



UNIVERSIDAD
SEÑOR DE SIPÁN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN DURANTE MARZO 2015 –
MARZO 2016**

Para obtener el título profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

Maxe Milian Anderson Iván

ASESOR METODOLÓGICO:

Mg. C.D. Córdova Salinas Imer Duverli

ASESOR ESPECIALISTA

C.D. Eduard Infante Ruiz

Pimentel – Perú

2016

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN DURANTE MARZO 2015 – MARZO
2016**

Aprobación de la tesis

Mg. CD. Imer Duverli Córdoba Salinas
Asesor Metodólogo

Mg. CD. Eduard Infante Ruiz
Asesor Especialista

Mg. C.D. Wilfredo Terrones
Presidente del Jurado de Tesis

CD. Oscar Loayza Albuhaiba
Secretario del Jurado de Tesis

Mg. CD. Eduard Infante Ruiz
Vocal del Jurado de Tesis

DEDICATORIA

El presente informe de investigación va dedicado a Dios todo poderoso quien nos ilumina y guía día a día en el camino de preparación profesional.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por su amor, su apoyo incondicional y ánimo constante, que siempre me ofrecen con lo cual he podido lograr uno de mis objetivos que es ser profesional.

A MIS ASESORES Y JURADOS

Por su apoyo incondicional y motivación que permitieron la culminación con éxito de la presente tesis.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	8
1.1 Situación Problemática	8
1.2 Formulación Del problema	11
1.3 Justificación e Importancia.....	11
1.4 Objetivos de la Investigación	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes.....	14
2.2. Marco Conceptual	21
2.2.1. Definición de Términos Básicos	35
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	36
3.1. Tipo y Diseño de la investigación.....	36
3.1.1. Tipo de investigación:	36
3.1.2. Diseño de investigación:	36
3.2. Población y muestra	36
3.3. Criterios de Inclusión	36
3.4. Criterios de exclusión	36
3.5. Variables	37
3.6. Operacionalización de Variables	37
3.7. Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.7.1. Procedimientos para la recolección de datos	38
3.7.2. Plan de Análisis Estadístico datos	40
3.7.3. Principios éticos	40
3.7.4. Criterios de rigor científico	41
CAPÍTULO IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	42
4.1. Resultados en tablas y gráficos.....	42
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS.....	56

RESUMEN

Se determinó la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en La Clínica Estomatológica de La Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo 2016. La investigación fue de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal, para lo cual se evaluaron un total de 2052 historias clínicas de pacientes adultos de ambos sexos de los cuales 106 historias clínicas cumplieron los criterios de inclusión encontrándose así una prevalencia absoluta del 5% del total de historias revisadas. Así mismo se determinó que existe mayor prevalencia de la clase III de Kennedy en ambos maxilares y géneros. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables con un nivel de confianza del 95%.

PALABRAS CLAVES: Clasificación de Kennedy, Prótesis parcial.

ABSTRACT

The prevalence of partially edentulous are determined according to the classification of Kennedy in patients treated at the Stomatology Clinic of the University Lord of Sipán during March 2015 to March 2016. The research was retrospective, descriptive transversal, evaluated a total medical records of 2052 adult patients of both sexes. As a result, 106 medical records accomplish inclusion criteria. It was found that the absolute prevalence was 5%. Also It was determined that there is a higher prevalence of Class III Kennedy in both jaws and genders. There were no statistically significant between variables with a confidence level of 95% difference.

KEYWORDS: Classification Kennedy, partial denture.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. Las causas son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal. El edéntulo parcial logra restablecer la función masticatoria, de fonación y deglución a través de la confección de la prótesis parcial removible por parte del profesional odontólogo.

Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo parcial, se vio la necesidad de establecer un sistema de clasificación, elaborado por Edward Kennedy en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias en boca.

El sistema de Clasificación de Edward Kennedy hace el registro periódico del estado de edentulismo parcial de la población y permite realizar comparaciones para saber si ha habido mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca; estudios que son frecuentemente realizados por varios países tanto en Latinoamérica como en Europa, Asia y el Medio Oriente.

El Perú sin embargo, no cuenta con un registro de información suficiente para conocer si existe o no mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca y saber si son efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población.

Debido a la poca investigación referente al tema en nuestro medio, es que la presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad señor de Sipán durante marzo 2015 hasta marzo 2016.

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1 Situación Problemática

El envejecimiento es un proceso normal, complejo, dinámico, progresivo e irreversible en la vida del ser humano, que a su vez implica cambios biológicos, psicológicos y sociales inseparables e íntimamente relacionados, y que se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida implicando un crecimiento, desarrollo y adaptación continua hasta la muerte del individuo^{1,2}.

Una parte importante en este proceso es el desarrollo de la dentición humana que es un proceso biológico continuo y extraordinariamente complejo; con el tiempo se producen muchos cambios fisiológicos en la topogénesis y estructura de los dientes y maxilares; pero los cambios drásticos por causa de las patologías producen desbalances en el sistema estomatognático que afectan la salud oral y la salud general de las personas^{3,4}.

Desde mediados del siglo XX se ha avanzado sustancialmente en el conocimiento de la salud oral y su promoción. La boca se considera un espejo de la salud o enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos, y una fuente potencial de padecimientos que afectan a otros órganos y sistemas. Las enfermedades orales son progresivas y acumulativas, y se hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, nuestro aspecto y la forma que nos comunicamos, la boca no escapa a los efectos del envejecimiento, y se ha tratado de establecer un vínculo con otros padecimientos⁵. En los adultos – estudios a nivel mundial – han encontrado que existe una deficiente higiene oral lo que en consecuencia se evidencia también en un alto nivel de pérdida de piezas dentarias, caries dental, alta prevalencia de enfermedad periodontal, xerostomía y lesiones pre malignas o cáncer oral⁶.

El edentulismo parcial es un estado de salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias⁷, es el resultado terminal de un proceso multifactorial que implica procesos biológicos como; caries dental, enfermedad periodontal, patología pulpar, traumatismos dentales, cáncer oral, así como los factores no biológicos relacionados con los procedimientos dentales; acceso a la atención dental, las preferencias del paciente, el costo y las opciones de tratamiento⁸.

Se ha establecido que el edentulismo afecta la salud oral, la salud en general y la calidad de vida de las personas que lo presentan. La pérdida de dientes ocasiona la disminución de la capacidad masticatoria, alterando la selección de alimentos, la calidad de dieta y el estado nutricional en presente y futuro del paciente⁹. Se determinó también que aún las personas que usan prótesis ya sean parciales o totales no tienen la misma efectividad masticatoria. Ahora se sabe que los principales factores contribuyentes al edentulismo son la enfermedad periodontal y la caries dental⁹.

Algunos estudios indican que la caries dental es la razón más importante para realizar una extracción dental en comparación con la enfermedad periodontal¹⁰. Estudios epidemiológicos en diferentes países, indican que la falta de piezas dentarias se observa en 80% de la población sin considerar a los edéntulos totales, y esto es independientemente de la situación económica, política y cultural del país¹¹.

La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades crónicas más prevalentes en el Perú; de cada 100 personas 95 las padecen¹², las diversas causas y patrones de pérdida de dientes en la población son de gran ayuda para indicar los niveles de higiene oral, conocimiento de la salud dentaria y la gestión de exodoncias¹³. Diversas investigaciones demuestran que la prevalencia de la pérdida de piezas dentarias está estrechamente asociada al incremento de la edad de la persona. Según la literatura el edentulismo parcial es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y que la prevalencia de edentulismo es mayor en hombres que en mujeres¹⁴.

Se ha observado que la primera molar mandibular es la pieza ausente más frecuente¹⁵.

En Perú, según el Ministerio de Salud, las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy corta edad, debido a diversos factores. La caries dental y la enfermedad periodontal son predominantes en la mayoría de peruanos, ya que al menos 90 de cada 100 personas las padecen¹². A pesar de los esfuerzos que el Ministerio de Salud ha realizado por revertir la dramática situación dentaria de los peruanos, aún hay mucho por hacer. El 84% de los niños peruanos presentan caries dental a los 12 años de edad, con un promedio de 3,1 en dientes permanentes. Estas cifras colocan al Perú entre los países latinoamericanos con mayores niveles de caries dental¹⁶.

Estas enfermedades dan como resultado final la pérdida de los dientes afectados⁸. El nivel socioeconómico bajo que experimentan las familias donde las prioridades son netamente primarias las personas suelen solucionar sus necesidades básicas antes de poder realizarse cualquier tratamiento odontológico o tratamiento protésico adecuado, optando por la solución más simple y económica como es la extracción dentaria, este podría ser uno de los motivos de los porcentajes tan altos de edentulismo parcial en nuestra población¹².

La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores, como un estigma social. El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia función, con la pérdida de dientes y la disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales ya que queda alterado el soporte labial y se ve reducida la altura facial como resultado de la disminución vertical oclusal¹⁷.

Además de la disminución en la eficacia en la masticación, inclinación y migración de los dientes adyacentes, extrusión de dientes antagonistas, pérdida de apoyo para los dientes, desviación mandibular disfunción de la articulación temporomandibular¹⁷, la alteración del habla, y la insatisfacción psicológica. La falta de confianza, pérdida de peso, la dieta y las actividades sociales restringidas son algunas de los principales impactos que afectan negativamente la calidad de vida^{18, 19}.

Por la gran variedad de casos encontrados de edentulismo se generó un sistema de clasificación, el cual fue elaborado por Edward Kennedy en 1925, el cual permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias⁶.

1.2 Formulación Del problema

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 ?

1.3 Justificación e Importancia

En nuestro medio las personas comienzan a perder las piezas dentarias desde muy temprana edad, los factores asociados a esta condición son problemas socioeconómicos, edad, sexo, nivel cultural, ocupación, costumbres, hábitos, localización geográfica, entre otros^{4, 20, 21, 22, 23}.

Estos factores muchas veces determinan la elección de un determinado tratamiento o la ausencia de este, todo de acuerdo a las posibilidades económicas del paciente. La acción a tomar es considerada como un fenómeno complejo donde el resultado final es el producto de la decisión del paciente y del odontólogo. Generalmente el paciente no puede acceder a tratamientos conservadores que son costosos, en presencia de dolor elige la exodoncia sin tener en cuenta en ese momento que esta pérdida terminará

alterando diferentes funciones como la masticación, fonética, deglución, generando hábitos atípicos que propician efectos adversos en otras estructuras y por supuesto afectando la estética lo que conllevará a problemas de autoestima.

Actualmente el edentulismo es un problema de índole mundial, a pesar de los esfuerzos comunitarios de mejorar la salud oral de la población, el estado de salud bucal de los peruanos se considera insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación e injusticia social debido a las diferentes situaciones sociales, culturales y económicas, así como por la escasa y pobre información brindada a la población sobre medidas preventivas de promoción, rehabilitación adecuada de la salud oral y la inaccesibilidad a los servicios de salud.

El propósito de la presente investigación será establecer cuál es la prevalencia de las clases de edentulismo parcial según la clasificación de *Kennedy* en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, principalmente porque no se dispone de una base de datos al respecto. Los resultados de esta investigación nos permitirán tener datos confiables de la situación actual con respecto a la salud bucal de los adultos jóvenes y mayores que se atienden en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán.

La presente investigación tiene como finalidad determinar la prevalencia de las clases de edentulismo parcial según la clasificación de *Kennedy* en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán, dicha información nos permitirá elaborar estrategias que permitan ayudar los adultos jóvenes y mayores a satisfacer su demanda de reemplazar los dientes perdidos; y con esos resultados proponer políticas de salud adecuadas para lograr disminuir el problema del edentulismo y por ende sus consecuencias especialmente en la población que habita en zonas de bajos niveles socio-económicos.

Teniendo en cuenta que en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán llegan pacientes provenientes de diversos distritos de

Lambayeque y de diversos estatus socio-económicos, nos permitirá tener una idea cercana del estado de edentulismo parcial de la población en la ciudad de Chiclayo, cabe recalcar que al no existir investigaciones al respecto la presente investigación proporcionará información relevante que servirán como base para otras investigaciones.

