



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN

LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES

ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE

EL AÑO 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

DE CIRUJANO DENTISTA

AUTOR

COSTAS AUQUE, HANS EDWARDS JORDANO

ORCID: 0000-0002-6322-9158

ASESOR

RONDAN BERMEO, KEVIN GILMER

ORCID: 0000-0003-2134-6468

CHIMBOTE – PERÚ

2022

1. Título de la tesis:

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA
SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017**

2. Equipo de trabajo

AUTOR

Costas Auque, Hans Edwards Jordano

ORCID: 0000-0002-6322-9158

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,
Chimbote, Perú

ASESOR

Rondán Bermeo, Kevin Gilmer

ORCID: 0000-0003-2134-6468

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de
la Salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

JURADO

De La Cruz Bravo, Juver Jesús

ORCID: 0000-0002-9237-918X

Loyola Echeverría, Marco Antonio

ORCID: 0000-0002-5873-132X

Angeles García, Karen Milena

ORCID: 0000-0002-2441-6882

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgtr. DE LA CRUZ BRAVO, JUVER JESÚS

PRESIDENTE

Mgtr. LOYOLA ECHEVERRÍA, MARCO ANTONIO

MIEMBRO

Mgtr. ANGELES GARCÍA, KAREN MILENA

MIEMBRO

Mgtr. RONDÁN BERMEO, KEVIN GILMER

ASESOR

4. Hoja de agradecimiento y dedicatoria

Agradecimiento:

A Dios y a mis padres Benito, y
Angela, por guiarme y permitir
que pueda llegar a este momento
tan importante de mi vida

A mis hermanos y familia
en general por apoyo y
motivo, que puede
culminar exitosamente mi
carrera profesional.

A mis docentes y amigos, por
su apoyo incondicional y enseñanzas
que han permitido que logre concretar mi
objetivo.

Dedicatoria

Dedico este proyecto sobre todo a Dios y a mi hermosa familia conformada por Brenda, y mi pequeña hija Gabriela, que fueron mi fuerza y motivo que necesite a ustedes dedico este trabajo, les doy las gracias por todo, ser quienes son.

5. Resumen y Abstract

Resumen

La investigación tiene por **objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017. **Metodología:** Tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal; de nivel descriptivo y diseño no experimental con una muestra de 102 historias clínicas. **Resultados:** La clase de edentulismo parcial más frecuente según la clasificación de Kennedy fue la clase III con 38,2 % (9). Según arcada dentaria se determinó que en la clase II predominó el maxilar inferior con 21,6 % (22), mientras que en la clase III predominó en el maxilar superior con 20,6 % (21). Según sexo el maxilar superior, la clase III predominó el sexo femenino con 32,6 % (15). Y en maxilar inferior el sexo femenino predominó la clase II al 23,2 % (13). Según edad se determinó que en el maxilar superior predominó la clase III en el grupo de 51 a 60 años con 17,4 % (8), seguido el grupo etario de 41 a 50 años con 15,2 % (7), Mientras tanto en el maxilar inferior predominaron la clase III en el grupo de 41 a 50 años con 16,1 % (9), y la clase II en el grupo de 61 a 70 años también con el 16,1 % (9). **Conclusión:** La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, fue la clase III.

Palabras clave: Clasificación de Kennedy, Edentulismo, Prevalencia.

Abstract

The **objective** of the research is: To determine the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification, in patients treated at the Uladech Católica Dental Clinic in Chimbote during the year 2017. **Methodology:** Quantitative, descriptive, observational, retrospective, cross-sectional type; descriptive level and non-experimental design with a sample of 102 medical records. **Results:** The most frequent class of partial edentulism according to the Kennedy classification was class III with 38.2 % (9). According to the dental arch, it was determined that in class II the lower jaw predominated with 21.6 % (22), while in class III the upper jaw predominated with 20.6 % (21). According to the upper jaw sex, class III predominated the female sex with 32.6 % (15). And in the lower jaw, the female sex predominated class II at 23.2 % (13). According to age, it was determined that class III predominated in the upper jaw in the group of 51 to 60 years with 17.4 % (8), followed by the age group of 41 to 50 years with 15.2 % (7). Meanwhile, in the lower jaw, class III predominated in the group from 41 to 50 years old with 16.1 % (9), and class II in the group from 61 to 70 years old also with 16.1 % (9). **Conclusion:** The prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification, at the Uladech Católica Dental Clinic in Chimbote during the year 2017, was class III.

Keywords: Edentulism, Kennedy Classification, Prevalence.

6. Contenido

1. Título de la tesis.....	ii
2. Equipo de trabajo.....	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iv
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria.....	v
5. Resumen y abstract.....	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de tablas y gráficos	x
I. Introducción.....	1
II. Revisión de la literatura.....	4
2.1 Antecedentes.....	4
2.2 Bases Teóricas.....	13
III. Hipótesis.....	24
IV. Metodología.....	25
4.1 Diseño de estudio.....	25
4.2 Población de muestra.....	26
4.3 Definición y operacionalización de variables y los indicadores.....	28
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
4.5 Plan de análisis.....	32
4.6 Matriz de consistencia.....	33
4.7 Principios éticos.....	34
V. Resultados.....	36
5.1 Resultados.....	36
5.2 Análisis de resultados.....	40
VI. Conclusiones.....	44
Aspectos complementarios	45
Referencias bibliográficas.....	46
Anexos.....	54

7. Índice de tablas y gráficos

Índice de tablas

Tabla 01. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017.....	36
Tabla 02. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN ARCADIA DENTARIA.....	37
Tabla 03. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN SEXO.....	38
Tabla 04. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN EDAD.....	39

Índice de gráficos

Gráfico 01. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017.....36

Gráfico 02. REVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN ARCADA DENTARIA.....37

Gráfico 03. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN SEXO.....38

Gráfico 04. PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN EDAD.....39

I. Introducción

El edentulismo parcial es la pérdida de las piezas dentales, siendo ocasionada por diversos factores como por ejemplo la enfermedad periodontal, trauma dentoalveolar, lesiones tumorales, etc. Siendo el principal factor la caries dental.¹ La pérdida de las piezas dentales, trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, alteración en la fonética, masticación, y estética entre otras complicaciones.²

Los arcos parcialmente desdentados, han sido clasificados por varios métodos Becket, Cummer, Friedman, Wilson, Skinner, Miller entre otros, etc. Siendo la clasificación de Kennedy la más empleada y clínicamente la más aceptada por la comunidad odontológica.³ La clasificación de Edwards Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, basándose en la relación que guarda las brechas edéntulas respecto a los dientes remantes. Posee cuatro clasificaciones llegando a ser empleadas en la mayoría de los casos de pacientes desdentados parciales de forma sencilla, siendo la más fiable por todos los dentistas del país y el mundo.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) relata que, a nivel mundial, alrededor del 100 % de adultos presentan caries dental y que las patologías periodontales severas impactan entre un 15 a 20 % en los adultos jóvenes en las edades de 35 a 44 años, asimismo, el 30 % de la población que se encuentra entre los 65 a 74 años no presentan dientes naturales.⁵

A nivel internacional un estudio realizado en la India por Bharathi M, et al. evaluaron un total de 1420 pacientes en el departamento de pacientes ambulatorios, donde obtuvo que la clase III de Kennedy fue la clasificación más frecuente encontrada (62,0 %), seguida por la clase I de Kennedy.⁶ En Grecia, Niarchou P,

Ntala C, Karamanoli P, Polyzois L, Frangou J. Obtuvieron que la clase Kennedy I fue la más común en el maxilar superior (50,5 %) y en el maxilar inferior (70,0 %).⁷ A nivel nacional; Cisneros A, Verastegui S, Fernández L. Obtuvieron que, la clase III fue la más frecuente con 37,6 % y predominó el maxilar inferior el sexo femenino.⁸ Asimismo, en Lima, Córdova H, en una población de 150 pacientes, tuvo que el 39,3 % presentaron la Clase III, seguida de la Clase I con 32,0 %, de acuerdo a la edad, fue más frecuente la Clase III en las edades de 30 a 39 años en un 52,5 % y en el sexo masculino en un 45,7 %.⁹ Siendo estos estudios a nivel internacional, nacional, se encontró muy poca información a nivel local, en la ciudad de Chimbote.

Por lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017? Así mismo se obtuvo como objetivo general determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017. Como objetivos específicos se planteó determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, según arcada dentaria, sexo y edad.

El estudio se justifica, dado que es importante conocer la prevalencia del edentulismo, según la clasificación de Kennedy para mejorar, reforzar y/o corregir, las estrategias de prevención e intervención en la población vulnerable y lograr que los pacientes adultos tengan la tendencia en su mayoría, hacia una dentición funcional de 20 a más piezas dentarias. Asimismo, presenta relevancia teórica, ya que aportará al conocimiento referente al porcentaje de edentulismo, con fines de

obtener estadísticas reales que actualmente son escasas en nuestra población de estudio, además, servirá como antecedentes para futuras investigaciones.

La metodología del presente estudio fue de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, de nivel descriptivo, para hacer efecto la muestra de estudio estuvo comprendida por 102 historias clínicas que pasaron la prueba de selección, determinados por la fórmula de población finita y la técnica de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple sin reposición. Llegando a los siguientes resultados: El edentulismo parcial más prevalente, según la clasificación de Kennedy, fue la clase III.

