



**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  
QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
INTEGRAL I Y II DEL ADULTO DE LA ULADECH  
CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA  
DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO  
2018**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL  
GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER EN  
ESTOMATOLOGÍA**

**AUTORA**

**VILLARREAL MEJIA, MARIA ROSARIO**

**ORCID: 0000-0002-1079-8269**

**ASESOR**

**REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE**

**ORCID: 0000-0001-5360-4981**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2020**

## **1. TÍTULO DE LA TESIS**

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA  
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES QUE  
ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL I Y  
II DEL ADULTO DE LA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO DE  
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE  
ÁNCASH, AÑO 2018**

## **2. EQUIPO DE TRABAJO**

### **AUTORA**

Villarreal Mejía, María Rosario

ORCID: 0000-0002-1079-8269

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

### **ASESOR**

Reyes Vargas, Augusto Enrique

ORCID: 0000-0001-5360-4981

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

### **JURADO**

San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Ángeles García, Karen Milena

ORCID: 0000-0002-2441-6882

### **3. HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR**

---

MGTR. SAN MIGUEL ARCE ADOLFO RAFAEL  
**PRESIDENTE**

---

MGTR. CANCHIS MANRIQUE WALTER ENRIQUE  
**MIEMBRO**

---

MGTR. ÁNGELES GARCÍA, KAREN MILENA  
**MIEMBRO**

---

MGTR. REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE  
**ASESOR**

## **4. AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA**

### **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento especial a Dios, nuestro creador por ser luz y guía en todo momento.

Así mismo, agradecer profundamente a mi madre porque en su inmenso amor al brindarme su apoyo fraternal, moral y económico, para así continuar con mi estudio universitario.

A mi amiga y hermana Jessica Liñan De la Cruz por su incondicional apoyo, por su dedicación y constancia en demostrarme que nunca debemos rendirnos.

A mis asesores: Augusto Reyes Vargas y Kevin Rondán Bermeo, por sus asesorías y su apoyo, de manera que resolvieron mis dudas durante la elaboración y ejecución de este proyecto.

## **DEDICATORIA**

**A Dios**, por permitirme estar hoy en esta circunstancia, por ser mi guía y por su inmenso amor.

**A mi madre**, Nora Mejía Bazán, por su inmenso amor y apoyo, ella es mi inspiración y ejemplo a seguir.

**A los docentes, amigos y familiares**, por cada consejo, por cada regaño, por la gran motivación y sobre todo porque nunca dejaron de creer en mí.

## 5. RESUMEN Y ABSTRAC

### RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó con el **objetivo** de determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018. La **metodología** de la investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional, de nivel descriptivo. La muestra fue probabilística, aleatorio simple, estuvo conformada por 236 historias clínicas. El método y materiales empleados responden a la ficha de recolección, cuyo análisis e interpretación estuvieron en función a los objetivos. En el **resultado** se encontró una mayor prevalencia de edentulismo parcial en la clase III de Kennedy, en un 39,9 %, seguida de la Clase I y II con el 22 % (54) cada una, la clase IV presentó una prevalencia de 16,1 % (38). La modificación más prevalente, fue la clase III de Kennedy modificación 1, con el 26,7 % (26). El 35,2 % (83) del género femenino lo obtuvo la clase III de Kennedy, mientras que el 5,1 % (12) el género masculino, presentó clase IV. El 24,6% (58) con 40 a 59 años de edad tuvieron mayor prevalencia en edentulismo parcial de clase III. La **conclusión** fue que la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto fue la clase III, con un 39,9 % (94).

**Palabras Claves:** Clasificación de Kennedy, edentulismo, prevalencia.

## ABSTRAC

This research study was carried out with the **aim** of determining the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients who attended the Comprehensive Dental Clinic I and II of the adult of the Catholic Uladech, Chimbote district, Santa province, department de Áncash, year 2018. The research **methodology** was quantitative, descriptive, cross-sectional, retrospective, observational, descriptive level. The sample was probabilistic, simple random, was made up of 236 medical records. The method and materials used respond to the collection sheet, whose analysis and interpretation were based on the objectives. The **result** found a higher prevalence of partial edentulism in Kennedy class III, at 39.9 %, followed by Class I and II with 22 % (54) each, class IV had a prevalence of 16.1 % (38). The most prevalent modification was Kennedy class III modification 1, with 26.7% (26). 35.2% (83) of the female gender was obtained by Kennedy class III, while 5.1% (12) by the male gender, presented class IV. 24.6% (58) with 40 to 59 years of age had a higher prevalence in partial class III edentulism. The **conclusion** was that the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients treated at the Comprehensive Dental Clinic I and II of the adult was class III, with 39.9% (94).

**Keywords:** Kennedy classification, edentulismo, prevalence.



## 6. CONTENIDO

1. Título de la tesis .....	i
2. Equipo de trabajo .....	ii
3. Hoja de firma del jurado y asesor .....	iii
4. Agradecimiento y dedicatoria .....	iv
5. Resumen y abstract.....	vi
6. Contenido.....	viii
7. Índice de gráficos y tablas .....	ix
I. Introducción.....	1
II. Revisión de la literatura .....	4
2.1. Antecedentes .....	4
2.2. Bases teóricas.....	16
III. Hipótesis.....	24
IV. Metodología .....	25
4.1. Diseño de la investigación .....	25
4.2. Población y muestra .....	27
4.3. Definición y operacionalización de las variables.....	29
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
4.5. Plan de análisis.....	33
4.6. Matriz de consistencia .....	34
4.7. Principios éticos .....	36
V. Resultados .....	38
5.1. Resultados.....	38
5.2. Análisis de resultados.....	45
VI. Conclusiones .....	48
Aspectos complementarios .....	49
Referencias bibliográficas .....	50
Anexos.....	56

## 7. ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

### ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....37

TABLA 2: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....38

TABLA 3: Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según género en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....40

TABLA 4: Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según edad en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....37

GRÁFICO 2: Prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....38

GRÁFICO 3: Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según género en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....40

GRÁFICO 4: Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según edad en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.....42

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad mencionar el tema de edentulismo, es referirse a un estado del sistema estomatognático que considera la ausencia de una o más piezas naturales causadas por diversos factores, los que van a originar nuevos cambios de la masticación, fonación y la estética (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) instituye que las enfermedades bucodentales, establecen problemas de salud pública que afectan a todos los países, aquejando principalmente a la tercera edad, en quienes encontramos mayor prevalencia de edentulismo (2).

Según Azañedo, en Brasil la salud bucal del adulto y el anciano en general se presenta deficientemente con varias enfermedades y una de ellas es el edentulismo, cuyo significado es la completa o parcial ausencia de dientes naturales (3).

A nivel internacional, Cargua J. (Ecuador, 2016), que 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 % (4). En otro estudio internacional, Cortés V. (Chile, 2013) estudió a 78 pacientes, en el cual determinó que un 89,7 % de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 2,4 % utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada mandibular fueron similares resultados para Clase I y III (5).

Según lo señalado, en el Perú se atraviesa un entorno crítico asociado a la pérdida dental, donde señalan que el 38,2 %, presentan edentulismo, de la misma manera, datos reportados por el Ministerio de Salud (MINSA), revela que nuestro país existe escasos

estudios relacionados con esta prevalencia por lo que se sugiere concientizar para mejorar estos estudios (6).

Por lo anteriormente expuesto, se planteó como problema la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018?

La misma que tuvo como objetivo general el determinar la prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica y como objetivos específicos se estudió la prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy según género y edad en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica. Este informe se justifica porque como estudiante de odontología, visualizamos día a día la realidad de que no todos los pacientes que sufren con alguna pérdida dental acuden a los servicios odontológicos, además porque en nuestro distrito es escasa la información estadística, sobre la prevalencia de edentulismo parcial, por ello, el de crear conciencia en la sociedad, brindando información válida, así mismo, motivando a los pacientes para que conozcan sobre el origen, las medidas preventivas y posibles tratamientos de acuerdo con el caso que se presente; con la finalidad de aportar elementos que enriquezcan las políticas de la salud bucal.

Este estudio se ejecutó en la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, año 2018. En esta investigación se usó la técnica de observación no experimental, en el cual se revisó las historias clínicas del año 2018 y se transcribió en el instrumento. El tipo de investigación fue de tipo

cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, de nivel descriptivo, epidemiológico y diseño no experimental.; la muestra estudiada se obtuvo de forma probabilística. Así mismo, el estudio fue factible porque se contó con los recursos para llevar a cabo su ejecución.

Los resultados permitieron determinar que el 39,9% (94 casos) presentaron la mayor prevalencia de edentulismo parcial clase III de Kennedy, seguido de la clase I, II, con un 22% (52 casos) presentó menor prevalencia en la clase IV con el 16,1% (38 casos). Se encontró que la clasificación III modificación 1 de Kennedy, fue la más prevalente con un 11% (26 casos). La clase II modificación 1, 8,47% (20 casos). La clase I modificación 1, 2,54% (6 casos). El género más prevalente fue el femenino de la clase III con un 35,2% (83 casos) y en menor prevalencia el masculino con clase IV con el 5,1% (12 casos). El grupo etario de 20 a 39 años, prevaleció la clase III, 6,4% (15 casos), de 40 a 59 años, fue la clase III, 24,6% (58 casos), de 60 a 80 años fue la clase III, 8,9% (21 casos). Se concluyó que la prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018 fue del 39,9 % (94 casos).

