

NOMBRE DEL TRABAJO

tesis Prevalencia de Edentulismo de edentulismo segun kennedy (2024).docx

RECUENTO DE PALABRAS

9881 Words

RECUENTO DE CARACTERES

54431 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

67 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

7.6MB

FECHA DE ENTREGA

Feb 26, 2024 10:36 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Feb 26, 2024 10:38 AM GMT-5**● 22% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 22% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
“FRANKLIN ROOSEVELT”
RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO NRO 078-2019-SUNEDU/SD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



PROYECTO DE TESIS:

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA Y PREVENTIVA EN ESTOMATOLOGÍA

**Prevalencia De Edentulismo Parcial Según Kennedy En Pacientes De La
Clínica Estomatológica de la Universidad Roosevelt de Huancayo 2022 -
2023**

Bach:

Jhonatan Lazo Ramos

Asesor:

C.D. Mg. Javier Salazar Lazo

HUANCAYO - PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, a mi madre Casimira Ramos, a mi hermano Frans Lazo y a mi novia.

Por ser mí motivo, mi fuerza y fortaleza para no rendirme y encaminar mis pasos rumbo al objetivo para llegar hacer realidad el sueño de concluir mi carrera profesional

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes universitarios, que han guiado nuestros pasos todos estos años, mediante una forma correcta y nos inculcaron de la misma manera los valores necesarios.

A mi jurado de tesis, gracias a ellos empecare una nueva etapa en mi vida de manera profesional y demostrando a todos que su confianza brindada no fue en vano.

A la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, quien me permitió concluir esta etapa con el proceso de titulación, a mi asesor de tesis C.D. Javier Salazar Lazo quien fue mi guía en todo este proceso.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. MÉTODO.....	25
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	25
2.2. Operacionalización de variables	27
2.3. Población, muestra y muestreo.....	28
Población	28
Criterios de selección	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	29
2.5. Procedimiento	29
2.6. Método de análisis de datos.....	30
2.7. Aspectos éticos.....	30
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN	30
PRESUPUESTO DEL PROYECTO	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
ANEXOS.....	48

I. 8 INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es una patología irreversible, que conlleva la pérdida de piezas dentarias y afecta a un gran número de la población mundial. Las personas que sufren esta patología ven disminuida su calidad de vida y afectan inclusive su autoestima.

A sabiendas de que el edentulismo está considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante; la gran mayoría de pérdida de piezas dentarias, se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal y menos por traumatismos, existiendo una relación directa entre la pérdida de dientes y la edad.

5 El sistema de Clasificación de Kennedy hace el registro periódico del estado de edentulismo parcial de la población y permite realizar comparaciones para saber si ha habido mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca; estudios que son frecuentemente realizados por varios países tanto en Latinoamérica como en Europa, Asia y el Medio Oriente. Sin embargo, el Perú no cuenta con un registro de información suficiente para conocer si hay o no mejoras en el estado de conservación de las piezas dentarias en boca y saber si son efectivas o no las políticas de prevención y cuidado de la salud oral en la población.

Específicamente hablando, en Huancayo al igual que en otras partes se suscita la misma problemática de no existir un registro en donde se pueda observar si es que hay mejoras de las piezas dentales y su conservación, a fin de conocer si es que las prácticas realizadas han sido efectivas.

Desde algunas décadas la pérdida total o parcial de las piezas dentales se considera un problema sobre todo de salud pública y social para la persona, por cuanto los avances en torno a la odontología han tenido tanto auge que ya no se debería tener pérdida de piezas en la boca por cualquier motivo, ya que, el odontólogo en todo caso busca salvar dicha pieza por cualquier vía antes de llegar a una pérdida o extracción.

El problema de salud viene dado por situaciones de procesamiento de alimentos, por lo que se necesitan todas las piezas para poder tener un correcto masticado y procesado de estos y que puedan pasar por el tracto digestivo sin ningún problema y llegar al estómago de una forma más digerible para el ser humano; asimismo, es importante mencionar que, cuando faltan piezas dentales, se comienzan a deteriorar las demás, lo que viene dado por el mal masticado de los alimentos, la falta de higiene dental, el no acudir a las consultas odontológicas de manera periódica o cuando menos unas dos veces al año. Esto hace que se vayan dañando las demás piezas que quedan y por ende una posible pérdida a posteriori.

En relación a la parte social se distingue por el mismo hecho de la estética y las condiciones que actualmente vive el ser humano, en donde la falta de una o varias piezas dentales se considera un hecho importante en la vida del ser humano que por su condición es social y se interrelaciona con los demás de su entorno. Por este motivo es significativo que se considere una salud bucal sana con piezas dentales completas. Se puede llegar hasta a sufrir de Bullying o burlas por no tener la sonrisa perfecta que anuncian los comerciales de cremas dentales. Esto puede ocasionar en la persona un daño psicológico irreversible, que lo puede llevar a tomar decisiones erradas en cuanto a su integridad física se refiere. Tal como se ha visto, es un problema tanto de salud como social, “desde mucho tiempo atrás el ser humano viene invirtiendo cada vez más en su aspecto físico y personal, es así que la pérdida de dientes altera el factor estético dental el cual es de gran significado, incluso en ocasiones es más lesivo para el paciente que la propia función masticatoria” (1).

Por lo anterior expuesto, ⁶ la presente investigación tiene como propósito determinar la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023, a fin de identificar algunos factores que condicionan la pérdida total o parcial de las piezas dentales y plantear alternativas de tratamiento de acuerdo al tipo de edentulismo según la clasificación de Kennedy que se presenten.

Con relación a los estudios anteriores realizados que sirven como base a la presente investigación, se tienen los siguientes antecedentes y se comenzará con los nacionales

Inga, E (1) 2019 realizó un estudio titulado: “Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017 – 2018”, el objetivo de ese estudio fue describir la prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017 – 2018. En cuanto a la metodología utilizada, se enmarcó en un tipo de investigación básica con un nivel descriptivo y un diseño no experimental, transversal, retrospectivo, observacional. Por otra parte, se evaluaron historias clínicas de 174 pacientes de tanto femeninos como masculinos, se analizó la prevalencia de edentulismo de la arcada tanto superior como inferior de acuerdo a la clasificación de Kennedy. De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidenció que hay más prevalencia de edentulismo parcial del maxilar superior en un 52.3% de clase III y en el maxilar inferior de 43.1% de clase III. Se concluyó que el tipo de edentulismo que prevalece en un paciente es de clase III con una media aproximada de 43 años.

Díaz, C y Yupanqui, P (2) 2020 realizaron una investigación para la Universidad César Vallejo en el Perú, titulada: “Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes adultos de la Clínica Estomatológica de una Universidad Privada, Piura 2018-2019”, la cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes adultos de la Clínica Estomatológica de una Universidad Privada, Piura 2018-2019. Metodológicamente hablando se enmarcó en un tipo de investigación básica y un diseño no experimental descriptivo, retrospectivo. Para lo cual se realizó una evaluación de 675 historias clínicas. A través del estudio realizado se obtuvieron los resultados siguientes, prevalece el edentulismo parcial en un 73.19%, en relación a la necesidad de utilizar prótesis se encuentra un 74.67%; en el maxilar superior prevaleció la clase III con un 62.13%, de igual forma, en el inferior con un 56.82%, así también se observó la necesidad de prótesis en el maxilar superior en donde no se hizo necesaria una prótesis lo cual se demostró con un 44.38% y, en

el maxilar inferior había necesidad de prótesis multiunitaria con un 34.52%. Finalmente, en la frecuencia de edentulismo parcial, prevalece la Clase III en ambos maxilares.

Huamanciza-Torres, E y otros 2019 (3) realizaron una investigación titulada: “Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural” Determinar la frecuencia del tipo de edentulismo parcial bimaxilar según la Clase de Kennedy y su posible asociación con el nivel socioeconómico-cultural en los pacientes de la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del año 2016. ¹⁰ Estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes adultos edéntulos parciales seleccionados aleatoriamente que fueron evaluados mediante una encuesta y un examen clínico oral. La encuesta estuvo conformada por los datos sobre el nivel socioeconómico-cultural. El examen clínico se evaluó con un odontograma para determinar el tipo de edentulismo según la clasificación de Kennedy. ¹¹ Se llegó a la conclusión de que en la población estudiada existe una mayor frecuencia de edentulismo parcial bimaxilar Clase III de Kennedy y una preponderancia del nivel socioeconómico-cultural medio. Sin embargo, no existe asociación entre el tipo de edentulismo parcial según la Clase de Kennedy y el nivel socioeconómico-cultural.

Seguidamente, se destacan los antecedentes internacionales y se citan las siguientes investigaciones:

Escudero, E y otros 2020 (4) realizaron una investigación en Bolivia, titulada “Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre 2019”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del edentulismo parcial y/o total y su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de la ciudad de Sucre. Se destaca por ser una investigación de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. En él se valoraron 735 elementos de muestra a través de la técnica de la observación clínica odontológica y la otra técnica utilizada fue la encuesta OHIP-14 la cual se denomina “Perfil de Impacto en la Salud Oral”. De lo anterior se pudo demostrar que existe una prevalencia del 66.8% al edentulismo parcial, que predominó en las

féminas y entre las edades de 15 a 24 años. Con relación al impacto del edentulismo en la calidad de vida se tuvo que un 84.2 % con un impacto muy alto y el malestar o dolor dental presentó más frecuencia que las otras dimensiones estudiadas, es por esta razón que los resultados demostraron una alta prevalencia la pérdida dental y cómo éste afecta de manera negativa en la calidad de vida de la población objeto de estudio.

