

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Odontología

Tesis

**Prevalencia del edentulismo parcial según la
clasificación de Kennedy en pacientes atendidos
en una clínica particular Arequipa, 2021**

Andrés Alonso Gonzales Fernández

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Huancayo, 2021

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios y a la Virgen por ser la persona que soy, a mi papá Jaime y mi mamá Carmen por todo su apoyo, a mi novia Erica que estuvo conmigo desde el inicio de esta aventura universitaria y a mis hermanos que me dieron ánimos para seguir.

Agradezco a mi profesor de prótesis dental Marcelino Torres, quien fue un pilar importante para poder emprender la vida universitaria.

A mis profesores de pregrado, en especial mis docentes de clínica a quienes les debo sus enseñanzas y experiencias, sobre todo al Dr. Carlos Paniagua Vela y al Dr. Pedro Gamero Oviedo.

A la Universidad Continental, quien me permitió concluir esta etapa con el proceso de titulación, a mi asesor de tesis Dr. Fredy Ernesto Paucar Asto quien fue mi guía en todo este proceso.

DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada a todos los que creyeron en mi potencial y que estuvieron a mi lado en todo el largo camino, dándome su apoyo incondicional e incentivo para seguir adelante, especialmente a mis padres y mi novia.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA.....	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	14
1.1 Planteamiento y formulación del problema	14
1.2 Objetivos	15
1.3 Justificación	16
1.4 Hipótesis y descripción de variables	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes del problema	17
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III.....	33
METODOLOGÍA	33
3.1 Métodos y alcance de la investigación.....	33

3.2 Diseño de la investigación	33
3.3 Población y muestra	34
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
CAPÍTULO IV	36
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1 Resultados del tratamiento y análisis de la información	36
4.2 Prueba de hipótesis	43
4.3 Discusión de resultados	43
CONCLUSIONES	46
LISTA DE REFERENCIAS	47
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en una clínica particular.....	36
Tabla 2. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular	37
Tabla 3. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con el sexo de pacientes atendidos en una clínica particular	37
Tabla 4. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con la edad de pacientes atendidos en una clínica particular.....	38
Tabla 5. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con su ubicación en el maxilar de pacientes atendidos en una clínica particular.....	39
Tabla 6. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar superior aplicando las modificaciones de Applegate de pacientes atendidos en una clínica particular	40
Tabla 7. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, aplicando las modificaciones de Applegate de pacientes atendidos en una clínica particular	41
Tabla 8. Cálculo del error estándar de la prevalencia de edentulismo parcial y la clasificación de Kennedy	42
Tabla 9. Intervalos de confianza de la prevalencia de edentulismo parcial y la clasificación de Kennedy	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La clasificación de Kennedy.....	30
--	----

RESUMEN

La finalidad del presente trabajo fue estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de una clínica particular, Arequipa 2021.

Materiales y métodos: el siguiente trabajo se realizó a través del método científico, fue de tipo básica y de nivel descriptivo. La población estuvo constituida por 234 pacientes, 468 modelos de estudio, que fueron obtenidos de los pacientes rotulados y fotografiados para el análisis y recolección de datos, quienes fueron pacientes tratados en una clínica particular de la ciudad de Arequipa, 2021.

Resultados: dentro de los resultados principales se encontró que, del total de 468 modelos evaluados 377 (80.56%) fueron edéntulos parciales, según la clasificación de Kennedy, donde la clase III obtuvo (37%) siendo la de mayor prevalencia, la clase I obtuvo (20.9%), la clase II obtuvo (18.8%), la menor prevalencia la obtuvo la clase IV (3.9%); según el sexo, los resultados fueron similares en el masculino, donde la más prevalente fue la clase III (38%); en el sexo femenino también fue la clase III (36%); según la edad, hubo mayor prevalencia en pacientes entre 31 a 40 años (36%); según su ubicación en el maxilar, la Clase III fue la de mayor prevalencia (42.3%); en el maxilar inferior los resultados fueron similares tanto para la clase I (32.1%) como para la clase III (31.6%); según las modificaciones de *Apple Gate*, la más prevalente fue la Clase III (42%) modificación 2 (12%) en el maxilar superior y en el maxilar inferior el resultado fue similar para la clase I (32%) modificación 1 (26%) y la clase III (32%) modificación 1 (48%).

Conclusión: se concluyó que el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy más prevalente fue la clase III (37%).

Palabras clave: clasificación de Kennedy, edentulismo parcial, prevalencia

ABSTRACT

The purpose of this study was to estimate the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients from a private clinic, Arequipa 2021.

Materials and methods: the following work was carried out through the scientific method; it was of a basic type and descriptive level. The population consisted of 234 patients, 468 study models, which were obtained from the labeled and photographed patients for the analysis and data collection, who were patients treated in a private clinic in the city of Arequipa, 2021.

Results: within the main results it was found that, of the total of 468 models evaluated, 377 (80.56%) were partial edentulous, according to the Kennedy classification, where class III obtained (37%) being the one with the highest prevalence, class I obtained (20.9%), class II obtained (18.8%), the lowest prevalence was obtained by class IV (3.9%); According to sex, the results were similar in males, where the most prevalent was class III (38%); in females it was also class III (36%); According to age, there was a higher prevalence in patients between 31 and 40 years (36%); According to its location in the maxilla, Class III was the one with the highest prevalence (42.3%); in the lower jaw the results were similar for both class I (32.1%) and class III (31.6%); According to the Apple Gate modifications, the most prevalent was Class III (42%) modification 2 (12%) in the upper jaw and in the lower jaw the result was similar for class I (32%) modification 1 (26%)) and class III (32%) modification 1 (48%).

Conclusion: it was concluded that partial edentulism according to the most prevalent Kennedy classification was class III (37%).

Key words: Kennedy classification, partial edentulism, prevalence

INTRODUCCIÓN

La pérdida dental se relaciona a lo largo de la historia a un dolor agudo, cuya solución inmediata es la extracción. Sin embargo, la pérdida de un diente arrastra consigo una serie de alteraciones tanto fisiológicas como fonética, masticación, alteraciones temporomandibulares y psicológicas; como la baja autoestima por la estética, trastornos de sueño, que modifican la condición natural de vida del paciente, volviéndose una reacción en cadena que, si no es tratada a tiempo, termina en edentulismo total.

El edentulismo es la falta de una, varias o todas las unidades dentales, sea cual fuere el motivo, se clasifica en desdentado parcial cuando faltan algunas y desdentado total cuando faltan todas las piezas dentales.

Se pueden encontrar dos principales formas de causar de edentulismo, las causas congénitas y las adquiridas; las congénitas son las que se presentan desde el nacimiento y que, por alguna razón, no se consolida el germen dentario desde el embrión, puede ser hereditaria o genética y las adquiridas son aquellas por la cual el individuo, a lo largo de su vida, realizó por alguna razón externa.

La caries y la periodontitis son las principales formas de causar edentulismo adquirido, según la (OMS), la pérdida dental es más frecuente de lo pensado, 9 de cada 10 individuos tiene o ha tenido edentulismo por causa de la caries, convirtiéndola en la enfermedad de mayor prevalencia a nivel mundial, la periodontitis afecta un gran porcentaje de la población mundial. Los traumatismos son otra causa de edentulismo.

Las consecuencias del edentulismo son diversas, pueden traer consecuencias fisiológicas como fonética, masticación y estéticas como cambios

faciales notorios, asimetrías o psicológicas, baja autoestima, miedo, vergüenza o cambios en los estilos de vida de los pacientes.

Un oportuno tratamiento puede cambiar drásticamente los estilos de vida del paciente y consigo mejorar los aspectos fisiológicos, estéticos y psicológicos; para ello, el tratamiento debe ser eficaz con un oportuno diagnóstico y plan de trabajo para asegurar el pronóstico.

La clasificación de Kennedy va a ayudar a dar el correcto diagnóstico solo mirando el modelo de estudio para la planificación y diseño de un aparato protésico que cumpla todas las características para su adecuado funcionamiento.

Por lo antes mencionado, este trabajo de investigación se plantea el siguiente problema ¿Cuál es la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021? Cuya finalidad es proporcionar un importante contenido teórico, con antecedentes y datos estadísticos actualizados para futuras investigaciones o en la práctica de la odontología sobre la situación actual del edentulismo en la región y poder concientizar a la población; el trabajo va dirigido a personal de salud y población en general.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Planteamiento y formulación del problema

El edentulismo parcial es una afección definitiva, que direcciona a la pérdida dental y aqueja a un buen porcentaje de la población internacional, según el Minsa, las personas empiezan a tener pérdidas dentarias a edad temprana, en la población peruana, los factores de riesgo que producen edentulismo y que predominan son la caries y la periodontitis (1).

Venegas et al. (2) concluyen en una investigación realizada a personas adultas entre 20 a 70 años en una asociación urbana de un asentamiento humano de Lima en el año 2014, que el 72% de pacientes evaluados son edéntulos parciales y están entre 32 y 45 años, con respecto a la clasificación de Kennedy es más prevalente la clase III en ambos maxilares (2).