La investigación se encuentra estructurado por la introducción, donde se detalló el problema de investigación, los objetivos e investigaciones relacionadas; luego el marco teórico, en el cual se encontrará investigaciones similares y también la base conceptual de las variables; luego se explicó la metodología, su procedimiento, la población estudiada y el planteamiento del análisis a utilizar; posterior a ello se encuentran los resultados y la interpretación de los mismos, por último se encuentran las conclusiones, referencias y anexos.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. ANTECEDENTES

#### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Cargua J. (Ecuador, 2016).** Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito. **Objetivo:** Definir el grado de Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los habitantes de la Ciudad de Quito. **Metodología:** Se realizó un estudio tipo descriptivo, transversal, observacional y epidemiológico. Se realizó 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. **Resultados:** 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 %. **Conclusiones:** Este esfuerzo investigativo es la base para recomendar la realización periódica de este tipo de estudio a nivel provincial y nacional por parte de entidades público-privadas, concienciar al profesional para el desarrollo de técnicas que permiten prevenir, diagnosticar y crear un plan de tratamiento rehabilitador para reducir los índices de edentulismo parcial en la población; finalmente, promover el cuidado de la salud oral en los habitantes de la ciudad de Quito (4).

**Fayad, I., Mohamed B., y Abdulrazaq M. (Arabia Saudita, 2016).** Prevalencia y patrón de edentulismo parcial entre los pacientes de odontología que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Aljouf, Arabia Saudita. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y el patrón de edentulismo parcial entre los pacientes de odontología que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Aljouf, Arabia Saudita. **Metodología:** Se realizó un estudio tipo descriptivo. La muestra fue de 142 pacientes y se registró la prevalencia de edentulismo parcial en el paciente seleccionado. Los pacientes fueron agrupados en tres grupos de edad; Grupo I: 21-30 años, Grupo II: 31-40 años y Grupo III: 41-50 años. La clasificación de Kennedy se utilizó para determinar el patrón de arcos parcialmente desdentados. Las áreas de modificación no se incluyeron en la evaluación para evitar la complejidad. Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales versión 20.0 para ventanas. **Resultados:** Los resultados mostraron que la aparición de edentulismo parcial Kennedy Clase III fue del 67,2 % en el arco maxilar y del 64,1 % en el arco mandibular. Seguido por la Clase II en arco maxilar y mandibular con un promedio de 16.3 % en el arco maxilar y 14.8% en el arco mandibular. Según estos resultados, la clase III tiene la mayor prevalencia 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). **Conclusiones:** Se determinó en los pacientes seleccionados, el arco dental de Clase III fue el patrón más prevalente en los arcos maxilares y mandibulares. La clase IV es el patrón menos dominante entre todas las clases. Hay un aumento en el patrón de Clase I de Kennedy y Clase II de Kennedy y una disminución en la Clase III y Clase IV con un aumento en la edad (5).



**Vanegas E. (Ecuador, 2016).** Frecuencia y relación de edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida y edad de paciente en la Facultad de odontología de la Universidad de Cuenca. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y relación de edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida y edad de paciente en la Facultad de odontología de la Universidad de Cuenca. **Metodología:** Se realizó un estudio tipo descriptivo. En la muestra se analizaron 378 pacientes adultos para determinar el tipo de edentulismo más frecuente. El estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal y el impacto en la calidad de vida se analizó con el cuestionario OHIP. **Resultados:** El edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más frecuente (75 %), la clase III de Kennedy fue predominante en ambos maxilares (42 % maxilar superior y 40 % mandíbula). Se observó asociación entre la calidad de vida y edentulismo (OR: 0,06 IC95 % (0,03 – 0,11) edentulismo parcial, OR: 2,85 IC95 % (1,747 - 4,647) edentulismo total) pero no se encontró relación entre el edentulismo con el estado nutricional y el género de los pacientes. El grupo de edad mayor a 40 años se consideró un factor de riesgo de edentulismo total (OR: 20,10 IC95 % (7,188 - 56,203)). **Conclusiones:** El edentulismo es un factor de riesgo para tener una mejor calidad de vida, podemos determinar que la edad es un factor importante, es decir a mayor edad mayor es el riesgo de pérdida dentaria. En esta investigación no hubo predisposición por género, no existe correlación entre edentulismo parcial o total y el estado nutricional del paciente (8).

**Soza R. (Bolivia, 2015).** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el asilo San Ramón, Gestión 2014. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en adultos

mayores del Asilo San Ramón en el segundo semestre de la gestión 2014.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. 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 pérdida 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.

**Resultados:** Los resultados mostraron fueron que en el maxilar superior predomina la clase I de Kennedy con un 55,3%, seguida de la clase IV de Kennedy con un 18,4%, luego tenemos a la clase III de Kennedy con un 15,8% y por último la clase II de Kennedy con un 10,5%. El sexo masculino es el que mayor frecuencia tiene con un 56,7% y el sexo femenino tiene un 43,3%. **Conclusión:** El presente estudio logro determinar que una buena parte de la población estudiada pertenece a la clase I de Kennedy estando presente esta clase con una amplia diferencia en cuanto a las demás clases de Kennedy, la siguiente clase de Kennedy con mayor porcentaje fue la II, seguida de la clase IV y en último lugar la clase III que se presentó en un porcentaje muy bajo (9).

**Barba Y. (Ecuador, 2014).** Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo - julio del 2014.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de

Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo - julio del 2014.

**Metodología:** Se realizó un estudio tipo descriptivo y transversal. Se realizó un estudio transversal. La muestra estuvo comprendida 237 estudiantes de las diferentes carreras de la Universidad Nacional de Loja, matriculados en el periodo académico marzo-julio del 2014. Se incluyó en esta investigación a los estudiantes legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras, a estudiantes que desearon participar y expresaron su consentimiento por escrito y a los estudiantes de sexo femenino y masculino que presentaron edentulismo parcial, tanto en la arcada superior, como en la arcada inferior en la edad comprendida entre 18 y 30 años de edad. **Resultados:** Entre los principales resultados se encontró que en las arcadas superiores la clase más prevalente fue la clase III que corresponde a un 86,2%, y las menos prevalentes fueron la clase I y IV con un 3,4% respectivamente. Mientras que, en la arcada inferior, la clase más prevalente fue la clase III correspondiente a un 90,9%, y la menos prevalente fue la clase IV que corresponde al 0,6%. **Conclusiones:** La clase de Kennedy más prevalente en las arcadas superiores de los estudiantes fue la clase III con un 86,2%. Y en cuanto a la modificación la clase III sin modificación es la más prevalente con un 61,2%. La clase de Kennedy más prevalente en las arcadas inferiores de los estudiantes fue la clase III con un 90,9%. Y en cuanto a la modificación la clase III sin modificación es la más prevalente con un 63,0%. (10).

**Cortés V., Carrasco F., y Vergara C. (Chile, 2013).** Prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo. Se incluyeron sujetos mayores de 20 años en los servicios de salud de islas Butachauques y Tac durante los meses de agosto y septiembre de 2013. Se solicitó a cada sujeto de investigación la firma de un consentimiento informado. La muestra estuvo comprendida de 88 pacientes. 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). **Resultados:** 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 2,4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase 3 y en la arcada mandibular fueron similares resultados para Clase I y III. **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 (5).

## **ANTECEDENTES NACIONALES:**

**Asqui J. (Puno, 2018).** Factores asociados al edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2017. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al edentulismo parcial en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano Puno 2017. **Metodología:** El estudio fue observacional, retrospectivo, relacional y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 80 historias clínicas. El instrumento utilizado fue una ficha de observación y recolección de datos en la cual se registró las covariables (sexo, edad, grado de instrucción) y la variable única (edentulismo parcial). El análisis estadístico utilizado fue descriptivo con tablas de frecuencia absoluta y porcentual y la prueba de Ji cuadrado se utilizó para analizar la asociación. La edad predominante fue de 41 a 60 años con 51,25 %, el sexo más frecuente fue el femenino con 86,25 %, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria con 61,25 %, y ocupación ama de casa con 50%. **Resultados:** El edentulismo en maxilar superior con mayor frecuencia fue la categoría de clase I con 30 %, el edentulismo en maxilar inferior, con mayor frecuencia fue en la categoría de clase I con 43,8 %. La pérdida de dientes con mayor frecuencia se presentó en los molares con 18,8 % para 8 piezas. El edentulismo total fue 2,6 % para el maxilar superior, un 72,5 % en maxilar superior e inferior, seguido de 16,3% en maxilar inferior y 11,3 % en superior. Se determinó asociación estadística entre la edad y el edentulismo parcial ( $p < 0.05$ ), en cuanto las variables sexo y grado de instrucción; en el sexo femenino fue el más predominante y el grado de instrucción de mayor frecuencia fue el de secundaria. El edentulismo parcial se puede presentar más en el sexo femenino. **Conclusión:** Se concluye que existe relación entre la edad

y el edentulismo parcial, propio del deterioro de las piezas dentales por el paso de los años de uso (11).

