



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**Prevalencia de Edentulismo Parcial Según La Clasificación de  
Kennedy en Pacientes Que Acuden Al Centro De Salud -Huaraz  
2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

**AUTOR:**

Ortiz Angeles, Elizabeth Marlene (<https://orcid.org/0000-0002-0271-7473>)

**ASESOR:**

Dra. Valenzuela Ramos, Marisel Roxana(<https://orcid.org/0000-0002-1857-3937>)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible

Piura –Perú

2021

## **Dedicatoria**

A Dios por siempre estar presente en mi vida y darme la oportunidad de seguir mis sueños que a pesar del tiempo que estoy pasando y que todo haya cambiado en mi vida tengo que seguir con la promesa que mi esposo me dio, sacar adelante a mis hijos con la ayuda de Dios Él es quien me sostiene cada día y me fortalece,

A mis Angelitos que de Dios se los llevó y están en el cielo, siempre me dieron los mejores consejos de vida a mi Madre hermosa, a mi amado esposo y a mi hermano lindo, que los voy a extrañar siempre, pero desde el cielo me verán culminar mi sueño y salir adelante con mis hijos y mi familia. A mi padre que me enseñó la perseverancia y el amor al prójimo desde el cielo me vera cumplir una meta más en mi vida. A toda mi familia por todo el apoyo incondicional que me brindan.

## **Agradecimiento**

Deseo agradecer especialmente a mis hijos Gustavo y Suri que me dan fortaleza todos los días son mi ayuda incondicional y ahora mi fuerza, sobre todo desde que empecé mi carrera me brindaron su apoyo y comprensión por la etapa que inicie y que deje muchas horas de estar con ustedes por lograr mi meta y sueño de siempre y ahora son mi vida completa y son todo lo que tengo ahora. A mi amado esposo Gustavo que partió en esta dura batalla y desde el cielo le agradeceré eternamente todo el apoyo, amor y confianza que puso sobre mí persona y cumpliré de ser una profesional con ética y humana siempre y no olvidarme que hay un Dios que nos sostendrá, y a pesar que ya no estés aquí siempre vivirás en mi corazón y memoria por todo el amor que nos tuvimos y siempre te tendré.

## Índice de Contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de Contenido .....	iv
Índice de tabla .....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO:.....	4
III. METODOLOGÍA .....	11
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	11
3.2. Variables y operacionalizaciones .....	11
3.3. Población, muestra y muestreo .....	11
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	12
3.5 Procedimientos.....	13
3.6 Método de análisis de datos.....	14
3.7 Aspectos éticos.....	14
IV. RESULTADOS .....	16
V. DISCUSIÓN .....	21
VI. CONCLUSIONES .....	24
VII. RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXOS	

## Índice de tabla

**Tabla 1.** Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes que acuden al centro de salud de Taricà Huaraz, según la clasificación de Kennedy.

**Tabla 2.** Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes según la clasificación de Kennedy, la arcada superior y sexo.

**TABLA 3.** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, arcada inferior y sexo.

**TABLA 4:** Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes según la arcada superior, edad y la clasificación de Kennedy.

**TABLA 5.** Prevalencia edentulismo parcial del maxilar inferior según la edad y la clasificación de Kennedy.

## Resumen

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes que acuden al centro de salud según la clasificación de Kennedy. **MATERIAL Y MÉTODO.** Es una investigación de tipo básica, no experimental, descriptivo, observacional y transversal. Se realizó el estudio en agosto y septiembre del 2021, la muestra con 118 pacientes evaluando 236 arcadas de ambos sexos siendo 80 (67.80%) mujeres y 38 (32.20%) varones. Se realizó con una ficha de recolección de datos y se tomó en cuenta los criterios de inclusión. **RESULTADOS.** El 100% presentó edentulismo parcial en ambos maxilares y la clasificación con más frecuencia es la clase III (54.24%), la clase II con 22.46%, la clase I con un 12.71% y la clase IV 10.59%. El sexo femenino la clase III fue la más prevalente. La clase III en el maxilar superior e inferior en el grupo etario de adulto edad mediana es la más prevalente con 20.34% y 18.64% respectivamente. **CONCLUSIONES.** La clasificación III la más prevalente en ambos maxilares y el sexo femenino obtuvo el mayor porcentaje de edentulismo.

Palabras clave: Prevalencia, edentulismo parcial, grupo etario (DeCS).

## **Abstract**

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of partial edentulism in patients attending the health center according to the Kennedy classification. **MATERIAL AND METHOD.** It is a basic, non-experimental, descriptive, observational and cross-sectional type of research. The study was carried out in August and September 2021, the sample with 118 patients evaluating 236 arcades of both sexes, 80 (67.80%) women and 38 (32.20%) men. It was carried out with a data collection form and the inclusion criteria were taken into account. **RESULTS.** 100% presented partial edentulism in both jaws and the most frequent classification is class III (54.24%), class II with 22.46%, class I with 12.71% and class IV 10.59%. The female sex class III was the most prevalent. Class III in the upper and lower jaw in the middle-aged adult age group is the most prevalent with 20.34% and 18.64%, respectively. **CONCLUSIONS.** Classification III was the most prevalent in both jaws and the female sex obtained the highest percentage of edentulism.

**Keywords:** Prevalence, partial edentulism, age group.

## I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudió la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al centro de salud de Taricá provincia de Huaraz, el edentulismo parcial es una condición del estado de la sanidad bucal como el resultado de la ausencia de piezas dentales que se obtiene de las afecciones usuales como la enfermedad periodontal y la caries dental. En los pacientes el nivel socioeconómico es relevante para el paso a seguir en los procedimientos preventivos y conservadores, que mejoren la preservación del tejido duro y blando de la cavidad oral. La clase desdentada con mayor frecuencia lo señala la clasificación de Kennedy, de esta manera, de juicio considerar la mejor opción óptima de tratamiento sin perjuicio al paciente <sup>1</sup>.

Nuestra población actual de adultos en el Perú y en muchos países, prosigue en incremento a causa de que se está mejorando los estándares de calidad de bienestar en el sector de salud a nivel mundial. El incremento de la población adulta vulnerable, tendrá a la larga una mayor solicitud de satisfacer cada necesidad de salubridad a la población, mejorando y preparándose la organización de salud brindándoles lo más que se pueda opciones de mejorar la atención de salud más adecuada a los pacientes adultos <sup>2</sup>.

La situación de la salud oral es el edentulismo, que concierne a la pérdida de piezas dentales, clasificándose: edentulismo total y edentulismo parcial. La pérdida de piezas dentarias altera el funcionamiento del sistema estomatognático como: sistema masticatorio, la deglución, el habla, la succión y la estética. Las causas que lo originan son multifactoriales, siendo las principales la enfermedad periodontal y la caries dental. Una alteración de la función masticatoria implica la modificación de la dieta por parte del paciente, obligándolo al consumo de alimentos simples y blandos mucho más fácil de ingerir, llevándolo a restricciones dietéticas y alterando el estado nutricional del paciente <sup>1,3</sup>.

Actualmente en nuestra sociedad la población empieza a descuidar los dientes prematuramente ocasionando la pérdida de piezas dentarias. La ausencia dental

se vincula a múltiples causas como: edad, dilema socioeconómico, género, trabajo, enfermedades diversas, hábitos malignos, diversidad demográfica, factores hereditarios, limitación geográfica, costumbres, etc. Depende de las condiciones asequibles y benéficas que se encuentra cada paciente, se define la alternativa de un tratamiento o técnica a emplearse, Aunque la mayoría de las personas optan por la extracción dental creyendo que es una solución fácil, pronta, y de bajo costo para aminorar su dolor, sin considerar la magnitud de las alteraciones que es la pérdida dental, que causarán con el tiempo, y modificará: la función masticatoria, la estética facial, la fonética, la digestión, el ámbito psíquico, ocasionando hábitos no típicos en el paciente <sup>4,5,6</sup>.

