

**NOMBRE DEL TRABAJO:**  
PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ROOSEVELT DE HUANCAYO 2022 - 2023

<b>ASESOR:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Mg. Cd. Salazar Lazo, Javier</li></ul>	<b>AUTORES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Bach. Lazo Ramos, Jhonatan</li></ul>
---	--

**Reporte de similitud**

---

**NOMBRE DEL TRABAJO**  
tesis Prevalencia de Edentulismo de edentulismo segun kennedy (2024).docx

---

<b>RECuento DE PALABRAS</b> <b>9881 Words</b>	<b>RECuento DE CARACTERES</b> <b>54431 Characters</b>
<b>RECuento DE PÁGINAS</b> <b>67 Pages</b>	<b>TAMAÑO DEL ARCHIVO</b> <b>7.6MB</b>
<b>FECHA DE ENTREGA</b> <b>Feb 26, 2024 10:36 AM GMT-5</b>	<b>FECHA DEL INFORME</b> <b>Feb 26, 2024 10:38 AM GMT-5</b>

---

● **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)

---

Resumen



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

**TESIS**

**PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY  
EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA  
UNIVERSIDAD ROOSEVELT DE HUANCAYO 2022 - 2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR:**

Bach. Lazo Ramos, Jhonatan

**ASESOR:**

Mg. Cd. Salazar Lazo, Javier

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Pública y Preventiva en Estomatología

**HUANCAYO - PERÚ**

**2024**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por permitirme estar aquí, con salud y bienestar, por desarrollarme como profesional integral y servir a mi comunidad.

Dedico a mi madre por ser mi 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.

Agradecer a mi madre Casimira, a mi novia, mi familia, y amistades que me aman, me apoyan y son vitales para encaminarme en mi desarrollo profesional.

Jhonatan

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”, por acogerme en su casa de estudios, para convertirme en una profesional de la salud, con principios y valores integrales.

A la Escuela Profesional de Estomatológica dirigido por el Mg. CD. Karina Cintia Barbosa Paucar por estar siempre presto a escuchar las inquietudes de los alumnos y por su empeño constante en ayudarnos a mejorar.

Al Mg. CD. Javier Salazar Lazo, por su acompañamiento, carisma y asesoría. Sus diversos aportes fueron vitales para concluir con este trabajo académico.

**PÁGINA DEL JURADO**

**PRESIDENTE**

Dr. Pariajulca Fernández Israel Robert

**SECRETARIO**

Mg. Buendia Suazo Juan Jesus

**VOCAL**

Mg. Salazar Lazo Javier Esteban

## **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo Lazo Ramos, Jhonatan con D.N.I. Nro. 71330361, acepto cumplir las disposiciones vigentes establecidas en el reglamento de grados y títulos de la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Estomatología, asimismo declaro la presente investigación es original, auténtica y personal.

Del mismo modo, declaro bajo juramento que la información proporcionada y los datos presentados en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponde a la presente tesis.

Huancayo, 29 de Abril del 2023



.....  
**LAZO RAMOS, JHONATAN**  
**DNI N° 71330361**

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
PÁGINA DEL JURADO.....	5
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD .....	6
ÍNDICE .....	7
RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. MÉTODO.....	21
2.1. Tipo y nivel de investigación. ....	21
2.2. Diseño de la investigación.....	21
2.3. Operacionalización de variables .....	22
2.4. Población, muestra y muestreo.....	23
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	24
2.4.1 Técnica:.....	24
2.4.2 Instrumento: .....	24
2.6. Procedimiento .....	24
2.7. Método de análisis de datos.....	24
2.8. Aspectos éticos.....	25
III. RESULTADOS .....	26
IV. DISCUSIÓN.....	31
V. CONCLUSIONES.....	34
VI. RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
ANEXOS.....	42

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Gráfico de barras de la Clasificación Kennedy de acuerdo a la arcada.

Tabla 1. Gráfico de barras de la prevalencia del edentulismo según Ubicación del maxilar.

Tabla 3. Gráfico de edentulismo parcial según variables sociodemográficas según edad.

Tabla 2. Gráfico de barra del edentulismo según Sexo.

Tabla 3. Clasificación Kennedy según la edad y tipo de maxilar

Tabla 4. Clasificación Kennedy según el sexo y tipo de maxilar



## RESUMEN

La presente investigación, tiene por objetivo principal 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. El estudio fue descriptivo de tipo prospectivo. El diseño metodológico es no experimental porque no se realizó la manipulación de la muestra por parte de los investigadores, tampoco de la variable ni unidades de estudio. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia y estuvo conformada por todos los pacientes adultos que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para obtener y realizar la recolección de datos, se realizó una evaluación intraoral a los pacientes seleccionados, utilizando para ello una ficha de recolección de datos. Para el análisis de los datos se recurrió a la estadística descriptiva, estableciendo la distribución de las frecuencias de cada objetivo planteado. Los resultados muestran que se determinó, 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%, Conclusiones: Se determinó que la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy es la de la clase I con el 53.2% para el maxilar inferior, y de clase III con el 34.2% para el maxilar superior. Y respecto a la 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.

