



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 - 2020”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Cirujano Dentista

AUTORA:

Cruz Otero, Kristtel Lisbeth (ORCID: 0000-0002-9985-2267)

ASESORA:

Magíster, Ibáñez Sevilla Carmen Teresa (ORCID: 0000-0002-5551-1428)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de Salud y Desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2021

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a los seres más importantes de mi vida que son mi hijo Ignacio y mi esposo Alejandro por ser mis pilares y fortaleza para seguir adelante. Gracias a su apoyo diario para seguir adelante y día a día sacar lo mejor de mí y nunca rendirme.

Agradecimiento

Agradecer a Dios por la vida, a mis padres Marco A. Cruz Rivera y Sara Otero Alvarado por la educación y formación que he recibido. A todos mis familiares más cercanos por siempre haber estado ahí cuando más los necesité, y a mis amigos, futuros colegas por el apoyo desinteresado que siempre me brindan, a mi esposo Alejandro por su apoyo incondicional y su amor para salir adelante siempre confiando en mí, a mi hijo Ignacio por ser el empuje diario de salir adelante y ser cada día mejor.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de abreviaturas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. METODOLOGÍA.....	10
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	10
3.2. Variables y operacionalización	10
3.3. Población, muestra y muestreo	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	11
3.5. Procedimientos	11
3.6. Método de análisis de datos	12
3.7. Aspectos éticos.....	13
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN.....	18
VI. CONCLUSIONES.....	20
VII. RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS.....	22
ANEXOS	
ANEXO 1 Matriz de operalización de variables	
ANEXO 2 Instrumento de recolección de datos	
ANEXO 3 Validez confiabilidad	
ANEXO 4 Autorización de aplicación de instrumento	
ANEXO 5 Carta de presentación	
ANEXO 6 Fotos.....	

Índice de tablas

TABLA 1: Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 - 2020.....	15
TABLA 2: Frecuencia de edentulismo parcial según maxilar y grupo etario en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 – 2020.....	16
TABLA 3: la frecuencia de edentulismo parcial según maxilar y sexo en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 – 2020.....	17

Índice de abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud

CPOD: promedio de piezas permanentes que tiene caries, perdidos y obturados.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue hallar la frecuencia de maxilares que presentan edentulismo parcial en una clínica particular de la ciudad de Piura, es de tipo descriptivo, transversal. La muestra fue de 135 maxilares evaluados, teniendo en cuenta los criterios de inclusión que fueron historias clínicas de pacientes nuevos en el periodo 2018 al 2020, mayores de 18 años, historias clínicas de ambos sexos. Los resultados fueron que la clasificación de Kennedy con mayor frecuencia fue la clase III con 68,1%, Clase I tiene 8,1% que son 11 arcadas afectadas, clase II un 19,4% siendo 26 arcadas, Clase III un 68,1% que es 92 arcadas, Clase IV un 4,4%. De acuerdo a la frecuencia de la clasificación de Kennedy según el maxilar y sexo, se tuvo un 46,0% para el sexo masculino y en mayor frecuencia el femenino con 54,0%, según grupo etario la mayor frecuencia fue en adultos con un 68,1%, adulto mayor en 20,8% y joven en 11,1%. La conclusión fue que la clase con mayor frecuencia en los maxilares fue la Clase III según Kennedy, según maxilar y el sexo femenino tuvo mayor frecuencia de edentulismo parcial y según maxilar y grupo etario fue el adulto quien obtuvo mayor frecuencia.

Palabras claves: Salud, Bucal, Anodoncia, Dentición.

Abstract

The objective of this research was to find the frequency of jaws that present partial edentulism in a particular clinic in the city of Piura, it is descriptive, cross-sectional. The sample consisted of 135 maxillary evaluated, taking into account the inclusion criteria, which were medical records of new patients in the period 2018 to 2020, older than 18 years, medical records of both sexes. The results were that Kennedy's classification with the highest frequency was class III with 68.1%, Class I has 8.1% which are 11 affected arches, class II 19.4% with 26 arches, Class III 68, 1% which is 92 arches, Class IV 4.4%. According to the frequency of Kennedy's classification according to the maxilla and sex, there was 46.0% for males and more frequently for females with 54.0%, according to age group, the highest frequency was in adults with a 68.1%, elderly in 20.8% and young in 11.1%. The conclusion was that the class with the highest frequency in the jaws was Class III according to Kennedy, according to the female sex it had the highest frequency of partial edentulism and according maxillary to age group it was the adult who obtained the highest frequency.

Keywords: Health, Oral, Anodontia, Teething.

I. INTRODUCCIÓN

El edentulismo se refiere a la falta de dientes, se divide en edentulismo parcial y edentulismo total. Son varias las razones que lo producen, las principales que tienen mayor incidencia son la caries dental y la enfermedad periodontal.¹

Existen dos causas de edentulismo, las que son congénitas y adquiridas. Con respecto a lo congénito cuando es propio del nacimiento en la cual en el maxilar no se forma el germen dentario de una o más piezas²; y las adquiridas son aquellas obtenidas a lo largo de la vida del individuo.³

La caries dental y la periodontitis son dos de las grandes causas del edentulismo adquirido debido a la gran prevalencia que existe a nivel mundial, según la OMS 9 de cada 10 personas la tienen o la han padecido y la periodontitis grave afecta casi al 10% de la población mundial.⁴

La falta de dientes provoca la alteración del sistema estomatognático, como es la fonética, masticación y la estética. En el caso de la fonética la ausencia de las piezas dentarias ocasiona que la persona no tenga un correcto posicionamiento de la lengua y esto provoca que no pronuncie de manera adecuada algunas palabras. La masticación consta de tres pasos. Cortar, desgarrar y triturar, cuando falta una de las piezas dentarias altera este proceso para la correcta formación del bolo alimenticio además de restricciones dietéticas con ello se altera la digestión del individuo comprometiendo el estado nutricional de la persona. En cuanto a lo estético se observa pérdida de dimensión vertical, pérdida de línea media, alteración en línea de la sonrisa, etc. dependiendo de la zona y las piezas dentarias afectadas.⁵

La población peruana tiene características diferentes a la población europea, norteamericana, africanas y asiáticas, inclusive de los países latinoamericanos, por tal motivo es necesario tener en cuenta el tipo de edentulismo para determinar las políticas mundiales de promoción y prevención de la salud bucal.

El Perú presenta en Salud Pública un complicado problema ya que en la actualidad el adulto mayor representa el 10% de la población peruana, debido a ello es fundamental un exhaustivo análisis del problema, utilizando estrategias efectivas de prevención y promoción de la salud bucal.⁶

El edentulismo, la ausencia de piezas dentarias provoca una pérdida progresiva del hueso, después de una extracción las cargas masticatorias estimuladoras del crecimiento y mantenimiento del hueso ya no serán las mismas y esto causa en el hueso su reabsorción.⁷

Por lo mencionado anteriormente, en el presente estudio se plantea el siguiente problema: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018-2020? La finalidad de este estudio es poder brindar un importante aporte teórico con antecedentes actualizados, datos estadísticos sobre la situación actual del edentulismo parcial de acuerdo al sexo y grupo etario todo en la ciudad de Piura, además poder concientizar sobre esta problemática y las graves consecuencias que esta genera. Esta información va dirigida al personal de salud y a la población en general.

El objetivo general fue determinar la frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 – 2020 y como objetivo específico fue determinar la frecuencia de edentulismo parcial según maxilar y grupo etario en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 – 2020. Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según maxilar y sexo en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 – 2020.