El Dr. Edward Kennedy intentan unificar las arcadas edéntulas parciales proponiendo el método de clasificación de Kennedy en 1925 y, así como las clasificaciones Skinner y Bailyn, a la vez determinar criterios para proporcionar un diseño de cada estado de los pacientes. Kennedy hizo la división de las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos de clases a los que incorporó variaciones, las cuales llamó clasificaciones y modificaciones según las áreas edéntulas que presenten brechas dentro de cada clasificación principal que se van a emplear en los pacientes a futuro. En consecuencia, de la rapidez con que podemos clasificar a cada paciente edéntulo parcial, tenemos la ventaja de planificar y diagnosticar la elaboración de la prótesis dental y el plan de manejo completo, sin embargo, las clasificaciones son únicas y distintas en cada paciente <sup>7,8,9</sup>.

Dentro del contexto la situación problemática que existe hoy en día sobre la salud oral y la falta de conocimiento de la importancia que es cuidar y mantener los dientes en la cavidad oral. En la ciudad de Huaraz, la Dirección Regional de la Salud y el Minsa informó que la salud de los pobladores según la estadística es de 10 enfermedades mórbidas de consulta externa, la caries dental se consigna la segunda enfermedad más relevante con el 6.78 % de las consultas con una tasa de 10560 casos por una tasa de 100000 habitantes estimado en el HIS 19<sup>5</sup>. Enfocando la caries dental como una alta tasa de repercusión y el efecto de pérdida dental de la población, llevaremos el presente estudio a la siguiente formulación de

pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acuden al centro de salud de Huaraz 2021?

La realización de la investigación se justifica a las condiciones actuales de la cavidad oral de la población, debido al alto porcentaje que existe en la pérdida dental y su consecuencia, el cual existe numerosos casos de edéntulos parciales que fue motivo de nuestro estudio determinar la prevalencia de edéntulos parciales en el distrito de Taricà, tomando en consideración la clasificación de Kennedy <sup>6</sup>. La presente investigación posee trascendencia científica comunitaria, concientizando a la población del valor que tienen los dientes en la cavidad oral, primordialmente la masticatoria y difundiendo la importancia del valor de las enfermedades periodontales y la caries dental que ocasionan la ausencia dental motivo del edentulismo parcial que se estudió en la población; así mismo colaborar a elegir una opción de un procedimiento adecuado protésico a los pacientes ya sea prótesis removible, prótesis fija o implantes dentales según sea la condición accesible y óptima del paciente mejorando la salud oral rehabilitando la misma <sup>7</sup>.

Las investigaciones de estudio con respecto al tema en la población de Taricà son muy escasas actualmente, por lo tanto, el objetivo general es determinar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes que acuden al centro de salud según la clasificación de Kennedy. Los objetivos específicos son: Determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, la arcada superior y sexo. Determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, la arcada inferior y sexo. Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes según la arcada superior, edad y la clasificación de Kennedy. Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes según la arcada inferior, edad y la clasificación de Kennedy.

La hipótesis del estudio que existe relación entre la prevalencia de edentulismo parcial y el género o edad en la población del centro de salud.

## II. MARCO TEÓRICO:

En el área de Prostodoncia, Instituto Odontológico Fuerzas Armadas, realizó tres pruebas en 202 pacientes de 18 a 65 años. Nayyer et al <sup>10</sup>. año 2020. Pakistán. El estudio se realizó en cortes transversales El objetivo es identificar la frecuencia de férulas de edéntulos según la clasificación de Kennedy y La clasificación de Los arcos se logró a través de un examen clínico utilizando reglas de clasificación y esquemas de Applegate. El resultado fue de 202, 105 pacientes (52%) tenían espasticidad de Kennedy clase III. No hubo relación entre las arcadas (maxilar / mandibular) y la clasificación de Kennedy ( $p = 0,356$ ). Aunque, hubo discrepancia relevante entre las clases de Kennedy en varones y damas es ( $p = 0.047$ ). De esto se concluyó que el arco desdentado más común, es clase III de Kennedy.

En Egipto la prevalencia de edentulismo parcial en los pacientes de la universidad de Arabia Saudita según Mostafa et al <sup>11</sup> 2017 Es un estudio retrospectivo, con 142 pacientes. Se agruparon de la siguiente forma: Grupo I (21 a 30 años), grupo II (31 a 40 años) y grupo III (41 a 50 años). Se empleó la clasificación de Kennedy para registrar al arco edéntulo parcial. Resultados: La Clase III maxilar superior con 67.2%, y en el maxilar inferior con 64,1%. La Clase II del maxilar superior de 16,3% y un 14,8% corresponde al maxilar inferior. En la clase III es mayor la prevalencia edéntula del grupo II (31 a 40 años). Las clases I y II tienen menor prevalencia edéntula del grupo III (41 a 50 años). Conclusión: La clase III en ambas arcadas superior e inferior es la más prevalente. La clase IV es de menor frecuencia. Ha<0'l hay relación directa entre el pasar de los años y la edad el cual se va incrementando las clases I y II, y se reducen las clases III y IV.

El impacto del edentulismo según Simoni J.et al <sup>12</sup>. En Brasil en el 2016. Compara la prevalencia del edentulismo total y parcial. El método fue inspección clínica mediante un cuestionario estructurado, analítico Se tomó 182 pacientes como muestra del estudio, de ambos sexos, a partir de 18 años, En la muestra se obtuvo que 88,1% con edentulismo parcial; el grupo de 31 a 50 años el 51% de edentulismo parcial; 70,8% se distingue al sexo femenino; 48,0% eran casados; 45,0% cursando el segundo grado y 59,9% informaron tener un ingreso mensual mínimo. El

edentulismo total es menor prevalente que el edentulismo parcial. Se comprobó que el mayor problema mencionado en los pacientes sobre la pérdida de sus dientes fue de naturaleza funcional y social, La prevalencia del edentulismo parcial fue mayor que la del edentulismo total.

En Brasil Zabala et al <sup>13</sup>. Edentulismo parcial y sus factores asociados en pacientes de 18 a 35 años. Riobamba. 2018. el objetivo fue analizar la prevalencia de edentulismo parcial. Resultados: En términos de edad, la tasa de edentulismo parcial en el grupo de adultos jóvenes es superior a 22 (55%). La frecuencia más alta de edentulismo parcial por género es de 55 (65%) en mujeres. Desde el punto de origen, 27 áreas urbanas tienen la mayor frecuencia de pacientes con dientes perdidos, representando el 67,5%. En cuanto a algunas de las razones de la falta de dientes, encontramos 18 pacientes con prevalencia de edentulismo causada por caries dental que representa el 45%.

Así mismo el estudio Durand et al.<sup>14</sup>. En el año 2019, Perú, el objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y Applegate entre 2016 y 2017. Es de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal. El estudio incluyó 321 historias clínicas que preliminarmente habían sido aceptadas. Resultados: mostraron la prevalencia de edentulismo parcial del maxilar superior pertenece a la clase III (42,4%), prosigue la clase I con (34,6%) y luego la clase II con (16,5%). Entre las mandíbulas, las más comunes son clase I (42,4%), clase II (15,6%) y clase III (36,4%). Según el género, la clasificación III y la clasificación I son las más comunes entre varones y mujeres. Se llegó a la conclusión que la clase III y la clase I son las más comunes en la arcada superior del maxilar de varones y mujeres; en el maxilar inferior la clase I y la clase III son las más comunes en ambos géneros.

En un estudio retrospectivo de corte transversal, observacional y descriptivo. Maxe A <sup>15</sup>. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy 2015 - 2016. Estudios retrospectivos, transversal y descriptivos. Se revisó 2.052 historias clínicas de pacientes adultos masculinos y femeninos, con una muestra de 106

historias clínicas. De manera similar, se determina que la prevalencia de la clase III de Kennedy es igual en la mandíbula y el maxilar superior; asimismo en ambos sexos. En el nivel de confianza del 95%, no hay diferencia estadísticamente relevante entre las variables de estudio.