Castillo et al. (3) en su investigación concluyen que el 100% de pacientes edéntulos parciales necesitan tratamiento protésico para mejorar su calidad de vida, recuperando sus funciones fisiológicas y psicológicas y que deben realizarse acciones de promoción de salud y prevención desde edad temprana (3).

Por lo que el investigador planteó el siguiente problema ¿Cuál es la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa 2021?

1.2 Objetivos

Objetivo general

Estimar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.
- Estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con el sexo en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.
- Estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con la edad en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.
- Estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con su ubicación en el maxilar en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.
- Estimar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con esta, aplicando las modificaciones de *Apple Gate* en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.

1.3 Justificación

Esta investigación, a nivel social, aporta datos para establecer medidas preventivas, dichas medidas deben ser establecidas como una cultura de salud, asimismo, se debe implementar en la currícula escolar medidas preventivas.

Del mismo modo, la investigación proporciona al profesional odontólogo, material estadístico que ayudará a tomar medidas preventivas sobre tratamientos conservadores para evitar extraer piezas dentarias y cambiar los estilos de vida de los pacientes, devolviéndoles las funciones fisiológicas de masticación, fonética y las funciones psicológicas como la estética.

1.4 Hipótesis y descripción de variables

Según la metodología de Hernández et al. (4), refiere que un trabajo de investigación de alcance descriptivo no tiene hipótesis.

- **Variable categórica:** edentulismo parcial
- **Covariables:** sexo, edad, ubicación de maxilar, modificaciones

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

Mohammad et al. (5), en su trabajo realizado en la India para evaluar la prevalencia del desdentado parcial, estudiaron a 142 personas de la ciudad de Kashmir, fueron agrupados de la siguiente manera: el primer grupo, pacientes entre 20 a 35 años, el segundo de 36 a 45 años y, por último, el tercer grupo de 46 a más años, la clasificación de las arcadas se realizó a través de la clasificación de Kennedy. Concluyen que, la clase III fue la más prevalente en ambos maxilares con 61.7%, la clase IV con 0.9% fue la menos prevalente. El segundo grupo de 31 a 40 años fue el más prevalente con 78%. Al aumentar la edad aumenta el número de casos, las clases I y II aumenta y las clases III y IV disminuyen.

González et al. (6), en su estudio realizado a 58 pacientes adultos que utilizan aparato protésico removible, se halló que la clasificación de Kennedy III fue la más predominante con 43,1%. En la arcada superior, la clase III de Kennedy, modificación 2 de *Apple Gate* fue la más frecuente con 29,31%; en cambio, en la arcada inferior predomina la clase IV con 24,14%. Concluyeron

que la clasificación de Kennedy con más predominancia era la clase III modificación 2 en la arcada superior. Según el sexo, el sexo femenino fue el de mayor porcentaje con 65.5% que utilizaban aparatología protésica (6).

Durand et al. (7), realizaron una investigación que tuvo como objetivo principal determinar cuál era la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y las modificaciones *Apple Gate* en 321 pacientes que asistieron a una clínica universitaria. Los resultados arrojan un mayor porcentaje de prevalencia de edentulismo parcial en la arcada superior, la clase III 41,5%, le sigue la clase I 36,4% y por último la clase II 15,6%. En la arcada inferior, las más predominantes fueron la clase I 44,2%, le sigue la clase III 34.6% y por último la clase II 16,5%. Concluyeron que las clases III y I fueron las más predominantes en la arcada superior en ambos sexos, mientras que las clases I y II fueron las más predominantes en el maxilar inferior en mujeres (7).

Cortés et al. (8), en su estudio para evaluar la *“Incidencia de edentulismo y clasificación según Kennedy en pobladores mayores de 20 años”*. Los resultados fueron: de un total de 88 pacientes evaluados, un 87,9% de los pacientes presentaba la ausencia por lo menos una de sus piezas dentarias y, de este total, el 28,8% utiliza prótesis dental. La clasificación de Kennedy en el maxilar superior más predominante fue la clase III y en el maxilar inferior los resultados fueron similares para la clase I y III. El estudio concluye que frente a la alta incidencia de edentulismo y que es necesario iniciar programas preventivos de salud bucal de los pobladores (8).

Venegas et al. (9), en su investigación realizada en una Universidad de Ecuador. Concluyen que el edentulismo es un elemento de riesgo y que disminuye la eficacia de vida de los pacientes. Además, la pérdida dental va de

acuerdo con la edad. No hubo predisposición por el sexo, afecta a ambos sexos por igual. Entre los resultados más significativos se aprecia que el desdentado parcial fue más prevalente con 75% y el desdentado total con 25% (9).

Rodríguez et al. (10), en su estudio realizado a pacientes que acudieron a una clínica universitaria. Los resultados revelaron que, la clase III de Kennedy fue la que más prevaleció con 54.3%. En el maxilar superior fue la clase III con el 38,9 % y en el maxilar inferior también la clase III con el 36,5%. Se comprobó también que las mujeres tienen mayor impacto negativo (10).

Castillo et al. (11), desarrollaron una investigación con enfoque estadístico que relacionaba la frecuencia de edentulismo parcial con el nivel educativo en personas adultas de zonas rurales, se estudiaron en total 168 pacientes. Concluyeron que la clase III de Kennedy fue la más predominante con 43,9% en ambas arcadas, comprobando que hay una relación estadísticamente significativa entre clasificación de Kennedy con la edad y el nivel de educación de los pobladores (11).

Rodríguez (12), realizó un estudio con el objetivo de “demostrar la incidencia y prevalencia del desdentados parciales en personas entre 20 a 70 años”. Concluyeron que la clase III es la más predominante (41,7%,) seguida de la clase II (33,5 %) y la clase I (24,8%). En el sexo femenino predominó la clase III en la arcada superior (45,9) % y en el maxilar inferior (40,5%). Se finaliza la investigación con la conclusión que la mayor prevalencia era la clase III en personas del sexo femenino (12).

Cedeño (13), en su trabajo tuvo como objetivo primordial determinar la incidencia del desdentado parcial en la población, tomaron en cuenta las variables sexo, edad y las modificaciones de *Apple Gate*. Los resultados

indicaron que la clase III fue la más predominante en ambas arcadas con 45,1%, la clase I con 29,2% y la clase II con 21,4%, la menos prevalente fue la clase IV con 4,3%. De acuerdo con el sexo se encontró que; en el sexo masculino la prevalencia fue menor con 15,5% y en femenino con 29%. Concluyeron que la clase III de Kennedy es la más prevalente en ambas arcadas en el sexo femenino (13).

Corpuna (14), en su investigación, tuvo como objetivo “encontrar cuál era la predominancia del edentulismo parcial según las clases de Kennedy en pacientes de 30 años a más, de hombres y mujeres, en un centro de salud”. Los resultados mostraron que la clase III de Kennedy fue la más prevalente con (51,1%), la clase II (25,2%), la clase I (20,4%) y la menos prevalente fue la clase IV con (3,3%). La clase III, modificación 1 fue la más frecuente en la arcada superior con 44,58% en el maxilar inferior con 48,7%. No se encontraron datos para la clase IV en la arcada inferior, según el sexo, el más predominante fue el femenino con 89,7%. Se concluyó que la clase III fue la más predominante en ambos maxilares con resultados similares, también es más recurrente en el sexo femenino (14).

Avendaño (15), en su estudio realizado en la clínica de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Se realizó la evaluación a 200 pacientes de forma aleatoria en cuanto al sexo. Se muestra que la mayor prevalencia fue en el maxilar inferior clase I 41,3%, la clase II 32%, la clase III 25,1% y la clase IV con 1,7%. En el maxilar superior fue para la clase I (29,4%), la clase II (17,2%), la clase III (36,5%) y por ultimo la clase IV (16,9%). Se concluye que la clase I fue la más prevalente en dicha población (15).

Cisneros et al. (16), en su investigación realizada a pacientes adultos en una Universidad. Se efectuó en una población de 90 pacientes adultos de 20 años. Se concluye que hay mayor prevalencia de edentulismo parcial se encuentra en la población de 30 a 50 años con 32.3%, el sexo femenino es el más prevalente con 67.3%. La clase III es la que prevalece en ambas arcadas con 45.2% (16).

Díaz y Yupanqui (17), en su investigación realizada a 600 pacientes. Se encontró que la frecuencia de edéntulos parciales fue de 74,1% y la urgencia de usar prótesis fue de 75,5%; en la arcada superior la más frecuente fue la clase III con 62,13% en la arcada inferior con 56,82. Se concluyó que la clase III de Kennedy es la más prevalente en ambas arcadas (17).

Escudero et al. (18), el objetivo de su investigación fue hallar la frecuencia de edéntulos parciales o totales y como repercute en la calidad de vida de los pobladores entre 20 a 90 años en Sucre-Bolivia, se evaluaron a 735 pacientes de ambos sexos aplicando la exploración clínica y el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Los resultados determinaron que hay una prevalencia del edentulismo del 96,2%, de gran predominio en el sexo femenino (18).

2.2 Bases teóricas

- Epidemiología

La epidemiología es una especialidad científica que tiene principal objetivo el análisis de los acontecimientos patológicos, la epidemiología evalúa la hipótesis acerca del origen de la enfermedad y sus secuelas en relación con el entorno de una determinada población (19; 20).

