

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación
de Kennedy, en pacientes atendidos en el Centro de
Salud de Ocopilla 2022**

Nuñer Hernan Canchanya Capcha
Jimmy Edgar Ortega Gaspar

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2023

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

DEDICATORIA

A mis amados padres, Florencio Canchanya Flores
y Virginia Capcha Sinche.

Hernan.

Con todo mi amor, a mis padres Edgar Ortega
Cárdenas y Alejandra Gaspar Esplana.

Jimmy.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater, la Universidad Continental, por habernos formado como profesionales competentes y capaces para hacer frente a las vicisitudes académicas y laborales.

Al Centro de Salud de Ocopilla, por todas las facilidades para el desarrollo de esta investigación.

A nuestro asesor, por impartir con nosotros todas sus sabidurías.

Los autores.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I:	11
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	11
1.1. Delimitación de la Investigación.....	11
1.1.1. Delimitación Territorial.	11
1.1.2. Delimitación Temporal.	11
1.1.3. Delimitación Conceptual.	11
1.2. Planteamiento y Formulación del Problema	11
1.3. Formulación del Problema	13
1.3.1. Problema General.....	13
1.3.2. Problemas Específicos.	13
1.4. Objetivos.	13
1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13
1.5. Justificación	14
1.5.1. Justificación Teórica	14
CAPÍTULO II:	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes del Problema.....	15
2.1.1. Internacionales.	15
2.1.2. Nacionales.....	17
2.2. Bases Teóricas.....	19
2.2.1. Edentulismo Parcial.	19
2.2.2. Clasificación de Kennedy.	26
2.3. Definición de Términos Básicos	32

CAPÍTULO III:.....	35
HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
3.1. Hipótesis.....	35
3.1.1. Hipótesis general.....	35
3.2. Identificación de las Variables	35
CAPÍTULO IV:	36
METODOLOGÍA.....	36
4.1. Métodos, tipo y nivel de investigación	36
4.2. Diseño de la Investigación	37
4.3. Población y Muestra.....	37
4.3.1. Población.....	37
4.3.2. Muestra.	37
4.4. Técnicas de Recolección y Análisis de Información	38
4.4.1. Técnicas.	38
4.4.2. Instrumentos de Recolección de Datos.	39
4.4.3. Procedimiento de la Investigación.	39
4.5. Consideraciones Éticas.	40
CAPÍTULO V:.....	41
RESULTADOS	41
5.1 Presentación de Resultados	41
5.2 Discusión de Resultados	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos descriptivos de edad de pacientes con algún tipo de edentulismo parcial	41
Tabla 2. Género de los pacientes.....	42
Tabla 3. Edentulismo parcial según clase	43
Tabla 4. Error estándar de la prevalencia del maxilar superior según la clasificación de Kennedy	44
Tabla 5. Error estándar de la prevalencia del maxilar inferior según la clasificación de Kennedy	44
Tabla 6. Intervalos de confianza de la prevalencia (95 %) del maxilar superior según la clasificación de Kennedy	44
Tabla 7. Intervalos de confianza de la prevalencia (95 %) del maxilar inferior según la clasificación de Kennedy	45
Tabla 8. Tipo de modificación en maxilar superior clasificación por Kennedy-Applegate	46
Tabla 9. Tipo de modificación en maxilar inferior según clasificación por Kennedy-Applegate	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Datos descriptivos de edad de pacientes con algún tipo de edentulismo parcial	41
Figura 2. Género de los pacientes	42
Figura 3. Edentulismo parcial según clase.....	43
Figura 4. Tipo de modificación en maxilar superior según clasificada por Kennedy-Applegate	46
Figura 5. Tipo de modificación en maxilar inferior clasificada por Kennedy-Applegate	47

RESUMEN

La investigación titula “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el centro de salud de Ocopilla 2022”, fue desarrollada con la finalidad de estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los mencionados pacientes. Se empleó el método científico, fue no experimental, se caracterizó por ser transversal, de tipo básica y de nivel descriptivo. Los hallazgos fueron producto de la observación, y la ficha de observación aplicada a 208 pacientes del Centro de Salud de Ocopilla. Los resultados señalan que el edentulismo parcial, se da mayormente en el maxilar inferior y de clase III; es prevalente en pacientes de sexo femenino, entre las edades de 27 y 50 años; y tiene alta presencia de modificaciones de tipo 1 en los casos de clase I, II, y III. Lo hallado pone en evidencia que las pacientes adultas, presentan en la mayoría de casos, una mandíbula con una zona desdentada unilateral con pilares anteriores y posteriores al vano desdentado, y con un espacio adicional en la zona dentada.

Palabras clave: edentulismo parcial, maxilar superior, maxilar superior, clasificación de Kennedy.

ABSTRACT

The research entitled "Prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification, in patients attended at the health center of Ocopilla 2022", was developed with the purpose of estimating the prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification in the aforementioned patients. The scientific method was used, it was non-experimental, it was characterized for being transversal, basic and descriptive. The findings were the result of observation and the observation form applied to 208 patients of the Ocopilla Health Center. The results indicate that partial edentulism occurs mostly in the lower jaw and class III; it is prevalent in female patients, between the ages of 27 and 50 years; and there is a high presence of type 1 modifications in cases of class I, II and III. The findings show that adult patients, in most cases, present a mandible with a unilateral edentulous area with anterior and posterior abutments to the edentulous space, and with an additional space in the dentate area.

Keywords: partial edentulism, maxilla, maxilla, Kennedy classification.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es un problema odontológico utilizado para describir una condición en la que un diente natural o los dientes se pierden debido a ciertas enfermedades orales como la caries y enfermedades periodontales, traumáticas o neoplásicas. Sobre esta problemática se ha advertido los desafíos clínicos que incluyen sobre erupción de los dientes antagonistas, desplazamiento de los dientes adyacentes, pérdida de contacto proximal que causa la impactación de alimentos, cambio en fonética. También se han avizorado problemas de desconfianza y limitadas actividades sociales, que conducen a la angustia psicológica, como consecuencias del edentulismo parcial cuyos efectos son negativos en la calidad de vida de las personas.

Por ello, es necesario abordar este problema, requiere de un sistema de clasificación eficaz y eficiente, que además facilite la comunicación y la toma de decisiones, para la adecuada identificación y determinación del tratamiento odontológico adecuado. En la actualidad, el sistema de clasificación sugerido por Kennedy (1925) es ampliamente utilizado por la comunidad odontológica, dado que este proporciona una visualización inmediata de los edéntulos parciales. Ante esta problemática identificada, es necesario que se identifique el nivel o estado que el sujeto presenta en su dentadura, clasificándolo en cuatro clases, I, II, III y IV, en los pacientes de Ocopilla, toda vez que se evidencia deficiencias en el cuidado bucal de los que se atienden en dicho barrio de la ciudad de Huancayo.

En ese sentido, hubo la necesidad de estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla. Con el propósito de cumplir con esta meta, se aplicó el método científico, el estudio fue no experimental, se caracterizó por ser transversal, guiada por la orientación cuantitativa. Se trabajó con la ficha de observación, en la cual se tuvo 208 historias clínicas de los pacientes del Centro de Salud de Ocopilla.

Finalmente, para una mejor lectura, se señala que el informe de investigación se halla dividida por cinco capítulos. En el primero, se expone la fundamentación del problema, las razones que sustentan el desarrollo de la indagación, así como las metas perseguidas; en el segundo, se encuentran las bases teóricas que son el sustento de esta indagación; en el tercero, versa la identificación de variables; en el siguiente capítulo, se presenta las bases metodológicas que guiaron el desarrollo de la tesis. En el capítulo cinco, se dan a conocer los hallazgos más resaltantes. Finalmente se presentan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

Los autores.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Delimitación de la Investigación

1.1.1. Delimitación Territorial.

La investigación fue puesta en marcha en la ciudad de Huancayo, específicamente en el Centro de Salud de Ocopilla.

1.1.2. Delimitación Temporal.

La investigación fue desarrollada entre los meses de abril a diciembre del año 2022.

1.1.3. Delimitación Conceptual.

La investigación fue desarrollada bajo los lineamientos teóricos del edentulismo parcial conforme a la determinación teórica de la clasificación de Kennedy.

1.2. Planteamiento y Formulación del Problema

El edentulismo se configura como la pérdida de los dientes, en lo que se traduce como los dientes naturales que son permanentes (a excepción de los terceros molares) (1). Para el edentulismo se cuenta con la clasificación de Kennedy, siendo este la categorización que frecuentemente es usado para identificar el nivel o estado que el sujeto presenta en su dentadura, clasificándolo en cuatro clases, I, II, III y IV, siendo considerados para la determinación del área edéntula en el sector bucal, siendo necesario para descartar patologías y mostrar las posibles causas que llevaron a llegar

a ese estado, y los tratamientos que se debe considerar para la recuperación, y de alguna forma, desarrollar actividades que regule, reestructure y mejore la apariencia y salud bucal (2).

En México, el 40 % de personas tiene caries grave, el cual es uno de los principales casos para padecer de edentulismo. Un conflicto que es manifestado entre el 29 % en las personas adultas, y que sean mayores de 60 años, es que, debido a las patologías bucales, se les hace complicado comunicarse, tampoco comer de una correcta forma. Los padecimientos que son bucodentales, llegan a producir ciertas patologías que son de la misma forma graves, como es el caso del edentulismo, el cual permite la pérdida total o parcial de los dientes, de patologías respiratorias, de infecciones sistémicas y orgánicas, patologías digestivas, distintos tipos de cánceres, padecimientos cardiovasculares, patologías metabólicas, el cual es el caso de la diabetes, complicaciones diversas, en el caso del embarazo, como el presentar un nacimiento prematuro, de la misma forma como los trastornos psicológicos y emocionales, entre otros (3).

De acuerdo con el Estudio Sanitas de Salud Bucodental 2022, se manifiesta que 7 de cada 10 adultos españoles que tienen entre 24 a 60 años, presentan dificultades bucodentales. Y no solo ello: una pérdida o una rotura sobre los dientes, indica el 9,4 % de todos los motivos fundamentales, en los cuales los odontólogos van a una consulta al odontólogo. Las causas que mayormente se toman en cuenta son: las caries, originada debido a la falta de higiene bucal. Una patología periodontal, el cual lleve a transformar frente a una periodontitis, en que los tejidos del soporte son iniciados a debilitarse, el cual origina una caída más adelante del diente. O las rupturas y traumatismos, debido a que un golpe en la boca permite ocasionar una caída o una ruptura, ya sea de uno u otros dientes. La gran cantidad de pérdidas dentales, son el efecto de la patología periodontal o de la caries, las dos patologías originadas debido a las bacterias y muy vinculadas con hábitos de higiene oral malos o hábitos que son poco saludables (4).

En el Perú, Gutiérrez hizo un análisis del edentulismo, sus resultados señalan que se presentó en el 72 % de la población, y las personas requirieron de un tratamiento protésico de manera parcial o total. El problema se encuentra dentro del maxilar superior, compuesto por el 59,6 % y en el inferior el 67,3 %. La población en su mayoría fueron adultos, y el género femenino fue en su mayoría, el área considerable fue el maxilar inferior, se encontró una gran área visible en esa zona, en la cual necesitan un tratamiento de prótesis (5).

Frente a la prevalencia del edentulismo, es necesario emplear la clasificación de Kennedy, para determinar esta falencia en el Centro de Salud de Ocopilla, a fin de dar solución a esta problemática.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022?

1.3.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la edad, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022?
2. ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo al género, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022?
3. ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación del edentulismo en el maxilar, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022?
4. ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la modificación de Kennedy-Applegate, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022?

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General.

Estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1. Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la edad, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022.
2. Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo al género, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022.
3. Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación del edentulismo en el maxilar, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022.
4. Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la modificación de Kennedy-Applegate, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla en el 2022.

1.5. Justificación

1.5.1. Justificación Teórica

El estudio desarrollado brindó conceptos y definiciones que presentan relevancia debido a su contenido, permite que estudios a futuro puedan tomarlo, siendo necesario y fundamental para proyectos que son referidos a este tema de investigación. De la misma manera la información contiene y proviene de autores confiables, el cual aporta de manera adecuada para un estudio como éste y otros a futuro.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema

2.1.1. Internacionales.

Sáez et al. (6), realizó una investigación sobre la prevalencia de lesiones no cariosas en adultos mayores edéntulos parciales. El trabajo se desarrolló a través de una indagación de forma bibliográfica sistemática, con búsqueda en Cielo, Medline, Elsevier, y finalmente en Embase. Concluye que las lesiones fueron a nivel del tercio cervical y del tercio incisal, causados por la abfracción, la atrición y la abrasión, predominando en edentulismo de la clase I y II de Kennedy. La atrición y la abfracción son la más predominante en los adultos de 40 a 60 años.