II. MARCO TEÓRICO

Gómez A. et al ⁸, 2019, Argentina. El objetivo de su estudio fue establecer la frecuencia de casos de edentulismo en pacientes concurrentes al servicio de atención odontológica. Su población estuvo formada por 2140 pacientes entre 16 y 93 años que asistieron al Servicio de Orientación de Pacientes y Urgencias Odontológicas (Universidad de Buenos Aires), los cuales fueron sometidos a un examen radiográfico, fueron excluidos pacientes embarazadas y pacientes que no podían estar inmóviles durante la toma de la imagen radiográfica. Como resultados se obtuvo que en medida el número de piezas ausentes fue de 6 con diferencia entre los sexos, según la edad se obtuvo que en menores de 29 años la pieza 1,7 fue la pieza con mayor ausencia en los pacientes, entre 30-39 años fue la pieza 3,5. Se concluyó que el edentulismo parcial constituye frecuente en la población con variación en género siendo 6,5(ES:0,19) en mujeres mayor a 5,25 (ES:0,21) en hombres.

Barrientos S. et al ⁹, 2018 en Colombia su estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hallazgos odontológicos en las radiografías. Se utilizó un estudio observacional descriptivo en distintos Centros de Radiología, se evaluaron diez mil radiografías panorámicas digitales de pacientes mayores de 18 años. El resultado fue 93,2 % radiografías se encontró un total de 28.561 hallazgos de los cuales 22.547 correspondían a hallazgos dentales y 6.014 a hallazgos óseos. El edentulismo parcial fue el descubrimiento de mayor prevalencia afectando a un 61 % del grupo. El edentulismo parcial según el sexo femenino se determinó el 1,36% y masculino en 0,96%. El 33% de la población adulta joven con edades de 18-28 años ha perdido por lo menos un diente. Se concluyó que el edentulismo está siendo una de las afecciones más frecuentes en la actualidad y que cuanto más adulto se hace la persona mayor es su pérdida de piezas dentales tanto es así que a la edad de 60 años un promedio de 17 dientes tendrá ausentes.

Almirón P. et al ¹⁰, 2016 en Paraguay, realizó un estudio cuyo objetivo fue describir las condiciones de salud bucal en personas mayores de 60 años, incluyendo el tipo de edentulismo que presentaban los 36 pacientes del club geriátrico "Abue-Club", Paraguay. Es de corte transversal descriptivo que incluyó la revisión clínica de la boca, se examinó la saliva después de un estímulo y se empleó una encuesta para

evaluar hábitos de limpieza, dieta y la accesibilidad al área de salud. Del sexo femenino fue el 63,9% de los evaluados, la mediana de edad fue de 72,6 años y en varones 68,8 años. El Índice CPOD total fue 23,4, la prevalencia de caries activa del 75%. El 33,3% presentó edentulismo en 23,1% en hombres y en mujeres un total 39,1%. Más de la mitad tenía sus dientes perdidos esto corresponde el 83,3% de la población evaluada, con mayor frecuencia de 86,9% en mujeres. Utilizaban prótesis el 69,4% de sujetos, de los cuales el 56% tenía edentulismo total. La población de estudio presentó una perceptible problemática bucal, diferenciado por el edentulismo total y parcial, con alta frecuencia de uso de prótesis total; por ende, es urgente la necesidad de promocionar la salud, con hincapié en la prevención de piezas dentales y alternativas para restablecer las funciones normales.

Vanegas E. et al ¹¹, 2016 en Ecuador su estudio tuvo como objetivo determinar la relación y frecuencia del estado nutricional, calidad de vida, género y edad de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca con los tipos de edentulismo. Se evaluaron 378 sujetos adultos. El resultado con mayor frecuencia fue el edentulismo parcial con 75%, en ambos maxilares la clase III de Kennedy fue predominante con 42% para el maxilar superior y 40% para la mandíbula. Se notó relación entre la calidad de vida y edentulismo parcial, pero no hubo relación entre el estado nutricional y el género de los pacientes con el edentulismo. El pertenecer al grupo etario adulto es considerado un factor de riesgo de tener edentulismo total. Concluyen que una baja calidad de vida es un factor de riesgo para el edentulismo además no existe correlación entre el estado nutricional de los pacientes y el edentulismo parcial o total.

Huamanciza E. et al ¹², 2016 en Perú, tuvo como finalidad establecer la asociación del nivel socioeconómico-cultural y la frecuencia del tipo de edentulismo parcial bimaxilar según la Clase de Kennedy en los pacientes de la clínica odontológica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra fueron 100 pacientes adultos con edentulismo parcial seleccionados al azar, se les aplicó una encuesta y se realizó un examen oral. La encuesta tuvo preguntas acerca de datos sobre el nivel socioeconómico-cultural. Con el examen clínico se determinó el tipo de edentulismo en base a la clasificación de Kennedy con la ayuda de los odontogramas. Dando como resultado a la Clase

III de Kennedy como la más frecuente en la arcada maxilar con un 50% y 49% en la mandibular, los individuos formaban parte en su mayoría al nivel socioeconómico-cultural medio un 83%. No hubo una relación estadística resaltante entre el nivel socioeconómico-cultural y el tipo de edentulismo parcial según la Clase de Kennedy en ambas arcadas dentarias. Se concluyó que existe una mayor frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar Clase III de Kennedy en la población estudiada y un predominio del nivel socioeconómico-cultural medio. Sin embargo, no hay conexión entre el tipo de edentulismo parcial según la Clase de Kennedy y el nivel socioeconómico-cultural.

Machaca L. et al ¹³, 2016 en Perú, el objetivo fue detallar y analizar el rol del edentulismo parcial como indicador de peligro en el estado nutricional de pacientes geriátricos atendidos en el establecimiento de salud Vilcapata de Juliaca. Para el estudio se evaluaron 120 adultos mayores, se realizó un muestreo no probabilístico intencional; se entregó una encuesta y observación clínica con la finalidad de recoger los datos importantes del estudio. Se determinó que la Clase I es más frecuente en el maxilar superior con el 31,7% de los pacientes evaluados; con respecto al maxilar inferior, lo más común fue el edentulismo total en un 36,7%. De acuerdo al cepillado el 45,8% expresó no hacerlo a diario, el 43,3% expresó no conocer sobre la manera adecuada de realizarla. Se concluye que la ausencia de dientes es una de las consecuencias de no cuidar la salud oral, esto se considera como factor de peligro determinante en el estado nutricional en los pacientes revisados.

Matute S.¹⁴, 2016 en Ecuador su estudio tuvo como objetivo descubrir la necesidad de tratamiento protésico con la frecuencia de edentulismo en pacientes adultos entre 18 a 70 años de edad de la clínica integral de la Carrera de Odontología en la Unidad Académica de Salud y Bienestar, Cuenca, 2016. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo. La muestra fueron 100 adultos, quienes fueron evaluados clínicamente y mediante el informe de la OMS para personas sin dientes. Se obtuvo como resultado que el 100% presentó edentulismo parcial, dentro de este 87% edentulismo parcial en los dos maxilares y 13% edentulismo parcial en un solo maxilar. Se concluyó que el edentulismo está siendo más frecuente en la

actualidad, con la necesidad de prótesis de 82% en el inferior, prótesis total de 1 % y el 17% de esta población no necesitan prótesis.

Cortés V. et al ¹⁵, 2014 en Chile el objetivo de su investigación fue establecer la prevalencia de la clasificación topográfica de Kennedy y edentulismo en sujetos mayores de 20 años de islas Butachauques y Tac. Estudio es observacional descriptivo. Las variables fueron género, edad, cantidad de dientes presentes, portador de prótesis y tipo de edentulismo según clasificación topográfica de Kennedy. Los resultados mostraron que un 89,7% presentó ausencia de al menos una pieza, el 29,4% utilizaba prótesis dental. Fue mayor en mujeres con un 60,3% y en varones un 39,7%, con un 42% la Clase III de Kennedy fue más prevalente en la arcada maxilar y en la arcada Mandibular la Clase 1 y 3 con un 29% similar. Se concluyó que los hallazgos establecen la alta frecuencia de personas edéntula y por eso es de suma importancia realizar programas de promoción y así prevenir para minimizar el daño en la salud de los sujetos de estos lugares.