La epidemiología establece dos formas de medida de frecuencia muy utilizadas en la medición epidemiológica de las enfermedades, la incidencia y la prevalencia (20).

- **Incidencia**

Es la fracción o porcentaje de un grupo en riesgo (19). Corresponde al total de casos nuevos del evento de interés descartando los que ya existían al comienzo del periodo de observación (19; 20).

- **Prevalencia**

“Es una porción de una localidad que se encuentra dañada por un padecimiento en un determinado tiempo y espacio” (21). La prevalencia es, al igual que la historia de la enfermedad, dinámica. Por lo tanto, los individuos salen del conjunto de la prevalencia al recuperarse de la enfermedad o morir, por lo que se mide al momento del estudio (20).

- **Edentulismo**

Se define como edentulismo a la ausencia parcial o total de los dientes, los cuales no volverán a salir de forma natural. El edentulismo es una evolución compleja en el que participan un número de elementos que de una u otra manera afectan los tejidos de la boca (22; 23). Las causas más comunes que provocan la pérdida de dientes son principalmente la caries y enfermedad periodontal, aunque existen muchas más (24).

- **Edentulismo parcial**

La pérdida dental, ya sea por extracción, periodontitis o traumatismos, son condiciones clínicas que pueden ser desencadenadas por patologías o accidentes sobre la estructura del diente o en su tejido de soporte (23). Desde el punto de vista académico, la falta de una pieza dentaria no debe ser considerado como un diagnóstico, si no como un descubrimiento, que de no tener un tratamiento oportuno puede provocar trastornos de oclusión y, a la vez, involucrar diferentes elementos del aparato buco maxilofacial, como la ATM y la musculatura facial. Las causas iniciales de la pérdida dental según la literatura puede ser la caries, enfermedad periodontal, traumatismos o iatrogenias, esto provoca sobrecarga en los dientes sobrantes, modificaciones en el plano oclusal, así como cambios en la calidad del hueso alveolar y la reacción en cadena de los dientes sobrantes llegando a la pérdida total, lo que finalmente puede llevar a la pérdida total de los dientes. El paciente edéntulo parcial puede ser tratado de diferentes maneras para reemplazar el o los dientes faltantes con prótesis fijas, prótesis removibles o prótesis implantosoportadas (25).

El edentulismo parcial es una condición de amplio enfoque que, por más que se hagan campañas preventivas, además que, los materiales y técnicas de tratamiento han progresado con la ciencia en los últimos años, esto se debe a que la media de vida de la población va en aumento, quiere decir que la población está viviendo más tiempo y por ende el promedio de pérdidas dentales también está en aumento. “Estudios epidemiológicos y estadísticos en diferentes lugares en el mundo, aparte de la situación socioeconómica, religiosa, política y cultural, indican que hay un 80% de la población que ha tenido al menos una pérdida dental a lo largo de su vida sin considerar a los edéntulos totales” (26).

- **Consecuencias del edentulismo**

Si no se da el tratamiento oportuno, el edentulismo puede provocar alteraciones que, a su vez, reduce considerablemente la condición de vida de las personas, ya que va a variar la manera de alimentarse y en otras funciones, en situaciones más críticas, puede alterar los rasgos físicos de la cara, modifica la figura social y amenaza la seguridad mental de los pacientes (26; 27).

Un adecuado plan de tratamiento enfocado a reestablecer la función fisiológica y estética del paciente es fundamentalmente prioritario. La impresión estética que ocasiona la pérdida dental alcanza niveles significativos en la sociedad, puesto que está estigmatizado, ya que se percibe, sobre todo, en dientes anteriores la pérdida de estos como una burla para el paciente involucrado, afectando incluso más su estabilidad psicológica y emocional. También con la pérdida dental se evidencia disminución del reborde óseo residual y esto puede ocasionar cambios tridimensionales en las características orofaciales (28).

La ausencia de uno o varios dientes trae consigo una serie de consecuencias tanto anatómicas, funcionales, estéticas como psicológicas. Esto va a deteriorar poco a poco y en cadena la calidad de vida del paciente.

- **Consecuencias funcionales del edentulismo**

Cambios fonéticos debido a la pérdida de dientes, sobre todo, anteriores, imposibilitan fonemas corono-alveolar como S, Z, L (25).

Dificultad para triturar los alimentos, esto provoca sobrecarga en los dientes presentes y esto a su vez problemas periodontales (28).

Problemas gastrointestinales, muchas veces asociados a la pérdida prematura de dientes y el inadecuado proceso del bolo alimenticio.

- **Consecuencias anatómicas del edentulismo**

Alteración tridimensional del hueso de soporte (28). Esto se debe a una atrofia adquirida por la falta de dientes que hace que el suministro de sangre disminuya considerablemente.

Alteración de la mucosa (28). La mucosa se va a ver alterada por la presencia de aparatos protésicos dento-muco-soportados volviéndola queratinizada.

Modificación funcional de la lengua, esto debido a su papel que cumple en la estabilización de las prótesis.

Modificación estética del tercio inferior de la cara (28). La pérdida de dimensión vertical provoca que el perfil del paciente se vea alterado provocando un pseudoprogнатismo.

Extrusión de dientes por la ausencia de dientes antagonistas.

- **Consecuencias estéticas**

Misch (28) en su libro hace mención que “frente a la pérdida de dientes aparecerán cambios orofaciales como en el lapso del envejecimiento”, estos cambios son:

- Disminución de la dimensión vertical facial
- Prognatismo mandibular
- Pérdida de simetría horizontal
- Alteración en el tono muscular
- Hundimiento del surco nasolabial

- Apariencia aumentada del labio superior

- **Consecuencias psicológicas**

- Vergüenza por miedo a la burla, inseguridad por la estética, miedo al rechazo (29).
- Dificultad e impotencia al llevar prótesis (30)
- Dificultad para hablar y sonreír (29)

- **Factores asociados a la pérdida dentaria**

Existen múltiples factores asociados a la pérdida dental, estos factores pueden ser de origen intrínseco como caries, enfermedad periodontal, edad, sexo, enfermedades preexistentes o alteraciones genéticas. También pueden ser de origen extrínseco como traumatismos, hábitos de higiene, motivos ortodónticos (31), las causas más comunes son:

Caries dental

“La caries es la patología más frecuente de las personas, según Bhaskar” (32). Se define de muchas formas, Cabrini y Domínguez (33) la definen de la siguiente manera, “es una sucesión evolutiva y destructiva que se localiza en los tejidos duros del diente y que luego avanza en profundidad” (34).

Marcantoni (35) “dice que la boca incluye un sistema microbiológico complicado”. Algunos microbios son capturados por dispositivos especiales de succión por adherencia en las estructuras blandas de la boca y duras de los dientes, el sistema se denomina película adquirida. “En contacto con diferentes nutrientes, producto del metabolismo, se generan ácidos de las partículas de

carbono y así se da inicio a un proceso llamado caries dental, que es definida como una afección infectocontagiosa fácil propagación, de múltiples factores y de avance lento y crónico que, si no se frena, puede afectar todos los dientes y lo vuelve un problema irreversible” (34).

Una vez instalada la placa blanda y con una deficiente limpieza oral se instalan los primeros cultivos bacterianos específicos como *S. mutans*, *S. sanguis*, *S. salivarius*, *S. mitis*, *S. oralis*, *Lactobacilos*, *Actinomyces* (36).

Enfermedad periodontal

Los tejidos de soporte del diente pueden verse afectados patológicamente con cuadros inflamatorios, deterioro del tejido subyacente y en cuadros más avanzados tumoraciones, puede ser localizado provocando inflamación gingival o atacar las estructuras de soporte como hueso o ligamento, es decir, enfermedad periodontal. “Dicho proceso inflamatorio puede ser agudo o crónico, el agudo aparece de forma súbita, es muy doloroso, pero no dura mucho tiempo, el proceso inflamatorio crónico aparece en cambio de forma lenta, casi no presenta síntomas, pero dura más tiempo” (37).

Ferro (20) menciona que “los análisis en microorganismos sobre la periodontitis datan al siglo XIX con los primeros estudios del profesor Miller que determinaba a *pyorrhea alveolaris* como una afección provocada por diferentes microorganismos, pero recién en el siglo XX, con el avance tecnológico descubrimiento de nuevos métodos para la identificación de microorganismos asociados con la enfermedad periodontal”. Dada a la dificultad que existía en el estudio de los microorganismos presentes en la periodontitis en los años noventa,

asentados en los estudios de Koch, se plantearon numerosos criterios que clasificaban a un microbio como agente patógeno del periodonto (20).

Los estudios epidemiológicos acerca de los microorganismos encontrados en todos los estadios de la enfermedad son numerosos y varían en distintas poblaciones, sin embargo, los microorganismos comunes son: *Aggregatibacter actinomycetem*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola* (38; 39; 20).

Traumatismos

Las pérdidas dentarias por traumatismo más comunes son por lo general: por accidentes automovilísticos, caídas accidentales, algunos deportes de contacto, malos hábitos alimenticios (40), por lo general, cuando ocurre la avulsión, el diente puede ser reimplantado, sin embargo, en muchos casos existe fractura coronal o radicular que hace inminente la pérdida de la pieza dentaria (41).