La investigación está organizada de la siguiente forma: Iniciando la introducción, revisión de la literatura, continuando con la hipótesis, metodología, resultados, y culminando con conclusiones y recomendaciones.

II. Revisión de la literatura

2.1 Antecedentes

Antecedentes internacionales:

Tulsani M, Subharee R. (India, 2020) En la investigación titulada: “Prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente edéntulos: un estudio retrospectivo” El **objetivo** del estudio fue evaluar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la población del sur de la India. Se realizó una **metodología** de tipo retrospectivo, cuantitativo, transversal en el que se incluyó una muestra de 1419 prótesis parciales removibles desde el 1 de junio de 2019 hasta el 1 de marzo de 2020. Se revisaron los datos de los registros de los pacientes y se analizaron los datos de 86.000 pacientes entre junio de 2019 y marzo de 2020 que fueron documentados en una institución privada. Teniendo como **resultados** que, del total de la población, el 23,2 % de la población tenía Clase III, que fue la clasificación con mayor prevalencia. La prevalencia de la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente desdentados según el sexo mostró que la Clase III tuvo la mayor prevalencia en hombres (23,6 %) y mujeres (22,7 %), la clasificación de Kennedy en pacientes parcialmente desdentados según la edad mostró la mayor prevalencia de Clase III en 36-45 años de pacientes 24,2 %. Llegando a la **conclusión** que, la prevalencia de la clase III de Kennedy fue la más común en la población del sur de la India. La prevalencia fue mayor en pacientes mayores de 50 años. Los hombres tuvieron más prevalencia que las mujeres.¹⁰

Mohammad A, Shabir A, Shazia M. (India, 2019) En la investigación titulada: “Prevalencia de edentulismo parcial basado en la clasificación de Kennedy entre pacientes dentales en Cachemira: estudio retrospectivo.” El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia y el patrón de edentulismo parcial entre pacientes dentales en Cachemira. La **metodología** fue de tipo descriptivo, retrospectivo y cuantitativo. Se tuvo una muestra de 142 pacientes y se registró la prevalencia de edentulismo parcial entre los pacientes seleccionados. Los pacientes se agruparon en tres grupos de edad; Grupo I: 21 a 30 años, grupo II: 31 a 40 años y grupo III: 41 a 50 años. Como materiales y métodos se utilizó la clasificación de Kennedy para determinar el patrón de arcos parcialmente desdentados. Las modificaciones no se incluyeron en la evaluación para evitar la complejidad. Los **resultados** mostraron que la ocurrencia de edentulismo parcial Clase III fue del 67,2 % en el arco maxilar y del 64,1 % en el arco mandibular. Seguido de Clase II tanto en arco maxilar como mandibular con un promedio de 16,3 % en arco maxilar y 14,8 % en arco mandibular. Según estos resultados, la clase III tiene la mayor prevalencia en el grupo II (31-40 años) con 43 %. Llegando a la **conclusión** que, entre los pacientes seleccionados, la arcada dentaria clase III fue más prevalente en las arcadas maxilar y mandibular. La clase IV es el patrón menos dominante entre todas las clases.¹¹

Villamar M. (Ecuador, 2019) En la investigación titulada: “Prevalencia de edentulismo parcial en la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología” El presente estudio tuvo como **objetivo** el determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clínica integral de la facultad piloto de odontología, mediante la clasificación de Kennedy. La **metodología** fue de tipo descriptivo, retrospectivo. Se

tuvo una muestra 80 pacientes adultos de ambos sexos que acudieron a la Clínica, entre los meses de junio y julio del 2019. Como materiales y métodos se aplicó la observación clínica. Teniendo como **resultados**, que la mayor prevalencia de edentulismo parcial fue la clase de Kennedy tipo III en el maxilar superior con 37 pacientes equivalente al (46 %) y en la mandíbula la clase de Kennedy tipo I con 17 pacientes que equivale al (21 %), el género más afectado por edentulismo parcial fue el femenino. Llegando a la **conclusión** que, el edentulismo parcial es un factor de riesgo, dependiendo este de la edad y a su vez por las causas principales que lo provocan como es la caries y la enfermedad periodontal, provocando la pérdida de dientes permanentes a temprana edad.¹²

Mostafa I, Abdulrazaq M. (Egipto, 2016) En su investigación titulada: “Prevalencia y patrón de edentulismo parcial entre los pacientes dentales que asisten a la facultad de Odontología de la Universidad De Aljouf, Arabia Saudita.” El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia y el patrón de edentulismo parcial entre los pacientes dentales que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Aljouf, Arabia Saudita. La **metodología** fue de tipo cuantitativo, observacional, transversal. Se tuvo una muestra de 142 pacientes y se registró la prevalencia de edentulismo parcial en el paciente seleccionado. Los pacientes se agruparon en tres grupos de edad; Grupo I: 21-30 años, Grupo II: 31-40 años, y Grupo III: 41-50 años. Teniendo como materiales y métodos una ficha de recolección de datos, la clasificación de Kennedy se usó para determinar el patrón de arcos parcialmente edéntulos. Las áreas de modificación no se incluyeron en la evaluación para evitar la complejidad. Los **resultados** mostraron que la ocurrencia de edentulismo parcial de clase III de Kennedy fue del 67,2 % en el arco

maxilar y del 64,1 % en el arco mandibular. Seguido por Clase II en arco maxilar y mandibular con un promedio de 16,3 % en arco maxilar y 14,8 % en arco mandibular. En base a estos resultados, la clase III tiene la prevalencia más alta en el grupo II (31 - 40 años). La clase I y la clase II tienen la mayor incidencia entre los pacientes del grupo III (41-50 años). Llegando a la **conclusión** que, entre los pacientes seleccionados, el arco dental de Clase III fue el patrón más prevalente en los arcos maxilar y mandibular. La clase IV es el patrón menos dominante entre todas las clases. Hay un aumento en el patrón Kennedy Clase I y Kennedy Clase II y una disminución en Clase III y Clase IV con un aumento en la edad.¹³

Mahmood H, Khalid M, Abdullah O. (Iraq, 2016) En la investigación titulada: “Prevalencia y evaluación del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Sulaimani.” El presente estudio tuvo como **objetivo** de determinar la prevalencia y el patrón de edentulismo parcial en un grupo de población kurda. Se realizó una **metodología** de tipo retrospectivo, transversal en el que se incluyó una muestra de 600 pacientes que visitaron el centro dental Piramerd en la ciudad de Sulaimani en busca de RPD. Teniendo como materiales y métodos, una ficha de recolección de datos, la clasificación de Kennedy se usó para determinar el patrón de arcos parcialmente edéntulos. Obtuvieron como **resultados** que, la clase III de Kennedy en ambas arcadas dentarias fue el patrón más dominante con una frecuencia de (53,2 %) para el maxilar y (44,7 %) para la mandíbula, la clase I de Kennedy (9,4 %) fue menos frecuente en el maxilar mientras que la clase IV de Kennedy (9,8 %) fue menos común para la mandíbula. Llegando a la **conclusión** que, para el edentulismo parcial, los hombres y las mujeres eran parcialmente desdentados en la edad mayor de 60 años y mayor de 50

años respectivamente. Del mismo modo, la clase III fue el tipo más común de la clasificación de Kennedy y más común en la edad superior a los 40 años, lo que indica con predilección. El patrón de edentulismo parcial de clase III de Kennedy fue más común en el arco mandibular que el arco maxilar.¹⁴

Antecedentes nacionales:

Chumpitaz D, Lecca G, Diaz T. (Chiclayo, 2019) En la investigación titulada: “Prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy y Applegate en pacientes de la Clínica Odontológica de una Universidad de Lambayeque-Perú.” El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y Applegate en pacientes que asisten a la Clínica Odontológica de la Universidad San Martín de Porres - Recinto Lambayeque, Perú, en los años 2016 y 2017. La **metodología** fue de tipo descriptivo, retrospectivo y se diseñó un estudio transversal. El estudio comprendió una muestra de 321 historias clínicas. **resultados** que, la mayor prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior correspondió a la Clase III (42,4 %), seguida de la Clase I (34,6 %) y la Clase II (16,5 %). En el maxilar inferior, las más prevalentes fueron la Clase I (42,4 %), la Clase III (36,4 %) y la Clase II (15,6 %). En cuanto a la prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior según sexo, se observó que la Clase III fue más prevalente en el sexo masculino (48,6 %), seguida de la Clase I (32,1 %). Los resultados del edentulismo parcial en el maxilar inferior según el sexo mostraron que la Clase I tuvo una mayor prevalencia en los hombres (47,9 %), seguida de la Clase III (32,9 %). Se llegó a la **conclusión** que, según la clasificación de edentulismo de Kennedy y Applegate, las clases III y I fueron las más

prevalentes en la mandíbula superior tanto para hombres como para mujeres. En la mandíbula inferior, las clases I y III fueron las más prevalentes en ambos sexos.¹⁵