Sánchez (7), su estudio tuvo la finalidad de estimar la prevalencia en los individuos con edéntulos parciales, este conforme con la Clasificación de Kennedy. Para el logro del objetivo se desarrolló el trabajo de tipo descriptivo, de un diseño transversal; como población se consideró 124 historias clínicas, con una muestra de 117 de ellas. Los resultados fueron: (i) respecto a la prevalencia en el edentulismo parcial sobre la clase I, indicó el 33,33 %, en la clase II, dio un valor de 29,92 %, en la clase III, indicó un valor porcentual de 29,92 % y en la clase IV, fue de 6,84 %, (ii) respecto a la edad, entre los 20 y 49 años, fue un porcentaje de prevalencia el 48,72 %, (iii) el 71,8 %, fue el porcentaje que obtuvieron el sexo femenino, (iv) la arcada inferior se comprendió por el 58,97 % . En conclusión, la clase I, fue quien tuvo la mayor prevalencia, y con una clase IV, la cual fue la menor respecto al porcentaje.

De Oliveira (8), en su investigación evaluó el efecto o consecuencia que presenta la falta de partes dentarias en el nivel de vida en adultos mayores. Para el logro del objetivo se desarrolló un trabajo transversal, considerando a 108 ancianos pacientes de la atención primaria dentro del municipio de Caicó. Se recogió la información por medio de visitas hacia las Unidades Básicas de Salud, empleando un cuestionario estructurado. Los resultados fueron: (i) gran parte de las personas mayores, el cual compone el 60 %, son mujeres, (ii) el edentulismo parcial fue prevalente en un porcentaje del 64,9 % de la muestra, el cual presentan de 12 a 22 dientes faltantes, estos fueron el 60,1 %, (iii) los impactos hacia la salud sistémica son, manifestadas con prevalencia de enfermedades patológicas crónicas, estos fueron el 59,2 %, iv) el índice de masa corporal elevado entre las personas fue un 60 %.

Quilumbaquin (9), la pesquisa se dirigió hacia la determinación de la cantidad de pacientes que cuentan con edentulismo, considerando la clasificación establecida en usuarias mayores de 20 años, que se encuentran en el Centro de Salud. El trabajo investigativo fue dirigido a través del diseño metodológico descriptivo, que presente un corte transversal y carácter retrospectivo, en efecto a la revisión de expedientes clínicos, fue utilizado 1801 historias clínicas. Los resultados fueron: (i) la presencia de edentulismo en los pacientes dio un valor del 45 %; siendo el mayor en mujeres con 46,3 %, (ii) la deficiencia se presentó en el maxilar superior 67,8 % y 82,7 % en el maxilar inferior, (iii) hubo mayor prevalencia de clase III en el maxilar superior 78,8 %, (iv) en maxilar inferior llegó a prevalecer la clase III, con un porcentaje de 73,9 %, (v) de acuerdo con las modificaciones, hubo mayor prevalencia en la clase I en el maxilar superior 33,7 %. En conclusión, la presencia de edentulismo en los pacientes llegó a presentar un 45 % del total, conforme a la información obtenida.

Castillo et al. (10), su estudio se dirigió hacia la determinación de la predominancia del edentulismo parcial presente en pacientes jóvenes, de entre los 18 a los 35 años, los cuales asistieron al área de prostodoncia en una clínica. Para el logro del objetivo se desarrolló un trabajo retrospectivo y de corte transversal, se trabajó con 50 jóvenes (18-35 años de edad), se usó historias clínicas y una ficha para recolectar la información. Los resultados fueron: (i) del total de pacientes, el 19,53 % de las mujeres presentó prevalencia de edentulismo parcial, y el 10,06 % de los varones presentó edentulismo parcial, (ii) los factores etiológicos fueron: hipodoncia, oligodoncia, anodoncia, caries

dental, trauma, enfermedad periodontal y bruxismo, (iii) la arcada superior la compone el 72 %, y la arcada inferior la compone el 76 %, (iv) de acuerdo a las piezas perdidas por cuadrante, dio un valor de 28,34 %, (v) la clase I con modificación 3 dio un valor de 4,88 %, (vi) la clase II con modificación 2 dio un valor de 4,88 %, (vii) en el maxilar superior se obtuvo un porcentaje de 63,41 %. En conclusión, hubo mayor predominancia de la deficiencia en la arcada inferior, siendo las mujeres quienes evidencian mayor predominancia del edentulismo.

Loja et al. (11), su pesquisa se dirigió hacia la determinación de la predominancia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy. Para el logro del objetivo se elaboró el trabajo descriptivo, también fue observacional, se desarrolló la evaluación a una población compuesta por 206 historias clínicas, siendo 63 varones y 143 mujeres que se encuentran en una edad entre los 20 y 80 años. Los resultados fueron: (i) en la clase III se obtuvo mayor predominancia (57,8 %), (ii) en segundo lugar se ubicó la clase II, (13,1 %), (iii) el 8,3 % predominó la clase I, (iv) la clase IV tuvo un valor porcentual de (0,5 %), no manifiesta una relación entre el tipo de arcada y el sexo afectado debido al edentulismo. En conclusión, la clase III, tuvo una mayor prevalencia.

Vanegas et al. (12), su trabajo se basa en la frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados. Se dio a conocer la frecuencia y asociación presente en los tipos de edentulismo en consideración al estado de la nutrición, edad, nivel de vida, y género. Para el logro del objetivo el trabajo fue de tipo aplicada; como muestra se consideró a 378 pacientes adultos. La nutrición se calculó por el índice de masa corporal. La calidad de vida fue estudiada mediante el cuestionario. Los resultados fueron: (i) el edentulismo parcial se consideró con un 75 % y fue el tipo de pérdida con mayor prevalencia, (ii) la clase III de Kennedy, fue catalogado como principal y delantero, en los maxilares superiores e inferiores, siendo el 42 (maxilar superior) y el 40 % (mandíbula), (iii) se observó un vínculo presente entre el edentulismo y el nivel de vida. Concluye en que el edentulismo fue tomada como un aspecto o criterio de riesgo en bien y favor de la calidad de vida menor, de acuerdo a su condición respecto al edentulismo.

2.1.2. Nacionales.

Gonzales (13), Su trabajo tuvo el objetivo de estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, quienes obtuvieron una atención en la clínica. Se desarrolló un trabajo de tipo básico, el nivel fue

descriptivo, se tuvo la colaboración de 234 pacientes; se usó como técnica la observación, y la ficha para recolectar datos como instrumento. Los resultados fueron: (i) el 80,56 % manifestaron tener edéntulo parcial, (ii) el 37 % presentaron una prevalencia de edéntulo de clase III, (iii) el 42,3 % tuvo predominancia en el maxilar superior, específicamente en la clase III, así también el 31,6 % de maxilar inferior de clase III, (iv) en la Modificación de Applegate superior, el 42 % de la clase III, (v) en los intervalos de confianza de la prevalencia, el límite inferior fue de 0,326, el límite superior fue de 0,414. En conclusión, la prevalencia de edentulismo parcial permite presentar un número porcentual del 80,56 % en cada usuario.

Asqui (14), su pesquisa fue dirigida hacia la determinación de los elementos asociados al edentulismo parcial en pacientes atendidos, los cuales fueron asistidos en la clínica odontológica. Para alcanzar el objetivo se elaboró un trabajo observacional, retrospectivo, relacional y con un nivel descriptivo. Se consideró como muestra 80 historias clínicas, se empleó la ficha de observación. Los resultados fueron: (i) el edentulismo en el maxilar superior tuvo una frecuencia considerable, fue el que presentó la categoría de la primera clase, obtuvo el 30 %, (ii) el edentulismo en el maxilar inferior presentó una mayor frecuencia y fue en la clase I, siendo el 43,8 %, (iii) el edentulismo total dio un valor de 2,6 % en el maxilar superior, dando un valor porcentual de 72,5 % en maxilar superior e inferior. Concluye que el edentulismo parcial presentó mayores predominancias en el sexo femenino, las cuales se hallan asociadas con la edad, debido al deterioro en las piezas dentales por el transcurso de los años.

Chumpitaz et al. (15), su investigación fue dirigida hacia la determinación de la predominancia del edentulismo parcial en consideración a la calificación de Kennedy. En bien del alcance de la meta, el estudio fue descriptivo, bajo los lineamientos de la no experimentación, se hizo uso de 321 historias clínicas. Los hallazgos dieron a conocer que: (i) la prevalencia de la falencia es mayormente en el maxilar superior, en la que se encontró ubicado en la tercera clase, componiendo el 42,4 %, (ii) en el maxilar inferior, los que presentaron una prevalecía considerable fueron aquellos que se ubicaron en la clase I, siendo el porcentaje de 42,4 %, (iii) de acuerdo al sexo, la clase I y III a diferencia de las otras, presentaron una prevalencia mayor, en mujeres como en los hombres. En conclusión, la mayor prevalencia tuvo la clase I y III, respecto al maxilar inferior, así como el superior y el género.

Cano (16) en el 2017, decidió indagar la Prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en relación al sexo en pacientes de 20 a 60 años. El trabajo empleó un diseño de no experimentación, se caracterizó por ser básica. Se tuvo la participación de 65 adultos. Los resultados fueron: (i) el 84,34 % no presenta edentulismo parcial, (ii) el 13,8 % presenta clase III modificación 1, (iii) el 23,08 % presenta una dentadura completa, (iv) el 18,5 % fueron menores de 35 años y estuvieron en la clase III, con modificación 1, (v) el 13,8 % se consideró dentro de la clase I, de los mayores de 35 años, (vi) el edentulismo parcial de acuerdo con el género femenino fue un valor de 50,77 %. En conclusión, hubo mayor predominancia en el género femenino de acuerdo a los resultados brindados.

Cordova (17), su investigación determinó la prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy en pacientes de 30 a 59 años. En bien del objetivo, se desarrolló un trabajo de tipo observacional, consideró el nivel descriptivo, prospectivo y transversal; se hizo uso de 150 imágenes de pacientes. Los resultados fueron: (i) el 32 % parte de la población, dio a conocer la prevalencia de edentulismo parcial presente en la clase I, (ii) de la cantidad total en la población, el cual indica el edentulismo parcial, presente en el maxilar superior, un porcentaje del 36,9 %, son los que estuvieron en la clase III, (iii) respecto al maxilar inferior, el 40,4 % fue de una clase III, (iv) la prevalencia en el edentulismo parcial, en el 47,9 % fue de clase I por modificación I; la modificación III en la clase II con el 50 %; en la clase III también se evidenció la modificación I con el 47,5 %. En conclusión, la prevalencia en la población estudiada, dio a conocer una mayor cantidad en la tercera clase de Kennedy.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Edentulismo Parcial.

A. Definición.

El edentulismo es definido como la pérdida dentaria permanente en un individuo adulto. Presenta diversos niveles de afección, los cuales llegan a ser: total y parcial, alcanzando a padecer mujeres como hombres, dejando de lado el límite de edad, el color de la piel o etnia. La cavidad bucal y el diseño anatómico que presenta, y las responsabilidades son ejecutadas que ayudan a: sonreír, a hablar, a degustar, masticar, a agradar, de complementar y embellecer el macizo cráneo facial, de modo que las modificaciones en la boca presentan una restricción en el desempeño social e individual de los individuos,

originando incapacidades, discapacidades o de exclusión dentro del contexto social. En aspectos generales, una sonrisa completa y armónica se da juntamente o se vincula a una salud general adecuada y a una calidad de vida por aspectos que son de manera generacional implantados y en ciertas ocasiones excluyentes (6).

El edentulismo parcial o total, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, se interpreta como el efecto de la destrucción o falta de piezas dentales. Dicha situación produce una malformación sobre las responsabilidades y labores fundamentales como la alimentación y el habla, impactando de una forma significativa en el desempeño continuo que desarrollan los edéntulos, impactando la función masticatoria, una oclusión dental y una disminución respecto a la calidad de vida (18). El edentulismo manifiesta un impacto directo respecto a la masticación, manifestándola como un deficiente, con la cual podría desencadenar en patologías gastrointestinales y traer impactos negativos acerca del estado nutricional en un individuo edéntulo; en otras situaciones, se le aporta incluso, un impacto predictor acerca de la mortalidad sobre un individuo, llegando a sugerir que un individuo edéntulo presenta un riesgo mayor de morir que otro que no cuente con un padecimiento edentulismo (19).

El edentulismo impacta al estado general en la salud sobre los individuos mayores y participa dentro de la calidad de vida, a causa de que una salud bucal, es definido como un componente que presenta relevancia en el bienestar general. Presentar una pérdida dentaria, desarrolla complicaciones durante la alimentación, causa reducción en la capacidad funcional en el habla, origina daños que son nutricionales, también efectos psicológicos y estéticos, reduce el nivel de autoestima y llega a perjudicar una integración social. La investigación, llegó a comprobar que la ausencia de dientes, llega a agravar una deficiencia cognitiva, la cual empeora al momento en que la arcada dentaria, no permite rehabilitar de forma correcta durante más de 15 años, algo que es común presente entre los grupos poblacionales en contexto de desventaja en socioeconómica. En el vínculo del edentulismo y la desigualdad social, el análisis manifiesta que la población de un nivel socioeconómico bajo presenta mayores pérdidas dentarias a diferencia de las clases sociales que son más acomodadas (20).