Clasificación de Kennedy

Se han planteado diferentes clasificaciones a lo largo del tiempo. Las más populares son planteadas inicialmente por Kennedy, Swenson, Cummet, Beckett, Avent (42). Se propuso combinar las clasificaciones de tal manera que sea entendible y universal. La clasificación elegida deberá ser entendible y de rápido análisis sobre las distintas clases de edentulismo, de tal forma se podría diagnosticar y brindar un adecuado y certero plan de tratamiento. Este método de clasificación debería permitir resolver todos los casos sin importar la

complejidad. La clasificación de Kennedy cumple la mayoría de estas características y es fácil de enseñarla y fácil de aprender (42).

Esta clasificación fue planteada y expuesta por el Dr. Edward Kennedy en 1925 y agrupa a las arcadas dentales de acuerdo con las áreas edéntulas, que presenta las siguientes características (42):

- Con solo ver el modelo de estudio se puede llegar a un diagnóstico.
- Es la clasificación más popular a nivel mundial.

La clasificación de Kennedy original está fraccionada en cuatro clases y estas a su vez, en cuatro diferentes formas según el número de espacios edéntulos, que se denominan espacios de modificación (42; 43).

- Clase I, espacio edéntulo tanto derecho e izquierdo situados atrás de los dientes pilares remanentes (43).
- Clase II, espacio edéntulo unilateral situado atrás de los dientes pilares remanentes (43).
- Clase III, área edéntula unilateral con un diente pilar remanente posterior (43).
- Clase IV, zona desdentada única y que cruza la línea media anterior a las piezas dentales que son pilares (43).

“El Dr. Applegate aumentó en 1960 la clase V y VI a la clasificación de Kennedy siendo posteriormente retiradas por él mismo” (43).

- Clase V, solo posee uno o dos molares en un lado de la arcada.
- Clase VI, solo están presentes dos incisivos en la arcada.

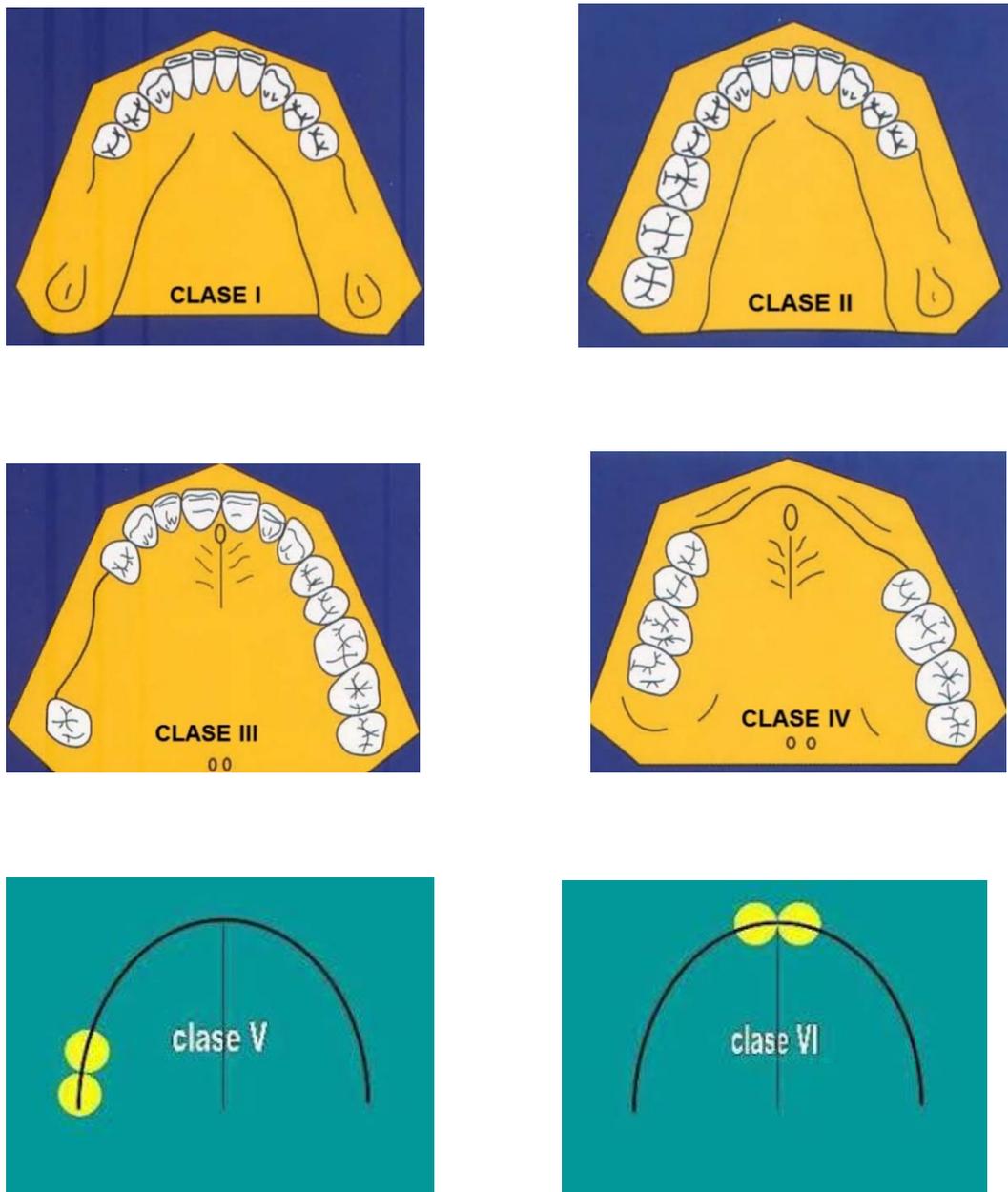


Figura 1. La clasificación de Kennedy

Reglas de Apple Gate

Applegate (42; 43) añadió 8 reglas para implementarlas a la clasificación de Kennedy.

Regla I: la nomenclatura deberá establecerse una vez realizada las exodoncias requeridas (16).

Regla II: si un cordal no se encuentra en la arcada y este no se reemplazará, no debe ser tomado en cuenta en dicha clasificación.

Regla III: si un cordal sí se encuentra en la arcada y va a ser usado como pilar de la prótesis, sí se toma en cuenta en dicha clasificación.

Regla IV: si la segunda molar no se encuentra presente en la arcada y no será reemplazada por ausencia del diente antagonista, no será considerado en dicha clasificación.

Regla V: las áreas edéntulas más posteriores son las que establecen la nomenclatura de la clasificación.

Regla VI: las áreas desdentadas adicionales se denominarán modificaciones y se denominará por un número arábico de acuerdo con la cantidad de espacios, no de piezas.

Regla VII: para determinar la modificación de la clasificación solo se toma en cuenta los espacios edéntulos, no el número de dientes faltantes.

Regla VIII: la clase IV de Kennedy no presenta modificaciones (44).

Tratamiento del edentulismo

Existen infinidad de tratamientos para reemplazar las piezas ausentes y restablecer sus funciones fisiológicas y estéticas (45).

El principal objeto de realizar un tratamiento en el edéntulo es devolver la fisionomía, morfología y función de los componentes orales, lo que permitirá garantizar un mejor estilo de vida al paciente (46).

Se han formulado varios posibles tratamientos para pacientes con edentulismo parcial con el fin de rehabilitar la salud oral como el uso de prótesis fijas, removibles, híbridas, con implantes (47).

2.3 Definición de términos básicos

- **Edentulismo:** la definición de edentulismo es la ausencia parcial o total de los dientes por diferentes factores (48).
- **Caries:** se define como una sucesión evolutiva y destructiva que se localiza en los tejidos duros del diente y que luego avanza en profundidad (34).
- **Periodontitis:** inflamación aguda o crónica que afecta de manera progresiva los tejidos subyacentes del periodonto (37).
- **Prevalencia:** grupo de personas de una población que tienen una o varias características determinadas en un determinado momento de una investigación (49).
- **Clasificación de Kennedy:** la clasificación de Kennedy fue propuesta por el Dr. Edward Kennedy en 1925 y agrupa a las arcadas dentales de acuerdo con las áreas edéntulas (43).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Métodos y alcance de la investigación

En este estudio se utilizó el procedimiento científico según Bunge (50), el cual lo considera una serie de procedimientos, pasos y técnicas que se utilizan para dar solución a los problemas de una investigación”.

La investigación que se desarrollo fue de tipo básico según Hernández et al. (4), refiere esta tipología como aquella que tiene el propósito de realizar exploración para agrandar los conocimientos, profundizarlos, fortalecer o desmentir los conocimientos ya existentes.

El nivel de investigación será descriptivo, porque se realizará una observación y descripción de todo el fenómeno estudiado en su estado natural y tal como se manifiesta en su entorno (4).

3.2 Diseño de la investigación

Diseño no experimental, por lo que no se manipuló la variable de estudio; transversal, por lo que la información fue recolectada en un solo momento y

observacional debido que se observó la situación problemática sin intervención (4).

