

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DOCENTE ASISTENCIAL DE LA UNIVERSIDAD
LATINOAMERICANA CIMA, TACNA-2017”**

Tesis para optar Título Profesional de Cirujano Dentista

Presentado por:

Bach. Carina Turpo Chura

Asesor:

Mg. C.D. Jaime Humpiri Flores

TACNA-PERÚ

2019

Formato N°1**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN**

Yo, TURPO CHURA CARINA, identifico con DNI. N° 44695607 de la Facultad de ODONTOLOGIA de la Universidad Latinoamericana CIMA declaro bajo juramento, autorizar, en mérito a la Resolución del Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, registrar mi trabajo de investigación para optar el: Título Profesional de Cirujano Dentista.

En:

a) **Acceso abierto**; tiene la característica de ser público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulte el repositorio.

b) **Acceso restringido**; solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo, ocurre cuando el autor de la información expresamente no autoriza su difusión, de acuerdo con lo declarado en el Anexo N° 2 del presente Reglamento.

En caso que el autor del trabajo de investigación elija la opción restringida, se colgará únicamente los datos del autor y el resumen del trabajo de investigación.

Turpo Chura Carina

Autor

Formato N°02**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, TURPO CHURA CARINA, identificad con DNI°44695607, egresada de la carrera de ODONTOLOGIA declaro bajo juramento ser autor (a) de la Tesis denominada “PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DOCENTE ASISTENCIAL DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA, TACNA-2017”

Además de ser un trabajo original, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 27° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Latinoamericana CIMA.

Turpo Chura Carina

DNI° N°44695607

DEDICATORIA

A mis padres por haber formado en mí el deseo de superación de triunfo en la vida y no desistir jamás; a pesar de las dificultades y esfuerzo que esta carrera universitaria Conlleva, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba, Sin dudar ni un solo momento en mi capacidad y desempeño.

A mis hermanos Yenny, Henry y a mis queridos sobrinos John, Dayana, que siempre confiaron en mí y que estuvieron prestos para darme una mano cuando lo necesité.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida y salud para lograr mis metas y sueños anhelados a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria.

A la universidad Latinoamericana CIMA, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Carrera de Odontología.

A todos los docentes que fueron mis maestros, quienes me inculcaron sus conocimientos para mi formación personal y profesional.

A mi familia que siempre confiaron en mí y que estuvieron prestos para darme una mano cuando lo necesité, gracias por el apoyo incondicional.

A todas las personas, compañeros y amigos que hicieron posible la realización de esta Tesis.

A mi asesor de tesis, Dr. Jaime Humpiri Por su paciencia y apoyo.

GRACIAS.

Índice general

Formato N°1 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACION.....	ii
Formato N°2 DECLARACION JURADA.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice.....	vi
Resumen.....	xi
Abstract.....	xiii
Introducción.....	xv
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del Problema:.....	1
1.2 Formulación del Problema:.....	2
1.2.1 Problema General:.....	2
1.2.2 Problemas Específicos:.....	2
1.3 Objetivos de la Investigación.....	3
1.3.1 Objetivo General.....	3
1.3.2 Objetivo Específicos.....	3
1.4 Justificación de la Investigación.....	4
1.5 Delimitación de la Investigación.....	5
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	5

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes de la Investigación:.....	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	5
2.1.2 Antecedentes Nacionales:.....	11
2.1.3 Antecedentes Locales.....	15
2.2 Bases Teóricas.....	16
2.2.1. Edentulismo.....	16
2.2.2 Edentulismo Total.....	16
2.2.3 Edentulismo Parcial.....	17
2.2.4 Causas de Edentulismo Parcial.....	17
2.2.4.1 Caries Dental.....	17
2.2.4.2 Enfermedad Periodontal.....	18
2.2.4.3 Traumatismos.....	19
2.2.5 Consecuencias del Edentulismo Parcial.....	19
2.2.6 Requerimientos para que un Método de Clasificación sea aceptable	20
2.2.7 Clasificación Original de Kennedy.....	21
2.2.8. Reglas de Applegate.....	23
2.3. Definición de Términos Básicos.....	24
CAPÍTULO III.-METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
3.1 Formulación de Hipótesis.....	25
3.2 Operacionalización de variables e indicadores.....	25
3.3 Tipo y Diseño de la Investigación.....	26
3.3.1 Tipo de Investigación.....	26
3.3.2 Diseño de Investigación.....	26

3.4 Población y Muestra de la Investigación.....	26
3.4.1. Población.....	26
3.4.2. Muestra.....	27
3.4.3. Distribución Muestral.....	27
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	27
3.6. Técnicas para el Procesamiento de Datos.....	28
CAPÍTULO IV ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	29
4.1 Resultados.....	29
4.2 Discusión de Resultados.....	47
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
5.1 Conclusiones.....	51
5.2 Recomendaciones.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS.....	58
ANEXO 01: Matriz de Consistencia.....	59
ANEXOS 02: Ficha de Recolección de Datos.....	60
ANEXOS 03: Base de datos del trabajo de campo.....	61
ANEXO 04: Gráficos y Otros.....	67
ANEXOS 05: Solicitud a la Entidad.....	69
ANEXOS 06: Testimonios Fotográficos.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Características de los pacientes atendidos en la clínica Odontológica	
Docente Asistencial	29
TABLA N° 02: Edentulismo parcial en el maxilar superior e inferior, según la	
clasificación de Kennedy.....	31
TABLA N° 03: Edentulismo Parcial, en el maxilar superior según la clasificación de	
Kennedy y sus modificaciones.....	33
TABLA N° 04: Edentulismo Parcial, en el maxilar inferior según la Clasificación de	
Kennedy y sus modificaciones.....	35
TABLA N° 05: Edentulismo Parcial en el maxilar superior según la Clasificación de	
Kennedy, por género.....	37
TABLA N° 06: Edentulismo Parcial en el maxilar inferior según la Clasificación de	
Kennedy, por género.....	39
TABLA N° 07: Edentulismo parcial en el maxilar superior según clasificación de Kennedy, por	
edad.....	41
TABLA 08: Edentulismo parcial en la maxila inferior según la clasificación de Kennedy, por	
edad.....	44

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N° 01: Características de los pacientes atendidos en la clínica	30
Odontológica Docente Asistencial	30
GRÁFICO N° 02: Edentulismo parcial en el maxilar superior e inferior, según la clasificación de Kennedy.....	32
GRÁFICO N° 03: Edentulismo Parcial, en el maxilar superior según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones.....	34
GRÁFICO N° 04: Edentulismo Parcial, en el maxilar inferior según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones.....	36
GRÁFICO N° 05: Edentulismo Parcial en el maxilar superior según la Clasificación de Kennedy, por género.....	38
GRÁFICO N° 06: Edentulismo Parcial en el maxilar inferior según la Clasificación de Kennedy, por género.....	40
GRÁFICO N° 07: Edentulismo parcial en el maxilar superior según clasificación de Kennedy, por edad.....	42
GRÁFICO 08: Edentulismo parcial en el maxila inferior según la clasificación de Kennedy, por edad.....	45

RESUMEN

El propósito del presente estudio es Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes Atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Latinoamericana CIMA, Tacna-2017.

Siendo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de nivel descriptivo, se evaluaron un total de 159 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para la obtención de datos se utilizó como instrumento una ficha.

Los resultados obtenidos determinarán mayor prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior; con mayor predominio la clase III de Kennedy con el 40.9%; seguido la clase II con el 24.5%; y clase I con el 12.6%. A su vez se determinó según la modificación que la clase III-1 prevalece con el 16.4%; seguido la clase II-1 con el 10.7%. Y en menor porcentaje la clase III-4 con el 0.6% y clase II-4 con el 0.6%. Así mismo en el maxilar inferior; predominó la clase III 43.4%, seguido con clase II con el 25.2%, y la clase I con el 23.9%. Según la modificación la clase III-1 prevalece con el 22%, seguido la clase II-1 con el 14.5%. Y en menor porcentaje la clase I-3 con el 0.6%, clase II-3 con el 0.6%.

El mayor porcentaje de edentulismo parcial según género fue la clase III de Kennedy con mayor incidencia en el género femenino en ambos maxilares. En cuanto al grupo etáreo la población con mayor incidencia fue entre 20 a 41 años de edad ya que presento en su mayoría la clasificación III de Kennedy en ambos maxilares.

Finalmente concluimos que el edentulismo parcial con mayor Frecuencia en el presente estudio que se realizó en la Universidad Latinoamericana CIMA fue la clase III de Kennedy según maxilar superior e inferior, género y edad.

Palabras clave: Prevalencia, Clasificación de Kennedy, Edentulismo parcial, Odontograma, Applegate.

ABSTRAC

The purpose of the present study is to determine the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients attended in the dental teaching clinic of the Latin American university CIMA, Tacna - 2017.

Being a descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study of descriptive level, a total of 159 clinical histories were evaluated that fulfilled the inclusion and exclusion criteria. For data collection, a collection card was used as an instrument.

The results obtained determined a higher prevalence of partial edentulism in the maxilla; with greater predominance the class III of Kennedy with 40.9%; followed by class II with 24.5%; and class I with 12.6%. In turn, it was determined according to the modification that class III-I prevails with 16.4%; followed class II-I with 10.7%. And in a lower percentage class III-4 with 0.6%. Likewise, in the lower jaw, class III prevailed with 43.4%, followed with class II with 25.2% and class I with 23.9%. According to the modification class III-I prevails with 22%, followed class II-I with 14.5%. And in a lower percentage class I-3 with 0.6%, class II-3 with 0.6%.

The highest percentage of partial edentulism according to the female gender in both jaws. As for the age group, the population with the highest incidence was between 20 and 41 years of age, since I mostly presented Kennedy classification III in both jaws.

Finally, we conclude that the partial edentulism most frequent in the present study that was carried out in the Latin American University CIMA was the Kennedy class III according to maxilla superior and inferior, gender and age.

Key words: Prevalence, Kennedy Classification, Partial Edentulism, Odontogram, Applegate

INTRODUCCIÓN

La ausencia de piezas dentarias es una consecuencia de otros problemas bucodentales como caries, daño en encías, gingivitis, aparición de sarro o traumatismo, que afecta principalmente a personas de avanzada edad. En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias, afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces con repercusiones graves en la articulación temporomandíbular. Kennedy en 1925 propuso una clasificación de arcos edéntulos parciales y Applegate la modificó y reglamentó su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple. Su uso se generalizó a partir de 1970, especialmente en las facultades de odontología por su practicidad para la enseñanza.¹

Diversos estudios han demostrado que el edentulismo tiene un efecto directo sobre la masticación, haciéndola deficiente; en otros casos, se le atribuye incluso, un efecto predictor sobre la mortalidad de una persona, sugiriendo que una persona edéntula tiene un mayor riesgo de morir que una que no padece edentulismo.²

Evaluar el número de casos o la proporción de individuos que presentan ausencia parcial de piezas dentarias es un factor importante en la población adulta y es tema para evaluación en diferentes regiones del País, con potencial de prevención y concientización en la población adulto mayor, adulto, joven, e infantes.

Esta investigación tiene por finalidad determinar la prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en los pacientes atendidos en la clínica odontológica docente asistencial ULCIMA, y conocer la situación de salud oral ya que sigue siendo un problema de difícil solución, especialmente en lo referente a la rehabilitación de los pacientes edéntulos parciales.

|CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del Problema

El edentulismo parcial es el estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, esta carencia puede deberse a factores genéticos de manera natural o por factores externos como son la caries dental y la enfermedad periodontal que son las enfermedades más frecuentes en la cavidad oral. Las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico como la reabsorción del hueso alveolar, movimientos dentarios indeseados, daños en la articulación temporomandibular y también psicológicos como la disminución de la autoestima. El paciente edéntulo parcial logra recuperar la parte funcional de la masticación, de fonación, de estética y deglución a través del uso de la prótesis parcial removible confeccionado por el profesional odontólogo. Por la gran variedad de casos de edentulismo parcial, fue necesario establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925 la cual ha sido de gran ayuda para la enseñanza y estudio de este tipo de pacientes.³

En Perú, las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy corta edad, debido a diversos factores. Según el Minsa (Ministerio de Salud), la caries dental y la enfermedad periodontal son enfermedades predominantes en la mayoría de peruanos, ya que al menos 95 de cada 100 personas las padecen.⁴

Se sabe que las enfermedades de mayor prevalencia en odontología son la caries dental y la enfermedad periodontal, y esto conlleva a la pérdida dentaria. Esta situación afecta gravemente la calidad de vida de quien la padece y causa numerosos problemas estéticos y funcionales orales. En esta situación el paciente presenta múltiples dificultades funcionales a la hora de llevar a cabo funciones básicas como la masticación, fonación, estética, entre otras.

Al revisar la información se reportan diversas experiencias nacionales e internacionales, es necesario conocer más de nuestra realidad nacional. Es por eso que en el presente estudio se evaluara las prevalencias de edentulismo parcial en sus distintas clasificaciones de Kennedy de los Pacientes que Acudieron a la Clínica Odontológica docente Asistencial de la Universidad Latinoamericana CIMA logrando recuperar la parte funcional de la masticación, de fonación, de estética y deglución a través del uso de la prótesis parcial removible confeccionado por el estudiante profesional y odontólogo.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la Prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica docente asistencial de la Universidad Latinoamericana CIMA, 2017?

1.2.2 Problemas Específicos

- 1.- ¿Cuál es la Prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy en el Maxilar Superior?
- 2.- ¿Cuál es la Prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy en el Maxilar Inferior?
- 3.- ¿Cuál es la Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, por género?
- 4.- ¿Cuál es la Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy, por edad?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.2.3 Objetivo General

Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy, en Pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente asistencial de la Universidad Latinoamericana CIMA, Tacna-2017.

1.2.4 Objetivo Específicos

- 1.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy en el maxilar superior.
- 2.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy en el maxilar inferior.
- 3.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy, por género.
- 4.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según Clasificación de Kennedy, por edad.

1.4 Justificación de la Investigación

El problema en cuestión se considera justificable por su:

Originalidad: El presente estudio no presenta autenticidad, debido a que existen estudios investigativos con similar enfoque a nivel nacional e internacional, sin embargo aporta una cifra más exacta de la situación real de prevalencia de edentulismo parcial, motivo por el cual los resultados obtenidos del presente trabajo podrán ser comparados con otros estudios posteriormente.

Relevancia Científica: Representa un aporte científico para los profesionales en odontología, permitirá conocer la prevalencia de edentulismo parcial de nuestra realidad local.

Relevancia Social: Es un aporte para la población debido a que brindara datos importantes respecto a la prevalencia de edentulismo parcial en nuestro medio y esta situación despierta el interés especial y la necesidad de investigar.