**Palabras claves:** edentulismo según clasificación de Kennedy

## ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the prevalence of partial edentulism according to Kennedy's classification, in patients who were treated at the dental clinic of the Franklin Roosevelt University of Huancayo during the period 2022 and 2023. The study was prospective, descriptive. The methodological design is non-experimental because the researchers did not manipulate the sample, nor the variable or study units. The sample was selected through non-probabilistic, convenience sampling and was made up of all adult patients who were treated at the Dental Clinic of Franklin Roosevelt University, who met the inclusion and exclusion criteria. To obtain and collect data, an intraoral evaluation was performed on the selected patients, using a data collection form. To analyze the data, descriptive statistics were used, establishing the distribution of the frequencies of each objective set. Results: It was determined about the Kennedy classification, in the upper jaw class III prevails with 34.2%, followed by class II with 32.9%, class I with 27.4%, class IV with 4.1% and class V with 1.4%. In the lower jaw, class I prevails with 53.2%, followed by class II with 28.6%, class III with 18.2%. Conclusions: It was determined that the prevalence of Partial Edentulism according to Kennedy's classification is that of the class I with 53.2% for the lower jaw, and class III with 34.2% for the upper jaw. And regarding age class III for patients between 20 and 39 years old, in the range of 40 to 64 years old, class II and class I in the upper and lower jaws respectively, and for those over 64 years old, class II.

Keywords: edentulism according to Kennedy classification



## I.INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial es una patología irreversible, que con lleva la perdida 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. 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 nivel socioeconómico del paciente es importante para el acceso a tratamientos conservadores o preventivos esto conlleva a un aumento del índice de prevalencia de edentulismo. 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. 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. (1).

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 (2).

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 (3).

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.

Por lo anterior expuesto, 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.

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 (2019) (1) realizaron un estudio donde el propósito fue determinar 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. El estudio fue transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo y un diseño no experimental,. 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, Yupanqui P (2020) (2) realizaron una investigación que tuvo por objetivo analizar la prevalencia de edentulismo parcial y la necesidad protésica en pacientes adultos de la Clínica Estomatológica de una Universidad Privada, Piura 2018-2019. Fue un estudio de tipo de investigación básica y un diseño no experimental descriptivo, retrospectivo. Para lo cual se realizó una evaluación de 675 muestras. A través del estudio 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 T y cols (2019) (3) realizaron una investigación donde el objetivo fue investigar el: “Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural”. Es un estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes adultos edéntulos. 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 cols (2020) (4) realizaron un estudio que tuvo por objetivo analizar 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. La muestra estuvo conformada por 735 sujetos. 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 %.

Zapata R y cols (2022) (5) realizaron un estudio que 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. Fue un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 sujetos. 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%. Se concluyó que la clase II de Kennedy tuvo mayor prevalencia con un 21%, mientras que, por parte de los pacientes femeninos, fue de 18% en la clase III.

Santellan, K (2021) (6) donde el 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 las bases teóricas que sirven de respaldo a este estudio:

Según, Lopez J. (2009) 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). 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).

Las causas del edentulismo pueden ser diversas y es importante por sobre todo considerar la higiene bucal como una de las principales 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). Entre las principales causas se pueden nombrar en primer lugar a la caries dental, seguido de la enfermedad periodontal, traumatismos, xerostomía entre otras enfermedades. Para prevenir la pérdida de dientes se puede evitar, siempre y cuando el paciente acuda a las consultas odontológicas para un tratamiento preventivo y/o correctivo en su defecto (10)(11)

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).

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).

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).

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.”

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.

Clasificación de Kennedy: 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). 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 o modificaciones (26).

- 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).
- 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).

- 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. (26)
- 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).

Reglas de 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?

Los problemas específicos se detallan a continuación:

¿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, según la edad?

¿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, según el género?

¿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, según la ubicación de los maxilares?

Respecto a la justificación de nuestra investigación, tiene:

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.

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 fue validado 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.

También, se hace referencia al objetivo general de la investigación, el cual es:

Identificar 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.

Los objetivos específicos se describen a continuación:

Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según edad.

Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el género.

Identificar la clasificación del edentulismo parcial según la ubicación de los maxilares (maxilar superior o inferior)

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 y ubicación de maxilar.

## II.MÉTODO

### 2.1. Tipo y nivel de investigación.

-Tipo de Investigación: Observacional

-Nivel de Investigación: Descriptivo

Este tipo de investigación básica descriptiva, se orienta a alcanzar nuevos conocimientos de una manera sistemática, según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue de tipo transversal y según la planificación de la toma de datos fue de tipo prospectivo. (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.