Atarama et al <sup>16</sup>. Relación entre la frecuencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy. Arequipa, 2016. Objetivo: Determinar la frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes con edades entre 59 y 68 años. Es un estudio transversal, observacional, prospectivo y descriptivo, se realizó un estudio a 43 personas como muestra. Se nos muestra así mismo el nivel de satisfacción del grado Kennedy II es un 37,21% y un 9,30% más bajo de lo habitual. La población con elevada frecuencia de edentulismo parcial es clase II de Kennedy y un 58,2% más frecuente. Por otro lado, en nuestra encuesta, el grado IV de Kennedy tuvo la frecuencia más baja con 4.6%. En definitiva, la mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población anciana de 59 a 68 años, principalmente mujeres, siendo la más destacada la clase II.

En el trabajo de Inga E <sup>17</sup> 2019. La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. El objetivo es determinar la prevalencia de edentulismo en los pacientes de la escuela, con una muestra de 174 personas que han sido evaluadas en ambos sexos. Metodología: es un estudio básico, no experimental, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Resultados: la prevalencia fue en el maxilar con 52.3% en la clase III y en la mandíbula fue de 43.2% igualmente la clase III y que predomina en mayor frecuencia en el sexo femenino con un 69.54% y en los varones 30.46%. La edad media que representa el mayor edentulismo parcial es de 43 años según el estudio.

Avendaño E <sup>18</sup> 2017. En su estudio de Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado con 243 pacientes; 154 mujeres y 89 varones. Objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial. Método: es un estudio descriptivo, correlacional, observacional

y transversal. Resultados: desdentado parcial el 36.4% el sexo masculino y el 63.6% pertenece al sexo femenino. En el maxilar superior fue 163 (44.9%) y en el maxilar inferior 200 (55.1%). La clase I con 41.3 %, la clase II 32%, clase III 25.1% y la clase IV 1.7%. Así mismo la modificación 1 en la clase I fue de 9.3% en el maxilar inferior y en el superior la clase III modificación 1 con 31 ocurrencias siendo el 19% de los casos.

Como en el estudio de Fabián et al <sup>19</sup>2016. Perú. UNMSM. El objetivo es determinar la relación entre el edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y la relación del estado periodontal. En un estudio no experimental retrospectivo observacional con 112 pacientes. Los resultados que se recolecto confirman que la mayor población con dientes perdidos ósea edéntulos parciales se encuentra entre los 51 y 70 años, de los cuales 67 (59,8%) pacientes, según el sexo, 69 (61,6%) mujeres y 43 (38,4%) hombres. En el maxilar superior la clase II de Kennedy es de 41 (36,6%) y clase III es de 39 (34,8%), y en la mandíbula es clase I con 50 (44,6%) y Clase II 37 (33%). En cuanto al estado periodontal, el número superior se presentó el grado 2 en 61 pacientes (54,5%), continuando 34 pacientes (30,4%) el grado 3.

En el estudio de Reyes S 2019. La frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes de Chimbote. Áncash es un estudio cuantitativo, no experimental descriptivo y transversal, con una muestra de 96 historias clínicas seleccionadas convenientemente, de tipo probabilístico. Objetivo: Determinar la frecuencia de edentulismo en los pacientes. Resultados: clase I de Kennedy con 19,35 % del total siendo mayormente de 40-49 años el 35,4%, el 76,0 % son mujeres y con mayor prevalencia en el maxilar superior con el 42,7%. En el sexo masculino se evidencio edentulismo parcial un 23,0%, siendo el maxilar superior el más frecuente con un 9,4%. Conclusión: la clase con mayor frecuencia de edentulismo parcial es la clase I en los dos maxilares (superior e inferior) <sup>20</sup>.

En Ancash el estudio de Marquina M <sup>21</sup> 2021 Prevalencia de Edentulismo en pacientes adultos. El objetivo: Determinar la prevalencia de edentulismo en los pacientes. Metodología: No experimental, cuantitativa, descriptiva, retrospectiva,

observacional y transversal con una muestra de 298 historias clínicas. Resultados: la prevalencia es de 74.8% presentó edentulismo y solo el 25.2% presentó ausencia de edentulismo; en la arcada superior es de 44.8%, y 42.2% en la arcada inferior y solo el 13.3% en ambos maxilares; el sexo femenino el 58.4%, el sexo masculino el 16.4%; por edades de 18 a 30 años con 18.5%, el grupo de 61 años a más con 16.1% y los de 51 a 60 años con 9.7%. Conclusión: la mayor prevalencia de edentulismo es en mujeres, en las maxilares superiores y en edad que oscila de 18 a 30 años con un 74.8% edéntulos <sup>21</sup>.

El edentulismo es la pérdida o ausencia total o parcial de las piezas dentarias si no se toma la importancia debida a la caries dental en su etapa inicial de proceso, conlleva con el tiempo a perder la pieza dental <sup>22</sup>. Así mismo la enfermedad periodontal es otra de las causas importantes que lleva al edentulismo. Como también existen varios factores que pueden ser congénitos o adquiridos El edentulismo tiene relación directa con problemas que preceden al sistema masticatorio y la nutrición. Muchos de los autores plantearon que el edentulismo podría ser un antecesor de la mortalidad, <sup>24, 25</sup> y otros asociados con una calidad sustantiva de deterioro vida <sup>26</sup>. Los antecedentes de la población geriátrica en epidemiología manifiestan un aumento de variación en las clases de edentulismo según los países desarrollados y subdesarrollados y como pueden cada uno aminorar los problemas de edentulismo en los pacientes otorgando más asistencia en salud oral complementando su rehabilitación bucal en cada uno de ellos <sup>22 23 24</sup>.

Edentulismo Parcial es la ausencia de una a más piezas dentarias de la cavidad bucal <sup>23</sup>, definido como la ausencia dentaria que forman brechas edéntulas <sup>24</sup>. Múltiples estudios señalan que son indispensables un mínimo de 20 dientes funcionales con sus respectivas antagonistas para estabilizar un buen funcionamiento del sistema masticatorio <sup>25</sup>. El paciente total y parcialmente desdentado probablemente esté dispuesto a no restablecer una función, del habla, comodidad, estética, habitual acostumbrado con una prótesis tradicional removible <sup>25</sup>.

Existe una relación específica de la pérdida de piezas dentales con el acrecentamiento de edad, según los estudios comprobados. La mayor prevalencia de pérdida dental sucede en los maxilares que en los mandibulares. A la vez en las arcadas en las zonas posteriores se pierden con más facilidad los molares y premolares en comparación con los dientes anteriores como incisivos. En la mandíbula la zona anterior básicamente caninos, incisivos centrales y laterales en ese orden, son los que resisten mucho más en boca <sup>23 24</sup>. Tales evidencias que se presentan en los pacientes modifican su condición emocional psicológica y anímica ante las personas por su apariencia que presentan después de las pérdidas dentales que han sufrido <sup>26</sup>. La estimulación del hueso residual al perder los dientes, origina una disminución de las trabéculas y de la densidad ósea con pérdida de la altura del volumen óseo y la anchura extrema <sup>25</sup>.

La prevalencia en medicina se asume como el número total de pacientes que se estudia en una determinada agrupación que coinciden con alguna enfermedad o factores de riesgo. Por ejemplo, la prevalencia de edentulismo parcial indica a cuántos pacientes le diagnostican edentulismo en el año 2021, La proporción de personas que padecen una enfermedad en un determinado tiempo se le conoce como prevalencia que se origina en un momento dado <sup>27</sup>. Además, es un parámetro útil porque nos permite determinar su frecuencia demográfica, generar hipótesis explicativas y describir acontecimientos en salud. A menudo lo utilizan los legisladores, epidemiólogos, agencias de seguros y muchos sectores de la salud pública <sup>28</sup>.

La principal ventaja del método de Kennedy es acceder rápidamente a distinguir la arcada edéntula parcial. Luego de la percepción los odontólogos tomarán la decisión de planificar qué rehabilitación oral que se llevará a cabo sea con prótesis dental o implante dental. Las cuatro principales clases: Clase I: Desdentado bilateral posterior. Clase II: Desdentado unilateral posterior. Clase III: Desdentado unilateral con diente pilar posterior y la Clase IV: Desdentado anterior de la arcada que atraviesa la línea media <sup>29</sup>.