Factible y Accesible: El trabajo se considera factible porque se cuenta con los materiales y recursos; para realizar esta investigación y acceso a las historias clínicas, Asimismo el problema elegido responde a los Lineamientos de Política Investigativa de la Facultad, servirá de guía y pauta para continuar con la ejecución de otros estudios similares, al guardar conformidad con el área problemática.

1.5 Delimitación de la Investigación

En el presente estudio se realizó a Historias Clínicas de pacientes que presentaron edentulismo parcial y que fueron atendidos en la Clínica Odontológica.

1.6 Limitaciones de la Investigación

El presente estudio está limitado en:

- Historias Clínicas Incompletas.
- Retenciones administrativas que se relacionen con el permiso de acceso de las Historias Clínicas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Gonzales G. 2016, Realiza un estudio que tuvo como Objetivo Determinar la prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG. La Investigación de tipo descriptivo, donde se examinó las historias clínicas de los pacientes para determinar qué tipo de edentulismo según Kennedy tenían los pacientes en el 2015. De las 205 historias revisadas se observó que en el maxilar superior la clase III fue la que tuvo mayor prevalencia con el 38%, seguido de la clase II con el 32%, y en el maxilar inferior fue más prevalente la clase II con el 33% seguida de la clase I con el 30%.⁵

Cargua J. 2016, realiza un estudio titulado “prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito”, por lo que se investigó el marco científico de esta problemática, basados en las variables edentulismo parcial y clasificación de Kennedy con sus covariables edad, género y arcos dentarios. El objetivo fue definir el grado de prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los habitantes de la Ciudad de Quito, como base de información el edentulismo parcial clase III predomina en edades tempranas, afectando a hombres como a mujeres en ambos maxilares, Promoviendo como hipótesis que el edentulismo clase III de Kennedy prevalece En pacientes mayores 30 años de género femenino en el maxilar inferior, bajo un enfoque de tipo descriptivo, transversal, observacional y epidemiológico. Realizaron encuestas a una muestra de 384 personas según criterios de inclusión y exclusión, se aplicó la observación clínica y para la tabulación de resultados, se

utilizó cuadros y gráficos según variables de estudio, cuyos resultados relevantes fueron que: la población quiteña la clase III de Kennedy es más prevalente con un 82,81%, clase II con 19,93%, clase I con 15,41%, y clase IV con 11,39%; según edad de 30-39 años, predominó la clase III con 54,67%, el género femenino la clase III sobresalió con 31,83% y en el arco superior la clase III prepondera con un 26,80%.⁶

Vanegas M. 2016, Realizó un estudio titulado Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Determina la frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos atendidos en la clínica y su relación con factores asociados, Estado nutricional, calidad de vida y el impacto de la edad y el sexo en la pérdida dental. Se tomó una muestra de 378 pacientes y mediante una encuesta se registraron los datos generales. La observación clínica determinó el tipo de edentulismo. El estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal IMC y para analizar el impacto en la calidad de vida se utilizó el cuestionario OHIP 14 (Oral Health Impact Profile). La tabulación y el análisis de datos se realizó en SPSS vs.21 y se ejecutó las pruebas estadísticas ODDS Ratio. El edentulismo parcial corresponde al tipo de pérdida dental más frecuente, así también la clase III de Kennedy fue predominante en ambos maxilares, se encontró relación entre el edentulismo y la calidad de vida. No hubo asociación con el estado nutricional. El sexo no representó un factor de riesgo para el edentulismo, a diferencia de la edad que representa riesgo de pérdida dental. Se concluyó que el edentulismo no es un factor predisponente para la alteración del estado nutricional, pero sí para la calidad de vida. Además, se observó que el sexo no influye en la presencia del

edentulismo. La pérdida dental depende de la edad, a mayor edad, mayor riesgo de presentar edentulismo.⁷

Dau R. et. al. 2016, Realizan un estudio titulado Análisis de la Prevalencia de la Clasificación de Kennedy en Pacientes Parcialmente Edéntulos el objetivo del trabajo fue estudiar el edentulismo parcial y la prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica postgrado de rehabilitación oral, entre uní y bimaxilares. Se realizó un Estudio cuantitativo, descriptivo, ya que mediante la observación directa y la evaluación clínica se pudo describir la situación existente y transversal porque la recolección de datos se realizó en un tiempo determinado, a partir de modelos de estudio e historias clínicas recolectadas. Se realizó una tabla general con datos obtenidos como sexo, nombres, edades, nivel de preparación, clase social, tipo de paciente rehabilitado según el maxilar tratado, clase Kennedy más común por maxilar y la modificación más común existente. Se obtuvo como resultado una mayor incidencia de pacientes Clase I en mujeres y Clase IV en hombres dando un valor de 15 mujeres Clase I y 8 hombres Clase IV; siguiendo la escala con las Clase II y Clase III en mujeres y hombres.⁸

Soza R. 2015, Realiza un estudio de prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, realizado en adultos mayores pertenecientes al hogar de ancianos San Ramón, ubicado en la ciudad de La Paz. Se contó con un total de 164 adultos maures de ambos sexos, se evaluaron el tipo de edentulismo que poseían mediante un examen clínico y fotográfico, la información recabada fue registrada en una planilla de recolección de datos, se registró el sexo, la edad, ocupación anterior, motivo de la perdida de las piezas dentarias y el estado de

salud oral, entraron en este estudio todos aquellos ancianos que deseen participar en mencionado estudio, los que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se determinó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial para ambos sexos se encuentra en la clase I de Kennedy en ambos maxilares, seguido de la clase II. También se observó la presencia de edentulismo total con mayor prevalencia en el maxilar superior. En el maxilar superior el edentulismo total tenía mayor prevalencia que el edentulismo parcial. En el maxilar inferior la diferencia de porcentaje entre la cantidad de desdentados total y parcial no era tan marcada como se presentó en el maxilar superior.⁹

Veas H. 2015, Estudió el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en 63 pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral, entre uní y bimaxilares logrando un total de 84 prótesis. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional a partir de modelos de estudio e historias clínicas recolectadas. Realizó una tabla general con datos obtenidos como sexo, nombres, edades, nivel de preparación, clase social, tipo de paciente rehabilitado según el maxilar tratado, clase Kennedy más común por maxilar y la modificación más común existente y obtuvo resultados donde el maxilar inferior fue el más afectado en cuanto a pérdida dentaria con un resultado del 58% frente al 42% en lo que refiere al maxilar superior. La rehabilitación bucal se da más de manera unimaxilar (67%) que bimaxilar (33%) dependiendo de las necesidades del paciente y de su ingreso monetario. La clase más frecuente en el maxilar superior fue la clase III con un 38% seguido de la clase IV con un 23%, la clase I con un 21% y la clase II con un 18%. En cuanto al Maxilar Inferior la clase Kennedy más común fue la clase I con un 76% evidenciando así que los dientes que más se pierden son los molares inferiores.¹⁰

Cortés V. et al. 2014, Realizan un estudio titulado, Determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. Estudio observacional descriptivo. Se solicitó a cada sujeto de investigación la firma de un consentimiento informado. La información recopilada fue ingresada a una planilla de registro de datos diseñada para la investigación. Las variables utilizadas fueron género, edad, cantidad de dientes presentes, portador de prótesis y tipo de edentulismo según clasificación topográfica de Kennedy, para luego realizarse un análisis de estadística descriptiva mediante SPSS 18 (IBM® SPSS® software). Fueron evaluados 88 sujetos, de los cuales un 39.7% hombres y un 60.3% mujeres. Un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase 3 y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase 1 y 3. En Conclusión Estos resultados demuestran la alta prevalencia de sujetos edéntulos en los distintos servicios de salud de las islas y la necesidad de realizar programas de promoción y prevención para minimizar el daño en la salud de las personas de estas localidades. ¹¹

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Fabián S. 2017, tuvo como propósito identificar la relación que existe entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. Realizó un estudio observacional y descriptivo con una muestra de 112 historias clínicas, de un total de 560, de pacientes entre los 20 a 80 años que fueron atendidos en la Clínica de Pregrado de la FO de la UNMSM durante el periodo académico 2015. Se tomaron datos del Odontograma para realizar la clasificación de Kennedy y el Periodontograma de donde se recopilaban datos clínicos para evaluar el estado periodontal usando el Índice Periodontal Comunitario. Los resultados obtenidos determinaron que el mayor grupo edéntulo fue el de 51-70 años con 67 (59.8%) pacientes y según el género 69 (61.6%) femenino y 43 (38.4%) masculino. En cuanto a la clasificación de Kennedy en el maxilar superior 41 (36.6%) Clase II y 39 (34.8%) Clase III y en el maxilar inferior 50 (44.6%) Clase I y 37 (33%) Clase II. Respecto al estado periodontal el mayor grupo se encontró en el grado 2 con 61 pacientes (54.5%) seguido del grado 3 con 34 (30.4%). En cuanto a las relaciones entre las variables estado periodontal, género y edad no se encontró diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$); lo mismo para la relación entre clasificación de Kennedy del maxilar superior y género ($p > 0.05$) Pero sí se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la clase de Kennedy del maxilar inferior y el género ($p < 0.05$). Del total de pacientes que presentan grado 2 de estado periodontal, 22 pertenecen a la Clase II seguido por 20 de la Clase III de Kennedy en el maxilar superior; y 25 pertenecen a la Clase II y 22 a la Clase I de Kennedy en el maxilar inferior.¹²

Rodríguez A. 2017, Tuvo como propósito determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016.

El estudio fue de corte transversal, descriptivo y observacional incluyó un total de 284 historias clínicas de pacientes entre 25 a 70 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de los cuales se recogieron datos del odontograma para reunirlos en una ficha de recolección de datos propuesta para nuestro estudio.

Se encontró que, la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se presentó en la clase III con 40.27% seguido de la clase II 31.0%, la clase I con 24.89%, la clase IV con 3.4% y la clase VI con 0.5%.

Se concluye que, la prevalencia de edentulismo parcial se presentó en la clase III de Kennedy, con mayor incidencia en personas del sexo femenino entre el cuarto y sexto decenio de vida.¹³

Córdova H. 2017, Realiza un estudio de investigación que tuvo como objetivo general determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017. La muestra fue obtenida mediante tamaño mínimo Muestral en población finita, la cual estuvo conformada por 150 Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL. Esta evaluación fue visual anotando lo observado en la ficha de recolección de datos, la cual fue creada y validada por juicio de expertos. Los resultados fueron procesados por el programa estadístico SPSS versión 23 y Excel para la elaboración de las tablas de frecuencias. Obteniéndose como resultado que el 32% de la población presenta una prevalencia de edentulismo parcial Clase I de

Kennedy, 26.7% Clase II, 39.3% Clase III y 2% Clase IV de Kennedy. Así también, que del total de la población que presenta edentulismo parcial en el maxilar superior, el 23.9% presenta una Clase I de Kennedy, el 32.6% una Clase II, el 36.9% una Clase III y el 6.6% una Clase IV de Kennedy. Mientras que en el maxilar inferior el 35.6% presenta una Clase I de Kennedy, el 24% una Clase II, el 40.4% una Clase III y el 0% una Clase IV de Kennedy. Por otro lado, también se encontró que, del total de la población de género masculino, el 30% presenta una Clase I de Kennedy, el 24.3% una Clase II y el 45.7% una Clase III de Kennedy, mientras que del total de la población de género femenino el 33.75% presenta una Clase I de Kennedy, el 28.75% una Clase II, el 33.75% una Clase III y el 3.75% una Clase IV de Kennedy. La prevalencia de edentulismo parcial según la clase I de Kennedy presentó la modificación I con un 47.9%, la clase II la modificación III con un 50% y la clase III la modificación I con un 47.5%. Concluyendo que la clase de Kennedy más frecuente fue la Clase III tanto en el maxilar superior e inferior, siendo también más frecuente en el género masculino y femenino.¹⁴

Ríos D. & Melgarejo M. 2017, Realiza un estudio que tuvo como Objetivo Determinar la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017. Metodología: Este estudio fue de tipo transversal, nivel descriptivo. La muestra estudiada estuvo representada por 40 pacientes edéntulos parciales. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumentos la ficha de registro de datos de las historias clínicas y odontograma. Resultados: Según la contrastación y prueba de hipótesis se tuvo el resultado de: $\chi^2: 0.05 < 2.07$ donde se aceptó la H_1 , que afirma: Existe alta prevalencia de

Edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes que acuden al Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2017.¹⁵

Vega, E. 2017, En el presente estudio determino la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la universidad nacional de Trujillo. Se realizó un estudio tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. En este estudio se evaluó un total de 339 historias clínicas de pacientes adultos, entre 25-70 años que cumplieron con los criterios de selección, que fueron atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la universidad nacional de Trujillo durante los años 2011-2016. Se evidencio mayor prevalencia de la clase III de Kennedy 50.59%, esta clase predomino en los maxilares, géneros y grupos etareos. Se halló diferencia altamente significativa entre las variables en los maxilares y en los grupos etareos.¹⁶

Avendaño E. 2016, Identifica la Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014. La población elegible fue de 243 pacientes, 89 varones y 154 mujeres que se realizaron una PPR en la clínica de pre grado de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2013 al 2014. Recolectaron los datos en una ficha de cotejo donde se registró la información que está en las historias de los pacientes edéntulos parciales. Se encontró que de las 363 maxilas que se realizaron el tratamiento de PPR la Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41.3 % (150 casos), la siguiente Clase de mayor frecuencia fue la Clase II con el 32 % (116 casos), luego tenemos a la Clase III con el 25.1% (91 casos) y finalmente a la Clase IV con el 1.7% (6 casos). Además de los 243

pacientes que se realizaron el tratamiento de PPR la necesidad protésica de la clase I de Kennedy fue 132 (54,3 %) pacientes, de la clase II de Kennedy fue 91 (37,4 %) pacientes, de la clase III de Kennedy fue 82 (33,7 %) pacientes y de la clase IV de Kennedy fue 5 (2,1 %) pacientes.³

Rodríguez L. 2013, El propósito de su estudio fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Realiza 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. Se encontró mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares, géneros y grupos de edad. No se halló diferencia estadísticamente significativa entre las variables.¹⁷

2.1.3 Antecedentes Locales:

Alvares J.2014, Su estudio determinó la frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza ubicado en el distrito de Alto de la Alianza de la ciudad de Tacna; entre los meses de abril a junio del año 2013. El estudio fue de tipo transversal, se desarrolló en el paradigma cuantitativo. Se evaluó un total de 150 pacientes mayores de 18 años que cumplieron con los criterios de selección, en los cuales se encontraron 81 maxilares superiores y 99 maxilares inferiores con presencia de edentulismo parcial. Los resultados mostraron que la Clase III de Kennedy es la más frecuente, tanto en el maxilar superior (72,8%), como en el maxilar inferior (55,6%); de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente en ambos sexos y en los 3 rangos de edad, utilizados en el estudio.¹⁸

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Edentulismo

El edentulismo es la pérdida total o parcial de las piezas dentales, siendo sus causas más importantes la caries dental, periodontitis crónica, fracturas radiculares, higiene oral deficiente y el nivel sociodemográfico. La pérdida de las piezas dentales, trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, la cual afecta el estado nutricional, la salud en general y la calidad de vida.¹⁹

La pérdida de dientes puede afectar a las personas de cualquier edad, pero ésta es más prevalente en el adulto mayor, ya que son más susceptibles a adquirir enfermedades bucales. Anteriormente, se pensaba que la pérdida de dientes era una parte inevitable del ciclo de la vida por la misma reabsorción ósea, pero estudios e investigaciones recientes han demostrado que algunas de las enfermedades orales se pueden evitar a pesar de los cambios de la edad, ya que existe una gran variedad de métodos preventivos para mantener las piezas dentarias por un largo período de tiempo. Existen diversos factores que pueden desencadenar una amplia gama de enfermedades en la cavidad bucal, las cuales ocasionan que se inicie el proceso de pérdida de dientes y, por ende, aumente el índice de edentulismo en la población.²⁰

2.2.2 Edentulismo Total

La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas.²¹

La Organización mundial de la salud (OMS) en la década del 90 ha calificado el edentulismo total como una situación de invalidez. El compromiso a nivel clínico y de investigación se ha centrado en resolver esta situación.