Zapata-May, R y otros (5) en el 2022 realizaron un estudio titulado: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Campeche 2022 en el Ecuador, el cual tuvo por objetivo analizar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Campeche 2022 en el Ecuador Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en la Universidad Autónoma de Campeche, en los consultorios de la Facultad de Odontología. La población para este estudio fue de 100 sujetos. El total de sujetos estudiados fue de 100 sujetos (n=100), 51% fueron hombres y 49% mujeres, la edad promedio fue de 59 años con una desviación estándar de 11 y un rango de 53. En cuanto a la variable etapa educativa, la mayoría sólo cursó la enseñanza media seguida de la primaria. La distribución de la prevalencia de edentulismo parcial con respecto al sexo, la clase II de Kennedy reportó prevalencia en varones con 21%. Le sigue la clase I en varones con un 10%, la clase III en tercer lugar, pero en mujeres con un 18% y por último la clase IV donde también prevalecen las mujeres con un 12%. Este estudio muestra que el más prevalente de los pacientes evaluados resultó ser Kennedy clase II en el sexo masculino, ya que fue el más representativo de la población con un 21%, mientras que, por parte de los pacientes femeninos, fue de 18% en la clase III.

Santellan, K (6) 2021 presentó una tesis titulada: “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las parroquias rurales de Cuenca, 2019” en Ecuador, y su objetivo fue establecer la incidencia de edentulismo parcial en base a las clases de Kennedy en parroquias rurales de Cuenca, 2019. Ese estudio utilizó el método cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y documental. Se trabajó con una muestra de 603 fichas de observación que constaron de: edad,

sexo, parroquia, maxilares superior e inferior, clases de Kennedy y sus modificaciones, se realizó un análisis estadístico de porcentaje y frecuencia usando el programa Excel 2010, en donde se tuvo como resultados que en el sexo femenino el indicador de edentulismo parcial fue de 63%, en edades de 45-49 años con un 42%, para ambos maxilares y predominó la categoría I de Kennedy con un 25% en el arco maxilar y 41% en el arco mandibular, de acuerdo a sus modificaciones en el maxilar superior, se exhibió la clase III modificación 1, en comparación con la modificación 1 categoría II en el maxilar inferior, por lo que en esta investigación el edentulismo parcial estaba presente tanto en el maxilar superior como inferior, y se demostró con un 71%.

Seguidamente se presentan teorías y enfoques conceptuales que representan un apartado del estado del arte de la presente investigación:

Edentulismo Parcial

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (7)

El edentulismo es una condición irreversible, una persona con edentulismo completo como su nombre lo dice tiene una cavidad bucal sin dientes. Al-Rafee M en su artículo en el 2020 describe al edentulismo como el “marcador final de la carga de enfermedad para la salud bucal”. La pérdida de dientes puede traer consecuencias alterando la masticación y el habla, además de la estética que juega un rol importante en la calidad de vida (8)

Se puede decir entonces que, el edentulismo tiene la particularidad de ser completo, es decir, que se n en su totalidad las piezas dentales o de forma parcial, que es cuando solo se pierden algunas piezas (9).

Causas del edentulismo

Pueden ser diversas las causas que generan el edentulismo, y es importante por sobre todo considerar la higiene bucal como una de las principales causas que

puede generar la pérdida parcial o total de las piezas dentales. Por otro lado, es significativo recordar que, hay otras causas y que no necesariamente se encuentran relacionadas a la limpieza o higiene dental, y que de la misma forma pueden afectar nuestros dientes a la edad que sea (10).

Se tiene como principales causas del edentulismo: la caries dental en primer lugar, enfermedad periodontal, traumatismos, xerostomía entre otras enfermedades. Estas se pueden tratar, asimismo, la pérdida de dientes se puede evitar siempre y cuando el paciente pueda o acuda a las consultas odontológicas para un tratamiento preventivo y/o correctivo en su defecto (10)(11)

Caries dental

La caries dental es uno de las enfermedades infecciosas más comunes (12). Está clasificada como una enfermedad transmisible y se caracteriza por la destrucción gradual de las estructuras calcificadas del diente como resultado de la desmineralización inducida por los ácidos producidos por la placa bacteriana, que se forma cuando los residuos de alimentos están expuestos y no se limpian adecuadamente (12)(13). Hay tres factores esenciales a los que se añade el tiempo: huésped, microorganismos y dieta (12).

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la caries dental como una enfermedad de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente causada por el *Streptococcus mutans* y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades” (14).

1 Está relacionada tanto con la higiene dental como puede ser debida también a ciertos hábitos, malnutriciones o al uso de determinados fármacos. Las extracciones relacionadas con la existencia de lesiones de caries se realizan con mayor frecuencia cuando la lesión cariosa ha progresado hasta el punto de producir la pérdida de la estructura del diente, y la restauración del diente será imposible como resultado de la expansión de la lesión cariosa (15).

Enfermedad periodontal

Es una enfermedad que está caracterizada por inflamación y destrucción progresiva de los ligamentos periodontales y consecuentemente pérdida del tejido óseo de soporte que ocasionará movilidad (13).

Su causa principal es la placa bacteriana, que favorece el crecimiento de gérmenes causantes de la enfermedad, como los microorganismos subgingivales (*Porphyromonas gingivalis*, *forsythus*, *Actinobacillus*, espiroquetas, etc) (16)(17).

Otros factores de riesgo importantes son la insuficiente producción de saliva, el tabaquismo, el uso de medicamentos corticosteroides, una dieta poco saludable, factores hereditarios, el estrés o la ingesta excesiva de alcohol y, sobre todo, una limpieza dental deficiente (9)(10). La enfermedad puede avanzar lenta o rápidamente y puede afectar a adolescentes o adultos, siendo los adultos los más afectados. La extracción suele realizarse cuando la periodontitis ha progresado hasta un estado grave (13).

Traumatismos

Los traumas dentoalveolares son lesiones de extensión y gravedad variables que se desarrollan en los dientes, el hueso y los tejidos de soporte como consecuencia de un contacto físico (18). Pueden desarrollarse a cualquier edad y dar lugar a cambios estéticos, funcionales y psicológicos inmediatos o a largo plazo (16).

La pérdida de piezas dentales más comunes por trauma en la mayoría de los casos se debe a caídas, lesiones deportivas, peleas, accidentes de tráfico o masticación de ciertos alimentos demasiado duros. Generalmente un leve golpe puede provocar la fractura del diente; especialmente la corona y la raíz de la pulpa, factores como la edad y el tipo de fractura hacen necesaria su extracción (13).

Según Lous H. Berman (19), “los traumatismos pueden clasificarse en las siguientes categorías:

- a. Fracturas coronarias: fisuras del esmalte, fractura coronaria no complicada, fractura coronaria complicada.
- b. Fracturas radiculares: fracturas intraalveolares, fractura coronoradicular.

- c. Luxación concusión, subluxación, luxación lateral, intrusión, luxación extrusiva.
- d. Avulsión.”

1 Xerostomía o pérdida de saliva

La xerostomía es una experiencia subjetiva asociada a una producción salival reducida o ausente. Asialorrea, hiposalivación o la boca seca son términos utilizados para describir esta condición (20).

La presencia de saliva en la cavidad oral es importante para evitar un desequilibrio de microorganismos que puede dar lugar a la aparición de lesiones cariosas, gingivitis, halitosis o mal aliento, entre otras (21).

La xerostomía no es una enfermedad en sí misma, sino un signo que puede surgir en una variedad de enfermedades clínicas, ya sea a la ingesta de algunos medicamentos o a la disminución de la función de las glándulas salivales (22) (23).

De Luca Monasterios y Roselló Llabrés afirman que, “1 de cada 4 personas padece sequedad bucal, o xerostomía, y la prevalencia aumenta con la edad. Hasta hace poco, se asumía que la Xerostomía era una enfermedad reservada a las personas mayores, sin embargo, una investigación realizada en el norte de Europa descubrió que entre el 20% y el 30% de las personas de 20 años sufren esta condición.” Este factor puede contribuir al edentulismo precoz y puede estar asociado al aumento del consumo de antidepresivos, bebidas alcohólicas y cigarrillos. La xerostomía es más frecuente en las mujeres, debido a los cambios hormonales relacionados con el embarazo, la menopausia y el climaterio. Las mujeres menopáusicas sufren sequedad de las mucosas hasta en un 80% de los casos (24).

Otras enfermedades como el cáncer bucal, generan fuertes secuelas en la boca (10).

Consecuencias de la pérdida de dientes

Cuando se pierde un diente, la integridad de la arcada dental se ve comprometida. La pérdida de uno o más piezas dentales altera el equilibrio del sistema estomatognático y da lugar a una variedad de alteraciones anatómicas y funcionales (13). Cuando se extrae un diente, la cresta restante deja de recibir

estimulación funcional, lo que provoca una disminución del volumen de la cresta tanto en altura como en anchura. Esto no siempre es previsible en los pacientes con dientes perdidos, ya que las alteraciones estructurales varían significativamente entre los grupos de pacientes. Junto con la pérdida de dientes, se producen cambios en la mucosa oral. La encía adherida al hueso alveolar será sustituida por una mucosa menos queratinizada y más fácilmente traumatizante (25).

Las principales consecuencias son:

- reabsorción del hueso alveolar y bordes residuales.
- inclinación, migración y rotación de los dientes restantes
- disminución de la eficacia de la masticación
- extrusión de dientes
- pérdida del apoyo para los dientes
- pérdida de la dimensión vertical
- alteraciones estéticas
- desviación mandibular
- atrición dental
- disfunción de la articulación temporomandibular (7).

Estos factores tienen un efecto perjudicial en la salud y el bienestar de las personas.

Requerimientos para que un método de clasificación sea aceptable.

Una arcada parcialmente desdentada debe cumplir los siguientes requisitos:

- Reconocer al instante el tipo de arco que se está analizando.
- Permitir la distinción rápida entre las prótesis parciales dentosoportadas y las prótesis parciales dentomucosoportadas.
- Debe ser aceptado universalmente (25).