### 2.2. Diseño de la investigación.

Esta investigación es de diseño descriptivo: Diseño Descriptivo Simple

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



Dónde:

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

O: Edentulismo Parcial

### 2.3. Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
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)	Ausencia de una o más piezas dentarias, pero no de todas.	Clasificación de Kennedy	Clase I Clase II Clase III Clase IV Clase V	Nominal
<b>Covariables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>
Edad	Tiempo de vida de la persona.	Edad cronológica en años.	Grupos de edad	20-39 40-64 65 a mas	Ordinal
Sexo	Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre y mujer basado en sus cromosomas sexuales.	Es una variable dicotómica es decir que puede tomar dos valores hombre o mujer.	Genero	Masculino Femenino	Nominal
Ubicación según el maxilar	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)	Edentulo parcial bimaxilar o uni maxilar.	Maxilar Mandibular	Superior Inferior	Nominal

## **2.4. Población, muestra y muestreo**

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

### **2.4.1 Población:**

En el presente estudio, la población estuvo compuesta por los pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo en el componente curricular de la clínica estomatológica del adulto II durante el periodo 2022 y 2023 que fueron 110 pacientes.

### **2.4.2 Tipo de muestreo:**

**No Probabilística.** La muestra fue elegida de manera intencionada, por conveniencia.

**Tamaño de la muestra:** La muestra estuvo conformada por 84 pacientes adultos edentulos parciales que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo en el componente curricular de la clínica estomatológica del adulto II durante el periodo 2022 y 2023, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes edéntulos parciales atendidos en la clínica de la universidad
- Pacientes en edades comprendidas entre 25 a 75 años
- Pacientes adultos que autorizaron su participación en el estudio

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con menos de 25 años
- Pacientes dentados
- Pacientes edentulos totales
- Pacientes con otras patologías

## **2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.4.1 Técnica:**

La observación científica.

### **2.4.2 Instrumento:**

Se utilizó una ficha de recolección de datos tomado del estudio de Inga, E. En su estudio sobre determinar 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 (1).

## **2.6. 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 utilizó la técnica de observación para la recolección de la información clínica, a través de un examen bucal en las personas que conforman la muestra, lo que permitió obtener los datos y determinar la prevalencia de edentulismo mediante un registro sistemático, válido y confiable.

- Los pacientes, mayores de edad, fueron informados sobre el propósito de la investigación y se les hizo firmar el consentimiento informado para su participación en la investigación.
- Se registró la información en la ficha de recolección de datos, preguntándoles la edad y género.
- Para el examen, el paciente estuvo sentado en el sillón dental, en una posición reclinada y con luz blanca proyectada por la lámpara de la unidad dental y se procedió a realizar el examen clínico, utilizando dos espejos bucales por paciente.
- Una vez llenado la ficha de recolección de datos de cada paciente, se procedió a tabular los datos para su tratamiento estadístico.

## **2.7. 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 Software Statistical



Package for the Social Sciences (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.

### **2.8. 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.

### III.RESULTADOS

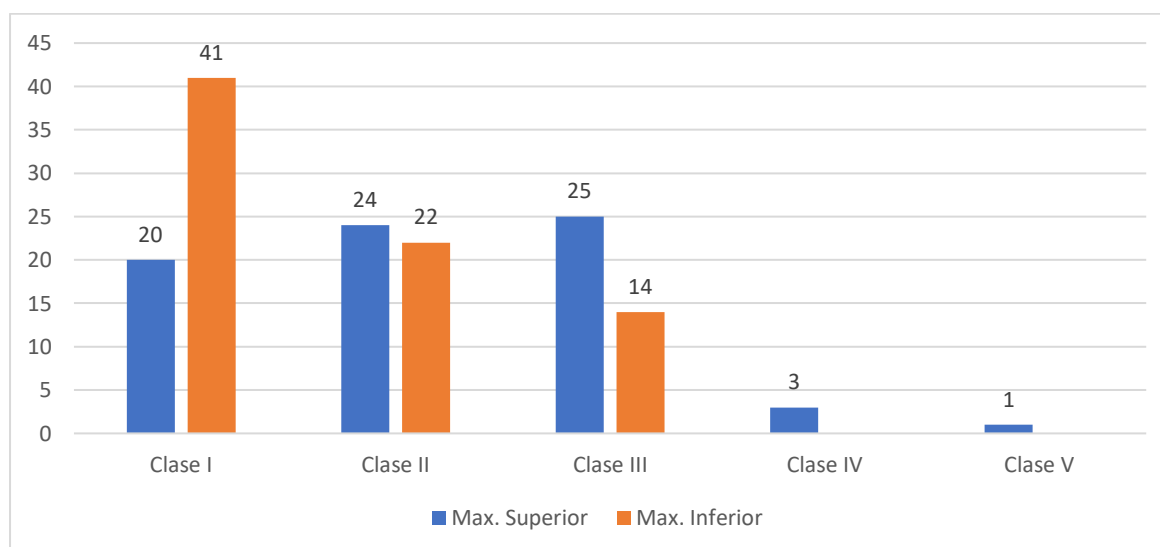
#### 3.1 Prevalencia de edentulismo parcial