Edentulismo es la situación de salud de una persona que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. El edentulismo parcial es la ausencia de algunas de las piezas dentarias, y el edentulismo total es la ausencia de todas las piezas dentarias.¹⁶

Las causas del edentulismo son dos, congénita y adquirida. Con respecto a lo congénito se presenta durante el periodo de la gestación puede ser o no hereditaria por ejemplo cuando en el maxilar no se forma el germen dentario de una o más piezas.¹⁷ Las adquiridas son aquellas que como propio nombre lo indica son obtenidas a lo largo de la vida del individuo, dependiendo de su alimentación, estilo de vida o medio ambiente.¹⁸

La alimentación es el consumo de productos por parte de los organismos vivos para obtener los nutrientes necesarios para tener energías y con ello un desarrollo equilibrado, se considera la comida más saludable la que se elabora en la propia casa.¹⁹ El estilo de vida es un concepto que se basa en los intereses, opiniones, conductas y comportamientos de una persona, cultura y grupo. Con lo cual la persona se desarrolla o desenvuelve en el medio que lo rodea, ya sea sus hábitos alimentarios, comportamiento dietético, el estado animico.²⁰ El medio ambiente es

un conjunto de elementos que engloba la vida, naturaleza, elementos artificiales, la cultura y la sociedad que existe en un espacio y tiempo determinado.²¹

La ausencia o disminución en los dientes provoca que las funciones del Sistema Estomatognático se vean alterados, como es la fonética, la masticación y la estética. En cuanto a la función masticatoria, la carencia de piezas dentarias fuerza a la persona a realizar variaciones en su dieta normal de alimentos debido a que algunos de ellos son difíciles de mascar, induciendo al sujeto al consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, provocando restricciones dietéticas y afectando el estado nutricional del paciente.²²

La masticación es la función de triturar, aplastar y cortar los alimentos con los dientes dentro de la boca para poder extraer su sabor o su jugo para ser tragado, siendo considerado un proceso fisiológico completo debido a que no solo participan los dientes sino también los músculos.²³ La consecuencia es que el anciano reduce la diversidad de alimentos que ingiere, obligándolo a tener una dieta monótona y con pocos nutrientes.²⁴

La estética es la disciplina que estudia la naturaleza de la belleza y la percepción de la misma por parte de los individuos. Siendo alguna característica propia del individuo afectada podría alterar la percepción de belleza de las personas.²⁵

Por esta razón se considera esencial el mejorar y mantener la salud oral de los sujetos, y con ello restablecer su calidad de vida llevando a cabo procedimientos odontológicos. En la actualidad no existen muchas investigaciones sobre la frecuencia del edentulismo.²⁶

La salud bucal cruza una situación difícil en el Perú causado por la enorme prevalencia de enfermedades Odontológicas, a pesar de las actividades preventivas y de promoción que dan en algunas partes del país, las enfermedades bucodentales tienen una íntima relación con enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, diabetes, lo cual hace más complejo la disminución de casos de enfermedades orales.²⁷

La caries es una enfermedad de tipo infecciosa, con especies específicas de bacterias. Es una de las condiciones más comunes a nivel mundial según OMS.²⁸ Con una caries avanzada donde el daño ha llegado a dentina o muchas veces a

pulpa el dolor que el paciente siente es muy fuerte y optan por extraerse la pieza afectada.

Enfermedad periodontal se considera como una enfermedad de tipo inflamatoria-infecciosa, debido a que el grado de compromiso puede generar pérdida total de los tejidos de soporte de la pieza dentaria y como consecuencia de ello el diente se cae.²⁹

La xerostomía es la sensación que el paciente percibe ante la falta de saliva o escasez de la misma en la cavidad oral. También llamada asialorrea o boca seca, por sí sola no es una enfermedad sino más bien es la manifestación de la disfunción de su aparato glandular.³⁰ Siendo común en pacientes ancianos debido a la reducción fisiológica de saliva en boca, además en pacientes oncológicos que han sido irradiados alterando de manera considerable su calidad de vida, dando como resultado la pérdida de dientes dependiendo del grado de afectación de la xerostomía provocada por la radiación el tratamiento del cáncer, para mitigar estos efectos adversos se está optando por el uso de la terapia combinada de radioprotectores.³¹

Cánceres un vasto conjunto de complicaciones que pueden alterar cualquier parte del cuerpo, las células cancerosas proliferan sin medida a través de la mitosis repetidas y anómalas hace que pueda extenderse fuera de los límites normales invadiendo así lo más próximo del cuerpo. En caso del cáncer oral está ubicado principalmente en sitios como el labio, cavidad oral, orofaringe, faringe y debido a su naturaleza asintomática, el diagnóstico del cáncer es tardío y esto genera un mal diagnóstico y fracaso ante el mal pronóstico.³²

Según OMS la calidad de vida se funda sobre la base que la salud es un recurso para la vida diaria y labora en el área de las deficiencias del crecimiento. La definición de calidad de vida es el grado de disfrute de las importantes posibilidades que tiene una persona. Existiendo tres aspectos de vida, el ser, pertenecer y llegar a ser. El edentulismo y la calidad de vida, tiene una estrecha relación esto debido a que tener el control de nosotros de lo que hacemos o como nos desarrollamos, eso trae efectos en sub dominios de la salud física, la apariencia y la nutrición de una persona edéntula.³³

La clasificación universal con la cual se clasificaba a un paciente edéntulo parcial era según los arcos en superior e inferior, según la localización del espacio edéntulo o desdentado se divide en Posterior, Anterior, Unilateral y Bilateral. También se conocía la clasificación según las características que el paciente presentaba ya se mucosoportada, dentosoportada o mucodentosoportada.³⁴

El sistema de Clasificación de Kennedy se utiliza para determinar el estado de edentulismo parcial de la población, además nos permite clasificar las condiciones edéntula teniendo como base la ubicación de las zonas en donde no hay dientes con relación a las piezas presentes.

Fue así que Edward Kennedy basa su clasificación según el aspecto topográfico, ósea la relación que existe entre las zonas edéntula con los dientes remanentes.

Creando así un método de clasificación para determinar según sus clases el edentulismo parcial.³⁵

Las clasificó en cuatro clases, clase I, clase II, clase III y clase IV.

Clase I: cuando la parte posterior de ambos lados es edéntulo, superior o inferior.

Clase II: es un solo lado posterior edéntulo, superior o inferior.

Clase III: espacio desdentado posterior con solo una pieza al final, superior o inferior.

Clase IV: brecha edéntula que se extiende tanto hacia a la derecha e izquierda de la línea media, superior o inferior.³⁶

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación es básica, ya que su propósito es aumentar los conocimientos utilizando la clasificación según Kennedy, sin usar métodos ni innovaciones tecnológicas.³⁷

Diseño no experimental ya que no se va a manipular científicamente ninguna variable, es un estudio transversal porque se hace a través de un periodo determinado, descriptivo como su nombre lo dice, daré a conocer y explicaré todos los datos obtenidos y retrospectivo porque se utilizó datos del pasado.³⁸

3.2. Variables y operacionalización (Anexo 1)

Edentulismo Parcial, según su naturaleza es de tipo cualitativo, nominal.³⁹

Covariables:

Grupo etario según su naturaleza es de tipo cualitativo, nominal.

Sexo según su naturaleza es de tipo cualitativo, nominal.

3.3. Población, muestra y muestreo.

La población estuvo conformada por 122 historias clínicas de los pacientes nuevos atendidos en el periodo 2018 al 2020. Los cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Edéntulos parciales, historias clínicas de los pacientes mayores de edad (18 años a más), historias clínicas de pacientes hombres y mujeres.