1 Clasificación de Kennedy

Para facilitar el diseño de las prótesis parciales removibles se han propuesto varias clasificaciones. La clasificación de edéntulos parciales más aceptada y conocida es la clasificación de Kennedy (26). Fue propuesto en 1925 por el Dr. Edward Kennedy y se basa en las relaciones entre las sillas o zonas edéntulas y los dientes destinados a recibir los retenedores (26).

Una de las principales ventajas de la clasificación de Kennedy es que nos permite observar la arcada parcialmente desdentada de forma instantánea y diferenciar fácilmente las prótesis dentosoportadas de las dentomucosoportadas (25). La cual nos facilita la planificación y el diseño para la posterior rehabilitación protésica a los pacientes desdentados. La clasificación de Kennedy consiste en categorizar las arcadas parcialmente edéntulas de manera que permita sugerir o guiar el diseño de una prótesis parcial para una situación determinada. Definió 4 clases principales y a las zonas desdentadas que no sean las que determinen las clases las designó como espacios modificadores o modificaciones (26).

A. Clase I de Kennedy

Es el grupo en el que las zonas desdentadas son bilaterales y quedan posterior a los dientes de anclaje remanentes naturales. En la prótesis parcial removible de clase I, los dientes pilares están situados por delante de las áreas edéntulas (23).

Las regiones edéntulas que son bilaterales y están situadas posteriormente a los dientes naturales de anclaje restantes. En el caso de una prótesis parcial removible de clase I los dientes pilares se colocan delante de las regiones edéntulas (26). La prótesis que tendrá soporte dentomucoso, es decir, que estará apoyado tanto en los dientes como en la mucosa. (27).



Figura N°1. Clase I – Maxilar Inferior Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L 2021(28) citado por (29).

1 Esta clase I puede subdividirse según el número de espacios libres, en modificación 1, 2, 3 o 4.



Figura N°2. Clase I modificación 1 – Maxilar Superior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L 2021 (29)



Figura N°3. Clase I modificación 2 – Maxilar Inferior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L 2021 (29).

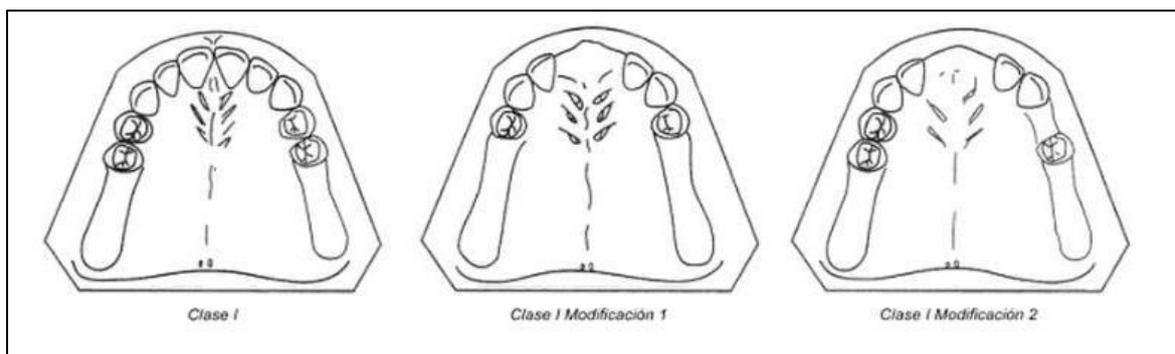


Figura N°4. Clase I; Clase I modificación 1; Clase I modificación 2

Fuente: Rendón R. Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. Atlas de Diseño. Edición. México: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2006. p. 5 (30).

B. Clase II de Kennedy

Se caracteriza por una única zona edéntula posterior, es decir, un extremo libre unilateral con ausencia parcial o total de premolares y molares. Además, tiene cuatro posibles modificaciones (23).

En el caso de las prótesis parciales removibles de clase II, se encuentra una base de extensión distal en un lado. Los dientes y los tejidos blandos ofrecen soporte, por lo que se trata de un soporte dentomucoso (26)



Figura N°5. Clase II – Maxilar Inferior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L 2021 (29)

Esta clase II también puede subdividirse según el número de espacios libres, en modificación 1, 2, 3 o 4.



Figura N°6. Clase II modificación 1 – Maxilar Inferior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L

2021 (29)



Figura N°7. Clase II modificación 2 – Maxilar Superior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L

2021 (29)

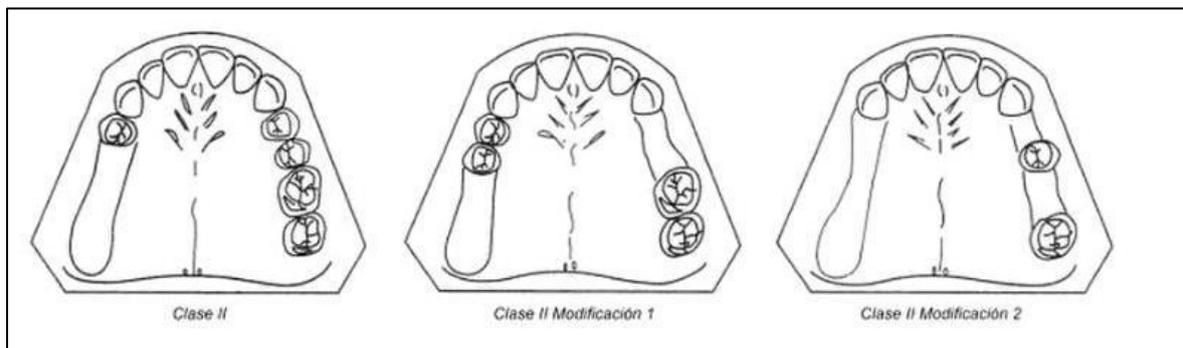


Figura N°8. Clase II; Clase II modificación 1; Clase II modificación 2

Fuente: Rendón R. Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. Atlas de
Diseño. Edición. México: Editorial
Médica Panamericana, S.A; 2006. p. 5 (29)

C) Clase III de Kennedy

Presenta una zona desdentada unilateral posterior con dientes remanentes anteriores y posterior a ella. La cual también presenta cuatro posibles modificaciones.

La prótesis parcial removible de clase III están soportadas principalmente por los dientes naturales por lo tanto será dentosoportado (26)



Figura N°9. Clase III –Maxilar Inferior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L
2021 (29)

Esta clase III también puede subdividirse según el número de espacios libres, en modificación 1, 2, 3 o 4.



Figura N°10. Clase III –modificación 1- Maxilar Inferior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L
2021 (29)

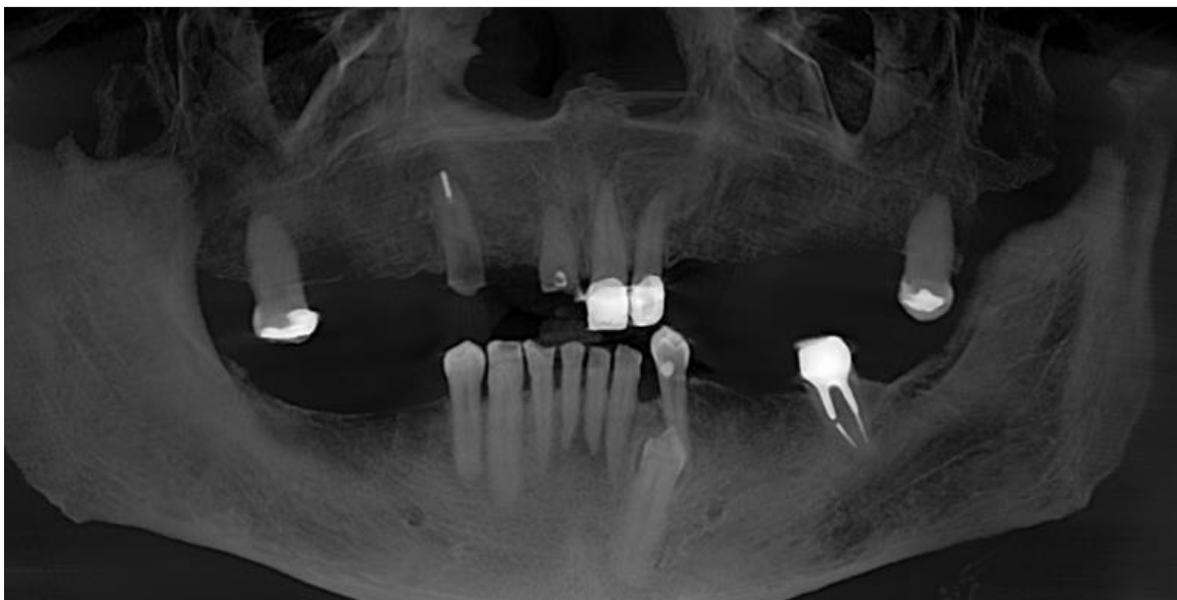
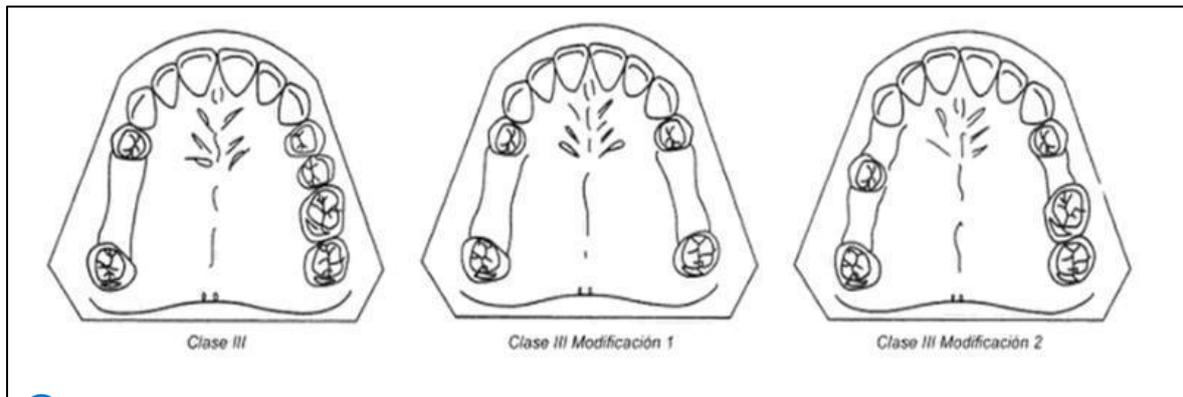


Figura N°11. Clase III –Modificación 2 Maxilar Superior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L

2021 (29)



1 Fuente: Rendón R. Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. Atlas de Diseño. Edición. México: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2006. p. 5 (30)

Modificaciones

La zona de clase se debe identificar con números romanos I, II, III, IV y la zona de modificación con números arábigos 1, 2, 3, 4 (28). Solo las clases I, II, III de Kennedy presentan modificaciones.