La mayor parte de la pérdida de dientes se debe a la caries dental y la enfermedad periodontal, ambas causadas por bacterias y estrechamente relacionadas con hábitos nocivos como la mala higiene bucal, la mala nutrición y el tabaquismo. Una fractura de diente puede ser un origen traumático accidental o debido a una mordida fuerte, u orientación incorrecta. También puede ocurrir la pérdida genética de los dientes. La anodoncia son dientes permanentes que no se desarrollan simplemente nace sin dientes o también al caer el diente de leche, cambia el diente y queda el espacio de diente faltante. Al perder la pieza dental, la cresta residual se perjudica porque se deteriora el volumen de la cresta tanto en altura como en el ancho. La ausencia de piezas dentales en la mandíbula sobre todo en las zonas posteriores ocasiona una mandíbula más ancha y un maxilar más constreñido. La pérdida dental afecta también la encía adherida del hueso alveolar que es reemplazada por mucosa menos queratinizada traumática <sup>29, 30,31</sup>.

La impresión estética ocasionada por la ausencia de los dientes en los pacientes es muy dañina más que el propio funcionamiento del mismo. Las personas observan la ausencia notoria de dientes anteriores ocasionando un estigma social. Por la ausencia de dientes y la reducción de los rebordes alveolares residuales, ocurren cambios secundarios en los rasgos faciales, ya que la reducción en el tamaño de la dimensión vertical conduce a cambios en el soporte de los labios y una disminución en la altura facial. Sin embargo, puede ser complejo restaurar la estética del rostro manteniendo una apariencia correcta. Los dientes contiguos se desplazarán hacia el espacio entre los dientes faltantes, y los dientes del arco opuesto serán expulsados o extruidos al perder el contacto oclusal <sup>31</sup>.

Estos desplazamientos pueden provocar cambios en los puntos de contacto entre los dientes, asimismo placa bacteriana, almacenamiento de residuos alimenticios, lo que puede provocar a futuro caries y problemas periodontales <sup>32</sup>. Se considera Género a una serie de características, sociales, psicológicas y culturales atribuidas a mujeres y varones en la sociedad <sup>33</sup>. Se refiere a edad al número de años cumplidos de un ser vivo desde su nacimiento, viene del origen latín aetas, y nos permite hacer mención al tiempo transcurrido <sup>34</sup>.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

##### Tipo de investigación:

El tipo de investigación es básica, porque se realizó sin fines prácticos inmediatos<sup>35</sup>, sino con el propósito de intensificar el conocimiento básico de los principios fundamentales de la realidad a partir de información real y veraz, en este caso del edentulismo parcial, la metodología de la investigación se define como la herramienta teórico-práctica <sup>36</sup>.

##### Diseño de investigación

No experimental porque no se manipula la variable por parte del investigador <sup>37</sup>. Es descriptivo, ya que se anotará en la ficha de recolección de datos las características observadas del edentulismo para poder clasificarlas, además es Transversal porque se analizarán las variables en un tiempo determinado específico ya que se registran los datos sin modificación de los aspectos observados, así mismo observacional, porque solo se observa los hechos en el momento y no influirá ni se modificará en ellos <sup>38</sup>.

#### 3.2. Variables y operacionalizaciones

##### Variable independiente cuantitativa: edentulismo parcial

**Definición conceptual:** El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias de la cavidad oral <sup>39</sup>.

**Definición operacional:** Se utilizarán fichas de recolección de datos mediante la observación clínica.

**Indicadores:** Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV

**Escala de medición:** nominal

#### 3.3. Población, muestra y muestreo

**Población:** La población estuvo constituida por 118 pacientes que fueron intervenidos entre el 01 al 22 de septiembre de lunes a viernes en el centro de salud

para ser atendidos y se les evaluó en los horarios designados.

**Criterios de Inclusión** pacientes edéntulos parciales, pacientes de ambos sexos, pacientes que tengan la mayoría de edad, pacientes que acepten ser evaluados.

**Criterios de Exclusión** Pacientes edéntulos totales, pacientes que tienen tratamiento de ortodoncia, pacientes que tengan implantes dentales que suplanten los espacios perdidos y personas que padezcan de COVID 19.

**Muestra:** La muestra se tomó en 118 pacientes que acudieron al centro de salud de Taricá. Los pacientes firmaron el consentimiento informado <sup>40</sup>. Se realizó una guía de observación clínica que fue plasmada en la ficha de recolección de datos <sup>17</sup> a todos los pacientes edéntulos parciales que deciden ser evaluados por el investigador.

**Muestreo:** por conveniencia, es un tipo de muestreo no probabilístico para poder recopilar los datos y realizar la evaluación clínica <sup>36</sup> con la finalidad de facilitar el procedimiento de estudio.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada fue la observación, con una ficha de recolección de datos. En la recolección de datos se anotó las brechas edéntulas del paciente con lapicero azul y se registró según la clasificación de Kennedy clase I, clase II, clase III, clase IV y sus respectivas modificaciones si se observa tal hecho. La ficha de recolección de datos se tomó de tesis ya aprobadas de Inga Ortiz E. <sup>17</sup> y de revistas científicas Rev. Estomatol Herediana. 2015 jul-Set;25(3):179-86 <sup>45</sup>, Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 18, núm. 2, pp. 281-297, 2020 <sup>12</sup>, donde se trabajó con la clasificación de Kennedy y se marcó según lo observado registrando la clase según corresponda al paciente. Se realizó la prueba piloto con 20 pacientes que no fueron incluidos en el estudio central, con la calibración de experto de la rehabilitadora oral quien capacito, enseñó y calibro al investigador para ejecutar el procedimiento de recolección de datos, esta calibración consistió en la parte teórica y práctica, luego se prosiguió a acceder los datos al estadístico quien empleo el índice de Kappa que obtuvo un resultado de 0,81 que significa una concordancia casi perfecta del

estudio de investigación, con intervalo de confianza del 95%. Al término de la recolección de datos con la ficha de estudio aprobada, se culmina la ejecución de la técnica empleada.

### **3.5 Procedimientos**

El investigador solicitó una autorización dirigida al director de escuela de estomatología de la Universidad César Vallejo, la carta se presentó solicitando al director jefe del Centro de Salud de Taricá, solicitando el acceso a las instalaciones brindando un espacio que acondicione y poder realizar la evaluación a los pacientes que acuden al centro de salud garantizando las medidas de bioseguridad respetando el momento actual de la pandemia como el distanciamiento social, uso de doble mascarilla, protector facial y desinfección de las manos con alcohol. Después de obtener el permiso del director y jefe del centro de salud, se ejecutaron las coordinaciones pertinentes con la encargada del centro de salud para que me facilite las condiciones necesarias para la respectiva evaluación a los pacientes y se asignó la hora y los días que evaluará el investigador. Después de lo mencionado se hizo una calibración con un asesor especialista en rehabilitación oral, mediante una prueba piloto con 20 pacientes el 26 de agosto, con la confiabilidad del instrumento que es nuestras fichas de recolección de datos, y las odontogramas los cuales no se van a considerar parte del estudio, el cual se analizó los datos obtenidos con el estadístico obteniendo un índice de Kappa de 0.81. Para recolectar la información nuevamente realizamos las coordinaciones pertinentes con el encargado del centro de salud y se pactó la hora y los días que se realizó la investigación. La toma de recolección de datos se realizó en el área del Centro de Salud, respetando los protocolos de bioseguridad con los pacientes y el investigador. La recolección de datos se realizó desde 01 de septiembre al 22 de septiembre de 8 am a 1 pm y de 2 a 4 pm, durante 12 días, (se examinaron 10 pacientes el primer día, 10 el segundo día, 10 el tercer día, 10 el cuarto día, así hasta el día doceavo que se evaluó a 08 pacientes), los pacientes aceptaron el consentimiento informado <sup>40</sup>.

Para determinar las clases de Kennedy, se considerarán a los 32 dientes, y se clasificara de la siguiente manera<sup>34</sup>: **clase I**: si se observa edentación bilateral

posterior de la arcada, se marca con un aspa sobre las imágenes que representan los dientes permanentes, **clase II:** si se observa edentación unilateral posterior, se marca con un aspa sobre las imágenes que representaran los dientes permanentes, **clase III:** si se observa edentación lateral con pilar posterior que pueden ser uní o bilateral de la arcada, se marca con un aspa sobre las imágenes que representaran los dientes permanentes en cualquier posición. **clase IV:** si se observa edentación anterior que cruza la línea media<sup>35</sup>, se marca con un aspa sobre las imágenes continuas que representan los dientes anteriores y cruza la línea media, siendo un total de arcadas evaluadas 236.