**Fabián S. (Lima, 2017).** Relación entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. **Objetivo:** Identificar la relación que existe entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional y descriptivo con una muestra de 112 historias clínicas (HC), 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 recopilaron datos clínicos para evaluar el estado periodontal usando el Índice Periodontal Comunitario (IPC). **Resultados:** Los resultados obtenidos 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. 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 ( $p<0,05$ ). **Conclusiones:** 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).

**Avendaño E. (Lima, 2016).** Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014.

**Objetivos:** 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. **Metodología:**

Estudio transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo. La población estuvo formada por 363 pacientes 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. **Resultados:** 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). **Conclusiones:** De los 363 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 (13).

**Gutiérrez V., León R., y Castillo D. (Lima, 2015).** Frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo, observacional. La población estuvo formada por 1350 personas. La muestra estuvo comprendida de 168 adultos, quienes fueron evaluados mediante una ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. **Resultados:** Se determinó que existió una frecuencia de edentulismo en la población del 72 % (121) y la necesidad de tratamiento protésico de forma parcial y total presente para el maxilar superior fue del 59,6 % (100) y en el maxilar inferior del 67,3 % (113). **Conclusiones:** Mediante el estudio realizado se concluyó que la frecuencia de edentulismo y necesidad protésica de tratamiento en pacientes adultos son similares a las literaturas descritas a nivel nacional e internacional, es decir que mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico por lo que se debe implementar políticas de salud bucal, promoviendo programas educativos para evitar la pérdida dentaria y daño en el sistema estomatognático (1).



**Rodríguez L. (Trujillo, 2013).** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en clínica estomatológica de Moche. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, entre 20-70 años, que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche durante los años 2008-2012. **Resultados:** Se evaluaron un total de 324 Historias Clínicas, de las cuales 218 pertenecieron al género femenino 67,28 % y 106 al género masculino 32,72 %, las cuales cumplieron con los criterios de selección estipulados. Además se evaluaron un total de 544 maxilares edéntulos, de los cuales 284 fueron maxilares superiores 52,21%, y 260 fueron maxilares inferiores 47,79 %, encontrándose los siguientes resultados: En el análisis de la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, se encontró que en el maxilar superior prevaleció la clase III con el 85,9 %, seguida de la clase II, IV y I con el 7,4 %, 3,9 % y 2,8 % respectivamente; mientras que en el maxilar inferior prevaleció la clase III con el 53,8 %, seguida de la clase I y II con el 26,2 % y 20 % respectivamente. No se registró ningún caso de clase IV en el maxilar inferior. ( $p < 0,01$ ). **Conclusiones:** se concluye mencionando que en el estudio no se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre las variables (14).

## ANTECEDENTE LOCAL

**Reyes S. (Chimbote, 2019).** 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 Ancash, en el año 2017. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de edentulismo en los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, en el año 2017. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo, observacional. Se realizó un estudio epidemiológico, no experimental cuantitativo, de corte transversal, descriptivo. La muestra estuvo comprendida de 96 historias clínicas de los pacientes edéntulos atendidos en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote seleccionados por muestreo de tipo probabilístico y por conveniencia. **Resultados:** De los pacientes atendidos en la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, la mayoría presentó clase I según clasificación de Kennedy con 19,35 %, 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 %. **Conclusiones:** Se concluye que la clase más prevalente de edentulismo parcial en los pacientes de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote en el año 2017 es la clase I en ambos maxilares (15).

## **2.2.BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Prevalencia**

La prevalencia es la medición de cuan frecuente es una enfermedad, los individuos que la padecen estos están dentro de un grupo de personas de estudio. A partir de estos datos se buscan que dichas personas mantengan una buena salud recibiendo buen tratamiento (16).

### **2.2.2. Edentulismo**

El edentulismo es la pérdida parcial o completa de la dentición natural, ocasionado en la salud bucal alteraciones en el sistema estomatognático involucrando tejidos internos y externos de la cavidad oral y perjudicando su funcionalidad (1). Las principales causas que la producen son las lesiones cariosas y la enfermedad periodontal, traumatismo, tratamientos mal realizados, etc.

La ausencia dentaria reduce la efectividad de las funciones estomatológicas y como consecuencia afectará la eficacia de vida del paciente ya que las diferencias son contundentes al hacerlas con los dientes naturales vs dientes artificiales (16).

Según datos de la Organización de la Salud, nos señala que la categoría de edéntulo parcial afecta a la población mundial con una pérdida extensa de las estructuras de soporte, gran parte de la población posee una dentición incompleta, sin embargo, esto genera un mayor número de estos edéntulos parciales y porque no reciben rehabilitación protésica (17).

### **2.2.3. Epidemiología, fisiología del edentulismo parcial**

#### **2.2.3.1. Pérdida dentaria**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), relata que la caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de la pérdida de dientes.<sup>17</sup>

La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30 % de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales (18).

Las caries dentales se pueden evitar realizando medidas preventivas como, por ejemplo, visitas periódicas al dentista para una revisión general, utilizando elementos de higiene bucal que contengan la concentración adecuada de flúor, y manteniendo una dieta adecuada.

##### **2.2.3.1.1. Causa frecuente de pérdida dental**

El motivo más frecuente de las pérdidas dentarias son consecuencias de tres factores importantes. Enfermedad dental como la caries, enfermedad periodontal y traumatismo (19).

Los dientes debido a estos factores se vuelven frágiles y propensos a fracturas, a consecuencia de estos imposibilita conservarse en boca y será necesario extraerlos contribuyendo a subir los niveles pérdida dentaria.

##### **2.2.3.1.1.1. Enfermedad periodontal**

El motivo principal mundialmente que contribuye a la pérdida dental es la enfermedad periodontal y las caries.

Según Asencio nos señala que Holm P, Walls A, Ship J., describen que la gingivitis y la periodontitis es provocada por la biopelícula o la placa dental patógena que se forma

sobre las superficies de los dientes. Además, mencionan que extensos estudios han demostrado una fuerte correlación entre la presencia de placa microbiana y la periodontitis crónica, esto quiere decir que existe falta de higiene oral por parte del adulto mayor para que se produzca esta patología (20).

Según Carranza (2000), define que la enfermedad periodontal es un grupo de enfermedades infecciosas caracterizadas por una serie de reacciones inflamatorias de los tejidos que protegen y soportan los dientes; como son: el hueso, el cemento y ligamento periodontal (21).

Una enfermedad de las encías no tratada puede ser muy grave, haciendo que los dientes se acaben aflojando y/o se caigan, la enfermedad de las encías suele estar provocada por la acumulación de placa, una capa invisible y pegajosa de gérmenes, donde su formación se da natural sobre los dientes y las encías, la placa contiene bacterias, que fabrican toxinas que irritan y dañan las encías (22).

El agente etiológico de la mayoría de las enfermedades periodontales es la placa bacteriana (biopelícula) y los mecanismos por medio de los cuales se ocasiona los daños a los tejidos, es decir que la producción de enzimas como colágenas, proteasa, elastasa por las bacterias a nivel del surco gingival de las placas pueden producir daño directo a los tejidos (23).

#### **2.2.3.1.1.2.Caries Dental**

Otro factor que influye en la pérdida dentaria sin duda es la caries dental, se debe a múltiples factores que contribuyen a enfermedades crónicas y trasmisibles con prevalencia que perturba al ser humano.

Las lesiones cariosas es una enfermedad de principio multifactorial en la que preexiste interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica) (24).

Añadiendo a estos factores mencionaremos se deberá tenerse en cuenta uno más, este es el tiempo (24).

#### **2.2.3.1.1.3.Traumatismo**

Los traumatismos son factores que también contribuyen a la pérdida dentaria, en general es habitual que el traumatismo aqueje a los dientes de una manera silenciosa, habitualmente cuando tenemos algún tipo de accidente no tomamos las medidas necesarias y las manifestaciones llegan después de un tiempo prolongado.

Una acción violenta repentina en la cavidad oral puede producir lesiones en los tejidos duro y blando que conllevan a una infinidad de lesiones dentarias, este traumatismo es causado generalmente por situaciones de caídas, golpes, actividades deportivas que muchas veces pueden ir de una fractura dentaria a la pérdida total de una o más piezas dentarias (25).

#### **2.2.4. Edentulismo Parcial**

Siempre que mencionemos la palabra edentulismo nos estaremos refiriendo a la deserción o pérdida total o parcial de los dientes (26), las causas más frecuentes como ya lo mencionamos son las enfermedades periodontales y la caries dental.

El edentulismo conlleva a significativas variaciones estéticas. Consiguiendo reducir la dignidad humana, logrando incitar variaciones en la articulación de las palabras, en la aplicación masticatoria y en la articulación temporomandibular. Estos resultados estéticos predominan cuando el edentulismo perturba el frente anterior (26).

### **2.2.5. Evaluación del paciente edéntulo:**

#### **2.2.5.1. Examen clínico extraoral:**

En este análisis observan el perfil del paciente, la apariencia del cuello y cara para excluir extrañezas de tamaño y/o forma esquelética (27), también debemos observar la tonalidad del labio, los tejidos periorales y las características de la piel.