El edentulismo trae un efecto en la salud oral, el cual generalmente repercute en la calidad de vida de las personas impactadas, debido a que cambia

una dieta alimenticia, desarrolla una variación al gusto de los alimentos, causando y originando desnutrición o una malnutrición. Ciertas personas que utilizan prótesis, debido a que son parciales o totales, no llegan a manifestar una efectividad masticatoria misma, ya que se toma en consideración las piezas dentarias en total. Los aportantes principales para el edentulismo, es una patología periodontal crónica debido a la caries dental. Pese a que en ciertos análisis las caries dentales son tomadas como la causa más relevante que ayuda a desarrollar una extracción dental a diferencia con una patología periodontal. La pérdida de dientes, trae un efecto hacia los individuos, sin importar la edad, no obstante, se presenta en su mayoría en adultos a causa de que, a través del periodo de vida, llegaron a producir patologías crónicas, siendo uno de estos la caries dental o también una periodontitis. Pese a ello, no se considera como un producto inevitable en el proceso de envejecimiento. De otro modo, un impacto en la promoción de las acciones públicas y la salud oral como un consumo de agua fluorada, permiten sugerir que el edentulismo llegue a ser prevenido (21).

El edentulismo impacta a individuos de distintas edades, se manifiesta con mayor frecuencia en un adulto mayor, debido al tiempo de vida, fue originándose patologías de nivel crónico como una caries dental y la periodontitis. Se presenta con la pérdida de piezas dentarias en un periodo temprano, puede ser desarrollado por descuido, poca higiene oral y educación escasa. Los estudios indican que el edentulismo es manifestado en su mayoría en mujeres que, en hombres, enfocando que son ellas, las que llegan a consultar al odontólogo de manera más prematura, en consecuencia, el comportamiento llega a modificar dichas cifras. Muchos individuos toman en cuenta que el edentulismo se origina en el envejecimiento; no obstante, una pérdida dental se encuentra íntimamente vinculada con procesos infecciosos que no son Unidos o atendidos por poca higiene oral (22).

La falta parcial o total de dientes, genera consecuencias negativas como dificultad para masticar, desnutrición y patologías sistémicas; asimismo, los dientes que están enfermos debido a ellos mismos, traen consigo puntos importantes de infección, trastornos generales extras y situaciones extremas hasta llegar a la muerte. Los dientes llegan a ser parte indispensable de una persona, debido a que son útiles para desarrollar la masticación o el proceso de trituración de alimentos, ello se considera relevante para alcanzar una digestión adecuada. Los dientes son útiles para mantener una forma adecuada de la cara, forman parte de una imagen correcta, el cuidado es indispensable para presentar

una salud general adecuada, social y psicológica. El edentulismo llega a ser uno de los efectos de no realizar un cuidado de la salud oral, dicho síndrome es escasos o pérdida de forma parcial de los dientes, siendo como causas que permiten presentarse como congénitas u obtenidas (23).

El edentulismo, se considera como una condición desdentada, escasos de dientes, que presenta modificaciones en la fonación, desarrollan dificultad sobre una pronunciación y que en situaciones sean incomprensibles, impacta la autoestima y la autoimagen. El edentulismo llega a ser un indicador presente en la salud oral sobre una población, y se vincula con una calidad de vida menor. Una evidencia sugiere que las personas que son desdentadas les hace falta de nutrientes específicos, como producto, pueden llegar a presentarse en riesgo de obtener otras dificultades de salud. Los números de edentulismo, cambian de forma notable entre naciones y lugares tanto urbanas como rurales. Se conoce que la prevalencia de edentulismo llegó a reducir en los últimos diez años, la disminución se ve manifestada en gran medida a consecuencia de cohorte acerca de la pérdida de dientes en la edad adulta joven y la infancia. Los aspectos socioeconómicos, distintos estilos de vida y las actitudes deficientes de salud bucal, brindan fuertes predictores en el edentulismo, la capacidad masticatoria se encuentra vinculada de forma estrecha hacia la cantidad de dientes (24).

El edentulismo se toma en cuenta como un conflicto irreversible, la cual puede dirigir a un deterioro físico, funcional, mental y psicológico, que se encuentran en su mayoría en los adultos jóvenes, en los medios y los mayores, los cuales se encuentran presentan con edades entre 18 a 100 años. Llegan a ser originados por distintos factores, siendo uno de aquellos considerados principales, la caries en los dientes el cual se conceptualiza como una destrucción sobre los tejidos en los dientes originado debido a las bacterias de una placa presentada en las áreas superficiales dentales. Así que, una pérdida de dientes es calificado como un indicador fuerte en el estado para la salud acerca de los pacientes, de edad adulta y adulta mayor. Diversos estudios en diferentes países, manifiestan la relevancia de los saberes epidemiológicos sobre la pérdida de los dientes, el impacto para la salud pública, calidad de vida sobre los ancianos y los adultos, aspectos socioeconómicos, y de la misma forma, el nivel de ingreso acerca de los servicios para los dientes (25).

El edentulismo es conceptualizada como una falta, ya sea total o parcial sobre las piezas dentales, en las que no se reemplazarán de manera posterior de una forma natural. Su finalidad es simplificar una descripción, así como una

compresión y diseño para las prótesis parciales frente a los maxilares edéntulos; los maxilares edéntulos, han desarrollado diversos tipos y clasificaciones. Kennedy elaboró distintos tipos de clasificaciones. A él se debe la iniciativa de presentar una forma de clasificación de los parcialmente desdentados. Estudios diversos han llegado a manifestar que los adultos mayores llegan a enfrentar dificultades al momento de masticar, así como la presencia de dolor y complicaciones en el proceso de comer. Dicha situación impacta en una calidad de vida adecuada (26).

Los dientes son tomados en cuenta como las entidades fundamentales en el sistema estomatognático en bien de la masticación, la estética y la fonación. Existan diversas opciones accesibles para dar reemplazo a los dientes que se encuentran faltantes, como prótesis parciales que son removibles, prótesis parciales fijas y las implantosoportadas. Una modalidad para un tratamiento conservador que son usadas para el trato del edentulismo que es parcial en pacientes, como cada implante dental, de la misma forma resultan traer un mayor costo. Ello puede suceder de modo que limite la accesibilidad a los grupos que son socioeconómicos que son más bajos. Así que, no se debe considerar como una gran sorpresa en que las maneras de tratamiento con una prótesis que es removible convencional, sigan superando en número a aquellos reemplazos de los dientes juntamente con implantes durante la práctica dental que es general. Una prótesis parcial que es removible, se considera como un método en el tratamiento rentable, versátil y reversible en bien de los pacientes parcialmente desdentados de diversa edad. Un diseño para el reemplazo protésico es de acuerdo a los patrones que compone el edentulismo parcial. Una meta de la categorización de las arcadas parcialmente edéntulas, consiste en facilitar una relación o comunicación de las estructuras de prótesis y las opciones en el tratamiento entre diversos profesionales. Una clasificación es útil porque ayuda a registrar el historial que presentan los pacientes (27).

El edentulismo parcial desarrolla muchos inconvenientes, impacta a las personas, que incluyen retos clínicos, y de igual forma, compromisos presentes en el estilo de vida. De forma clínica, el edentulismo parcial tiene como resultado un traslado y una inclinación sobre los dientes adyacentes, una erupción superior originada en los dientes opuestos, una modificación o alteración al habla, las modificaciones en la apariencia estética, y aquellos trastornos que son temporomandibulares.

Una pérdida y común degradación desarrollada en el hueso alveolar, cada diente adyacente, y de la misma forma, los diseños de soporte, impactarán en la complicación, de modo que se alcance una restauración correcta en una persona que se encuentra parcialmente desdentado. Según los compromisos presentes en una calidad de vida, un edentulismo parcial trae una restricción de las alternativas dietéticas, lo que conduce a una pérdida de peso. Asimismo, se enfoca a una falta de confianza y de acciones que son sociales y limitadas, en la que impacte de forma negativa hacia una calidad de vida y origina una insatisfacción de manera psicológica (28).

El edentulismo parcial, se considera como un comportamiento de la salud bucal que corresponde a una falta de un número de piezas dentarias establecidas dentro de una cavidad bucal. Aquellas causas son variadas, dentro de ellas, las principales son: caries en los dientes, patología periodontal, condición sociodemográfica, y poca higiene oral. El edéntulo parcial permite restablecer la responsabilidad de masticación, deglución, y fonación mediante la confección de una prótesis que es parcial removible de parte de alguien experto en rehabilitación oral. A causa de una gran variedad de situaciones de edentulismo parcial, es fundamental determinar un sistema de clasificación (29).

B. Causas y Consecuencias.

Se presentan diversos aspectos que provocan una gran variedad de patologías en la cavidad oral, los cuales originan una pérdida de piezas dentales, por efecto de ello, se ve incrementado el nivel de índice de edentulismo, y que se genera de una manera total como parcial, se presentan distintas causas ante la pérdida dental como (30):

- Poca higiene bucal.
- Presencia de caries dental.
- Patología periodontal.
- Presencia de traumatismos.
- Deficientes tratamientos de rehabilitación.
- El bruxismo.
- Patologías farmacoterapia y sistémicas.

Las consecuencias negativas que presenta el edentulismo, hacen que se encuentre una condición que debe ser comprendida de inmediato por un profesional del área; no obstante, la rehabilitación parcial o total de la cavidad

oral de un paciente edéntulo, da respuesta a tratamientos que son de costo alto y con complejos, los cuales generalmente, dicho sistema público respecto a la salud, proporciona dentro de la cartera de tratamientos, un condicionamiento en los pacientes a presentar una visita hacia los servicios en el área de odontología y modificar la salud oral en beneficio y privilegio. A causa de una diversidad de aspectos económicos de la población, se considera difícil acudir a los odontólogos (19). Una pérdida dental, permite impactar a la oclusión en las personas. Los factores impactan de una manera adversa hacia la salud y frente al bienestar sobre las personas, modificando y desarrollando las siguientes consecuencias (30):

- Las variaciones y modificaciones estéticas.
- Reducción en la eficacia masticatoria.
- Una posición de inclinación.
- La presencia o efecto migratoria.
- Un movimiento rotatorio en los dientes que son remanente.
- La extrusión el cual se encuentra en los dientes que son antagonistas.
- La pérdida que se manifiesta en los contactos, ubicados interproximales.
- Una desviación en la mandíbula.
- La atrición en el área dental.
- Una falta acerca de la dimensión vertical.
- Disfunción sobre la articulación temporomandibular.
- Una pérdida perteneciente al hueso alveolar, de la misma forma la reducción acerca de los rebordes residuales.

C. Procedimiento de Diagnóstico.

Conforme con el índice de diagnóstico prostodóntico en el caso del edentulismo, presentan cuatro aspectos diagnósticos (31):

- El nivel de altura que presenta el hueso de mandíbula.
- Una asociación presente del maxilo mandibular.
- La forma presentada del reborde residual maxilar.
- Las inserciones en los músculos.

Los cuatro aspectos ayudan a clasificar a los pacientes como clase 1 (los cuales se encuentran mínimamente comprometidos), los de la clase 2 (que se encuentran moderadamente comprometidos), los de la clase 3 (que se encuentran sustancialmente comprometidos), los de la clase 4 (que son

severamente comprometidos). Respecto al índice diagnóstico prostodóntico para una situación en la cual una persona asistida se encuentra parcialmente edéntulo, la clase 1, puede llegar a ser tratado de forma exitosa a través de técnicas prostodónticas que son convencionales (31).

2.2.2. Clasificación de Kennedy.

La presencia de dientes y sus diseños vinculados, toma una función importante en el mantenimiento del bienestar general que un individuo presenta. En el momento que existe pérdida de uno o de más dientes, se requiere dar un reemplazo de los que faltan. Desarrollar un trato a una población que presenta una gran diversidad en los diferentes aspectos, es desafiante. En una población rural, sus dogmas que tienen como base en la tradición y las costumbres, incrementan el desafío y la disponibilidad a la salud. Se considera como obligatorio, la clasificación de los arcos, los cuales se encuentran edéntulos parcialmente, en bien de una visualización mejor de la condición que es subyacente y en bien de la comunicación desarrollada entre operadores. Así que, es necesario adoptar un método para una clasificación que se encuentra universalmente tomado y aceptado (32).