-Modificación 1: cuando hay 1 espacio desdentado en el segmento anterior.

-Modificación 2: cuando hay 2 espacios desdentados separados por piezas remanentes.

-Modificación 3: cuando hay 3 espacios desdentados separados por piezas remanentes.

-Modificación 4: cuando hay 4 espacios desdentados separados por piezas remanentes.

D. Clase IV de Kennedy

La región edéntula se encuentra en la sección anterior de la boca y es bilateral, normalmente se extiende de canino a canino. Casi siempre se produce por un traumatismo. No es necesario que falten todos los dientes del grupo anterior (26).

En caso de las prótesis parciales removibles de la clase IV se caracterizan por la colocación de los dientes anteriores, por lo que la estética adquiere gran importancia. El soporte es básicamente mucoso; sin embargo, si es esquelético o metálico, el soporte es dentomucoso.



Figura N°13. Clase IV - Maxilar Superior

Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L. 2021 (29)

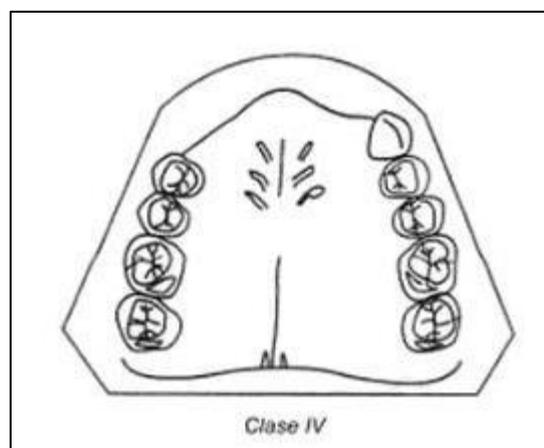


Figura N°14. Clase IV

Fuente: Rendón R. Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. Atlas de Diseño. Edición. México: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2006. p. 5 (30)

Reglas de Applegate

2 Applegate añadió igualmente ocho reglas para que fueran aplicadas a la mencionada clasificación de Kennedy.

Regla 1: Toda clasificación se confeccionará después de efectuar las extracciones.

Regla 2: Si un tercer molar está ausente y por lo tanto no se le reemplaza, no debe ser considerado en la clasificación.

Regla 3: Si un tercer molar está presente y vamos a utilizarlo como pilar debe considerársele en el momento de clasificar el caso.

Regla 4: Si un segundo molar está ausente y no va a ser reemplazado por falta del antagonista no se le considerara en la clasificación.

Regla 5: El área o áreas desdentadas posteriores serán las que determinarán la clasificación.

Regla 6: Las zonas desdentadas distintas de las que determinan la clasificación del caso recibirán el nombre de zonas de modificación y serán designadas por su número (ejem: modificación 2, dos zonas desdentadas).

Regla 7: Solo se considerará el número de zonas desdentadas, no su extensión.

Regla 8: En la clase IV no habrá zonas de modificación. Cualquier zona edéntulo posterior llevara consigo el cambio de clase (31)

Posterior al estado del arte, continúan los enfoques conceptuales:

Edentulismo: es la falta o ausencia de dientes de manera completa o parcial de las piezas dentales (32).

Edentulismo parcial: se conoce como la ausencia de algunas piezas dentales de la cavidad bucal (32).

Edentulismo total: es definido como la falta de todos los dientes (32).

Clasificación de Kennedy: se conoce como la clasificación que permite al clínico identificar y abordar el problema sobre la carencia o ausencia total de las piezas dentales, permitiendo solventar el caso a través del mejor diseño dispuesto para el paciente (32).

Prevalencia: se conoce como la proporción de elementos de un elemento, de un grupo en particular o bien sea una población, los cuales presentan características determinadas (1)

A continuación, se presenta la formulación del problema: ¿Cuál es la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023?

En relación al por qué y para qué de la investigación, es decir, la justificación, se puede decir que es importante en varios ámbitos:

Justificación teórica: realizando la investigación de manera exhaustiva se pudo encontrar diversas fuentes de información que sirven como fundamento a la presente investigación, se habla de las teorías y de sus conclusiones, las cuales sirven como base para argumentar lo que se trata de estudiar en relación al edentulismo y la clasificación de Kennedy que es la que se utiliza como modelo para conocer el problema y posteriormente proponer la solución de mismo y es que, de acuerdo con Edward Kennedy su clasificación, de 1925, ha tenido como propósito la topografía, o sea, que se fundamenta en la analogía que guardan las brechas edéntulas respecto a las piezas dentales remanentes (31)

Justificación metodológica: El estudio no se limita a un caso en particular, sino a varios casos que se determinaron por sus características similares, para lo que se hizo necesario utilizar las fichas de los años 2022 y 2023, a fin de poder caracterizar e identificar la problemática para poder posteriormente hacer uso de un instrumento (cuestionario), el cual se validará por juicio de expertos para medir las variables en estudio.

Justificación práctica: la importancia práctica de la presente investigación servirá para identificar los diversos casos de edentulismo de pacientes que acuden a la clínica odontológica de la universidad y son rehabilitados por los alumnos de la clínica estomatológica del adulto.

Se presentan los objetivos:

6 El objetivo general será determinar la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023

Asimismo, los objetivos específicos son:

1. Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según edad.
2. Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el género.
3. Establecer la frecuencia de edentulismo según los maxilares (maxilar superior o inferior) en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023

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

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

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación.

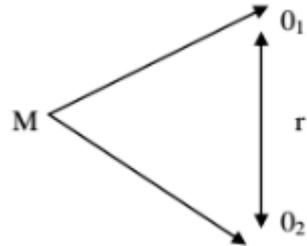
Este tipo de investigación se orienta a alcanzar nuevos conocimientos de una manera sistemática, con el fin de aumentar ese conocimiento que ya se tiene de ciertas realidades. (33).

En relación al diseño del presente estudio, es importante destacar que se trata de un diseño no experimental, por cuanto no se manipularan las variables objeto de estudio y tampoco las unidades de estudio; asimismo

El diseño metodológico es no experimental porque no se realizará la manipulación de la muestra por parte de los investigadores de las variables ni unidades de

estudio; y su alcance es correlacional, ya que, se conoce la asociación que existe entre las variables (33).

A continuación, se representa el diseño en el siguiente esquema:



Dónde:

M: Pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo

O1: Edentulismo Parcial

O2: Clasificación de Kennedy

r: Relación entre las dos variables

2.2. Operacionalización de variables ¹²

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Edentulismo Parcial	El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. (7)	Se trata del estado dentario de la persona cuando faltan piezas dentales de forma parcial o en su totalidad.	Prevalencia del edentulismo	Edad Género Grupo dentario	Ordinal Nominal Nominal
Clasificación de Kennedy ¹	Consiste en categorizar las arcadas parcialmente edéntulas de manera que permita sugerir o guiar el diseño de una prótesis parcial para una situación determinada (26)	Es la clasificación que permite identificar cuál es el mejor diseño para mejorar la cavidad bucal.	Categorizar las arcadas parciales	Clase I: Desdentado Bilateral Posterior Clase II: Desdentado Unilateral Posterior Clase III: Desdentado Unilateral con Pilar Posterior Clase IV: Desdentado	Nominal

				do Bilateral Anterior Clase V: Desdentado	
--	--	--	--	-------------------------------------------------------	--

2.3. Población, muestra y muestreo

6 Prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023

Población

En el presente estudio, la población estará compuesta por los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023 que fueron 110 pacientes.

Muestra

Se determina la muestra a través de la fórmula para población finita, es decir, que se conoce el tamaño a investigar.

La fórmula se representa de la manera siguiente:

$$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2 + \left(\frac{z^2 (p \cdot q)}{N}\right)}$$

Dónde:

n = representa el tamaño de lo que se desea calcular

N = Total de la población=110

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

p = representa el margen de error máximo (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

e = Precisión (error máximo admisible en términos de proporción 0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{1,96^2 * 2(0,5 * 0,5)}{0,05 * 2 + \frac{1,96^2(0,5 * 0,5)}{110}} = 86$$

En ese sentido, la muestra se conforma por 86 pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes edéntulos
- Pacientes en edades comprendidas entre 25 a 75 años

Criterios de exclusión:

- Pacientes con menos de 25 años
- Pacientes con otras patologías

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se utilizará en el presente estudio una ficha de recolección de datos o información.

2.5. Procedimiento

- Lo primero que se debe hacer es solicitar una carta de presentación director encargado de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Roosevelt a fin de poder dar inicio a la investigación.
- Se rellenará cada ficha con los datos necesarios para recolectar la información requerida.

2.6. Método de análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento y la recolección de los datos, será preciso conformar una base de datos en Excel que se trasladará al software estadístico SPSS Vs. 25. Desde allí se tomará la información necesaria en cuanto a tablas de porcentajes y frecuencias que se requieren para hacer la descripción de las mismas.