1.4 Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016

Objetivos Específico

1. Determinar la prevalencia de Edentulismo parcial según la modificaciones de la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 .
2. Determinar prevalencia de Edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica estomatológica de la universidad señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 en relación al Genero
3. Determinar la prevalencia de Edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 en relación a los Maxilares.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

G. Prabhu y cols. (India, 2011)²⁴; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial entre las arcadas y el tipo de prótesis removibles que presentaban. El grupo de estudio consistió en 1800 pacientes y el estudio se desarrolló en un periodo de 6 meses. Los resultados indicaron que la Clase III de Kennedy tuvo una prevalencia 36,3%; seguido de la Clase I (33,3%); Clase II (25%) y la Clase IV (5,4 %), de las cuales la Clase I, II, III presentaron modificaciones. Se concluyó que la Clase III mod.1 de Kennedy es más común en el maxilar superior con 10.8 % y en el maxilar inferior la más común la Clase III con 21.4% y con respecto a la modificación prevaleció la mod 0 : 9,7 %. El 96% de las prótesis removibles se hicieron de acrílico de termocurado y el 3,1% se hicieron de metal colado y que hay una necesidad de mejorar la calidad de la salud oral de los pacientes parcialmente desdentados en el sur de la India.

H. Naveed y cols (Pakistan, 2011)²⁵; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de aparición de diversos patrones de edentulismo parcial para el personal de fuerzas armadas atendidos en el Departamento de Prostodoncia del Instituto de Odontología (AFID), 1000 pacientes fueron seleccionados utilizando el muestreo por conveniencia. El 32,6% de pacientes presentaron edentulismo parcial en la arcada superior, mientras que el 38,8% presentaron edentulismo parcial en la arcada inferior. El 30,6% restante present edentulismo en ambas arcadas, se encontró que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en el maxilar superior e inferior. La Clase III modificación 1 fue la modificación más común encontrada en ambas arcadas.

Sánchez, M y Col. (México, 2011)²⁶; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo conocer el estado de salud bucal y el grado de edentulismo de

pacientes adultos mayores medidos a través del índice CPOD (dientes cariados, obturados y perdidos) y la clasificación de Kennedy y asociarlos con la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional, algunas enfermedades crónicas y variables sociodemográficas. En la cual se realizó un estudio en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de 102 pacientes mayores de 60 años con algún grado de edentulismo. Se aplicó ficha de identificación para datos personales e información referente a enfermedades, y se hizo una revisión de la cavidad oral para detectar problemas odontológicos. Teniendo como Resultados; el índice CPOD fue de 16.10, con un promedio de 1.76 de dientes cariados y 10.68 de dientes perdidos. Con respecto a la clasificación de Kennedy, la mayor prevalencia se observó en las clases III (34.3%) y I (43.1%) para el maxilar superior e inferior, respectivamente. Se encontró relación o asociación con significado entre los dientes perdidos y la edad, hipertensión arterial y la capacidad de hablar y pronunciar correctamente, y entre los dientes cariados y el estado nutricional. En la cual se concluyó que la población de estudio tenía salud bucal deficiente. La única dimensión de calidad de vida relacionada con la salud bucal que se asoció con edentulismo fue la capacidad de hablar y pronunciar correctamente

Lana A. Shinawi (Arabia Saudita, 2012)²⁷; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar los patrones de pérdida de dientes en pacientes tratados en la Universidad King Abdul Aziz-Facultad de Odontología y compararlo con una documentación de hace 5 años, los registros de los pacientes atendidos durante los años 2004 y 2009, se analizaron sexo, edad, lengua materna y clasificación de Kennedy ,el análisis fue descriptivo y comparativo, se la cual se encontraron los siguientes resultados , en el 2004 se observaron 200 pacientes de las cuales 106(53%) eran sexo masculino y 94(47 %) del sexo femenino; mientras en el 2009 fueron 93 pacientes de los cuales 33 (35;48 %), eran sexo masculino y 60 (64,52%) eran de sexo femenino, de los cuales en el 2004 en maxilar superior se reportaron para el sexo masculino Clase I (11,32 %), Clase II(9,43 %), Clase III (37,74 %), Clase IV (6,60 %); y para el sexo femenino Clase I (18,09 %), Clase II (17,02%), Clase III (40,43 %); Clase IV (0 %); y en el maxilar inferior para el

sexo masculino Clase I (9,43 %), Clase II (13,21 %), Clase III (33,96 %), Clase IV (1,89 %) y en sexo femenino Clase I (23,4%), Clase II (21,28 %), Clase III (34,04 %), Clase IV (1,06 %) ; en el 2009 en maxilar superior se reportaron para el sexo masculino Clase I (9,09 %), Clase II (12,12 %), Clase III (42,42 %), Clase IV (0 %); y para el sexo femenino Clase I (11,67 %), Clase II (18,33%), Clase III (45 % %); Clase IV (1,67%); y en el maxilar inferior para el sexo masculino Clase I (6,06%), Clase II (18,18 %), Clase III (33,33 %), Clase IV (0%) y en sexo femenino Clase I (20 %), Clase II (20 %), Clase III (41,67 %), Clase IV (0 %); en la cual se concluyó tras realizar una encuesta actual KAUFDF que destaca numerosos desafíos en general brindar atención dental óptima, y específicamente prótesis removible. La mayoría importante es la diversidad de los pacientes que buscan tratamiento, así como la barrera del idioma y socio la situación económica de estos pacientes, En la cual Clase III Kennedy fue la más común estos hallazgos proponen en cuestión proporcionar el tratamiento exagerado por inadecuado que sea el paciente.

Eduardo P. Pellizzer y col. (Brasil, 2012)²⁸; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo evaluar la frecuencia de prótesis parciales removibles en la facultad de Odontología de Aracatuba. Se analizaron 412 historias clínicas de pacientes atendidos durante el periodo del año 2000 al 2007. Se analizaron 412 gráficos: 148 (35.9%) hombres y 264 (64.1%) mujeres. La edad media fue de 53,8 años (hombres) y 52,4 años (mujeres). Se realizaron un total de 556 prótesis dentales, de las cuales 233 (41,90%) fueron en el maxilar superior encontrándose Clase I (7,91%), Clase II (10,79%), Clase III (21,76 %); Clase IV (,62 %) y 323 (58; 09%) en la maxilar inferior de los cuales Clase I (25,72 %), Clase II (15,65 %), Clase III (16,01 %), Clase IV (0,54 %) ; en la cual se observó que el rango de edad 41 a 50 años es más frecuente la Clase III y para el maxilar inferior el rango de edad 51 a 60 años es más frecuente la Clase I ; concluyendo así que la clasificación de Kennedy más frecuente fue la Clase III en el maxilar y la Clase I en la mandíbula. De los conectores mayores para el maxilar superior el 55% (106) eran barra palatina, mientras que para el maxilar inferior el 64% (202) eran barra lingual. En cuanto a los retenedores 401 eran circunferenciales y 318 eran retenedores seccionados.

A. Muneeb y col. (Pakistán, 2012)²⁹; Realizaron una investigación que cuyo objetivo de este estudio fue establecer el patrón de edentulismo parcial y su relación con la edad y el sexo entre los pacientes que asisten al Hospital Dental Bagai de Karachi. El estudio se realizó en pacientes que visitan el departamento de Diagnóstico Oral del Hospital Dental Bagai. La longitud de tiempo total del estudio fue de 6 meses. El edentulismo parcial se registró mediante un examen visual según la Clasificación de Kennedy. La muestra del estudio consistió en 500 pacientes, 272 (54,4%) hombres y 228 (45,6%) mujeres, respectivamente. Se encontró que el patrón más común de edentulismo parcial fue la Clase III, (40%) en la mandíbula y en el maxilar (30,1%), así como en casos que ambos arcos exhibieron edentulismo parcial (47,6%) seguido de Clase IV para ser el segundo más común en el maxilar superior, es decir el 15,9% y la Clase I es el menos común, es decir, 8,7% en la mandíbula. Sin embargo se encontró que la Clase III modificación 1 fue la modificación más frecuente en el maxilar inferior 26,7%, así como (25,7%) en el maxilar superior. Se llegó a la conclusión de que la principal causa de pérdida de dientes es la caries dental seguida por las enfermedades periodontales.

V. Felipe (Chile, 2013)³⁰; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. 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 información recopilada fue ingresada a una planilla de registro de datos diseñada para la investigación. En las cuales se encontraron los siguientes Resultados: siendo evaluados 88 sujetos, de los cuales un 39.7% hombres y un 60.3% mujeres. Un 89.7% de los sujetos presentó ausencia de al menos uno de sus dientes y del total de éstos, el 29.4% utilizaba prótesis dentales. La clasificación de Kennedy maxilar más prevalente fue Clase III y en la arcada Mandibular fueron similares resultados para Clase I y III. En la cual Concluyeron 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.

S. Sreekumar (India, 2015)³¹; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la prótesis removible más comúnmente solicitados por la población Costanera Sur Karnataka. Todos los pacientes que acuden a la consulta externa de Prostodoncia, de AB Shetty Memorial Instituto de Ciencias Odontológicas. Los criterios de inclusión fueron pacientes con espacios desdentados para restaurar o espacios desdentados que iba a ser restaurados incluyen todos los dientes que aún no se había extraído sino que constituyen parte del espacio desdentado restaurado. Los datos incluyeron datos demográficos del paciente: rango de edad (30-80 años), número de sujetos, las razones para la sustitución y el tipo de la zona edéntula (clasificación de Kennedy) restaurados y el tipo de prótesis pidieron. Los datos fueron recogidos con la ayuda de un cuestionario. En la cual se encontraron los siguientes resultados, siendo evaluados 150 pacientes en el grupo de edad de 30-80 años. Hubo 64 (42,66%) hombres y 86 (57,33%) mujeres de los participantes en la encuesta. El análisis de los resultados mostró que de la población total incluyeron en el estudio 65 (43,33%) eran pacientes totalmente desdentados y 85 (57,33%) eran pacientes parcialmente dentados; de los cuales 52 (34,67%) pacientes optado por prótesis completas convencionales, 8 (5,33%) para una sola prótesis completa, 4 (2,66%) para implante apoyado dentadura completa, 1 (0,66%) para prótesis inmediata. En el grupo parcialmente dentado, 71 pacientes optaron por diente apoyado dentaduras parciales y 12 optaron por diente y tejido apoyaron dentaduras parciales. En el primero, 24 (16%) pacientes optaron por dentaduras parciales intracoronales, 20 (13,33%) para dentaduras parciales extracoronales, 12 (8%) para prótesis provisional y 15 (10%) para prótesis de transición. En esta última, 4 (2,6%) optaron por prótesis parcial intracoronal, 2 (1,33%) para extracoronal parcial dentadura, 2 (1,33%) para prótesis provisional, 4 (2,6%) para prótesis de transición y 2 (1,33%) para sobredentadura parcial, en ello se encontró también Clase I (23,52 %), Clase II (4,7 %), Clase III (70,58 %), Clase IV (1,17 %), de lo cual se concluyó que la la prótesis solicitada con mayor frecuencia por la población de la región de la Costa Sur es prótesis

completas convencionales seguidos por diente intracoronal apoyados en prótesis parciales removibles y el más común en la Región Costera del Sur es la clase de Kennedy III, de los cuales la razón principal fue la Estética y función para la sustitución de áreas desdentadas.

Ali, A y Col (Pakistan, 2015)³²; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de las distintas clases de pacientes parcialmente desdentado que informaron al Instituto de las Fuerzas Armadas de Odontología de Pakistán sobre la base de la clasificación PDI. Un estudio transversal se llevó a cabo en 534 pacientes parcialmente dentados de edad entre 35 a 65 años. Los datos fueron recogidos mediante la adopción de la historia, el examen clínico y radiográfico. Una proforma fue relleno por el investigador principal y determinar la clasificación PDI. De 534 pacientes, 92 pacientes (17,2%) fueron clasificados en PDI clase I. 212 pacientes (39,7%) fueron clasificados en PDI clase II. 146 pacientes (27,3%) se agruparon en la clase III PDI, mientras 84 pacientes (15,7%) fueron clasificados en PDI clase IV. Concluyendo así que mediante la Inducción de este sistema de clasificación de la PDI, en la cual será de gran ayuda en la práctica diaria y en el diagnóstico preciso, brindando a los pacientes una planificación del tratamiento que buscan la rehabilitación protésica.