3.3 Población y muestra

Población: la población de esta investigación son todos los modelos de diagnóstico de pacientes edéntulos parciales que se tomaron en una clínica particular de la ciudad de Arequipa, 2021.

Técnicas de muestreo: la técnica de muestreo es aleatoria simple, puesto que la muestra es de tipo censal.

Criterios de exclusión: se excluirán modelos de pacientes dentados o desdentados totales bimaxilar, modelos con prótesis fija, modelos con prótesis removible, modelos con rehabilitación con implantes, modelos con restos radiculares.

Criterios de inclusión: se incluirán modelos con al menos un espacio edéntulo, modelos con exodoncias recientes, modelos de pacientes mayores de 20 años.

Muestra: la muestra suma 468 modelos de estudio de 234 pacientes atendidos en una clínica particular.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para estimar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021. Se realizó la técnica de la observación a los modelos de estudio sacados a pacientes en determinado periodo y fotografiados para su análisis en el siguiente orden:

- Filiación del paciente y examen clínico (historia clínica y odontograma), se anotaron los datos básicos del paciente como edad, sexo, nombre, DNI.
- Toma de impresiones, los pacientes seleccionados deben contar con, al menos, un maxilar desdentado parcial.
- Vaciado de la impresión con yeso piedra inmediatamente después de la toma de impresión.
- Rotulación de modelos, indicando la identificación del paciente, esto con la finalidad de facilitar el reconocimiento en la etapa de la fotografía.
- Toma de fotografías con cámara digital.
- Observación de los modelos, aplicando la clasificación de Kennedy y las reglas de Applegate
- Registro de la información hallada en la ficha para recolección de datos.
- Análisis estadístico de los datos obtenidos.

El instrumento fue la historia clínica del paciente y los datos encontrados fueron inscritos en la ficha de recolección de datos (anexo 1).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados del tratamiento y análisis de la información

Tabla 1. Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en una clínica particular

	Frecuencia	Porcentaje
Edéntulo parcial	377	80.56
No edéntulo parcial	91	19.44
Total	468	100

Interpretación: la tabla 1 muestra la prevalencia del edentulismo parcial, según los resultados obtenidos, se observa que, del total de 234 pacientes, de los cuales se obtuvieron 468 modelos de estudio, 234 correspondientes al maxilar superior y 234 correspondientes al maxilar inferior, se encontraron que 377 modelos (80.56%) fueron edéntulos parciales y 91 modelos (19.44%) fueron dentados o desdentados totales.

Tabla 2. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular

Características	Número	Porcentaje
Dentado y desdentado total	91	19.4
Clase I	98	20.9
Clase II	88	18.8
Clase III	173	37
Clase IV	18	3.9
Total	468	100

Interpretación: la tabla 2 muestra la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, de acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que del total de 468 modelos del maxilar superior e inferior de los 234 pacientes evaluados, se encontró que la clasificación de Kennedy con mayor prevalencia fue la clase III con 173 modelos (37.0%), le sigue la clase I con 98 modelos (20.9%), la clase II con 88 modelos (18.8%) y la de menor prevalencia fue la clase IV con 18 modelos (3.9%).

Tabla 3. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con el sexo de pacientes atendidos en una clínica particular

Clasificación de Kennedy	Sexo del paciente				Total	
	Masculino		Femenino		Número	%
	Número	%	Número	%		
Dentado y desdentado total	42	18	49	21	91	19
Clase I	50	21	48	21	98	21
Clase II	47	20	41	18	88	19
Clase III	91	38	82	36	173	37
Clase IV	8	3	10	4	18	4
Total	238	100	230	100	468	100

Interpretación: la tabla 3 muestra la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con el sexo de los pacientes evaluados, según los resultados obtenidos, se observa que, del total de 468 modelos del maxilar superior e inferior de los pacientes evaluados, se encontraron resultados similares en la clasificación de Kennedy, con mayor prevalencia en el sexo masculino fue la clase III (38%) y en el sexo femenino fue la clase III (36%); la de menor prevalencia en el sexo masculino fue la clase IV (3%) y en el sexo femenino fue la clase IV también (4%).

Tabla 4. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con la edad de pacientes atendidos en una clínica particular

	Edad del paciente													
	De 20 a 30 años		De 31 a 40 años		De 41 a 50 años		De 51 a 60 años		De 61 a 70 años		De 71 a más años		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Dentado y desdentado total	21	20	42	25	20	17	7	14	1	4	0	0	91	19
Clasificación de Kennedy														
Clase I	26	25	30	18	27	23	8	17	6	23	1	25	98	21
Clase II	16	15	33	20	22	19	10	21	7	27	0	0	88	19
Clase III	33	32	54	32	49	41	23	48	11	42	3	75	173	37
Clase IV	8	8	9	5	0	0	0	0	1	4	0	0	18	4
Total	104	22	168	36	118	25	48	10	26	6	4	1	468	100

Interpretación: la tabla 4 muestra la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con la edad de los pacientes evaluados, según los resultados obtenidos se observa que, del total de 468 modelos de los pacientes evaluados, la mayor prevalencia se encontraba en pacientes entre 31 a 40 años un total de 168 pacientes que equivale a (36%) y la menor en pacientes de 71 años a más con un total de 4 pacientes que equivale a 1%.

Tabla 5. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con su ubicación en el maxilar de pacientes atendidos en una clínica particular

	Clasificación de Kennedy					
	Maxilar superior		Maxilar inferior		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Dentado y desdentado total	51	21.8	40	17.1	91	19
Clase I	23	9.8	75	32.1	98	21
Clase II	48	20.5	40	17.1	88	19
Clase III	99	42.3	74	31.6	173	37
Clase IV	13	5.6	5	2.1	18	4
Total	234	100	234	100	468	100

Interpretación: la tabla 5 muestra la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con su ubicación en el maxilar de los pacientes evaluados, según los resultados obtenidos se observa que, del total de 468 modelos de los pacientes evaluados, la mayor prevalencia se encontraba en el maxilar superior la clase III (42.3%), seguida de la clase II (20.5), la clase I (9.8%) y la clase IV (5.6%); en el maxilar inferior los resultados son similares entre la clase I (32.1%) la clase III (31.6%), seguido de la clase II (17.1%) y la clase IV (2.1%).

Tabla 6. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar superior aplicando las modificaciones de Applegate de pacientes atendidos en una clínica particular

		Modificación de Applegate superior										Total	
		No tiene modificación		Modificación 1		Modificación 2		Modificación 3		Modificación 4			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Clasificación de Kennedy maxilar superior	Dentado y desdentado total	51	22	0	0	0	0	0	0	0	0	51	22
	Clase I	12	5	6	3	4	2	1	0	0	0	23	10
	Clase II	6	3	23	10	11	5	8	3	0	0	48	20
	Clase III	35	15	25	11	28	12	8	3	1	1	99	42
	Clase IV	13	6	0	0	0	0	0	0	0	0	13	6
Total		117	50	54	23	43	19	17	6	1	1	234	100

Interpretación: la tabla 6 muestra la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con su ubicación en el maxilar de los pacientes evaluados, según los resultados obtenidos se observa que, del total de 468 modelos de los pacientes evaluados, la mayor prevalencia en el maxilar superior es la clase III de Kennedy (42%), modificación 2 (12%). Le sigue la clase I (22%) sin modificación, la clase II (20%) modificación 1 (10%), por último, la clase IV (6%), esta no tiene modificación.

Tabla 7. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, aplicando las modificaciones de Applegate de pacientes atendidos en una clínica particular

		Modificación de Applegate inferior							
		No tiene modificación		Modificación 1		Modificación 2		Total	
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Clasificación de Kennedy maxilar superior	Dentado y desdentado total	40	31	0	0	0	0	40	17
	Clase I	49	37	24	26	2	20	75	32
	Clase II	9	7	24	26	7	70	40	17
	Clase III	28	21	45	48	1	10	74	32
	Clase IV	5	4	0	0	0	0	5	2
Total		131	56	93	40	10	4	234	100

Interpretación: la tabla 7 muestra la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy relacionada con su ubicación en el maxilar de los pacientes evaluados, según los resultados obtenidos se observa que, del total de 468 modelos de los pacientes evaluados, la mayor prevalencia es en el maxilar inferior, los resultados fueron similares entre la clase I (32%), modificación 1 (26%) y la clase III (32%), modificación 1 (48%), no se hallaron datos de las modificaciones 3 y 4.

Tabla 8. Cálculo del error estándar de la prevalencia de edentulismo parcial y la clasificación de Kennedy

	Muestra	Prevalencia	1- prevalencia	Error Estándar
Estadístico	n	p	q	$\sqrt{\frac{p * q}{n}}$
Edentulismo parcial	468	0.856	0.144	0.016
Clase I de Kennedy	468	0.209	0.791	0.019
Clase II de Kennedy	468	0.188	0.812	0.018
Clase III de Kennedy	468	0.37	0.63	0.022
Clase IV de Kennedy	468	0.039	0.961	0.009

Interpretación: en la tabla 8, para la variable categórica edentulismo parcial, se consideraron 468 modelos de estudio, encontrándose una prevalencia de 85.6% con un error estándar de 0.016.

