estudiantes de la especialidad de Rehabilitación Oral ya que mientras los estudiantes reciben los estudios pueden aprender y mejorar su técnica y diseño de confección de prótesis.

3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Zarb G, Bergman B, Clyton J, Mackay H. Tratamiento prostodóntico para el paciente desdentado, Editorial Mundial S.A.I.C y F Argentina 1985.
2. Holtzman J. Et al: Predicting utilization of dental service by the aged. J Prosthetic Dent 50 (3)164-171.
3. Borijn F: "Odontología geriátrica" Edit labor S.A Barcelona 1976.
4. Osborne J. Et. al: The Nature of Prosthetic Dentistry Int. Dent J.16, 509, 1985.
5. Bailit H. Et. Al: Is Periodontal Disease the primary cause of tooth extraction in adults? J.A.D.A 114:43-45 Jan 1987.
6. Hand J. Et al: Incidence of coronal and root caries in a older adults population J. of Public Health dent 48(1).14-18 winter 1988.
7. Niessen L. et al: Cause of tooth loss in a veteran population J.of public Health dent. 49(1): 19-22 winter 1989.
8. Ettinger R. The New Alderly. What can the dental profesion expect? GeriatricDentistry 2 (2): 62-70 March-April 1982.
9. Balarezo J: Relación entre el nivel socioeconómico-cultural y la situación de la salud bucal en pobladores de zonas urbano marginales del Cono Norte de Lima- Metropolitana. Prevalencia de pérdida dentaria deciduas, permanentes y determinación de necesidades protésicas. Tesis Bach. Estomatología UPCH 1986.
10. J. Carrera. "Frecuencia y clase de edéntulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H "Sol naciente del distrito de Carabayllo-lima en el año 2006. Tesis para optar título de Cirujano Dentista. Perú 2005
11. J. López. "Prevalencia de edéntulismo según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación oral del centro médico naval. Tesis para optar título de Cirujano Dentista. Perú 2009.
12. G. Luna. "Incidencia de edéntulismo 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 optar título de Cirujano Dentista. Ecuador 2011
13. Belaúnde-Gómez y col. Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en el distrito de Cajabamba (Cajamarca, Perú). Tesis para optar título de Cirujano Dentista. Perú 2012.

14.L. Rodrigez. "Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de moche. Tesis para optar título de Cirujano Dentista. Perú 2013.

15 MALLAT Desplats E; "Prótesis Parcial Removible. Clínica y Laboratorio"; 3era edición; EditorialMosby/Doyma; Madrid España 2005; Cap.4; Pág. 33-36.

16 ARRIGÍA Dublés; "Principios Fisiológicos De la Oclusión"; 10maedición; editorial Mallas S.A. México D. F- México 2009; Cap. 2; pág. 19-20.

17. CUENCA Sala Emili, MANAU Navarro Carolina, SERRA MajemLluis; "Odontología Preventiva YComunitaria"; Editorial MASSON S,A 2004; Cap. 3, pág. 31-32.

18. HARRIS Norman O, GARCIA Godoy Franklin; "Odontología Preventiva Primaria"; 5ta Edición; Editorial Manual Moderno; México D.F-2001; Cap. 3; pág. 36-37.

21. J.F PRICHARD; "Enfermedad periodontal avanzada"; 4ta edición; editorial Labor S.A; Madrid- España2005; Cap. 1; pág. 1.

22. SAMANIEGO Edgar. "La diabetes en el siglo XXI"; 1ra edición;Editorial Encalada Bogotá-Colombia2006; Cap. 2; Pag.24 – 25.

23J.F PRICHARD; "Enfermedad Periodontal Avanzada"; 4ta edición; editorial Labor S.A; Madrid-España2005; Cap. 1; pág. 1.

24. JOHSON Davis W; "Lesiones Traumáticas De Los Dientes"; 4ta Edición; Editorial Kapelusz; Buenos Aires-Argentina 2009; Cap. 5; pág. 34-45.

25. BOUCHER Luis; "Rehabilitación del Desdentado Parcial."; 1era Edición; Editorial Interamericana;México D.F 2004; Cap. 1; Pág. 1-15.

26. MALLAT Desplats, E; "Prótesis Parcial Removible. Clínica y Laboratorio."; 3ra edición; Editorial Mosby/Doyma; Madrid-España 2005; Cap. 1; Pág. 3-6.