Criterios de exclusión: Historias clínicas que no estén firmadas por el odontólogo, historias clínicas en mal estado, incompletas, historias clínicas de pacientes edéntula totales.

Tomando en cuenta como unidad de análisis el maxilar, se analizó 135 maxilares.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica que se utilizó fue la observación, debido que se ha revisado, una fuente secundaria, todas las historias clínicas de pacientes nuevos atendidos en el año 2018 al 2020 y el instrumento son las historias clínicas y los datos fueron registrados en la ficha de recolección de datos (ANEXO 2).

El investigador se calibró con un especialista en rehabilitación Oral para determinar el tipo de edentulismo parcial según las clases de Kennedy, dando como resultado 1.00 de valoración perfecta del coeficiente de kappa (ANEXO 3).

3.5. Procedimientos

Se presentó la solicitud al encargado de la clínica particular de Piura (ANEXO 4), una vez entregada por la Escuela de Estomatología de la UCV filial Piura, siendo firmada y aceptada por el Cirujano Dentista, dueño de dicha clínica, quien respondió entregando un documento aceptando la revisión de sus historias clínicas. (ANEXO 5)

Se tomó las consideraciones de Applegate para determinar la clasificación del paciente con presencia de un tercer molar en boca, estas reglas son 8.

I.- La clasificación se determinará después de hacer todas las extracciones.

II.- Si no hay tercer molar presente y este no será reemplazado, no se tomará para hacer la clasificación.

III.- Si el tercer molar esta en boca y este será tomado como pilar se considera para determinar la clasificación.

IV.- Si el segundo molar está ausente y este no será reemplazado al igual de la falta de su antagonista, estos no serán considerados en la clasificación.

V.- La zona edéntula posterior es la determinará la clasificación.

VI.- La parte edéntula distinta a la zona que está siendo tomada para la clasificación del caso, recibe el nombre zona de modificación, determinada por número arábigos (1,2).

VII.- Se tomará en consideración el número de las zonas edéntulas, pero no la extensión.

VIII.- En la clase V no habrá zona de modificación, cualquier zona posterior edéntula producirá el cambio de la clase.⁴⁰

El cirujano dentista dueño de la clínica dispuso a la investigadora asista a la clínica dos veces por semana y tuvo dos horas cada día para la recolección de la información que necesitaba para su estudio, siendo como requisito para el ingreso el uso de mameluco completo y el uso de cubrezapatos proporcionados por la clínica para el traslado dentro de la misma. La investigadora una vez puesta el traje se procedió a una desinfección con alcohol líquido en las manos y para los zapatos una bandeja con un desinfectante antes de ingresar. La señorita encargada de la atención al cliente le mostró a la investigadora el lugar donde se almacenan las historias clínicas para que esta pudiera sacarlas y guardarlas según el orden establecido.

Además, se le proporcionó una oficina donde la investigadora realizó la revisión y recolección de datos encontrados en las historias clínicas.

Después de haber finalizado con la recolección de datos, se procede con la desinfección de las historias clínicas y posterior guardado. (ANEXO 6)

Una vez culminado todo el proceso se agradeció por la atención y comprensión prestada por el dueño de la clínica y a su personal de trabajo por el apoyo brindando.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos obtenidos se registraron en un base en el programa de EXCEL SPSS, se utilizó la estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia y porcentaje para determinar los resultados.

3.7. Aspectos éticos

Debido a que esta investigación involucró a historias clínicas con datos personales de carácter privado, se ejecutaron varias de las instrucciones que aplican en beneficio de la protección de los datos e información personal de las historias clínicas que han sido sometidas al estudio. Principios de ética en investigación en la Universidad Cesar Vallejo:

Beneficencia, a través del presente estudio se brindará al dueño de la clínica los datos encontrados sobre la frecuencia de casos de edentulismo parcial que está atendiendo en su clínica.

Competencia profesional y científica, las historias clínicas han cumplido con los criterios de inclusión considerados por la presente investigación, garantizando el rigor científico durante todo el proceso de investigación hasta su publicación.

Respeto a la propiedad privada, se ha respetado los derechos de propiedad intelectual de todos los autores tomados como referencia en el presente estudio, evitando así el plagio parcial o total de sus resultados.

Transparencia, la presente investigación será divulgada de tal manera que la metodología utilizada pueda ser utilizada y los resultados verificados.

Precaución, a pesar de existir posibles riesgos en el estudio, se ha tomado todas las medidas precautorias disponibles para evitar daños futuros.

Libertad, La presente investigación ha sido desarrollada de manera libre sin ningún interés económico, religioso, político o de ningún tipo.

Integridad Humana, en el presente estudio las historias clínicas han sido consideradas al ser humano (paciente) por encima de su estatus social o económico, procedencia, etnia, género o cualquier otra característica.

No Maleficencia, evitar exponer de manera pública los datos personales encontrados en las historias clínicas, que puedan provocar daños a la integridad física y psicológica de los pacientes y/o dueño de la clínica.

Probidad, todos y cada uno de los datos hallados no han sufrido alteración ni variación alguna conservando su naturaleza de originalidad.

Justicia, de manera neutral y ecuánime hacer la obtención de datos de forma detallada en la ficha de recolección de datos.

En el principio de Autonomía, el odontólogo dueño de la clínica tiene la capacidad de elegir si participar o retirar su clínica para la recolección de datos del presente estudio.

Responsabilidad, del presente estudio el investigador asume todas las consecuencias que puedan generarse durante el proceso de investigación y/o productos de divulgación.⁴¹

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 -2020.

EDENTULISMO PARCIAL	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
CLASE I	5	3,7	6	4,4	11	8,1
CLASE II	3	2,3	23	17,1	26	19,4
CLASE III	45	33,3	47	34,8	92	68,1
CLASE IV	4	2,9	2	1,5	6	4,4
TOTAL	57	42,2	78	57,8	135	100

*Fuente: datos de las historias clínicas

En la tabla 1 se observa que el Edentulismo Parcial según la clasificación es mayor la clase III de Kennedy con un 68,1%, siendo en el maxilar superior un 33,3% y en el maxilar inferior un 34,8% de 135 maxilares evaluadas.

Tabla 2: Frecuencia de edentulismo parcial según maxilar y grupo etario en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 -2020.

CLASIFICACIÓN		GRUPO ETARIO							
		JOVEN		ADULTO		ADULTO MAYOR		TOTAL	
KENNEDY		n	%	n	%	n	%	N	%
		MAXILAR SUPERIOR	I	1	0,7	2	1,5	2	1,5
II	0		0	3	2,2	0	0	3	2,2
III	2		1,5	34	25,3	9	6,7	45	33,5
IV	0		0	4	2,9	0	0	4	2,9
Total	3		2,2	43	31,9	11	8,2	57	42,3
MAXILAR INFERIOR	I	1	0,7	3	2,2	2	1,5	6	4,4
	II	4	2,9	14	10,4	5	3,7	23	17,0
	III	7	5,2	31	22,9	9	6,7	47	34,8
	IV	0	0	1	0,7	1	0,7	2	1,4
	Total	12	8,9	49	36,2	17	12,6	78	57,7
TOTAL		15	11,1	92	68,1	28	20,8	135	100

* Fuente: datos de las historias clínicas

En la tabla 2 se observa en el maxilar superior e inferior mayor frecuencia la clase III con un 33,5% y 34,8% respectivamente según el grupo etario joven, adulto y adulto mayor y mayor frecuencia con casos de edentulismo parcial son los Adultos con un 68,1%.