#### **2.2.5.2. Examen clínico intraoral:**

En este análisis debemos englobar los desplazamientos mandibulares (movimientos de lateralidades, apertura y cierre), la flexibilidad y la contracción de labios y carrillos, volumen de la lengua, la evaluación de los arcos maxilar y mandibular de la arcada inferior (27).

#### **2.2.5.3. Evaluación de los labios y carrillos:**

El beneficio que otorga la tonicidad a la prótesis total es muy importante por el rol que desempeña en el equilibrio del aparato protésico total ya que si existe excesiva tonicidad de los tejidos periprotésicos existirá mayor inestabilidad, los encargados de la reabsorción además del desgaste dental de la prótesis son los músculos con los movimientos verticales y horizontales.

#### **2.2.5.4. Evaluación de la lengua.**

La lengua está formada por 17 músculos (8 pares y uno impar) que se insertan por debajo de la prótesis total inferior que pueden mover y desestabilizar la prótesis. Se debe tomar en cuenta que cuando un paciente ha sido edéntulo total inferior durante mucho tiempo, al momento de llevar una prótesis va a sentir que no tiene espacio lo cual hace que el pronóstico no sea bueno (27).

#### **2.2.5.5. Reborde alveolar.**

Al referirnos de reborde alveolar se señala la forma anatómica que se desarrolla con la erupción dentaria (21). Esto conlleva a que se haya una reabsorción alveolar porque hay pérdida dentaria, la misma va a precipitar este transcurso por la carencia de la ausencia de estimulación biomecánica. El volumen en el elemento protésico deberá ser mayor, teniendo en cuenta que, a mayor reabsorción, mayor inestabilidad a causa de la pérdida ósea. La evaluación de los rebordes alveolares pueden ser de forma ovoide, rectangular o triangular (26).

#### **2.2.6. Clasificación de Kennedy**

La clasificación según el Dr. Kennedy fue instituido en el año 1925 por el Dr. Kennedy, esta clasificación tiene como fundamento la topografía, basándose en la correlación que acumulan los espacios edéntulos con relación a los remanentes dentarios (27).

La clasificación de edéntulos parciales, es comprendida en diferentes clases que describiremos a continuación:

- **Clase I:** Zonas edéntulas con dos lateralidades situadas posteriormente a las piezas naturales restantes (28).
- **Clase II:** Zonas edéntulas unilaterales ubicadas en la parte posterior de las piezas naturales restantes (28).
- **Clase III:** Zona edéntula unilateral con piezas naturales anterior y posterior a esto, es decir, esto indica una única área edéntula que no cruzará la línea media del arco, con piezas presentes en ambos lados de la misma (28).
- **Clase IV:** Este es un edéntulo único. Área, que cruza la línea media del arco, con los dientes restantes presentes solo posterior (28).



La gran mayoría de los profesionales en odontología están familiarizada con los principios de diseño de dentaduras parciales, relacionan con mayor rapidez el tipo de arcada y de esta forma planifican la construcción de la prótesis.

Applegate en el año 1960, ejecutó un ensayo de desarrollar la clasificación según el Dr. Kennedy al completar una Clase V y VI, pero en la actualidad no ha sido universalizada (28).

- **La Clase V:** Área delimitada anterior y posteriormente por piezas dentarias naturales no obstante en la que el pilar anterior (por ejemplo, LI) no es adecuado para el soporte. Es básicamente una situación de clase III porque el pilar anterior no se puede utilizar para ningún soporte (28).
- **La Clase VI:** Área en la que las piezas dentarias adyacentes tienen la capacidad de soportar totalmente la prótesis requerida. Esta prótesis apenas requiere soporte de tejido. La mayoría de los PPR son tejidos dentales soportados. Por lo tanto, esta condición se clasifica como un grupo separado (28).

#### **2.2.7. Reglas de Applegate aplicables a la clasificación de Kennedy**

Applegate mencionó las ocho reglas que representan en la aplicación del ordenamiento según el Dr. Kennedy (27).

- **REGLA 1**

La clasificación debe seguir en lugar de preceder a las extracciones que podrían alterar la clasificación original (27,28).

- **REGLA 2**

En ausencia del tercer molar y no se reemplazará, y no debe ser considerado en la clasificación (27,28).

- **REGLA 3**

Si el tercer molar se mantendrá en boca y se utilizará como pilar, este será considerado dentro de la clasificación (28).

- **REGLA 4**

A la falta el segundo molar y no se reemplaza, no se considerará en la clasificación (28).

- **REGLA 5**

Las zonas edéntulas más posteriores siempre determinan la clasificación.

- **REGLA 6**

Las zonas edéntulas diferentes de las que establecen la clasificación, se mencionan espacios de modificación y se designan por su número (28).

- **REGLA 7**

No se considera la extensión de la modificación, solo el no: de áreas edéntulas, es decir, la no: de los dientes que faltan en los espacios de modificación no se considera solo el no: se consideran espacios edéntulos adicionales.

- **REGLA 8**

No puede haber áreas de modificación en la clase IV. Porque cualquier espacio edéntulo adicional definitivamente será posterior a él y determinará la clasificación (28).

### **III. HIPÓTESIS**

El presente informe de estudio por ser de nivel descriptivo y de diseño no experimental no requiere hipótesis.

Según Galán (2009) sostiene que "No todas las investigaciones llevan hipótesis, según sea su tipo de estudio (investigaciones de tipo descriptivo) no las requieren, es suficiente plantear algunas preguntas de investigación" (29).

Según Hernández refiere que "No, no todas las investigaciones cuantitativas plantean hipótesis y los estudios cualitativos, por lo regular, no formulan hipótesis antes de recolectar datos (aunque no siempre es el caso)" (30).

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1.1. Tipo:

- De acuerdo al enfoque de la investigación es **cuantitativo**, así refiere Tamayo y sus colaboradores, porque se usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base de medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (31).
- Según la intervención del investigador es **no experimental (observacional)**, porque para Supo, los datos son reflejados de acuerdo a la evolución natural de los eventos, sin necesidad de manipular las variables, a su vez observar los fenómenos como tal (32).
- De acuerdo a la planificación de la toma de datos es **retrospectivo**, Ureña (2015) refiere que "los estudios retrospectivos se realizan basándose en observaciones clínicas, o a través de análisis especiales, estos revisan situaciones de exposición a factores sospechosos, comparando grupos de individuos enfermos (casos), con grupos de individuos sanos (controles). A partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos al factor en estudio se realiza un análisis estadístico (33).
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable es **transversal**, porque en una sola ocasión son medidas, además porque se enfatiza el análisis de las variables en un determinado momento.
- De acuerdo con Supo, el número de variables de interés es **descriptivo**, como su nombre lo indica se encarga de describir e interpretar parámetros partiendo de la muestra, además es univariado (32).

#### 4.1.2. Nivel de Investigación:

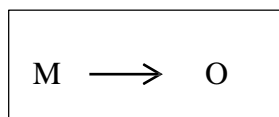
- **Descriptivo:**

Monje Álvarez (2001) nos refiere que "se ocupa de la descripción de fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada, desde el punto de vista cognoscitivo su finalidad es describir y desde el punto de vista estadístico su propósito es estimar parámetros" (34).

#### 4.1.3. Diseño de la investigación:

La investigación es de diseño: **no experimental (observacional)**.

Hernández (2010) manifiesta que el diseño de la investigación "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. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos" (30).



Dónde:

**M:** Muestra

**O:** Observación

## **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.2. Población**

Estuvo conformada por todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

#### **Criterios de selección:**

##### **❖ Criterios de Inclusión**

- ✓ Historias clínicas de pacientes edéntulos parciales que fueron atendidos en la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.
- ✓ Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- ✓ Historias clínicas de pacientes entre 20 años a 80 años.
- ✓ Historias clínicas de pacientes cuyos datos estén bien especificados en las historias clínicas (número de historia clínica, sexo, edad y odontograma).

##### **❖ Criterios de exclusión**

- ✓ Historias clínicas de pacientes edéntulos totales.
- ✓ Historias clínicas de pacientes que recibieron o estén recibiendo tratamientos de ortodoncia.
- ✓ Historias clínicas de pacientes cuyas brechas edéntulas vayan a ser rehabilitadas solo con implantes dentales y prótesis sobre implantes unitarios.
- ✓ Historias clínicas de pacientes con datos incompletos (edad, género, odontograma ilegible, radiografía panorámica no visible)

Finalmente, la población estuvo conformada por 236 historias clínicas.

#### 4.2.3 Muestra

- a) **Tamaño muestral:** Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de población finita, considerando un margen de error del 5 % sobre el total de la muestra y con un 95 % de confianza sobre las estimaciones.