27. ALAN B. CARR, GLEN P. McGIVNEY Y DAVID T. BROMWN; "McCracken Prótesis Parcial Removible"; 11 Edición; Editorial EDIDE, S.L, 2006; Cap. 1; Pág. 19
28. DAVIU Dorothy, "Necesidad De Prótesis Dental En La Población Adulta Del Cercado De Tacna." Tesis de Odontólogo, Facultad de Odontología, UNMSM. Lima-Perú 2005.
29. LOZA Davis; "Prostodoncia Parcial Removible"; 3ra edición; Editorial Actualidades MédicoOdontológicas Latinoamérica, C.A; Perú 2005; Cap. 4; pág. 56.
30. BORTOLOTTI Lilia. "Prótesis Removible Clásica E Innovaciones"; 1ra Edición; Editorial D'vinniLtda.;Italia 2006; Cap. 18 pág. 198.
31. CARR Alan B, McGIVNEY Glen P y BROMWN David T; "McCracken Prótesis Parcial Removible"; 11 Edición; Editorial EDIDE S.L 2006; Cap. 2; Pág. 22
32. MEDINA Fernando Ángeles, BORI Enrique Navarro; "Prótesis Bucal Removible"; Editorial Trillas S.A; México 2003; cap.2 pág.37
33. BORTOLOTTI Lilia; "Prótesis Removible Clásica E Innovaciones" ; 1ra edición; editorial D'vinniLtda; Italia 2006; Cap. 18 pág. 198

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

19. VILELA Luis; "Salud Periodontal y El Periodoncista"; Actualizado: 2/22/2010 Disponible en: <http://limadentalpartners.com/blogdental/tag/causas-de-perdida-de-dientes>
20. LUDOVIC Doussoulin; "La Enfermedad Periodontal"; Disponible en: http://www.uc.cl/dge/salud/html/contenido/dental/porque_perderse_dientes.htm.

ANEXO

01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

02 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Título: “FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CAJAMARCA EN EL AÑO 2015”

Autor: Eduar Lucano Campos.

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES | | | | |
|---|---|---|-------------------------|----------------------------|--|--------------|----------|
| <p>PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca año 2015?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIO A. ¿Cuál de los maxilares está más predisposto a ser afectado por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015?</p> <p>B. ¿Qué género tiene mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015?</p> <p>C. ¿En qué edades afecta más, el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015?</p> | <p>OBJETIVO GENERAL. Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015.</p> <p>1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. - seleccionar cuál maxilar es más predisponente a ser afectado por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015</p> <p>- Seleccionar, que género tiene mayor predisposición al edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015</p> <p>- Seleccionar las edades que son más afecta, por el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las personas atendidas en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca del año 2015.</p> | <p>3.1. HIPÓTESIS GENERAL. La Hipótesis está implícita por ser estudio descriptivo</p> <p>3.2. HIPÓTESIS SECUNDARIA.</p> <p>3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL) Edentulismo parcial. b. DEFINICIÓN CONCEPTUAL El edentulismo parcial es la pérdida de alguno de los dientes en una persona adulta, fuera del periodo infantil de caída de los dientes de leche y salida de los permanentes.³² b. DEFINICIÓN OPERACIONAL: Clase de brecha edéntula según la clasificación de Kennedy el cual fue determinado según el odontograma registrado en la historia clínica (clase I, II III o IV). Además se determinó la modificación, la cual se define como el número de espacios edéntulos adicionales (1, 2 o 3). Sólo la clase IV no presenta modificaciones. Si las clases I, II y III no presentaron modificaciones, se les consideró como clases estrictas.¹⁸</p> <p>- Edad . Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales."³³ . Definición operacional: Según la edad registrada en la historia clínica evaluada. Para el presente estudio se consignó los siguientes rangos de edad: 20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70.40 - Género: . Definición conceptual: Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas."³³ . Definición operacional: Según el género registrado en la historia clínica, clasifica en femenino o masculino.³³</p> | variable | índice | categoria | tipo | escala |
| | | | Edentulismo parcia | Clasificación de Kennedy y | Clase I de Kennedy modificaciones 1,2y 3 | cualitativo | nominal |
| | | | | | Clase II de Kennedy modificaciones 1,2y 3 | | |
| | | | | | Clase III de Kennedy modificaciones 1,2y 3 | | |
| | | | | | Clase IV de Kennedy | | |
| | | | edad | Grupo etáreo | 20-30 | cuantitativo | De razón |
| | | | | | 31-40 | | |
| | | | | | 41-50 | | |
| | | | | | 50-61 | | |
| | | | | | 61-70 | | |
| género | | masculino | Cualitativo | nominal | | | |
| | | femenino | | | | | |