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

#### **Interpretación:**

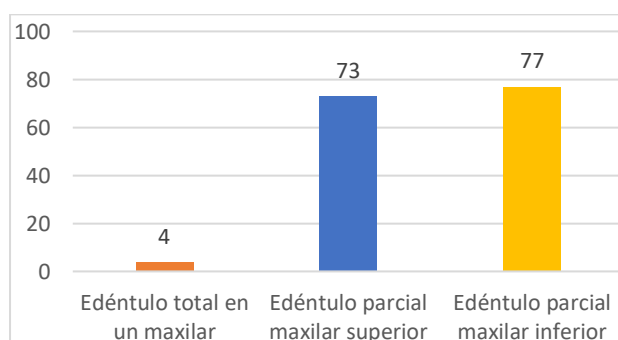
En la tabla 1 y gráfico 1, se muestra la clasificación Kennedy de los pacientes con edentulismo parcial, destacándose la prevalencia de la clase I en el maxilar inferior con el 53.2% (41 maxilares), seguido de la clase III con el 34.2% (25 maxilares); entre otros resultados resaltantes se tiene para el maxilar superior la clase II con el 32.9% (24 maxilares), clase I con el 27.4% (20 maxilares), clase IV con el 4.1% (3 maxilares) y clase V con el 1.4 % (1 maxilar); de igual forma para el maxilar inferior se tiene la clase II con el 28.6% (22 maxilares), clase III con el 18.2% (14 maxilares), 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

### **Interpretación:**

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

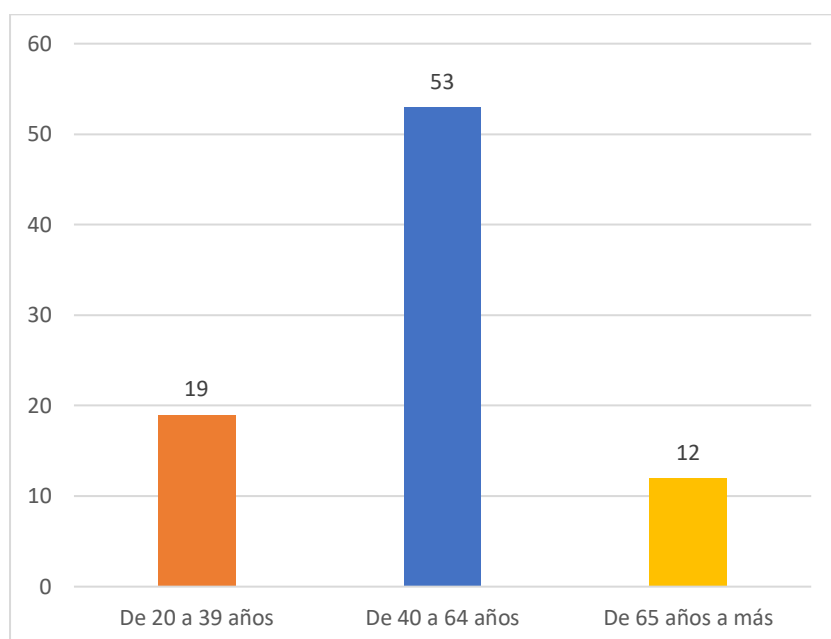
### **3.2 Edentulismo parcial según variables sociodemográficas**

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

**Interpretación:**

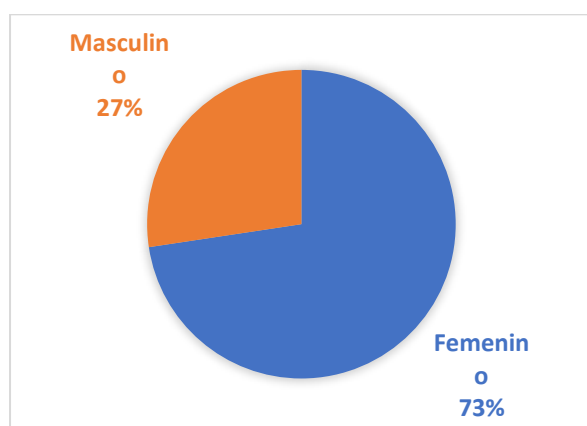
Respecto a las variables sociodemográficas de los pacientes comprendidos en el estudio, se tiene la edad, con una media de 49.2 años y desviación estándar de 13.1 años, con una edad mínima de 25 años y una máxima de 78 años. Con fines del estudio, se trabajó con 3 intervalos, tal y como se muestra en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

Tabla 4. Sexo

Sexo	Frecuencias	Porcentaje	% Acumulado
Femenino	61	72.6 %	72.6 %
Masculino	23	27.4 %	27.4 %

*Nota.* Elaboración propia

Gráfico 4. *Sexo*



*Nota.* Elaboración propia

**Interpretacion:**

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

Tabla 5. *Clasificación Kennedy según la edad y tipo de maxilar*

Edad	Clasificación	Max. Superior	Max. Inferior
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 %
	Clase V	1 1.4%	0 0.0 %
De 65 años a más	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

**Interpretacion:**

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, respectó al maxilar superior los pacientes presentaron clase II con el 5.5%, mientras que en el maxilar inferior la clase I fue predominante con el 9.1%.