Antecedentes Nacionales

J. López (Perú, 2009)³³; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo conocer la Prevalencia de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres. En el cual se realizó un estudio de los modelos en yeso mediante la observación directa. Utilizando la ficha de recolección de datos en donde se registró la información hallada en los modelos de estudio. En la cual se obtuvo como resultado que: La Clase I fue la Clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38.43% seguida por la Clase II con el 37.68%, la Clase III con el 23.3% y finalmente la Clase IV con el 1.1%. La Clase I mandibular estricta (sin modificación) resultó ser la más

frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones con el 20.4% .No se encontraron casos de Clase IV en el maxilar inferior ni en el sexo femenino. Concluyendo así que conforme avanza la edad, aumenta la prevalencia de maxilares edentulos parciales, mostrando el pico más alto en el rango de edad de 50 a 59 años para luego disminuir la frecuencia en casi la misma proporción en que aumentaron. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia del sexo masculino sobre el femenino.

M. Cisneros del Agila y col. (Perú, 2011)³⁴; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy, desarrollado en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Se estudiaron 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico, consignándolos en una ficha clínica juntamente con lo reportado en la anamnesis; los datos fueron cuantificados con el programa estadístico SPSS. En el cual se obtuvieron los siguientes resultados, Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%. En el examen clínico, el grupo etáreo de 31 a 50 años presentó mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; y, con modificación uno maxilar y mandibular concentró el 25,07%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino. Concluyendo así que la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino. la clase III es la más predominante, la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de mayor pérdida dentaria.

L. Rodríguez (Perú, 2013)³⁵; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo del estudio determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en el cual 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. De los cuales 218 pertenecieron al género femenino (67,28 %) y 106 al género masculino (32,72 %), las cuales cumplieron los criterios de selección estipulados. Además se evaluaron un total 544 maxilares edéntulos, de los cuales 284 fueron maxilares superiores (52,21 %), y 260 fueron maxilares inferiores (47,79 %), de los cuales se encontró en el maxilar superior clase I (2,8 %), Clase II (7,4 %), Clase III (85,9 %), Clase IV (3,9 %), mientras en el maxilar inferior Clase I (26,2 %), Clase II (20 %), Clase III (53,8 %), Clase IV no se registró ningún caso. Al analizar la prevalencia según las modificaciones se encontró que en el maxilar superior prevaleció la Clase III Mod. 1 (37 %), seguida de la clase III Mod. II (27,5%), Clase III Mod. 3 (7,7 %), Clase III estricta (8,4 %), mientras que en maxilar inferior prevaleció la clase III Mod. 1 (35,8 %), seguida de la Clase I estricta (12,7 %), Clase II Mod. 1 (11,1 %), Clase III Mod.2 (21,2 %). Con respecto al género masculino, prevaleció la clase III con el 60,2% y Para el Género femenino predominó en la Clase III con 50,8%. Concluyéndose que la mayor prevalencia de clase III tanto en hombres como mujeres.

2.2. Marco Conceptual

2.2.2.1. Edentulismo Parcial

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca. La pérdida parcial o completa de la dentición natural es el resultado de traumatismos o de la afectación de las superficies dentales afectadas por caries dental o de los tejidos de sostén por enfermedades periodontales; ambos procesos patológicos suelen ser crónicos y afectar a los individuos en diferentes épocas de su vida. La caries dental suele ocurrir en los primeros años de edad en tanto que las enfermedades periodontales sobreviven a la mitad de la vida o en años posteriores.

Estos procesos patológicos y sus efectos en el rostro del individuo son más notables a medida que pierde su dentición natural y progresa el edentulismo parcial hasta llegar a la pérdida total de la dentadura³⁶. Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, los ligamentos y las articulaciones temporomandibulares. Ellos crean a su vez problemas funcionales.

2.2.2.2. Causas De Edentulismo Parcial

Existen múltiples causas y factores que pueden originar y/o producir la pérdida de tus dientes. Las dos principales enfermedades que causan la pérdida dental son la caries y la enfermedad periodontal (enfermedades que afectan a las encías, tejidos y estructuras que protegen y sujetan al diente en la boca). Además existen otras afecciones que pueden ser motivo de la pérdida de un diente, como son: Desgastes de los dientes, traumatismos, piezas dentarias con tratamientos inconclusos, fracturas dentales, etc³⁷.

a) Caries

Las caries dentales son uno de los trastornos más comunes, después del resfriado común. Suelen aparecer en los niños y en los adultos jóvenes, pero pueden afectar a cualquier persona y son la causa más importante de pérdida de los dientes en las personas más jóvenes. Es una enfermedad infecciosa, producida por bacterias principalmente *S. mutans* y *Lactobacillus*, esta enfermedad produce la pérdida progresiva de la estructura dental, mediante ácidos que son productos del metabolismo bacteriano produciendo socavados en los tejidos duros del diente, por lo cual si no es tratada a tiempo llevará a una destrucción avanzada, afectando a la pulpa del diente, produciendo infecciones y otras consecuencias. En etapas tardías de destrucción e infección muchas veces el diente ya no puede ser tratado y no tendremos más remedio que realizar la extracción del mismo³⁸.

b) Enfermedad Periodontal

Empecemos mencionando que la enfermedad periodontal es aquella que afecta e involucra a cualquiera de las estructuras de soporte de los dientes (encía – hueso alveolar – ligamento periodontal) y que esta enfermedad junto a las caries son la principal causa de pérdida de piezas dentales³⁹.

Periodontitis es el nombre que reciben un conjunto de enfermedades infecciosas causadas por bacterias que afectan a las encías y a los tejidos y estructuras que rodean, protegen y sujetan al diente en la boca⁴⁰. Cerca del 30% de las personas tienen susceptibilidad genética de sufrir esta condición, es una de las enfermedades orales más comunes; el término de enfermedad periodontal, científicamente se refiere tanto a la gingivitis como a la periodontitis (conocida como Piorrea).

La enfermedad del periodonto es detectable clínicamente, se halla muy difundida y sus consecuencias son diversas. Una de las principales causas de la pérdida de los dientes es la enfermedad periodontal invasora que ataca al epitelio que reviste el surco, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical aproximándose a la raíz del diente, produciendo grandes bolsas y destruyendo el hueso subyacente⁴¹. Otro dato importante es que muchas veces la enfermedad periodontal está directamente relacionada con otras enfermedades sistémicas del paciente como la diabetes y enfermedades cardiovasculares.

c) Traumatismos

Los traumatismos dentales son agresiones producidas en los dientes por un hecho violento que tiene consecuencias directas sobre un diente. En casos leves un traumatismo no tiene por qué tener consecuencias negativas, pero en caso de grandes traumas las consecuencias pueden ser fatales⁴².

2.2.2.3. Extracciones Voluntarias

Generalmente las extracciones voluntarias se realizan por la mala posición de las piezas dentarias. Entendemos como dientes erupcionados en posición ectópica a aquellos que erupcionan, total o parcialmente, fuera de su normal ubicación dentro de la arcada dentaria. Por regla general, este problema afecta principalmente los últimos dientes de cada serie, es decir, terceros molares, segundos premolares, caninos e incisivos laterales. La extracción de estos dientes erupcionados en posición anómala puede estar motivada por razones estéticas, protésicas, funcionales u ortodoncias, por patología pulpar de dichos dientes o periodontal de la zona donde están situados, para evitar procesos de caries en los dientes vecinos, o por producir ulceraciones de las mucosas o de la lengua. En principio, es preferible extraer el diente mal alineado o ectópico que otro en correcta posición en la arcada dentaria.

Los dientes erupcionados en posición ectópica (linguoversión, vestibuloversión, mesioversión, etc.) presentan una relación con los dientes vecinos, las corticales óseas y los órganos vecinos, distinta que los erupcionados dentro de la arcada dentaria normal. La arquitectura del hueso es distinta y las posibilidades de acceso son diferentes. Por todo ello la técnica para su extracción vendrá condicionada por estas variaciones, aunque se pueden aplicar las reglas fijas para toda exodoncia: buscar la vía de menor resistencia y con el menor traumatismo posible⁴³.

2.2.2.4. Factores asociados a la pérdida dentaria.

No son causantes pero si acentúan el riesgo, entre ellos tenemos: edad del paciente, grado de instrucción del paciente, nivel socioeconómico, ocupación, sexo, factores sistémicos, endocrinológicos, discrasias sanguíneas, medicamentos o mal nutrición. En el Perú el factor asociado más importante es el socioeconómico, para analizar este factor fue necesario revisar las últimas encuestas del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), estas encuestas también nos dan una visión

de otros factores asociados a la pérdida dentaria como: grado de instrucción, ocupación, y sexo⁴⁴.

2.2.2.5. Multidimensionalidad de la pobreza

Vivir en la pobreza no sólo implica la falta de los artículos necesarios para el bienestar material, sino también la denegación de la oportunidad de vivir una vida tolerable. La vida puede acortarse prematuramente, puede hacerse difícil, dolorosa o riesgosa, puede estar privada de conocimientos y comunicación; todos estos aspectos de la pobreza limitan y afectan la vida de las personas. Cuando se realizan los censos es necesario conocer sobre la vivienda así como disponibilidad de agua, servicio higiénico, servicio eléctrico, servicio telefónico, formas de eliminación de la basura y otros servicios, ya que estas determinan las condiciones sociales, económicas y de salud en las que vive la población⁴⁵. Es evidente que las personas dan prioridad a alimentarse y no dan prioridad prevenir enfermedades, como las de la cavidad oral, que no aparentan una situación grave.

2.2.2.6. Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud varía según los niveles de pobreza y área de residencia de los habitantes. Los pobres y los extremadamente pobres consultan en menor proporción en los hospitales y acuden más a postas y centros de salud, en los hospitales del estado se atienden más a los no pobres. Los servicios privados son demandados principalmente por los sectores no pobres y por los residentes del área urbana. Es así, que el 68,1% de los pobres y el 76,2% de los pobres extremos que habiendo reportado padecer de enfermedad o accidente no realizaron consulta. Los motivos por los cuales no lo hicieron fueron: Por no disponer de los servicios de salud, falta de dinero y por considerar que no era necesario recibir atención⁴⁶.

2.2.2.7. Consecuencia del Edentulismo Parcial

Las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. La mayoría de los clínicos señalan: 1.

Alteraciones estéticas; 2. Disminución de la eficacia de la masticación; 3, Inclinação, migración y rotación de los dientes restantes; 4. Extrusión de dientes; 5. pérdida del apoyo para los dientes;6. Desviación mandibular; 7. Atrición dental; 8. Pérdida de la dimensión vertical; 9.Disfunción de la articulación temporomandibular; 10. Pérdida del hueso alveolar y reducción de los bordes residuales.

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

Algunos de los factores anteriores en especial la inclinación y migración de los dientes, puede reducir su apoyo periodontal y causar a si la pérdida del hueso alveolar. Algunas de las secuelas pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandibular. La mayor parte suele disminuir la eficacia en la masticación. Estos factores afectan de manera adversa, la salud y el bienestar de los individuos⁴⁷.

2.2.2.8. Prótesis

El arte o ciencia del reemplazo de cualquier parte ausente del cuerpo se denomina prótesis; aplicados a la Odontología, se utilizan los términos prostodoncia y prótesis dental¹¹.

2.2.2.9. Prostodoncia

La Prostodoncia es la rama del arte y la ciencia odontológica que se ocupa del reemplazo de los dientes ausentes y tejidos orales y cuyo fin es la reconstrucción de la forma, función, apariencia y salud oral devolviendo además la estética a una parte del aparato estomatognático.

2.2.2.10. Clasificación de la Prostodoncia

Existen tres grandes divisiones en prostodoncia: prótesis fija, prótesis maxilofacial y prótesis removible.

2.2.2.10.1. Prótesis maxilofacial

La prótesis maxilofacial se dedica a restaurar estructuras estomatognáticas y tejidos faciales asociados afectados por una enfermedad, accidente, cirugía o defectos congénitos.

2.2.2.10.2. Prótesis Fija

Los dientes perdidos deben reemplazarse. Esto es obvio cuando la zona sin dientes está en la parte anterior y más visible de la boca, pero es igual de importante cuando ocurre en el sector posterior, donde se ejercen las fuerzas de la masticación. La pérdida de dientes puede acarrear importantes consecuencias estéticas, si se trata de piezas de la zona anterior, o problemas digestivos y dificultades en la estabilización de la mandíbula, en el caso de las piezas molares. Si reponemos las piezas que faltan: mejora la estética, la masticación y se evitan movimientos indeseables de los dientes vecinos.