Actualmente se le considera un problema resuelto con resultados irrefutable. Pero siempre es posible mejorar resultados y evolucionar a través de las modificaciones biotecnológicas.⁷

2.2.3 Edentulismo Parcial

El edentulismo parcial es el estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico y también psicológico.

El paciente edéntulo parcial logra recuperar la parte funcional y estética a través del uso de la prótesis parcial removible. La clasificación Kennedy ha sido de gran ayuda para la enseñanza y estudio de este tipo de pacientes.³

2.2.4 Causas del Edentulismo Parcial

2.2.4.1 Caries Dental

La caries dental es una enfermedad que desintegra de manera progresiva los tejidos calcificados del diente, al estar avanzada con destrucción coronal completa la única opción de tratamiento es la extracción dentaria. La caries dental es una enfermedad microbiológica infecciosa que se caracteriza por disolución y destrucción localizada de los tejidos calcificados de los dientes. Su desarrollo se da por una serie de exacerbaciones que se caracterizan por periodos de alta producción de ácidos, con resultado de disolución de los tejidos duros del diente.

La estructura de la comunidad bacteriana consiste en una masa de células muy condensadas, unidas entre sí y al diente por una matriz viscosa, pegajosa de hidratos de carbono.

A este conjunto de bacterias y matriz colectiva se le conoce como placa la cual por medio de su actividad metabólica produce la caries y enfermedad periodontal. La placa bacteriana como un material blando con gran adhesión sobre la superficie de los dientes, está constituida principalmente por bacterias y sus productos, con una secuencia altamente organizada.

2.2.4.2 Enfermedad Periodontal

Por pérdida de tejido de soporte del diente la enfermedad periodontal es causa de edentulismo por que produce la pérdida progresiva del tejido de soporte del diente, incluyendo la destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de hueso de soporte produciendo la movilidad dentaria con posterior caída del diente.

Es una enfermedad de origen bacteriano caracterizada por reacciones inflamatorias que destruyen los tejidos de soporte de los dientes (hueso alveolar, ligamento periodontal, cemento), su etiología principal es la placa bacteriana, situación que empeora cuando se presenta una escasa producción de saliva, tabaquismo y principalmente una mala higiene bucal, favoreciendo a la colonización bacteriana y sus efectos, lo que predispone la pérdida del aparato de soporte y por lo tanto a la edentulismo.

2.2.4.3 Traumatismo

Se da en los accidentes de macizo facial que deja como secuela la pérdida de dientes. El traumatismo en el macizo facial afecta a un 20% a 25% de la población actual. Los traumatismos dentoalveolares son lesiones de extensión e intensidad variables que se producen en los dientes, hueso y tejidos de sostén, como resultado de un impacto físico contra ellos.

Los traumatismos se clasifican de la siguiente manera:

- Fracturas coronarias: fisuras del esmalte, fractura coronaria no complicada, fractura coronaria complicada.
- Fracturas radiculares: fracturas intraalveolares, fracturas coronario radicular.
- Luxación concusión, subluxación lateral, intrusión, luxación extrusiva.
- Avulsión. ¹⁵

2.2.5 Consecuencias del Edentulismo Parcial

Las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. La mayoría de los clínicos señalan:

- Alteraciones estéticas
- Disminución de la eficacia de la masticación
- Inclinación, migración y rotación de los dientes restantes
- Extrucción de dientes
- Pérdida de apoyo para los dientes
- Desviación mandibular
- Atrición dental
- Pérdida de la dimensión vertical
- Disfunción de la articulación mandibular
- Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.

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.

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 temporomandibular. La mayor parte suele disminuir la eficacia en la masticación. Estos factores afectan de manera adversa, la salud y el bienestar de los individuos. ¹

2.2.6 Requerimientos para que un Método de Clasificación sea Aceptable

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

- Permitir una visualización de tipo de arcada parcialmente edéntulo considerada.
- Permitir la diferenciación entre las dentaduras parciales dentosoportada y las dentomucosoportada.
- Servir como guía para el tipo de diseño a utilizar.
- Ser universalmente aceptada. ²²

2.2.7 Clasificación Original de Kennedy (anexo 5)

La Clasificación de Edward Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes.

Esta clasificación puede ser aplicada fácilmente a casi todas las situaciones edéntulas parciales, facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo y es la clasificación más aceptada.

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

1.- Clase I:

Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes. Presenta dos zonas posteriores a los extremos libres con permanencia al grupo anterior. Forma parte de las dentomucosoportada según el número de espacios desdentados existentes entre los dientes remanentes se subdivide en clase I, modificación 1, 2, 3, 4.

2.- Clase II:

Área edéntulo unilateral posterior a los dientes remanentes. Presenta una sola zona desdentada posterior unilateral, con ausencia total o parcial de premolares. También presenta las cuatro variantes de modificación mencionadas en la anterior. Es una prótesis dentomucosoportada.

3.- Clase III:

Área edéntula unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella, inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis. Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y distal por dientes, es decir se

apoya totalmente sobre dientes y por lo tanto, es dentosoportada. Su función es similar a la de la prótesis fija. Presenta cuatro tipos de modificaciones según el número de espacios desdentados que haya en la zona desdentada.

4. Clase IV:

La zona desdentada está situada en la parte anterior de la boca. Pueden faltar los cuatro incisivos o los seis dientes anteriores, o un mayor número de ellos. La guía incisal prácticamente no es activa; por lo tanto, la mejor solución será transformarla en una prótesis dentosoportada o totalmente fija mediante implantes osteointegrados es fácil de solucionar si existen caninos, pero más complicada si están ausentes. Lo ideal será devolverle una guía incisal potente y disclusora.

APPLEGATE sugiere variaciones en la clasificación de Kennedy pero su aceptación no ha sido universal (1960).

5. Clase V:

Solo posee un par de molares en un solo lado del arco dentario. Se plantea la exodoncia de los molares remanentes y la solución sería una prótesis total mucosoportada.

6. Clase VI:

Solo existen dos incisivos centrales. Por lo que se planteara la extracción y la incorporación de una prótesis total ^{23.24}

2.2.8. Reglas de Applegate:

Applegate añadió igualmente ocho reglas para que fueran aplicadas a la mencionada clasificación de Kennedy.

Regla 1: Toda clasificación se confeccionará después de efectuar las extracciones.

Regla 2: Si un tercer molar está ausente y por lo tanto no se le reemplaza, no debe ser considerado en la clasificación.

Regla 3: Si un tercer molar está presente y vamos a utilizarlo como pilar debe considerársele en el momento de clasificar el caso.

Regla 4: Si un segundo molar está ausente y no va a ser reemplazado por falta del antagonista no se le considerara en la clasificación.

Regla 5: El área o áreas desdentadas posteriores serán las que determinarán la clasificación.

Regla 6: Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación del caso recibirán el nombre de zonas de modificación y serán designadas por su número (ejem: modificación 2, dos zonas desdentadas).

Regla 7: Solo se considerará el número de zonas desdentadas, no su extensión.

Regla 8: En la clase IV no habrá zonas de modificación. Cualquier zona edéntulo posterior llevara consigo el cambio de clase. ²⁴

2.3. Definición de Términos Básicos

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Edentulismo Parcial: Ausencia de piezas dentarias que formen brechas edéntulas.

Clasificación de Kennedy: La clasificación de Kennedy plantea las diferentes situaciones del edéntulo parcial y permite hacer al clínico un reconocimiento e identificación del problema.

Género: Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres de las personas clasificándolos como varón y mujer.

Maxilar: Se clasifica maxilar superior y maxilar inferior teniendo en cuenta ubicación del maxilar.

Odontograma: es un esquema de las dos arcadas dentales superior e inferior, en el que se encuentran las características anatómicas de los dientes. El odontograma es una parte imprescindible en la historia clínica del paciente.

Kennedy: La clasificación de Kennedy plantea las diferentes situaciones del edéntulo parcial y permite hacer al clínico un reconocimiento e identificación del problema.

Applegate: añadió ocho reglas para que fueran aplicadas a la mencionada clasificación de Kennedy.

Edad: tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de Hipótesis

El estudio de investigación de tesis no presenta hipótesis dado que se trata de un estudio de nivel descriptivo.

3.2 Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO
Edentulismo Parcial	La ausencia de piezas dentarias que formen brechas edéntulas.	Clasificación De Kennedy y Modificaciones.	Ordinal.	Clase I Clase II Clase III Clase IV Y Modificaciones	Ficha de recolección de datos
Covariables: Tipo de Maxilar	Max. Inferior Hueso impar y medio que forma la parte inferior del esqueleto de la cara. En él se implantan los dientes. Max. Superior Hueso par que forma la mandíbula superior; en su porción alveolar se implantan los dientes.	Huesos de la cara.	Nominal	Maxilar superior Maxilar inferior	
Género	Identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre femenino y masculino.	Fenotipo del paciente.	Nominal	Femenino masculino	
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Años desde el nacimiento.	Rango	20-40 41-60 61-80	

3.3 Tipo y Diseño de la Investigación

3.3.1 Tipo de Investigación

El presente estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo, de nivel descriptivo.

Observacional: Porque solo se verán hechos ya ocurrido y no se influirá en ellos.

Transversal: porque la recolección de datos y estudio se realizarán en un tiempo determinado.

Retrospectivo: Debido a que se tomaron datos que ya fueron registrados.

Nivel descriptivo

3.3.2 Diseño de Investigación

El Diseño de Investigación del presente estudio es:

Descriptivo simple.: Debido a que se describió el comportamiento de cierto fenómeno en una población sin intervenir en éste.

3.4 Población y Muestra de la Investigación

3.4.1. Población

339 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Latinoamericana CIMA, 2017.

3.4.2. Muestra

Se tomaron 159 historias clínicas de pacientes Atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial Universidad Latinoamericana CIMA. Por muestreo no probabilístico por conveniencia, que cumplieron con los criterios de Inclusión y Exclusión.

3.4.3. Distribución Muestral

Criterios de Inclusión

- Historia clínica de pacientes edéntulos unimaxilares
- Historia clínica de pacientes de ambos géneros
- Historia clínica de pacientes entre 20 a 80 años de edad.
- Historia clínica cuyos datos estén bien especificados en las Historias Clínicas.

Criterios de Exclusión:

- Historia clínica de pacientes edéntulos totales.
- Historia clínica de pacientes con dentición temporal.
- Historia clínica de pacientes con dentición permanente completa.
- Historia clínica con datos incompletos.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

a.) **Técnica:** la técnica que se utilizó en el presente trabajo de investigación fue de observación directa a las historias clínicas y el llenado de la ficha de recolección de datos.

b.) Instrumento: ficha de recolección de datos (Anexo 2)

Como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos para detectar los casos de prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy.

La ficha de recolección de datos fue adaptada para los fines de la presente investigación a partir de fichas similares utilizadas en otras investigaciones y consta de tres partes: la primera parte contiene todos los datos personales del paciente nombres, edad, sexo, fecha, entre otros.

La segunda parte contiene el gráfico del odontograma, según el Minsa del Perú, donde se registra la presencia y ausencia de piezas dentales, (ubicación de la zona edéntula) marcando con un aspa en color azul las piezas dentales ausentes, las presentes no se marcan.

La tercera parte contiene un cuadro de clasificación de Kennedy según clase y modificación, la cual fue marcada con un aspa de acuerdo a la clase a la que pertenece y se especificó la modificación con números.

3.6. Técnicas para el Procesamiento de Datos

Los datos reportados en las respectivas fichas de recolección de datos fueron procesados de manera automatizada, se utilizó el programa SPSS 23.0. Para obtener los datos estadísticos. Posteriormente se realizara un análisis descriptivo mediante tablas, y se realizaran los respectivos gráficos de barras.

CAPITULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla N° 01

**Características de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente
Asistencial**

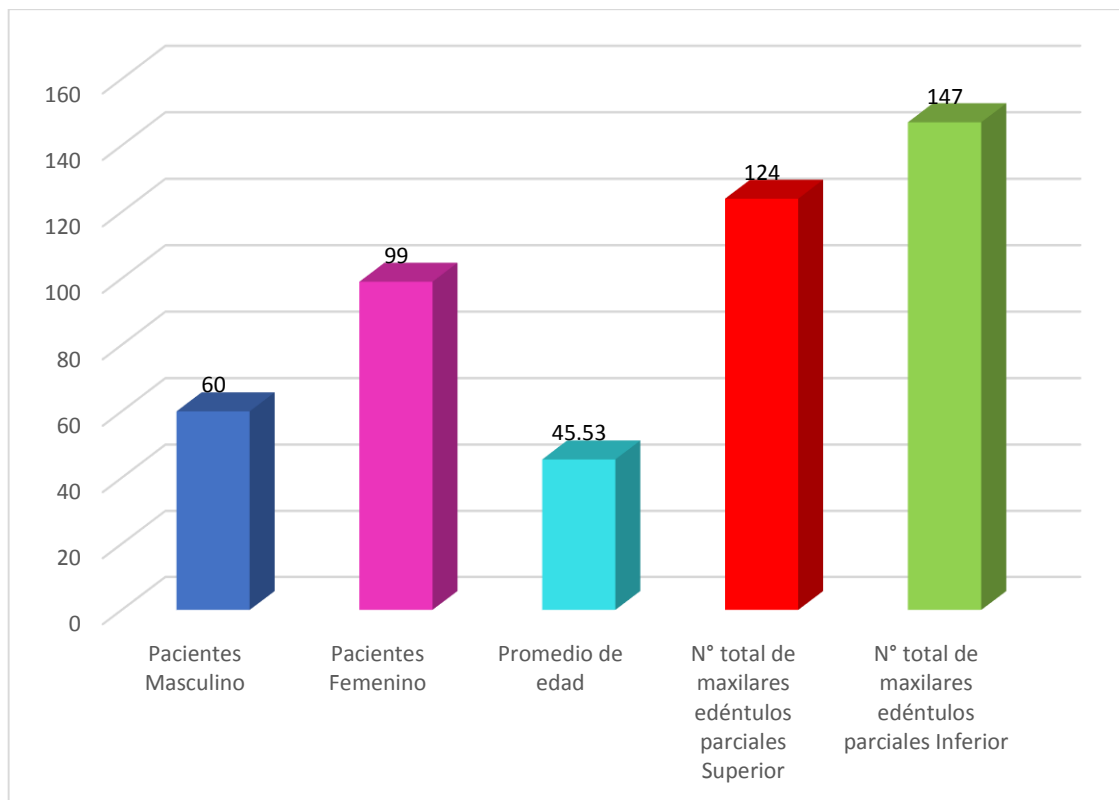
Población	159
Muestra	159
Pacientes Masculino	60
Pacientes Femenino	99
Rango de Edad	20-80
Promedio de edad	45.53
Mediana de edad	45
Moda de edad	45
N° total de maxilares edéntulos parciales Superior	124
N° total de maxilares edéntulos parciales Inferior	147

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N° 01

Características de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica

Docente Asistencial



FUENTE: Elaboración Propia.