Tabla 6. *Clasificación Kennedy según sexo y el tipo de maxilar.*

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

**Interpretacion:**

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

Los resultados respecto al objetivo general que fue, determinar 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 la tabla y gráfico N° 2, demuestran que existe una prevalencia del edentulismo en el maxilar superior prevalece la clase III con el 34.2%. En el maxilar inferior prevalece la clase I con el 53.2. Estos resultados son similares 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.

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. Estos resultados son similares 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 dentario 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 halló 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.

## **VI.RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda realizar un llenado adecuado de cada sección de las historias clínicas para lograr obtener resultados más amplios y precisos en estudios futuros.
2. A los estudiantes de pre grado de la escuela profesional de estomatología, se les sugiere fomentar la investigación en promoción, prevención y prostodoncia a nivel de la Universidad Roosevelt, en el sentido de que las proyecciones sociales de las actividades académicas, puedan mejorar los indicadores de edentulismo parcial en los pacientes.
3. A los futuros investigadores en temas de edentulismo parcial, en el cual puedan profundizar el estudio considerando las diferentes clasificaciones de Kennedy, para tener noción si dicha condición mejora o aumenta en las nuevas generaciones.
4. Por último a los pacientes atendidos en la clinica de la Universidad Roosevelt, cuidar sus dientes con mucha dedicación porque son importantes en la ingesta y digestión de los alimentos. La importancia del aseo bucal para evitar enfermedades o problemas que causen la caída o extracción de los dientes.

## 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. Diaz Calderon 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 Tecnol 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](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., Prevgliano 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](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.<sup>a</sup> 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 Gastrohup. 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://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://190.223.60.6/bitstream/handle/ULLC/134/T134\\_44695607\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://190.223.60.6/bitstream/handle/ULLC/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%20DE%20TESIS%20MAXE%2013%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%20Lizbeth.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](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/112217/Cortez_CC-Olguin_RKG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## **ANEXOS**

## **Anexo 1. Consentimiento informado para participantes de investigación.**



### **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA Consentimiento informado**

Yo, ..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por el bachiller **Jhonatan LAZO RAMOS**, He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es determinar la "Prevalencia del Edentulismo Parcial según Kennedy en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Roosevelt de Huancayo 2022 - 2023"

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre proyectos en cualquier momento. De tener pregunta sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al responsable de esta es investigación al teléfono 923668271.

Después de consultarlo, accedo a cooperar con el egresado y de ser necesario con los miembros de su equipo, En caso de notar algo inusual durante a investigación, se lo hare saber inmediatamente.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los miembros del equipo de investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados.

\_\_\_\_\_  
**DNI del participante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Participante**

**Fecha: Huancayo, de Octubre del 2023**

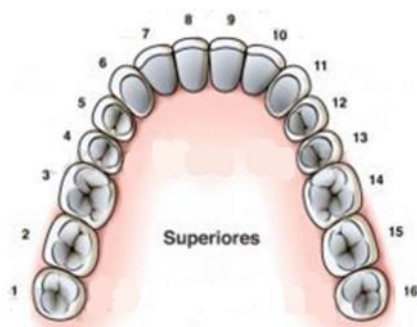
## Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos

GÉNERO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

NOMBRE EL OPERADOR: \_\_\_\_\_

NOMBRE EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

OCLUSOGRAMA:



CLASIFICACIÓN DE KENNEDY:

MAXILAR	CLASIFICACIÓN	MODIFICACIÓN
<b>Superior</b>	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	
<b>Inferior</b>	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	
	Clase IV	
	Clase V	

EXCLUYENTES

<b>Edentulo total</b>	SUPERIOR	INFERIOR
<b>Dentado</b>	SUPERIOR	INFERIOR

### Anexo 3. Matriz de consistencia

<b>Autor (es):</b> Bach. LAZO RAMOS Jhonatan
<b>Tema:</b> 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