- **Fórmula para muestra de población finita**

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

N = 1305 Historias clínicas

E = 0.05 (5% Error máximo)

P = 0.5 (Variabilidad positiva)

1-P=0.5 (Variabilidad negativa)

Z = 1.96 (Punto crítico de la Distribución Normal Estándar del 95% de confianza)

n = Muestra

$$n = \frac{1305 * 0.5(1 - 0.5) * 1.96^2}{0.0471^2(1305 - 1) + 1.96^2 * 0.5(1 - 0.5)}$$

n \* = 297 Historias clínicas

Muestra ajustada

$$n = \frac{297}{1 + \frac{297}{1305}} = 241,93 \text{ historias clínicas}$$

$$n = 242 \text{ historia clínicas}$$

De las 242 historias clínicas, 6 no formaron parte del estudio, debido a lo descrito en los criterios de exclusión.

$$n = 242 - 6 = 236 \text{ historias clínicas}$$

#### **Técnica de muestreo:**

La técnica de muestreo utilizada fue probabilística, aleatorio simple.

### **4.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### **4.3.1. Definición de variable:**

##### **- Edentulismo**

Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (1).

#### **4.3.2. Definición de covariables:**

##### **- Edad**

Tiempo de vida de la persona (35).

##### **- Género**

Condición orgánica, masculina o femenina (35).



### 4.3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	CATEGORIAS VALOR
<b>Edentulismo parcial</b>	Es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias (1).	Tipo de edentulismo	Cualitativa	Nominal	Clasificación de Kennedy / Ficha de registro de datos – historias clínicas	Clase I de Kennedy (Modificación 1,2, 3 y 4) Clase II de Kennedy (Modificación 1,2, 3 y 4) Clase III de Kennedy (Modificación 1,2, 3 y 4) Clase IV de Kennedy
<b>Co-variables:</b>						
- <b>Edad</b>	Tiempo de vida de la persona (35).		Cuantitativo	Intervalo	Registro de Historia clínica	1. 20- 39 años (%) 2. 40-59 años (%) 3. 60- 80 años (%)
- <b>Género</b>	Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre y a la mujer (36).		Cualitativo	Nominal	Registro de Historia clínica	1. Masculino (%) 2. Femenino (%)

#### 4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### **Técnica**

**Observacional no experimental, análisis documental:** con el propósito de determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes que fueron examinados en Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, la revisión obtuvo criterios de inclusión de los pacientes que detallare a continuación; los pacientes que fueron incluidos en la revisión son aquellos que van de 20 a 80 años de edad, pacientes con información completa en la historia clínica la recolección de otros datos fue colocado en la ficha respectiva.

##### **Instrumento:**

Se extrajo una ficha de recolección de datos basado en un oclusograma que fue validado por Judith Verónica López Olivera, la tesis tuvo como título la Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara en el año 2009 (37), donde se recolectó datos que ayudaron a reunir la información sobre la Clasificación de Kennedy. (Anexo 2).

##### **Procedimiento**

- ❖ En primer lugar, se realizó la elaboración de carta para la ejecución del presente estudio, dirigido al Docente tutor investigador (DTI), él mismo realizó la derivación de la solicitud a dirección de la Escuela Profesional de Odontología.

- ❖ Después de una semana se recibió la carta autorizada para la derivación a la coordinación de la clínica odontológica Uladech Católica.
- ❖ El cargo fue dirigido a la Coordinadora de la Clínica Odontológica Uladech Católica, para la coordinación de la ejecución del estudio.
- ❖ La autorización aceptada fue derivado al área de Admisión para la coordinación de horario y la ejecución de la recolección de datos para la investigación.
- ❖ Se utilizó elementos de bioseguridad (mascarilla, gorro, guantes y guardapolvo blanco), materiales para la recolección de datos (lapiceros, ficha de recolección, cámara de celular (para la evidencia), folder A4).
- ❖ Se inició con la recolección de datos de las historias clínicas, verificando que cumplieran el criterio de inclusión.
- ❖ Se observó los datos de afiliación, donde se extrajeron la información de edad y género, se prosiguió verificando anexo de prótesis parcial removible, seguido del odontograma, de igual manera se complementó la información con radiografías y fotos intraorales del paciente. Posteriormente se determinó las clasificaciones y sus modificaciones verificando los espacios edéntulos o brechas edéntulas de la clasificación de Kennedy encontrados en la historia clínica.
- ❖ Durante la recolección de datos, se encontró que 6 historias clínicas no cumplieron con los criterios de inclusión por lo que fueron excluidas del estudio.
- ❖ Se tabularon y graficaron toda la información según los datos obtenidos en la ficha de recolección.

#### **4.5. PLAN DE ANÁLISIS**

Una vez obtenido los datos en la ficha de recolección que se empleó en este informe, se utilizó Microsoft Excel, un programa, donde se tabuló y ordenó estos datos. A su vez se utilizó la estadística descriptiva para este análisis, por lo que se empleó indicadores descriptivos (media, moda, mediana, desviación estándar).

Por medio de las variables, y así también de las covariables se construyó la base de datos, que fueron presentados por medio de cuadros, gráficos tablas estadísticas, y finalmente se utilizó el software estadístico SPSS V 25.0 para el análisis de datos.

#### 4.6. MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN KENNEDY EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL I Y II DEL ADULTO DE LA ULADECH CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018</b>				
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>POBLACIÓN</b>
¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.</p> <p><b>- Objetivos específicos</b></p> <p><b>1.</b> Establecer la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica</p>	<p><b>Edentulismo parcial</b></p> <p><b>CO-VARIABLES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Edad</b></li> <li>- <b>Género</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Según enfoque de investigación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantitativa</li> </ul> </li> <li>- <b>Según la intervención del investigador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observacional</li> </ul> </li> <li>- <b>Según la planificación de la investigación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrospectiva</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Población</b></p> <p>Estuvo conformada por todas las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, Año 2018, que cumplieron con los</p>

<p>del departamento de Santa, de Áncash, año 2018?</p>	<p>Integral I y II del adulto de la Uladech Católica.</p> <p><b>2.</b> Identificar la prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según género en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica.</p> <p><b>3.</b> Identificar la prevalencia de edentulismo acorde a la clasificación de Kennedy, según edad en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica .</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Según el número de ocasiones en que se mide la variable:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transversal</li> </ul> </li> <li>- <b>Según el número de variables de estudio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo</li> </ul> </li> <li>- <b>Nivel de Investigación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo</li> </ul> </li> <li>- <b>Diseño de la investigación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No experimental</li> </ul> </li> </ul>	<p>criterios de selección. Siendo un total de 1305 historias clínicas.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>Para determinar la muestra se utilizó la fórmula de población finita.</p> <p>La técnica de muestreo utilizada fue probabilística, aleatorio simple, estuvo comprendida por 236 historias clínicas las cuales cumplieron con los criterios de inclusión.</p>
--	--	--	--	---

#### 4.7. PRINCIPIOS ÉTICOS

El desarrollo de este informe se basó en la Declaración de Helsinki del año 2013, que vela en las investigaciones relacionadas a la salud, además de proteger la información confidencial de los pacientes (38).

Así mismo, el Comité Institucional de Ética en la Investigación se encarga de proteger al ser humano con temas concernientes a la vida, la intimidad, dignidad, sus derechos, seguridad, entre otros (38).

- ❖ **Protección a las personas:** Los investigadores deben asegurarse de que aquellos que participan en la investigación estén protegidos porque se les debe respetar sus derechos, deben estar protegidos del daño físico y mental. Para ello deben participar voluntariamente sin ser obligados (39).
- ❖ **Libre participación y derecho a estar informado:** Toda persona que participe de un proyecto de investigación debe estar totalmente informado con respecto a los procedimientos del proyecto de investigación, además se debe de proteger la información ya que es de carácter confidencial, por lo que respectivamente se aplica el consentimiento informado. Por ello, los participantes deben elegir participar por su propia voluntad (39).
- ❖ **Beneficencia no maleficencia:** Todo investigador debe garantizar el cuidado y protección de los participantes en un proyecto de investigación, para ello debe evitar daños, y sus efectos adversos (39).

- ❖ **Justicia:** Todo investigador debe tratar a todos sus participantes por igual, y tienen el derecho de acceder a sus resultados, así mismo, debe tener un juicio razonable para no tolerar prácticas injustas (39).
- ❖ **Integridad científica:** El investigador debe portar una integridad que debe extenderse a sus actividades y a su ejercicio profesional, por ello se evalúan los daños y también los beneficios que puedan afectar a los participantes de la investigación (39).

Por lo que no se transgredió las normas de ética en la manipulación de las unidades de análisis.



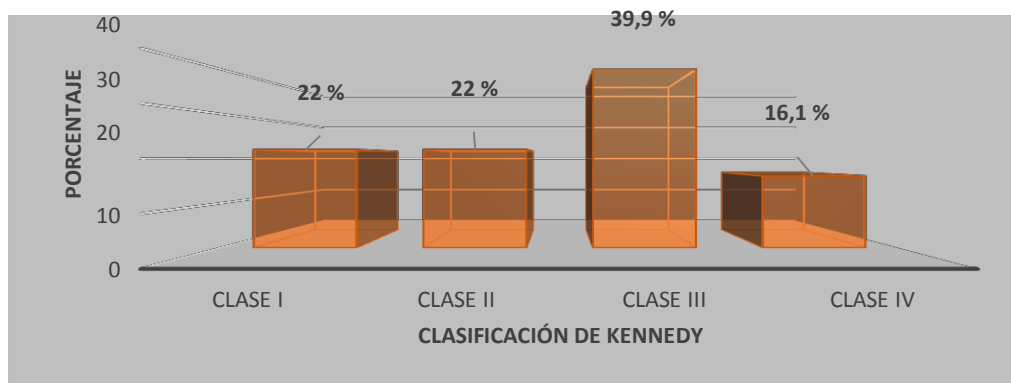
## V. RESULTADOS

### 5.1.RESULTADOS

**Tabla 1:** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	Nº	%
I	52	22,0
II	52	22,0
III	94	39,9
IV	38	16,1
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha recolección de datos.