La prótesis fija es una alternativa ideal para reponer la ausencia de piezas dentarias, permite una correcta higiene, es muy bien aceptada psicológicamente y consigue una buena distribución de las fuerzas y resistencia. Abarca desde la restauración de un solo diente hasta la rehabilitación total de la boca. Existen dos tipos de prótesis fija: corona (o funda) o puente fijo.

2.2.2.10.3. Prótesis Removible

La prótesis parcial removible (PPR) se dedica al reemplazo de dientes perdidos en un número importante y tejidos que lo rodean mediante prótesis diseñadas para ser removidos por el paciente. La PPR puede estar soportada sobre pilares anteriores tratándose con una prótesis dentomucosoportada, o prótesis a extremo libre. Una

prótesis parcial puede ser extracoronal o intracoronal dependiendo del tipo de retención que se utiliza para mantenerla en boca. La prótesis parcial está hecha de una combinación de varios materiales dentales. Su estructura básica o armazón está fabricada de una o de varias aleaciones dentales disponibles en el mercado como oro, aluminio, cromo y cobalto. A esta armazón subyacente se fijan los dientes de restitución que pueden ser de acrílico, resina acrílica, porcelana o sus combinaciones

2.2.2.10.3.1. Propósito de las Prótesis Parcial Removible.

El propósito primordial de las dentaduras parciales removibles debe ser siempre como el que el Dr. Muller de Van en 1952 afirmó, “la preservación de lo que permanece y no el reemplazo meticuloso de lo que se ha perdido” se ha determinado que este objetivo primario debe cumplirse y se pueden considerar otros propósitos adicionales de las dentaduras parciales removibles: mantener o mejorar la fonética, establecer o aumentar la eficiencia masticatoria y restaurar la estética⁴⁸.

2.2.2.10.3.2. Indicaciones y Contraindicaciones para el uso de Dentadura Parciales Removible.

Indicaciones

1. Personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años de edad.

Los jóvenes menores de 20 años, son candidatos cuestionados para usar prótesis fijas puesto que la pulpa dental es de gran tamaño y no podríamos llevar a cabo un tallado profundo sin entrar a una endodoncia, por lo que el tratamiento se haría en varias etapas durante un largo tiempo. En pacientes de edad avanzada, una preparación agresiva puede ser traumática psicológicamente, su reducida expectativa de vida y que generalmente la salud integral no es buena, contraindican el alto costo y los largos procedimientos que se requieren para prótesis fijas.

2. Existencia de grandes espacios edéntulos que contraindica el uso de prótesis fija.

Una prótesis fija puede estar sometida a grandes fuerzas torsionales que facilitan que se desprenda con las consiguientes complicaciones pulpares; igualmente pueden sufrir roturas en la estructura metálica y con más frecuencia de la porcelana. Una de las reglas en odontología es la ley de Ante la cual dice que el área de la membrana periodontal de los dientes pilares para una prótesis fija debe ser igual o exceder el área de la membrana periodontal de los dientes reemplazados. Los dientes adyacentes a una zona edéntula larga soportan una dentadura parcial de igual forma como lo harían con una fija, excepto que con la dentadura parcial reciben soporte y estabilidad de los dientes del lado opuesto del arco así como también del reborde residual.

3. Pérdida excesiva de hueso en la zona edéntula.

Especialmente en las zonas anteriores superiores y premolares donde una prótesis fija difícilmente repondrá con éxito la pérdida de sustancia estará indicada la PPR. Cuando se reemplaza un diente perdido mediante una prótesis fija, el diente artificial (póntico) se coloca de tal forma que su base o cuello ligeramente contacte con la mucosa del reborde edéntulo para simular la apariencia de un diente natural. Cuando por trauma, cirugía o resorción anormal causan pérdida ósea excesiva, es difícil, sino imposible, colocar los dientes artificiales en una posición bucolingual aceptable. Sin embargo, si se usa una base de prótesis parcial removible para devolverle la parte perdida del reborde residual, el diente artificial se puede colocar en su posición natural y la base le da el soporte requerido.

4. Necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción.

En casos de extracciones recientes de zonas extensas y que precisan de largos períodos de cicatrización. El reemplazo de dientes inmediatamente después de su extracción no puede realizarse de una forma satisfactoria con las prótesis fijas, ya que se presentan muchos problemas, incluyendo la futura resorción ósea del reborde. Estos dientes se reemplazan con una prótesis parcial removible temporal que puede rellenarse cuando ocurra la resorción y llevarse a cabo el tratamiento definitivo cuando se haya estabilizado el área edéntula.

5. En casos de colocación de implantes con extracciones previas.

En estos casos en los que se espera de una buena osteointegración y el tiempo para hacer la prótesis sobre implantes nos obliga a hacer la prótesis temporal.

6. Soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes.

En muchos pacientes, particularmente en las personas adultas o de edad avanzada y después de una terapia periodontal, los dientes remanentes han perdido una cantidad considerable de soporte óseo y por lo tanto no son capaces de soportar una prótesis fija. Al lograr un ajuste exacto de la base con respecto al reborde edéntulo, se disminuye el soporte total requerido para los dientes.

7. Ausencia de diente posterior al espacio edéntulo

Cuando no existe diente posterior al espacio edéntulo para actuar como pilar, los métodos para su reemplazo son limitados. En instancias seleccionadas, cuando un solo diente necesita ser reemplazado ya sea porque una dentadura total sea antagonista o porque el arco antagonista sea hasta el primer molar, como los dos premolares adyacentes al espacio

de extensión distal con un soporte periodontal saludable, se puede planificar una prótesis fija con un pónico de extensión. En otras circunstancias se puede colocar un implante y el único reemplazo práctico es con una prótesis parcial removible.

8. Necesidad de estabilización del arco cruzado.

Cuando la estabilización de arco cruzado para los dientes se necesita para contrarrestar las fuerzas laterales y las anteroposteriores (por ejemplo después del tratamiento de enfermedad periodontal avanzada), generalmente se requiere la estabilización de arco cruzado o bilateral. La prótesis fija puede proveer una excelente estabilización lateral o bucolingual.

9. Pacientes con problemas físicos o emocionales

La larga preparación y los procedimientos de confección de una prótesis fija la contraindican en pacientes con problemas físicos o emocionales; para tales pacientes debe establecerse un tratamiento que prevenga el deterioro oral, para poder seguir el tratamiento y controlar los problemas emocionales o físicos siendo indicada la prótesis parcial removible.

10. Estética como fundamento principal en el reemplazo de varios dientes anteriores.

Frecuentemente es posible obtener un aspecto más natural del diente cuando se coloca en la base de la prótesis que cuando se enfrenta la terminación de un pónico contra el reborde residual en una prótesis fija. El diente artificial tridimensional presenta una apariencia más natural, ya que algunos pónicos quedan planos y sin brillo⁴⁹.

Contraindicaciones

Debido a las amplias ventajas que ofrece la PPR, sus indicaciones son precisas y con un alto grado de eficacia; por

tanto, sus contraindicaciones son mínimas, de las cuales las más importantes son; cuando puede tener éxito una prótesis parcial fija, cuando no existe una higiene bucal adecuada y cuando no existe cooperación por parte del paciente⁵⁰.

2.2.2.11. Clasificación general de las dentaduras residuales

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

Posteriormente a los autores mencionados, muchas han sido las tentativas de clasificación y puede decirse que cada autor ha intentado darnos una nueva, basada en principios diferentes. Entre las clasificaciones más conocidas se encuentran las de Cummer, de Bailyn, de Skinner, de Applegate, de Millar, de Swenson, de Friedman, de Wild, de Muller, de Rumpel, y la de Fritsch. Sin embargo, es la clasificación de Kennedy, la más didáctica y de fácil comprensión⁵¹.

2.2.2.12. Requerimientos para que un método de clasificación sea aceptable.

Para que un método de clasificación sea aceptable debe ser capaz de realizar lo siguiente; Permitir la representación visual inmediata del tipo de arcada que se considera. Permitir la diferenciación inmediata entre las dentaduras parciales dentosoportadas y las dentomucosoportadas. Servir como guía para el tipo de diseño a utilizar. Ser universalmente aceptada⁵².

Algunas clasificaciones se han hecho desde el punto de vista de la situación de las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes, refiriéndonos entonces de una clasificación topográfica. Otras veces se

toma en cuenta el punto de vista del rendimiento del maxilar, es decir, del tipo de prótesis que va a llevar; se habla entonces de una clasificación por rendimiento. Cuando se toma en cuenta los dos conceptos anteriores a la vez, se dice que la clasificación es funcional. Hay otras que se hacen desde el punto de vista fisiológico, y por último, otras se hacen desde el punto de vista biomecánico de acuerdo al problema mecánico y biológico que los casos presentan y las posibilidades de su solución⁵³.

2.2.2.13. Clasificación del edentulismo parcial según Kennedy

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

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

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

Clase II: área edéntula unilateral localizada posterior a los dientes Remanentes (extremo libre unilateral).

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

Clase IV: área edéntula única bilateral localizada anterior a los dientes remanentes, el área edéntula anterior debe comprender ambos lados de la línea media remanentes, cruza la línea media.

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

La Clase V: Describe la zona edéntula limitada anteriormente y posteriormente por dientes naturales pero en donde el diente pilar anterior (el incisivo central) no es aconsejable como soporte. Esta sólo

posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto está totalmente desdentado.

La Clase VI: es una situación edéntula en donde los dientes adyacentes al espacio son capaces de soportar totalmente los requerimientos de la prótesis; ocurre muy frecuentemente en los jóvenes para quienes la prótesis fija se indica pero existe un posible daño a la pulpa si se realiza la preparación dentaria. En esta clase, sólo existen los dos incisivos centrales⁵⁴.

Para cada una de estas situaciones está previsto un plan de tratamiento ideal, con el objetivo de distribuir las cargas masticatorias de modo equilibrado, para así mismo minimizar la presión del hueso alveolar residual y causar una reabsorción. Otros autores propusieron diversos sistemas de clasificación, basados sobre otros sistemas propuestos, pero no encontraron mayor funcionabilidad que el anterior, universalmente aceptado⁵⁵.

2.2.2.14. Reglas de applegate aplicables a la clasificación de Kennedy

Al hacer las modificaciones aplicadas a las clases I, II, III debe tenerse en cuenta el número de zonas edéntulas en la clasificación original. El doctor Oliver C. Applegate propuso varias reglas para usar en forma adecuada la clasificación original del doctor Kennedy, sin las cuales dicha clasificación es difícil de aplicar en cada caso, a saber⁵⁶.

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

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

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

Regla 4: Si el tercer molar no está presente y no se va a reemplazar (debido a que el segundo mola antagonista tampoco está presente y no va a ser reemplazado), no se considera en la clasificación.

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

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

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

Regla 8: No existen zonas de modificación en la Clase IV. Cualquier zona edéntula posterior a una zona simple bilateral, determina la clasificación⁵⁷.

La secuencia numérica del sistema de clasificación está basada parcialmente en la frecuencia de su ocurrencia, con las arcadas Clase I siendo las más comunes y las arcadas Clase IV las menos comunes. La secuencia también está basada en los principios de diseño: La dentadura parcial Clase I es designada como prótesis dentomucosoportada y la Clase III como totalmente dentosoportada y la Clase II como una combinación de las Clases I y III (parcialmente dentomucosoportada y parcialmente dentosoportada).

2.2.1. Definición de Términos Básicos

Edentulismo Parcial: El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una determinada cantidad de piezas dentarias en boca³⁶.

Género: Condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas⁵⁷.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación:

Retrospectivo, de corte transversal

3.1.2. Diseño de investigación:

Observacional, Descriptivo, Cuantitativo

3.2. Población y muestra

La población estará constituida por todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Estomatología de la Universidad Señor de Sipán del Periodo concernido entre marzo del 2015 y marzo del 2016, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Criterios de Inclusión

Historias clínicas de pacientes edéntulos parciales comprendidos de ambos género con ficha especializada completa.

3.4. Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes edéntulos totales.

Historias clínicas de pacientes sin ausencia de piezas dentarias.