4 2.7. Aspectos éticos

El presente estudio debe ser calificado y aprobado por el Comité de ética de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt de acuerdo al cumplimiento de la normativa vigente y los lineamientos como estándares establecidos por la misma.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

ACTIVIDADES	Abril	Mayo	Junio	Julio
Elaboración del Proyecto	X			
Consolidación del Estado del Arte	X			
Aprobación del Proyecto	X	X		
Recolección de datos		X		
Procesamiento e interpretación de datos		X		
Elaboración del Informe de tesis			X	
Presentación del Informe final de tesis			X	
Revisión de Tesis por Jurados				X
Sustentación de la Tesis				X

PRESUPUESTO DEL PROYECTO

RECURSOS	ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO S/.	TOTAL S/.
Disponibles	Personal	Honorarios de investigadores	2	1200	2400.00

	Materiales	Estadista	1	700	700.00
		Computador Paquete de Office	1	300	300.00
	Servicios	Impresiones	3	150	450.00
		Telefonía	1	180	180.00
		Elaboración y aplicación de los cuestionarios	150	1	150.00
		Uso de medios informáticos	1	60	60.00
		Pasajes/Asignaciones	Varios		200.00
	Imprevistos			300.00	
TOTAL DEL PRESUPUESTO					4740.00

III. RESULTADOS

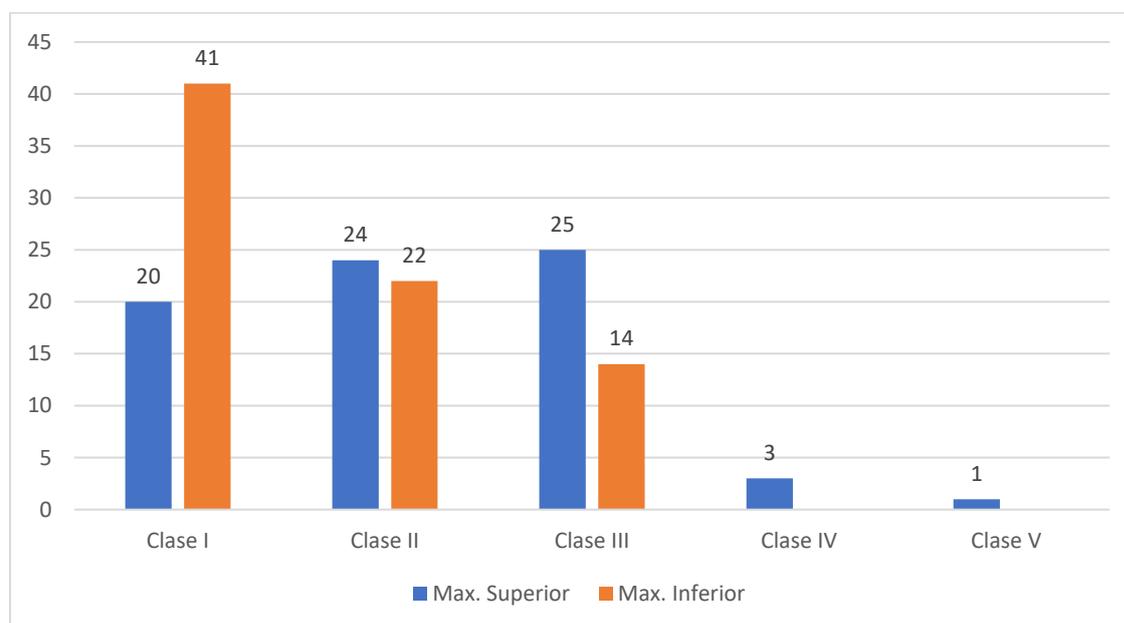
3.1 Prevalencia de edentulismo parcial

Tabla 1. *Clasificación Kennedy de acuerdo a la arcada*

Clasificación Kennedy	Max. Superior	Max. Inferior
Clase I	20 27.4 %	41 53.2 %
Clase II	24 32.9 %	22 28.6 %
Clase III	25 34.2 %	14 18.2 %
Clase IV	3 4.1 %	
Clase V	1 1.4 %	
Total	73 100.0 %	77 100.0 %

Nota. Elaboración propia

Gráfico 1. Clasificación Kennedy de acuerdo a la arcada



Nota. Elaboración propia

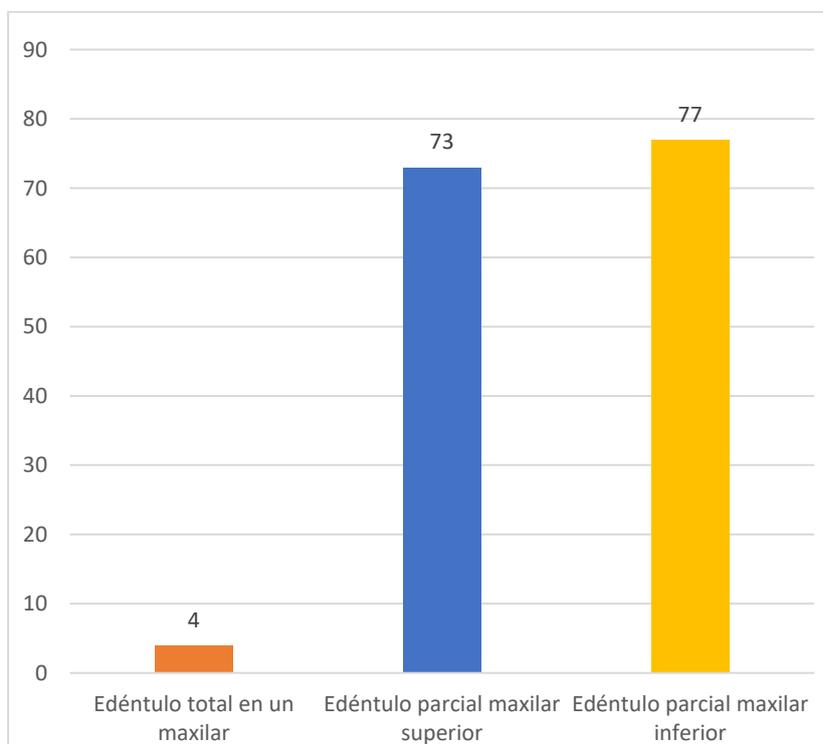
En la tabla 1 y gráfico 1, se muestra la clasificación Kennedy de los pacientes con edentulismo parcial, destacándose la prevalencia de la clase I en el maxilar inferior con el 53.2% (41 personas), seguido de la clase III con el 34.2% (25 personas); entre otros resultados resaltantes se tiene para el maxilar superior la clase II con el 32.9% (24 personas), clase I con el 27.4% (20 personas), clase IV con el 4.1% (3 personas) y clase V con el 1.4% (1 persona); de igual forma para el maxilar inferior se tiene la clase II con el 28.6% (22 personas), clase III con el 18.2% (14 personas), no se presentaron casos de clase IV ni V.

Tabla 2. Ubicación del edentulismo

Ubicación	Frecuencias	Porcentaje
Edéntulo total en un maxilar	4	4.8%
Edéntulo parcial maxilar superior	73	86.9%
Edéntulo parcial maxilar inferior	77	91.7%

Nota. Elaboración propia

Gráfico 2. Ubicación del edentulismo



Nota. Elaboración propia

En la tabla 2 y gráfico 2, se determina la ubicación del edentulismo de los pacientes bajo estudio de una muestra total de 84 personas, se halló edentulismo parcial en el maxilar superior con un 86.9% (73 personas); edentulismo parcial en el maxilar inferior con un 91.7% (77 personas); así mismo, se halló edentulismo total en un 4.8% (4 personas).

3.2 Edentulismo parcial según variables sociodemográficas

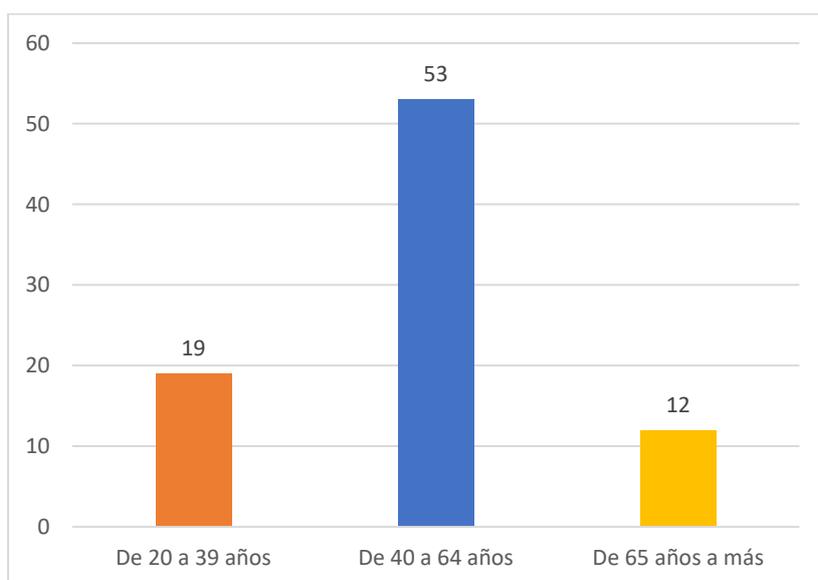
Tabla 3. Edad

Edad	Frecuencias	Porcentaje
De 20 a 39 años	19	22.6 %

De 40 a 64 años	53	63.1 %
De 65 años a más	12	14.3 %
Total	84	100.0 %

Nota. Elaboración propia

Gráfico 3. *Edad*



Nota. Elaboración propia

Respecto a las variables sociodemográficas de los pacientes comprendidos en el estudio, se tiene la edad, con una media de 49.2 años y desviación estándar de 13.1 años, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 78 años. Con fines del estudio, se trabajó con 3 intervalos, tal y como se muestra en la tabla 3 y gráfico 3, siendo predominante el grupo etario de 40 a 64 años con el 63.1% (53 personas), seguido de los pacientes de 20 a 39 años con el 22.6% (19 personas) y los mayores de 65 años con el 14.3% (12 personas).