Fuente: Datos de la Tabla 1

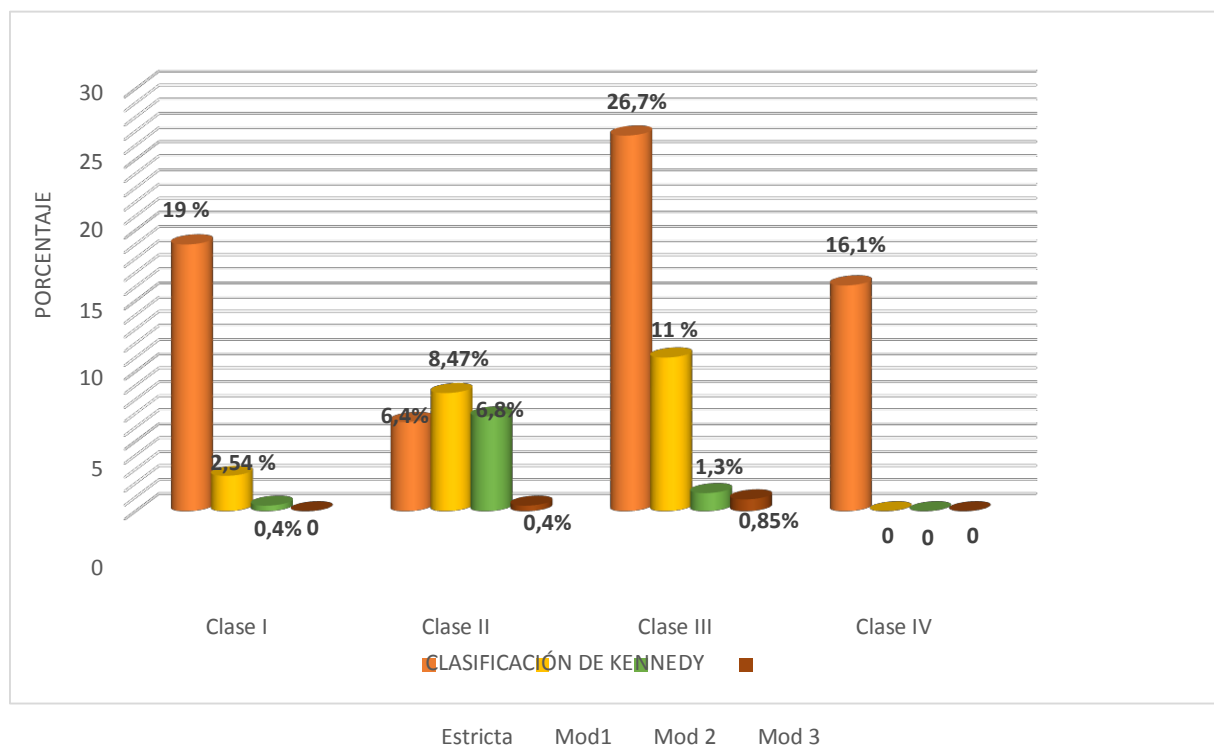
**Gráfico 1:** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

**Interpretación:** Del total de pacientes estudiados el mayor porcentaje de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue la clase III, representado por el 39,9 % (94), seguido a ello, se encuentran las clases I y II, con el 22 % (52) y en un porcentaje menor, se encuentra la clase IV con el 16,1 % (38).

**Tabla 2:** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

CLASIFICACIÓN	ESTRICTA (Sin modificaciones)		MODIFICACIÓN						TOTAL	
			1		2		3			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>I</b>	45	19,0	6	2,54	1	0,4	0	0,00	52	22,0
<b>II</b>	15	6,4	20	8,47	16	6,8	1	0,40	52	22,0
<b>III</b>	63	26,7	26	11,0	3	1,3	2	0,85	94	39,9
<b>IV</b>	38	16,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	38	16,1
<b>TOTAL</b>	161	68,2	52	22,0	20	8,5	3	1,3	236	100,0

Fuente: Ficha recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 2

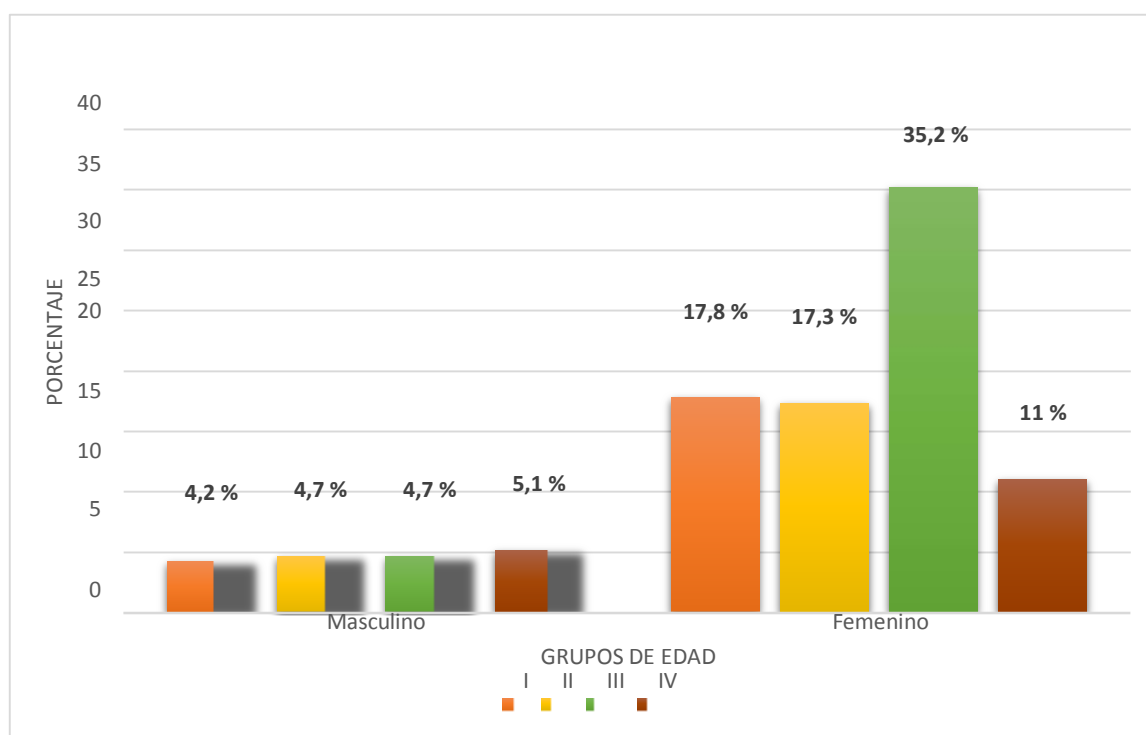
**Gráfico N° 2:** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

**Interpretación:** Del total de pacientes que presentaron edentulismo parcial, el 68,2 % (161), no presentó modificación, la clase I con modificación 1, obtuvo el mayor porcentaje con un 2,54 % (6), de igual manera se encontró que la clase I modificación 2, presentó el 0,4 % (1), no se presentó modificación 3 en la clase I. En la clase II modificación 1, obtuvo el mayor porcentaje de esta clase, representado por el 8,47 % (20), seguido de la modificación 2 representado por el 6,8 % (16), así mismo la modificación 3, representado por el 0,40 % (1). La clase III modificación 1, fue la de mayor porcentaje en esta clase con un 11 % (26), seguido de la modificación 2, representado por el 1,3 % (3), la modificación 3 fue representado por el 0,85 % (2).