Historias clínicas de pacientes que presentan alteraciones patológicas en los maxilares.

Historias clínicas con ficha especializada pero sin diagnóstico de edentulismo parcial.

Historias clínicas que no han sido regresadas por los alumnos

3.5. Variables

V1= Edentulismo Parcial V2= Sexo

3.6. Operacionalización de Variables

VARIABLE DE INTERES	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	Instrumento	Técnica
Edentulismo Parcial	Clase de brecha edentula según la clasificación de Kennedy el cual fue determinado según la ficha especializada de Prótesis Parcial Removible (Clase I,II,III,IV). Además se determinó la modificación, la cual se define como el número de espacios edentulos adicionales (1,2,3), a excepción de la Clase IV que no presenta modificaciones	CLASE I DE KENNEDY (modificación 1-4)	MAXILAR SUPERIOR	CUANTITATIVO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos.	OBSERVACIONAL
		CLASE II DE KENNEDY (modificación 1-4)					
		CLASE III DE KENNEDY (modificación 1-4)	MAXILAR INFERIOR				
		CLASE IV DE KENNEDY					
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	Instrumento	Técnica
Género	Según tipo género registrado en las historias clínicas	Masculino		CUALITATIVO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos.	OBSERVACIONAL
		Femenino					

3.7. Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El estudio se llevará a cabo en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán. Se realizará la inspección de las 2052 historias clínicas de las cuales 106 historias clínicas cumplieron los criterios de inclusión. Se realizará la integración de datos según criterios de inclusión en un formato diseñado para ello, en el cual se incluirán los datos completos del paciente, un oclusograma en donde se marcarán las piezas ausentes y un cuadro en donde se determinará la clase de Kennedy y su modificación (Anexo 1).

Materiales

Los materiales que serán utilizados para la realización de este estudio serán: Fotocopias de ficha de recolección de datos, una computadora portátil (laptop) y Lapiceros.

3.7.1. Procedimientos para la recolección de datos

Para Determinar el grado de Edentulismo Parcial según la Clasificación de Kennedy se realizaran los siguientes pasos:

a) De la aprobación del Proyecto

El primer paso para la realización del presente estudio de investigación será obtención del permiso para a la ejecución, tras la aprobación del proyecto por parte de la escuela de Estomatología.

b) De la autorización de la ejecución

Se solicitara por escrito a la Directora de La clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán el permiso para la ejecución, explicando el motivo de la investigación y los beneficios de la misma (Anexo 2).

c) De la Ficha de Recolección de Datos

En ella se anotará el número de Historia clínica, género del paciente, consignados en las historias clínicas seleccionadas para el presente estudio.

Técnica

En base a la ficha especializada de prótesis parcial removible, consignado en la historia clínica General, se pintaron de color negro las piezas dentarias ausentes en el oclusograma que se identificaron en las imágenes y reseñas de las fichas especializadas, determinándose la clasificación del edentulismo parcial según el método de Kennedy (Anexo 3) en:

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

Clase II: área edéntula unilateral localizada posterior a los dientes Remanentes (extremo libre unilateral).

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

Clase IV: área edéntula única bilateral localizada anterior a los dientes remanentes, el área edéntula anterior debe comprender ambos lados de la línea media remanentes, cruza la línea media. Para clasificar las arcadas parcialmente edéntulas se siguió las reglas de Applegate:

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

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

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

Regla 4: Si el tercer molar no está presente y no se va a reemplazar (debido a que el segundo mola antagonista tampoco está presente y no va a ser reemplazado), no se considera en la clasificación.

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

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

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

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

Posteriormente se determinó la modificación entendiéndose tal como ello espacios edéntulos adicionales a la clase de Kennedy. Si no hubo espacios edéntulo adicional se consideró como clase estricta; si hubo un espacio edéntulo adicional se denominara modificación 1; si hubo dos, modificación 2; y si hubo tres, modificación 3. La clase IV por definición es la única clase que no presento modificaciones. Se registrará la información encontrada en la ficha de recolección de datos para su análisis.

3.7.2. Plan de Análisis Estadístico datos

La información recabada fue tabulada en el programa Excel de Office y será sometida a un análisis de varianza (ANOVA) a través del programa SPSS (statistic parket for social science). Posteriormente se elaboraron tablas de frecuencia que se tomaron como base para el análisis estadístico descriptivo. Los resultados obtenidos se presentaron en forma de tablas y gráficos

3.7.3. Principios éticos

Debido a que la muestra analizada estuvo constituida por las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión la presente investigación se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor y la confidencialidad de la información.

3.7.4. Criterios de rigor científico

Se cumplirá con la presentación de datos fiables y válidos que serán codificados y protegidos. La credibilidad y estabilidad de los datos serán presentadas al utilizar instrumentos válidos y confiables. Los resultados podrán ser aplicados por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

CAPÍTULO IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas y gráficos.

En la presente investigación se determinó la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo del 2015 hasta marzo del 2016. La muestra seleccionada estuvo constituida por 106 historias clínicas de las cuales 30 (28,4%) pertenecieron al género masculino y 76 (71,6%) al género femenino, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. A partir de las historias clínicas de estos pacientes se evaluaron 212 maxilares edéntulos, de los cuales 106 (50%) fueron maxilares superiores y 106 (50%) maxilares inferiores. Se obtuvieron 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 57%, seguida de la clase II, IV y I con el 27%, 8%, y el 8% respectivamente; mientras que en el maxilar inferior prevaleció la clase III con el 40%, seguida de la clase II, I y IV con el 34%, 25% y 2% respectivamente. ($p > 0.05$).Tabla 1.

Al analizar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en relación a cada maxilar con sus respectivas modificaciones, se obtuvo que en el maxilar superior predominó la clase III modificación 1 con 11.8% seguida de la clase III modificación 2 con 9.9%, la clase III estricta y la clase III modificación 3 con 5.4% y 2.5% respectivamente. La clase III modificación 4 no tuvo porcentaje. Por el caso del maxilar inferior prevaleció la clase III modificación 1 con 14,3%, seguida de la clase II modificación I con 10.8%, seguida de la clase I estricta, la clase I modificación 1 y la clase II estricta, con 7.4%, 4.9% y 4.9% respectivamente ($p > 0.05$).Tabla 2.

Analizando la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en relación al género del paciente se obtuvo que para el género masculino prevaleció la clase III con el 46,6 % de casos, seguida de la clase

II, I y IV con 26.7%, 16.7% y 10 % respectivamente; mientras que para el género femenino prevaleció la clase III con 48.7%, seguida de la clase II, I y IV con el 32.2%, 15.8% y 3.3% respectivamente ($p > 0.05$). Tabla 3.

1. **Tabla 1.** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 en relación al tipo de maxilar.

CLASIFICACION DE KENNEDY	Maxilar Superior		Maxilar Inferior	
	n	%	N	%
CLASE I	8	8	26	25
CLASE II	29	27	36	34
CLASE III	60	57	42	40
CLASE IV	9	8	2	2
TOTAL	106	100	106	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$p > 0.05$

2. **Tabla 2.** Prevalencia de edentulismo parcial según la modificaciones de la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 - marzo 2016.

CLASIFICACION DE KENNEDY Y MODIFICACIONES	Maxilar			
	Superior		Inferior	
	n	%	n	%
CLASE I	8	3.9	26	12.8
Estricta	4	2.0	15	7.4
Modificación 1	2	1.0	10	4.9
Modificación 2	1	0.5	0	0.0
Modificación 3	1	0.5	1	0.5
Modificación 4	0	0.0	0	0.0
CLASE II	29	14.3	36	17.7
Estricta	0	0.0	6	3.0
Modificación 1	13	6.4	22	10.8
Modificación 2	11	5.4	7	3.4
Modificación 3	5	2.5	1	0.5
Modificación 4	0	0.0	0	0.0
CLASE III	60	29.6	42	20.7
Estricta	11	5.4	10	4.9
Modificación 1	24	11.8	29	14.3
Modificación 2	20	9.9	3	1.5
Modificación 3	5	2.5	0	0.0
Modificación 4	0	0.0	0	0.0
CLASE IV	9	4.4	2	1.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

p>0.05

Tabla 3. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 en relación al Género.

Clase	GÉNERO			
	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
I	10	16.7	24	15.8
II	16	26.7	49	32.2
III	28	46.6	74	48.7
IV	6	10	5	3.3
TOTAL	60	100	152	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$p > 0.05$

4.1. **Discusión de resultados**

El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad señor de Sipán, la muestra estuvo constituida por 106 historias clínicas de pacientes adultos que se atendieron durante el periodo comprendidos entre marzo del 2015 y marzo del 2016 y que cumplían los criterios de inclusión.

A nivel internacional la prevalencia del Edentulismo Parcial tomando como base la Clasificación de Kennedy es muy estudiada tanto en países de Latinoamérica como en Asia, Europa y Medio Oriente, principalmente porque es utilizado como un indicador del estado de conservación de la piezas dentarias; razón por la cual estas investigaciones se llevan a cabo periódicamente, y sus resultados permiten establecer si existe mejoría o no y del mismo determinar si los programas de prevención y conservación de la salud oral establecidos por los gobiernos están cumpliendo su cometido.

En el Perú, existen pocos estudios e investigaciones en este campo, esto quizás porque no existen muchos programas sociales propiciados por el gobierno orientado a la prevención y conservación de la salud oral de la población y el apoyo por parte las instituciones privadas es aun limitado.

G. Prabhu y cols durante el 2011 realizaron una investigación en la cual se propusieron determinar la prevalencia de edentulismo parcial entre las arcadas y el tipo de prótesis removibles que presentaban una comunidad. Los resultados indicaron que la Clase III de Kennedy tuvo una prevalencia 36,3%; seguido de la Clase I (33,3%); Clase II (25%) y la Clase IV (5,4 %), de las cuales la Clase I, II, III presentaron modificaciones. Se concluyó que la Clase III mod.1 de Kennedy es más común en el maxilar superior con 10.8 % y en el maxilar inferior la más común la Clase III con 21.4% y con respecto ala modificación prevaleció la mod 0 : 9,7 %. Podemos apreciar que nuestros resultados coinciden con la investigación obtenida por Prabhu y col., pues ellos determinaron que en el maxilar superior la clase predominante fue la clase III y su mod.1 y en nuestra investigación se apreció la clase III con 57%

y su mod. 1 con 11.8 como la más prevalente ,en tanto , para el caso del maxilar inferior coincidimos en la clase III como la más predominante a diferencia de su Mod 0 prevaleció entre las demás , mientras que en mi estudio predomino la Mod. 1.

A. Muneeb y col. durante el 2012 realizaron un estudio con el objetivo de establecer el patrón de edentulismo parcial y su relación con la edad y el sexo entre los pacientes que asisten al Hospital Dental Bagai de Karachi. El edentulismo parcial se registró mediante un examen visual según la Clasificación de Kennedy. La muestra del estudio consistió en 500 pacientes, 54,4% de hombres 45,6% mujeres, respectivamente. Se encontró que el patrón más común de edentulismo parcial fue la Clase III, con 40% en el maxilar inferior y en el maxilar superior 30,1%, así como en casos que ambos arcos exhibieron edentulismo parcial (47,6%) seguido de Clase IV para ser el segundo más común en el maxilar superior, es decir el 15,9% y la Clase I es el menos común, es decir, 8,7% en el maxilar inferior. Sin embargo se encontró que la Clase III modificación 1 fue la modificación más frecuente en el maxilar inferior 26,7%, así como (25,7%) en el maxilar superior. Nuestros resultados se relacionan con los obtenidos en este antecedente que prevaleció la clase III con el 57% de casos, seguida de la clase II, I y IV con 27%, 8% y 8 % respectivamente para el maxilar superior ; de igual forma prevaleció la clase III con 40%, seguida de la clase II, I y IV con el 34%, 25% y 2% respectivamente para el maxilar inferior. Se obtuvo también que en el maxilar superior predominó la clase III modificación 1 con 11.8% y para el maxilar inferior predomino la clase III mod.1 con 14.3%.