Inga E. (Huancayo, 2019) En la investigación titulada: “Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la Escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017 – 2018.” El presente estudio tuvo como **objetivo** el describir la prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017 – 2018. La **metodología** fue de tipo básica de nivel descriptivo simple con diseño no experimental, transversal, retrospectivo, observacional. La muestra fue 174 historias clínicas y como materiales y métodos, se usó la observación, se analizó la prevalencia de edentulismo de la arcada superior e inferior según la clasificación de Kennedy. Dentro de los **resultados** se encontró que la prevalencia de edentulismo parcial del maxilar superior según la clasificación de Kennedy la clase I fue 32 (18,3 %), el 48 (28,1 %) de clase II, el 91 (52,3 %) fueron de clase III y por último el 3 (1,1 %) de clase IV, en el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy del maxilar inferior, se encontró que la prevalencia de clase I fue 49 (28,1 %), el 50 (28,7 %) de clase II y el 75 (43,1 %) fueron de clase III. Se llegó a la **conclusión** que hay mayor prevalencia de edentulismo parcial del maxilar superior en un 52,3 % de clase III mientras que en el maxilar inferior es de 43,1 % de clase III.¹⁶

Huacanchino M. (Lima, 2019) En la investigación titulada: “Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores de 20 a 80 años de edad del distrito de Margos, Huánuco 2018”. El **objetivo** del estudio fue determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy

en pobladores de 20 a 80 años de edad del distrito de Margos - 2018. La **metodología** fue investigación de enfoque descriptivo, prospectivo y transversal. Para tal efecto se evaluaron a 358 pobladores del distrito de Margos de la región Huánuco. Para el análisis de los resultados se aplicó la prueba chi-cuadrado. Los **resultados** encontrados denotaron de los 358 casos evaluados según la clasificación de Kennedy, la clase III fue la más frecuente y representó un 63,1 % de casos, seguido por la clase II con un 29,8 %, la clase I con un 25,9 % y solo un 5,8 % de casos con clase IV de Kennedy. Los casos con clase III de Kennedy fueron las más frecuentes en el 63,9 % de los pobladores del sexo femenino y en el 62,2 % del sexo masculino ($p>0,05$). Según el grupo etario, predominó los casos con clase III en el 83,2 % que tienen entre 20 a 40 años y en el 60,8 % que tienen entre 41 a 60 años, mientras los casos con clase I fue en edades entre 61 a 80 años ($p\leq 0,05$). La clase III fue la más frecuente en el 24,3 % de los pobladores con grado de instrucción primaria y secundaria respectivamente ($p\leq 0,05$). Según el tipo de maxilares, los casos con clase III fueron las más frecuentes en el maxilar superior con un 26,8 %, un 24,3 % en el maxilar inferior y un 12,0 % bimaxilarmente ($p\leq 0,05$). Según sus modificaciones, la clase III con modificación 1 es la más frecuente en el maxilar superior con un 67,9 % ($p\leq 0,05$) y en el maxilar inferior un 62,2 % ($p>0,05$) del total de casos con clase III. Se llegó a la **conclusión** que la clase de Kennedy más frecuente fue la clase III en un 63,1 % de los casos de los pobladores del distrito de Margos.¹⁷

Huamanciza T, Chavez R, Chacón U, Ayala V. (Lima, 2016) En la investigación titulada: “Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural.” El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la

frecuencia del tipo de edentulismo parcial bimaxilar según la Clase de Kennedy y su posible asociación con el nivel socioeconómico-cultural en los pacientes de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2016. La **metodología** fue descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes adultos edéntulos parciales seleccionados aleatoriamente, como materiales y métodos se empleó la encuesta y un examen clínico oral. La encuesta estuvo conformada por los datos sobre el nivel socioeconómico-cultural. El examen clínico se evaluó con odontograma para determinar el tipo de edentulismo según la clasificación de Kennedy. Como **resultados** obtuvieron que el tipo de edentulismo parcial más frecuente fue la Clase III de Kennedy en la arcada maxilar (50 %) del género masculino y en la mandibular (49 %), Con respecto a los grupos de edades, en la arcada maxilar se observó que el grupo comprendido entre los 20 a 39 años predominó la Clase III (7 %); así mismo, en el grupo de 40 a 59 años predominó la Clase III (27 %) y en el grupo de 60 años o más, la Clase II (18 %). Según el tipo de edentulismo parcial, se observó que en la arcada maxilar predominó la Clase III (50 %), de los cuales el 19 % fueron del género masculino y el 31 % del género femenino. Llegando a la **conclusión** que, en la población estudiada existe una mayor frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar Clase III de Kennedy.¹⁸

Avendaño E. (Lima, 2016) En la investigación titulada: “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”. El presente estudio tuvo como **objetivo** identificar 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 **metodología** fue descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. 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. Como materiales y métodos, se recolectó los datos en una ficha de cotejo donde se registró la información que está en las historias de los pacientes edéntulos parciales. Teniendo como **resultados** 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). Según la edad, fue más prevalente la edad de 60 a 79 años con la Clase I (24,5 %) y según el sexo fue más prevalente en el género femenino con el 50 %. Llegando a la **conclusión** que la Clase I de Kennedy es la más prevalente con 41,3 % correspondiente a 150 casos.¹⁹

Antecedente local:

Reyes S. (Chimbote, 2017) En su investigación titulado: “Frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote” con el **objetivo** de determinar la frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. La **metodología** fue observacional, retrospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 96 historias clínicas en pacientes edéntulos parciales. Teniendo como materiales y métodos la observación y se revisó las historias clínicas y se seleccionaron de

acuerdo a los criterios de selección. Teniendo como **resultados** que los pacientes atendidos en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, la mayoría presentó clase I según clasificación de Kennedy con 19,3 %, donde en su mayoría fueron pacientes de 40-49 años con 35,4 %, de sexo femenino con 76,0 %, el cual lo presentó en su mayoría en el maxilar superior con el 42,7 %. Mientras que el sexo masculino presentó una minoría con 23,0 %, el cual presentó edentulismo parcial con más frecuencia en el maxilar superior con 9,4 %. Teniendo como **conclusión** que en el edentulismo parcial, la clase I es la de mayor prevalencia en ambas arcadas.²⁰

2.2 Bases Teóricas:

Edentulismo

Se define al edentulismo como la pérdida dental, mediante un proceso que puede ser multifactorial, implicando procesos biológicos como la caries dental, patologías periodontales, enfermedades sistémicas, traumatismo dental u/o diferentes factores.²¹ También implica los procesos no biológicos como la falta de accesibilidad en la atención odontológica, decisión de los pacientes al optar la extracción como tratamiento hacia un leve dolor o síntoma o la falta de recursos económicos para acceder a las diferente opciones de tratamiento.²¹ llevando así, un desequilibrio en el sistema estomatognático, llegando a producir graves alteraciones en el organismo, ya que las piezas dentarias presentan diversas funciones de gran importancia en la vida diaria, como la masticación, fonación, estética, deglución, etc.²²

Edentulismo Parcial

Se define al desdentado parcial por la ausencia o extirpación de una o más piezas de su alvéolo, que afecta radicalmente el estado estético, emocional, y nutricional del individuo.²³

Rengifo C. (2011) Se observa un elevado porcentaje a nivel mundial de algún tipo de desdentado parcial, respecto a ello, surgieron múltiples alternativas para rehabilitar y proveer una mejora en la calidad funcional del sistema estomatognático de los pacientes.²⁴ El edentulismo adquirido, es decir, la pérdida de dientes durante nuestra vida, es un hecho más común que el edentulismo congénito, y suele ser secundario a procesos como caries, patología periodontal o traumatismos. Los cambios derivados de la omisión en la restauración de las piezas ausentes, los describió Kelly en 1972, y se han englobado en el síndrome combinado que lleva su nombre.²⁵

En ciertos casos el edentulismo es una agresión al sistema masticatorio, presentando secuelas funcionales y estéticas que el paciente logra percibir de cierta forma y en ciertos casos varían en sentimientos de disconformidad, hasta emociones de inferioridad, perjudicando en su autoestima, dado que, la pérdida de las piezas dentales equivale a perder cierta parte del cuerpo y perjudica en ciertas labores biomecánicas que abarcan una amplia gama de tolerancias y percepciones individuales.²⁶

Etiología del edentulismo parcial

La etiología por el cual se originan la pérdida de las piezas dentarias hasta producirse un edentulismo total o parcial se debe a diversas circunstancias como, por ejemplo:^{26,27}

- Caries dentales.
- Patologías periodontales.
- Traumatismos.
- Fracazos endodónticos.²⁷

Un factor predisponente es también la edad, ya que diversas patologías en la cavidad oral comienzan aparecer como las patologías periodontales y la caries dental, llegando a culminar en extracciones dentales, de tal modo que a mayor edad mayor prevalencia de edentulismo.²⁷ Entre las principales secuelas que se origina por el edentulismo parcial es la reabsorción del hueso alveolar originando el desplazamiento de los dientes adyacentes causando movilidad en las piezas dentales, por ende, alterando así la oclusión lo cual desencadena problemas de ATM, fonación, problemas masticatorios, etc. Estos resultados se reflejan mucho más cuando el edentulismo afecta en la parte anterior de los maxilares.²⁸ Se describe que la carencia de las piezas dentales provoca el desequilibrio en las relaciones de los contactos oclusales e interproximales.²⁹ Otras consecuencias de la pérdida de las piezas dentarias podemos encontrar:

- **Caries dental**

La aparición de las caries dentales es la principal causa para destrucción de las piezas dentales. Esta enfermedad tiene múltiples factores de origen, su función es destruir y desmineralizar la estructura del diente causada por ácidos de la placa bacteriana. Esta enfermedad tiene alta prevalencia en distintas poblaciones a nivel

mundial, en naciones de industrialización el índice supera más de media mitad de la población, por ser un factor progresivo aumenta el daño al pasar el tiempo.^{30,31}

- **Enfermedad periodontal**

Esta enfermedad progresiva se inicia con la inflamación de las encías para luego proceder a destruir el periodonto y tejido de soporte del diente, su origen es producido por la placa bacteriana.³² Las patologías periodontales, producen problemas en las encías observándolas eritematosas, daña el ligamento periodontal lo cual origina pérdida ósea y provoca la movilidad dentaria llevando la pérdida de la pieza dentaria.³¹

- **Traumatismo dental:** Accidentes, golpes, originan avulsiones o fracturas de las piezas dentarias, lo cual en algunos casos se procede a la extracción.³³
- **Enfermedades sistémicas:** Por ejemplo, la diabetes, menopausia, enfermedades relacionadas a la tiroides, osteoporosis, etc.
- **Medicación:** Algunos medicamentos para ciertas enfermedades, causan problemas en la cavidad oral, alterando el periodonto y produciendo la movilidad dentaria.³³

Consecuencia de perder las piezas dentales

La extirpación de las piezas dentales tiene consecuencia muy importante en el sistema estomatognático, se aprecia en la función masticatoria, fonética y estética del paciente, afectando la salud emocional y fisiológica de este sistema.