El edentulismo parcial se considera como uno de los aspectos que son más abordados dentro de la odontología. En una variedad de estudios, se pusieron en análisis aquellos patrones de edentulismo parcial en distintos lugares y diversas poblaciones. Edward Kennedy, brindó uno de los patrones dentro del edentulismo parcial, en la cual se presenta como cuatro categorías; en la primera clase, comprenden las áreas edéntulas bilateralmente, que son presentados y de forma posterior a los dientes, los cuales tienen una esencia natural remanente. La segunda clase comprende el área edéntula, el cual se manifiesta de forma unilateral, que son presentados en el área posterior a los dientes, los cuales tienen originalidad natural remanente. En la tercera clase, el área edéntula se encuentra unilateralmente presente en los dientes naturales, ya sea anterior como posterior sobre la misma. Por último, la cuarta clase, el área edéntula única que se encuentra presente bilateralmente previa a los dientes, los cuales son de esencia natural y remanente. Un número considerable de artículos señalaron exámenes clínicos a los pacientes, de modo que se establezca una clasificación. De otro modo, la primera clase de Kennedy, se encuentra con mayor frecuencia en ciertos estudios en el momento en que se dimensiona en términos de los tipos de RPD, los cuales se desarrollan y se fabrican en los pacientes (33).

Los prostodoncistas llegaron a proponer a diversos sistemas dentro de la clasificación. Cada sistema para la clasificación, se encuentra relacionado con los méritos y los deméritos propios. La meta final de un sistema de clasificación cualquiera, es dar mejora en la coherencia y comunicación desarrollada entre los profesionales en odontología. Las distintas clasificaciones, presentan principios en el tratamiento vinculado, brindan ayuda a la estandarización y enseñanza para el tratamiento. El sistema que compone la clasificación de Kennedy, es aquel método que se usa con mayor frecuencia. Un factor diferenciador principal del sistema en la clasificación de Kennedy, es la habilidad para manifestar de manera clara y rápida, la ubicación sobre el soporte dental en vínculo con las áreas edéntulas. Debido a su sencillez, no se emite juicios acerca de la condición o ubicación de los dientes que son remanentes. Existe diversas situaciones en las que una clasificación de Kennedy es complicada para emplear. Para dichas situaciones especiales son empleadas las reglas de Applegate (27).

Los dientes se toman en cuenta como un componente principal sobre la cavidad bucal. En distintos análisis, los cuales se han investigado y comunicado, existe un riesgo de patologías vasculares y arteriales periféricas, que incrementa la pérdida de dientes. La caries presentada en los dientes, las patologías periodontales, el grado educativo, una edad ya avanzada, el tabaquismo y los traumatismos, son tomados en cuenta como las causas fundamentales en la pérdida de dientes. Las distintas literaturas, llegó a manifestar que una pérdida de dientes, se da con mayor frecuencia en el maxilar de un sector de la mandíbula.

La clasificación de Kennedy, es estudiada de forma amplia y aceptada de manera clínica dentro de la comunidad dental. Son cuatro etapas necesarias de arcos, que se encuentran parcialmente edéntulos, como la clase I, la clase II, también la clase III y finalmente la clase IV. Una clasificación de Kennedy es tomada en consideración como aceptada en una manera amplia a causa de sus ventajas de reconocimiento y visualización inmediatos dentro del soporte protésico (34).

La gran variedad de estudios, los cuales componen una manera de clasificación o caracterización de los arcos, los cuales se encuentran parcialmente edéntulos, hacen uso de la clasificación de Kennedy. Cada método para desarrollar una clasificación en los de los maxilares, los cuales son parcialmente edéntulos, se debe considerar los aspectos siguientes: la

simplificación de la descripción de cada una de las combinaciones y mezclas posibles de dientes, y áreas edéntulas; mejorar la comunicación entre profesionales; vincular cada uno de los contextos con un diagnóstico, un diseño aplicado y un pronóstico para el tratamiento. Respecto a la epidemiología protésica, ciertas ocasiones se puede manifestar complicado de definir aquello que se encuentra midiendo, es usado de forma amplia para determinar comparaciones desarrolladas entre poblaciones; no obstante, no se encuentra posible determinar comparaciones sin descripciones adecuadas y con confianza de los parámetros usados y técnicas (35).

La clasificación permite facilitar un análisis y diagnóstico de cada situación con una simple visión presente del modelo de estudio (36).

A. Clases.

a. Clase I.

Los sectores que son edéntulas bilaterales que se encuentran en la parte posterior de los dientes naturales. El tipo de prótesis el cual se lleva es el dentomucosoportada, en otras palabras, que reciben apoyo ya sean en la mucosa como en los dientes. Las subclases son denominadas de acuerdo a la cantidad de áreas libres, en modificación 1,2,3 y 4 (36).

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY		MODIFICACIONES	
CLASE I Desdentado bilateral posterior			

Figura 1. Clasificación de Kennedy- Clase 1.

Nota. Tomado de “Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019”, Escudero et al., 2020.

b. Clase II

Consiste en el sector edéntula unilateral que se encuentra posterior a los dientes naturales remanentes. En el área opuesta del lugar desdentado, se presentan la totalidad de dientes, a excepción de cuando ya se encuentran dentro de las subclases, de la misma forma, se encuentran las cuatro variantes que se indicó anteriormente, de acuerdo al número de lugares desdentados. En otras palabras, modificación, 1, 2, 3 y 4. Se considera como una prótesis dentomucosoportada (36).

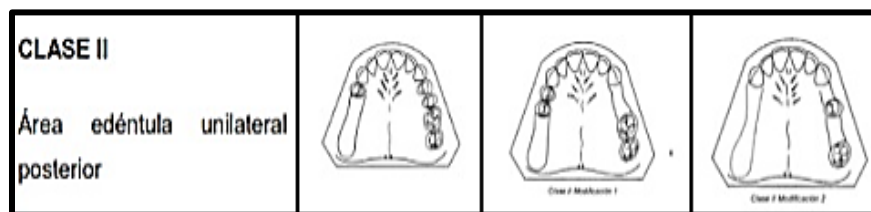


Figura 2. Clasificación de Kennedy- Clase 2.

Nota. Tomado de “Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019”, Escudero et al., 2020.

c. Clase III.

En el sector edéntula unilateral que se encuentra posterior a los dientes que son naturales remanentes detrás y delante del lugar edéntula. La prótesis dentosoportada, es usada debido a que en un lugar, se encuentran las piezas distintas, y en otra situación se encuentran ausentes una variedad de piezas dentarias, a excepción de la última, la cual puede ser la muela de juicio o también del segundo molar. Si la distancia no es larga, se puede llegar a presentar una prótesis fija (36).

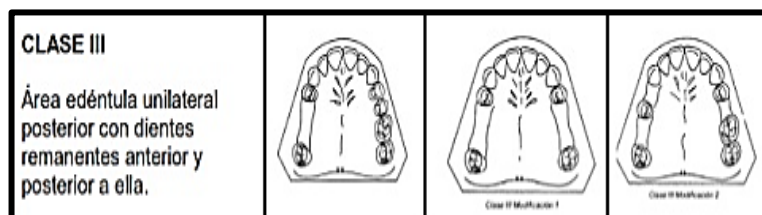


Figura 3. Clasificación de Kennedy- Clase 3.

Nota. Tomado de “Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019”, Escudero et al., 2020.

d. Clase IV

En el sector edéntula única bilateral, en los cuales antecede a los dientes que son remanentes, se usa una prótesis dentosoportada. Las prótesis parciales que son removibles de dicha clase IV, compone en la situación de los dientes antecesores y en efecto, la estética adquiere una relevancia necesaria. No presenta subniveles (36).



Figure 4. Clasificación de Kennedy- Clase 4

Nota. Tomado de “Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019”, Escudero et al., 2020.

B. Reglas de AppleGate

Dentro de las reglas de Applegate se consideran (37):

- La clasificación en que es realizado después de poner en acción las extracciones dentales que se indica.
- En caso falte un tercer molar y que éste no sea suplantado, para la clasificación, ese no se considera.
- Si se encuentra un tercer molar y que este sea usado como pieza fundamental a favor de la rehabilitación, sí es tomado en consideración para desarrollar una clasificación.
- Si no es manifestado un segundo molar y no llegue a sustituirse, no es consideración de una clasificación. Ello, ayuda a suceder en situación de no manifestarse un antagonista del segundo molar, y se determina o define, luego de elaborar un diagnóstico correcto, que una rehabilitación permita lograr un primer molar.
- El vano desdentado el cual se presente en el área posterior, es quien determina una clasificación
- Los sectores desdentados diversos a los que establecen la clasificación, son nombrados como subdivisiones o modificaciones y se distribuyen por el número (de áreas desdentados extras al que dirige la clasificación). Es el caso de: clase I, mod. 3, de la clase II, mod. 2, la clase III, mod. 2, la clase III mod. 3.
- Solo será considerada la cantidad de las zonas desdentadas adicionales sin tomar en cuenta la extensión de la modificación de la arcada.
- Las únicas que presentan modificaciones son las clases I, II y III.

La clasificación de Kennedy, tendría complicaciones al aplicar a cada situación sin la presencia de las reglas de Apple Gate, el cual ayuda a que se diferencie y visualice de manera inmediata el tipo de arco que se encuentre

desdentado de manera parcial, que se toma en cuenta en el proceso de la clasificación (38).



Figura 5. Clase III, modificación 3.

Nota. Tomado de “Conceptos y leyes de la prótesis dental parcial, fija y movable”, Medina, Enrique, 2012.



Figura 6. Clase I, modificación 1.

Nota. Tomado de “Conceptos y leyes de la prótesis dental parcial, fija y movable”, Medina, Enrique, 2012.



Figura 7. Clase II, modificación 1

Nota. Tomado de “Conceptos y leyes de la prótesis dental parcial, fija y movable”, Medina, Enrique, 2012.



Figura 8. Clase III, modificación 3.

Nota. Tomado de “Conceptos y leyes de la prótesis dental parcial, fija y movable”, Medina, Enrique, 2012.

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Arcada Dentaria.

Es la presencia de un área previa, intacta, con una cantidad de parejas oclusales de piezas que se encuentran ubicadas en el área posterior (45).

2.3.2. Caries Dental.

Se considera como una enfermedad multifactorial, la cual, presenta factores causales, las manifestaciones clínicas y una diversidad respecto a los factores de riesgo los cuales predisponen (48).

2.3.3. Cavidad Oral.

La cavidad oral es aquella que se divide en la boca y vestíbulo (44).

2.3.4. Clasificación de Kennedy.

Es aquel método que se usa con mayor frecuencia. Un factor diferenciador principal del sistema en la clasificación de Kennedy es la habilidad para manifestar de manera clara y rápida, la ubicación sobre el soporte dental en vínculo con las áreas edéntulas (27).

2.3.5. Desviación Mandibular.

Se considera como una de las anomalías dentoesqueletales en la cual es necesario desarrollar una intervención de inmediato, debido a que, libradas a su transformación, llegan a desembocar en un diseño asimétrico facial, en la cual se encuentra la posibilidad de ser de resolución ortodóncico-quirúrgica (49).

2.3.6. Edéntula Bilateral.

Es aquella edéntula que se encuentra o se encuentra referida en dos partes del área (42).

2.3.7. Edéntula Unilateral.

Es aquella edéntula que se encuentra o se encuentra referida en una sola parte (41).

2.3.8. Edentulismo Parcial.

Es el efecto de la destrucción o de la falta de piezas dentales (19).

2.3.9. Edentulismo Total.

Viene a ser una afección de forma progresiva y lenta, la cual propone una dificultosa problemática, y desarrolla una cadena de modificaciones, ya sean generales como locales, origina modificaciones en el vínculo afectivo, social y laboral (50)

2.3.10. Edentulismo.

El edentulismo viene a ser una pérdida presentado en los dientes, en las que tienen permanencia sobre un individuo (6).

2.3.11. Higiene Oral.

Se considera como una acción de prevención ante enfermedades en la boca (47).

2.3.12. Maxilar.

Es el hueso grande de un rostro que se presenta en la parte superior en la quijada, el cual desarrolla el paladar duro e inicia de la órbita con la nariz (39).

2.3.13. Modificación Applegate.

Consiste en una edentación bilateral posterior y anterior, son manifestadas en dos molares en los extremos sobre una sola arcada (40).

2.3.14. Pieza Dentaria.

Es un órgano de consistencia que se considera muy dura y con un color blanco, el cual se implanta en los alveolos dentales en la mandíbula y el maxilar (46).

2.3.15. Prevalencia.

Es el fragmento de personas los cuales padecen de una enfermedad de acuerdo al total de una población en una investigación (43).

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general.

De acuerdo a Hernández et al. (51), en las investigaciones descriptivas no es necesario plantear hipótesis. El hecho de plantear o no, depende de un factor esencial, el alcance inicial del estudio.

En este estudio cuyo objetivo esencial es la recopilación de información no requieren de hipótesis.