V. Felipe en Chile durante el 2013; realizó una investigación para determinar la prevalencia de edentulismo y clasificación topográfica de Kennedy en población mayor de 20 años de islas Butachauques y Tac. Encontrando que según La clasificación de Kennedy en los maxilares la clase más prevalente fue Clase III con 42% para el maxilar superior y para el maxilar inferior el 29% Estos resultados reafirman los obtenidos en la presente investigación pues la clase III predomino con 57%de edentulismo según la clasificación de Kennedy para el maxilar superior , y para el maxilar inferior también predomino la clase

III con el 40% . Ellos concluyeron que existía alta prevalencia de edentulismo parcial por lo que se deberían instaurar programas de prevención en salud oral. Por nuestra parte ,aunque la prevalencia absoluta aun es baja, no se debería esperar a que aumente para tomar medidas que permitan disminuir el edentulismo en los pacientes adultos. Así mismo se podrían propiciar investigaciones que permitan determinar las causas del porqué la clase III es la más prevalente según la clasificación de Kennedy.

Sánchez, M y Col. En México durante el 2011; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo conocer el estado de salud bucal y el grado de edentulismo de pacientes adultos mayores medidos a través del índice CPOD (dientes cariados, obturados y perdidos) y la clasificación de Kennedy y asociarlos con la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional, algunas enfermedades crónicas y variables sociodemográficas. Teniendo como Resultados; el índice CPOD fue de 16.10, con un promedio de 1.76 de dientes cariados y 10.68 de dientes perdidos. Con respecto a la clasificación de Kennedy, la mayor prevalencia se observó en las clases III (34.3%) y I (43.1%) para el maxilar superior e inferior, respectivamente, En la cual se concluyó que la población de estudio tenía salud bucal deficiente. La única dimensión de calidad de vida relacionada con la salud bucal que se asoció con edentulismo fue la capacidad de hablar y pronunciar correctamente. Lo cual contrasta con mis resultados en lo que respecta al maxilar superior que encontramos la clase III con 57% como la más prevalente; y para el maxilar inferior diferimos con el autor que encontró la clase I como la más prevalente, y en mi estudio la clase III con 40%..

A nivel del Perú, L. Rodríguez en Perú durante 2013; Realizaron una investigación que tuvo como objetivo del estudio determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en el cual se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, evaluando un total de 324 historias clínicas de pacientes adultos, que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de Moche durante los años 2008-2012. De los cuales 218 pertenecieron al género femenino (67,28 %) y 106 al género masculino (32,72 %), las cuales cumplieron los criterios de selección estipulados.

Además se evaluaron un total 544 maxilares edéntulos , de los cuales 284 fueron maxilares superiores(52,21 %), y 260 fueron maxilares inferiores (47,79 %), de los cuales se encontró en el maxilar superior e inferior Clase III fue la mas prevalente con 85,9 % y 53.8% respectivamente , Al analizar la prevalencia según las modificaciones se encontró que en el maxilar superior prevaleció la Clase III Mod. 1 (37 %), , mientras que en maxilar inferior prevaleció la clase III Mod. 1 (35,8).Con en relación al género masculino, en prevaleció la clase III con el 60,2% y Para el Género femenino predominó en la Clase III con 50,8%.Concluyéndose que la mayor prevalencia de clase III tanto en hombres como mujeres.. Contrastando con mi investigación coincidimos con el autor que la clase III y su Mod.1 son prevalentes; por tanto se relaciona, que para el maxilar superior obtuve 57% en la clase III y 11.8% para la mod.1 y para el maxilar inferior también tenemos resultados similares donde predomina la clase III con 40% y su mod. 1 con el 14,3 %.Con referencia al género hay una estrecha relación de prevalencia, los hombres con el 46,6 % y las mujeres el 47,7 % en la misma clase III.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

La Prevalencia de edentulismo parcial según modificaciones a la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en el área de prótesis parcial removible de la Clínica Estomatológica de la Universidad señor de Sipán durante el periodo concernido entre marzo del 2015 y marzo del 2016, a nivel de maxilar superior predominó la clase III modificación 1 con 11.8% seguida de la clase III modificación 2 con 9.9%, Por el caso del maxilar inferior prevaleció la clase III modificación 1 con 14,3%, seguida de la clase II modificación I con 10.8% con un nivel de confianza del 95%.

La Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en relación al género del paciente, se estableció que para el género masculino prevaleció la clase III con el 46,6% de casos; mientras que para el género femenino prevaleció la clase III con 49.7% con un nivel de confianza del 95%.

La Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en relación a los maxilares , prevaleció para el maxilar superior la clase III con el 57% de casos; mientras que para el maxilar inferior la clase III con el 40% con un nivel de confianza del 95%.

6.2. Recomendaciones

Realizar investigaciones tomando con antecedente el presente estudio con la finalidad de determinar las causas o factores que hacen prevalecer la clase III de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes provenientes de la región Lambayeque.

Ampliar el estudio a los casos presentados en otras instituciones de salud especializadas o clínicas estomatológicas a fin de determinar la prevalencia global cuyos resultados permitan implementar programas de conservación de la salud oral de la población Lambayecana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anzola P. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. [en línea]. Washington D.C. Organización Mundial de la Salud. 1993. [citado el 08 de Noviembre del 2015]; 31(77) p. 1- 78. Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/cd045364/045748.pdf>
2. Simon S, Compton L. Enfermería Gerontológica: Adaptación al proceso de Envejecimiento. [en línea]. México D.F: Mc. Graw – Hill Interamericana. 1998. [citado el 05 de Noviembre del 2015]; p. 3-11, 16-22, 25-33, 115-125.
3. Ritchie C, Joshipura K, Silliman R, Miller B, Douglas C. Oral health problems and significant weight loss among community-dwelling older adults. [en línea]. Washington D.C.: J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000 [acceso Setiembre del 2015]; 55(7): p. 366-71. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10898252?ordinalpos=37&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum.
4. Osterberg T, Carlsson G, Sundh V, Mellström D. Number of teeth—a predictor of mortality in 70-year-old subjects. [on line]. Blackwell Munksgaard. Community Dent Oral Epidemiol.; 2008. [acceso Setiembre del 2008]; 36(3): p.258-68. Disponible en:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474058?ordinalpos=11&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
5. Hernández-Mejía R, Calderón-García R, Fernández-López J, Cueto-Espinar A. Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. [en línea]. Madrid. RCOE. 2006. [citado 2015 Nov 12]; 11(2): p. 181-191. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138123X2006000200003&lng=es.
6. Petersen P, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the World Health Organization Global Oral Health Programm. [on line]. Blackwell Munksgaard. Community Dent Oral Epidemiol.; 2005. [acceso Setiembre del 2008]; 33(1): p.81-92. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/orh_cdoe05_vol33.pdf
7. Esan A, Olusile A, Akeredolu A, Esan O. Sociodemographic factors and edentulism in Nigeria. [on line]. Nigeria. BMC Oral Health. 2004; [acceso Setiembre del 2008]; 4(1): p. 3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15555072>
8. Felton D. Edentulism and Comorbid Factors. [on line]. *Stockholm, Sweden*. Journal of Prosthodontics. 2009; [acceso Setiembre del 2015]; 18(1): p. 88-96.

9. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global Burden of oral diseases and risks to oral health. [on line]. Helsinki, Finland. Bull World Health Org. 2005; [acceso Octubre del 2015]; 83(1): p. 661-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007001100018&script=sci_arttext
10. Muller F, Naharro M, Carlsson G. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?. [on line]. Clin Oral Impl Res.2007; [acceso Setiembre del 2015]; 18(3): p. 2-14.
11. Loza D. Diseño de Prótesis parcial Removible. Madrid, Editorial Ripano S.A. 1^{ra} Edición. 2007. p.13.
12. Ministerio de Salud. [on line].Perú. [actualizado el 25 de Mar 2012; citado 15 jul 2012]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=8677
13. Khalaf F. Al –Shammar J, Al – A, Manal Abu A, Areej Al–K. Reasons for Tooht Extraccion in Kuwait. [On line]. Med Princ Pract. 2005; [acceso Setiembre del 2015]; 14(1): p. 417 -22.
14. Anum M, Mohsin B, Jamil B. Causes and pattern of partial edentulism/ exodontia and its association with age and gender: semirural population, Baqai dental college. [On line]. Karachi, Pakistan. International Dental Journal of student´s research. 2012; [acceso Setiembre del 2015]; 1(3): p. 13-8.
15. Shinawi L. Parcial edentulismo: A five year survey on the prevalence and pattern of tooth loss in a sample of patients attending King Abdul Aziz University – Faculty of Dentistry. [On line]. Life Science Journal. 2012; [acceso Setiembre del 2015]; 9(4): p. 2665-71.
16. Bernabé O, Sánchez B, Delgado A. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. [On line]. Rev Med Hered. 2006; [acceso octubre del 2015]; 17(3): p.170-76.
17. Carr A, Mc G, Brown D. Prótesis Parcial Removible. Madrid, Elsevier. España. S.A. 11^{ma} Edición. 2008 .p. 33.
18. Nallaswamy D. Textbook of Prosthodontic Glossary of Prosthodontic Terms. 1st edition Jaypee. India. 2007. p. 745-47.
19. Hikmat J. Judy .B. The incidence of frecuency of a various removable partial edentulism cases. MDJ. 2009; 6(2): p. 172-7.
20. Starr J, Hall R, Macintyre S, Deary I, Whalley L. Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study. [On line]. Gerodontology. 2008. [Acceso Abril 2015]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18422607?ordinalpos=85&itool=EntrezSystem2.PEntrez.ubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

21. Lawton B, Rose S, Kieser J, Broadbent J, Sussex P, Thomson M, Dowell A. Disparities in edentulism and tooth loss between Māori and non-Māori New Zealand women. *Aust N Z J Public Health*. [Revista en internet] 2008 Jun. [acceso Setiembre del 2008]; 32(3): p. 254-60. Disponible en:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578825?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
22. Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, Manzato E, Corti MC, Baggio G, Crepaldi G. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand*. [Revista en internet]. 2007 [acceso Setiembre del 2008]; 65(2): p. 78-86. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453425?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453425?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
23. Hugo F, Hilgert J, de Sousa Mda L, da Silva D, Pucca G. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. [On line]. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007. [acceso Setiembre del 2015]; 35(3): p. 224-32. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518969?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518969?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
24. Geetha K, Prabhu R, Ratika R, Ilango T, Easwaran M, Iffat S. The quality of oral rehabilitation in the partially edentulous South Indian population: A cross sectional study. *Journal of Clinical Diagnostic Research*. 2011; 5(7): p. 1478-80
25. Hassan N, Malik A, Ayub H, Waheedullah K, Azad A. Patterns of partial edentulism among armed forces personnel reporting at armed forces institute of Dentistry Pakistan. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2011. 31(1): p. 217-21.
26. Sánchez M, Román M, Dávila R, González A. Salud bucal en pacientes mayores y su asociación con la calidad de vida. [On line]. *Rev. De especialidades Médico – Quirúrgicas*. 2011. [acceso Noviembre del 2015]; 16(2): p. 110-115. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47319326010>
27. Shinawi L. Parcial edentulismo: A five year survey on the prevalence and pattern of tooth loss in a sample of patients attending King Abdul Aziz University – Faculty of Dentistry. [On line]. *Life Science Journal*. 2012; [acceso Noviembre del 2015]; 9(4): p. 2665-71.
28. Pellizzer E, Almeida D, Falcon- Antenucci, Sanchez D, Zuim P, Verru F. Prevalence of removable partial dentures users treated at the Aracatuba Dental School- UNESP. [On line]. *The Gerontology Society and John Wiley & Sons*. 2012; [acceso Noviembre del 2015]; 29(1): p. 140-4.