Tabla 3: Frecuencia de edentulismo parcial según maxilar y sexo en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 -2020

CLASIFICACION DE KENNEDY		SEXO					
		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
		n	%	n	%	N	%
MAXILAR SUPERIOR	I	4	2,9	4	2,9	8	5,8
	II	3	2,2	0	0	3	2,2
	III	23	17,1	22	16,4	45	33,5
	IV	1	0,7	0	0	1	0,7
	Total	31	22,9	26	19,3	57	42,2
MAXILAR INFERIOR	I	1	0,7	5	3,7	6	4,4
	II	10	7,4	13	9,6	23	17,0
	III	30	22,3	17	12,4	47	34,7
	IV	1	0,7	1	0,7	2	1,4
	Total	42	31,1	36	26,7	78	57,8
TOTAL		73	54,0	62	46,0	135	100

* Fuente: datos de las historias clínicas

En esta tabla se observa según el sexo, el de mayor frecuencia es el femenino con un 54,0% y masculino con un 46,0% de la población de 135 maxilares evaluados.

V. DISCUSIÓN

El edentulismo parcial se está presentando con mayor frecuencia en la actualidad volviéndose un problema de salud pública. La presencia del edentulismo parcial genera en el paciente alteraciones en su masticación, en su forma de hablar y hasta la manera de verse al espejo, debido a ello la necesidad del paciente a buscar solución a su problema.

En la presente investigación se encontró de las 112 historias clínicas 25 son edéntulo parcial bimaxilar. La clase con mayor frecuencia fue la clase III de Kennedy en el maxilar superior con un 42% y en el maxilar inferior un 34% son parecidos al estudio de Huamanciza¹² quien con una muestra de 100 pacientes se obtuvo como resultado que en el maxilar superior la mayor frecuencia la presentó la clase III de Kennedy con un 50 % y en la mandíbula fue con un 49%, ambos estudios fueron realizados en clínicas particulares. Esto difiere del estudio de Machaca¹³ quien determinó que la clase I en el maxilar superior es más frecuente con un 31,7% de los 120 pacientes evaluados, a pesar de haber sido realizado también en Perú no obtiene la misma frecuencia obtenidas en el presente estudio debido a que se llevó a cabo en un establecimiento de salud público de Juliaca. La clase I de Kennedy es de todas la que mayores complicaciones trae para el paciente, siendo así su mayor frecuencia en pacientes que se atienden en centros de salud estatales o muy alejados debido a la poca o reducida accesibilidad del odontólogo a los materiales necesarios para evitar tantos casos de esta clase I.

En la presente investigación se halló en la mandíbula que la clase III tiene la mayor frecuencia con un 34,8% a diferencia de la clase I que presentó un 4,4%. Esto difiere del estudio de Cortés¹⁵, quién encontró en el maxilar inferior a la clase I y III con la misma frecuencia, en una muestra de 88 sujetos, todos ellos mayores de 20 años, y el 89,7% de su muestra presentó Edentulismo Parcial, es probable que difiera por la zona alejada donde se realizó el estudio. Sin embargo, en el maxilar sup fueron similares los resultados en donde la clase III presentó mayor frecuencia en esta arcada.

En la presente investigación se encontró según maxilar y grupo etario la mayor frecuencia de edentulismo parcial fueron en adultos, en donde abarca las edades de 30- 59 años con un 68,1% de las arcadas evaluadas. En el estudio realizado por

Gómez⁸, con una muestra de 2140 sujetos con edades de 16 y 93 años, se determinó que los pacientes mayores de 29 años presentaban edentulismo parcial y cuando más avanzaba en edades había mayor pérdida de dientes. Esta similitud se debe a las edades evaluadas son muy cercanas. Muy similar a los resultados conseguidos en el estudio realizado por Vanegas¹¹ donde se consideró un factor de riesgo los mayores de 40 años, de acuerdo a su muestra de 378 pacientes adultos el 75% de estos padecen de edentulismo parcial. Estos resultados son muy parecidos porque las edades de los sujetos están casi dentro del mismo intervalo de años, además que en la actualidad se está dando más énfasis en los estudios sobre edentulismo parcial para determinar la cantidad real de la población que está siendo afectada, y actualmente son los adultos en su mayoría afectados.

En esta investigación se encontró una baja frecuencia de adultos mayores un 20,8%, y según el sexo femenino el resultado fue un 54,0% que presentaron edentulismo parcial siendo mayor que en los hombres de un 46%. Esto difiere del estudio de Almirón¹⁰, con una muestra de 36 pacientes geriátricos, se obtuvo que el 83,3% de la población presentó edentulismo parcial, además de otras condiciones propias de la edad que los hacen pacientes de riesgo, esto debido que la muestra en su totalidad son pacientes adultos mayores, según el sexo sus resultados son muy similares ya que este autor encontró mayor frecuencia en femenino con un 69,5%

VI. CONCLUSIONES

1. La clase III de Kennedy tiene la mayor frecuencia en ambos maxilares.
2. Frecuencia de Edentulismo Parcial según el maxilar y el grupo etario, los adultos obtuvieron la mayor cantidad de maxilares con edentulismo parcial.
3. Frecuencia de Edentulismo Parcial según el maxilar y el sexo indica que las mujeres fueron las que presentaron un mayor caso de maxilares con edentulismo parcial.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al odontólogo sensibilizar al paciente en las terribles consecuencias que tendrá al sufrir la pérdida de sus piezas dentales, siendo la clase I de Kennedy la que más complicaciones trae al paciente, educándolo también en mantener la pieza dentaria para que pueda ser una masticación dentosoportada, el equilibrio y mantenimiento de las estructuras óseas no se vean afectadas ni repercutan en la salud general del individuo.
2. Seguir con la educación dentro del consultorio sobre los métodos de higiene y un cuidado dental, haciendo hincapié en la importancia y funcionalidad de cada una de las piezas dentales desde joven para prevenir consecuentes problemas en la etapa adulta donde el impacto es mayor.
3. Promover el cuidado de la salud bucal en las mujeres en cualquier etapa, sean niñas, adolescentes, gestantes, madres lactantes, ya que su ritmo de vida y su fluctuante cambio hormonal requieren un adecuado cuidado con su alimentación complementada con vitaminas y calcio, uso de medicamentos y/o anticonceptivos que pueden alterar la salud oral y de esa manera disminuir los casos de mujeres con pérdida de sus dientes.

REFERENCIAS

1. Gutiérrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2015 [citado el 02 de Mar 2021]; 25(3):179-86. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>
2. Philip S. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2da ed. [Internet]. España: Elsevier Mosby; 2005. [citado el 02 de Mar 2021]. 450 p. Disponible: <https://books.google.com.ec/books?id=quNVwwFOmfgC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
3. Tudorici T, Feir R, Balcos C, Forna N. Socio-demographic factors and the partial edentulism in the adult population from Iasi, Romania. Romanian Journal of Oral Rehabilitation [Internet]. 2017 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol 9, Iss 2, Pp 68-72. Disponible: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=19&sid=5ee5ab6b-5640-4b2f-b1c9-7b707f3e4f4b%40pdc-v-sessionmgr02&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.5ebe3307e984fe8ae88807385bddad6&db=edsdoj>
4. Pan American Health Organization. Oral health is vital for overall health- 2020 [Internet]. United States of America, D.C. 20037 [citado el 01 de Mar 2021] Disponible: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es
5. Gibson B, Sussex P, Fitzgerald R, Thomson W. Complete tooth loss as status passage. Sociology of Health & Illness. [Internet] 2017 [citado el 02 de Mar 2021]. Vol. 39 Issue 3, p412-427. 16p. Disponible: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=20&sid=5de7e31f-6104-441e-a472-8ecfe169e7b6%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=121743689&db=sih>
6. Sanz F. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el anciano, Cuba [Internet] 2018 [citado el 10 de Ene 2021];13(3):1-13. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=86531>