| Metodología y diseño | Población | Técnicas e instrumentos | Estadística |
|--|---|---|--|
| <p>4.1.1.TIPO DEINVESTIGACIÓN. La presente investigación está enmarcada dentro del esquema de investigación de tipo básico, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo y observacional.</p> <p>4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN. El estudio que se realizara, es de nivel de investigación descriptiva, que se encargara de describir los datos, copiar y analizar para obtener un resultado.</p> <p>4.1. TIPO Y NIVEL DEINVESTIGACIÓN 4.1.1TIPO DEINVESTIGACIÓN. La presente investigación está enmarcada dentro del esquema de investigación de tipo básico, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo y observacional.</p> <p>4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN. El estudio que se realizara, es de nivel de investigación descriptiva, que se encargará de describir los datos, copiar y analizar para obtener un resultado.</p> <p>4.2. MÉTODOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>4.2.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN. Porque mediante la evaluación de las historias clínicas se podrá determinar situación existente.</p> <p>4.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. El método de investigación es de corte transversal y cuantitativo.</p> <p>Transversal.- Debido a que se estudiaron las variables en determinados momentos durante un período de tiempo.</p> <p>Cuantitativo.- Debido a que se registraron todos los casos de edentulismo según la Clasificación de Kennedy.</p> | <p>Población</p> <p>La población está conformada por todas las historias clínicas de los pacientes entre los 20 y 70 años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas filial Cajamarca en el año 2015 que cumplieron con los criterios de selección.</p> <p>4.3.2. MUESTRA. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula que nos proporciona el muestreo cuando el interés es estudiar la proporción en un estudio descriptivo:</p> $n = \frac{NZ^2 PQ}{(N-1)d^2 + Z^2 PQ}$ <p>Donde: n: Tamaño de la muestra N: Tamaño de la población Z: Valor estándar de la distribución normal asociado a un nivel de confianza d: error de muestreo PQ: varianza para variable categórica</p> <p>Considerando un 95% de confianza (z=1.96), una varianza máxima que asegure un tamaño de muestra suficientemente grande (PQ=0.25), un error de muestreo de 5% (d=0.05), para un tamaño poblacional de N=200, se obtiene:</p> $n = \frac{(200) (1.96)^2 (0.25)}{(199) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25)} = 131.7 = 132$ <p>Es decir, la muestra estaría conformada por 132 historias clínicas, haciéndose la selección al azar.</p> | <p>4.4.1. TÉCNICAS. Los datos fueron recogidos de las Historias Clínicas en una ficha elaborada para tal fin, la cual incluyó los datos completos del paciente, un oclusograma en donde se marcaron las piezas ausentes y un cuadro en donde se determinó la clase de Kennedy y su modificación.(ANEXO 1) Se va utilizar como técnicas e instrumentos de recolección de datos: Guía de observación directa.- Mediante esta se registró las clases y modificaciones de Kennedy y las reglas que las condicionaron. Historia Clínica.- Fue llenada por los alumnos de pre grado y validada por dos docentes de la carrera de Odontología, estuvo compuesta por preguntas cerradas, sirvió para determinar las clases y modificaciones de Kennedy a más de las causas y frecuencia de pérdida dental.</p> <p>4.4.2. INSTRUMENTOS. Fichas de recolección de datos elaborada por el operador</p> <p>4.4.3. FUENTES. Historias clínicas de los pacientes que forman parte de los datos para el estudio</p> | <p>Los datos serán procesados a través de las tablas y gráficos</p> <p>Para medir la estadística se usaran las medidas de tendencia central, así como, como los gráficos y tablas de frecuencia y porcentaje para posterior presentación de resultados</p> |

ANEXO 02

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“FRECUENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL CAJAMARCA EN EL AÑO 2015”

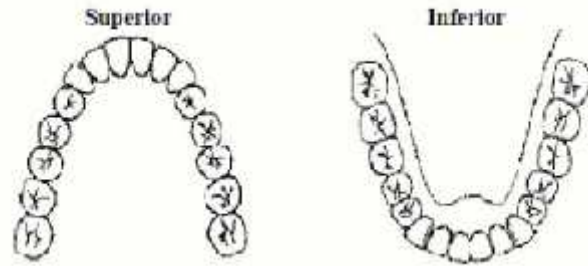
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. N°HCL:.....

2. EDAD:

3. GÉNERO:

4. OCLUSOGRAMA:



5. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

| | | |
|------------------|--------------|--|
| maxilar superior | I | |
| | II | |
| | III | |
| | IV | |
| | MODIFICACIÓN | |
| maxilar inferior | I | |
| | II | |
| | III | |
| | IV | |
| | MODIFICACIÓN | |