Problema general	Objetivo general	Variables y dimensiones	Metodología	Población y Muestra
¿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	<b>Variable 1:</b> Edentulismo Parcial <b>Dimensiones:</b> Prevalencia del edentulismo	Alcance del estudio: Descriptivo -básico Según su naturaleza la investigación será de tipo básica descriptiva, según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio será de tipo transversal y según la planificación de la toma de datos será de tipo prospectivo.  Método de investigación: Cuantitativa  Diseño de la investigación: No experimental  Técnicas de recopilación de información: - Cuestionario Técnicas de procesamiento y análisis de información: Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Vs 25)	Población: Estuvo conformada por 110 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  No Probabilística. La muestra fue elegida de manera intencionada.  Muestra: La muestra estuvo conformada por 84 pacientes que fueron atendidos en la Clínica Estomatológica del adulto II de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
Problemas específicos	Objetivos específicos			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy, según la edad?</li> <li>2. ¿Cuál es la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy según el género?</li> <li>3. ¿Cuál es la prevalencia del Edentulismo Parcial según la clasificación de Kennedy según la ubicación de los maxilares?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según edad.</li> <li>2. Identificar la prevalencia del edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el género.</li> <li>3. Identificar la clasificación del edentulismo parcial según la ubicación de los maxilares (maxilar superior o inferior)</li> </ol>			

#### **Anexo 4. Solicito: Permiso para ejecución de proyecto de investigación**

### **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 5. Autorización para la recolección de datos en la clínica estomatológica de la Universidad Franklin Roosevelt de Huancayo



LICENCIADA POR SUNEDU

RESOLUCIÓN N° 079-2019-SUNEDUC/CE

E.P. DE ESTOMATOLOGIA

"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,



Mg. Cdo. Magra RIVERA PERALTA DE LA PERA  
DIRECTOR DE EP DE ESTOMATOLOGIA  
Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt



Calidad Educativa y  
Acreditación

[uroosevelt.edu.pe](http://uroosevelt.edu.pe)



Av. Giráldez N° 542 - Huancayo

Teléfono: 054 279504 / Celular: 949690998



## Anexo 6. Tabla de clasificación de edad

### 1. Infancia (0-6 años):

- Durante la infancia, los dientes temporales (dientes de leche) son prominentes. La pérdida de dientes en esta etapa es natural y parte del proceso de cambio dentario normal.

### 2. Niñez (7-12 años):

- En esta etapa, los niños experimentan la exfoliación de los dientes temporales y la erupción de los dientes permanentes. La pérdida de dientes es esperada durante este periodo de transición.

### 3. Adolescencia (13-19 años):

- La adolescencia marca la finalización de la erupción dental. La pérdida de dientes en esta etapa generalmente se debe a traumatismos o problemas de salud bucal.

### 4. Adulthood temprana (20-39 años):

- En esta etapa, la pérdida de dientes suele estar relacionada con caries dental, enfermedad periodontal u otros problemas de salud bucal. La prevención y el cuidado dental son esenciales.

### 5. Adulthood intermedia (40-64 años):

- La pérdida de dientes puede aumentar debido al desgaste dental, enfermedad periodontal avanzada y otras condiciones sistémicas que afectan la salud oral.

### 6. Adulthood tardía (65 años en adelante):

- Los adultos mayores pueden enfrentar mayores desafíos en la salud oral, incluida la pérdida de dientes, debido al desgaste a lo largo de los años, enfermedades sistémicas y la falta de acceso a la atención dental en algunos casos.

Medina, A. Comparación de cinco métodos de estimación de maduración dental en un grupo de niños venezolanos. Caracas: Universidad Central de Venezuela. (Tesis de maestría) 2011.



## Anexo 7. Validación de expertos:

### Formato de validación del primer experto

#### CONSTANCIA

#### Juicio de experto

Yo, JUAN EDUARDO HUAMANI CAUTOCA DNI: 30489467 COP: 08646

Especialidad: REHABILITACIÓN ORAL, certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller JHONATAN LAZO RAMOS en la investigación "PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ROOSEVELT DE HUANCAYO 2022 – 2023"

  
Mg. Juan E. Huamani Cantoral  
CIRUJANO DENTISTA  
REHABILITACIÓN ORAL  
COP N° 08646 RNE N° 910

#### Instrucciones:

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

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

Observaciones \_\_\_\_\_

## Formato de validación del segundo experto

### CONSTANCIA

#### Juicio de experto

Yo, Javier Sotillo Loza DNI: 20971001 COP: 13163

**Especialidad:** REHABILITACIÓN ORAL, certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller **JHONATAN LAZO RAMOS** en la investigación "PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ROOSEVELT DE HUANCAYO 2022 – 2023"



Firma y sello

#### Instrucciones:

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

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

Observaciones \_\_\_\_\_


## Formato de validación del tercer experto

### CONSTANCIA

#### Juicio de experto

Yo, Jhon Rondinel Berna DNI: 20102297 COP: 13573

**Especialidad: REHABILITACIÓN ORAL**, certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el bachiller JHONATAN LAZO RAMOS en la investigación “PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ROOSEVELT DE HUANCAYO 2022 – 2023”



Mg. Jhon Rondinel Berna  
CIRUJANO DENTISTA  
Esp. Rehabilitación Oral  
COP. 13573 - RNE. 1148