También se debe tener en cuenta que, el edéntulo parcial puede ser de origen adquirido o congénito, esta última se considera irreversible sumamente perjudicial para la salud.³⁴

Las consecuencias del edentulismo parcial de las piezas dentarias son numerosas y variadas. Los clínicos en la mayoría señalan.³⁵

1. Decrecimiento de la eficacia en la masticación.
2. Alteración en la estética.
3. Extrusión de las piezas dentarias.
4. Desviación de la mandíbula.
5. Atrición dentaria.
6. Ausencia de los apoyos oclusales de los dientes.
7. Rotación, migración e inclinación de las piezas dentarias presentes.
8. Pérdida/ Disminución de la dimensión vertical
9. Disfuncionalidad del ATM.
10. Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.
11. Patologías periodontales.
12. Problemas fonéticos.

Es importante tener en cuenta que, al presentar ausencia parcial de las piezas dentaria, lleva a ciertos problemas:^{36,37}

- Problemas funcionales al existir pérdida dental, repercute en la masticación lo cual es perjudicial para la digestión, de bido al aumento de las fuerzas descompensadas de las piezas aun presentes.³⁶
- Problemas estéticos este problema principalmente se hace notoria en la pérdida de piezas dentales anteriores, originando baja autoestima.³⁷
- La ausencia de las piezas dentales origina problemas en el habla, ya que al hablar la lengua no encuentra un lugar correcto para la vocalización, al

contrario, se apoya en lugares que encuentra vacíos produciendo inadecuada pronunciación.³⁷

- Usualmente las personas que presentan edentulismo parcial o total presentan complicaciones en pronunciar algunas palabras que tengan la “V” o “Z”.³⁷
- Otro problema por la pérdida de las piezas dentales es la fisiónomía del hueso se reabsorba, lo que a futuro conlleva a problemas para rehabilitar las piezas ausentes con prótesis, de manera que es fundamental evitar la pérdida ósea total y a futuro colocar las piezas dentales faltantes en las brechas.³⁷
- Problemas en la articulación al no originarse a temprano tiempo la rehabilitación de las piezas dentarias, se podría originar el síndrome de Kelly, que es el ensanchamiento de la boca, hace que el maxilar superior se hunda hacia el interior del labio superior y la mandíbula inferior sobre salga.³⁷
- Consecuencias psicológicas al presentar mala estética muchos pacientes se sienten con la autoestima baja, usualmente esto se da en los niños y adolescentes.³⁷
- Masticación errónea, el sistema digestivo se ve perjudicado, ya que los alimentos ingeridos no son masticados de forma adecuada y llega al estómago en diversos tamaños.³⁷
- Otra consecuencia principal y crítica es la retracción o disminución de las encías, perjudicando el edentulismo a los tejidos blandos.³⁷

Clasificación de arcos edéntulos parciales

Históricamente había un conflicto para establecer una clasificación de los arcos

parcialmente desdentados, ya que las numerosas propuestas para establecer una clasificación universalmente aceptada, no se mostraban satisfactorias, generando así una variedad de clasificaciones que provocaron dudas en cuanto su eficacia, aceptación y aplicación clínica. Por ello se presentó la necesidad de establecer una clasificación de los arcos parcialmente edéntulos que cumplieran los siguientes requisitos:³⁸

- Facilite planificar un adecuado plan de tratamiento.
- Brinde de forma anticipada ciertas dificultades que puedan ocurrir al diseñar una PPR.
- Facilite la comunicación entre los odontólogos y técnicos dentales.
- Provee el diseño de la prótesis de acuerdo a la carga oclusal que debe presentar cierta clase.³⁸

Existen ciertas clasificaciones propuestas en base a los parámetros que fueron mencionados anteriormente, pero en la mayoría se mostraron de forma absurda ya que no presentaban cierto interés andrológico que sirva de orientación práctica para cada caso. Una de las clasificaciones más conocidas y que acierta con los requisitos propuestos es la Calificación de Kennedy.³⁸

Clasificación de Kennedy

La clasificación de Edwards Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, es decir se basa en la relación que guarda las brechas edéntulas respecto a los dientes remantes. Posee 4 clasificaciones, pueden ser empleadas sencillamente en casi todos los casos de pacientes desdentados parciales, siendo la más fiable por todos los dentistas del país y el mundo.³⁹

Requisitos para que sea aceptable

- Mundialmente debe ser aceptada.⁴⁰
- Deber ser rápido la identificación del tipo de arcada que se presente.⁴⁰
- Facilitar la diferencia casi al instante entre dentadura parcial muco-soportada y dento-soportadas debe ser aceptable universalmente.⁴⁰

Clasificación I, de Kennedy:

Zonas edéntulas bilateral ubicadas posteriormente a las piezas.⁴⁰



Imagen A. Clase de Kennedy: Arcada del maxilar **Clase I**

Referencia: McCracken Prótesis Parcial Removible. 11° edición. Capítulo 3,

Pg.21

Clasificación II, de Kennedy:

Una zona edéntula unilateral y ubicada posteriormente a las piezas remanentes.⁴⁰



Imagen B. Clase de Kennedy: Arcada mandibular de **Clase II**

Referencia: McCracken Prótesis Parcial Removible. 11° edición. Capítulo 3, Pg.21

Clasificación III, de Kennedy:

zona edéntula con piezas remanentes anteriores y posteriores a esta.⁴⁰



Imagen C. Clase de Kennedy: Arcada mandibular de **Clase III**

Referencia: McCracken Prótesis Parcial Removible. 11° edición. Capítulo 3, Pg.21

Clasificación IV, de Kennedy:

Zona desdentada anterior que involucra la línea media en ambos lados.⁴⁰



Imagen D. Clase de Kennedy: Arcada maxilar de **Clase IV**

Referencia: McCracken Prótesis Parcial Removible. 11° edición Capítulo 3, pg.21

Reglas de Applegate

Applegate en el año 1960, añadió dos clasificaciones y ocho reglas para complementar la clasificación de Kennedy, pero su aceptación no fue universal, razón por la cual no será de referencia para este estudio.⁴¹

Clasificación V de Applegate

Solo existen dos molares unilaterales, es decir el resto de las piezas estarán ausentes y será un espacio completo desdentado.⁴¹

Clasificación VI, de Applegate

Solo se observa los dos incisivos centrales.⁴¹

Reglas de aplicación del método Kennedy:

1ra. Regla:

Esta clasificación se ejecutará después y no antes de haber realizado alguna extracción dental.⁴¹

2da. Regla:

Si está ausente un tercer molar y no va ser reemplazado, no debe considerarse para dicha clasificación.⁴¹

3ra. Regla:

Si se halla una tercera molar y será usado como pilar, se toma en cuenta esta clasificación.⁴¹

4ta. Regla:

Si no tiene segundo molar y no tiene reemplazo, no se debe considerar en la clasificación.⁴¹

5ta. Regla:

La zona edéntula mas posterior va a determinar siempre esta clasificación.⁴¹

6ta. Regla:

Las áreas desdentadas diferentes que determina la clasificación se le nombra modificaciones y son designadas por su número.⁴¹

7ma. Regla:

La amplitud de la de modificación no se considera, sino solo el número de zonas edéntula adicionales.⁴¹

8va. Regla:

La clasificación IV, de Kennedy no acepta modificación.⁴¹

Tratamiento del edentulismo: El tratar de reemplazar las piezas dentarias ausentes, hoy en día es una necesidad muy importante para así restablecer la estética y la función que cumplen los dientes perdidos.⁴² El principal objetivo que presenta el tratamiento es la restauración de la función, estética y anatomía de las estructuras orales, así brindar una adecuada condición de vida.⁴³ El edentulismo parcial se puede tratar mediante el uso de aparatos bucales con base metálica, encía y dientes artificiales que van a reemplazar los dientes naturales perdidos.⁴⁴

III. Hipótesis

Según Hernández R, Fernández C, Baptista M,⁴⁵ en estudios descriptivos no requieren hipótesis.

IV. Metodología

4.1 Diseño de estudio

Tipo de investigación

- Según el enfoque o paradigma de investigación: Cuantitativo.

Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. El enfoque cuantitativo representa, un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Se emplea la estadística, porcentajes para determinar los datos.⁴⁵

-Según la intervención del investigador: Observacional.

Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.⁴⁵

-Según la planificación de la toma de datos: Retrospectivo.

Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. Evalúa datos pasados, que efectúa a través del tiempo varias observaciones o mediciones sobre una o más variables, sea o no experimental.⁴⁵

-Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio:

Transversal.

Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. Los diseños de investigación transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.⁴⁵

-Según el número de variables a estudiar: Descriptivo.

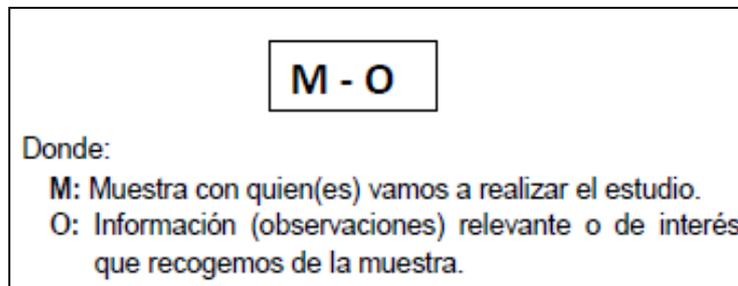
- Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. Cuando el estudio tiene una sola variable, será de tipo descriptivo.⁴⁵

Nivel de la investigación de la tesis: Descriptivo

- Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.⁴⁵

Diseño de la investigación: No experimental

- Según Hernández R, Fernández C, Baptista M. Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.⁴⁵
- **Esquema de la investigación:**



4.2 Población y muestra

Población:

Estuvo constituido por 138 historias clínicas de los pacientes edéntulos parciales atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas que presenten el tipo de clasificación de Kennedy en el anexo de PPR.
- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes de 32 hasta 88 años.
- Historias clínicas con letra legible, sin enmendaduras y entendible.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que presenten edentulismo parcial bimaxilar.
- Historias clínicas de pacientes que estén recibiendo tratamientos ortodónticos.

Muestra:

Estuvo conformado por 102 historias clínicas de los pacientes edéntulos parciales atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, determinado mediante la fórmula para población finita.

Se utilizó la siguiente fórmula de la población finita:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2(N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Total de la población (138 historias clínicas)

$Z_{1-\alpha/2}$ = valor de confianza (1.96 para el 95 % de confiabilidad)

p = proporción esperada

d = precisión (0.05 para una precisión del 95 %)

Reemplazando en la ecuación:

$$n = \frac{138 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (138 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{138 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * (137) + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{132.53}{0.3425 + 0.9604}$$

$$n = \frac{132.53}{1.3029}$$

$$n = 102$$

Muestreo: La investigación fue de tipo probabilístico, aleatorio simple sin reposición.

4.3 Definición y operacionalización de variables y los indicadores

Variable:

- Edentulismo parcial: Ausencia de piezas dentarias que formen espacios.⁴⁶

Covariables:

- Arcada dentaria: Se refiere al grupo de dientes que forman la mandíbula, separándolos por arcada superior y arcada inferior.⁴⁷
- Sexo: Condiciones orgánicas que diferencian al hombre de la mujer.⁴⁸
- Edad: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.⁴⁹

Operacionalización de variables y los indicadores:

PREVALENCIA DE EDÉNTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017					
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala y Naturaleza	Indicador	Valores
Edentulismo parcial	La ausencia de piezas dentarias que formen espacios. ⁴⁶	Cualitativa	Ordinal (Politómica)	Clasificación de Kennedy ubicado en el anexo de PPR.	<ul style="list-style-type: none"> - Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV
Covariables	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala y Naturaleza	Indicador	Valores
Arcada dentaria	Se refiere al grupo de dientes que forman la mandíbula, separándolos por arcada superior y arcada inferior. ⁴⁷	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Maxilar superior - Maxilar inferior
Sexo	Condiciones orgánicas que diferencian al hombre de la mujer. ⁴⁸	Cualitativa	Nominal (Dicotómica)	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. ⁴⁹	Cualitativa	Nominal (Politómica)	Grupo etario registrado en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> - 32 a 40 años - 41 a 50 años - 61 a 70 años - 71 a 80 años - 81 a 88 años

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Análisis documental, se revisó las historias clínicas de la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote del año 2017.

Instrumento:

Se utilizó una ficha de recolección de datos, el cual fue tomada del estudio de Cordova H.⁹ de su investigación titulada: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” Eirl, Lima 2017, para optar el título de Cirujano Dentista en el año 2017. El instrumento fue de uso fácil, contuvo parámetros para evaluar la prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy, según arcada dentaria, sexo, edad. (Anexo 01)

Procedimiento:

1. Para la recolección de datos de la investigación se procedió a solicitar el permiso a la coordinadora de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, de manera que se le explicó el objetivo del estudio. (Anexo 02)
2. Se procedió a seleccionar las historias clínicas en el área de admisión del primer nivel y se procedieron a rotular las 138 historias clínicas descritas en la población para la selección de la muestra y realizar el muestreo aleatorio sin reposición, que consistió en hacer un sorteo al azar en papelitos con la codificación de cada historia y solo se seleccionaron 102 historias clínicas de acuerdo a lo arrojado por la fórmula para población finita, siendo

descartado el papelito con el número que salió para así respetar el muestreo sin reposición.

3. Una vez obtenida la muestra, se procedió a la recolección de datos, se tomó en cuenta los datos en la historia clínica en la anamnesis (filiación) para sexo y edad, de acuerdo a lo escrito por los operadores.
4. Luego se procedió a evaluar el anexo de prótesis parcial removible que brinda la Universidad cuando se realiza algún tratamiento protésico, y se revisó el odontograma para el diseño de la PPR, donde colocan el tipo de Clasificación de Kennedy al pie de la imagen, de acuerdo a lo escrito por los operadores y se registró en la ficha de recolección de datos (Anexo 04).
5. La investigación fue ejecutada desde el 13 de noviembre al 11 de diciembre del 2017 y se empleó 6 minutos para la revisión de cada historia clínica, siendo ejecutada los días y hora señalados por la Clínica Odontológica (lunes y sábado de 9 a 10 de la mañana) en un laxo de 5 semanas y media, revisando 10 historias clínicas durante una hora, revisando a la semana un total de 20 historias clínicas.
6. La clasificación de Kennedy se considera:

La clasificación original de Kennedy describe los arcos desdentados en cuatro clases según el espacio edéntulo y la ubicación en donde está presente en el maxilar. Clasificándola así en:³⁹

Clase I: Zonas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a las piezas remanentes.⁴⁰

Clase II: Una zona edéntula unilateral y ubicada posteriormente a las piezas remanentes.⁴⁰

Clase III: Zona edéntula con piezas remanentes anteriores y posteriores a esta.⁴⁰

Clase IV: Zona edéntula anterior que involucra la línea media en ambos lados.⁴⁰

4.5 Plan de análisis

La información recopilada a través del instrumento, se ingresó en una base de datos en Excel 2016; se ordenó y codificó los datos según las variables. Luego se trasladó al programa estadístico SPSS versión 25. Se realizó el análisis de acuerdo a los objetivos planteados; se realizó la tabulación y elaboración de tablas de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Para su representación gráfica, se utilizó gráficos de barras para hacer más interactiva la información recolectada, asimismo la interpretación se presentó adjunto a estos.

4.6 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017. <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, según arcada dentaria. Determinar el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, según sexo. Determinar el edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, según edad. 	<p>Variable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edentulismo parcial <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> Arcada dentaria Sexo Edad 	<p>-Tipo: Cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal retrospectivo.</p> <p>-Nivel: Descriptivo</p> <p>-Diseño: No experimental.</p> <p>-Población: 138 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017.</p> <p>-Muestra: 102 historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, que cumplieron con los criterios de selección y determinados por la fórmula de población finita y el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple sin reposición.</p>

4.7 Principios éticos

La presente investigación tomó en cuenta todos los principios éticos estipulados por la Uladech Católica en el código de ética para la investigación - Versión N°004.⁵⁰

- **Protección a las personas:** El bienestar y seguridad de las personas es el fin supremo de toda investigación, y por ello, se debe proteger su dignidad, identidad, diversidad socio cultural, confidencialidad, privacidad, creencia y religión. Este principio no sólo implica que las personas que son sujeto de investigación participen voluntariamente y dispongan de información adecuada, sino que también deben protegerse sus derechos fundamentales si se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- **Beneficencia y no-maleficencia.-** Toda investigación debe tener un balance riesgo-beneficio positivo y justificado, para asegurar el cuidado de la vida y el bienestar de las personas que participan en la investigación. En ese sentido, la conducta del investigador debe responder a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.
- **Justicia.** El investigador debe anteponer la justicia y el bien común antes que el interés personal. Así como, ejercer un juicio razonable y asegurarse que las limitaciones de su conocimiento o capacidades, o sesgos, no den lugar a prácticas injustas. El investigador está obligado a tratar equitativamente a quienes participan en los procesos, procedimientos y servicios asociados a la investigación, y pueden acceder a los resultados del proyecto de investigación.

- **Integridad científica.** El investigador (estudiantes, egresado, docentes, no docente) tiene que evitar el engaño en todos los aspectos de la investigación; evaluar y declarar los daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación. Asimismo, el investigador debe proceder con rigor científico, asegurando la validez de sus métodos, fuentes y datos. Además, debe garantizar la veracidad en todo el proceso de investigación, desde la formulación, desarrollo, análisis, y comunicación de los resultados. Garantizaremos que la información brindada es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora que manejará la información obtenida codificará la ficha de recolección de datos.⁵⁰

V. Resultados

5.1 Resultados:

TABLA 01: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017

Clase de Kennedy	Frecuencia	%
Clase I	26	25,5
Clase II	35	34,3
Clase III	39	38,2
Clase IV	2	2,0
Total	102	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 01.