Tabla 9. Intervalos de confianza de la prevalencia de edentulismo parcial y la clasificación de Kennedy

	Muestra	Prevalencia	Intervalos de confianza 95%	
Estadístico	n	p	Límite inferior	Límite superior
Edentulismo parcial	468	0.856	0.824	0.888
Clase I de Kennedy	468	0.209	0.172	0.246
Clase II de Kennedy	468	0.188	0.153	0.223
Clase III de Kennedy	468	0.37	0.326	0.414
Clase IV de Kennedy	468	0.039	0.021	0.057

Interpretación: en la tabla 9 se observa que con un intervalo de confianza de 95%, para la variable prevalencia del edentulismo parcial, se encontró un límite inferior 0.824 y un límite superior 0.888.

4.2 Prueba de hipótesis

La presente investigación no tiene hipótesis por ser de nivel descriptivo.

4.3 Discusión de resultados

Mohammad et al. (5) realizaron su estudio a 142 pacientes, fueron agrupados de forma ascendente el primer grupo de 20 a 35 años, el segundo de 36 a 45 y el tercero de 46 a más años, concluyeron que la arcada clase III en ambos maxilares fue la más frecuente (61.7%), la clase IV la menos prevalente (0.9%), si se compara con esta investigación, se ha de mencionar que esta fue realizada a 234 pacientes entre 20 a 70 años, distribuidos en grupos con intervalo de 10 años, los resultados obtenidos fueron, mayor prevalencia en el grupo de 31 a 40 años (35.9%), concluyendo que la clasificación que más prevaleció fue en el maxilar superior e inferior la clase III (37%) y la menos prevalente la clase IV (3.9%). Los resultados fueron similares de acuerdo con la prevalencia.

En el estudio de González et al. (6) concluyeron que la clasificación que más prevaleció fue en el maxilar superior, la clase III modificación 2 con 43.1% y en el maxilar inferior prevaleció la clase IV con 24.14%. Además, se concluyó que el sexo femenino fue el de mayor porcentaje de uso de prótesis removible. En esta investigación también prevaleció la clase III (42%) modificación 2 (12%) en el maxilar superior y en el maxilar inferior prevalecieron tanto la clase I (32%) modificación 1 (26%) y la clase III (32%) modificación 1 (48%), aquí se pueden ver diferencias entre la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior.

En el estudio de Durand et al. (7) coinciden también que el edentulismo parcial con mayor prevalencia se encontraba en la arcada superior la clase III

(41,5%) le sigue la clase I (36,4) y II (15,6 %), en la arcada inferior la más prevalente fue la clase I (44,2 %) le sigue la clase III (34,6%) y II (16,5%). También concluyó que la clase III es la más prevalente en hombres y mujeres y la clase I es más prevalente en mujeres. Los resultados fueron similares a esta investigación, además, la muestra fue de 321 pacientes de la investigación de Durand contra 234 pacientes de esta investigación.

Sin embargo, Cortés et al. (8) realizaron su investigación solo a 88 pacientes y de ellos el 87,9% eran edéntulos parciales; en esta investigación realizada a 234 pacientes 80.56% fueron edéntulos parciales.

En el estudio de Rodríguez et al. (10) concluyen que la clasificación de Kennedy que más prevaleció en la arcada superior fue la clase III con 38,9%, de igual manera en el maxilar inferior fue la clase III con 36,5%. Si se compara con los resultados de esta investigación, se ve que son similares en cuanto a porcentaje y a prevalencia.

Castillo et al. (11), concluyeron en su investigación que la clase III de Kennedy es la que más predomina en ambos maxilares con 43.9%, en cambio en los resultados de la presente investigación fueron similares en ambos maxilares para la clase III, pero en el maxilar inferior predominó la clase I (32.1%).

En la investigación de Rodríguez (12) concluye que la clasificación de Kennedy más predominante en ambos sexos fue la clase III en la arcada superior con 45,9 % y la clase III en la arcada inferior con 40,5 %. En esta investigación los resultados fueron similares en ambos sexos, también para la clase III 38% en hombres y 36% en mujeres.

Al igual que en la investigación de Rodríguez, Cedeño (13) determinó que la clase III fue la de mayor prevalencia en ambas arcadas (45,1%).

Corpuna et al. (14) también concluyeron que la clase III fue la más predominante con 51,1%, resultado similar a esta investigación.

En el estudio de Avendaño (15), en cambio, concluye que la clase I fue la más prevalente con 41.3% en el maxilar superior y la menos predominante la clase IV con 1.7%. En este estudio se nota gran diferencia en los resultados, sobre todo, porque fueron realizados a 200 pacientes, dicha muestra es similar a esta, pero los resultados no lo son.

En el estudio de Cisneros et al. (16) concluyeron que la clase III es la de mayor prevalencia en pacientes entre 30 a 50 años (32.3%). En esta investigación fue en pacientes entre 31 a 40 años (36%), también el resultado fue similar.

Diaz y Yupanqui (17) también encontraron mayor prevalencia de edéntulos parciales fue de 74,1%, en la arcada superior la de mayor prevalencia fue la clase III con 62.13%, de igual manera en la arcada inferior con 56.82%. Si se compara con los resultados de este estudio, fueron similares; sin embargo, Diaz y Yupanqui, realizaron su estudio en 600 pacientes.

También Escudero et al. (18) realizaron su estudio a 735 pacientes para hallar la frecuencia de edéntulos parciales, concluyendo que 96,2% fueron edéntulos parciales; este estudio también indica un gran porcentaje de edéntulos parciales 80,56%, esto es muy notorio y alarmante por el gran porcentaje encontrado, por eso la importancia de esta investigación.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de edentulismo parcial fue de 80.56% en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa 2021.
- La prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue la clase III con 37.0% en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa 2021.
- La mayor prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el sexo masculino fue la clase III (38%) y en el sexo femenino fue la clase III (36%) en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa 2021.
- Se encontró mayor prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes entre 31 a 40 años con 36%.
- La mayor prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue la clase III en el maxilar superior (42.3%), en el maxilar inferior la clase I (32.1%) y III (31.6%) tuvieron un resultado similar.
- De acuerdo con las modificaciones de Applegate la mayor prevalencia en el maxilar superior fue la clase III (42.3%) modificación 2 (12%), mientras que en el maxilar inferior el resultado fue similar para la clase I (32.1%) modificación 1 (26%) y III (31.6%) modificación 1 (48%).

LISTA DE REFERENCIAS

1. Ríos E, Villanueva K. Edentulismo parcial segun la clasificación de Kennedy. 17, 1 de 2016, vis. Dent Journal, Vol. VII.
2. Venegas E, Alvarado O, Ordoñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados. 26, Callao, Lima : s.n., octubre de 2016, Revista Estomatológica Herediana, Vol. IX.
3. Castillo D, Leia V, León R. Edentulismo parcial y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. 86, Marzo de 2017, Revista Estomatológica Herediana, Vol. II.
4. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. [ed.] Ricardo Del Bosque. Cuarta. México : McGrawHill Interamericana, 2014.
5. Mohammad A, Shabir A, Shaszia M. Patten of partial edentulism based on Kennedys classification among dental patientin Kashmir. 209-3, Mayo de 2019, Int apppl Dent, Vol. II.
6. Gonzáles S, Quiroz A. Clases de Kennedy con mayor prevalencia en pacientes edéntulos parciales que acuden a la clínica odontológica. Odontologia, Repositorio Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil : s.n., 2020. pág. 79, Tesis para optar titulo de Cirujano Dentista. ISBN-7526-3245-32.
7. Durand R, Gonzáles M, Torres, C. Prevalencia de edentulismo parcial segun la clasificación de Kennedy y la modificación de Apple Gate en pacientes tratados en la clínica de la Universidad de Lambayeque, Perú. Odontología, Universidad de Lambayeque. Lambayeque : s.n., 2019. pág. 108, Tesis para optar título profesional de Cirujano Dentista. ISBN-1989-2011-09.

8. Cortés C, Vergara V. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac Quemchi, Chile. Odontología, Universidad Nacional de Chile. Chiloé : s.n., 2016. pág. 80, Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. ISBN-2789-2017-11.
9. Venegas 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. Odontología, Universidad de Cuenca. Cuenca : s.n., 2017. pág. 107, Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. ISBN-2909-2020-02.
10. Rodríguez J, Palomar M, García J. Prevalencia de edentulismo parcial asociado a la calidad de vida de pacientes que acuden a la clínica de pregrado de la facultad de Odontología. Odontología, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Puno : s.n., 2018. pág. 90, Tesis para optar título de Cirujano Dentista. ISBN-2676-2018-12.
11. Castillo E. Frecuencia de edentulismo parcial por ubicación edéntula según edad y grado de instrucción. 179-7, Marzo de 2017, Revista estomatológica Herediana, Vol. 25.
12. Rodríguez C. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 años atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Odontología, Universidad Antenor Orrego. Trujillo : s.n., 2017. pág. 109, Tesis para optar título profesional de Cirujano Dentista. ISBN-2340-2017-06.
13. Cedeño M. Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta entre 30 a 70 años de la parroquia de Colón, cantón Portoviejo. Facultad de Odontología, Universidad San Gregorio de

Portoviejo. Portoviejo, Ecuador : s.n., 2016. pág. 90, Tesis de pregrado para obtener título de Cirujano Dentista. ISSN-1986357728890.