Firma y sello

**Instrucciones:**

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

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

**Observaciones** \_\_\_\_\_

## Anexo 8. Clasificación de Kennedy

### Clase I de Kennedy

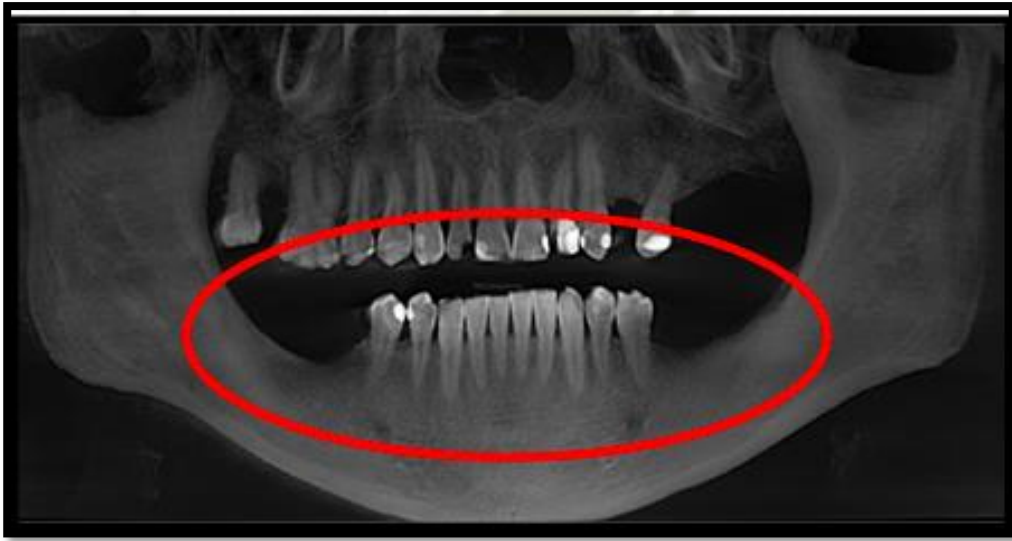


Figura N°1. Clase I – Maxilar Inferior Fuente: Software del Centro de Diagnóstico Radiológico Maxilofacial 3D. S.R.L 2021(28) citado por (29)

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



Figura N°2. Clase I Maxilofacial 3D. S.R.L 2021

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

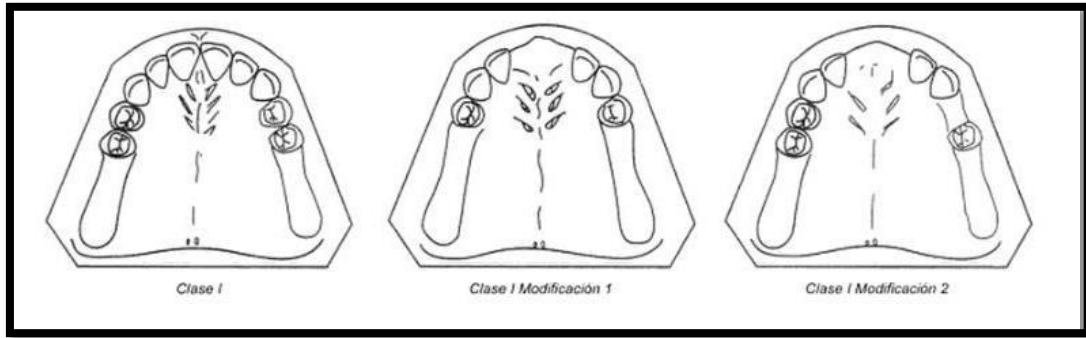


Figura N°3. Clase I; Clase I modificación 1; Clase I modificación 2

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

### Clase II de Kennedy



Figura N°2. 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.