GRÁFICO 01: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017.

Interpretación: De acuerdo a la clase de edentulismo parcial más frecuente según la clasificación de Kennedy fue la clase III con 38,2 % (39), seguido de la clase II con 34,3 % (35), la clase I con 25,5 % (26) y por último la clase IV al 2,0 % (2).

TABLA 02: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN ARCADA DENTARIA

Clasificación de Kennedy	Maxilar superior		Maxilar inferior		Total	
	n	%	n	%	n	%
Clase I	10	9,8	16	15,6	26	25,4
Clase II	13	12,7	22	21,6	35	34,3
Clase III	21	20,6	18	17,8	39	38,4
Clase IV	2	1,9	0	0,0	2	1,9
Total	46	45,0	56	55,0	102	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 02.

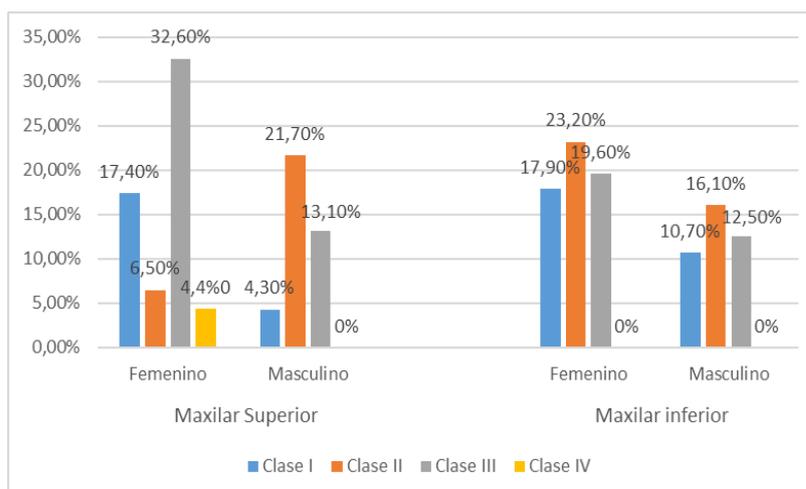
GRÁFICO 02: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN ARCADA DENTARIA

Interpretación: Según arcada dentaria, el 15,6 % (16) presentaron Clase I en el maxilar inferior, el 21,6 % (22) presentaron Clase II en el maxilar inferior, el 20,6 % (21) presentaron Clase III en el maxilar superior y solo el 1,9 % presentó Clase IV en el maxilar superior.

TABLA 03: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN SEXO

Clasificación de Kennedy	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Maxilar superior						
Clase I	8	17,4	2	4,3	10	21,7
Clase II	3	6,5	10	21,7	13	28,2
Clase III	15	32,6	6	13,1	21	45,7
Clase IV	2	4,4	0	0,0	2	4,4
Maxilar inferior						
Clase I	10	17,9	6	10,7	16	28,6
Clase II	13	23,2	9	16,1	22	39,3
Clase III	11	19,6	7	12,5	18	32,1
Clase IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 03.

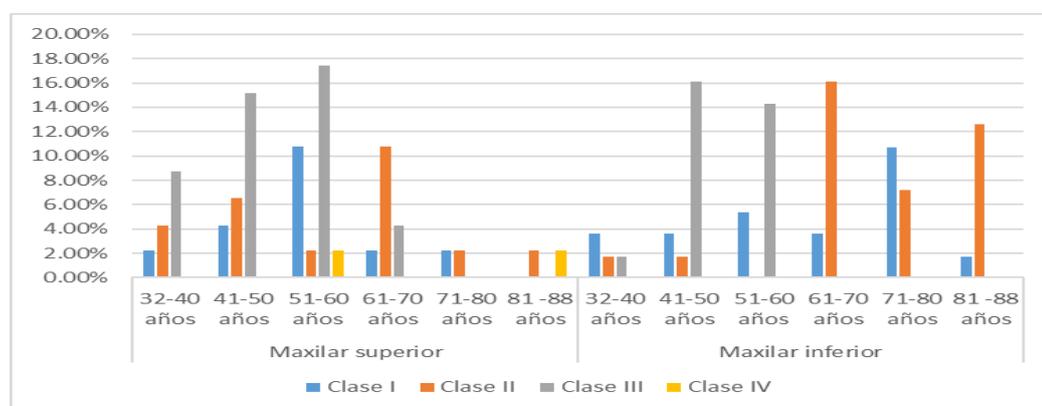
GRÁFICO 3: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN SEXO.

Interpretación: En el maxilar superior, la clase III de Kennedy, predominó en el sexo femenino con 32,6 % (15), mientras que el sexo masculino predominó la clase II de Kennedy con el 21,7 % (10). En el maxilar inferior, la clase II de Kennedy, predominó en el sexo femenino y en el sexo masculino, con 23,2 % (13) y 16,1 % (9) respectivamente.

TABLA 04: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN EDAD

Clasificación de Kennedy	32-40 años		41-50 años		51-60 años		61-70 años		71 - 80 años		81 a 88 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M. Superior														
Clase I	1	2,2	2	4,3	5	10,8	1	2,2	1	2,2	0	0,0	10	21,7
Clase II	2	4,3	3	6,5	1	2,2	5	10,8	1	2,2	1	2,2	13	28,2
Clase III	4	8,7	7	15,2	8	17,4	2	4,3	0	0,0	0	0,0	21	45,7
Clase IV	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	2,2	2	4,4
M. Inferior														
Clase I	2	3,6	2	3,6	3	5,4	2	3,6	6	10,7	1	1,7	16	28,6
Clase II	1	1,7	1	1,7	0	0,0	9	16,1	4	7,2	7	12,6	22	39,3
Clase III	1	1,7	9	16,1	8	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	32,1
Clase IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 04.

GRÁFICO 04: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017, SEGÚN EDAD

Interpretación: Según edad, se determinó que en el maxilar superior predominó la Clase III en el grupo de 51 a 60 años con 17,4 % (8), seguido el grupo etario de 41 a 50 años con 15,2 % (7), respectivamente. Mientras en el maxilar inferior predominaron la Clase III en el grupo de 41 a 50 años con 16,1 % (9), y la clase II en el grupo de 61 a 70 años también con 16,1 % (9).

5.2 Análisis de resultados:

Dada la importancia que presenta hoy en día la prevención sobre la pérdida de las piezas dentales siendo causada por la caries dental, fue vital evaluar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote durante el año 2017, se trabajó con una muestra de 102 historias clínicas (46 edentulismo parcial maxilar y 56 mandibular) mediante la técnica de análisis documental.

La clase de edentulismo parcial más frecuente según la clasificación de Kennedy fue la clase III con 38,2 % (39). Estos resultados coinciden con lo reportado por Tulsani G, Subhashree R. (India, 2020)¹⁰ donde obtuvo que el 23,2 %, presentó clase III. Asimismo, concuerda con Huacanchino M. (Lima, 2019)¹⁷ donde obtuvo que la clase de edentulismo más frecuente fue la clase III en un 63,13 %. Asimismo, Villamar M. (Ecuador, 2019)¹² obtuvo como resultado que la clase III de Kennedy predominó en un 46 % (37). Mientras tanto difiere los estudios de Avendaño E. (Lima, 2016)¹⁹ donde obtuvo que el 41,3 % (150) presentó la clase I. Estos resultados podrían deberse a la pérdida dentaria se origina con mayor frecuencia en los dientes posteriores con pérdida de alguna molar o premolar por la alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal lo que puede contribuir a un alto número de dientes perdidos en las personas, asimismo los resultados podrían deberse a que de acuerdo al lugar y población los resultados suelen variar, ya sea por la formación educativa de los habitantes o el factor socioeconómico, es importante mencionar que ninguno de los antecedentes contrastados evaluó el factor socioeconómico de los pacientes.⁶ Sabemos que mayormente los peruanos optan ante cualquier dolor dental por la extracción

dental, ya sea porque lo ven más rápido el solucionar el problema o por el costo del tratamiento alternativo.