**Tabla 3:** Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según género en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

EDAD	CLASIFICACIÓN DE KENENEDY									
	I		II		III		IV		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Masculino</b>	10	4,2	11	4,7	11	4,7	12	5,1	44	18,7
<b>Femenino</b>	42	17,8	41	17,3	83	35,2	26	11,0	192	81,3
<b>TOTAL</b>	52	22,0	52	22,0	94	39,9	38	16,1	236	100,0

Fuente: Ficha recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 3

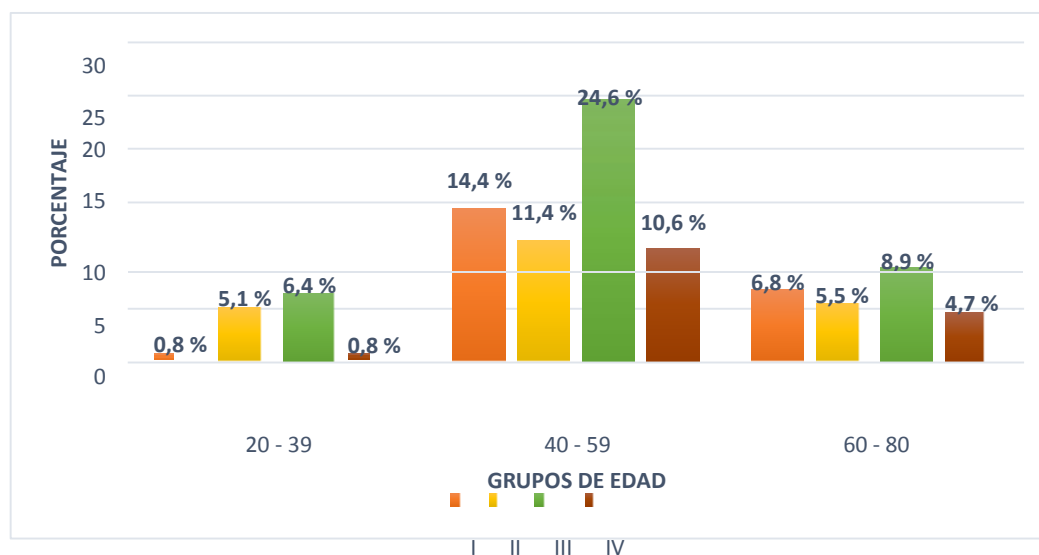
**Gráfico 3:** Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según género la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

El 4,2 % (10), de los pacientes del género masculino tuvieron edentulismo parcial clase I, en la clase II y III se encontró el 4,7 % (11) para ambos, el mayor porcentaje lo presentó la clase IV con el 5,1 % (12). En el género femenino, el 17,8 % (42), de las pacientes presentó edentulismo parcial de clase I, seguida de la clase II con un 17,3 % (41), la clase III fue la de mayor porcentaje, presentando un 35,2 % (83), la clase IV presentó, el 11% (26).

**Tabla 4:** Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según edad en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

GRUPOS DE EDAD	CLASIFICACIÓN DE KENENEDY								TOTAL	
	I		II		III		IV		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>20 -39</b>	2	0,80	12	5,1	15	6,4	2	0,80	31	13,1
<b>40 – 59</b>	34	14,4	27	11,4	58	24,6	25	10,6	144	61,0
<b>60 - 80</b>	16	6,8	13	5,5	21	8,9	11	4,7	61	25,9
<b>TOTAL</b>	52	22,0	52	22,0	94	39,9	38	16,1	236	100,0

Fuente: Ficha recolección de datos.



Fuente: Datos de la tabla 4

**Gráfico 4:** Prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según edad la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018.

Dentro del grupo de 20 a 39 años, el 0,8 % presentó edentulismo clase I, el 5,1% tuvo Clasificación II según Kennedy, el 6,4 % presentó clase III, y el 0,8 % tuvo clase IV. Dentro del grupo de 40 a 59 años, el 14,4 % presentó edentulismo clase I, el 11,4 % tuvo clase II, el 24,6 % presentó clase III, y el 10,6 % tuvo clase IV. Dentro del grupo de 60 a 80 años, el 6,8 % presentó edentulismo clase I, el 5,5 % tuvo clase II, el 8,9 % presentó clase III, y el 4,7 % tuvo clase IV.

## 5.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó la recolección de datos de las historias clínicas de los 236 pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, del distrito de Chimbote, para determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. De esta cantidad, se obtuvo que la clase III de Kennedy se presentó con una mayor prevalencia en el 39,9 % (94) de personas, seguida de la clase I y II de Kennedy con el 22,0 % (52) cada una. En la clase IV se presentó la menor prevalencia 16,1 % (38). Estos datos son similares al estudio de **Cargua J. (Ecuador, 2016)**<sup>4</sup> en Quito, este autor encontró que la clase III es la más prevalente, con un 53,27 %, seguido por la clase II con un 19,93%; la clase IV tuvo menor porcentaje (11,39 %). También **Barba Y. (Ecuador, 2014)**<sup>9</sup> en su investigación que realizó en Loja, encontró que la clase III de Kennedy fue la más prevalente, con un 86,2 %, al igual que los autores anteriores le siguen la clase II con 6,9 %, las otras clases tienen porcentajes menores. Por su parte **Fabián S. (Perú, 2017)**<sup>12</sup> en nuestro país encontró que la clase más prevalente fue la II con un 36,6 %, y es la clase III la que la sigue con un 34,8 %, también coincidió que la clase IV es la menos prevalente (1,8 %). Además, **Avendaño E. (Perú, 2016)**<sup>13</sup> encontró que la prevalencia de la clasificación de Kennedy es por orden decreciente empezando por la I (41,3 %) y culminando con la IV con 1,7 %; de igual forma, **López J. (Perú, 2009)**<sup>37</sup> encontró que la clase I presentó 38,9 %, y la menos prevalente fue la clase IV con 1,1 %. Todos los estudios evidencian que la clase IV de Kennedy es la que presenta menor porcentaje.

En la tabla y gráfico 2, se encontró que los pacientes con edentulismo clase I sin modificaciones presentaron una prevalencia del 19 % (45), a este dato le sigue la clase



I, modificación 1, con el 2,4 % (6); y por último la clase I, modificación 2, con el 0,4% (1). La Clase II sin modificación presentó 6,4 % (15). Las personas con edentulismo parcial de clase II, modificación 1, fueron el 8,47 % (20); a este dato le sigue los pacientes con clase II, modificación 2 con un 6,8% (16), por último, la clase II, modificación 3, con el 0,4% (1). Los pacientes con edentulismo clase III de Kennedy tuvieron mayor prevalencia que las demás clasificaciones, ya que se presentó en un 26,7 % (63), seguido de la clase III, modificación 1, con el 11 % (26); en tercer lugar, se tuvo a la clase III, modificación 2, con el 1,3 % (3); y por último la clase III, modificación 3, con el 0,85 % (2). Además, solo el 16,1 % (38) presentó edentulismo clase IV de Kennedy, sin modificación. Así como la clase II modificación 1 tuvo un mayor porcentaje, de la misma forma **Reyes S. (Perú, 2019)**<sup>15</sup> en su estudio hecho en la Chimbote, encontró que la clase II, modificación 1 tuvo mayor porcentaje con el 12,90 %. Por su parte **Avendaño E. (Perú, 2016)**<sup>13</sup> encontró en su estudio hecho en la UNMSM, que la clase III modificación 1 tiene mayor prevalencia con el 19 %. En esta parte los autores no coinciden con la similitud de los porcentajes, ya que los mismos son muy variados.

En la tabla y gráfico 3, se encontró que el género masculino tuvo mayor porcentaje de edentulismo clase IV, con el 5,1 % (12); seguido de la clase II y III, con el 4,7 % (11); y en la clase I con el 4,2 % (10). En cambio, en el género femenino se encontró que el edentulismo clase III fue más prevalente con el 35,2% (83), a este dato le sigue las pacientes con edentulismo parcial clase I con un 17,8 % (42), el 17,3 % (41) tuvo clase II; y finalmente el 11 % (23) presentó edentulismo clase IV. Estos hallazgos nos indican que la prevalencia de edentulismo fue mayor en las mujeres, que en los

varones. Así mismo, **Cargua J. (Ecuador, 2016)**<sup>4</sup> encontró en su investigación hecha en Quito, que el género femenino tiene mayor prevalencia de edentulismo en la clase III, con un 31,83 %, y en el género masculino con edentulismo clase III, tuvo similar porcentaje al presente estudio, con el 21,44 %. En la investigación de **Reyes S. (Perú, 2019)**<sup>16</sup> también se encontró que la prevalencia de edentulismo, según la clasificación de Kennedy, se da más en el género femenino que en el masculino, con el 76,4 %.

En la tabla y gráfico 4, se encontró que dentro del grupo de edad de 20 a 39 años la prevalencia de edentulismo es mayor en la clase III, con el 6,4 % (15); a este le sigue la clase II, con el 5,1 % (12), por último, la clase I con un 0,80 % (2). En el grupo de edad de 40 a 59 años y de 60 a 80 años, se halló en mayor número a los pacientes con clasificación II de Kennedy, siendo el 11,4 % (27) y 5,5 % (13), respectivamente. También dentro del grupo de 40 a 59 años se encontró más casos (144) comparado a los otros grupos etarios. Así mismo, **Cargua J. (Ecuador, 2016)**<sup>4</sup> en su estudio de Quito, descubrió que, dentro del grupo de 30 a 39 años, la clase III fue la más prevalente con el 13,40 %. Por otro lado, **Avendaño E. (Perú, 2016)**<sup>14</sup> en su estudio hecho en Lima (Perú), encontró que en el grupo de 60-79 años fue más prevalente la clase I, con un 24.5 %. Por su parte **Reyes S. (Perú, 2019)**<sup>15</sup> en su investigación hecha en Chimbote, encontró que dentro de 40 a 49 años la prevalencia de edentulismo fue más alta, con un 35,42 %, sin embargo, **Asqui J. (Perú, 2018)**<sup>12</sup> halló que el grupo de 41 a 60 años fue más prevalente con el 51,3 %.

Por lo que se puede afirmar que no por tener mayor edad el edentulismo parcial será más prevalente.