14. Corpuna A. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el centro de salud de Belenpampa, Cusco. Odontología, Universidad Nacional de San Antonio Abad. Cusco : s.n., 2017. pág. 178, Tesis para optar el título de Cirujano Dentista.
15. Avendaño E. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica odontológica de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estomatología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú : s.n., 2016. pág. 120, Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. ISBN-1290-2019-03.
16. Cisneros V, Verástegui H, Fernández H. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria. Estomatología, Universidad Alas Peruanas. Lima, Perú : s.n., 2017. pág. 90, Tesis para optar título de Cirujano Dentista. ISBN-4531-2018-07.
17. Diaz C, Yupanqui P. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes adultos de la clínica estomatológica de una universidad privada, Piura, Perú. Facultad de Odontología, Universidad César Vallejo. Piura : s.n., 2020. pág. 102, Tesis para optar título de Cirujano Dentista. ISBN-7628-2018-09.
18. Escudero E, April L, Torreblanca N. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 8 años de

- Sucre, 2019. 161-29, Sucre : s.n., agosto de 2020, Revista Científica Tecnológica e Innovación, Vol. 21.
19. Rothman K, Greenland S. Modern Epidemiology. [ed.] Masson. Segunda. Philadelphia : Williams & Wilkins, 1998.
 20. Ferro CB, Gómez GM. Periodoncia, fundamentos de la odontología. [ed.] ASEUC. Segunda. Bogotá : Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2007.
 21. Fletcher R, Fletcher S, Wangner E. Epidemiología Clínica, aspectos fundamentales. [ed.] Masson. Segunda. Barcelona : Williams & Wilkins, 1998.
 22. Sanz FG, Llanes MC. Consecuencia del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. 3, abril de 2018, Gero Info, Vol. XIII.
 23. Pospiech P. Tratamiento preventivo con prótesis parciales. [ed.] Lexus. Tercera. Sinaloa : Lexus, 2015.
 24. Niklaus L, Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. [ed.] Julian Acosta Riveros. Sexta. Porto Alegre : Editorial Médica Panamericana, 2012.
 25. Misch CE. Implantología contemporánea. [ed.] Alejandro Gonzáles. Tercera. Barcelona : Elsevier castellano, 2009.
 26. Cedeño M. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. 7, octubre de 2020, Revista Científica Universidad de Guayaquil, Vol. II.
 27. Soza R. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Asilo San Ramón. Odontología, Universidad Mayor de San Andrés. Guayaquil : s.n., 2018. pág. 201, Tesis de pregrado. ISBN-2412-2018-03.

28. Misch C. Prótesis dental sobre implante. [ed.] Alejandro González. Segunda. Madrid, España : Elseiver Castellano, 2008.
29. Gallegos A, Repetto F. Mujer, empleo y salud bucal. [ed.] José Santa María y Alejandro Trujillo. Segunda. Piura : La Tercera, 2011.
30. Reinoso GM. Efectos psicológicos del edentulismo parcial y total y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad de las Américas. 12, marzo de 2016, Revista Científica de la Universidad de las Américas, Vol. II.
31. Kassebaum N, Smith A, Bernabé E, Murray C. Global, regional, and national prevalence, and risk factors. 380-7, octubre de 2017, Journal Dent Res, Vol. VI.
32. Bhaskar S. Patología bucal, lesión de los tejidos dentarios duros. [ed.] Marcela Luza. Sexta. Buenos Aires : El Ateneo, 1984.
33. Cabrini RL, Domínguez F. Anatomía patológica bucal. [ed.] Alberto Cornier, Orlando Brin y Juan Oorengo. Cuarta. Buenos Aires : Mundi, 1980.
34. Mooney R, Barrancos A. Operatoria dental, integración clínica. [ed.] Acosta Julián. Cuarta. Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana, 2007.
35. Marcantoni M. Ecología de la cavidad bucal. [ed.] Luis Romano. Primera. Buens Aires : Editorial Médica Panamericana, 1999.
36. Nolte W. Caries dental. Microbiología Odontológica. [ed.] Gonzalo Gómez y Marita Carrera. Tercera. México D. F. : McGraw Hill Interamericana, 1994.
37. Eley B, Soory M, Manson J. Periodoncia. [ed.] Alejandro González. Sexta. Barcelona : Elsevier, 2010.
38. Bermejo FA, Sánchez PA. Necrotizing periodontal diseases. 14-108, California : s.n., setiembre de 2004, PubIMed.gov, Vol. II.

39. Hossein M, Kadkhoda Z. Rate of cultivable subgingival periodontopathogenic bacteria in chronic. 157-5, septiembre de 2004, Journal Oral Science, Vol. III.
40. Montandón A, Zuza E. Prevalence and Reasons for tooth Loss in a Sample from a Dental Clinic in Brazil. 1-5, marzo de 2016, International Journal of Dentistry, Vol. II.
41. Gómez DA, Aguilar MM. Razones para extracción de piezas dentales en la facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. 13-36, mayo de 2016, Revista Científica Facultad de Odontología UCR, Vol. III.
42. Friedman S. The ABC classification of removable partial denture segments. [ed.] David Kokich. 5. San Francisco : J Am Coll Dent, 1951.
43. Mallat E, Keogh T. Prótesis parcial removible, clínica y laboratorio. [ed.] Nathalie Díaz, Claudia Gómez y María Ruiz. Décima. Madrid : Mosby Doyma Libros, 1999.
44. Inga E. Prevalencia de tipo de edentulismo según la clasificación de Kennedy en pacientes de la escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017-2018. Odontología, Universidad Continental. Huancayo : s.n., 2018. pág. 100, Tesis para optar título de Cirujano Dentista.
45. Venegas M. Edentulismo en pacientes adultos y factores asociados. [ed.] Martín Lazo. Cuarta. Cuenca : El dentista moderno, 2011.
46. Leal FA, Hernández MY. Evolución de la odontología. 1418-8, San Juan de Potosí : Oral 2016, diciembre de 2016, Oral2016, Vol. XVII.
47. Espinoza J, Arroyo R. Rehabilitación oral removible. 1-66, Quito : Tricegal, julio de 2013, Revista Científica Universidad Internacional del Ecuador, Vol. I.

48. Belaúnde M, Salazar F, Castillo D. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. 77-4, febrero de 2018, Revista Estomatológica Herediana, Vol. 22.
49. Anderson M. Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. 16-18, marzo de 2016, Revista Científica de la Universidad Señor de Sipán, Vol. II.
50. Bunge M. La investigación científica. Barcelona : Ediciones Ariel, 1969.

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de recolección de datos

HCL	Sexo		Clasificación de Kennedy				Modificación				Maxilar	
	Masculino	Femenino	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	M1	M2	M3	M4	Superior	Inferior

Nota: Ficha de recolección de datos calibrada = 1.00, valoración perfecta según coeficiente de Kappa

(44)

Anexo 2

Juicios de expertos

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, CÉSAR BRAVO MIRANDA, con Documento Nacional de Identidad N° 29383621 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller **ANDRES ALONSO GONZALES FERNANDEZ** en la investigación:
PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLINICA PARTICULAR, AREQUIPA, 2021.


D^r. César A. Bravo Miranda
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P 22471
 Firma

Instrucciones:

- Lea detenidamente las preguntas antes de responder
- Este instrumento de validación consta de una sección en el que se pide el juicio de experto con respecto a la ficha de recolección de datos, la cual esta formada por seis preguntas.
- Marque en el espacio en blanco con un check si no hay alguna observación o una X si tiene que modificarse algún aspecto de la pregunta.

N°		Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	Sexo	Edad	Modificación de Apple Gate	Ubicación en el maxilar
1	¿Esta variable alcanza el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
2	¿La variable está formada de forma clara?	✓	✓	✓	✓	✓
3	¿El orden de esta variable es adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓
4	¿La redacción de esta variable corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
5	¿El contenido de esta variable corresponde con el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓

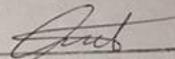
Observaciones _____

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, Edwin Puma Huacac, con Documento Nacional de Identidad N° 29776871 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller **ANDRES ALONSO GONZALES FERNANDEZ** en la investigación:

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLINICA PARTICULAR, AREQUIPA, 2021.


 Edwin R. Puma Huacac
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.P. 22867
 Firma

Instrucciones:

- Lea detenidamente las preguntas antes de responder
- Este instrumento de validación consta de una sección en el que se pide el juicio de experto con respecto a la ficha de recolección de datos, la cual esta formada por seis preguntas.
- Marque en el espacio en blanco con un check si no hay alguna observación o una X si tiene que modificarse algún aspecto de la pregunta.