La tabla y gráfico N° 1 se observa que: de una muestra de 159 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial, 60 pertenecen al género masculino y 99 pertenecen al género femenino. De un rango etéreo de 20 a 80 años, el promedio de edad de la población fue de 45.53 años. El número total de maxilares edéntulos parciales superior fue de 124 y el del maxilar inferior de 147.

Tabla N° 02

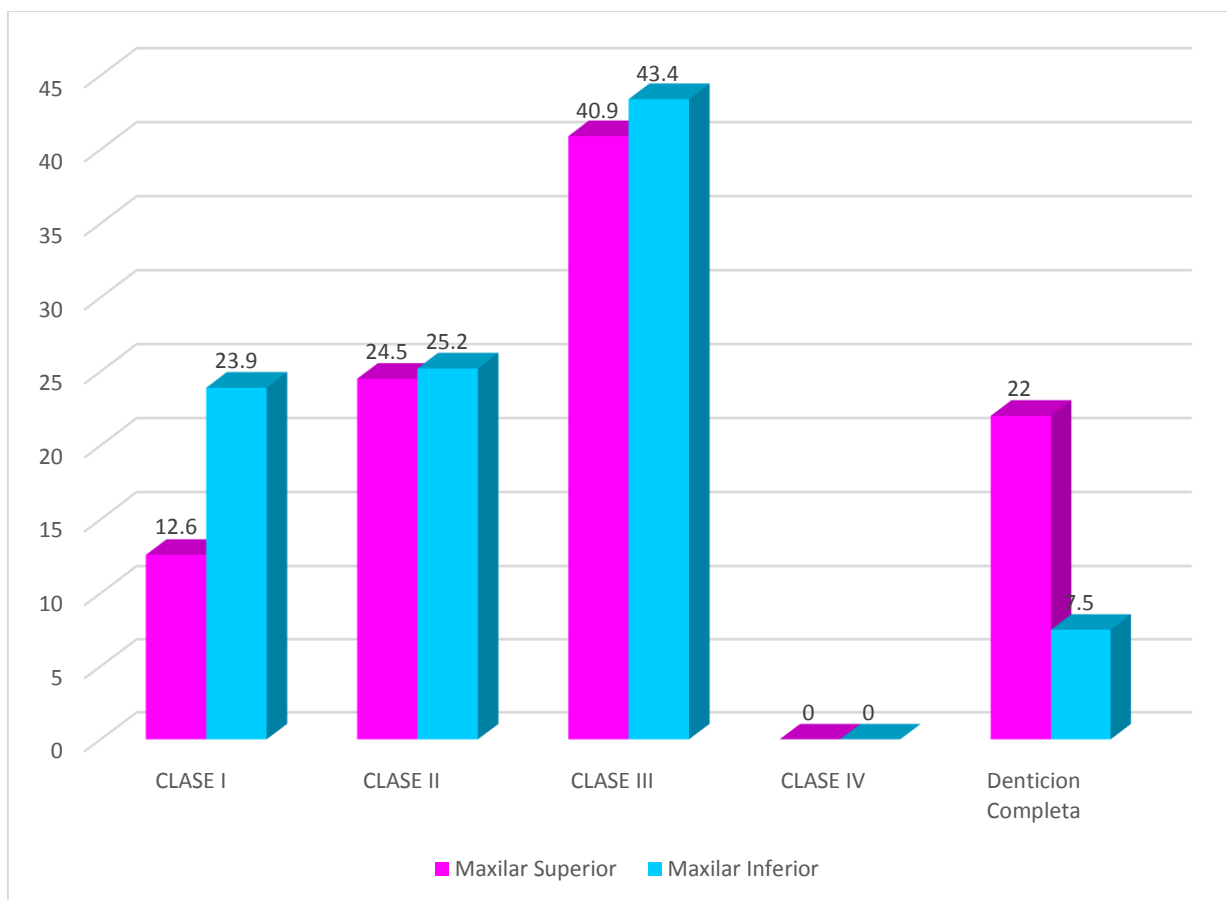
Edentulismo parcial en el maxilar superior e inferior, según la Clasificación de Kennedy

CLASIFICACION DE KENNEDY	Maxilar Superior		Maxilar Inferior	
	N	%	N	%
CLASE I	20	12.6%	38	23.9%
CLASE II	39	24.5%	40	25.2%
CLASE III	65	40.9%	69	43.4%
CLASE IV	0	0%	0	0%
DENTICION COMPLETA	35	22%	12	7.5%
TOTAL	159	100	159	100

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N° 02

Edentulismo parcial en el maxilar superior e inferior, según la Clasificación de Kennedy



FUENTE: Elaboración Propia.

En la tabla y gráfico N° 2 se observa que: la prevalencia de edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy en el maxilar superior: la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 40.9%; seguidamente la clase II con el 24.5%; luego tenemos a la clase I con el 12.6%; y por último la clase IV con 0% y el 22% presenta dentición completa.

Asimismo En el maxilar inferior: la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 43.4%; seguidamente la clase II con el 25.2%; luego tenemos a la clase I con el 23.9%; y por último la clase IV con 0% y el 7.5% presenta dentición completa.

Tabla N°03

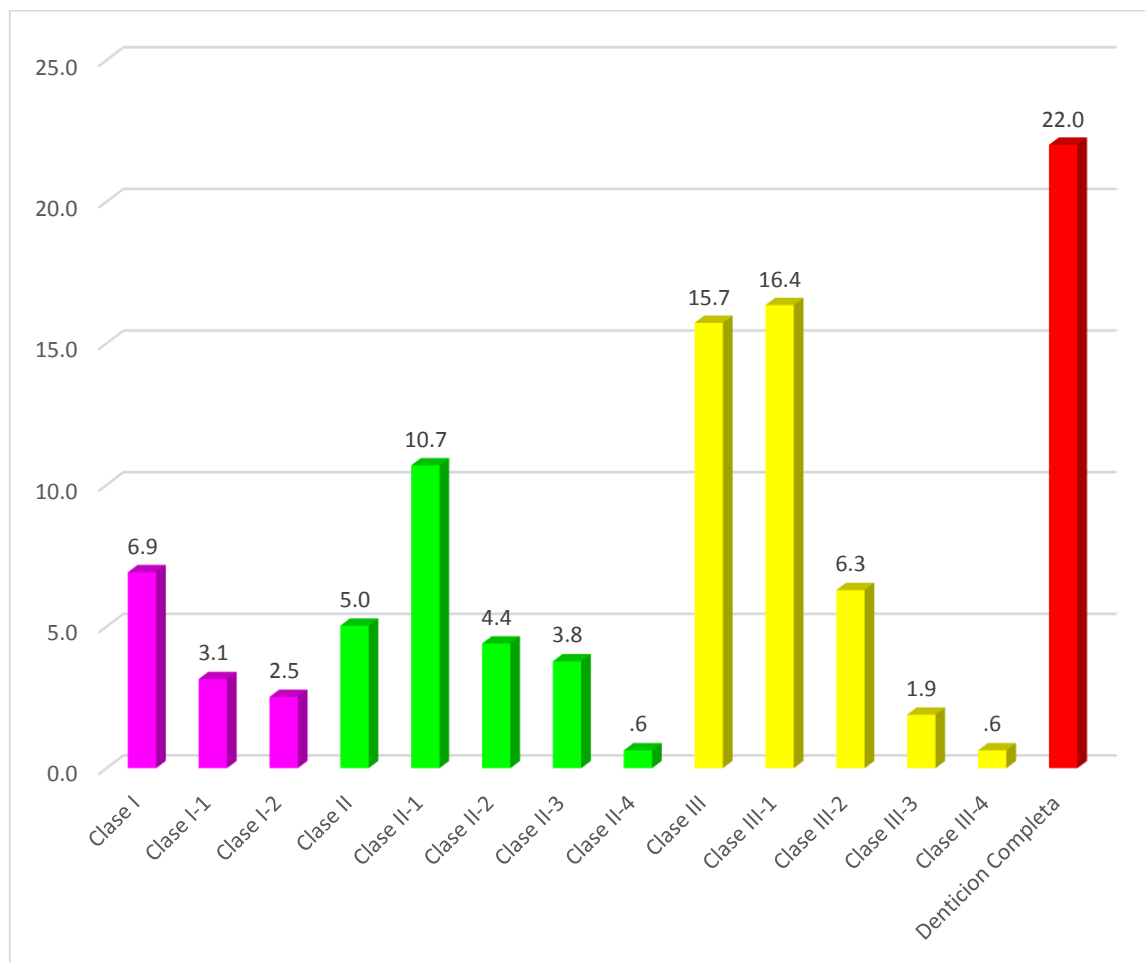
Edentulismo Parcial, en el maxilar superior Según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Clase I	11	6.9%	6.9%
Clase I-1	5	3.1%	10.1%
Clase I-2	4	2.5%	12.6%
Clase II	8	5.0%	17.6%
Clase II-1	17	10.7%	28.3%
Clase II-2	7	4.4%	32.7%
Clase II-3	6	3.8%	36.5%
Clase II-4	1	.6%	37.1%
Clase III	25	15.7%	52.8%
Clase III-1	26	16.4%	69.2%
Clase III-2	10	6.3%	75.5%
Clase III-3	3	1.9%	77.4%
Clase III-4	1	.6%	78.0%
Dentición completa	35	22.0%	100.0%
Total	159	100.0%	

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N°03

Edentulismo Parcial, en el maxilar superior Según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones.



FUENTE: Elaboración Propia.

La tabla y gráfico N°3 se observa que: la prevalencia de edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy en el maxilar superior el 6,9% presenta Clase I; según su modificación clase I-1 (3.1%); clase I-2 (2.5%); clase II (5%); clase II-1 (10.7%); clase II-2(4.4%); clase II-3 (3.8%); clase II-4 (0.6%); clase III(15.7%); clase III-1(16.4%); clase III-2(6.3%); clase III-3(1.9%); clase III-4(0.6%); Y el 22% presenta dentición completa.

Tabla N°04

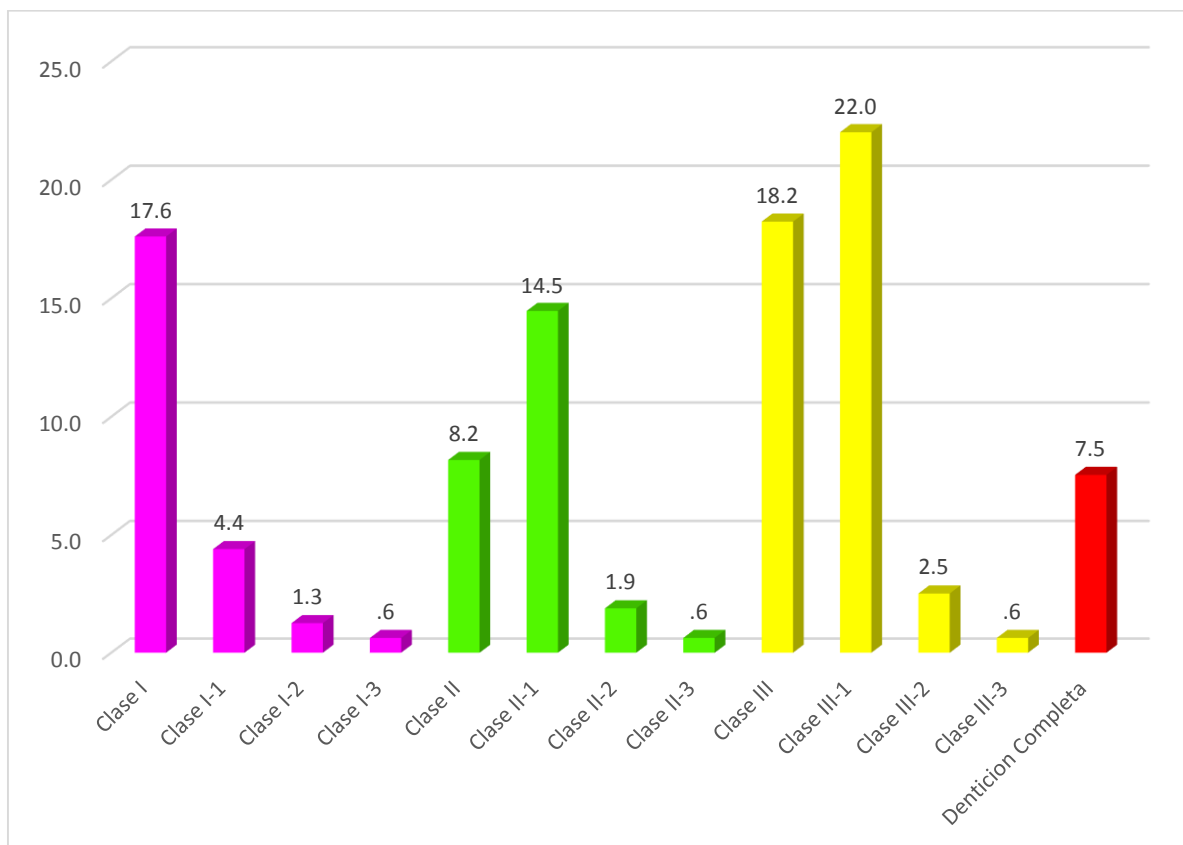
Edentulismo Parcial, en el maxilar inferior Según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones.

			Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	acumulado
Clase I	28	17.6%	17.6%
Clase I-1	7	4.4%	22.0%
Clase I-2	2	1.3%	23.3%
Clase I-3	1	.6%	23.9%
Clase II	13	8.2%	32.1%
Clase II-1	23	14.5%	46.5%
Clase II-2	3	1.9%	48.4%
Clase II-3	1	.6%	49.1%
Clase III	29	18.2%	67.3%
Clase III-1	35	22.0%	89.3%
Clase III-2	4	2.5%	91.8% %
Clase III-3	1	.6%	92.5%
Dentición Completa	12	7.5%	100.0%
Total	159	100.0%	

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N°04

Edentulismo Parcial, en el maxilar inferior Según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones.



FUENTE: Elaboración Propia.

La tabla y gráfico N^a4 se observa que: la prevalencia de edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy en el maxilar inferior el 17.6% presenta Clase I; según su modificación clase I-1 (4.4%); clase I-2 (1.3%); clase I-3 (0.6%); clase II (8.2%); clase II-1 (14.5%); clase II-2(1.9%); clase II-3 (0.6%); clase III(18.2%); clase III-1(22.0%); clase III-2(2.5%); clase III-3(0.6%); Y el 7.5% presenta dentición completa..

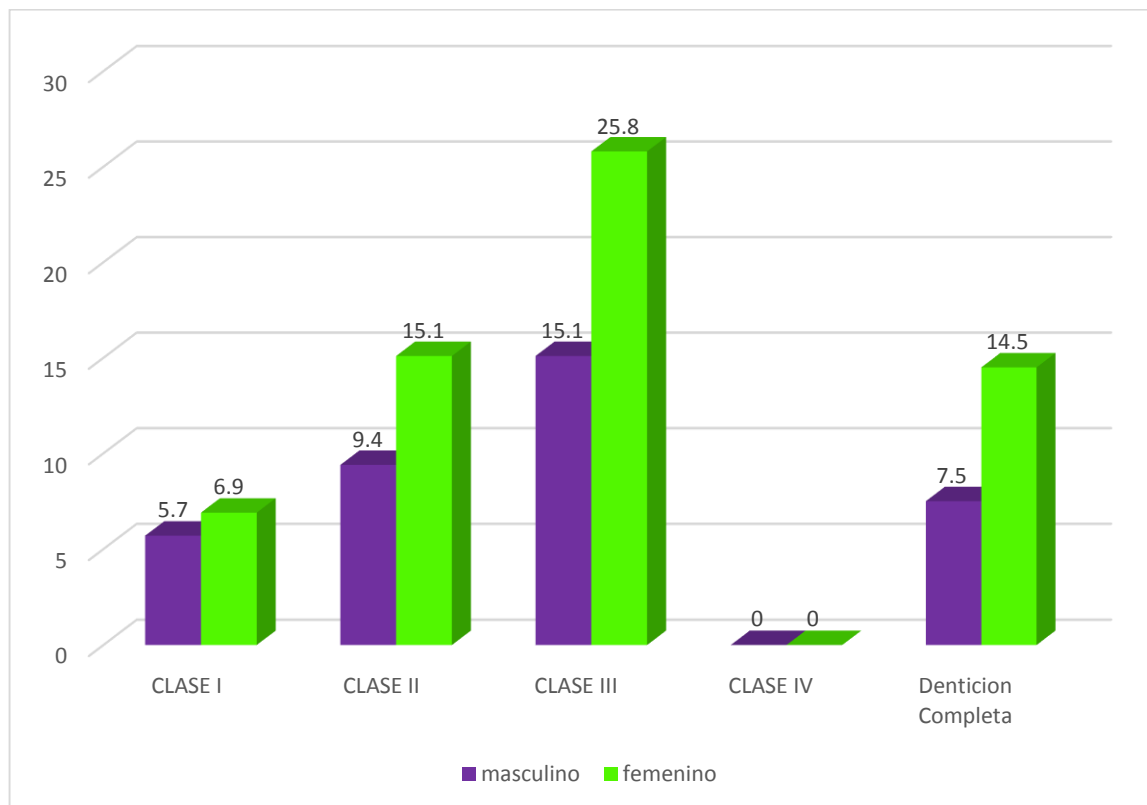
Tabla N° 05
Edentulismo parcial en el maxilar superior según la clasificación de Kennedy, por género.

MAXILAR SUPERIOR												
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		DENTICION COMPLETA		TOTAL	
genero	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
masculino	9	5.7	15	9.4	24	15.1	0	0	12	7.5	60	37.7
femenino	11	6.9	24	15.1	41	25.8	0	0	23	14.5	99	62.3
TOTAL	20	12.6	39	24.5	65	40.9	0	0	35	22	159	100

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N° 05

Edentulismo parcial en el maxilar superior según la clasificación de Kennedy, por género.



FUENTE: ficha de recolección de datos

La tabla y gráfico N°5 se observa que: mayor prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior, según la clasificación de Kennedy por género por es el femenino, la clase más prevalente fue la clase III de Kennedy con 25.8%; seguidamente la clase II con el 15.1%; luego tenemos a la clase I con el 6.9%; y el 14.5% presenta dentición completa. Asimismo en el género masculino; la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 15.1%; seguidamente la clase II con el 9.4%; luego tenemos a la clase I con el 5.7%; y el 7.5% presenta dentición completa.

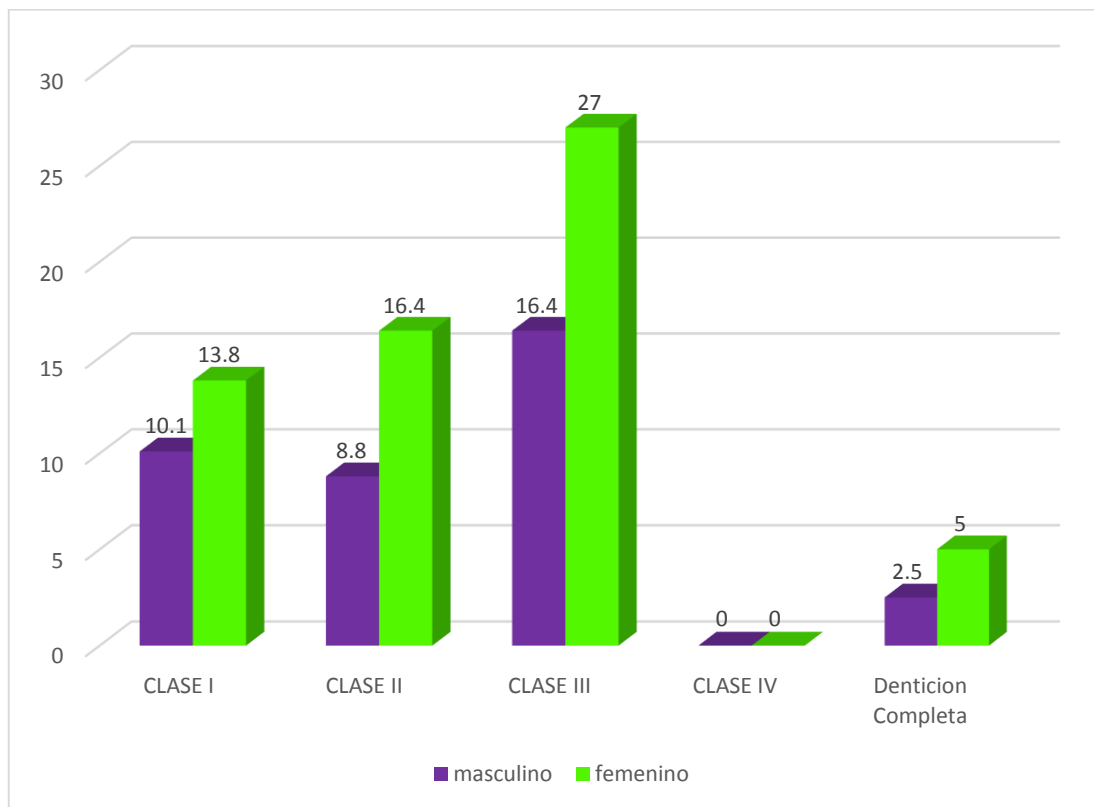
Tabla N° 06
Edentulismo parcial en el maxilar inferior según la clasificación de Kennedy, por género.

MAXILAR INFERIOR												
	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		DENTICION COMPLETA		TOTAL	
genero	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
masculino	16	10.1	14	8.8	26	16.4	0	0	4	2.5	60	37.7
femenino	22	13.8	26	16.4	43	27	0	0	8	5	99	62.3
TOTAL	38	23.9	40	25.2	69	43.4	0	0	12	7.5	159	100

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N° 06

Edentulismo parcial en el maxilar inferior según la clasificación de Kennedy, por género.



FUENTE: ficha de recolección de datos

La tabla y gráfico N°6 se observa que: mayor prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar inferior, por género es en el género femenino la más prevalente fue la clase III de Kennedy con 27%; seguidamente la clase II con el 16.4%; luego tenemos a la clase I con el 13.8 y el 5% presenta dentición completa.. Así mismo En el género masculino; la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 16.4%; seguidamente la clase II con el 8.8%; luego tenemos a la clase I con el 10.1%; y el 2.5% presenta dentición completa.

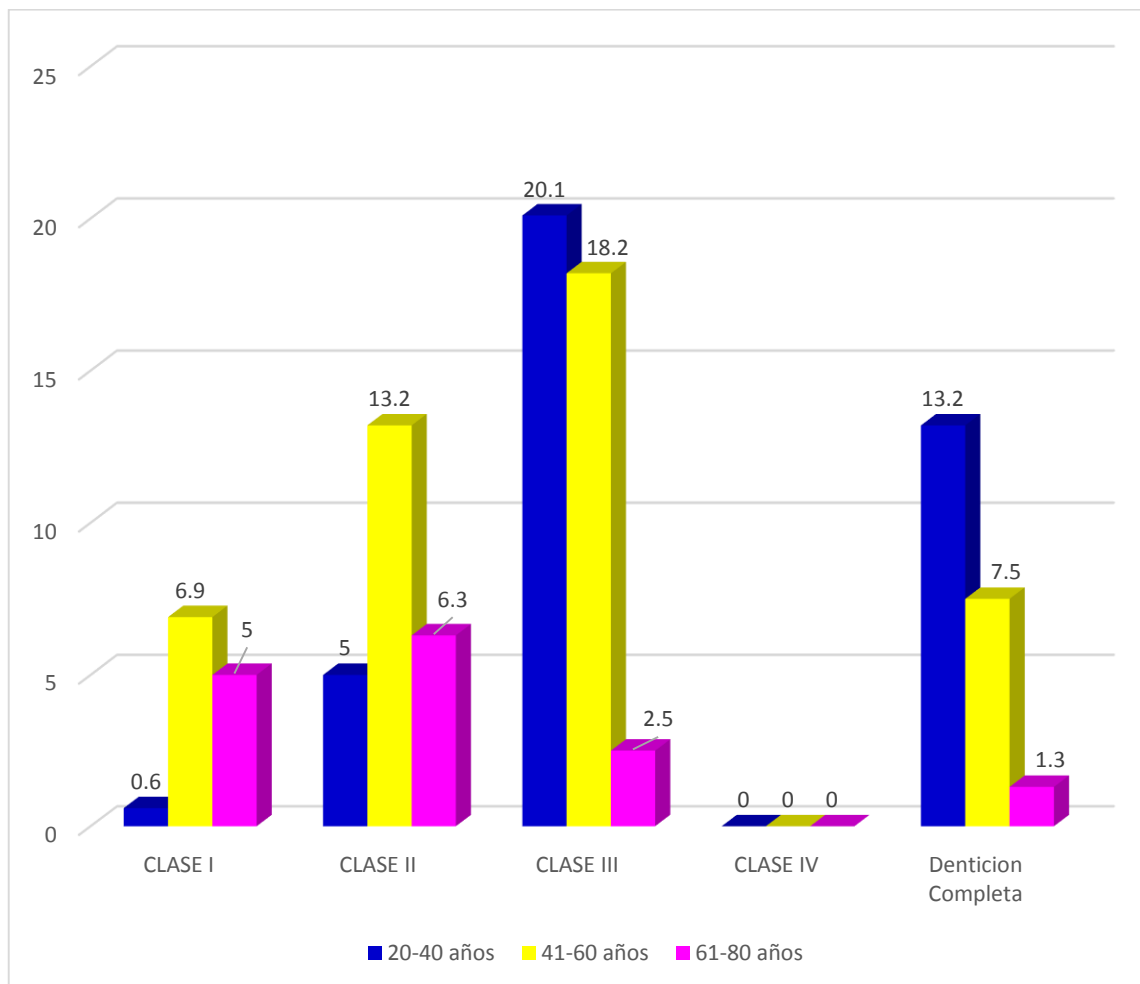
Tabla N° 07
Edentulismo Parcial en el maxilar superior según Clasificación de Kennedy, por
Edad

MAXILAR SUPERIOR												
Edad	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		DENTICION COMPLETA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-40 años	1	0.6	8	5	32	20.1	0	0	21	13.2	62	39
41-60 años	11	6.9	21	13.2	29	18.2	0	0	12	7.5	73	45.9
61-80 años	8	5	10	6.3	4	2.5	0	0	2	1.3	24	15.1
TOTAL	20	12.6	39	24.5	65	40.9	0	0	35	22	159	100

FUENTE: ficha de recolección de datos

Gráfico N° 07

Edentulismo Parcial en el maxilar superior según Clasificación de Kennedy, por Edad



FUENTE: Elaboración Propia.

La tabla y gráfico N°7 se observa que: la mayor prevalencia de edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy por edad en el maxilar superior es:

Del grupo etáreo entre 20 a 40 años de edad la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 20.1%; seguidamente la clase II con el 5%; luego tenemos a la clase I con el 0.6%; y el 13.2% presenta dentición completa.

Del grupo etáreo entre 41 a 60 años de edad la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 18.2%; seguidamente la clase II con el 13.2%; luego tenemos a la clase I con el 6.9%; y el 7.5% presenta dentición completa.

Del grupo etáreo entre 61 a 80 años de edad la más frecuente fue la clase II de Kennedy con 6.3%; seguidamente la clase I con el 5%; luego tenemos a la clase III con el 2.5%; y el 1.3% presenta dentición completa.