3.2. Identificación de las Variables

Edentulismo parcial. Se considera como una patología crónica, incapacitante e irreversible, en la cual consiste en la pérdida de piezas dentarias de manera parcial (52).

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA

4.1. Métodos, tipo y nivel de investigación

4.1.1. Métodos de Investigación

El estudio fue realizado por medio del método científico. Baena (53) señala que este método es considerada como una estrategia durante el desarrollo de un estudio, en la cual permite asociar fases que se encuentra participes en un proceso, ayudando a que se asocie y logre una comprensión acerca de lo que se necesite identificar de acuerdo a una base científica. El trabajo fue desarrollado mediante el método manifestado a causa que son usadas las fases, permitiendo tener un desarrollo y contenido óptimo de una investigación científica, para el origen de saberes, el cual ayuda a un razonamiento cuyo objetivo fue el determinar y de entender la utilidad e identificar el porqué de aquello sucedido.

4.1.2. Tipo de Investigación

La tesis se ejecutó en base al tipo de investigación básica. De acuerdo con Hernández et al. (51), este tipo, también se llama pura, se desarrolla con el objetivo de descubrir nuevos saberes, profundizarlo y permitir que se origine información necesaria para el desarrollo de la ciencia.

4.1.3. Nivel de Investigación

La investigación fue desarrollada bajo el nivel descriptivo. Conforme con Guevara et al. (54), el nivel de investigación, presenta como finalidad el buscar establecer las cualidades acerca de la población u objeto de estudio, haciendo uso de aspectos metodológicos, de manera que se logre realizar una

estructura o un accionar sobre las situaciones durante el trabajo, brindando una información y proporcionado de manera sistemática como uno que es comparable, ante la información de otro tipo de fuentes. El estudio fue de este nivel a causa que el trabajo fue desarrollado con la meta de brindar una descripción sobre las variables de estudio y reconocer las cualidades presentadas.

De la misma forma, la investigación fue de nivel comparativo, de acuerdo con Baena, este nivel consiste en que este nivel compone un método necesario dentro de las ciencias sociales, el cual examina las semejanzas y diferencias que se presenta entre dos sucesos (53). Para este estudio se consideró también al nivel comparativo, ya que desarrolló una comparación entre los pacientes, los cuales presentaron edéntulos parciales.

4.2. Diseño de la Investigación

La investigación fue desarrollada a través del diseño no experimental transversal retrospectivo. De acuerdo con Hernández et al. (51), la determinan como tratamientos de fuente natural, en la que las variables, observadas no contienen dentro de sí modificación propia de su naturaleza; es decir, un estudio se realiza a través de una acumulación de información, los cuales son indicados en el contexto *in situ*, y es transversal al instante en que la investigación se desarrolla en un periodo establecido; además se dice que son retrospectivos porque los hechos o fenómenos investigados ya han sucedido. Tomando en cuenta la definición, el estudio, desarrolló el recojo de datos, sin desarrollar una variación en las variables de estudio, en un tiempo establecido, con base a los archivos de los hechos suscitados en cada paciente.

4.3. Población y Muestra

4.3.1. Población.

La población, de acuerdo con Castañeda et al. (55), se encuentra vinculado de manera sistemática, en la que manifiestan objetos, medidas u personas, y que estos cuentan con características y particularidades diversas, en la cual en su mayoría se encuentran en un solo lugar. La población en este estudio se compuso por 450 historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla 2022.

4.3.2. Muestra.

La muestra estuvo compuesta por las historias clínicas de los pacientes atendidos que se encontraron entre los 20 a 80 años. Ramírez et al. señala que

la muestra se toma como una parte o total de la población en una investigación (56).

La muestra la conformaron 208 historias clínicas de los pacientes atendidos que se encuentran entre los 20 años a 80 años de edad. Se estimó el trabajo con este grupo poblacional ya que las historias clínicas de los pacientes menores a estas edades difícilmente presentan edentulismo parcial; por otro lado, es menester señalar que no se considera el total de la población ya que estos pacientes acuden al centro de salud por diferentes motivos y no necesariamente presentan un registro en el área odontológica, por ello, la aplicación del instrumento a 208 historias clínicas de los pacientes atendidos se hace viable y pertinente.

La muestra fue seleccionada considerando a un muestreo probabilístico. De acuerdo con Vivanco (57) son estrategias de la selección de elementos, los cuales se basan en el principio de selección de aleatoriedad. La muestra fue tomada a través de la fórmula a continuación.

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

A. Criterios de Inclusión.

- Historias clínicas de los pacientes con edéntulos parciales de ambos sexos.
- Historias clínicas de los pacientes atendidos que presentan al menos un espacio edéntulo.
- Historias clínicas de los pacientes atendidos bien rellenadas, sin manchas, ni borrones.

B. Criterios de Exclusión.

- Historias clínicas de los pacientes atendidos con dientes completos y desdentados totales.
- Historias clínicas de los pacientes atendidos en campañas.
- Historias clínicas de los pacientes transeúnte.
- Historias clínicas de los pacientes con manchas, tachaduras o borrones.

4.4. Técnicas de Recolección y Análisis de Información

4.4.1. Técnicas.

La técnica que se tomó para estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el centro

de salud de Ocopilla 2022, fue la observación, y el instrumento una ficha de recolección de datos. Según la definición de Espinoza (58), es una técnica empírica, la cual permite adquirir información, y la organiza de acuerdo al problema principal, en la cual se identificó. Se aplicó la técnica en mención debido a que se registraron cada observación que se desarrolló ante lo expuesto o sucedido en la investigación.

4.4.2. Instrumentos de Recolección de Datos.

La investigación usó la ficha de recolección de datos como instrumento, el cual presenta una estructura correcta y varios indicadores que se adquirieron después de haberse manifestado la situación principal en la investigación. Se aplicó la ficha de recolección de datos para estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el centro de salud de Ocopilla 2022.

4.4.3. Procedimiento de la Investigación.

La información fue obtenida a través de la ficha de recolección de datos, el cual es proporcional para establecer los aspectos conforme a la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.

- En la ejecución del proyecto de tesis se empezó con la carta de presentación dirigido al director del Centro de Salud de Ocopilla (anexo 3) para poder acceder a las historias clínicas, la cual fue aceptado.
- La ficha de recolección de datos (anexo 4), fue creado y validada por cuatro expertos de la Universidad Continental (anexo 5). Él instrumento constó de 4 ítems: edad, genero, odontograma y clasificación de Kennedy-Applegate.
- Ya con el permiso del Centro de Salud de Ocopilla, la ficha de recolección de datos validada y el plan de tesis aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental (anexo 6), se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes atendidos con edentulismo parcial, registrando los datos relevantes del paciente en la ficha de recolección de datos.
- La información se ubicó en una base de datos, el cual reflejó en los programas estadísticos, cuya finalidad fue reconocer y estimar la prevalencia según la clasificación establecida. Finalmente, para la estimación de la prevalencia, los datos fueron procesados a través del

programa estadístico SPSSv.25, se utilizó la prueba estadística de estimación de una proporción la cual evidenció el nivel de prevalencia.

- Se usaron tablas de frecuencias y tablas cruzadas. Para estimar la prevalencia se utilizó el error estándar y el intervalo de confianza al 95 %.

4.5. Consideraciones Éticas.

Garantizar de manera expresa la confidencialidad de la identidad del sujeto de investigación, el respeto a su privacidad y el mantenimiento de la confidencialidad de la información recolectada antes, durante y después de su participación en la investigación. El contenido de esta sección se encuentra dentro de lo permitido por la Ley No 29733, Ley de protección de datos personales y su reglamento.

De acuerdo a lo mencionado, un investigador es sometido bajo pruebas respectivas, en bien de la validación acerca del contenido, el proyecto de tesis fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Continental.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Presentación de Resultados

A continuación, se muestran los principales hallazgos de la investigación:

Tabla 1. Datos descriptivos de edad de pacientes con algún tipo de edentulismo parcial

	N	Mínimo	Máximo	Media	D. E
Edad	208	20,00	77,00	39,06	14,30
Total	208				

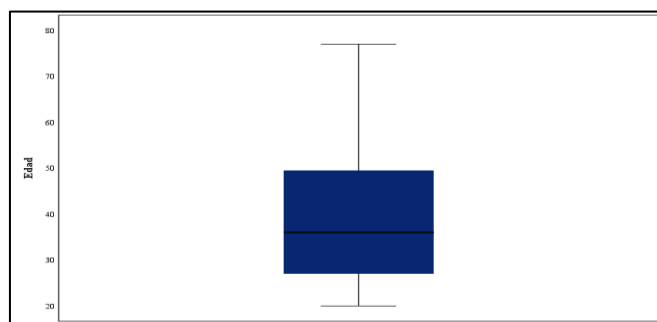


Figura 1. Datos descriptivos de edad de pacientes con algún tipo de edentulismo parcial

Interpretación: La tabla 1 y figura 1 evidencian que, de todos los casos analizados, se identificó que el paciente con menor edad, que fue diagnosticado con algún tipo de edentulismo parcial, tenía 20 años; mientras que el paciente con mayor edad tenía 77. Además, cabe resaltar que el promedio de edad fue de 39 años, y que la mayoría de pacientes tenía una edad entre los 27 y 50 años.

Tabla 2. Género de los pacientes

Género	f_i	h_i %
Masculino	54	26,0
Femenino	154	74,0
Total	208	100,0

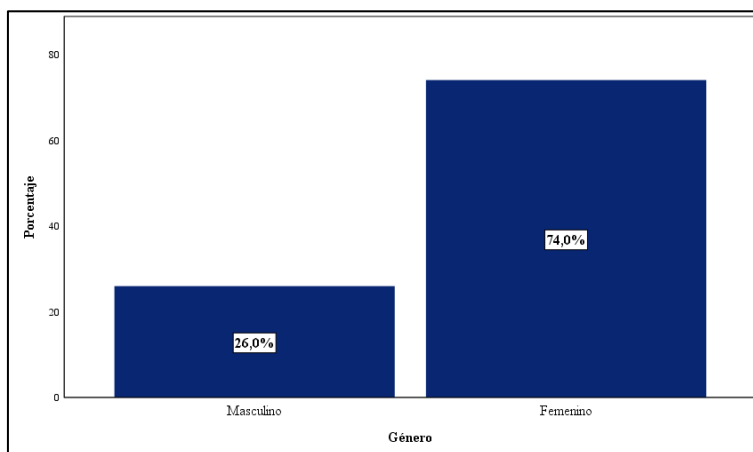


Figura 2. Género de los pacientes

Interpretación: En la tabla 2 y figura 2, se observa a los pacientes con edentulismo parcial, el 74 % son de sexo femenino, y el 26 % de sexo masculino. Según lo descrito, existió una notable mayoría de mujeres, lo cual se evidenció en la proporción de 4 a 1.

Tabla 3. Edentulismo parcial según clase

Clase	Maxilar superior		Maxilar inferior	
	f_i	$h_i \%$	f_i	$h_i \%$
I	37	17,8	47	22,6
II	43	20,7	55	26,4
III	70	33,6	79	38,0
IV	14	6,7	4	1,9

Interpretación: La tabla 3 muestra que, el 33,6 % presentó edentulismo parcial de clase III en el maxilar superior, el 20,7 % edentulismo parcial de clase II, el 17,8 % edentulismo parcial de clase I, y el 6,7 % edentulismo parcial de clase IV. Por otro lado, en el caso del maxilar inferior, se identificó que el 38 % presentó edentulismo parcial de clase III, el 26,4 % edentulismo parcial de clase II, el 22,6 % edentulismo parcial de clase I, y el 1,9 % edentulismo parcial de clase IV. Con lo descrito se denota que la mayoría de casos prevaleció el edentulismo parcial de clase III, seguido de la clase II, I, y IV.

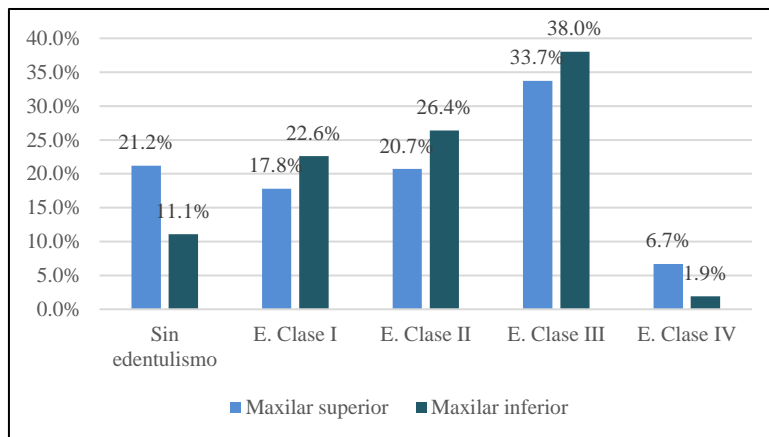


Figura 3. Edentulismo parcial según clase.