7. Misch C. Prótesis dental sobre implantes. 2da ed. [Internet]. España: Elsevier Mosby;.2009 [citado el 02 de Marz 2021].2377 p. Disponible: <https://es.scribd.com/document/459815625/Implantologia-contemporanea-Carl-E-Misch>
8. Gómez A, Prada S, Estévez A, Salgado P, Squiassi A. Frecuencia de edentulismo en pacientes que acuden a un servicio de demanda espontánea, Argentina 2019. Rev. ResearGate [internet]. 2019 [citado el 10 de Ene 2021]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/341984399_Frecuencia_de_edentulismo_en_pacientes_concurrentes_a_un_servicio_de_demanda_espontanea
9. Barrientos S, Velosa J, Rodríguez A. Un abordaje epidemiológico de las patologías bucales desde la perspectiva de la radiología, Colombia. Int. Journal. Odontostomat [Internet]. 2018 [citado el 11 de Ene 2021]; vol.12 no.1. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2018000100043&lang=es
10. Almirón P, Denis S, Britez E, Macchi A, Maidana J, Palacios F. Afecciones de salud bucal en ancianos del club geriátrico “Abue-Club” en Paraguay Mem. Inst. Investigación de Ciencias de Salud [Internet]. 2016 [citado el 12 de Ene 2021]; vol.14 no.1. Disponible: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282016000100006&lang=es
11. Vanegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordoñez M. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca en Ecuador. Revista estomatológica Herediana [Internet]. 2016 [citado el 13 de Ene 2021]; 26(4):215. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/315319517_Frecuencia_del_edentulismo_parcial_y_total_en_adultos_y_su_relacion_con_factores_asociados_en_la_Clinica_universitaria_Cuenca_Ecuador_2016
12. Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Cuba. Revista Habanera de ciencias médicas [Internet]. 2019 [citado el 12 de Ene 2021];

vol.18

no.2.

Disponible:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200281

13. Machaca L, Baylón C. Influencia del edentulismo parcial en el estado nutricional en pacientes geriátricos atendidos en Juliaca, Perú. *ResearchGate [Internet]*. 2016 [citado el 12 de Ene 2021]; vol.2 83 p. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/335486108_INFLUENCIA_DEL_EDENTULISMO_PARCIAL_EN_EL_ESTADO_NUTRICIONAL_EN_PACIENTES_GERIATRICOS_ATENDIDOS_EN_JULIACA
14. Matute S. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en pacientes adultos de la unidad académica de salud y bienestar – Ucacue, Ecuador. *Odontología Activa Revista Científica [Internet]*. 2016 [citado el 02 de Mar 2021];2(1):21-26 p. Disponible: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/168>
15. Cortés V. Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, Chile. *Revista Chilena de Salud Pública [Internet]*. 2014 [citada el 20 de Ene 2021];18(3):257 p. Disponible: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/33956>
16. Polychronakis N, Sotiriou M, Zissis A. A survey of Removable Partial Denture (RPD) retentive elements in relation to type of edentulism and abutment teeth in commercial laboratories in Athens [Internet]. 2014 [citado el 02 de Mar 2021]; Vol. 48 Issue 3, p199, 9 p. Disponible: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=25&sid=5de7e31f-6104-441e-a472-8ecfe169e7b6%40sessionmgr103&bdata=Jmxxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsgcl.387230929&db=edsgao>
17. Rampal V, Giuliano F. Forefoot malformations, deformities and other congenital defects in children [Internet]. 2020 [citado el 01 de Mar 2021]; 106(1). Disponible: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72->

- f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMt
bGl2ZQ%3d%3d#AN=S187705681930194X&db=edselp
18. Herrero J. Introducción a la patología [Internet]. 2012 [citado 2021 Mar 01];
Vol 2; 10-11p. Disponible: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24859>
19. Torres L, Hernández J. Percepciones sobre la alimentación saludable y sus
implicaciones en la cocina doméstica en un grupo de mujeres de Cataluña,
España, Perspectivas en Nutrición Humana. [Internet]. 2020 [citado el 02 de
Mar 2021]; Vol. 22 Issue 1, p19, 16 p. Disponible:
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=5de7e31f-6104-441e-a472-8ecfe169e7b6%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsgcl.654222655&db=edsgih>
20. Kin J. A Comparison of Depression, Health-related Lifestyle Factors and
Dietary Habits by Sex and Exercise Frequency among College Students in
Seoul and Gyeonggi Area, Escuela de posgrado de la Universidad de Myongji
[Internet]. 2020 [citado el 02 de Mar 2021]. Disponible:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=33&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72-f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsker&AN=edsker.000004913655>
21. Doğuç E, Arikan G, Çelik K. Investigation of enviromental attitudes and
behaviors of health management students (Gazi University sample) [Internet].
2018 [citado el 03 de Mar 2021]; 11(17):293-306. Disponible:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=10b8d94a-5a93-4a66-a87a-2eed0579ed2a%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edside.IDEAL.78986&db=edside>
22. Viana R, Da Silva W, De Lira C. Effects of Chewing Training on Orofacial and
Cognitive Function in Healthy Individuals: A Systematic Review. Journal of
electromyography and kinesiology [Internet]. 2020 [citado el 01 Mar de 2021];
Vol. 7 Issue 2. Disponible: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effects-of-Chewing-Training-on-Orofacial-and-in-A-Viana-Silva/b10f29c7d25e3426ec1b710dd25e1843d2a0468a>

23. Fan Y, Shu X, Lo E, Leung K. Development and validation of a chewing function questionnaire for Chinese older adults. Elsevier Ltd. Journal of Dentistry [Internet]. 2021 [citado el 01 de Mar 2021]; 104 p. Disponible: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72-f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=S0300571220302670&db=edselp>
24. Monacis L, Muzio L, Di Nuovo S, Sinatra M, de Palo V. Exploring the Mediating Role of Oral Health between Personality Traits and the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics among Healthy Older People. Ageing International [Internet]. 2020 [citado el 02 de Mar 2021]; Vol. 45 Issue 1, 18-29 p. Disponible: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=28&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72-f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=142512506&db=sih>
25. Rajaraman V, Ariga P, Dhanraj M, Jain A. Effect of edentulism on general health and quality of life [Internet]. 2018 [citado el 01 de Mar 2021]; 10(4):549-553 p. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n3/a02v25n3.pdf>
26. Datta S, Chaki N, Modak B. A Novel Technique to Detect Caries Lesion Using Isophote Concepts [Internet]. 2019 [citado el 01 de Mar 2021]; 40(3): 174-182 p. Disponible: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=8&sid=5d9689f5-2485-4758-8e0b-4e8ffdc0dbe2%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=S1959031818302586&db=edselp>
27. Minsa. Estrategias sanitarias [Internet]. 2016 Perú [citado el 16 de Ene 2021]. Disponible: www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
28. Hammoodi I, Obaid M, Tarin G. The pattern and causes of permanent teeth extraction AL-Karkh Baghdad. EurAsian Journal of Biosciences [Internet]. 2020 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol 14 Issue 2, p4611-4616. 6p. Disponible: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=6&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72-f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=S1959031818302586&db=edselp>

4cec-bc72-

f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt
bGl2ZQ%3d%3d#AN=148907732&db=a9h

29. Aya T, Kellesarian S, Arany S. Xerostomia and patients' satisfaction with removable denture performance: systematic review. *Quintessence International* [Internet]. 2021 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol. 52 Issue 1, 46-55 p. Disponible:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=10&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72->

f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt
bGl2ZQ%3d%3d#AN=148329191&db=edb

30. Krishnan M, Iyer S, Chakraborti K, Seema S, Sekhri T. Radiation Induced Xerostomia: Current Concepts and Future Trends. *Defence Life Science Journal*; Special Issue on Biological Radioprotection [Internet]. 2017 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol 2, No 3. Disponible:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=14&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72->

f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt
bGl2ZQ%3d%3d#AN=edsbas.17C71C7F&db=edsbas