Según arcada dentaria, se determinó que en la Clase II de edentulismo parcial en el maxilar inferior fue 21,6 % (22), mientras que en la Clase III predominó en el maxilar superior con 20,6 % (21). Los datos difieren con el estudio realizado por Mohammad A, Shabir A, Shazia M. (India, 2019)¹¹ donde obtuvo que la ocurrencia de edentulismo parcial fue la clase III en un 67,2 % para el arco maxilar y para el arco mandibular con la clase III al 64,1 %. Al igual el estudio de Chumpitaz D, Lecca G, Diaz T. (Chiclayo, 2019)¹⁵ obtuvo que, en el maxilar superior de edentulismo parcial, la más prevalente fue la Clase III en un 42,4 %. De igual forma el estudio de Inga E. (Huancayo, 2019)¹⁶ obtuvo que en el maxilar superior hubo mayor prevalencia en la clase III al 52,3 % y de igual manera en el maxilar inferior predominó la clase III con un 43,1 %. Asimismo, Villamar M. (Ecuador, 2019)¹² obtuvo que el maxilar superior hubo mayor frecuencia de clase III con un 46 % y el maxilar inferior la clase I con el 21 %. Los resultados podrían deberse a la morfología y el tiempo de erupción del primer molar permanente mandibular que conducen a una mayor tasa de caries. Los primeros molares de la mandíbula tienen muchas cavidades y surcos que pueden actuar como áreas de retención de alimentos para las caries. Por otro lado, los molares mandibulares erupcionan un poco antes que los maxilares, por lo que quedan expuestos a la cavidad oral durante más tiempo y son más propensos a la caries dental, a consecuencia de no realizarse una adecuada técnica de cepillado, lo cual favorece la caries dental y las patologías periodontales, de manera que de acuerdo al avance

que presente las patologías, presentan como única opción la extracción de las piezas dentales.¹⁸

Según sexo, se determinó que en el maxilar superior, la clase III de Kennedy, predominó en el sexo femenino con 32,6 % (15), mientras que maxilar inferior predominó también el sexo femenino la clase II en un 23,2 % (10). Estos resultados guardan relación concordante con lo encontrado por Cisneros A, Verastegui S, Fernandez L. (Perú, 2018)⁸ donde obtuvo que predominó el sexo femenino al 72,1 % con la clase III en el maxilar inferior. Mientras en el maxilar superior predominó el sexo femenino al 34,5 % con la clase III. De igual forma el estudio de Huamanciza T, Chavez R, Chacón U, Ayala V. (Lima, 2016)¹⁸ se observó que predominó el sexo femenino con el 33 % con la clase III en el maxilar inferior. Mientras en el maxilar superior predominó la clase III al 19 %. Difiere con lo encontrado el estudio de Chumpitaz D, Lecca G, Diaz T. (Chiclayo, 2019)¹⁵ donde obtuvo que, según sexo, el 48,6 % del sexo masculino presentaron clase III y en el maxilar inferior el 47,9 % del sexo femenino presentó clase I. Los datos encontrados pueden deberse, dado que el género femenino en ciertos casos, presenta mayor prevalencia de edentulismo parcial que el género masculino, esto puede deberse a las condiciones mismas de las féminas como el embarazo o enfermedades como la osteoporosis, las cuales las hace más vulnerables a perder las piezas dentarias a temprana edad³⁷ y además sumarle los escasos servicios de salud y la educación bucal paupérrima que se evidencian en el Perú.

Según edad, se determinó que en el maxilar superior predominó la Clase III en el grupo de 51 a 60 años con 17,4 % (8). Mientras tanto en el maxilar inferior predominaron la clase III en el grupo de 41 a 50 años con 16,1 % (9), y la clase II

en el grupo de 61 a 70 años también con el 16,1 % (9). Los resultados concuerdan con lo obtenido por Huamanciza T, Chavez R, Chacón U, Ayala V. (Lima, 2016)¹⁸ observó que el grupo comprendido entre los 40 a 59 años predominó la Clase III en ambas arcadas al 27 % y 29 %. Mientras tanto difiere el estudio de Mohammad A, Shabir A, Shazia M. (India, 2019)¹¹ donde obtuvo que la clase III tiene la mayor prevalencia en el grupo etario de 31-40 años, con 43 %. Mostafa I, Abdulrazaq M. (Egipto, 2016)¹³ obtuvo que la clase III tiene la prevalencia más alta en el grupo II (31-40 años). De igual forma, Avendaño E, (Lima, 2016)¹⁹ según la edad, fue más prevalente la edad de 60 a 79 años con la Clase I (24,5 %). Estos resultados pueden deberse a que las diferentes clasificaciones del edentulismo se presenta entre los 50 a más años. Estos resultados podrían deberse a que la edad es un factor sociodemográfico importante a tomar en cuenta cuando se habla de edentulismo; estudios refieren que por cada 1 año de edad la posibilidad de presentar edentulismo crece hasta un 8 %. Los factores socioeconómicos juegan un papel importante cuando se habla de edentulismo, como los bajos ingresos, el bajo nivel educativo y el apoyo social limitado, especialmente en las personas mayores. Además, que los adultos presentan la idea de sus creencias que es mejor extraer la pieza dentaria en vez de realizar los tratamientos restaurativos.³⁷

VI. Conclusiones

- El edentulismo parcial más prevalente, según la clasificación de Kennedy, fue la clase III.
- En el maxilar superior, el edentulismo parcial clase II de Kennedy fue la más prevalente, mientras que en el maxilar inferior lo fue la clase III.
- El edentulismo parcial más prevalente en el sexo femenino fue la clase III en el maxilar superior y la clase II en el maxilar inferior.
- En el maxilar superior predominó la clase III en el grupo de 51 a 60 años de edad, mientras que en el maxilar inferior predominaron la clase III en el grupo de 41 a 50 años de edad y la clase II en el grupo de 61 a 70 años de edad.

Aspectos complementarios:

Recomendaciones

- Se recomendaría a los jefes responsables de la escuela de odontología de la Uladech Católica, tener en cuenta estos resultados para tomar medidas pertinentes, en la prevención de la pérdida de las piezas dentales y en el manejo clínico en especial de mayor prevalencia de los casos de clase III, de Kennedy.
- Siendo una escuela odontológica universitaria, disciplinando y formando a los futuros profesionales sería beneficioso que se desarrollen estos tipos de análisis, para concientizar a los estudiantes universitarios, respecto al estado del desdentado parcial, y sobre la importancia de preservar las piezas dentales.
- Sería productivo que se continúe desarrollando este tipo de investigación con más frecuencia no solo a una pequeña población, sino también a nivel de la provincia del Santa, teniendo en cuenta que el nivel socioeconómico e intelectual en gran parte repercute en ciertos hábitos y cuidados de la salud bucal, siendo causal para presentar edentulismo parcial.

Referencias Bibliográficas

1. Vanegas A, Villavicencio C, Alvarado J, Ordoñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Universitaria Cuenca Ecuador 2016. Revista Estomatol Herediana [Internet]. 2016 [Consultado el 18 de mayo del 2019]; 26(4): 215-21. Disponible en: <https://n9.cl/1hpie>
2. Gutiérrez V, León M, Castillo A. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatol Herediana [Internet]. 2015 [Consultado el 18 de mayo del 2017]; 25(3):179-86. Disponible en: <https://n9.cl/13feq>
3. Fabian E. 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: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
4. Vega L. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la unidad de segunda especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
5. Medina C, Alvarado M. Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica. Revista Rev odonto [Internet]. 2012 [Consultado el 28 de mayo del 2019]; 11(2): 1677-3888. Disponible en: <https://cutt.ly/wGEvXDX>

6. Bharathi M, et al. Partial Edentulism based on Kennedy's classification: an epidemiological study. Revista Pudmed gov [Internet]. 2014 [Consultado el 18 de mayo del 2019]; 15(2): 229-31. Disponible en: <https://cutt.ly/DGETAZL>
7. Niarchou P, Ntala C, Karamanoli P, Polyzois L, Frangou J. Partial edentulism and removable partial denture design in a dental school population: a survey in Greece. Revista Gerodontology [Internet]. 2011 [Consultado el 18 de mayo del 2019]; 28(3):177-83. Disponible en: <https://n9.cl/7qwd2>
8. Cisneros A, Verastegui S, Fernandez L. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una Clínica Docente Universitaria. Revista Alas peruanas [Internet]. 2014 [Consultado el 18 de mayo del 2019];1(1):1-18. Disponible en: <https://cutt.ly/UGEbePr>
9. Córdova H. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” Eirl, Lima 2017 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2017.
10. Tulsani G, Subhashree R. Prevalence of Kennedy Classification in Partially Edentulous Patients - A Retrospective Study. Revista Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology [Internet]. 2020 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 14(4): 5585–5591. Disponible en: <https://cutt.ly/bGEBgY8>
11. Mohammad A, Shabir A, Shazia M. Pattern of partial edentulism based on Kennedys classification among dental patients in Kashmir: retrospective study. Revista IJADS [Internet]. 2019 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 5(2):209-212. Disponible en: <https://cutt.ly/NGEbbHx>

12. Villamar M. Prevalencia de edentulismo parcial en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Ecuador: Universidad de Guayaquil - Facultad Piloto de Odontología; 2019.
13. Mostafa I, Abdulrazaq M. Prevalence and pattern of partial edentulism among dental patients attending College of Dentistry, Aljouf University, Saudi Arabia Revista ISPCD [Internet]. 2016 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 6(3):1-3. Disponible en: <https://cutt.ly/rGEbTmC>
14. Mahmood H, Khalid M, Abdullah O. Prevalence and assessment of partially edentulism according to Kennedys classification in Sulaimani city. Revista AJST [Internet]. 2016 [Consultado el 21 de febrero del 2021];7(8):3367-3370. Disponible en: <https://cutt.ly/6GEnWYt>
15. Chumpitaz D, Lecca G, Diaz T. Prevalence of partial edentulism according to Kennedy and Applegate in patients treated at a University dental Clinic in Lambayeque-Perú. Revista JORALRES [Internet]. 2019 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 8(3):236-243. Disponible en: <https://cutt.ly/LGEmhxm>
16. Inga E. Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la Escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017 – 2018 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Perú – Huancayo: Universidad Continental; 2019.
17. Huacachino M. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores de 20 a 80 años de edad del distrito de Margos-2018 [Tesis para optar título profesional de Cirujano Dentista]. Lima – Perú; 2019.