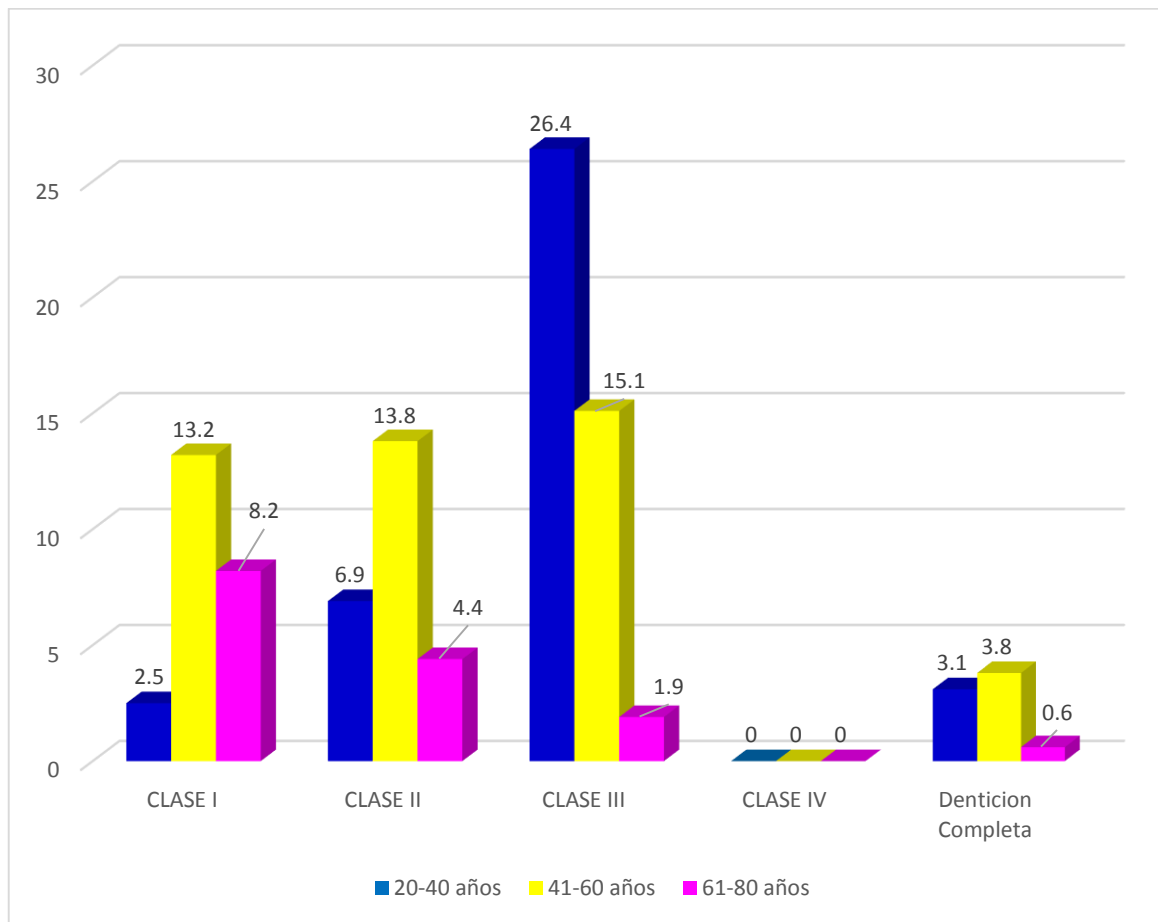
Tabla N° 08

Edentulismo Parcial en el maxilar inferior según Clasificación de Kennedy, por Edad

MAXILAR INFERIOR												
Edad	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		DENTICION COMPLETA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20-40 años	4	2.5	11	6.9	42	26.4	0	0	5	3.1	62	39
41-60 años	21	13.2	22	13.8	24	15.1	0	0	6	3.8	73	45.9
61-80 años	13	8.2	7	4.4	3	1.9	0	0	1	0.6	24	15.1
TOTAL	38	23.9	40	25.2	69	43.4	0	0	12	7.5	159	100

FUENTE: Elaboración Propia.

Gráfico N° 08

Edentulismo Parcial en el maxilar inferior según Clasificación de Kennedy, por Edad

FUENTE: Elaboración Propia.

La tabla y gráfico N^a7 se observa que: la mayor prevalencia de edentulismo parcial, según clasificación de Kennedy por edad en el maxilar inferior es:

Del grupo etáreo entre 20 a 40 años de edad la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 26.4%; seguidamente la clase II con el 6.9%; luego tenemos a la clase I con el 2.5%; y el 3.1% presenta dentición completa.

Del grupo etáreo entre 41 a 60 años de edad la más frecuente fue la clase III de Kennedy con 15.1%; seguidamente la clase II con el 13.8%; luego tenemos a la clase I con el 13.2%; y el 3.8% presenta dentición completa.

Del grupo etáreo entre 61 a 80 años de edad la más frecuente fue la clase I de Kennedy con 8.2%; seguidamente la clase II con el 4.4%; luego tenemos a la clase III con el 1.9%; y el 0.6% presenta dentición completa.

4.2 Discusión de Resultados

La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy encontrado en el presente estudio de una población de 159 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, La que mayor prevaleció ambos maxilares fue la clase III de Kennedy seguidamente la clase II y por último la clase I de Kennedy. Estos resultados concuerdan con la investigación de **Alvares J.**¹⁸, donde determinó la frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pacientes que acuden al servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza ubicado en el distrito de Alto de la Alianza de la ciudad de Tacna; entre los meses de abril a junio del año 2013. Obtuvo resultados de mayor prevalencia en que la Clase III de Kennedy en ambos maxilares. Así mismo con el estudio de **Rodríguez A.**¹³, donde en un estudio de 284 historias clínicas de pacientes entre 25 a 70 años, encontró que la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy se presentó en la clase III con 40.27% seguido de la clase II 31.0%, la clase I con 24.89%, la clase IV con 3.4%. Por otra parte concuerda también con resultados de **Córdova H.**¹⁴, donde prevaleció la clase III de Kennedy con un 39.3%. Y **Rodríguez L.**¹⁷, determino mayor prevalencia la clase III. Así también investigadores como **Cargua J.**⁶, en el mismo año, realizó un estudio titulado “prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito”. Y determinó que la clase III de Kennedy es más prevalente con un 82,81%, seguido la clase II con 19,93%, clase I con 15,41%, y clase IV con 11,39%. También **Vanegas M.**⁷, en su investigación determinó que la prevalencia del edentulismo parcial corresponde con más frecuencia a la clase III de Kennedy ambos maxilares.

La prevalencia de edentulismo en el maxilar superior en el presente estudio la más frecuente fue la clase III-1 con el 16.4%, clase III con el 15.7%; seguido de la clase II-1 con el 10.7 % y finalmente clase I con el 6.9%; de igual manera la mayor prevalencia en el maxilar inferior se presentó la clase III-1 con 22,0%; clase III 18.2%; seguidamente clase I con 17.6%; finalmente clase II-1 con 14.5%. Resultados que concuerdan con el estudio de **Córdova H.**¹⁴, según el maxilares superior la clase III tuvo mayor prevalencia con un 36.9% y 23.9% una clase I de Kennedy; en el maxilar inferior también prevaleció la clase III con el 40.4%; y según modificación prevaleció con mayor porcentaje la clase III y modificación 1 con el (47.5%). Así mismo en el estudio **de Alvares J.**¹⁸, en el Maxilar superior prevalece la clase III de Kennedy con el 72, 8%; en el maxilar inferior con el 55,6%. Al igual **Gonzales G.**⁵, realizó un estudio de prevalencia del tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la clínica odontológica de la UCSG, de las 205 historias revisadas observó que en el maxilar superior la clase III fue la que tuvo mayor prevalencia con el 38%, seguido de la clase II con el 32%, sin embargo no concuerda con resultados en el maxilar inferior ya que fue más prevalente la clase II con el 33% seguida de la clase I con el 30%. Así también **Veas H.**¹⁰, Estudió el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en 63 pacientes atendidos en la clínica de postgrado de rehabilitación oral, entre uní y bimaxilares logrando un total de 84 prótesis. Y concluyó que, la clase más frecuente en el maxilar superior fue la clase III con un 38% seguido de la clase IV con un 23%, la clase I con un 21% y la clase II con un 18%. En cuanto al Maxilar Inferior la clase de Kennedy más común fue la clase I con un 76%.

Cortés V. et al.,¹¹ realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. Concluyeron que la clasificación de Kennedy en maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase I y III. Sin embargo Cabe destacar que no se encontró similitud en cuanto a los resultados de maxilares inferiores en los estudios de **Gonzales G.**⁵ **Veas H.**¹⁰ y **Cortés V. et al.**¹¹, así mismo nuestro estudio no coincide con los resultados de prevalencia según maxilares con la investigación de **Fabián S.**¹², ya que en el maxilar superior prevaleció en mayor porcentaje Clase II de Kennedy con el 36.6% seguidamente la Clase III con el 34.8% y en el maxilar inferior Clase I con el 44.6% y Clase II con el 33%.

Con respecto a la distribución de la edad y género en relación con el edentulismo parcial en la presente investigación tanto el género masculino y el femenino (tabla y grafico 5y6) presenta una clasificación III en su mayoría, y con respecto a la edad la población de 20 a 60 años es la que presenta en su mayoría la clasificación tipo III (tabla y grafico 7y 8); estos resultados concuerdan con la investigación de **Cargua J.**⁶ según la edad de 30-39 años, predominó la clase III con 54,67%, el género femenino la clase III sobresalió con 31,83% y en el arco superior la clase III prepondera con un 26,80%. **Dau R.**⁸ obtuvo como resultado una mayor incidencia de pacientes Clase I en mujeres y Clase IV en hombres dando un valor de 15 mujeres Clase I y 8 hombres Clase IV; siguiendo la escala con las Clase II y Clase III en mujeres y hombres. **Fabián S.**¹² determinó que el mayor grupo edéntulo fue el de 51-70 años con 67 (59.8%) pacientes y según el género 69 (61.6%) femenino y 43 (38.4%) masculino.

Por último la Investigación de **Rodríguez A.**¹³ en el año 2017 de la prevalencia de edentulismo parcial se presentó en la clase III de Kennedy, con mayor incidencia en personas del sexo femenino entre el cuarto y sexto decenio de vida. La investigación de **Córdova H.**¹⁴ también muestra la prevalencia de clase III siendo también más frecuente en el género masculino y femenino.

Por el contrario en la investigación de **Soza R.**⁹ en el año 2015 determinó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial para ambos sexos se encuentra en la clase I de Kennedy en ambos maxilares, seguido de la clase II.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la prevalencia de edentulismo parcial Según la Clasificación de Kennedy en maxilar superior; fue la clase III de Kennedy con el 40.9%; seguido la clase II con el 24.5%; y la clase I con el 12.6%. A su vez se determinó también según su modificación, un mayor porcentaje presento la clase III-1 de Kennedy con el 16.4%, seguidamente la clase III con el 15.7%, y clase II-1 con el 10.7%. Y en menor porcentaje la clase III-4 con el 0.6% y clase II-4 con el 0.6%.

SEGUNDA: Se determinó que la prevalencia de edentulismo parcial Según la Clasificación de Kennedy en maxilar inferior; fue la clase III de Kennedy con el 43.4%, seguido con clase II con el 25.2%, y la clase I con el 23.9%. Y según su modificación, un mayor porcentaje presento la clasificación III-1 con el 22%, clase III con el 18.2%, y clase I con el 17.6%. Y en menor porcentaje la clase I-3 con el 0.6%, clase II-3 con el 0.6%, y la clase I-3 0.6%.

TERCERO: Se determinó la prevalencia de edentulismo parcial por género que el tipo de edentulismo parcial con mayor incidencia fue la clase III de Kennedy.

En el maxilar superior; en el género femenino presenta una incidencia de 25.8% y el género masculino con incidencia de 15.1% de la clase III de Kennedy

En el maxilar inferior el género femenino presenta clase III 27% y el género masculino con 16.4%, presenta una clase III de Kennedy.

CUARTO: Se determinó que la distribución por edad, en el maxilar superior; el mayor porcentaje según el grupo etáreo la población de 20 a 40 años de edad presentan edentulismo clase III de Kennedy con el 20.1%, y en menor porcentaje la clase I de Kennedy con el 0.6%. La población de 41 a 60 años de edad presenta en mayor porcentaje la clasificación III de

Kennedy con el 18.2%, y en menor porcentaje la clase I con el 6.9%. Y la población de 61 a 80 años de edad presentan una clasificación II de Kennedy con el 6.3%, y en menor porcentaje la clase III con el 2.5%.

Se determinó que la distribución por edad, en el maxilar inferior; el mayor porcentaje según el grupo etáreo la población de 20 a 40 años de edad presentan una clasificación III de Kennedy con el 26.4%, y en menor porcentaje la clase I con el 2.5%. La población de 41 a 60 años de edad presentan un mayor porcentaje en la clasificación III de Kennedy con el 15.1%, y en menor porcentaje la clase I con el 13.2%. Y el mayor porcentaje de la población de 61 a 80 años de edad presentan una clasificación I con el 8.2%, y en menor porcentaje la clase III con el 1.9%.

QUINTO: En conclusión se determinó sobre la prevalencia de edentulismo parcial, Según la Clasificación de Kennedy, de un total de 159 historias clínicas que el tipo de edentulismo con mayor incidencia fue la clase III de Kennedy en el maxilar superior con el 40.9% y en el maxilar inferior con el 43.4%. En cuanto a los resultados según género femenino en el maxilar superior fue con el 25% y género masculino con el 15.1% Así mismo en el maxilar inferior, mayor porcentaje en el género femenino presenta una clasificación III de Kennedy con el 27% y con el 16.4% en el género masculino. En cuanto al grupo etáreo la población con mayor incidencia fue entre 20 a 41 años de edad ya que presento en su mayoría la clasificación III de Kennedy en ambos maxilares.