29. Anum M, Mohsin B, Jamil B. Causes and pattern of partial edentulism/ exodontia and its association with age and gender: semirural population, Baqai dental college, Karachi, Pakistan. [On line]. International Dental Journal of student's research. 2012; [acceso Noviembre del 2015]; 1(3): p. 13-8.
30. Cortes V, Carrasco F, Vergara C. Prevalencia de edentulismo Parcial y Total en islas Butachauques y Tac, Quemchi. [On line]. Chile. Rev. Chil Salud Pública. 2014. [acceso Noviembre del 2015]; 18(3): p.257-262. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/33956/35674>
31. Thakadiyel S. An Epidemiological Survey to Determine the Type of Removable Prosthesis Requested By the South Coastal Population of India. [On line]. Mangalore, Karnataka-India. Shetty Memorial Institute of Dental Sciences, 2015. [acceso Noviembre del 2015]; 5(2): p. 56-60. Disponible en: <http://www.ordoneardentistrylibrary.org/Data/pdfs/IJRID/IJRID1174.pdf>
32. Ali A, Shabbir A, Ahmed A, Masqsood M. Complexity of partial Edentulism among Patients seen at Armed Forces Institute of dentistry, Rawalpindi. [On line]. Pakistan Oral & Dental Journal. 2015; 35(2): p. 312-314. Disponible en: http://www.podj.com.pk/Jun_2015/PODJ-36.pdf
33. López J. Prevalencia de edentulismo Parcial Según clasificación de Kennedy en el servicio de rehabilitación Oral del Centro médico Naval Cirujano mayor Santiago Távara. [Tesis para optar Título]. Lima – Perú. 2009.
34. Cisneros Del Aguila M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo Parcial Según clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Lima – Perú. 2009.
35. Rodríguez L. Prevalencia de edentulismo Parcial Según clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica estomatológica Moche. [Tesis para optar Bachiller]. Trujillo – Perú. 2013.
36. Mallat E. Prótesis Parcial Removible. Clínica y Laboratorio. Editorial Madrid. 3^{era}Ed. - España. 2005. p. 33-36.
37. Arrigía D. Principios Fisiológicos De la Oclusión. editorial Mallas S.A. 10^{ma} Ed. México. 2009. P. 19-20.
38. Cuenca E, Manau C, Serra L. Odontología Preventiva y Comunitaria. Editorial Masson S.A. 2004. P. 31-32.
39. Vilela L. Salud Periodontal y El Periodoncista. [On line]. 2012. Disponible en: <http://limadentalpartners.com/blogdental/tag/causas-de-perdida-de-dientes>.
40. Ludovic D. La Enfermedad Periodontal. [On line]. 2008. Disponible en: http://www.uc.cl/dge/salud/html/contenido/dental/porque_perderse_dientes.htm.

41. Prichard J. Enfermedad periodontal avanzada. Editorial Labor S.A. 4^{ta} Ed. Madrid-España. 2005. p. 1.
42. Lalinde E. Traumatismos Dentales. Instituto Lalinde. 2008. Disponible en: <http://www.drlalinde.com/odontologia/traumatismos.htm>
43. Escoda G, Tratado De Cirugía Bucal. Madrid- España. 2012. p. 281.
44. Ministerio de Salud. Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas. Editorial Talleres gráficos SINCO. Lima- Perú. 2005.
45. Oficina Técnica de difusión del INEI. Perfil de la pobreza por departamentos. Lima Perú. 2007.
46. Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. Editorial Interamericana. 1^{ra} Ed.; México D.F. 2004. p. 1-15.
47. Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. Editorial Interamericana. 1^{ra} Ed.; México D.F. 2004. p. 45.
48. Stewart K. Prostodoncia Parcial Removible. Editorial Actualidades. 2^{da} Ed. Médico Odontológicas Latinoamericanas. Caracas- Venezuela. 2003. p. 21-23.
49. Medina F. Navarro B. Prótesis Bucal Removible. Editorial Trillas S.A. 1^{ra} Ed. México. 2003. p. 37.
50. Mallat E. Prótesis Parcial Removible. Clínica y Laboratorio. Editorial Madrid. 3^{era}Ed. - España. 2005. p. 3-6.
51. Carr A, McGivney G, Bromwn D. McCracken Prótesis Parcial Removible. Editorial EDIDE, S.L. 11^{va} Ed. 2008. p. 19.
52. Dorothy D. Necesidad De Prótesis Dental En La Población Adulta Del Cercado De Tacna. . [Tesis para optar Título]. Lima-Perú. 2005.
53. Loza D. Prostodoncia Parcial Removible. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A; 3^{ra} Ed. Perú 2005. p. 56.
54. Bortolotti L. Prótesis Removible Clásica E Innovaciones. Editorial D'vinni Ltda. 1^{ra} Ed. Italia. 2006. p. 198.
55. Medina F. Navarro B. Prótesis Bucal Removible. Editorial Trillas S.A. 1^{ra} Ed. México D.F. 2003. p. 42.
56. Carr A, McGivney G, Bromwn D. McCracken Prótesis Parcial Removible. Editorial EDIDE, S.L. 11^{va} Ed. 2006. p. 22. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Editorial QW Editores. S.A.C. 22va Ed. 2005.

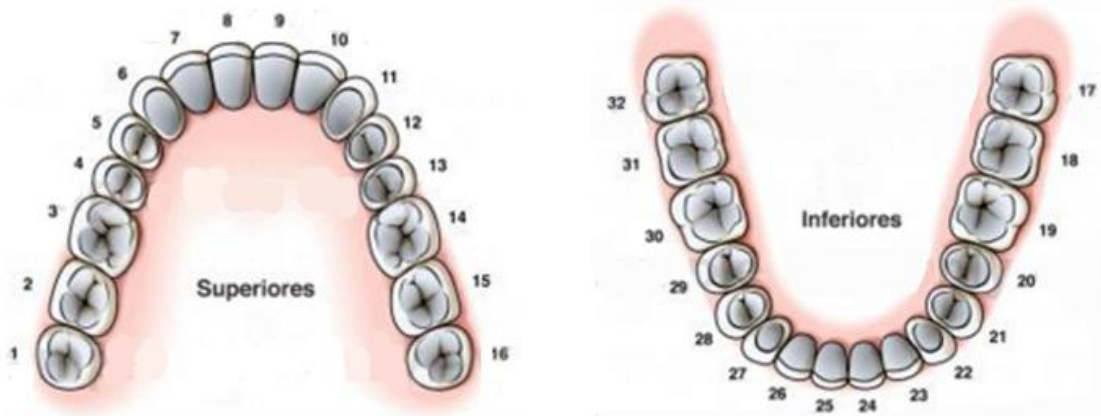
ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° HCL: GENERO:

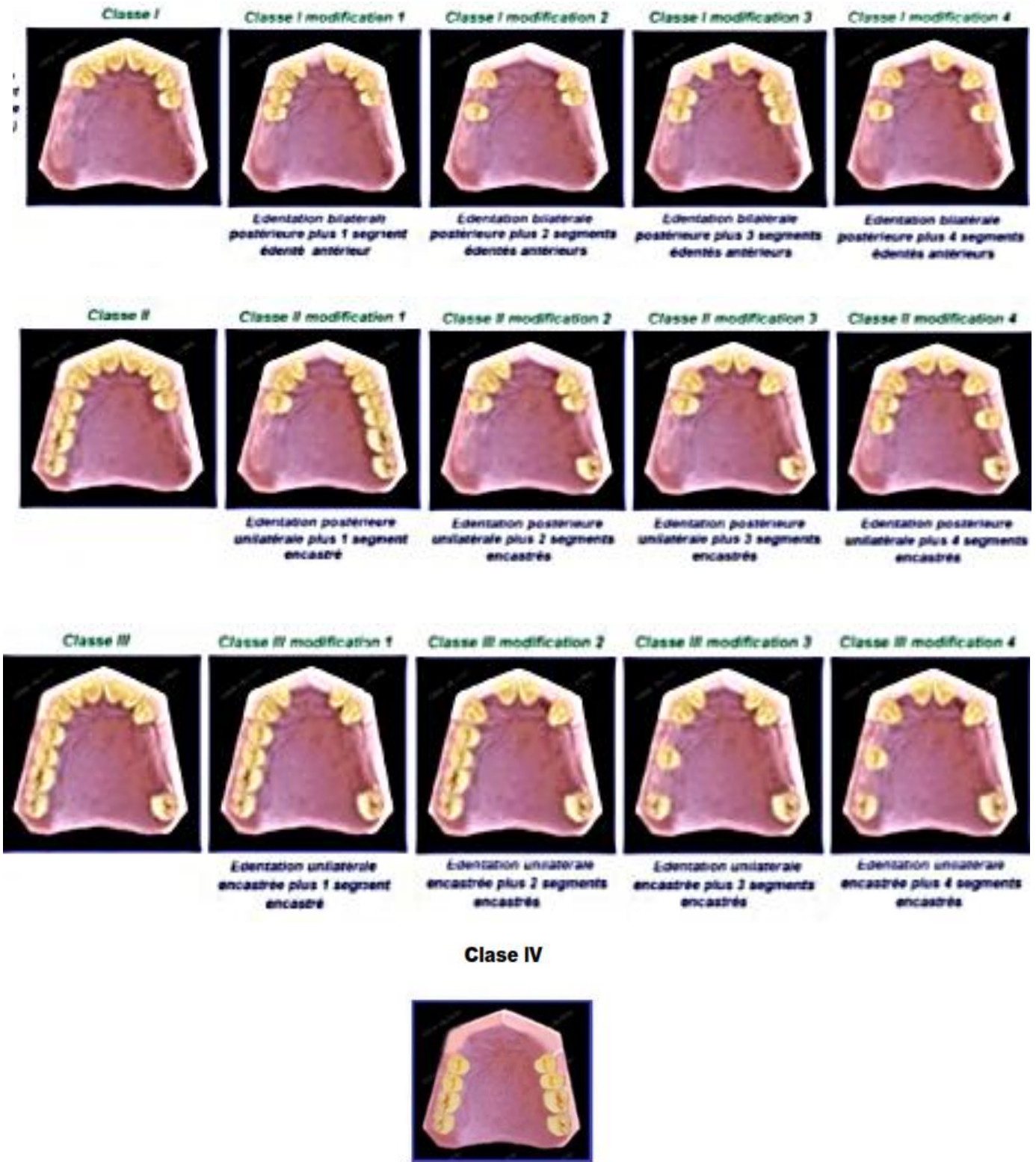
OCCLUSOGRAMA:



CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

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

ANEXO 2



ANEXO 3

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”.

Solicita: Accesibilidad a las historias clínicas.

Señorita:

Dra. Claudia Cristina Morales Guevara
Directora de clínica Estomatológica USS

Yo, Anderson Iván Maxe Milian identificado con el DNI: 72807117, estudiante de 9 ciclos de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán, ante usted con el debido respeto me dirijo para expresarle lo siguiente. Que como requisito de proyecto de tesis debemos de realizar un tema de investigación, el cual tendrá como propósito revisar las historias clínicas desde el periodo del 2014 a 2015 para así obtener datos de prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de kenndy con el objetivo de desarrollar este estudio solicito que se me permita tener acceso a los datos correspondientes a los pacientes atendidos en la clínica que usted dirige.

Espero poder ser entendida ante su despacho lo más pronto posible.

Atentamente

Chiclayo, mayo de 2015.

Anderson Iván Maxe Milian

ANEXO 4

Análisis de Varianza de los casos de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy por maxilar en la Clínica Estomatológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo del 2016.

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
Maxilar superior	5	212	42,4	1708,3
MS %	5	200	40	1526,5
Maxilar Inferior	5	212	42,4	1496,8
MI %	5	201	40,2	1326,2

ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen de las</i>	<i>Suma de</i>	<i>Grados de</i>	<i>Promedio de los</i>	<i>Valor crítico</i>		
<i>Variaciones</i>	<i>cuadrados</i>	<i>libertad</i>	<i>cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>para F</i>
Entre grupos	26,55	3	8,85	0,00584371	0,99935824	3,23887152
Dentro de los grupos	24231,2	16	1514,45			
Total	24257,75	19				

Fuente: paquete estadístico del software Excel.

ANEXO 5

Estadística descriptiva de los casos de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy por maxilar en la Clínica Estomatológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo del 2016.

<i>Maxilar Superior</i>		%	<i>Maxilar Inferior</i>		%
Media	42,4	Media	40	Media	42,4
Error típico	18,48	Error típico	17,47	Error típico	17,30
Mediana	29	Mediana	27	Mediana	36
Moda		Moda	8	Moda	
Desviación estándar	41,33	Desviación estándar	39,07	Desviación estándar	38,69
Varianza de la muestra	1708,3	Varianza de la muestra	1526,5	Varianza de la muestra	1496,8
Curtosis	0,20	Curtosis	0,14	Curtosis	2,66
Coefficiente de asimetría	1,08	Coefficiente de asimetría	1,07	Coefficiente de asimetría	1,34
Rango	98	Rango	92	Rango	104
Mínimo	8	Mínimo	8	Mínimo	2
Máximo	106	Máximo	100	Máximo	106
Suma	212	Suma	200	Suma	212
Cuenta	5	Cuenta	5	Cuenta	5
Nivel de confianza (95.0%)	51,32	Nivel de confianza (95.0%)	48,51	Nivel de confianza (95.0%)	48,04
				Nivel de confianza (95.0%)	45,22

Fuente: paquete estadístico del software Excel.