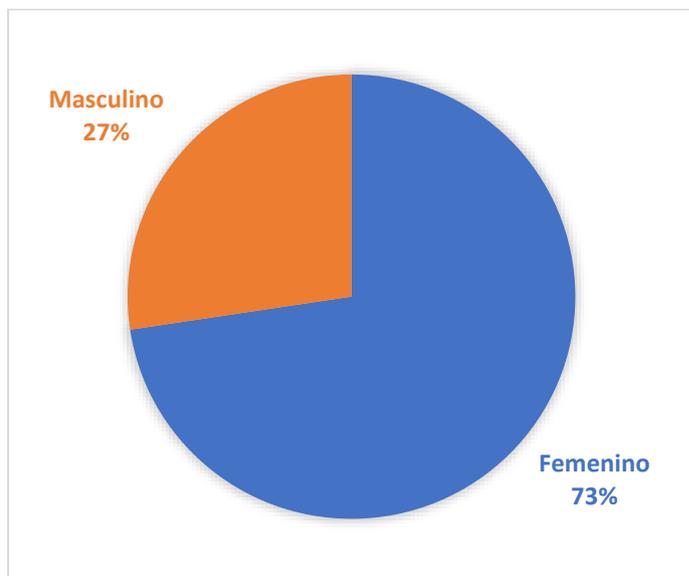
Tabla 4. *Sexo*

Sexo	Frecuencias	Porcentaje	% Acumulado
------	-------------	------------	-------------

Femenino	61	72.6 %	72.6 %
Masculino	23	27.4 %	100.0 %

Nota. Elaboración propia

Gráfico 4. Sexo



Nota. Elaboración propia

Respecto al sexo, la tabla 4 y gráfico 4, muestran la predominancia del sexo femenino con el 72.6% y masculino con el 27.4%.

Tabla 5. Clasificación Kennedy según la edad

Edad	Clasificación	Max. Superior		Max. Inferior	
		Max.	%	Max.	%
De 20 a 39 años	Clase I	4	5.5 %	4	5.2 %
	Clase II	4	5.5 %	5	6.5 %
	Clase III	5	6.8 %	7	9.1 %
	Clase IV	1	1.4 %	0	0.0 %
	Clase V	0	0.0 %	0	0.0 %
De 40 a 64 años	Clase I	14	19.2%	30	39.0 %
	Clase II	16	21.9%	13	16.9 %
	Clase III	18	24.7%	7	9.1 %
	Clase IV	2	2.7%	0	0.0 %

De 65 años a más	Clase V	1	1.4%	0	0.0%
	Clase I	2	2.7%	7	9.1%
	Clase II	4	5.5%	4	5.2%
	Clase III	2	2.7%	0	0.0%
	Clase IV	0	0.0%	0	0.0%
	Clase V	0	0.0%	0	0.0%
Total		73	100.0%	77	100.0%

Nota. Elaboración propia

La tabla 5, muestra el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación Kennedy según la edad de los pacientes, en el rango de 20 a 39 años la clase predominante fue la III tanto en el maxilar superior como inferior con el 6.8% y 9.1% respectivamente. En el rango de 40 a 64 años, respecto al maxilar superior la mayoría de pacientes presentaron clase II con el 24.7%, mientras que en el maxilar inferior la clase I se presenta con el 39% (la mayor a nivel general); es necesario especificar que en este intervalo se halla el único paciente con clase V en el maxilar superior. Finalmente, en el rango de 65 años a más, la clase II predominó en ambas arcadas, con el 5.5% y 5.2% respectivamente.

Tabla 6. *Clasificación Kennedy según el sexo*

Sexo	Clasificación	Max. Superior	Max. Inferior
Femenino	Clase I	16 21.9%	29 37.7%
	Clase II	20 27.4%	18 23.4%
	Clase III	15 20.5%	11 14.3%
	Clase IV	2 2.7%	0 0.0%
	Clase V	0 0.0%	0 0.0%
Masculino	Clase I	4 5.5%	12 15.6%
	Clase II	4 5.5%	4 5.2%
	Clase III	10 13.7%	3 3.9%
	Clase IV	1 1.4%	0 0.0%
	Clase V	1 1.4%	0 0.0%
Total		73 100.0%	77 100.0%

Nota. Elaboración propia

La tabla 6, muestra el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación Kennedy según sexo de los pacientes. En el caso del sexo femenino, la clase II fue predominante para el maxilar superior con el 27.4%, mientras que la clase I fue predominante en el maxilar inferior con el 37.7% de los pacientes. Para los del sexo masculino, la mayoría se halló en la clase III con el 13.7% para el maxilar superior, mientras que el maxilar inferior fue la clase I la predominante con el 15.6%; además el único paciente de nivel V corresponde a este sexo.

IV. DISCUSIÓN

Se determinó edentulismo parcial en el maxilar superior con un 86.9%; edentulismo parcial en el maxilar inferior con un 91.7%; y edentulismo total en un 4.8%. Coincidiendo con Escudero, E. y otros (4) quienes hallaron una prevalencia del 66.8% al edentulismo parcial, además de Tinoco, O. (36) con un 75% de prevalencia, Vargas, E. (37) con un 62% ; sin embargo se discrepa con Cruz, J. (34) quien solo halló un 12,41% de edentulismo parcial. Respecto a la presencia de edentulismo en ambas arcadas se discrepa con Vargas, E. (37) quien halló solo un 36.9%.

Acerca de la clasificación Kennedy, en el maxilar superior prevalece la clase III con el 34.2%, seguido de la clase II con el 32.9%, clase I con el 27.4%, clase IV con el 4.1% y clase V con el 1.4 %. En el maxilar inferior prevalece la clase I con el 53.2%, seguido de la clase II con el 28.6%, clase III con el 18.2%, no se presentaron casos de clase IV ni V. Se coincide parcialmente con Santellan. K (6), quien halló predominancia de la clase I en el maxilar inferior, al igual que Inga. E (1), Díaz. C, Sánchez. Y (35), Tinoco, O. (36), Yupanqui. P (2), Vargas, E. (37), Maxe, A. (38), Apaza, A. (40), Huamanciza. E (3) y Apaza, A. (40) quienes hallaron prevalencia mayoritaria de la clase III en el maxilar superior. Es necesario especificar que todos los autores con los que se coincide respecto a la predominancia de la clase III en el maxilar superior, también determinaron la misma predominancia en el maxilar inferior, por lo tanto, es una coincidencia parcial.

Respecto a las variables sociodemográficas de los pacientes comprendidos en el estudio, el sexo predominantemente fue el femenino con el 72.6% y masculino con el 27.4%. La edad media es de 49.2 años y desviación estándar de 13.1 años, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 78 años. Coincidiendo con Escudero, E y otros (4) y Santellan, K. (6) respecto al sexo, mientras que en el estudio de Zapata, R. (5) y Tinoco, O. (36) predominó el sexo masculino. Discrepando con Inga, E (1) quien halló una edad media de 43 años, mientras que Zapata, R. (5) halló una media de 59 años.

Con fines del estudio, se trabajó con 3 intervalos, siendo predominante el grupo etario de 40 a 64 años con el 63.1%, de 20 a 39 años con el 22.6% y los mayores de 65 años con el 14.3%. Coincidiendo con Santellan, K. (6) quien determinó al grupo de 45 a 49 años en su mayoría, al igual que Tinoco, O. (36). Discrepando con Escudero, E y otros (4) quien halló al grupo de 15 a 24 años como predominante.

A su vez, se determinó el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación Kennedy según la edad de los pacientes, en el rango de 20 a 39 años la clase predominante fue la III tanto en el maxilar superior como inferior con el 6.8% y 9.1% respectivamente. En el rango de 40 a 64 años, respecto al maxilar superior la mayoría de pacientes presentaron clase II con el 24.7%, mientras que en el maxilar inferior la clase I se presenta con el 39%; es necesario especificar que en este intervalo se halla el único paciente con clase V en el maxilar superior. Finalmente, en el rango de 65 años a más, la clase II predominó en ambas arcadas, con el 5.5% y 5.2% respectivamente. Coincidiendo con Vilca, L. (39) quien halló edentulismo parcial en mayor frecuencia entre los 40 a 49 años con un 37.1%; sin embargo, se discrepa con Apaza, A. (40) quien halla predominancia en el grupo etario de mayores de 60 años de clase II y II para los maxilares superior e inferior respectivamente. Se discrepa con Cortez & Olguin (41) quienes hallaron que todos sus grupos etarios de 18-29 años, 30-59 años y de 60 años a más la clase predominante es la clase III.

También se halló, el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación Kennedy según sexo de los pacientes. En el caso del sexo femenino, la clase II fue predominante para el maxilar superior con el 27.4%, mientras que la clase I fue predominante en el maxilar inferior con el 37.7% de los pacientes. Para los del sexo masculino, la mayoría se halló en la clase III con el 13.7% para el maxilar superior, mientras que el maxilar inferior fue la clase I la predominante con el 15.6%; además el único paciente de nivel V corresponde a este sexo. Coincidiendo con Maxe, A. (38) respecto a los varones, a pesar que en mujeres halló una predominancia de la clase III; resultados similares a los evidenciados por Vilca, L. (39) y Cortez & Olguin (41) se coincide en varones y discrepa en mujeres. Discrepando con Zapata-May,

R y otros (5) quien hallo prevalencia en varones de la clase II, mientras que en mujeres fue la clase III.