Se evaluó con el instrumento de estudio que es la ficha de recolección de datos <sup>17</sup> donde se anotó todos los datos observados en la evaluación clínica observacional que está registrado en anexos.

### **3.6 Método de análisis de datos**

La información alcanzada se muestra por medio de las tablas de prevalencia con un intervalo de confianza al 95%, el error estándar de 5% y una simulación de muestreo a 1000 en Excel de suite ofimática Microsoft Office 2019 y en SPS.

### **3.7 Aspectos éticos**

Beneficencia, actuar de buena voluntad, humanidad, amabilidad a los de los pacientes logrando concientizar del problema de la salud bucal en los pobladores<sup>41</sup>. Para poder mejorar su salud bucal y evitar posteriores pérdidas dentales en ellos.

No Maleficencia, referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente, se refiere a las acciones que causen o permitan la muerte, evitar contaminar a los pacientes del COVID 19<sup>42</sup>.

Justicia, detallar todos los datos encontrados al momento de la observación clínica de manera parcial en la ficha de recolección de datos<sup>43</sup>.

Autonomía, los pacientes tienen la libre autonomía de decidir participar ser evaluados en la investigación <sup>44</sup>, caso contrario poder retirarse en el momento que decidan hacerlo, manteniendo la privacidad de la información que se obtuvo en la

ficha de recolección de datos de los pacientes y no brindar datos personales, autorizando el consentimiento informado.

Se respaldó y se admitió la originalidad de la investigación, la fidelidad de los datos solicitados “Prevalencia De Edentulismo Parcial Según la clasificación de Kennedy En Pacientes Que Acuden Al Centro De Salud -Huaraz 2021”. Evitando cualquier tipo de plagio.

#### IV. RESULTADOS:

TABLA 1: Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes que acuden al centro de salud de Taricà Huaraz, según la clasificación de Kennedy.

EDENTULISMO PARCIAL	MAXILAR SUPERIOR	%	MAXILAR INFERIOR	%	TOTAL	%
CLASE I	17	14.41	13	11.02	30	12.71
CLASE II	27	22.88	26	22.03	53	22.46
CLASE III	64	54.24	64	54.24	128	54.24
CLASE IV	10	8.47	15	12.71	25	10.59
TOTAL	118		118		236	100.00
		100.00		100.00		

Tabla 1 Descripción: De las 236 arcadas evaluadas de las cuales el 100% existe edentulismo parcial tanto en el maxilar superior como en el inferior, y la mayor prevalencia según la clasificación de Kennedy es la clase III con un 54.24%.

TABLA 2: Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes según la clasificación de Kennedy, la arcada superior y sexo.

MAXILAR SUPERIOR						
	Hombres	Porcentaje %	Mujeres	Porcentaje %	n	%
Clase I	7	5.93	10	8.47	17	14.41
Clase II	11	9.32	16	13.56	27	22.88
Clase III	18	15.25	46	38.98	64	54.24
Clase IV	2	1.69	8	6.78	10	8.47
Total	38	32.20	80	67.80	118	100.00

Tabla 2. Descripción: el resultado de prevalencia en el maxilar superior es la clase III con un 38.98 % en las mujeres y el 15.25 % en los varones.

**TABLA 3.** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, arcada inferior y sexo.

MAXILAR INFERIOR						
	Hombres	Porcentaje %	Mujeres	Porcentaje %	n	%
Clase II	6	5.08	7	5.93	13	11.02
Clase II	8	6.78	18	15.25	26	22.03
Clase III	20	16.95	44	37.29	64	54.24
Clase IV	4	3.39	11	9.32	15	12.71
Total	38	32.20	80	67.80	118	100.00

Tabla 3. Descripción: la prevalencia en el maxilar inferior es la clase III en un 37.29% en las mujeres y 16.95 % en los pacientes varones.

**TABLA 4:** Prevalencia del edentulismo parcial en pacientes según la arcada superior, edad y la clasificación de Kennedy.

MAXILAR SUPERIOR										
	Adulto		Adulto edad mediana		Adulto mayor		Ancianos			%
	25-44	%	45-64	%	65-79	%	80 <	%		
Clase I	2	1.69	0	0.00	8	6.78	7	5.93	17	14.41
Clase II	0	0.00	10	8.47	12	10.17	5	4.24	27	22.88
Clase III	18	15.25	24	20.34	16	13.56	6	5.08	64	54.24
Clase IV	1	0.85	1	0.85	2	1.69	6	5.08	10	8.47
TOTAL	21	17.80	35	29.66	38	32.20	24	20.34	118	100

Tabla 4. Descripción: La mayor prevalencia en la arcada superior es la clase III de Kennedy en el grupo etario de adultos de edad media comprendida de 45-64 años con un 20.34 %.

TABLA 5. Prevalencia edentulismo parcial del maxilar inferior según la edad y la clasificación de Kennedy.

MAXILAR INFERIOR										
	Adulto		Adulto edad mediana		Adulto mayor		Ancianos		N	%
	25-44	%	45-64	%	65-79	%	80 <	%		
Clase I	4	3.39	2	1.69	5	4.24	2	1.69	13	11.02
Clase II	4	3.39	8	6.78	9	7.63	5	4.24	26	22.03
Clase III	12	10.17	22	18.64	18	15.25	12	10.17	64	54.24
Clase IV	1	0.85	3	2.54	6	5.08	5	4.24	15	12.71
TOTAL	21	17.80	35	29.66	38	32.20	24	20.34	118	100%

Tabla 5. Descripción: En la arcada inferior la prevalencia de edentulismo parcial es la clase III en el grupo etario de adultos de edad media comprendido de 45-64 años de edad con un 18.64 %.

## V. DISCUSIÓN

El edentulismo es la pérdida o ausencia total o parcial de las piezas dentarias si no se toma la importancia debida a la caries dental en su etapa inicial de proceso, conlleva con el tiempo a perder la pieza dental <sup>21</sup>. La presente investigación según los resultados al hacer la evaluación a los pacientes podemos determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acuden al centro de salud del distrito de Taricà provincia de Huaraz realizando un estudio de tipo básica, no experimental observacional, descriptivo y transversal , en una población etaria agrupada en adultos, adultos edad media, adulto mayor y ancianos considerados según los descriptores de ciencias de la salud (DeCS), la distribución demográfica es 38 (32.21%) del sexo masculino y 80 (67.79%) del sexo femenino, así mismo la asignación que se tomo fue porcentual. Los resultados muestran que la mayor prevalencia de edentulismo parcial de los 118 pacientes evaluados y las 236 arcadas, tanto superior como inferior de los pacientes examinados en el centro de salud que fueron 118 pacientes entre varones y damas se obtuvo un edentulismo parcial un 100% del total de los pacientes evaluados mediante la observación y se analizó que existía edentulismo parcial en el maxilar superior y en el maxilar inferior, y la clasificación más prevalente es la clase III de Kennedy con 128 casos que representa el 54.24% seguida la clase II con 54 casos que representa el 22.46%, la clase I 30 casos que representa el 12.71% y la clase IV 25 casos que representa el 10.59%, la cual nos indica la significancia del estudio, la investigación es similar con el estudio de Nayer M. et al <sup>10</sup>. año 2020. Pakistán, con una muestra de 202 pacientes y el resultado fue con una muestra de 105 pacientes, el 52% de Kennedy clase III, aunque hubo discrepancia relevante entre las clases de Kennedy en varones y damas es ( $p = 0.047$ ). De esto se concluyó que el arco desdentado más común, es clase III de Kennedy. Así mismo el estudio de Mostafa et al <sup>11</sup> 2017 en su estudio de investigación no experimental demuestra la clase III en ambas arcadas: superior e inferior son la más prevalente y la clase IV es de menor frecuencia dentro de su población que realizo el estudio. Como también demuestra Maxe A. en su estudio

la prevalencia de la clase III de Kennedy es igual en la mandíbula y el maxilar superior; en un mismo porcentaje en varones y mujeres y no hubo variación según el sexo. Igualmente, el estudio de Inga E. 2019 coincide con los resultados de la investigación siendo la clase III la más frecuente con un 52.3 % en el maxilar superior y el 43.2% en el maxilar inferior. Como también muestra Simoni et al <sup>12</sup>. En Brasil en el 2016 en su estudio de una población de 182 pacientes el 88,1% eran desdentados parciales.