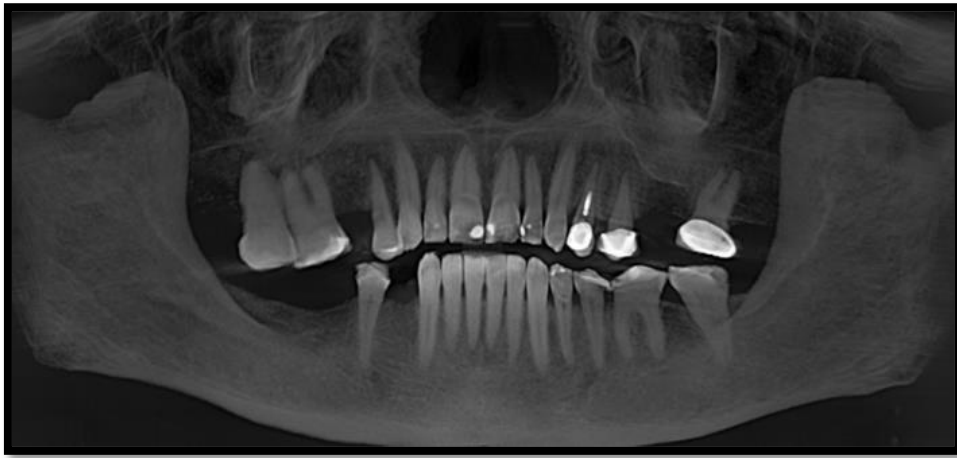


Figura N°1. Clase II modificación 1 – Maxilar Inferior

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



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

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

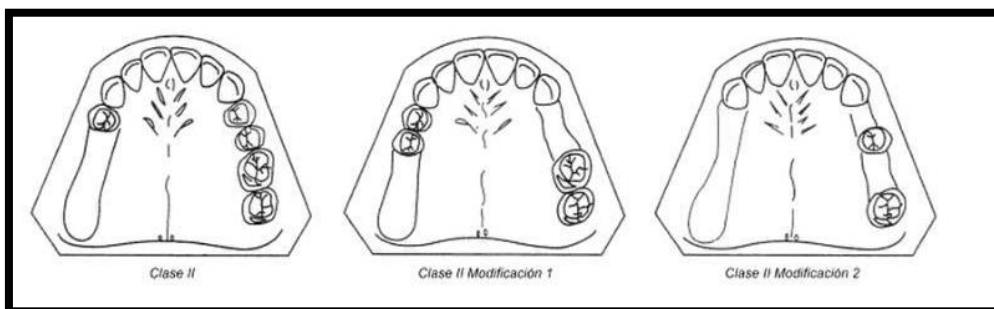


Figura N°3. Clase II; Clase II modificación 1; Clase II modificación 2

### Clase III de Kennedy



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.

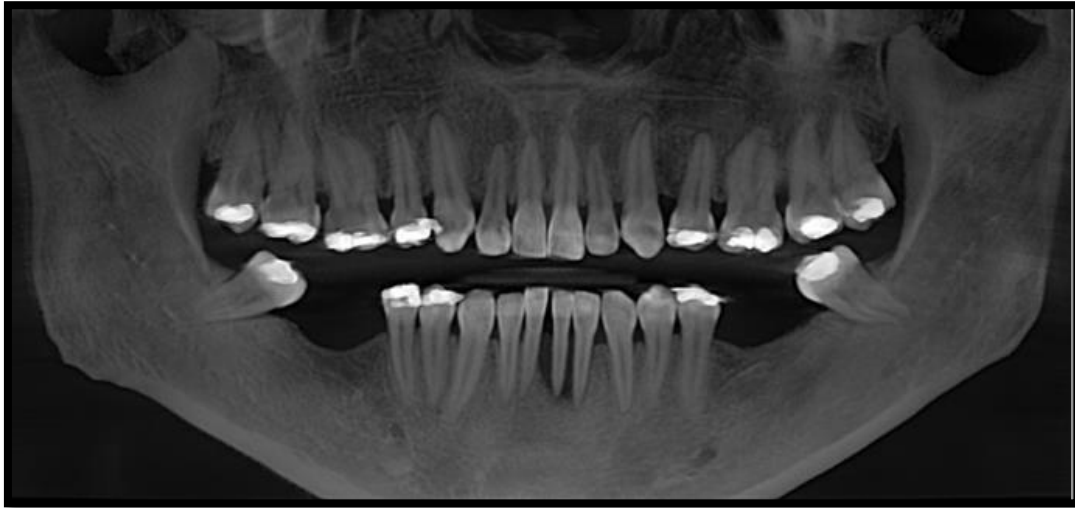
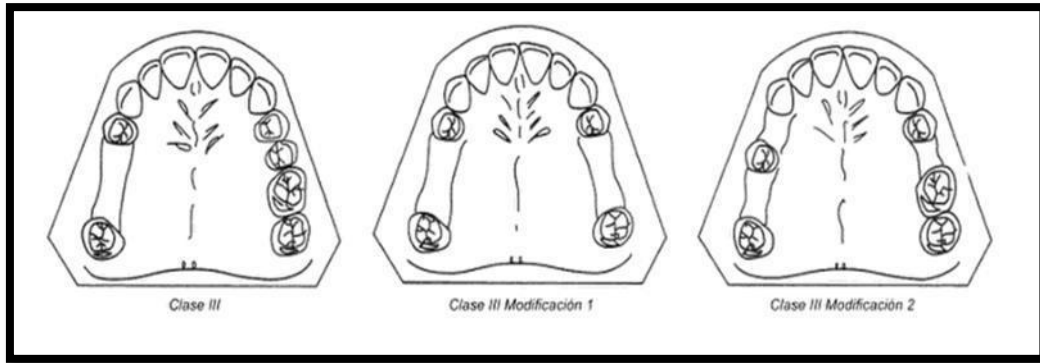


Figura N°1. Clase III –modificación 1- Maxilar Inferior

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



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

#### Clase IV de Kennedy



Figura N°13. Clase IV - Maxilar Superior

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



## Anexo 9. Fotografias