18. Huamanciza T, Chavez R, Chacón U, Ayala V. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Revista haban cienc méd [Internet]. 2019 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 18(2):281-297. Disponible en: <https://cutt.ly/mGEmTII>
19. Avendaño E. 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 para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Perú – Lima: UNMSM; 2016.
20. Reyes S. Frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, en el año 2017 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Perú - Chimbote: Uladech Católica; 2017.
21. Noborikawa K. Frecuencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy – Applegate en la Clínica Universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad San Martín de Porres [Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista]. Lima - Perú. 2001.
22. Ali A, Shabbir A, Ahmed A, Maqsood M. Complexity of partial Edentulism among Patients seen at Armed Forces Institute of dentistry, Rawalpindi. Revista Pakistan Oral & Dental Journal [Internet]. 2015 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 35(2): 312-314. Disponible en: <https://cutt.ly/CGEm9m4>
23. Cortez V. Prevalencia de edéntulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Island Quemchi,2013. Revista chile salud publica [Internet]. 2013

[Consultado el 21 de febrero del 2021]; 18(3):257-262. Disponible en:

<https://cutt.ly/2GEQyYn>

24. Rengifo C, Balarezo J, Matta C, Vicente E. Implantes dentales para mejorar la biomecánica y estética de la prótesis parcial Removible. Revista estomatológica Herediana [Internet]; 2011 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 21(2):116-118. Disponible en: <https://cutt.ly/sGEQmM2>
25. Ureña G, Coto, P. Edentulismo en Costa Rica: Area de Pérez Zeledón. Edentulismo en Costa Rica [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Costa Rica: Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; 2010.
26. Robles P. Rehabilitación protésica de un paciente edéntulo parcial de Kennedy clase I modificación I. Facultad piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
27. Fernandez M, et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Revista Clínica de Periodoncia e Implantología y Rehabilitación Oral [Internet]. 2016 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 9(1): 59-65. Disponible en: <https://cutt.ly/5GEQXSN>
28. Atarama M. Consecuencias del edentulismo parcial [Tesis de para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Perú: Universidad Católica de Santa María; 2016.
29. Sánchez D, Pons Y, Betancourt A, Santateresa A. Pérdida del primer molar permanente: factores de riesgo y salud bucodental en adolescentes. Revista Finlay [Internet]. 2017 [Consultado el 22 de febrero del 2021]; 7(1):1-8. Disponible en: <https://cutt.ly/EGEWELw>

30. Fresno M. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población Adulta Mapuche-Huilliche de isla Huapi. Revista Clín Periodoncia Implantol Rehabil [Internet]. 2010 [Consultado el 18 de enero del 2021]; 3(2):69-72. Disponible en: <https://cutt.ly/SGEW6X4>
31. Luna G. Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Loja en el periodo junio – noviembre del 2011 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2011.
32. Botero J. Determinantes del Diagnostico Periodontal. Revista Clin Periodoncia Implantol [Internet]. 2010 [Consultado el 18 de enero del 2021]; 3(3):94-99. Disponible en: <https://cutt.ly/7GEEgH1>
33. Mezarina J. Traumatismos Dentoalveolares [Tesis para optar el título de Especialista en Odontopediatría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
34. Flores J. Causas más frecuentes en la pérdida dental basada en percepciones de pacientes mayores de 30 años y criterios Clínicos de Profesionales Odontólogos en la Ciudad de Quito [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Quito: Universidad de las Américas; 2016.
35. López J. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
36. Coyago, S. Percepción de la calidad de la atención odontológica según el grado de satisfacción del usuario que acude a la Clínica Integral de la Facultad

- de Odontología [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2014.
37. Thakadiyel S. An Epidemiological Survey to Determine the Type of Removable Prosthesis Requested By the South Coastal Population of India. Revista Shetty Memorial Institute of Dental Sciences [Internet]. 2015 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 5(2):56-60. Disponible en: <https://cutt.ly/QGEEW8f>
38. Cargua R, Napoleon J. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Ecuador: Universidad de las Américas; 2016.
39. López J. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación Oral del Centro Médico Naval [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
40. Alan B, Glenp M, David T. MacCracken Prótesis Parcial Removible. 11ed. España: Elsevier; 2006. Pg 21.
41. Veas H. Estudio de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendido en la clínica Postgrado de Rehabilitación Oral durante el periodo 2013-2014 [Tesis para optar el título de especialista en Rehabilitación Oral]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
42. Poveda A. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital: Jacob & María Ratinoff [Tesis para optar el título

- profesional de Cirujano Dentista]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
43. Vanegas M. Prevalencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Odontológica de la Universidad de Cuenca [Tesis para optar el título de especialista en Rehabilitación Oral]. Ecuador: Universidad De Cuenca; 2016.
 44. Espinoza C. Rehabilitación oral con prótesis total y prótesis parcial removible en un paciente con síndrome combinado de Kelly [tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2013.
 45. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 5 ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
 46. Rodríguez S, Yabe V. Nivel de conocimiento sobre la clasificación de Kennedy, en el noveno, y decimo ciclo de odontología, USS. 2020 [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Pimentel – Perú; 2020.
 47. Diccionario de la lengua española. 23a edición [Internet]. 2014 [Consultado el 27 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/rGEE3vt>
 48. Organización mundial de la Salud. Sexo/Genero [Internet]. 2018 [Consultado 22 oct 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/0GERUYW>
 49. Escorcia L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal y tercer Seminario Internacional de Antropología Forense. Rev Mex [Internet] 2013 [Consultado el 21 de febrero del 2021]; 3(2):26-30. Disponible en: <https://cutt.ly/HGERJ0x>
 50. ULADECH. Código de ética de la investigación. Versión 004. Perú. 2021;1–7.

ANEXOS

ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA SEDE CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2017

Investigador: Costas Auque, Hans Edwards Jordano



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS				
ID	SEXO	EDAD	CLASE DE KENNEDY	ARCADA DENTARIA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

KENNEDY	1=K1
	2=K2
	3=K3
	4=K4

SEXO	0=MASCU
	1=FEMEN
ARCADA DENTARIA	0= Superior
	1= Inferior

Fuente: Córdova H. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” Eirl, Lima 2017. [Tesis de pregrado] Perú: Universidad Norbert Wiener; 2017.⁹

ANEXO 02:

CARTA DE PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Chimbote, 09 de Noviembre del 2017

CARTA N° 077-2017- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Sra.:

Dra. Lilliana Temoche Palacios

Coordinadora de Clínica Odontológica ULADECH Católica.

Presente.-

A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de Director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, el estudiante viene desarrollando la asignatura de Taller de Investigación, a través de un trabajo de investigación denominado **"Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en la clínica odontológica ULADECH Católica sede Chimbote durante el año 2017"**.

Para ejecutar su investigación, el alumno ha seleccionado la Institución que Ud. Dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al **Sr. Hans Edwards Yordano Costas Auque**; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

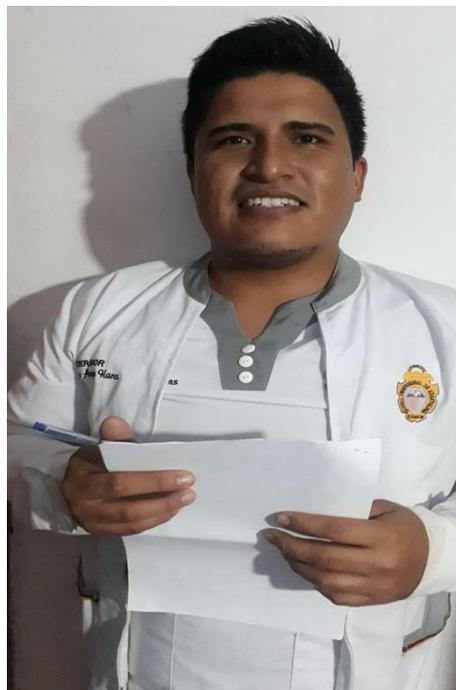


ANEXO 03:
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

Frontis: Clínica Odontológica de la Uladech Católica sede Chimbote



Obteniendo información de las historias clínicas, en la Clínica Odontológica Uladech Católica sede Chimbote en el primer nivel del área de admisión:



**ANEXO 04:
ANEXO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

(Anexo de ppr, de la Clínica Odontológica Uladech Católica Sede Chimbote)

ANEXO PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

FECHA: 26.11.17 HISTORIA CLINICA Nº 60665

EL ESTADO DENTARIO

Tamaño en dientes:
 Grandes Medianos
 Pequeños

Forma de dientes:
 Ovoides Cuadrados
 Triangulares

Vitalidad de las piezas pilares
 Vital Endodonciado

ANÁLISIS DE REBORDE

Tipo de Reborde
 Prominente Mediano Reabsorbido

Tipo de Mucosa
 Dura Mediano Superficial

DATOS ADICIONALES DEL INFORME RADIOGRÁFICO

De los pilares	Movilidad	Si	() No	(X)
	Vitalidad	Si	(X) No	()
	Integridad	Restaurada	() No restaurada	() Abrasión (X)

Del espacio desdentado Corto () Largo (X)

D) Integridad de las piezas pilares
 Integra Restaurada
 Fracturada No restaurada
 Abrasionada

E) Posición en el arco de las piezas pilares
 Alineado No alineado
 Inclinado Extruido Intruido

DATOS ADICIONALES DE LOS MODELOS DE ESTUDIO ARTICULADOS:

ODONTOGRAMA PARA EL DISEÑO DE LA PROTESIS

*Clasificación de Kennedy:
Clase III, mod 1.*