Interpretación: La figura 3, muestra que en la mayoría de las clases de edentulismo parcial (I, II, y III) se identificó mayor prevalencia en el maxilar inferior, con una diferencia aproximada de 5 %; sin embargo, en el caso de la clase IV se identificó el mismo margen, pero a favor del maxilar superior. Cabe resaltar, además, que en el 21,2 % de pacientes no se halló edentulismo parcial en el maxilar superior, y en el 11,1 % no se halló en el maxilar inferior.

Tabla 4. Error estándar de la prevalencia del maxilar superior según la clasificación de Kennedy

Clase	Maxilar superior			
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>q</i>	<i>EE</i>
I	208	0,178	0,822	0,027
II	208	0,207	0,793	0,028
III	208	0,337	0,663	0,033
IV	208	0,067	0,933	0,017

Interpretación: En la tabla 4 se observa para la clase I, una prevalencia de 17,8 % con un error estándar de 0,027, en la clase II una prevalencia 20,7 % con un error estándar 0,028, para la clase III una prevalencia del 33,7 % con un error estándar 0,033, y para la clase IV una prevalencia del 6,7 % con un error estándar de 0,017.

Tabla 5. Error estándar de la prevalencia del maxilar inferior según la clasificación de Kennedy

Clase	Maxilar inferior			
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>q</i>	<i>EE</i>
I	208	0,226	0,774	0,029
II	208	0,264	0,736	0,031
III	208	0,380	0,620	0,034
IV	208	0,019	0,981	0,010

Interpretación: En la tabla 5, la clase I muestra una prevalencia de 22,6 % con un error estándar de 0,029, en la clase II una prevalencia 26,4 % con un error estándar 0,031, en la clase III una prevalencia 38 % con un error estándar 0,034, y en la clase IV una prevalencia 1,9 % con un error estándar de 0,01.

Tabla 6. Intervalos de confianza de la prevalencia (95 %) del maxilar superior según la clasificación de Kennedy

Clase	Maxilar superior			
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
I	208	0,178	0,125	0,231
II	208	0,207	0,151	0,263
III	208	0,337	0,271	0,402
IV	208	0,067	0,033	0,102

Interpretación: En la tabla 6, la clase I presenta un mínimo de casos de 0,125 de edentulismo y un máximo de 0,231; la clase II, un mínimo de 0,151 y un máximo 0,263. La clase III un mínimo de 0,271 y un máximo 0,402. Por último, la clase IV presenta un mínimo de 0,033 y un máximo 0,102 de casos.

Tabla 7. Intervalos de confianza de la prevalencia (95 %) del maxilar inferior según la clasificación de Kennedy

Clase	Maxilar inferior			
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
I	208	0,226	0,168	0,284
II	208	0,264	0,203	0,326
III	208	0,380	0,313	0,447
IV	208	0,019	0,000	0,038

Interpretación: La tabla 7 muestra, la clase I un mínimo de casos de 0,168 de edentulismo y un máximo de casos 0,284; la clase II un mínimo de casos de 0,203 y un máximo de 0,326, la clase III un mínimo de casos de 0,313 y un máximo de 0,447, y por último la clase IV un mínimo de casos de 0,000 y un máximo de 0,038.

Tabla 8. Tipo de modificación en maxilar superior clasificación por Kennedy-Applegate

Modificación	Maxilar superior (%)			
	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
1	70,6	37,1	72,5	0,0
2	17,7	34,3	20,0	0,0
3	11,8	28,6	7,5	0,0
4	0,0	0,0	0,0	0,0

Interpretación: La tabla 8 muestra, en relación a la modificación clasificada por Kennedy-Applegate, en la se muestra que, en el caso del maxilar superior, se identificó que en los casos de edentulismo parcial de clase I, el 70,6 % tuvo modificación 1, el 17,7 % modificación 2, y el 11,8 % modificación 3; por otro lado, en los casos de edentulismo parcial de clase II, el 37,1 % tuvo una modificación 1, el 34,3 % modificación 2, y el 28,6 % modificación 3; en los casos de edentulismo parcial de clase III, el 72,5 % tuvo una modificación 1, el 20 % modificación 2, y el 7,5 % modificación 3. Complementariamente, se puede apreciar que no se identificaron casos de edentulismo parcial de clase IV.

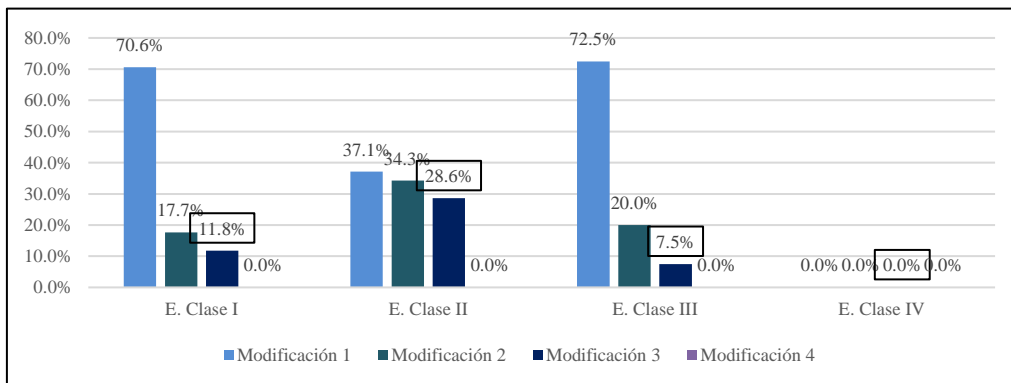


Figura 4. Tipo de modificación en maxilar superior según clasificada por Kennedy-Applegate

Interpretación: En la Figura 4, se aprecia que la mayoría de casos de edentulismo parcial de clase I, II, y III hubo modificación de tipo 1, sobre todo en las clases I y III, en las que se halló un amplio margen porcentual, en comparación con lo hallado en la clase II, cuyo margen es muy pequeño entre los tres primeros tipos de modificaciones.

Tabla 9. Tipo de modificación en maxilar inferior según clasificación por Kennedy-Applegate

Modificación	Maxilar inferior (%)			
	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
1	58,3	78,1	79,2	0,0
2	41,6	11,6	18,8	0,0
3	0,0	4,9	2,1	0,0
4	0,0	2,4	0,0	0,0

Interpretación: En la tabla 9, se muestran los resultados de la modificación clasificada por Kennedy-Applegate; en el caso del maxilar inferior, según los datos, de todos los pacientes con edentulismo parcial de clase I, el 58,3 % tuvo modificación 1, y el 41,6 % restante tuvo modificación 2; asimismo, de todos los pacientes con edentulismo parcial de clase II, el 78,1 % tuvo modificación 1, el 11,6 % modificación 2, el 4,9 % modificación 3, y el 2,4 % modificación 4; por otro lado, de todos los casos de edentulismo parcial de clase III, el 79,2 % presentó modificación 1, el 18,8 % modificación 2, y el 2,1 % modificación 3. No se identificaron casos de edentulismo parcial de clase IV.

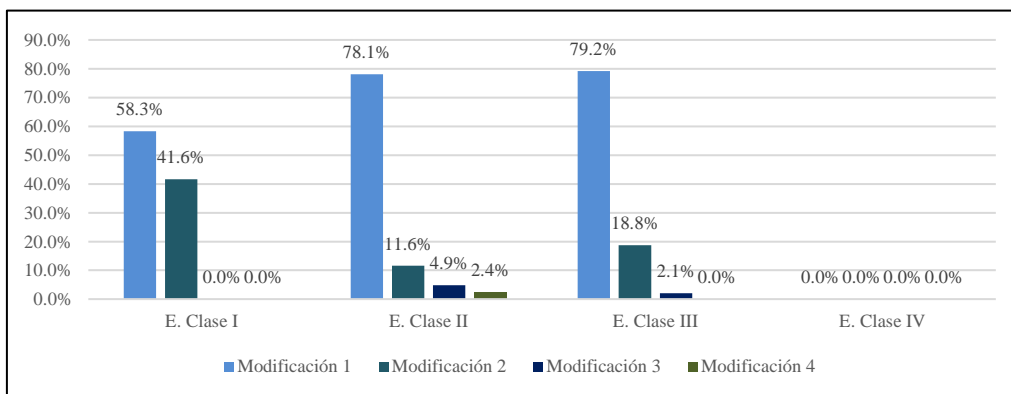


Figura 5. Tipo de modificación en maxilar inferior clasificada por Kennedy-Applegate

Interpretación: La figura 5, evidencia que la mayoría de pacientes con edentulismo parcial de clase I, II, y III presentó modificación de tipo 1 con un amplio margen porcentual con los otros tipos de modificaciones. Cabe resaltar que en la clase I, el margen porcentual no fue tan amplio.

5.2 Discusión de Resultados

Tras los hallazgos identificados por medio de la ficha de recolección de datos a las 208 historias clínicas de los pacientes atendidos, se pudo estimar una mayor prevalencia de edentulismo parcial en mujeres que varones, la edad predominante fue de 27 a 50 años; además, respecto al maxilar superior e inferior, se identificó que existe mayor predominancia de edentulismo parcial de tipo tres. Finalmente, los pacientes del Centro de Salud de Ocopilla en todos los tipos de edentulismo parcial (I, II, III y IV) se encontró mayor prevalencia de tipo III. Sobre estos puntos, en la indagación de Chumpitaz et al. (15), dio a conocer que, efectivamente, existe una mayor prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior, también de clase tercera; no obstante; en lo que respecta al maxilar inferior, evidenció una prevalencia considerable de aquellas que ubicaron en la clase I. Sánchez et al. (7), terminó concluyendo que la clase I, fue quien tuvo la mayor prevalencia, y con una clase IV menor; por su parte, Loja et al. (11), terminó concluyendo que la clase III tuvo una mayor prevalencia de edentulismo parcial.

Efectivamente, la investigación de Castillo et al. (10), muestra resultados muy semejantes al de esta tesis, toda vez que, la clase I con modificación 3 dio un valor de 4,88 %, a la cual le siguió la clase II con modificación 2 con un valor de 4,88 %; así también, el maxilar superior obtuvo un porcentaje de 63,41 %; por cuanto se comprueba que existe una prevalencia de edentulismo parcial se dio en la arcada inferior, siendo las mujeres quienes evidencian mayor predominancia del edentulismo.

Respecto al primer objetivo de la indagación; se estimó que la edad predominante de edentulismo parcial en el Centro de Salud de Ocopilla se dio en pacientes de 27 a 50 años de edad; donde la mayor recurrencia fueron aquellos pacientes de 35 años. En ese sentido, puede estimarse que las personas de mayor edad presentan predominancia en la edentulismo parcial.

Efectivamente, el resultado de la indagación de Sáez et al. (6), presenta semejanzas con este hallazgo al referir que la prevalencia de lesiones en dientes que no son cariosas sobre individuos que son edéntulos parciales, generalmente se presentan en adultos mayores. En esa misma razón, respecto a la edad, Sánchez et al. (7), refirió que existe una mayor prevalencia de esta deficiencia en entre los 20 y 49 años en una cifra porcentual del 48,72 %.

El segundo objetivo, la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo al género en los pacientes del Centro de Salud de Ocopilla, fueron del sexo femenino, con una aproximación de 3 a 1 respecto al sexo masculino. Estos resultados parecen ser concordantes con los hallazgos de Chumpitaz et al. (15), de acuerdo al sexo, la

clase I y III a diferencia de las otras, presentaron una prevalencia mayor, ya sea en mujeres como los hombres, evidenciando que las mujeres presentaban mayor prevalencia de edentulismo parcial. De manera similar, la indagación de De Oliveira et al. (8), demostró que la mayor parte de las personas analizadas, siendo el 60 % mujeres adultas mayores son mujeres presentaron de 12 a 22 dientes faltantes, evidenciándose impactos significativos en la salud sistémica. De manera similar, en la investigación de Quilumbaquin et al. (9), avizoró que la presencia de edentulismo, en los pacientes dio un valor del 45 %; siendo el mayor en mujeres con 46,3 %. Así también, en la indagación de Castillo et al. (10), mostró la prevalencia del 19,53 % de las mujeres con edentulismo parcial y solo el 10,06 % de los varones presentó edentulismo parcial.