N°		Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	Sexo	Edad	Modificación de Apple Gate	Ubicación en el maxilar
1	¿Esta variable alcanza el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
2	¿La variable está formada de forma clara?	✓	✓	✓	✓	✓
3	¿El orden de esta variable es adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓
4	¿La redacción de esta variable corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
5	¿El contenido de esta variable corresponde con el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓

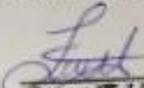
Observaciones _____

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, Lisset Walde Guevara, con Documento Nacional de Identidad N° 43690672 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller ANDRES ALONSO GONZALES FERNANDEZ en la investigación:

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLINICA PARTICULAR, AREQUIPA, 2021.


Lisset Walde Guevara
CIRUJANO - DENTISTA
COP: 22009

Firma

Instrucciones:

- Lea detenidamente las preguntas antes de responder
- Este instrumento de validación consta de una sección en el que se pide el juicio de experto con respecto a la ficha de recolección de datos, la cual esta formada por seis preguntas.
- Marque en el espacio en blanco con un check si no hay alguna observación o una X si tiene que modificarse algún aspecto de la pregunta.

N°		Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	Sexo	Edad	Modificación de Apple Gate	Ubicación en el maxilar
1	¿Esta variable alcanza el objetivo planteado en el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
2	¿La variable está formada de forma clara?	✓	✓	✓	✓	✓
3	¿El orden de esta variable es adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓
4	¿La redacción de esta variable corresponde con el propósito del estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
5	¿El contenido de esta variable corresponde con el estudio?	✓	✓	✓	✓	✓
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	✓	✓	✓	✓	✓

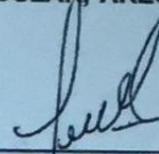
Observaciones _____

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, Hugo Roberto Sánchez Rojas, con Documento Nacional de Identidad N° 20114519 certifico que realicé el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller **ANDRES ALONSO GONZALES FERNANDEZ** en la investigación:

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLINICA PARTICULAR, AREQUIPA, 2021.



Firma

Instrucciones:

- Lea detenidamente las preguntas antes de responder
- Este instrumento de validación consta de una sección en el que se pide el juicio de experto con respecto a la ficha de recolección de datos, la cual esta formada por seis preguntas.
- Marque en el espacio en blanco con un check si no hay alguna observación o una X si tiene que modificarse algún aspecto de la pregunta.

N°		Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy	Sexo	Edad	Modificación de Apple Gate	Ubicación en el maxilar
1	¿Esta variable alcanza el objetivo planteado en el estudio?	/	/	/	/	/
2	¿La variable está formada de forma clara?	/	/	/	/	/
3	¿El orden de esta variable es adecuado?	✓	/	/	/	/
4	¿La redacción de esta variable corresponde con el propósito del estudio?	/	/	/	/	/
5	¿El contenido de esta variable corresponde con el estudio?	/	/	/	/	/
6	¿El vocabulario de esta variable es el adecuado?	/	/	/	/	/

Observaciones _____

Anexo 3

Carta de accesibilidad a clínica particular

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Carta -010/ Director Odontología/2021

Dr. Arnaldo Llanos Cáceres

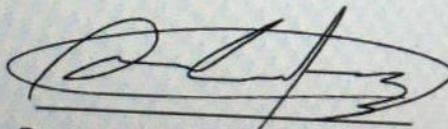
Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Ud., para saludarlo muy cordialmente y a la vez solicitar su autorización y apoyo al Bachiller de la Escuela profesional de Odontología del curso de Taller de Tesis, quien está desarrollando el trabajo de investigación de investigación previo a obtener el título profesional de Cirujano Dentista, con el tema de investigación "PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA PARTICULAR. AREQUIPA, 2021", por lo que estaríamos muy agradecidos de contar con el apoyo de su representada, a fin de autorizar a quien corresponda, el acceso a su clínica Santa María para poder recolectar datos concernientes a nuestra investigación.

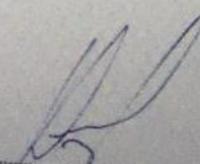
Esperando la aceptación, propicia la ocasión para expresar nuestra estima y deferencia.

Atentamente,



Dr. Armando M. Carrillo Fernández

Dr. Miguel Cerrón Siuce




Arnaldo Llanos Cáceres
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 38701

Anexo 4

Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental

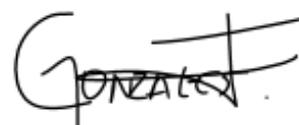
Prof. Walter Calderón Gerstein

Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación.

Solicito **evaluación y parecer** del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental (CIEI-UC), para el proyecto titulado: ***Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021.*** Del autor principal (nombre del investigador) Andrés Alonso Gonzales Fernández, alumno pregrado (X) alumno maestría() alumno doctorado (), docente () de la Universidad Continental, con correo electrónico 47448652@continental.edu.pe y teléfono celular 977610162__

Atentamente,

Lugar y Fecha: Arequipa 2 de octubre del 2021



Firma del investigador

Anexo 5

Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental

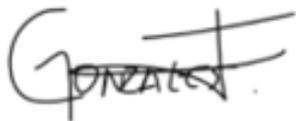
Compromisos del investigador:

El investigador se compromete a:

1. No iniciar la investigación en seres humanos mientras no haya recibido la constancia de aprobación emitida por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental (CIEI-UC)
2. Realizar la investigación en seres humanos únicamente luego de haber obtenido el "consentimiento informado" efectivo y legal del sujeto o su representante legal, a menos que el CIEI-DD-UC lo exonere expresamente de este requisito.
3. Conducir la investigación de acuerdo con lo estipulado en el consentimiento informado, en el protocolo aceptado, aprobado por el CIEI-UC, y a cualquier otra disposición impuesta CIEI-UC.
4. Iniciar la investigación únicamente luego de haber conseguido los fondos necesarios para llevarlo a cabo de acuerdo con una buena práctica de investigación.
5. Proveer al CIEI-UC de la información adicional que este solicite durante el proceso de aprobación o monitoreo de la investigación.
6. Proveer al CIEI-UC de informes periódicos de avances (con la frecuencia que el CIEI- UC considere conveniente) según formato establecido, un informe final y de una copia de cualquier material publicado al final de la investigación.

7. Mantener total confidencialidad respecto a la información recolectada de los participantes.
8. Notificar inmediatamente al CIEI-UC de cualquier cambio en el proceso de recolección de datos en la investigación, en el consentimiento informado o eventos adversos serios.
9. Aceptar cualquier auditoría requerida por el CIEI-UC.

Firma del investigador:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gonzalo". The signature is stylized with a large initial "G" and a horizontal line above the name.

Anexo 6

Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental

Declaración de los investigadores

Título completo del proyecto de investigación

***Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en
pacientes atendidos en una clínica particular, Arequipa, 2021***

Yo/Nosotros, el(los) investigadores a cargo de este estudio me/nos comprometo
(emos) a:

1. Iniciar el estudio únicamente luego de haber obtenido la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental (CIEI-UC)
2. Conducir la investigación de acuerdo con lo estipulado en el consentimiento informado, aceptado por el CIEI-UC, y a cualquier otra regulación aplicable o condiciones impuestas por el CIEI-UC o alguna otra entidad pertinente.
3. Iniciar este estudio únicamente luego de haber conseguido los fondos necesarios para llevarlo a cabo de acuerdo con una buena práctica de investigación.
4. Proveer al CIEI-UC de la información adicional que este solicite durante el proceso de aprobación y/o monitoreo del estudio.
5. Proveer al CIEI-UC de un informe y de una copia de cualquier material publicado al final del estudio.

6. Almacenar adecuadamente la información recolectada y mantener una total confidencialidad respecto a la información de los participantes.
7. Notificar inmediatamente al CIEI-UC de cualquier cambio en el proceso de recolección de datos y en el Consentimiento Informado o eventos adversos serios; y
8. Aceptar cualquier auditoría requerida por el CIEI-UC, así como aceptar la sanción pertinente en caso de que falte a mi declaración.

Nombre del investigador principal: Andrés Alonso Gonzales Fernández

Firma: 

Fecha: 2 de octubre 2021

Anexo 7

Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Tipo	Indicador	Índice	Escala
Prevalencia de edentulismo parcial	Ausencia de una o más piezas dentales	Cualitativo politómico	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I • Clase II • Clase III • Clase IV 	Clasificación de Kennedy	Nominal
Edad	Tiempo cronológico desde el nacimiento del individuo	Cualitativo politómico	<ul style="list-style-type: none"> • De 20 a 30 años • De 31 a 40 años • De 41 a 50 años • De 51 a 60 años • De 61 a 70 años • De 71 a más años 	Ficha de recolección de datos, ficha de filiación	Ordinal
Sexo	Característica biológica que distingue al individuo masculino del femenino	Cualitativo dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer 	Ficha de recolección de datos, ficha de filiación	Nominal
Ubicación del edentulismo en el maxilar	Ubicación del maxilar en el macizo craneofacial	Cualitativo dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Maxilar superior • Maxilar inferior 	Modelos de diagnóstico, ficha de recolección de datos	Nominal
Modificación de Apple Gate	Valor numérico que se le da a los espacios edéntulos adicionales a la clasificación	Cualitativo politómico	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación 1 • Modificación 2 • Modificación 3 • Modificación 4 	Modelos de diagnóstico, ficha de recolección de datos	Nominal