## VI. CONCLUSIONES

1. En presente informe se determinó la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Integral I y II del adulto de la Uladech Católica, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2018, fue la clase III representado por el 39,9% (94) de la población estudiada. (Ver tabla 1).
2. Se estableció que la mayor prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones, fue la clase III con modificación 1, representando el 11 % (26). (Ver tabla 2).
3. Se identificó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según género, fue mayor el femenino presentándose en la clase III con un 35,2 % (83) de la población estudiada. (Ver tabla 3).
4. Se identificó que la mayor prevalencia de edentulismo parcial acorde a la clasificación de Kennedy, según edad, fue de los grupos etarios de 40 a 59 años que presentó, clase III representado con el 24.6 % (58) de la población estudiada. (Ver tabla 4).

## **ASPECTOS COMPLEMENTARIOS**

### **RECOMENDACIONES**

- **A la comunidad**, concientizarles de manera general sobre los cuidados de la salud oral para prevenir enfermedades bucales y la futura pérdida dental.
- **A la Escuela Profesional de Odontología Uladech Católica**, se recomienda instaurar programas de prevención bucal en los cursos de Responsabilidad Social Universitaria y de esta forma contribuir a la disminución de enfermedades bucales.
- **A los investigadores**, mejorar los futuros estudios de edentulismo parcial relacionándolos con patologías que enriquezcan la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gutiérrez V., León R., Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 [citado el 21 de noviembre del 2019]; 25 (3): 179-186. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es)
2. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Ginebra: OMS. 2012.
3. Azañedo D. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Brasil. In crescendo institucional. 2016 Río de Janeiro; 7(1): p. 1-4.
4. Cargua J. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación Kennedy en la ciudad de Quito [Internet] [Tesis para optar el Bachiller en Odontología]. Quito: Universidad de las Américas; 2016.
5. Cortés V., Carrasco F. y Vergara C. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013. 2014 [citado el 10 de octubre del 2018]; 18 (3): [pp. 257 – 262].
6. Sparro R. Estado de salud bucal en la población de Lima asociado al edentulismo. [Tesis para optar el Bachiller en Odontología]. Lima: UPCH. Facultad de Estomatología; 2011.
7. Fayad I., Mohamed B., Abdulrazaq A. Prevalence and patter of partial edentulism among dental patients attending collage of dentistry, Aljouf University Saudi Arabia. 2016; 3(1): p. 187 - 191.
8. Vanegas E., Villavicencio E., Alvarado O., Ordóñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en

la clínica universitaria Cuenca Ecuador [Tesis para optar el Bachiller en Odontología]. Rev. Estomatol Herediana. 2016; 26(4): p. 215 - 221.

9. Soza R. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el asilo San Ramón, Gestión 2014. [Tesis para optar al título de Especialista en Rehabilitación Oral y Estética]. Bolivia: Universidad Nacional Mayor de San Andrés; 2015.
10. Barba S. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy de los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, en la modalidad presencial, en el periodo comprendido mayo-julio 2014. [Tesis para optar el título de odontólogo]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2014.
11. Asqui J. Factores asociados al edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2017. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
12. Fabián S. Relación entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes [Tesis para optar el título de odontólogo]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
13. 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 de cirujano dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
14. Rodríguez L. 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]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.

15. Reyes S. Frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes atendidos en la clínica odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, distrito del Santa, provincia de Áncash, en el año 2017 [Tesis para optar el grado de Bachiller en Estomatología]. Chimbote: ULADECH Católica; 2017.
16. Caldas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
17. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y sistemas del servicio de salud de la población brasileña. Brasil: OPS/OMS; 2009 [Internet] [citado el 21 de noviembre del 2019]. Disponible en:  
[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH\\_BRA\\_DesarrolSistServSalud.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_BRA_DesarrolSistServSalud.pdf)
18. Organización Mundial de la Salud [Internet]. México: Organización Mundial de la Salud; c2019 [citado el 15 octubre 2018]. Pérdida dental; Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
19. Rojas P., Mazzini M., Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psicosocioeconómicos [Internet] 2014. Octubre [citado el 8 de octubre del 2018]; 3(2): [pp. 702 – 718]. Disponible en:  
<file:///C:/Users/user/Downloads/DialnetperdidaDentariaYRelacionConLosFactoresFisiologicos-6325884.pdf>
20. Asencio P. Necesidades de Rehabilitación Oral en el Hogar de Ancianos "Santa Catalina Labouré" distrito Metropolitano. Periodo. Noviembre 2015-enero 2016 [Tesis para optar al grado de bachiller]: Universidad Central del Ecuador; 2016 [citado 05 de julio de 2018]. Disponible desde:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5913/1/T-UCE-0015-303.pdf>
21. Carranza F. Periodoncia clínica McGraw Hill, editor.: Glickman Interoamericana; 2000.

22. Henriques J., Soares G., Hordonho P., Santos E., De Souza R. Impacto del edentulismo asociado a la enfermedad periodontal en la ciudad de Caracas, año 2012. Venezuela: 2013. Report N° 3.
23. Calsina G. y Vichino E. Enfermedad periodontal asociada a la pérdida dentaria [Internet] 2001. Julio [citado el 8 de octubre del 2018]; 8 (2): [pp. 68 – 76]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6574910>
24. Núñez D., García L. Bioquímica de la caries dental. Rev. Haban Cienc Med. 2010. Junio; 9(2): p. 156 - 166.
25. Cumbredental.cl. Traumatismo dental [Internet] 2017 [citada el 8 de octubre del 2018]. Disponible en: <http://www.cumbredental.cl/traumatismo-dental/>
26. Espinosa J. Rehabilitación oral con prótesis total y prótesis parcial removible en un paciente con síndrome combinado de Kelly [Tesis para obtención de grado a Cirujano Dentista]. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2013.
27. Bocage M. Asistencia del parcialmente desdentado. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Universidad de la República; 2010 Jul-Sep; 78(3):152-7.
28. Loza D., Valverde H. Diseño de prótesis parcial removible Madrid: Ripano S.A.; 2006. p 101.
29. Galán Amador M. Metodología de la investigación [Internet]. 2009 [citado el 21 de octubre del 2018]. Disponible en: <http://manuelgalan.blogspot.com/2009/08/las-hipotesis-en-la-investigacion.html>
30. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la Investigación. 4th ed. McGraw-Hill. México: Internamericana editores S.A. de C.V.; 2010.



31. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Cuarta edición ed. editores GNY, México: Editorial Limusa S.A; 2003.
32. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la investigación para las ciencias de la salud bioestadístico. Vol 2, 2da Ed. Perú: Bioestadístico; 2015. p. 19-20
33. Ureña García E. Protocolo de investigación [Internet]. 2015 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://elementosdelprotocolo.blogspot.com/>
34. Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa (Guía didáctica). Neiva: Universidad Surcolombiana Facultad de ciencias sociales humanas, Programa de educación social y periodismo; 2011.
35. Chaguara R. Prevalencia de caries y necesidades de tratamiento en adultos mayores [Tesis para optar el grado de título profesional de Cirujano Dentista]. Puno: Universidad Nacional de Puno; 2013.
36. Diccionario de la Real Academia Española, 21ª Edición, Madrid: Espasa Calpe; 2011.
37. 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 grado de título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
38. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil. Octubre 2013.

39. ULADECH. Código de ética de la investigación. Versión 013. Perú, 2019.  
Disponible en:  
[file:///C:/Users/BIENVENIDO/Downloads/Reglamento%20de%20Investigación%20V.013%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/BIENVENIDO/Downloads/Reglamento%20de%20Investigación%20V.013%20(2).pdf)

# ANEXOS

## ANEXO N° 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DIRIGIDA A LA COORDINADORA DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA ULADECH CATÓLICA

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"

Chimbote, 10 de Mayo del 2019

**CARTA N° 057-2019- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica**

Sra.:  
CD. Liliana Temoche Palacios  
Coordinadora de la clínica de Odontología 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 QUE ACUDEN A CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO ULADECH CATÓLICA EN EL PERÍODO DE ABRIL A JULIO, 2019"

Para ejecutar su investigación, al alumno ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al estudiante **Villarreal Mejía María Rosario**; a fin de realizar el presente trabajo.

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

Atentamente;

  
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres  
DIRECTOR

  
Mg. C.D. Liliana Temoche Palacios  
COORDINADORA

2018 - I y II.

Av. Pardo Nro. 4199 - A.H. San Juan  
Chimbote, Perú  
Telf: (043) 350411  
www.uladech.edu.pe

**ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
 CHIMBOTE

**PREVALENCIA DE LA EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA  
 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES QUE ACUDIERON A  
 LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL I Y II DEL ADULTO DE LA  
 ULADECH CATÓLICA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL  
 SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2018**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

CLASIFICACION DE KENNEDY	Modelo Superior	I	
		II	
		III	
		IV	
		Modificación	
	Modelo Inferior	I	
		II	
		III	
		IV	
		Modificación	

**Oclusograma**

Superior

Inferior

Piezas Ausentes	Maxilar Superior	
	Maxilar Inferior	

**Fuente:** 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; 2009. (37)

### ANEXO N° 3: FOTOGRAFÍAS