En consideración al tercer objetivo de la indagación, se pudo estimar que la prevalencia de edentulismo parcial por la ubicación maxilar en los pacientes del Centro de Salud de Ocopilla, en la maxilar inferior fueron de clase I, II, y III; pero se presentó mayor predominancia el maxilar superior. Estos hallazgos son semejantes a la pesquisa de Vanegas et al. (12), quienes develaron que el edentulismo parcial caracterizada por la pérdida dental tuvo mayor frecuencia en la clase III de Kennedy, en los maxilares superiores e inferiores, siendo el 42 % presente en el maxilar superior y el 40 % presente en la mandíbula. En esa misma línea; Quilumbaquin et al. (9), encontró en su indagación que la manifestación de esta deficiencia se presentó en el maxilar superior con una predominancia del 67,8 %, y con un porcentaje del 82,7 % en el maxilar inferior; en el maxilar superior prevaleció la clase III, siendo el porcentaje de 78,8 %. Efectivamente, la investigación de Loja et al. (11), corrobora estos resultados al señalar que en la clase III se obtuvo mayor predominancia, siendo el porcentaje de este el 57,8 %, seguido de la clase II con un 13,1 %, de prevalencia y clase I con una prevalencia de 8,3 %. En la Indagación de Gonzales et al. (13), el 37 % presentó una prevalencia de edéntulo de clase III, el 42,3 % tuvo predominancia en el maxilar superior específicamente en la clase III, así también el 31,6 % de maxilar inferior de clase III, así también el 31,6 % de maxilar inferior de clase III.

En esa misma línea, Córdova et al. (17), también corroboró en el 32 % de su muestra, la prevalencia de esta deficiencia en la clase I, el cual indicó la prevalencia en el maxilar superior; además, identificó un porcentaje del 36,9 % en la clase III, en el maxilar inferior, el 40,4 % fue de una clase III; prevalencia de la deficiencia con el 47,9 % en la clase I por modificación I; la modificación III en la clase II con el 50 %; en la clase III también se evidenció la modificación I con el 47,5 %. De esa forma se

puede estipular que existe mayor prevalencia en la población en la primera, segunda y tercera clase de Kennedy.

Finalmente, se logró estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la modificación de Kennedy-Applegate en los pacientes del Centro de Salud de Ocopilla, 2022, las modificaciones de mayor prevalencia fueron de tipo 1 respecto al edentulismo parcial de clases I, II, y III. Igualmente, la investigación de Quilumbaquin et al. (9), dejó ver que, en el maxilar superior, llegó a prevalecer la clase I, siendo un porcentaje de 33,7 %. De acuerdo a las piezas perdidas, los hallazgos de Castillo et al. (10) mostraron que la clase I con modificación 3 fue la que tuvo mayor prevalencia, seguida de la clase II con modificación 2, con un valor porcentual de 4,88 %. Por su parte, Gonzales et al. (13), identificó la modificación de Applegate superior en un 42 % de clase III. Igualmente, en la indagación de Cano et al. (16), develó que el 13,8 % indicó estar en la clase III modificación 1; específicamente halló el 18,5 % menores de 35 años, estuvieron en la clase III, con modificación 1; seguido del 13,8 % quienes se hallaron en la clase 1 quienes fueron mayores de 35 años.

CONCLUSIONES

1. El edentulismo parcial, en el Centro de Salud de Ocopilla, periodo 2022, se da mayormente en el maxilar inferior y de clase III; es prevalente en pacientes de sexo femenino, entre las edades de 27 y 50 años; y tiene alta presencia de modificaciones de tipo 1 en los casos de clase I, II, y III. Lo hallado pone en evidencia que las pacientes adultas presentan, en la mayoría de casos, una mandíbula con una zona desdentada unilateral con pilares anteriores y posteriores al vano desdentado, y con un espacio adicional en la zona dentada.
2. El edentulismo parcial, es prevalente en edades mayores de 27 y menores de 50 años. Asimismo, en el sexo femenino, con una proporción de 4 a 1 sobre el sexo masculino.
3. Se identificó que los pacientes diagnosticados con edentulismo parcial de clase I, II, y III en el maxilar inferior, fueron más que los pacientes diagnosticados con edentulismo parcial de clase I, II, y III en el maxilar superior; mientras que los pacientes con edentulismo parcial de clase IV en el maxilar superior, fueron más que los pacientes con edentulismo parcial de clase IV en el maxilar inferior. Lo hallado demuestra que todos los casos fueron diagnosticados en el maxilar inferior, a excepción de los casos de clase IV que fueron identificados, en su mayoría en el maxilar superior.
4. Se identificó que los pacientes diagnosticados con edentulismo parcial en el maxilar superior presentaron, en la mayoría de casos modificaciones de tipo 1 en las clases de edentulismo parcial I, II, y III; de igual manera, en el caso de los pacientes diagnosticados con edentulismo parcial en el maxilar inferior, se identificó mayor prevalencia de las modificaciones de tipo 1 en los casos de clase I, II, y III. Lo descrito pone en evidencia que sin considerar la diferencia de cada clase de edentulismo parcial, la modificación que suele presentarse es de nivel 1, lo cual denota que, por lo general, en todos los casos, se observó un espacio desdentado adicional al de la clasificación.

RECOMENDACIONES

1. A los vecinos de Ocopilla, cuidar sus dientes con mucha dedicación porque son importantes en la ingesta y digestión de los alimentos; sobre todo, los padres deben inculcar sus hijos, a través de la práctica, la importancia del aseo bucal para evitar enfermedades o problemas que causen la caída o extracción de los dientes.
2. Al director de la Dirección Regional de Salud, ordenar la elaboración de estrategias de difusión de la importancia del cuidado dental de los niños para evitar que en su adultez presenten problemas dentales que ocasionen la extracción de sus dientes.
3. Al director de la Dirección Regional de Salud, ordenar la elaboración de estrategias de difusión de la importancia del cuidado dental en las mujeres ya que es evidente que es el sexo más afectado por este problema; dichas estrategias deben considerar un análisis causal de dicha diferencia.
4. A los vecinos de Ocopilla, cuidar su salud bucal y su integridad física para evitar la pérdida de dientes y la deficiencia estética de su rostro, además de otros problemas relacionados con la ingesta de los alimentos.
5. Al director del Centro De Salud de Ocopilla, solicitar a la DIRESA la implementación de equipos tecnológicos necesarios para brindar una atención óptima a los pacientes y así diagnosticar los problemas que se hallen y dar solución a las complicaciones que pueden presentar los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Efectos del edentulismo sobre la salud bucal y salud general. [Online].; 2017 [cited 2022 Junio 22]. Available from: <https://bit.ly/3K5dnyY>
2. Al-Angari N, Algarni S, Andijani A, Alqahtani A. Various classes of removable partial dentures: A study of prevalence among patients attending a dental and educational institute in Riyadh, Saudi Arabia. *PubMed Central*. 2020; XXXIII(7): p. 656-660.
3. Cárdenas J. Con caries severa, 26 % de los niños en Durango. [Online].; 2022 [cited 2022 Junio 2]. Available from: <https://bit.ly/3TF2dl0>.
4. Gaceta Dental. Edentulismo o pérdida de dientes: por qué se produce en las personas mayores y cómo evitarlo. [Online].; 2022 [cited 2022 Junio 2]. Available from: <https://bit.ly/3nhjg0f>.
5. Gutierrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana*. 2015; XXV(3): p. 179-186.
6. Sanz G, Llanes C, Gretel L, Valdéz Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. *Revista de Gerontología y Geriátría*. 2018; XIII(3): p. 1-13.
7. Sánchez S. Prevalencia de pacientes parcialmente edéntulos según la Clasificación de Kennedy atendidos en la Unidad de Atención Odontológica 1 de la Universidad Nacional de Loja en el periodo 2018-2019. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana; 2021.
8. De Oliveira L. Impacto do Edentulismo na qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica. *Revista de Odontologia & Public Health*. 2019; X(1): p. 18-23.
9. Quilumbaquin A. Edentulismo parcial y total en pacientes que acudieron al Centro de Salud Tipo C Tabacundo durante los períodos 2014 - 2018. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Odontología; 2019.
10. Castillo R, Minaya C. Prevalencia de edéntulismo parcial en pacientes jóvenes en edades de 18-35 años que visitan el área de prostodoncia de la clínica Dr. René Puig Bentz, de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, período mayo-agosto

2018. Tesis doctoral. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Odontología; 2018.
11. Loja C. Prevalencia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la clínica de la facultad de odontología de la Universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Odontología; 2017.
 12. Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordoñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Rev Estomatol Herediana*. 2017; XXVI(4): p. 215-21.
 13. Gonzales A. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular Arequipa, 2021. Tesis de grado. Huancayo: Universidad Continental, Facultad de Odontología; 2021.
 14. Asqui J. Factores asociados al edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno 2017. Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Odontología; 2018.
 15. Chumpitaz R, Lecca M, Diaz C. Prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy y Applegate en pacientes de la clínica odontológica de una universidad de Lambayeque-Perú. *Journal of Oral Research*. 2018; 8(3).
 16. Cano R. Prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en relación al sexo en pacientes de 20 a 60 años del servicio de odontología del establecimiento de salud I-3 María Goretti, Castilla – Piura del año 2017. Tesis de grado. Piura: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Odontología; 2017.
 17. Cordova H. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del Centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017. Tesis de grado. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Odontología; 2018.
 18. Soto F, Cárdenas J, Fajardo S. Elongación de la apófisis estiloides y edentulismo en mujeres de la ciudad de Elalto-Bolivia. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. 2019; IV(1): p. 7-12.

19. Azañedo D. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú. In *Crescendo. Institucional*. 2016; VII(1): p. 145-148.
20. Colares L, De Melo S, Barbosa D, Prates A. Edentulismo total en ancianos: ¿envejecimiento o desigualdad social? *Revista Bioética*. 2020 enero - marzo; XXVIII(1).
21. Belaúnde M, Salazar F, Castillo D, Manrique J, Orejuela F, Zavaleta C, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Revista Estomatológica Herediana*. 2012 abril - junio; XXII(2).
22. Marín A, Chavarría M. Factores sistémicos asociados con el edentulismo, según edad y género, mediante las radiografías panorámicas y expedientes digitales. *Revista Odontología Vital*. 2019 julio ;(31).
23. Machaca L, Baylón C. Influencia del edentulismo parcial en el estado nutricional en pacientes geriátricos atendidos en Juliaca. *Rev. Evid. Odontol. Clinic*. 2016; II(1).
24. González C, Rosete J, Huitzi E. Frecuencia de edentulismo en la Clínica de Odontología de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla en el periodo 2010 al 2014. *Revista Tamé*. 2016; V(14): p. 489-492.
25. Matute X, Pacheco M. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar– UCACUE 2016. *evista OACTIVA UC Cuenca*. 2017; II(1): p. 21-26.
26. Sánchez M, Román M, Dávila R, González A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; XVI(2).
27. Amrita L. Prevalence of various classes of Kennedy's classification – a cross-sectional survey. *Internacional Journal of Social Rehabilitación*. 2021; VI(1).
28. Diagn C. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. *PMC PubMed Central*. 2015; IX(6): p. 14-17.

29. Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2019; XVIII(2): p. 281-297.
30. Escudero E, Muñoz V, De la Cruz M, Aprili L, Valda E. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación*. 2020 junio; XVIII(21): p. 161-190.
31. Universidad Nacional de Colombia. Guía de Atención en rehabilitación oral. Manual informativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología; 2013.
32. Manimaran P, Dhinesh C, Saisadan D, Abirami M, Kumar N, Mani J. Partial Edentulousness in a Rural Population Based on Kennedy's Classification: Epidemiological Study. *Journal of pharmacy and Bioallied Sciences*. 2017; IX(1): p. S34–S36.
33. Al-Angari N, Algarni S, Andijani A, Alqahtani A. Various classes of removable partial dentures: A study of prevalence among patients attending a dental and educational institute in Riyadh, Saudi Arabia. *PubMed Central*. 2020; XXXIII(7): p. 656–660.
34. Shockry N. The prevalence of different Kennedy's classifications and their relationship with age, gender, and location of the edentulous arches in Palestine. *International journal of preventive and Clinical Dental Research*. 2019; VI(3).
35. Sánchez A. Clasificación del paciente parcialmente edéntulo según el método del colegio Americano de Prosthodontia y su relación con el estado periodontal en sujetos tratados en la Universidad Central de Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009; XLVII(3).
36. Centeno P. Análisis de calidad de diseño de prótesis parcial removible en modelos de trabajo en laboratorios dentales Cusco-2018. *Revista Científica Vis. Odontol*. 2019 enero-junio; VI(1): p. 64–69.
37. Ymada T. Evaluación del diente pilar y áreas edéntulas Clasificación de Kennedy. Manual informativo. Universidad de Chile; 2012.