En el maxilar superior la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y según el sexo, la razón del estudio es valorar la población más afectada en el edentulismo parcial, ya que actualmente en nuestra sociedad la población empieza a descuidar los dientes prematuramente ocasionando la pérdida de piezas dentarias <sup>4</sup> y debemos demostrar con investigaciones cual es el sexo más vulnerable que manifiesta mayor prevalencia de edentulismo parcial y estudiar el factor que probablemente sea que ocasione edentulismo parcial en el sexo de mayor prevalencia y el resultado del presente estudio nos muestran que la prevalencia es la clase III con un 38.98 % en las mujeres y el 15.25 % en los varones, así mismo podemos expresar que la mayor prevalencia se da en el sexo femenino y que existe significancia en el estudio, y que se puede corroborar con estudios como el de Simoni et al <sup>12</sup>. que identifica el 70.8% el edentulismo parcial es representada por las mujeres y en menor porcentaje en los varones según su estudio, así mismo Zabala et al <sup>13</sup> obtuvo en su estudio el 65 % de edentulismo parcial en las mujeres.

En el maxilar inferior el edentulismo parcial según el género, nos muestra el estudio que la clase III es la mayor prevalente en ambos sexos, pero con un 37.29% en las mujeres y 16.95 % en los pacientes varones, y que el sexo más afectado en el maxilar inferior es el femenino de estos resultados lo podemos comparar con el estudio de Durand et al.<sup>14</sup> que menciona en sus resultados que en la arcada inferior la clasificación desdentada más frecuente es la clase III con 36.4% con mayor predominio en el sexo femenino, al igual que la investigación de Inga E.

donde en los resultados demuestra que en el arcada inferior la clasificación que prevalece con más frecuencia fue la clase III con el 43.2% predominando la frecuencia en el sexo femenino.

La mayor prevalencia de pérdida dental sucede en los maxilares que en los mandibulares. A la vez en las arcadas en las zonas posteriores se pierden con más facilidad los molares y premolares en comparación con los dientes anteriores como incisivos <sup>24</sup>. El edentulismo parcial según la arcada superior, edad y la clasificación de Kennedy nos da como resultado que la mayor prevalencia en el maxilar superior es la clase III de Kennedy en el grupo etario de adulto de edad media comprendida de 45-64 años con un 20.34 %. Seguida del grupo etario adulto comprendida de 25 a 44 años con un 15.25%, estos valores de los resultados son similares encontrados de Mostafa et al <sup>11</sup> evidencia que el grupo etario de 41 a 60 años existe edentulismo parcial en mayor porcentaje la clase I y clase II y manifiesta que la clase III va en aumento de acuerdo avance la edad de las personas. Así mismo menciona Simoni en su estudio que agrupó en edades de 31 a 50 fue el que obtuvo mayor porcentaje con 51% de edentulismo parcial siendo el 70.8 % en mujeres.

En el maxilar inferior la prevalencia del edentulismo parcial según la edad y la clasificación de Kennedy, los resultados muestran una prevalencia mayor en la clase III en el grupo etario de adultos de edad media comprendido de 45-64 años de edad con un 18.64 % seguidamente el grupo etario de 65 a 79 años de edad con un 15.25% del total de las 118 arcadas que fueron evaluadas, los resultados comparados con otros estudios similares como el de Inga E. en su estudio demuestra que la edad media de mayor edentulismo se encuentra en 43 años según los resultados.

## VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia del edentulismo parcial en los pacientes que acuden al centro de salud según la clasificación de Kennedy, el 100% de los 118 pacientes que fueron evaluados evidenció el edentulismo parcial tanto en los maxilares superior e inferior y la clasificación más prevalente fue la clase III, seguida la clase II, la clase I y por último la clase IV.
2. La prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior según la clasificación de Kennedy y sexo, la clase III obtuvo la mayor prevalencia en edentulismo parcial y el sexo femenino el mayor prevalente.
3. La prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar inferior según la clasificación de Kennedy y según el sexo, se notaba una mayor prevalencia de la clase III en las mujeres.
4. La prevalencia de edentulismo parcial en el maxilar superior es clase III, y según la edad la más frecuente es el grupo etario de adultos de edad media, así mismo se notaba la prevalencia en la clase III en todas las edades excepto los mayores de 80 años.
5. La prevalencia de edentulismo parcial según la edad, el maxilar inferior y la clasificación de Kennedy, la clase III en el grupo etario de adulto de edad media fue la más prevalente en el estudio presente.

## VII. RECOMENDACIONES

Los investigadores realicen más estudios en las poblaciones más vulnerables donde la población tiene poco conocimiento de la importancia de las funciones del sistema estomatognático y sus posibles consecuencias, ya que la salud oral es tan importante porque inicia en la boca y esto conlleva a distintas enfermedades del cuerpo humano. Así mismo seguir realizando estudios sobre la población del sexo femenino ya que es la población más afectada y realizar estudios con los factores relacionados que ocasionen un edentulismo parcial y los lleve al edentulismo total al pasar los años.

Al centro de salud del distrito de Taricà realizar más campañas de salud oral y el cuidado de los dientes y sobre todo en esta pandemia ya que las atenciones no están normales. Valorar a la población de adulto mayor y ancianos por lo que se encontró a la población desdentados sin uso de una prótesis dental, y evidentemente se muestra consecuencias de su salud. Al igual que a la municipalidad del distrito trabajar de la mano con el centro de salud, apoyando a los pobladores para mejorar su estado de salud oral, realizando eventos de prevención de salud oral, fluorización en los niños y no lleguen a perder sus dientes desde pequeños. Ya que la población manifiesta que pierden sus dientes desde pequeños sin medir las consecuencias.

Las organizaciones de la salud deben de hacer extenso la problemática de la población en su estado actual sobre la salud oral tanto los gobiernos nacional, regional y local, impulsando la buena higiene, el cuidado de la cavidad oral y las consecuencias de perder los dientes.

El presente estudio se refleja poca asistencia de la población a los centros de salud ya que actualmente estamos atravesando una pandemia mundial ocasionada por el COVID 19; por lo tanto, no se ha podido reflejar en un 100% cual es la edad más afectada, ya que los ancianos son los vulnerables en esta pandemia y no han salido normalmente de casa.

## REFERENCIAS

1. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Tesis Bachiller. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana. [Internet]. Lima: INEI. 2015. [citado el 20 de febrero de 2021]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf).
3. Eustaquio M, Montiel J, Almerich J. Factors associated with edentulous ness in an elderly population in Valencia (Spain). Gac Sanit. 2013; 27(2):123-7.
4. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. Int J Dent. 2013; 2013:498305. doi:10.1155/2013/498305
5. Eustaquio-Raga MV, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain) Gac Sanit. 2013; 27:123-7.
6. Bertossi D, Rossetto A, Piubelli C, Rossini N, Zanotti G, Rodella LF, Bissolotti G, Colletti G, Chiarini L, Nocini PF. Evaluation of quality of life in patients with total or partial edentulism treated with computer-assisted implantology. Minerva Stomatol. 2013 ;62(8 Suppl 1):37-44.
7. Vanegas-Avecillas Elizabeth, Villavicencio-Caparó Ebingen, Alvarado Jiménez Omar, Ordóñez Plaza Patricia. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria

Cuenca Ecuador 2016. Rev. Estomatol. Herediana [Internet].2016 [citado febrero de 2021];26(4):215-221. Disponible [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es).