V. CONCLUSIONES

1. Se determinó la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023, siendo esta de clase I con el 53.2% para el maxilar inferior, y de clase III con el 34.2% para el maxilar superior.
2. Se identificó la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según edad, clase III para los pacientes entre los 20 a 39 años, en el rango de 40 a 64 años la clase II y clase I en los maxilares superior e inferior respectivamente, para los mayores de 64 años clase II.
3. Se identificó la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el sexo de los pacientes, para el femenino, la clase II y clase I en los maxilares superior e inferior respectivamente; mientras que para los masculinos estuvieron en la clase III y clase I para los maxilares superior e inferior respectivamente.
4. Se identificó que el grupo dentario que más se pierde en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023, fue el maxilar inferior con una presencia del 91.7% del total de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Inga Ortiz EJ. Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la Escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017-2018. Univ Cont [Internet]. 2019 [citado 22 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/6381>
2. Díaz Calderón CR, Yupanqui Tejero PA. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes adultos de la clínica estomatológica de una universidad privada, Piura 2018-2019. Repos Inst - UCV [Internet]. 2020 [citado 23 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61440>
3. Huamanciza-Torres EE, Chávez-Rimache L, Chacón-Uscamaita PR, Ayala de la Vega G, Huamanciza-Torres EE, Chávez-Rimache L, et al. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Rev Habanera Cienc Médicas. abril de 2019;18(2):281-97.
4. Escudero E, Muñoz Rentería MV, De La Cruz Claire M luisa, Aprili Justiniano L, Valda Mobarec EY. PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL Y TOTAL, SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE 15 A 85 AÑOS DE SUCRE. 2019. Rev Cienc Technol E Innov. junio de 2020;18(21):161-90.
5. ZAPATA-MAY, Rafael†, ROSADO-VILA, Graciella, OROZCO-RODRIGUEZ, Rubén and VIDALPAREDES, Jorge. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Campeche 2022. ECORFAN J-Ecuad. 2022;9(16):1-14.
6. Santellan Sanchim KP. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en las parroquias rurales de Cuenca, 2019. Univ Católica Cuenca [Internet]. 2021 [citado 24 de abril de 2023]; Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13509>
7. 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]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
8. Al-Rafee M. The epidemiology of edentulism and the Associated factors: A literature Review. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(1841). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7346915/>
 9. Martínez LF, Ferrairó SF. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. Editex; 2021. 257 p.
 10. García C. Edentulismo: La pérdida de dientes no solo en ancianos [Internet]. Clínica Dental Salvador García; 2019. Disponible en: <https://www.clinicadentalsalvadorgarcia.com/blog/edentulismo-la-perdida-dientes/>
 11. Montandon A, Zuza E, de Toledo B. Prevalence and Reasons for Tooth Loss in a Sample from a Dental Clinic in Brazil. *Int J Dent* [Internet]. 2012;1(5). Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2012/719750/>
 12. González Á, González Nieto B, González E. Dental health: relationship between dental caries and food consumption. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013;64(71). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112013001000008&lng=es
 13. Proveda A. Prevalencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en Hospital: Jacobo & María Ratinoff [Internet]. [Ecuador]: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6314>
 14. Organization WH. Oral Health Surveys Basic Methods. 5ta ed. Francia: Who, editor; 2013.
 15. Gómez A, Montero M. Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. *Fac Odontol UCR*. 2011;13(1):36-41.

16. Cobacango D. Edentulismo parcial y total en pacientes que acudieron al Centro de Salud Tipo C Tabacundo durante los períodos 2014 - 2018 [Tesis]. [Quito, Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2019.
17. Bassi F., Previgliano V., Schierano G. Rehabilitación de prótesis parcial removible. 1era ed. Torino, Itali: Amolca, (Actualidades Medico 71 Odontológicas Latinoamericanas; 2011.
18. Fernández M, Rodríguez SA, Vila MD, et al. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Revista Cubana de Estomatología. 2013;49(2):153-61.
19. Mallqui, L y Hernández, J. Traumatismos dentales en dentición permanente. Revista Estomatológica Herediana. 2014;22(1):42.49.
20. González E, Aguilar M.,Guisado R., Tristán J.M., García P., Álvarez J. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. Rev Clin Med Fam. 2021;2(6):301-4.
21. Dentai. Xerostomía Boca seca [Internet]. 2021. (Dentai Expertos en Salud). Disponible en: <https://www.dentaid.co/salud-bucal/xerostomia>
22. De Luca F, Roselló X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. Avances en Odontoestomatología [Internet]. 2014;30(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300004&lng=es
23. Apaza Bellido AL. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas en pacientes del centro de diagnóstico radiológico maxilofacial 3D S.R.L. Arequipa 2021 [Tesis]. [Arequipa, Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2022.
24. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre «Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente». En Odontoestomatol; 2007. p. 119.
25. Carr-Alan, P.McGivney-Glen, T. Brown-David, Mccracken. Protesis Parcial Removable [Internet]. 11.^a ed. España: Elsevier Health Sciences; Disponible en:

<https://books.google.co.cr/books?id=Fb49tf9H1fkC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>

26. Studylib. Clasificación de Kennedy [Internet]. Página web; 2023. Disponible en: <https://studylib.es/doc/85908/clasificaci%c3%b3n-de-kennedy>
27. Mallat E. Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras. 3era ed. Madrid, España: Editorial Elsevier; 2004.
28. Delgado D, Ezna A, Escobar J. Arcos parcialmente edéntulos en pacientes con requerimientos protésicos en una muestra poblacional en Santiago de Cali entre los años 2008-2014. Revista Gastrohnp. 2015;17(2):81-6.
29. Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L. Software. Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D; 2021.
30. Rendón R. Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales. Editorial Médica Panamericana. México: Editorial Médica Panamericana, S.A; 2006.
31. Turpo C. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica odontológica docente asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, Tacna-2017 [Internet]. [Tacna, Perú]: Universidad Latinoamericana Cima; 2019. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/http://190.223.60.6/bitstream/handle/ULC/134/T134_44695607_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Ramírez Magallanes CJ. Prevalencia del edentulismo parcial y total de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Mayor de San Marcos; 2022.
33. Álvarez A. Clasificación de las Investigaciones [Internet]. Lima, Perú: Universidad de Lima; 2020 p. 5. Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10818>
34. Cruz J. Frecuencia de edentulismo total y parcial registradas en historias clínicas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa

2019. Arequipa: Universidad Católica de Santa María: [Tesis de pregrado] 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/11589/64.3112.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

35. Sánchez Y. Calidad de vida asociada al edentulismo según clasificación de Kennedy en pacientes de una universidad privada, Huancayo 2019. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes: [Tesis de pregrado] 2020. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1619/TESIS%20FINAL%20SANCHEZ%20VILLANUEVA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

36. Tinoco O. Prevalencia del edentulismo parcial y necesidad protésica en adultos de 18 a 65 años del Centro Poblado de Cayrán, San Francisco de Cayrán, Huánuco – 2018. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán: [Tesis pregrado] 2019. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/4529/TO0105T57.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

37. Vargas E. Prevalencia de edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en reclusos del Instituto Nacional Penitenciario Varones Iquitos – 2022. San Juan Bautista: Universidad Científica del Perú: [Tesis de pregrado] 2023. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/2471/EDSON%20VARGAS%20SABOYA%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

38. Maxe A. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Señor de Sipán durante marzo 2015 – marzo 2016. Pimentel: Universidad Señor de Sipán: [Tesis de pregrado] 2016. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/134/INFORME%20ODE%20TESIS%20MAXE%202013%20-05%20-%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

39. Vilca L. Relación entre el tipo de edentulismo parcial y el grado de disfunción temporomandibular en pacientes que acuden a la clínica odontológica de la universidad Norbert Wiener en el año 2016. Lima: Universidad Norbert Wiener: [Tesis de pregrado]; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/2785/TESIS%20Vilca%20Lizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

40. Apaza A. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas en pacientes del centro de diagnóstico radiológico maxilofacial 3D S.R.L. Arequipa 2021. Arequipa: Universidad Católica de Santa María: [Tesis de pregrado] 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/11729/64.3125.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

41. Cortez C, Olguin K. Frecuencia de Edentulismo Parcial según Clasificación de Kennedy en Pacientes Adultos que Acuden a un Consultorio Odontológico, Rioja 2022. Piura: Universidad César Vallejo: [Tesis de pregrado] 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/112217/Cortez_CC-Olguin_RKG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

ANEXOS

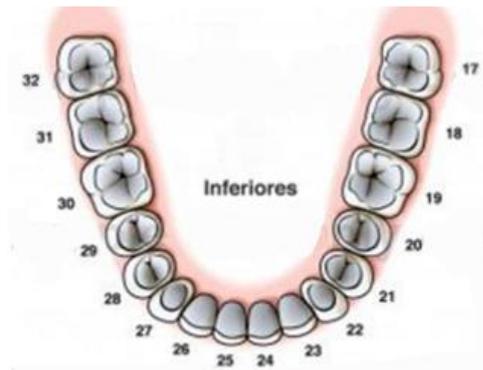
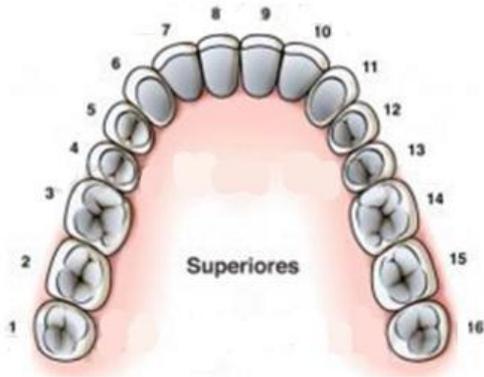
Anexo N° 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GÉNERO: _____ EDAD: _____ DNI: _____

NOMBRE DEL OPERADOR: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

OCLUSOGRAMA:



CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

MAXILAR	CLASIFICACIÓN	MODIFICACIÓN
Superior	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	
Inferior	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	

EXCLUYENTES

EDENTULO TOTAL	SUPERIOR	INFERIOR
DENTADO	SUPERIOR	INFERIOR

Anexo N° 2. Matriz de consistencia

Autor (es): Bach. Jhonatan Lazo Ramos

Tema: Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables y dimensiones	Metodología
¿Cuál es la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023?	El objetivo general será determinar la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023	<p>Ha: Siguiendo la clasificación de acuerdo al modelo de Kennedy los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023 con edentulismo parcial podrán recuperar mayor funcionalidad.</p> <p>Ho: Siguiendo la clasificación de acuerdo al modelo de Kennedy los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023 con edentulismo parcial no podrán recuperar mayor funcionalidad.</p>	<p>Variable 1: Edentulismo Parcial</p> <p>Dimensiones: Prevalencia del edentulismo</p> <p>Variable 2: Clasificación de Kennedy</p> <p>Dimensiones: Categorizar las arcadas parciales</p>	<p>Alcance del estudio: Descriptivo – Transversal-Correlacional</p> <p>Método de investigación: Cuantitativa</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental</p> <p>Población: Pacientes que fueron atendidos durante el desarrollo de Clínica Estomatológica del adulto II de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023</p> <p>Muestra: mediante la fórmula</p>
	Objetivos específicos			

	<p>1. Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según edad.</p> <p>2. Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el género.</p> <p>3. Identificar el grupo dentario que más se pierde en los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023.</p>			<p>Técnicas de recopilación de información:</p> <p>- Cuestionario</p> <p>Técnicas de procesamiento y análisis de información:</p> <p>Software SPSS Vs 25</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo N° 3



UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO

SOLICITO: PERMISO PARA EJECUCIÓN DE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACADÉMICA.