5.2 RECOMENDACIONES

- Durante el pregrado dar énfasis a la temática de tipos de edentulismo parcial y sus modificaciones para enfrentar la realidad fuera de las aulas y realizar un correcto diagnóstico y un eficiente plan de tratamiento rehabilitador en la población que presente edentulismo parcial.
- En base a los resultados de este estudio se recomienda a las instituciones públicas y privadas comprometidas con la salud desarrollar más estudios similares y relacionar con otras variables para determinar otros factores que afectan la condición dentaria y apliquen programas de prevención sobre la salud oral para concientizar a la población mediante la educación y evitar el edentulismo parcial en nuestra sociedad.
- Siendo este un estudio retrospectivo se sugiere realizar estudios prospectivos para análisis comparativos de periodos anuales anteriores con los futuros y discrepar la diferencia en un aumento o disminución del edentulismo parcial.
- Ampliar la muestra en otras investigaciones para tener estudios más representativos que puedan aportar más datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stewart, K. *Prostodoncia Parcial Removible*. [2da Edición]. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas L.A. Caracas Venezuela. 1993. Pág. 1-18. 19
2. Gil-Montoya Jé A., Ferreira de Mello A. L., Barrios R., González-Moles M. A., Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: anonsystematicreview. 2015 *Clinical Interventions in Aging*, 10, pp. 461-7.
3. Avendaño Vera EM. Prevalencia de Edentulismo Parcial y Necesidad Protésica en Pacientes que Acuden a la Clínica de Pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014 [Tesis]. Lima: Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista; Lima Perú 2016.
4. El comercio. Minsa alerta que 95 de cada 100 peruanos padece de caries, Inc. [Internet]. [Actualizado 6 may 2010; citado 15 jul 2010]. Disponible en: <http://.pecomercio.pe/lima/473281/noticia-minsa-alerta-que-95-cada-100-peruanos-padece-caries>.
5. Gonzales Cevallos CG. Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy. Clínica Odontológica de la UCSG. 2015. [Tesis]. Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título de Odontóloga. Guayaquil; Ecuador 2016.
6. Cargua Rios JN. Prevalencia del Edentulismo parcial Según la Clasificación Kennedy en la Ciudad de Quito Facultad de Odontología [Tesis]. Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Odontólogo; quito 2016.
7. Vanegas Avecillas ME. Prevalencia del Edentulismo Parcial y Total en Adultos y su Relación con Factores Asociados en la Clínica Odontológica de la Universidad de

Cuenca. [Tesis]. Grado Previa a la Obtención del Título de “Especialista en Rehabilitación Oral; Cuenca Ecuador 2016.

8. Dau R. Ortiz E. Mazzini F. Ubilla W. Egas J. Rodríguez K. Análisis de la Prevalencia de la Clasificación de Kennedy en Pacientes Parcialmente Edéntulos Atendidos en la Escuela Postgrado de la Universidad de Guayaquil en el periodo 2014-2016[tesis]. Para optar por el título de Especialista en Rehabilitación Oral, Departamento de Investigación y Posgrado; Guayaquil 2016.

9. Soza Rodríguez RP. Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en el Asilo san Ramón, Gestión 2014 [tesis]. Trabajo de Grado para Optar al Título de Especialista en Rehabilitación Oral y Estética; La Paz Bolivia, 2015.

10. Veas García H V. Estudio del Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en Pacientes Atendidos en la Clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral Durante el Periodo 2013-2014 [tesis]. Trabajo de Investigación como requisito para optar por el título de: Especialista en Rehabilitación Oral; Guayaquil, 2015.

11. Cortés V., Carrasco F. y Vergara C. Prevalencia de Edentulismo Parcial y Total en islas Butachauques y Tacquemchi, 2013. Rev. Chil Salud Pública. 2014; Vol. 18 (3): 257-262.

12. Fabián Espinoza SK. Relación entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes [Tesis]. Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima; Perú 2017.

13. Rodríguez Cotrina AL. Prevalencia de Edentulismo Parcial en Pacientes de 25 a 70 años de Edad Atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016 [Tesis]. Para Optar el Título Profesional de Cirujano Dentista Trujillo; Perú 2017

14. Córdova Borda FH. Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en Pacientes de 30 a 59 años del Centro Imágenes Estomatológicas EIRL, Lima. Escuela Académico Profesional de Odontología [Tesis]. Para Optar el Título Profesional de Cirujano Dentista; Lima Perú, 2017.
15. Ríos Lino DM. , Melgarejo Primo MG. Universidad Nacional “HERMILIO VALDIZÁN” Facultad de Medicina Escuela Profesional de Odontología Prevalencia de Edentulismo Parcial y Necesidad Protésica en Pacientes que Acuden al Servicio de Odontología en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2017 [Tesis]. Para optar el título profesional de cirujano dentista; Huánuco Perú, 2018.
16. Vega López EP. Prevalencia de Edentulismo Parcial en Pacientes Atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo [Tesis]. Para Optar el Grado de Bachiller en Estomatología; Trujillo Perú, 2017.
17. Rodríguez Carbonel LL. Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en Pacientes Atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche [Tesis]. Para Optar el Grado de Bachiller en Estomatología Universidad Nacional de Trujillo Facultad de Medicina; Trujillo Perú, 213.
18. Alvares Covinos JM. Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy, en Pacientes Adultos que Acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud la Esperanza Alto de la Alianza , Tacna entre los meses de Abril a Junio del Año 2013 [Tesis]. Para Optar el Título Profesional de Cirujano Dentista Universidad Jorge Basadre Grohmann; Tacna Perú, 2014.
19. Vanegas Avecillas EM. Villavicencio E. Alvarado O. Ordóñez P. Artículo Original / Original Article Rev. Estomatol Herediana. 2016 octubre-Dic; 26(4):215-21: Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la clínica universitaria Cuenca. Ecuador, 2016.

20. Tantas Caldas SI. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016 [tesis]. Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista; Lima Perú, 2017.
21. Fuentes Arenas GJ. Prevalencia de Edentulismo Parcial, Edentulismo Total y Grado de Reabsorción del Rebordo Residual en Individuos de la Tercera Edad del Albergue “El Buen Jesús”, Arequipa 2016 [Tesis]. Para obtener el Título Profesional de cirujano dentista; Arequipa Perú, 2016.
22. Alan B. Carr- Glen P. McGivney- David T. Brown, Mc Cracken Prótesis Parcial Removible, Undecima edicion.
23. Loza D. Valverde H. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Editorial Riplano; S.A. Ronda del Caballero de la Mancha 135-28034 Madrid, 2007.
24. Mallat D. Thomas P.Keogh. Prótesis Parcial Removible Clínica y Laboratorio. Mosby Doyma Libros.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA ODONTOLOGICA DOCENTE ASISTENCIAL DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA, TACNA-2017”.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	MARCO TEORICO	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Problema general: ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la clínica odontológica docente asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, 2017?</p> <p>Problemas específicos: 1.- ¿Cuál es la Prevalencia de Edentulismo Parcial, Según la Clasificación de Kennedy en el Maxilar Superior? 2.- ¿Cuál es la Prevalencia de Edentulismo Parcial, Según la Clasificación de Kennedy en el Maxilar Inferior? 3.- ¿Cuál es la Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy, por Género? 4.-¿Cuál es la Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy, por Edad?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la clínica odontológica docente asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, Tacna 2017..</p> <p>Objetivos Específicos: 1.-Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy en el maxilar superior. 2.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior. 3.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy, por género. 4.- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy, por edad.</p>	<p>La investigación no requiere hipótesis por ser de tipo descriptivo.</p>	<p>EDENTULISMO: Pérdida total o parcial de las piezas dentales, siendo sus causas más importantes la caries dental, periodontitis crónica, fracturas radiculares, higiene oral deficiente y el nivel sociodemográfico.</p> <p>EDENTULISMO PARCIAL Estado en el cual la boca de la persona carece de algunas piezas dentarias, las consecuencias del edentulismo parcial afectan a nivel físico y también psicológico.</p> <p>CLASIFICACION DE KENNEDY Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes remanentes (extremo libre bilateral). Clase II: Área edéntulo unilateral posterior a los dientes remanentes (extremo libre Unilateral). Clase III: Área edéntula unilateral posterior con dientes remanentes anterior y posterior a ella, inadecuados para asumir solos el soporte de la prótesis. Clase IV: Área edéntula única anterior y bilateral a los dientes remanentes (extremo libre anterior). El área libre anterior debe comprender ambos fados de la línea media.</p>	<p>Variable: Prevalencia de edentulismo parcial Superior / inferior según la clasificación de Kennedy</p> <p>Indicador: Según la clasificación de Kennedy</p> <p style="padding-left: 40px;">Clase I Clase II Clase III Clase IV</p> <p style="padding-left: 40px;">Modificación</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Observacional: Porque solo se verán hechos ya ocurrido y no se influirá en ellos. Transversal: porque la recolección de datos y estudio se realizarán en un tiempo determinado. Retrospectivo: Debido a que se tomaron datos que ya fueron registrados. Nivel descriptivo</p> <p style="text-align: center;">-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>El Diseño de Investigación del presente estudio es: Descriptivo simple.: Debido a que se describió el comportamiento de cierto fenómeno en una población sin intervenir en éste.</p>

ANEXO 02

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
CARRERA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

Estudio: “PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA ODONTOLOGICA DOCENTE ASISTENCIAL DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA, TACNA-2017”

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de Historia clínica:.....

Fecha:.....

I.- DATOS GENERALES:

Nombres del paciente:.....

Sexo: F..... M.....

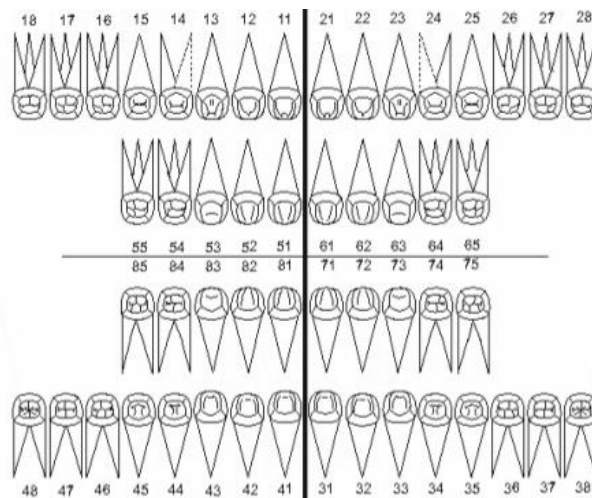
Edad:.....

Dirección:

Teléfono:.....

II ODONTOGRAMA (la ficha se llenará marcando con un aspa (X) en color azul para las piezas dentarias ausentes).

MAXILAR SUPERIOR



MAXILAR INFERIOR

.....
.....

III. CLASIFICACION DE KENNEDY (se clasificará marcando con una X según sea la clase y se anotará con números la modificación en caso al presente).

<p>MAXILAR SUPERIOR</p>	CLASE I		<p>MAXILAR INFERIOR</p>	CLASE I	
	CLASE II			CLASE II	
	CLASE III			CLASE III	
	CLASE IV			CLASE IV	
	MODIFICACION			MODIFICACION	

ANEXO 03- BASE DE DATOS

N°	genero	edad	kennedy	maxilar superior		maxilar inferior	
				modificaciones	kennedy	modificaciones	modificaciones
1	masculino	61-80 años	Clase III	Clase III-2	clase I	Clase I-2	
2	masculino	61-80 años	clase I	Clase I-2	clase I	Clase I-2	
3	masculino	61-80 años	Clase II	Clase II-2	Clase II	Clase II-1	
4	masculino	61-80 años	clase I	Clase I	Clase II	Clase II	
5	masculino	61-80 años	Clase II	Clase II-2	Clase II	Clase II-1	
6	masculino	61-80 años	Clase II	Clase II-2	clase I	Clase I	
7	masculino	61-80 años	Clase II	Clase II	clase I	Clase I	
8	masculino	61-80 años	clase I	Clase I	clase I	Clase I	
9	masculino	61-80 años	Clase II	Clase II-1	Clase III	Clase III-1	
10	masculino	61-80 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III	
11	masculino	61-80 años	Clase III	Clase III-1	Clase II	Clase II-1	
12	masculino	61-80 años	Clase II	Clase II	Dentición completa	Dentición completa	
13	masculino	41-60 años	clase I	Clase I-1	Clase II	Clase II-1	
14	masculino	41-60 años	clase I	Clase I	Clase II	Clase II-2	
15	masculino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II	
16	masculino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	clase I	Clase I	
17	masculino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III	
18	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-1	
19	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	clase I	Clase I	
20	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	clase I	Clase I	
21	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II-3	Clase III	Clase III-2	
22	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II-2	Clase III	Clase III-1	
23	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	clase I	Clase I-1	
24	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase II	Clase II-1	
25	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II-1	

26	masculino	41-60 años	clase I	Clase I-2	clase I	Clase I
27	masculino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
28	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-1
29	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase III	Clase III
30	masculino	41-60 años	clase I	Clase I-2	clase I	Clase I-1
31	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III-2	Clase II	Clase II-1
32	masculino	41-60 años	clase I	Clase I-2	clase I	Clase I
33	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
34	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III-2	Clase III	Clase III
35	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II-3	clase I	Clase I
36	masculino	41-60 años	Clase II	Clase II	Clase II	Clase II-1
37	masculino	41-60 años	clase I	Clase I	Dentición completa	Dentición completa
38	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
39	masculino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase II	Clase II-1
40	masculino	20-40 años	Clase II	Clase II-2	Clase III	Clase III
41	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
42	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III	Dentición completa	Dentición completa
43	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
44	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II-1
45	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
46	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	clase I	Clase I
47	masculino	20-40 años	Clase II	Clase II-1	clase I	Clase I-3
48	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-1
49	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III
50	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
51	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-3
52	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-2	Dentición completa	Dentición completa
53	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III
54	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	clase I	Clase I

55	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase II	Clase II-2
56	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
57	masculino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
58	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
59	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
60	masculino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
61	femenino	61-80 años	clase I	Clase I	clase I	Clase I-1
62	femenino	61-80 años	Clase III	Clase III-3	clase I	Clase I
63	femenino	61-80 años	clase I	Clase I-1	Clase II	Clase II
64	femenino	61-80 años	Clase II	Clase II	clase I	Clase I-1
65	femenino	61-80 años	Clase II	Clase II-1	clase I	Clase I
66	femenino	61-80 años	Dentición completa	Dentición completa	clase I	Clase I
67	femenino	61-80 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II-1
68	femenino	61-80 años	Clase II	Clase II-3	Clase III	Clase III-1
69	femenino	61-80 años	clase I	Clase I-1	clase I	Clase I-1
70	femenino	61-80 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II-2
71	femenino	61-80 años	clase I	Clase I-1	clase I	Clase I-1
72	femenino	61-80 años	clase I	Clase I	clase I	Clase I
73	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II-1
74	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	clase I	Clase I
75	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
76	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II	clase I	Clase I
77	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II
78	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
79	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	clase I	Clase I
80	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	Dentición completa	Dentición completa
81	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-2
82	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-2	clase I	Clase I
83	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II	Clase II	Clase II

84	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II	Dentición completa	Dentición completa
85	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase III	Clase III
86	femenino	41-60 años	clase I	Clase I	Dentición completa	Dentición completa
87	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
88	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II
89	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II-1
90	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II-1
91	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
92	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
93	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II-1
94	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II-1
95	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	clase I	Clase I
96	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	Clase II	Clase II-1
97	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-3	Clase III	Clase III-1
98	femenino	41-60 años	clase I	Clase I	clase I	Clase I-1
99	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Dentición completa	Dentición completa
100	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-3	clase I	Clase I
101	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-1	clase I	Clase I
102	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	clase I	Clase I
103	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
104	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-2	Clase II	Clase II-1
105	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II-1
106	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-4	Clase II	Clase II-1
107	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
108	femenino	41-60 años	clase I	Clase I	clase I	Clase I
109	femenino	41-60 años	Clase II	Clase II-3	Clase III	Clase III-2
110	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase II	Clase II-1
111	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-3	Clase II	Clase II-1
112	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	clase I	Clase I