8. Kennedy E. Classification. In: Essentials of Removable Partial Denture Prosthesis. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1960. p. 9-25.
9. Galagali G, Mahoorkar S. Critical evaluation of classification systems of partially edentulous arches. Int J Dent Clin. 2010; 2:45–52.
10. Nayyer M, Khan DA, Gul H, Aslam A, Khan NB, Aslam F. Patterns of Partial Edentulism According to Kennedy's Classification – a Cross Sectional Study. Pak Armed Forces Med J [Internet]. 2020. [citado febrero de 2021]; 70:87–90. Disponible en: <https://pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/3800/2513>.
11. Simoni J., Soares G, Santillo P, Moura C., Sousa, Soares R. Impact of the edentulism in the quality. Vol.53. Acta venezolana.2016.
12. Huamanciza Chavez Chacon Type, Of Bimaxillary partial edentulism a ation with socioeconomic cultural level. Revista Habanera de Ciencias Médicas, Vol.18 Nro 2 La Habana 2020.
13. Fayad, Mostafa I y col. "Prevalencia y patrón de edentulismo parcial entre los pacientes dentales que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Al Jouf, Arabia Saudita". *Revista de la Sociedad Internacional de Odontología Preventiva y Comunitaria* vol. 6, Supl. 3 (2016): S187-S191. doi: 10.4103 / 2231-0762.197189.
14. Gutiérrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana.

2015 julio-septiembre; 25(179-86).

15. Rimache D, Rojas L. Factores asociados al edentulismo en pacientes de la clínica de la facultad de Odontología. Tesis para optar al título de dentista Iquitos UNAP, 2016.
16. Maxe A. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad de Sipán. Cusco 2016.
17. Inga Ortiz Erick, Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la escuela de odontología de la universidad Continental 2017-2018.  
[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Fayad+MI&cauthor\\_id=28217535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Fayad+MI&cauthor_id=28217535)
18. Avendaño Vera Edson 2017. Repositorio de tesis digitales. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pregrado UNMSM.
19. Atarama M. Relación entre la frecuencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy y el Nivel de la Satisfacción de los pacientes portadores de Prótesis parciales removibles en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa. para optar al título de cirujano dentista. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2016.
20. Tantas S. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar al título profesional de cirujano dentista. Lima: UNMSM; 2017.
21. Vega E. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos

en la Unidad de Segunda Especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Tesis para optar al grado de bachiller en estomatología. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.

22. Fabian S. Relación entre el edentulismo parcial, clasificado según Kennedy, con el estado periodontal de los dientes remanentes. Tesis para optar al Título Profesional de Cirujano Dentista. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
  
23. Poveda P. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital: Jacob & María Ratinoff. 32 Poveda P. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital: Jacob & María Rating Tesis para optar el título de cirujano dentista. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
  
24. Rodríguez A. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016. Tesis para optar al título profesional de cirujano dentista. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
  
25. Carl E. Misch Prótesis dental sobre implantes. Edición en español. España. Editorial Diorki servicios integrales. 2007.
  
26. Vega E. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos atendidos en la Unidad de Segunda Especialización en estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo. Tesis para obtener el grado de bachiller en Estomatología. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
  
27. Tangen CM, Goodman PJ, Till C, et al.: Biases in Recommendations for and Acceptance of Prostate Biopsy Significantly Affect Assessment of

Prostate Cancer Risk Factors: Results From Two Large Randomized Clinical Trials. J Clin Oncol 34 (36): 4338-4344, 2016. [\[PUBMED Abstract\]](#)

28. Tito R. Relación entre el edentulismo y la accesibilidad cultural a la atención dental en pobladores de 18 a 64 años de edad de la capital del distrito de Acora Puno. Tesis para optar al título de cirujano dentista. Puno: UNAP; 2015.
  
29. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. (CIOMS). Ginebra 2002. [citado 16 enero 2021] Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>.
  
30. Código de ética en Investigación. Universidad César Vallejo. Piura 2021.
  
31. Chant S, Craske N. Género en Latinoamérica. México; Casa Chata; 2007.
  
31. Real academia española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> .
  
33. Reyes Millones, S. E. (2019). Frecuencia de edentulismo parcial en los pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad católica los ángeles de Chimbote, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, en el año 2017.
  
34. Marquina Guarniz, M. S. (2021). Prevalencia de Edentulismo en pacientes adultos atendidos en el puesto de salud Nicolás Garatea, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, en el 2019.
  
35. Vargas Cordero, Zoila Rosa la investigación aplicada: una forma de conocer

las realidades con evidencia científica Educación, vol. 33, núm. 1, 2009, pp. 155-165 Universidad de Costa Rica San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica.

36. Carlos Bernardino Ruiz Huaraz, Marisel Roxana Valenzuela Ramos, Metodología de la investigación, Fondo editorial UNAT, enero 2022 [https://fondoeditorial.unat.edu.pe/index.php/EdiUnat/catalog/series/Fondo\\_Edi](https://fondoeditorial.unat.edu.pe/index.php/EdiUnat/catalog/series/Fondo_Edi)
37. Popper Karl R. (2005) La lógica de la investigación científica. Barcelona: Círculo de Lectores; España.
- 38 Milton JS, Tsokos JO. Estadística para biología y ciencias de la salud. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2001.
39. Gutierrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio, Castillo-Andamayo Diana Esmeralda. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 jul [citado 2022 Feb 23]; 25(3): 179-186. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es)
40. Sánchez Caro J. El consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 138-144. 20.
- 41.. Veritas, Nº 22 (marzo 2010) 121-157 Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural Juan Carlos Siurana Aparisi Universidad de Valencia (España) [juan.c.siurana@uv.es](mailto:juan.c.siurana@uv.es)
- 42.. Cfr. T. L. BEAUCHAMP y J. F. CHILDRESS: Principles of Biomedical

Ethics. Fourth Edition, 193.

43. Cfr. N. DANIELS: Just Health Care. Cambridge University Press, Cambridge/Nueva York/Melburne 1985, 5ª reimpr. 1995.
44. Beauchamp T, Childress J F. Principios de ética biomédica. Masson, S.A. Barcelona. 1999.
45. Rev. Estomatol Herediana., Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal 2015 Jul-Set;25(3):179-86.

## ANEXOS

### ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>EDENTULISMO PARCIAL</b>	El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias. <sup>26</sup>	Se utilizarán fichas de recolección de datos mediante la observación clínica.	<b>Clasificación de Kennedy</b>	Clase I Clase II Clase III Clase IV	NOMINAL
<b>VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA</b>	<b>Identidad sexual de los seres vivos,</b> la distinción que se hace entre Femenino y Masculino <sup>27</sup>	Género del paciente	Género	Masculino Femenino	NOMINAL
<b>GÉNERO</b>					
<b>EDAD</b>	Es el tiempo que ha vivido una persona, al día de realizar el estudio <sup>28</sup>	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento	Edad	18 a más Adulto Adulto edad media Adulto mayor Ancianos	NOMINAL

**ANEXO N 2 °**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

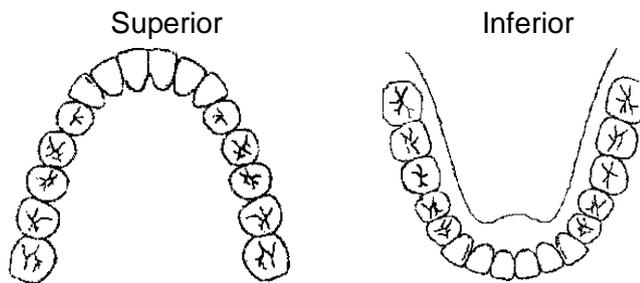
Edad: \_\_\_\_\_

Género:  
 Masculino (    )  
 Femenino (    )

EXÁMEN CLÍNICO (la ficha se llenará marcando con un aspa (X) en color azul a las piezas dentarias ausentes).

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	MAXILAR SUPERIOR	CLASE I	
		CLASE II	
		CLASE III	
		CLASE IV	
		Modificación	
	MAXILAR INFERIOR	CLASE I	
		CLASE II	
		CLASE III	
		CLASE IV	
		Modificación	

**OCLUSOGRAMA**



Piezas Ausentes	Maxilar Superior	
	Maxilar Inferior	

TABLA: Prueba piloto de 20 pacientes, de prevalencia de edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy.