ANEXO 6

Análisis de Varianza de los casos de Edentulismo Parcial según modificación de la clasificación de Kennedy por maxilar en la Clínica Estomatológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo del 2016.

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
Maxilar superior	19	203	10,68421053	215,339181
MS %	19	100,1	5,268421053	52,3545029
Maxilar Inferior	19	210	11,05263158	181,385965
MI %	19	103,4	5,442105263	43,951462

ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Entre grupos	579,0793421	3	193,0264474	1,56603868	0,20505268	2,73180701
Dentro de los grupos	8874,56	72	123,2577778			

ANEXO 7

Estadística Descriptiva de los casos de Edentulismo Parcial según modificación de la clasificación de Kennedy por maxilar en la Clínica Estomatológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo del 2016.

<i>Maxilar superior</i>		%	<i>Maxilar Inferior</i>		%		
Media	10,7	Media	5,3	Media	11,1	Media	5,4
Error típico	3,4	Error típico	1,7	Error típico	3,1	Error típico	1,5
Mediana	5	Mediana	2,5	Mediana	6	Mediana	3
Moda	0	Moda	0	Moda	0	Moda	0
Desviación estándar	14,7	Desviación estándar	7,2	Desviación estándar	13,5	Desviación estándar	6,6
Varianza de la muestra	215,3	Varianza de la muestra	52,4	Varianza de la muestra	181,4	Varianza de la muestra	44,0
Curtosis	6,71	Curtosis	6,74	Curtosis	0,15	Curtosis	0,2
Coefficiente de asimetría	2,38	Coefficiente de asimetría	2,39	Coefficiente de asimetría	1,15	Coefficiente de asimetría	1,2
Rango	60	Rango	29,6	Rango	42	Rango	20,7
Mínimo	0	Mínimo	0	Mínimo	0	Mínimo	0
Máximo	60	Máximo	29,6	Máximo	42	Máximo	20,7
Suma	203	Suma	100,1	Suma	210	Suma	103,4
Cuenta	19	Cuenta	19	Cuenta	19	Cuenta	19
Nivel de confianza (95.0%)	7,07	Nivel de confianza (95.0%)	3,49	Nivel de confianza (95.0%)	6,49	Nivel de confianza (95.0%)	3,20

Fuente: paquete estadístico del software Excel.

ANEXO 8

Análisis de varianza de los casos de Edentulismo Parcial según modificación de la clasificación de Kennedy por género en la Clínica Estomatológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo del 2016.

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
Columna 1	4	60	15	92
Columna 2	4	100	25	254.446667
Columna 3	4	152	38	900.666667
Columna 4	4	100	25	389.686667

ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Entre grupos	1067	3	355.6667	0.8692	0.483845137	3.490294819
Dentro de los grupos	4910.4	12	409.2			
Total	5977.4	15				

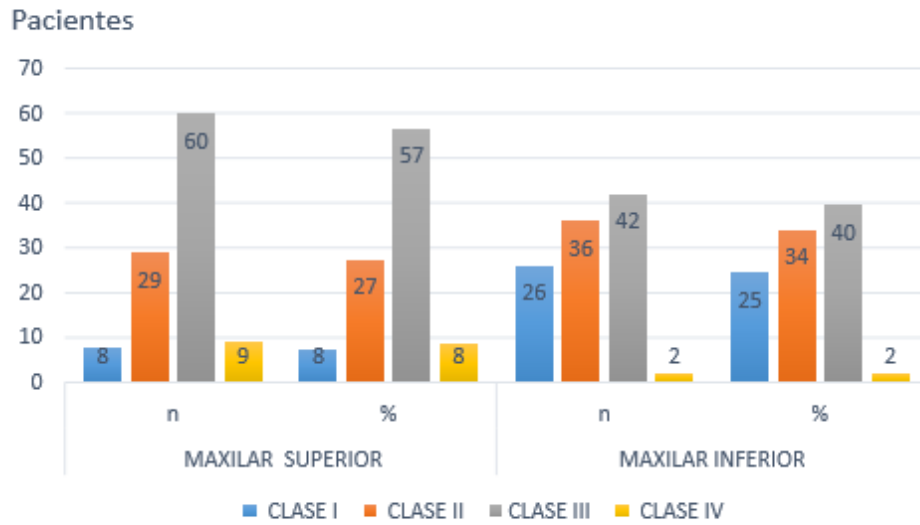
ANEXO 9

Estadística descriptiva de los casos de Edentulismo Parcial según modificación de la clasificación de Kennedy por género en la Clínica Estomatológica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 a marzo del 2016.

<i>Maxilar Superior</i>		%	<i>Maxilar superior</i>		%
Media	57,2	Media	40	Media	23,6
Error típico	24,19	Error típico	16,91	Error típico	9,65
Mediana	41	Mediana	28,7	Mediana	16
Moda		Moda		Moda	
Desviación estándar	54,09	Desviación estándar	37,81	Desviación estándar	21,57
Varianza de la muestra	2925,2	Varianza de la muestra	1429,795	Varianza de la muestra	465,3
Curtosis	1,20	Curtosis	1,21	Curtosis	1,98
Coefficiente de asimetría	1,19	Coefficiente de asimetría	1,19	Coefficiente de asimetría	1,46
Rango	138	Rango	96,5	Rango	54
Mínimo	5	Mínimo	3,5	Mínimo	5
Máximo	143	Máximo	100	Máximo	59
Suma	286	Suma	200	Suma	118
Cuenta	5	Cuenta	5	Cuenta	5
Nivel de confianza (95.0%)	67,2	Nivel de confianza (95.0%)	47,0	Nivel de confianza (95.0%)	26,8

Fuente: paquete estadístico del software Excel.

ANEXO 10



$p > 0.05$

Figura 1. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 en relación al tipo de maxilar

ANEXO 11

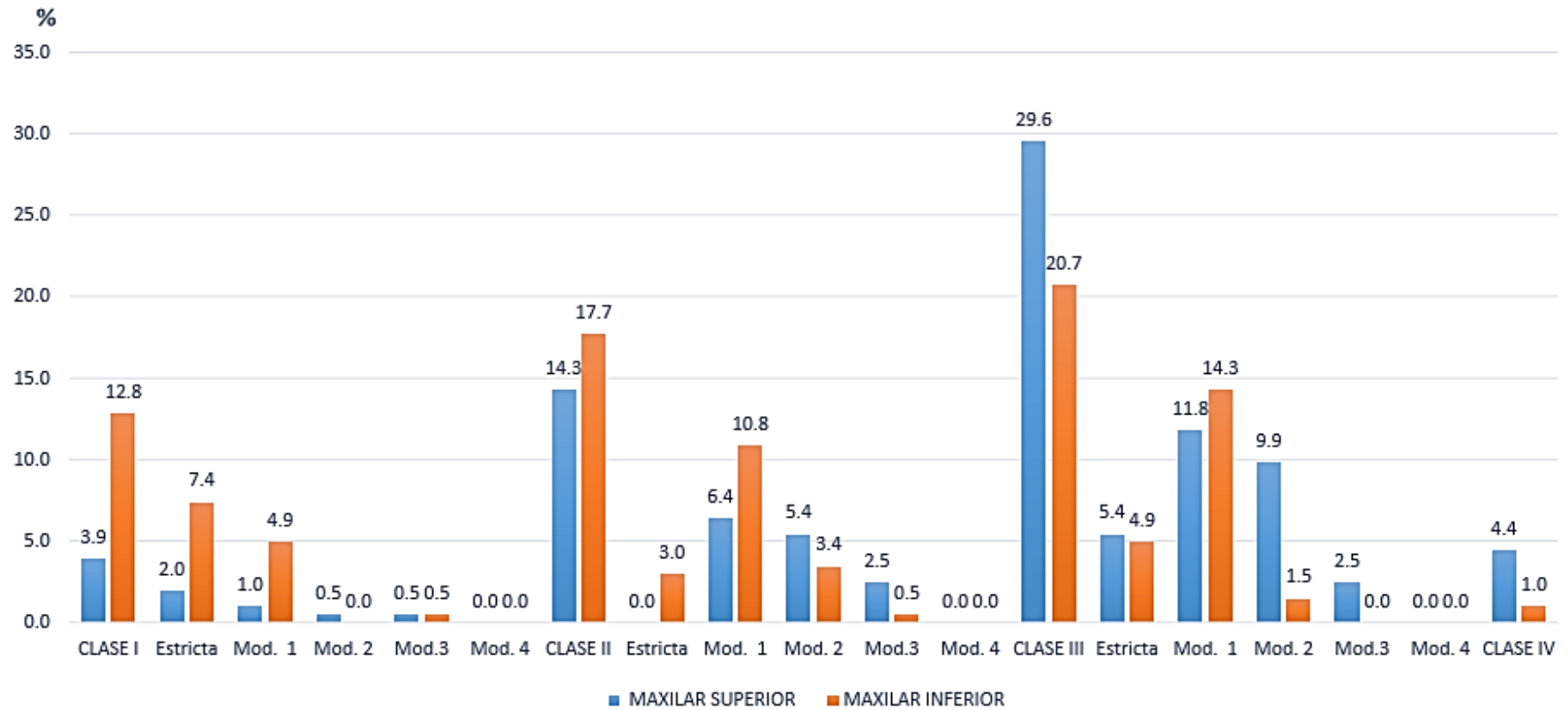


Figura 2. Prevalencia de edentulismo parcial según la modificaciones de la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 .

ANEXO 12

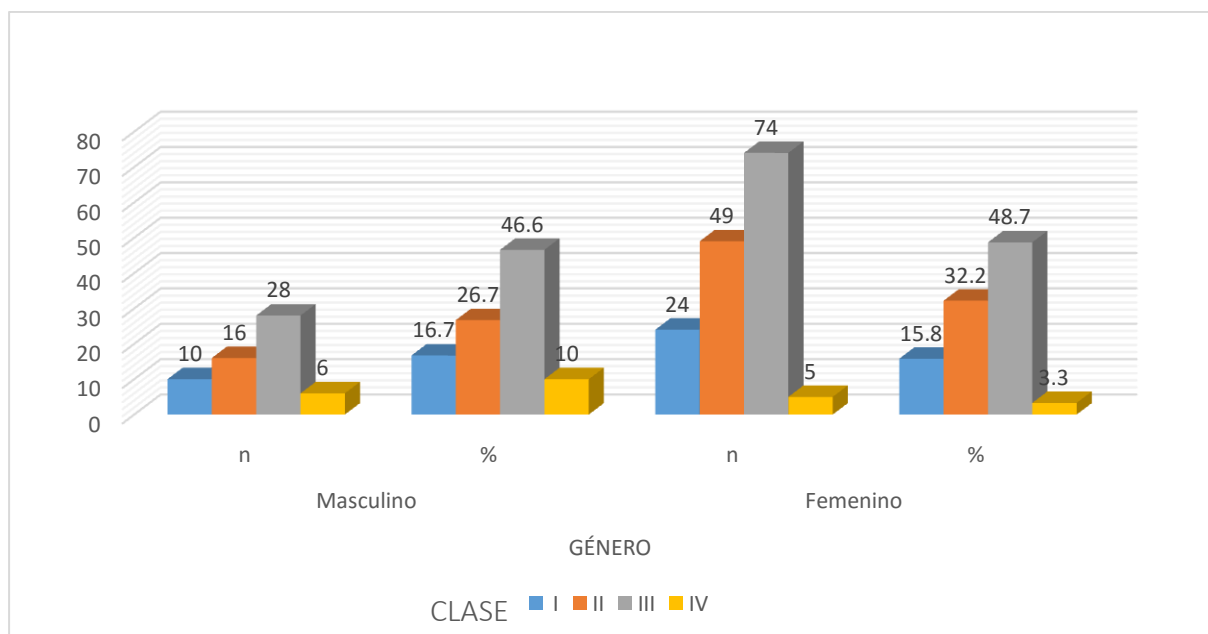


Tabla 3. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016 en relación al género

ANEXO 13