113	femenino	41-60 años	clase I	Clase I	Dentición completa	Dentición completa
114	femenino	41-60 años	clase I	Clase I-1	clase I	Clase I
115	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
116	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III
117	femenino	41-60 años	Clase III	Clase III-2	Clase III	Clase III
118	femenino	41-60 años	Dentición completa	Dentición completa	clase I	Clase I
119	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-1
120	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
121	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Dentición completa	Dentición completa
122	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
123	femenino	20-40 años	Clase II	Clase II-2	Clase III	Clase III
124	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III
125	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase II	Clase II
126	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
127	femenino	20-40 años	Clase II	Clase II	Clase III	Clase III-1
128	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase II	Clase II
129	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-1
130	femenino	20-40 años	Clase II	Clase II-3	Clase III	Clase III-2
131	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-2	Clase III	Clase III
132	femenino	20-40 años	Clase II	Clase II-4	Clase II	Clase II-3
133	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II
134	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
135	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Dentición completa	Dentición completa
136	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
137	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
138	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
139	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III-1
140	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
141	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-2	Dentición completa	Dentición completa

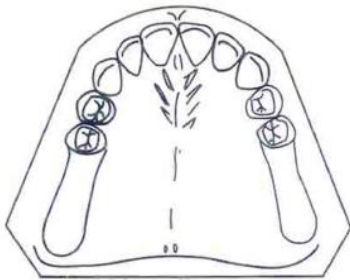
142	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
143	femenino	20-40 años	Clase II	Clase II-1	Clase III	Clase III
144	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
145	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase II	Clase II
146	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
147	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase II	Clase II
148	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III
149	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
150	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-2	Clase III	Clase III
151	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-2	Clase II	Clase II-1
152	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
153	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase III	Clase III
154	femenino	20-40 años	clase I	Clase I	Clase II	Clase II
155	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III-1	Clase III	Clase III-1
156	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III-1
157	femenino	20-40 años	Clase III	Clase III	Clase II	Clase II
158	femenino	20-40 años	Clase II	Clase II-1	clase I	Clase I
159	femenino	20-40 años	Dentición completa	Dentición completa	Clase III	Clase III

ANEXO 04

CLASIFICACION DE KENNEDY Y MODIFICACIONES

CLASES PRINCIPALES

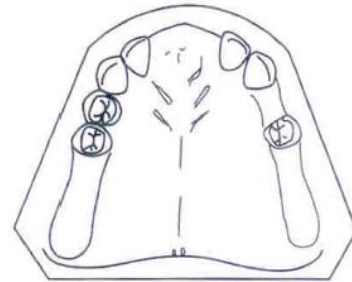
MODIFICACIONES



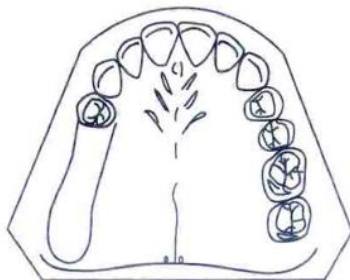
Clase I



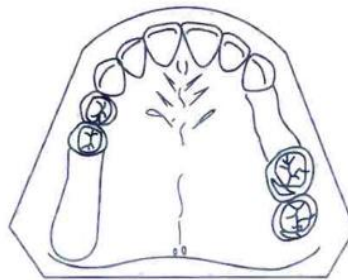
Clase I Modificación 1



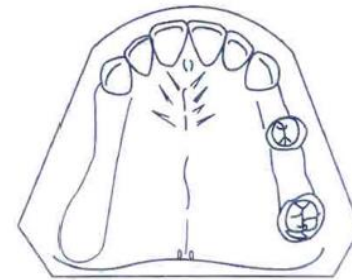
Clase I Modificación 2



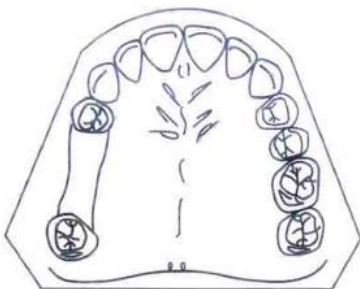
Clase II



Clase II Modificación 1



Clase II Modificación 2



Clase III



Clase III Modificación 1



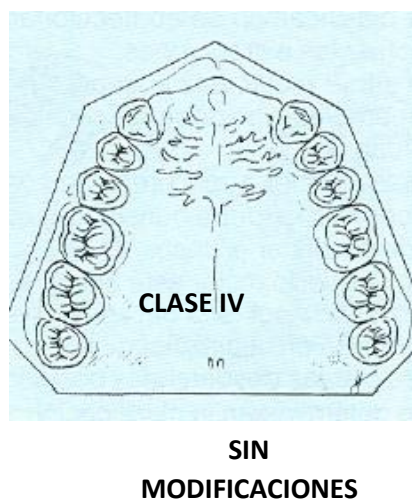
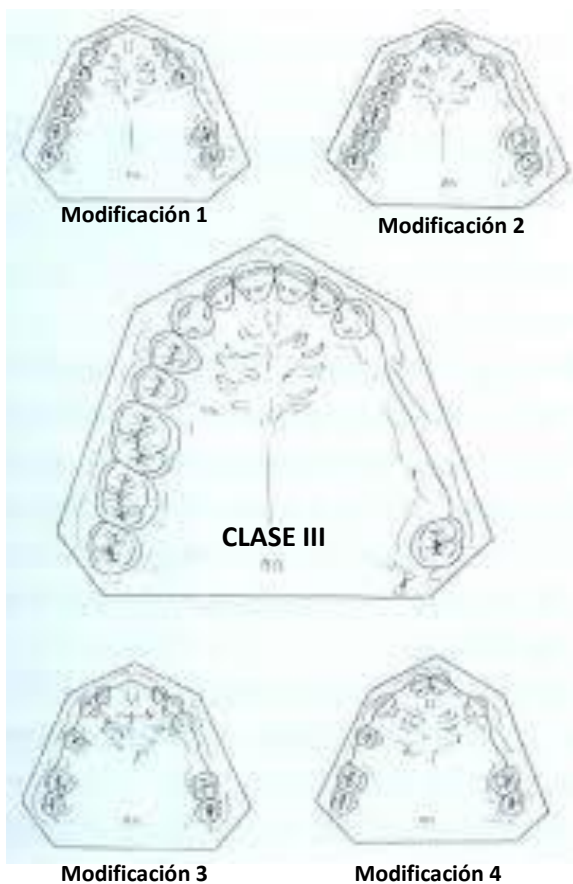
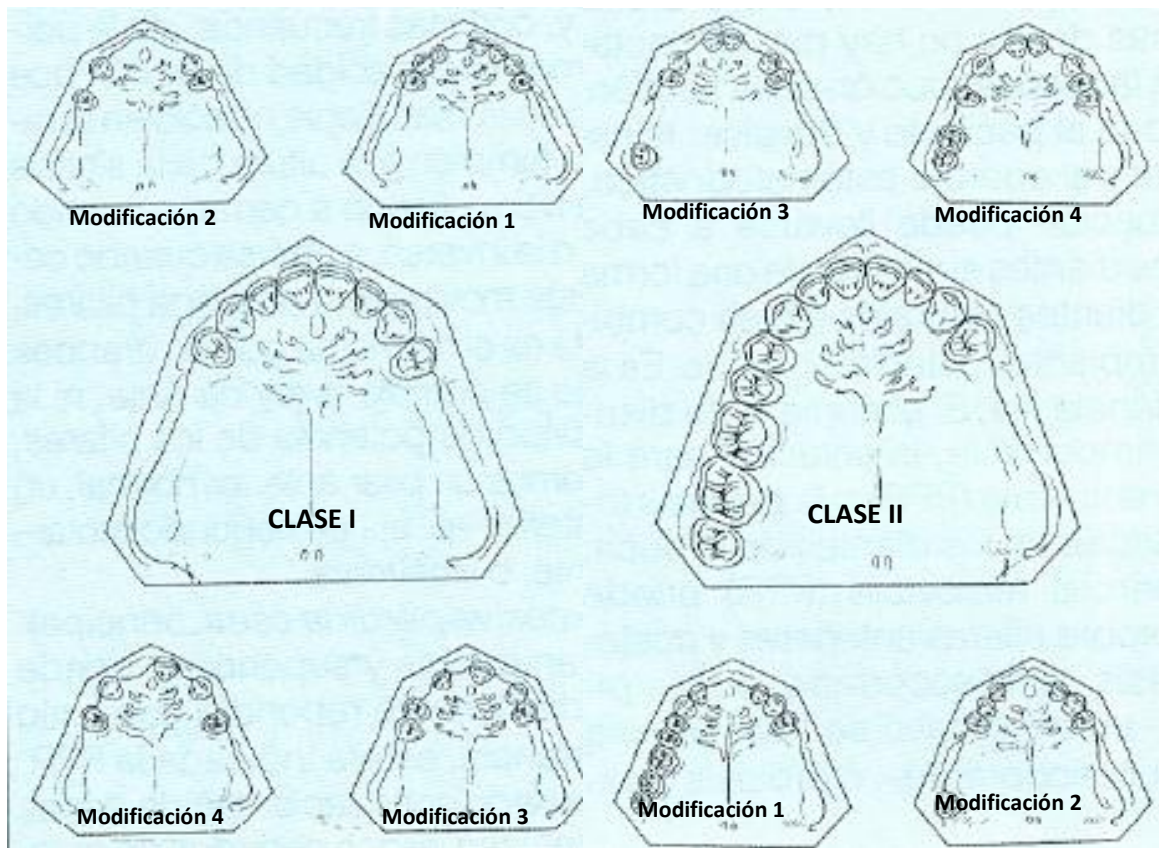
Clase III Modificación 2



Clase IV

SIN MODIFICACIONES

CLASIFICACION DE KENNEDY Y MODIFICACIONES



ANEXO 05

Tacna, 17 de agosto de 2018

Solicito: Solicito Autorización para la ejecución del proyecto de tesis.

DRA. CD. NILDA CAHUAS CORNEJO

Directora de la Clínica de Odontología Docente Asistencial CODA-ULC
Universidad Latinoamericana Cima.

De mi especial consideración

Yo, TURPO CHURA CARINA, Bachiller en odontología, identificada con DNI 44695607, domiciliada en vista alegre MZ.7 LT.11 crl. G.A.L.

Solicito se me otorgue autorización para acceder a las unidades de estudio (Historia Clínica) y ejecutar el proyecto de tesis que lleva por nombre "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA ODONTOLOGICA DOCENTE ASISTENCIAL DE LA ULC-CIMA, 2017-TACNA"

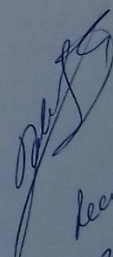
Con el fin de darme facilidades para realizar dicha investigación.

Atentamente,

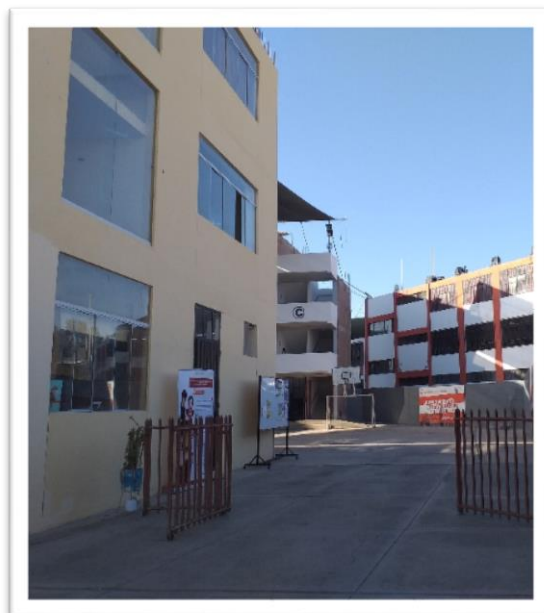


TURPO CHURA CARINA

DNI 44695607

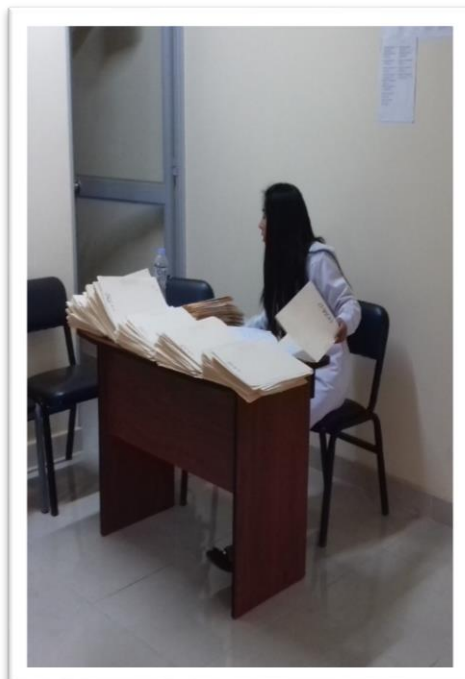
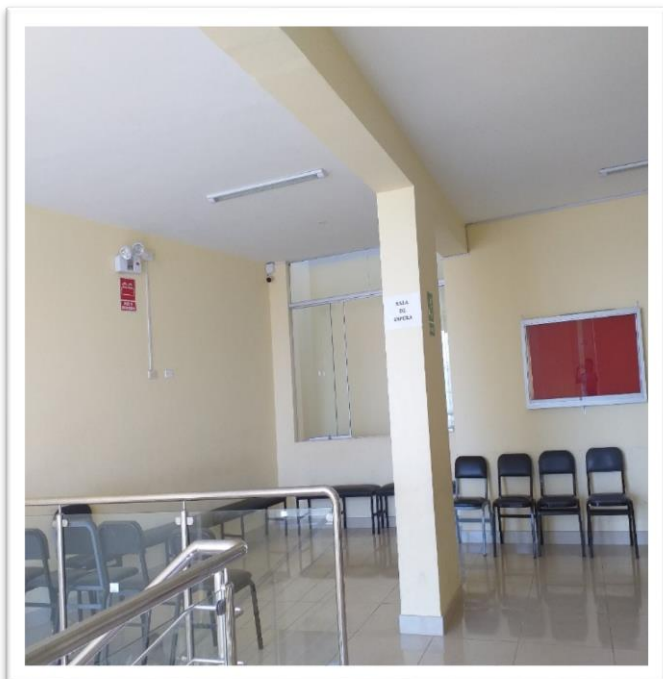

Recibido
21-08-18
11.45 am

ANEXO 6
FOTOGRAFIAS



ULC- Institución donde se realizó el estudio

Búsqueda, selección de historias clínicas de pacientes atendidos para su correspondiente consignación



Recolección de datos/llenado de fichas