EDENTULISMO PARCIAL	MAXILAR SUPERIOR	%	MAXILAR INFERIOR	%	TOTAL	%
CLASE I	4	20.00	3	15.00	7	17.5
CLASE II	5	25.00	5	25.00	10	25
CLASE III	10	50.00	9	45.00	19	47.5
CLASE IV	1	5.00	3	15.00	4	10
TOTAL	20		20		40	100
TOTAL %		100.00		100.00		

Tabla 1 Descripción: la tabla nos muestra que la mayor prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy es la clase III con un total de 47.5% seguida la clase II con 25%, luego la clase I con un 17.5% y la menor prevalencia es la clase IV con un valor del 4% del total de los pacientes evaluados que asisten en el centro de salud

**I. DATOS INFORMATIVOS**


1.1. ESTUDIANTE :	Elizabeth Marlene Ortiz Angeles
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :	Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al centro de salud de Huaraz 2021
1.3. ESCUELA PROFESIONAL :	Estomatología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO (adjuntar) :	Ficha de recolección de datos
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO :	INDICE DE KAPPA ( $x$ )
	COEFICIENTE INTERCLASE ( )
	COEFICIENTE INTRACLASE ( )
1.6. FECHA DE APLICACIÓN :	26 de agosto
1.7. MUESTRA APLICADA :	20 fichas de recolección de datos de los pacientes

**II. CONFIABILIDAD**

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	95%
------------------------------------	-----

**III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (~~Items iniciales, Items mejorados, eliminados, etc.~~)**

Se realizó el estudio mediante la ficha de recolección de datos, donde se puede identificar la clasificación de Kennedy siendo los resultados: clase I 17.5%, clase II 25%, clase III 47.5%, clase IV 10%, la desviación estándar: 3.070, con un intervalo de confianza de 1.34. Índice Kappa 0.81

El proceso y descripción del estudio se encuentra en Word, no se ha eliminado ninguna información.

Estudiante:  
DNI = 10115530

Estadístico/Mg.  
Docente :

  
 ING. LUISALBERTO SANCHEZ ALVARADO  
 COORDINADOR DE  
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ



### CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, **CARMELA ASCATE GARCIA** con DNI N° 41354207 Magister en **REHABILITACION ORAL** N° COP: 35557, de profesión **CIRUJANA DENTISTA** desempeñándome actualmente como **REHABILITADORA ORAL** en **CONSULTORIO DENTAL ASCATE HNOS.**

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado al estudiante **ELIZABETH MARLENE ORTIZ ANGELES** con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos del Proyecto de Investigación titulado: **"Prevalencia de Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy en Pacientes Que Acuden Al Centro De Salud- Huaraz 2021"**

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Huaraz a los 24 días del mes de agosto del Dos mil veintiuno.

Esp. : CARMELA ASCATE GARCIA  
DNI : 41354207  
Especialidad : REHABILITACION ORAL Y  
ORTODONCIA  
E-mail : CARMELA.AG.04@HOTMAIL.COM

  
.....  
*Dra. Carmela Ascate Garcia*  
CIRUJANO DENTISTA  
COP 35557

**COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INSTITUCION:** UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.  
**INVESTIGADOR (A):** Ortiz Angeles, Elizabeth Marlene  
**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** “Prevalencia de Edentulismo Parcial Según La Clasificación De Kennedy en Pacientes Adultos de Edad Media Taricà- Huaraz 2021”

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el título puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

**PROCEDIMIENTOS:** Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que **PUEDA FACILITAR LA REVISIÓN Y EVALUAR LA CAVIDAD ORAL**, El tiempo a emplear no será mayor **2 minutos**.

**RIESGOS:** Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

**BENEFICIOS:** Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud **IDENTIFICAR LAS PREVALENCIAS DEL EDENTULO PARCIAL Y OBTENER UN TRATAMIENTO ADECUADO**. Si usted desea comunicarse con el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: investigadora **Elizabeth Marlene Ortiz Angeles Cel 943322015** correo [elitaortiz\\_a@hotmail.com](mailto:elitaortiz_a@hotmail.com)

**COSTOS E INCENTIVOS:** Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo **NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO** ni de otra índole.

**CONFIDENCIALIDAD:** Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

**USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA:** Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

**AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA:** SI  NO

Se contará con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

**DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE):** Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora Elizabeth Marlene Ortiz Angeles Cel 943322015 correo [elitaortiz\\_a@hotmail.com](mailto:elitaortiz_a@hotmail.com) Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, teléfono 073 - 285900 Anexo. 5553

**CONSENTIMIENTO**

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

*Leli Soriano Manrique*

Elizabeth Ortiz Angeles

Nombre: DNI: Participante

Nombre: DNI: Testigo

Nombre: DNI: Investigador

296 256 30

DNI:10115530

*[Handwritten signature]*

*07-09-21*

Fecha:



FOTO N°1 : CENTRO DE SALUD TARICÁ



FOTO N°2: CENTRO DE SALUD TARICÁ, CON LA INVESTIGADORA



FOTO N°3: INVESTIGADORA Y EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD



FOTO N°4: INVESTIGADORA EN EL CENTRO DE SALUD



FOTO N°4: REVISION A PACIENTES DE LA EDAD DE 65-79



FOTO N°5: REVISION A PACIENTES DE LA EDAD DE 80 A MAS



FOTO N°5: REVISION A PACIENTES DE LA EDAD DE 40-49

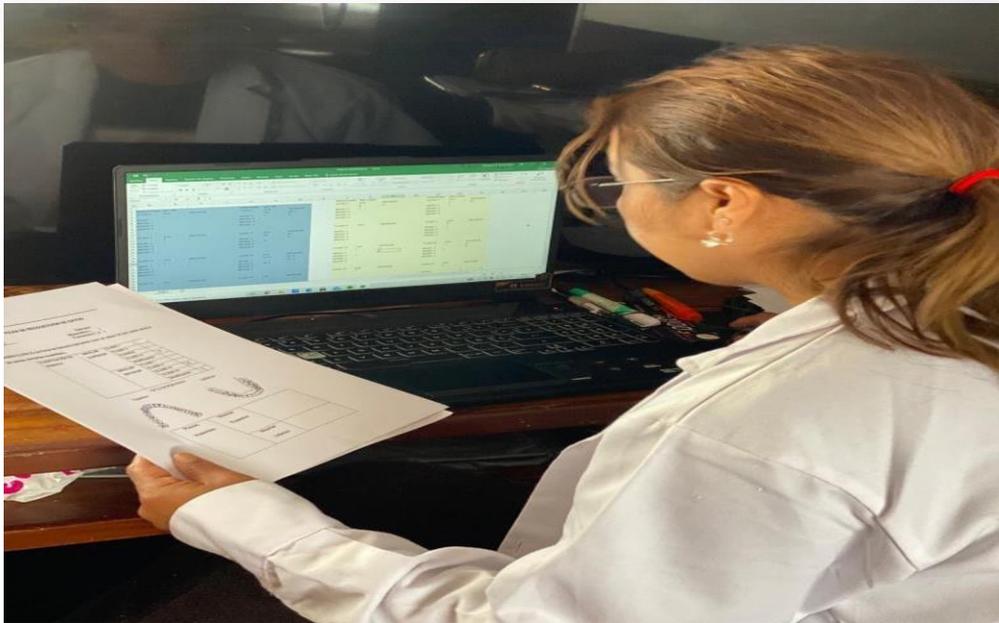


FOTO N°5: REVISION DE FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



### Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Valenzuela Ramos, Marisel Roxana, docente de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, asesor(a) del Trabajo de Investigación / Tesis titulada: " **Prevalencia de Edentulismo Parcial Según La Clasificación de Kennedy en Pacientes Que Acuden Al Centro De Salud -Huaraz 2021** " , del autor **Ortiz Angeles Elizabeth Marlene**; constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el Trabajo de Investigación / Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Piura, 04 de noviembre del 2021.

Apellidos y nombres del asesor	Firma
Dra. Valenzuela Ramos, Marisel Roxana DNI: 40400629 ORCID: ORCID: 0000-0002-1857-3937	