38. Medina E. Conceptos y leyes de la prótesis dental parcial, fija y movable. Manual informativo. ; 2012.
39. Instituto Nacional del Cáncer. Maxilar superior. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 1]. Available from: <https://bit.ly/3Ziu2R8>.
40. Zamarripa A. Scrib. [Online].; 2012 [cited 2022 Mayo 31]. Available from: <https://bit.ly/3lHPQIj>.
41. Real Academia Española. Unilateralidad. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 2]. Available from: <https://dle.rae.es/unilateralidad>.
42. Real Academia Española. Bilateralismo. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 2]. Available from: <https://dle.rae.es/bilateralismo?m=form>.
43. Real Academia Española. Prevalencia. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 2]. Available from: <https://dle.rae.es/prevalencia?m=form>.
44. Gil J, Masgoret E, Ramos Á. Semiología y exploración clínica de la cavidad oral y la faringe: Libro virtual de formación en ORL; 2012.
45. Walther W. Concepto de acortamiento de la arcada dentaria. El Sevier. 2010; XII(2): p. 176-177.
46. Aravena P. ¿Diente o pieza dentaria? Revista Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2012; V(1).
47. Casals E. Hábitos de higiene oral en la población. RCOE. 2005; X(4): p. 389-401.
48. Catalá M, Cortés O. La caries dental: una enfermedad que se puede prevenir. El Sevier. 2014; XII(3): p. 147-151.
49. Sokolowicz L. Laterodesviación mandibular. Diagnóstico y tratamiento temprano. Ortodoncia. 2019; LXXXIII(116): p. 14-23.
50. Rojas P, Mazzini M, Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dom. Cien. 2017; III(2): p. 702-718.

51. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación C.V SAD, editor.: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014.
52. Cisneros M, Verástegui A, Fernández H. Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Revista Científica Alas Peruanas. Revista Científica Alas Peruanas. 2014; I(1).
53. Baena G. Metodología de la investigación México. Tercera ed. Ciudad de México: Grupo Editorial Patria; 2017.
54. Guevara G, Verdesoto A, N. C. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2020 julio-setiembre; IV(3): p. 163- 173.
55. Castellano M, Bittar O, Castellano N, Silva H. Incursionando en el mundo de la investigación: orientaciones básicas. Primera ed. Magdalena Ud, editor: Editorial Académica Española; 2020.
56. Ramírez J, Calles R. Manual de metodología de la investigación en negocios internacionales Bogotá: ECOE Ediciones; 2021.
57. Vivanco M. Muestreo estadístico Diseño y aplicaciones. Primera edición ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria S-A.; 2005.
58. Espinoza C. Metodología de investigación tecnológica Pensando en sistemas. Primera ed. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2010.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables e indicadores	Metodología	Muestra	Técnicas e instrumentos
<p>Problema General: ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la edad, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022? ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo al género, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022? ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación del edentulismo en el maxilar, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022? ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la modificación de Kennedy-Applegate, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022? 	<p>Objetivo General: Estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la edad, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022. Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo al género, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022. estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación del edentulismo en el maxilar, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022. Estimar la prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la modificación de Kennedy-Applegate, en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Ocopilla, 2022. 	<p>Hipótesis General: No se cuenta con hipótesis</p>	<p>Variable: Edentulismo parcial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clase I - Clase II - Clase III - Clase IV 	<p>Método: Científico</p> <p>Tipo de Investigación: Básica</p> <p>Nivel de Investigación: Descriptivo</p> <p>Enfoque: Cualitativo</p> <p>Diseño: No experimental transversal retrospectivo</p>	<p>Población: 450 historias clínicas de pacientes</p> <p>Muestra: 208 historias clínicas de pacientes entre los 20 años a 80 años.</p>	<p>Técnicas: Observación</p> <p>Instrumentos: Fichas de recolección de datos</p>

Anexo 2. Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Tipo	Indicador	Índice	Escala
Edentulismo parcial	Consiste en la pérdida de piezas dentarias de manera parcial.	Cualitativo politómico	Clase I Clase II Clase III Clase IV	Clasificación de Kennedy	Nominal
Edad	Transcurso del tiempo a partir del nacimiento y según el número de años que se ocupa.	Cualitativo politómico	De 20 a 80 años	Ficha de recolección de datos	Ordinal
Genero	Condición orgánica que distingue al individuo en masculino y femenino.	Cualitativo dicotómico	Masculino Femenino	Ficha de recolección de datos	Nominal
Ubicación del edentulismo en el maxilar superior e inferior	Ubicación del maxilar en el craneofacial.	Cualitativo dicotómico	Maxilar superior Maxilar inferior	Ficha de recolección de datos	Nominal
Modificación de Apple- Gate	Valor numérico que se da a las brechas adiciones a la clasificación.	Cualitativo politómico	Modificación 1 Modificación 2 Modificación 3 Modificación 4	Ficha de recolección de datos	Nominal

Anexo 3. Permiso de la Institución



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Carta N° 002 - (AMCF)-2022

Dr. Percy Rubén Salazar Sánchez
Director del Centro de Salud de Ocopilla - Huancayo

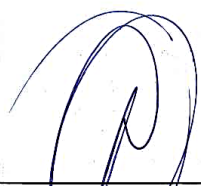
Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo muy cordialmente a nombre de la Universidad Continental y a la vez solicitar su autorización y brindar facilidades a los bachilleres Bach. Nuñer Hernan Canchanya Capcha y Bach. Jimmy Edgar Ortega Gaspar , de la escuela profesional de Odontología, quienes están desarrollando la tesis, previo a obtener el título profesional de Cirujano Dentista, con el tema de investigación “PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPIA 2022.”, por lo que estaría muy agradecida de contar con el apoyo de su representada, a fin de autorizar a quien corresponda, el acceso a las historias clínicas de los Pacientes del Centro de Salud Ocopilla -Huancayo, para poder recolectar datos concerniente a su investigación.

Esperando la aceptación, propicia la ocasión para expresar nuestra estima y deferencia.

Atentamente.



Dr. Alonso Artemio Calderon Quispe
Asesor Tesis
Universidad Continental

Huancayo, 29 de Abril 2022



Dr. Percy Rubén Salazar Sánchez
Director
Centro de Salud de Ocopilla - Huancayo

Anexo 4. Instrumento

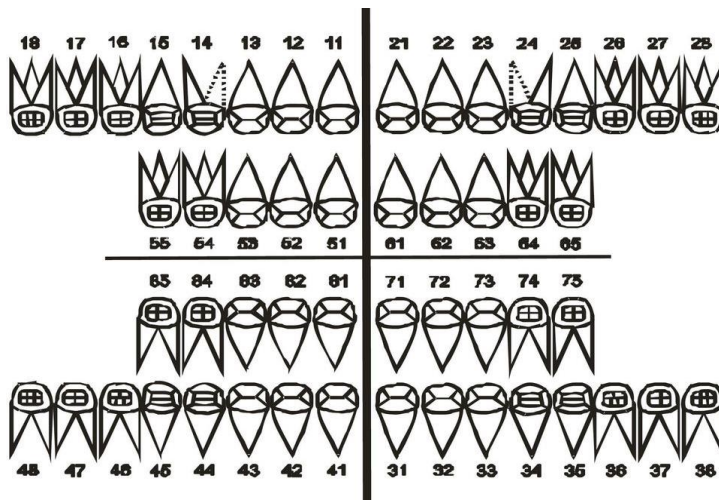
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de ficha: _____ Fecha: _____ N° de HCL: _____

1. **Edad:** _____
2. **Género:** (M) (F)
3. **ODONTOGRAMA:**(Marcar con una X de color azul las piezas dentarias ausentes)



4. **Clasificación de Kennedy- Applegate:** (Marcar con una x según sea la clase y la modificación)

Maxilar superior	Clase I	Mod. 1
		Mod. 2
		Mod. 3
		Mod. 4
	Clase II	Mod. 1
		Mod. 2
		Mod. 3
		Mod. 4
	Clase III	Mod. 1
		Mod. 2
		Mod. 3
		Mod. 4
Clase IV		

Maxilar inferior	Clase I	Mod. 1
		Mod. 2
		Mod. 3
		Mod. 4
	Clase II	Mod. 1
		Mod. 2
		Mod. 3
		Mod. 4
	Clase III	Mod. 1
		Mod. 2
		Mod. 3
		Mod. 4
Clase IV		

Anexo 5. Validación del Instrumento



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: **Dr. Percy Rubén Salazar Sánchez**

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

RECOPIACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022 Y EVALUACIÓN DEL ODONTOGRAMA.

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022”
--------------------------------------	---

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 24 de Agosto del 2022

Tesista: Nuñez Hernan Canchanya Capcha
D.N.I 77282621

Tesista: Jimmy Edgar Ortega Gaspar
D.N.I 46512678

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

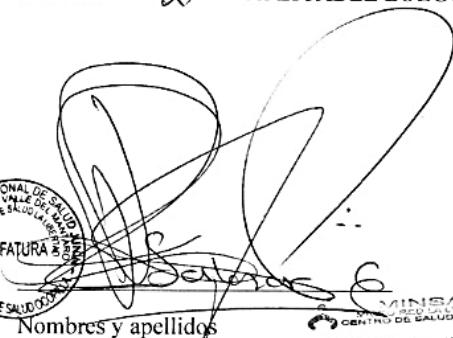
INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Percy Rubén Salazar Sánchez
Profesión y Grado Académico	Cirujano Dentista Egresado De Macoshiba
Especialidad	
Institución y años de experiencia	MINSA Centro de Salud Occipilla 20 años de Experiencia.
Cargo que desempeña actualmente	Jefe de Centro de Salud Occipilla

Puntaje del Instrumento Revisado: 25

Opinión de aplicabilidad:

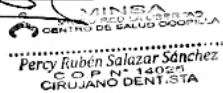
APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()




Nombres y apellidos

DNI: 20047054

COLEGIATURA:



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista: **Dr. Armando Moisés Carrillo Fernández**

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

RECOPIACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022 Y EVALUACIÓN DEL ODONTOGRAMA.

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022”
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 25 de Agosto del 2022



Tesista: Nuñez Hernan Canchanya Capcha
D.N.I 77282621



Tesista: Jimmy Edgar Ortega Gaspar
D.N.I 46512678

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	S
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	S
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	S
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	S
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	S

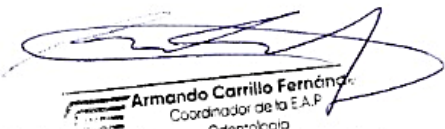
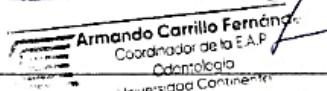
INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Armando Moisés Carrillo Fernández
Profesión y Grado Académico	CRUSANO DENTISTA Doctor en Administración de la Educación
Especialidad	
Institución y años de experiencia	Consultativa 2001 a la fecha U Continental 2012 - a la fecha
Cargo que desempeña actualmente	Director EAP Odontología

Puntaje del Instrumento Revisado: 25

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()



 Nombres y apellidos Armando Carrillo Fernández
 DNI: 200419778
 COLEGIATURA: 73937

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista: **Dr. Juan Jesús Buendía Suazo**

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

RECOPIACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022 Y EVALUACIÓN DEL ODONTOGRAMA.

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022”
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 29 de Agosto del 2022



Tesista: Nuñez Hernan Canchanya Capcha
D.N.I 77282621



Tesista: Jimmy Edgar Ortega Gaspar
D.N.I 46512678

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	4
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	4
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	4


INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Juan Jesús Buendía Suazo
Profesión y Grado Académico	Cirujano Dentista - Mg.
Especialidad	
Institución y años de experiencia	Docente en la U. Peruana Los Andes, U. Continental, U. Roosevelt.
Cargo que desempeña actualmente	Docente - con 25 años de experiencia.

Puntaje del Instrumento Revisado: 20

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE () APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()


Juan Jesús Buendía Suazo
 Nombres y apellidos
 DNI: 19991941
 COLEGIATURA: 2329

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: **Mg. Fredy Ernesto Paucar Asto**

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

RECOPIACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022 Y EVALUACIÓN DEL ODONTOGRAMA.

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	“PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022”
--------------------------------------	---

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 05 Setiembre del 2022



Tesista: Nuñer Hernan Canchanya Capcha
D.N.I 77282621



Tesista: Jimmy Edgar Ortega Gaspar
D.N.I 46512678

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	4
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	4
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	4

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Fredy Ernesto Paucar Asto
Profesión y Grado Académico	CIRUJANO DENTISTA / MAGISTER
Especialidad	REHABILITACIÓN ORAL
Institución y años de experiencia	UNIVERSIDAD CONTINENTAL (DOCENTE) 26 AÑOS EXP. PROFESIONAL
Cargo que desempeña actualmente	DOCENTE UNIVERSITARIO

Puntaje del Instrumento Revisado: 20

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()


Nombres y apellidos FREDY ERNESTO PAUCAR ASTO

DNI: 09999564

COLEGIATURA: 8858

Anexo 6. Oficio de Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 5 de noviembre del 2022

OFICIO N°0195-2022-VI-UC

Investigadores:
Nuñez Hernán Canchaya Capcha
Jimmy Edgar Ortega Gaspar

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY, EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OCOPILLA 2022.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,




Walter Calderón Gerstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 461 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N°7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Soylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendola 5210, Los Olivos
(01) 2'3 2760

J. Junín 355, Miraflores
(01) 2'3 2760

Anexo 7. Otros