Mg. CD. Junior Paredes Ambrosio

Director de la Escuela Académica Profesional de Estomatología

Presente.

Solicito permiso de ingreso a la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo para realizar estudio de Tesis en pacientes atendidos en la clínica estomatológica.

Yo, LAZO RAMOS Jhonatan, bachiller de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo, Escuela Profesional de Estomatología, muy respetuoso me dirijo a Ud. Con la finalidad de solicitar se me conceda la autorización para realizar un trabajo de investigación académica en pacientes atendidos en la clínica estomatológica. Sobre el tema:

Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo durante el periodo 2022 y 2023

Este trabajo de investigación se realizará en el mes setiembre y octubre del año en curso los días y horarios que su despacho así lo crea por conveniente.

Los resultados de la investigación permitirán conocer la prevalencia del edentulismo parcial para así tener conocimiento del porcentaje de piezas dentarias que han perdido y la necesidad de tratamiento que demanden frente al tema para prever soluciones probables.

Agradecido anticipadamente quedo de usted en espera de la autorización solicitada.

Huancayo, 27 de Setiembre del 2023.

Atentamente.

Bach. LAZO RAMOS Jhonatan.

TELEFONO: 923668271

CORREO: jhlazor93@gmail.com

Anexo N° 4

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO FRANKLIN ROOSEVELT.

AUTORIZA

Al Bach. JHONATAN LAZO RAMOS, para la recolección de datos para su investigación titulada: "PREVALENCIA DE EDENTULO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA ESTOMATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD ROOSEVELT HUANCAYO - 2022 Y 2023". Que se desarrollara, con los pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo, durante el mes de setiembre y octubre del año en curso, para lo cual se les brindara las facilidades del caso, previa coordinación con el tutor.

Huancayo, 28 de setiembre del 2023

Atentamente,




MSc. Mónica Rivas PERALTA DE LA PEÑA
DIRECTOR DE EP DE ESTOMATOLOGIA
Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt



Anexo N° 5 RECOLECCION DE DATOS

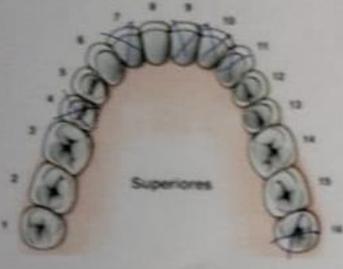
Anexo No. 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GÉNERO: F EDAD: 29 DNI: 98290638

NOMBRE DEL PACIENTE: Yoly Asthmann Herrada

NOMBRE DEL OPERADOR: Rosa Mayra Corchero

OCLUSOGRAMA:




CLASIFICACIÓN KENNEDY:

MAXILAR	CLASIFICACIÓN	MODIFICACIÓN
SUPERIOR	Clase I	
	Clase II	
	<u>Clase III</u>	<u>II</u>
	Clase IV	
	Clase V	
INFERIOR	Clase I	
	Clase II	
	<u>Clase III</u>	<u>I</u>
	Clase IV	
	Clase V	

EXCLUYENTES:

EDENTULO TOTAL	SUPERIOR	INFERIOR
DENTADO	SUPERIOR	INFERIOR

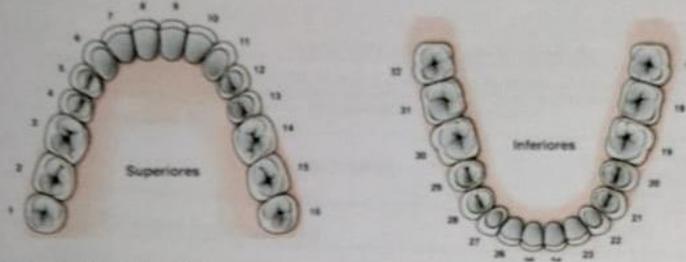
Anexo No. 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GÉNERO: M EDAD: 46 DNI: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: Beto Bonifacio Briceño

NOMBRE DEL OPERADOR: Flor Bonifacio Briceño

OCLUSOGRAMA:



CLASIFICACIÓN KENNEDY:

MAXILAR	CLASIFICACIÓN	MODIFICACIÓN
SUPERIOR	Clase I	
	Clase II	
	<u>Clase III</u>	<u>III</u>
	Clase IV	
	Clase V	
INFERIOR	Clase I	
	Clase II	
	<u>Clase III</u>	
	Clase IV	
	Clase V	

EXCLUYENTES:

EDENTULO TOTAL	SUPERIOR	INFERIOR
DENTADO	SUPERIOR	INFERIOR

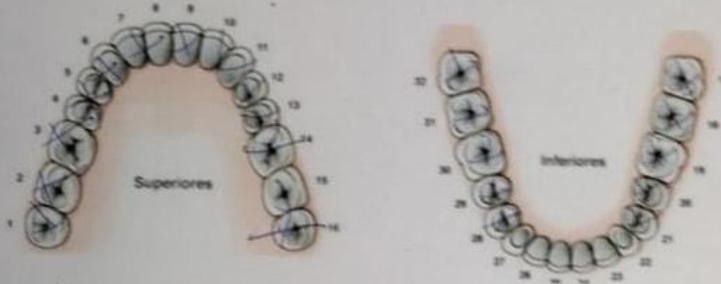
Anexo No. 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GÉNERO: F EDAD: 70 DNI: 19996950

NOMBRE DEL PACIENTE: Luzmila Corbajal Quispe

NOMBRE DEL OPERADOR: Ricardo Pastor Valtierra

OCLUSOGRAMA:



CLASIFICACIÓN KENNEDY:

MAXILAR	CLASIFICACIÓN	MODIFICACIÓN
SUPERIOR	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	
INFERIOR	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	

EXCLUYENTES:

EDENTULO TOTAL	SUPERIOR	INFERIOR
DENTADO	SUPERIOR	INFERIOR

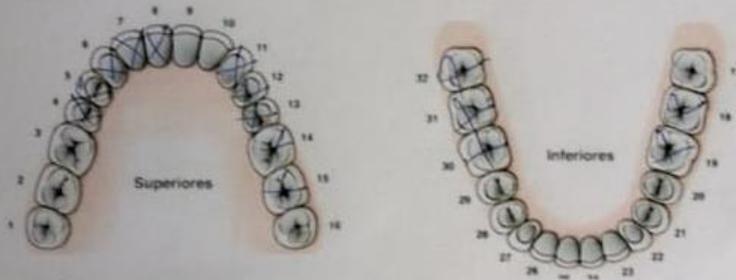
Anexo No. 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GÉNERO: F EDAD: 43 DNI: 44071119

NOMBRE DEL PACIENTE: Mora Castro Yaneth

NOMBRE DEL OPERADOR: Evelin Ordóñez

OCLUSOGRAMA:



CLASIFICACIÓN KENNEDY:

MAXILAR	CLASIFICACIÓN	MODIFICACIÓN
SUPERIOR	Clase I	
	Clase II	
	<u>Clase III</u>	<u>5</u>
	Clase IV	
	Clase V	
INFERIOR	Clase I	
	<u>Clase II</u>	<u>15</u>
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	

EXCLUYENTES:

EDENTULO TOTAL	SUPERIOR	INFERIOR
DENTADO	SUPERIOR	INFERIOR

Anexo N° 6. FOTOGRAFIAS





















● 22% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 22% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	tesis.ucsm.edu.pe Internet	10%
2	repositorio.ulc.edu.pe Internet	2%
3	ecorfan.org Internet	2%
4	repositorio.uoosevelt.edu.pe Internet	1%
5	repositorio.uap.edu.pe Internet	1%
6	docplayer.es Internet	1%
7	dspace.ucacue.edu.ec Internet	1%
8	revistacientificauod.files.wordpress.com Internet	<1%
9	repositorio.continental.edu.pe Internet	<1%

10	search.bvsalud.org Internet	<1%
11	medigraphic.com Internet	<1%
12	hdl.handle.net Internet	<1%
13	repositorio.unap.edu.pe Internet	<1%

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

BLOQUES DE TEXTO EXCLUIDOS

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO

repositorio.uroosevelt.edu.pe

Por ser mí motivo, mi fuerza y fortalezapara no rendirme y encaminar mispasos ru...

repositorio.untrm.edu.pe

AGRADECIMIENTOA nuestros docentes universitarios, que han guiado nuestros p...

repositorio.uss.edu.pe

I. INTRODUCCIÓN

repositorio.uroosevelt.edu.pe

OCLUSOGRAMA:CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:MAXILAR

repositorio.uss.edu.pe

Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy enpacientes

docplayer.es

Cuál es laprevalencia

docplayer.es

objetivogeneral

docplayer.es

bachiller de la Universidad

repositorio.untrm.edu.pe

Prevalencia de Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes

docplayer.es

Este trabajo de investigación se realizará en el mes

repositorio.untrm.edu.pe