31. Chiamulera M, Zancan C, Remor A, Cordeiro M, Gleber-Netto F, Baptistella A. Salivary cytokines as biomarkers of oral cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cáncer* [Internet]. 2021 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol. 21 Issue 1, p1-16. 16 p. Disponible:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=16&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72->

f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt
bGl2ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.03d901cb964b46758d177e5bd4c15bf4&db=edsdoj

32. Turgut H, Turgut S. Effect of Edentulism and Oral Quality of Life on Sexual Functions in Men: A Cohort Prospective Study. Elsevier Inc. In *Sexual Medicine* [Internet]. 2021 [citado el 01 de Mar 2021]; 9(2). Disponible:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=18&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72->

- f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt
bGl2ZQ%3d%3d#AN=S2050116120301938&db=edselp
33. Ocadiz L, Viguera C, Ancona A, Ángeles F, Zamarripa J. Importancia de la Rehabilitación Protésica en Odontología Comparación del Análisis Electromiográfico en Pacientes Sanos y en Pacientes Parcialmente Desdentados [Internet]. 2018 [citado el 03 de Mar 2021]; Vol. 6 Núm. 12 p. Disponible:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=24&sid=10b8d94a-5a93-4a66-a87a-2eed0579ed2a%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt bGl2ZQ%3d%3d#AN=edsbas.B3B1CB86&db=edsbas>
34. Setyowati O, kusdarjanti E. Analysis on the pattern of using the service of removable partial denture making in a dental laboratory in Surabaya. Folia Medica Indonesiana [Internet]. 2016 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol. 52 Issue 4, 270-276 p. Disponible:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=20&sid=2bf49876-46ca-4cec-bc72-f484c11c7be1%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMt bGl2ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.90b8e90ef93a49328ff3cff8d1cb9a39&db=edsdoj>
35. Avendaño E. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. [Tesis pregrado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [citado el 06 de Ene 2021]. 84 p. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4919/Avenida%C3%B1o_ve.pdf?sequence=1
36. Loza D. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 2da ed. [Internet]. España: Ripano S.A.; 2007 [citado el 3 de Ene 2021]; 101 p. Disponible:
<https://es.slideshare.net/JavieraOlivares2/dise-o-deprotesisparcialremovible davidloza>
37. Guthri G. Basic Research Methods: An Entry to Social Science Research. [Internet]. 2010 [citado el 02 de Mar 2021]. Disponible:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=7&sid=5de7e31f-6104-441e-a472-8ecfe169e7b6%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=340339&db=nlebk>

38. EcuRed. Investigación no experimental [Internet]. 2004. [citado el 14 de Ene 2021]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n_no_experimental#:~:text=Investigaci%C3%B3n%20no%20experimental%3A%20es%20aquella,natural%20para%20analizarlos%20con%20posterioridad.
39. Decs. Descriptores de ciencia de la salud [Internet]. EEUU [citado el 03 de Marz 2021]. Disponible: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decssserver/>
40. Loza D. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 2da ed. [Internet]. España: Ripano S.A.; 2007 [citado el 1 de Julio 2021]; 110 p. Disponible: <https://es.slideshare.net/JavieraOlivares2/dise-o-deprotesisparcialremovible davidloza>
41. Universidad César Vallejo- Vicerrectorado de investigación, Código de Ética en Investigación;2020 [citado 1 de Julio 2021]; Cap 3, 5-6.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimension	Indicador	Escala de medición
Edentulismo Parcial	Es la ausencia o pérdida de uno o más dientes.	Es la revisión de las historias clínicas de la clínica Dental Cornejo del 2018 al 2020- Piura sobre la frecuencia de edentulismo parcial en sus pacientes	Maxilar superior Maxilar Inferior	Clase I Kennedy Clase II Kennedy Clase III Kennedy Clase IV Kennedy	Nominal
Grupo Etario	Según la edad de los pacientes en sus historias clínicas	Verifica en la historia clínica el año de nacimiento y determinará la edad.	Años	18-29años: Joven 30-59 años: Adulto Mayor de 60 años: Adulto mayor	Nominal
Sexo	Diferencias en las Características biológicas, anatómicas y fisiológicas	En la historia clínica se verifica el sexo del paciente	Género	Masculino Femenino	Nominal
Maxilar	Cada uno de las dos piezas óseas que forman la boca de los vertebrados	En los odontogramas se observará los maxilares y la zona edéntula.	Posición	Superior Inferior	Nominal

ANEXO 3

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, Marco Antonio Huamán Angeles con
DNI Nº 40384699 Magister
en Especialista en Rehabilitación Oral
.....Nº 329 ANR/COP 16411 de
profesión Cirujano dentista desempeñándome
actualmente como Rehabilitador Oral en
Clínica MÁS DENT

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado al bachiller Cruz Otero Kristel Lisbeth con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos de la Tesis titulado: "Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular según la Clasificación de Kennedy, Piura 2018 - 2020".

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Piura a los 05 días del mes de Febrero de Dos mil veintiuno.

Mgr. :
DNI : 40384699
Especialidad : 329
E-mail : marco_t17@hotmail.com

Marco Antonio Huamán Angeles
CIRUJANO DENTISTA
ESP REHABILITACIÓN ORAL
*OP: 16411 - RNE: 329

ANEXO 4

CARTA DE PRESENTACION DIRIGIDA POR LA UNIVERSIDAD PARA EL DUEÑO DE LA CLINICA PARTICULAR DE PIURA



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

Piura, 11 de enero de 2021

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 009-2021/ UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Doctor
Carlos Cornejo Vásquez
Director de la clínica Dental Cornejo
Presente. -

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle a la alumna **CRUZ OTERO KRISTTEL LISBETH** identificada con **DNI 70508512**, quien están realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad César vallejo – Filial Piura y desean recolectar datos para su proyecto de investigación titulada "**Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental particular en Piura, periodo 2018- 2020**" en la entidad que usted dirige.

Por lo tanto, solicito brindarle las facilidades del caso y acceso a las historias clínicas (data) para que pueda continuar con su investigación.

Asimismo, hacemos de conocimiento que esta carta solo tiene validez virtual, pues motivos de la pandemia no podemos entregar el documento de manera física y menos exponer a nuestros alumnos.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,



MG. WILFREDO TERRONES CAMPOS
DIRECTOR ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

Dr. Carlos Cornejo Vásquez
Odontólogo
N.º 8344

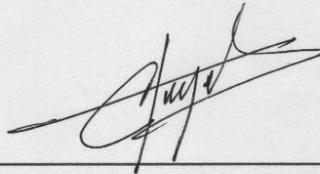
ANEXO 5

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

PIURA 11 DE ENERO 2021

El Cirujano dentista Carlos Cornejo Vásquez director de la clínica Dental Cornejo, brinda al bachiller Kristtel Lisbeth Cruz Otero la autorización para ingresar a sus instalaciones y revisar sus historias clínicas para realizar la recolección de datos necesaria para su estudio titulado: “Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes de una clínica dental según la clasificación de Kennedy, Piura 2018-2020”.



CD. CARLOS CORNEJO VASQUEZ

ANEXO 6

FOTOS DE TODO EL PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fotografía 1



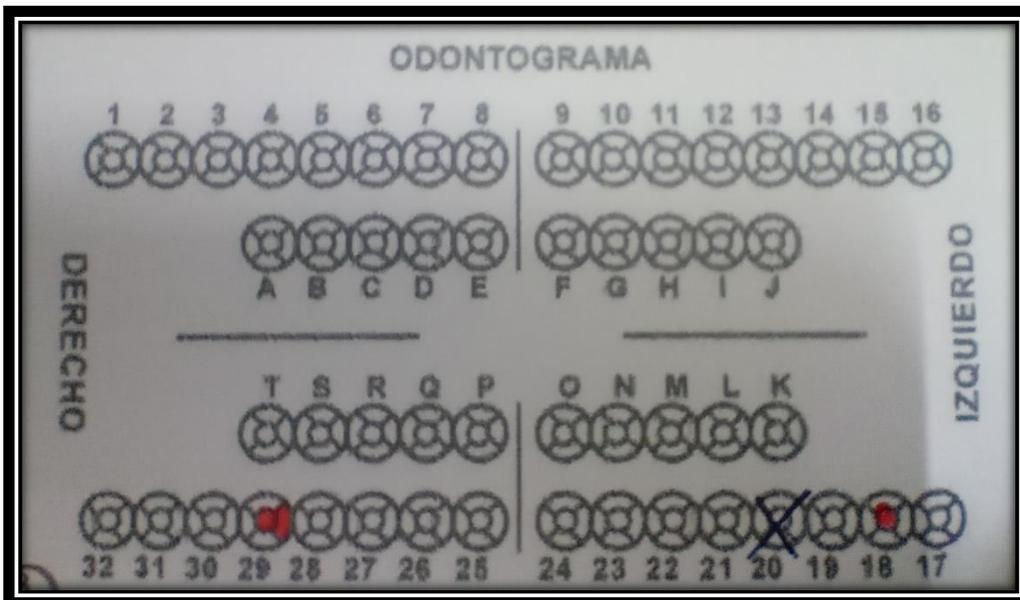
Fotografía 2



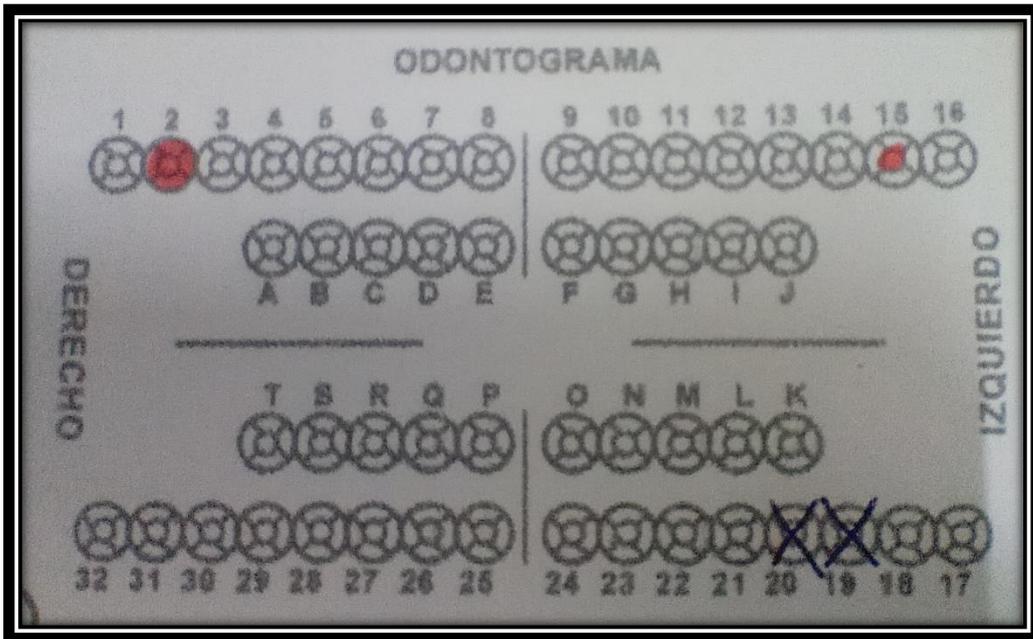
Fotografía 3



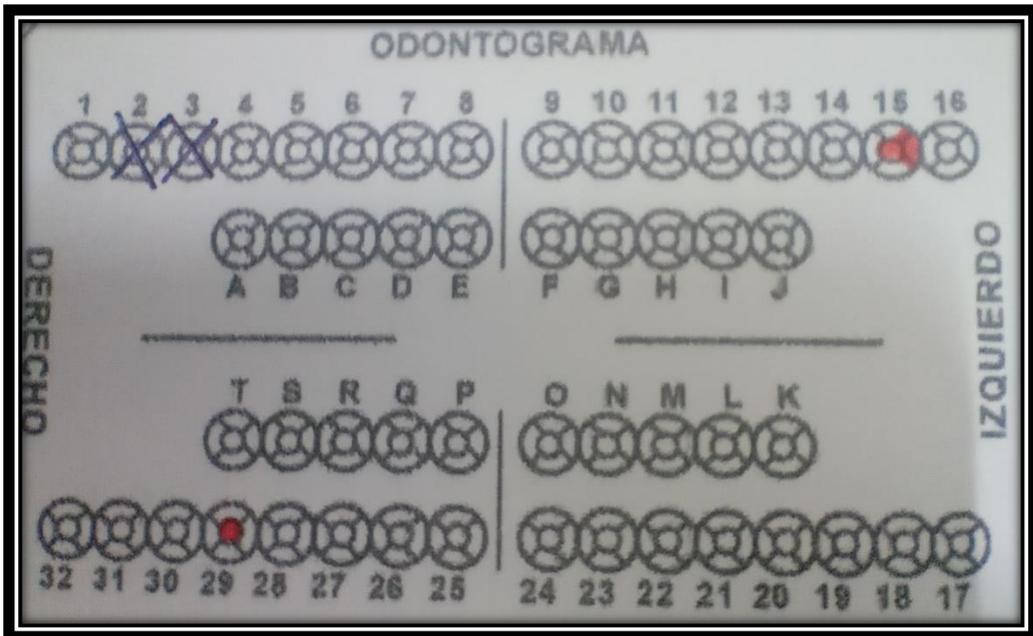
Fotografía 4



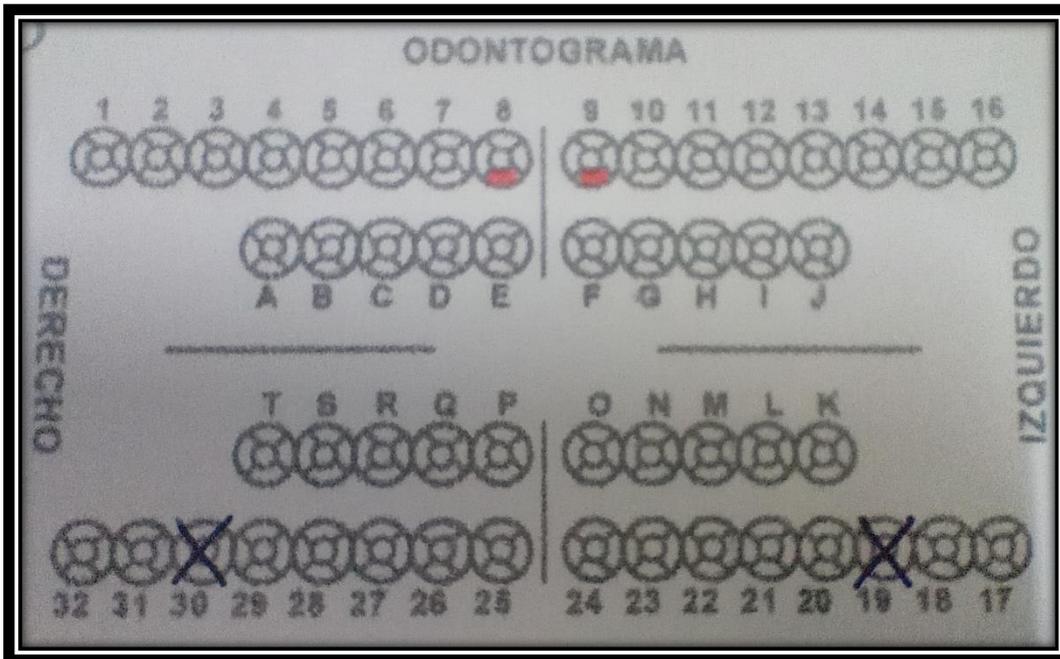
Fotografía 5



Fotografía 6



Fotografia 7



Fotografia 8

