

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY,
EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL
CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA ALTO DE LA ALIANZA - TACNA ENTRE
LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL AÑO 2013

TESIS

Presentada por:

Bach. José Miguel Alvarez Covinos

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHOMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Odontología

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY, EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
ODONTOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA
DEL DISTRITO ALTO DE LA ALIANZA – TACNA,
ENTRE LOS MESES DE ABRIL
A JUNIO DEL AÑO 2013**

TESIS

Presentado por:

Bach. José Miguel Alvarez Covinos.

**Para optar el Título Profesional de
CIRUJANO DENTISTA.**

Aprobada por,.....ante el siguiente jurado:



Dr. Luis Alberto Alarico Cohaila
Presidente



C.D. Milton Saúl Flor Rodríguez
Jurado



Mgr. Jaime Bárcena Taco
Jurado

DEDICATORIA

El presente estudio se lo dedico a mi querida madre Olivia y a mi demás familia por el gran apoyo brindado durante el desarrollo de mis estudios universitarios.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Señor Gerente del centro de Salud LA ESPERANZA, Dr. Renán Neira Zegarra, al C.D. Alonso Sánchez Macchiavello, al personal técnico por el invaluable apoyo que me brindaron para hacer posible la ejecución del estudio. Gracias a todos los doctores, técnicos y asistentes del servicio.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....4

1.1. Fundamentos y formulación del problema.....4

1.1.1 Descripción del problema.....4

1.1.2 Formulación del problema.....6

1.2. Objetivos.....6

1.2.1 Objetivo general.....6

1.2.2 Objetivos específicos.....7

1.3. Justificación.....8

1.4. Formulación de la hipótesis.....10

1.5. Operacionalización de variables.....11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 Antecedentes de la investigación.....	13
2.2 Bases teóricas.....	20
2.2.1 Consecuencia de la pérdida de dientes.....	21
2.2.2 Indicaciones para el uso de la PPR.....	26
2.2.3 Clasificación de Kennedy.....	31
2.3 Definición conceptual de términos.....	36

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1 Material y Métodos.....	37
3.1.1 Tipo y diseño de la investigación.....	37
3.1.2 Ámbito de estudio.....	37
3.2 Población y Muestra.....	37
3.2.1 Población	37
3.2.2 Muestra.....	37
3.3 Técnica e Instrumentos de recolección de datos.....	39
3.4 Procedimientos de recolección de datos.....	39
3.5 Procesamiento y análisis de datos.....	39

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS	41
4.1 Resultados.....	41
4.2 Discusión.....	71
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	85

RESUMEN

El presente estudio determinó la frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pacientes que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza ubicado en el distrito de Alto de la Alianza de la ciudad de Tacna; entre los meses de abril a junio del año 2013.

El estudio fue de tipo transversal, se desarrolló en el paradigma cuantitativo.

Se evaluó un total de 150 pacientes mayores de 18 años que cumplieron con los criterios de selección, en los cuales se encontraron 81 maxilares superiores y 99 maxilares inferiores con presencia de edentulismo parcial.

Los resultados mostraron que la Clase III de Kennedy es la más frecuente, tanto en el maxilar superior (72,8%), como en el maxilar inferior (55,6%); de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente en ambos sexos y en los 3 rangos de edad, utilizados en el estudio.

Palabras claves: edentulismo parcial, clasificación de Kennedy.

ABSTRACT

This study determined the frequency and type of partial edentulism as rated by Kennedy among patients attending the dental clinic of La Esperanza Health Center located in the district of Alto de la Alianza city of Tacna; between the months of April to June 2013.

The study was cross-sectional, was developed in the quantitative paradigm.

A total of 150 patients older than 18 years who met the selection criteria, in which 81 maxillae and 99 mandibles presence of partially edentulous found was evaluated.

The results showed that Kennedy Class III is the most common, both in the upper jaw (72.8%) and in the jaw (55.6%); in the same way it was recorded that the class III was the most frequent in both sexes and 3 age ranges used in the study.

Keywords: Partial edentulism, Kennedy classification.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo se define como la ausencia total o parcial de piezas dentales, las cuales no se reemplazarán posteriormente de forma natural. En salud oral, el edentulismo representa el mayor fracaso en relación con el fin último de la odontología, que debe ser el mantenimiento de la integridad y de la función del conjunto de la dentición. El estilo de vida actual como, el consumo de azúcar, una higiene deficiente, el tabaco, el alcohol o el estrés aumenta el riesgo de padecer enfermedades orales, como caries , las enfermedades periodontales, el cáncer oral, las alteraciones del flujo salival y los problemas de la articulación temporomandibular (ATM).

Desde la última mitad del siglo XX se ha avanzado sustancialmente en el conocimiento de la salud oral y su promoción. La boca se considera un espejo de la salud o la enfermedad, un modelo accesible para el estudio de otros órganos y tejidos, y una fuente potencial de padecimientos que afectan a otros órganos y sistemas.

Las enfermedades orales son progresivas y acumulativas, y se hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, nuestro aspecto y la forma en que nos

comunicamos. La caries dental y las afecciones periodontales son las causas principales de la pérdida de dientes en la población. En diversos estudios se ha demostrado que muchos pacientes edéntulos parciales enfrentan problemas para masticar, dolor y dificultades para comer y para relacionarse con los demás debido a las alteraciones que tienen en la boca. Esta situación afecta su satisfacción y su calidad de vida, por todas las implicaciones que conlleva.¹

La Prótesis Parcial Removible (PPR) tiene como objetivo reemplazar los dientes y las estructuras vecinas perdidas preservando y mejorando la salud de los dientes y de las estructuras remanentes asociadas. El tratamiento protésico debe conseguir la preservación duradera de lo que queda en la boca más que la restauración meticulosa de lo que falta.

Con el objetivo de simplificar la descripción, comprensión y el diseño de las prótesis parciales en los maxilares edéntulos, se han creado varios tipos de clasificaciones.

Edward Kennedy elaboró un sistema de clasificación en 1925, que permitió al profesional odontólogo realizar de la manera más efectiva

el diseño del aparato protésico y tener una idea cercana del estado de conservación de las piezas dentarias en boca.²

Debido a la poca investigación referente al tema en nuestro medio, es que el estudio tiene como objetivo conocer y analizar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y conocer la situación de salud oral del edéntulo parcial de la ciudad, se eligió el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, ya que llegan a la atención en centro de pacientes provenientes de todas partes de la ciudad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- FUNDAMENTACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dentro de la práctica clínica en la profesión odontológica, es bien sabido que la mayoría de enfermedades bucales que con más prevalencia se presentan son la caries y la enfermedad periodontal, las cuales traen como consecuencia la pérdida de estructuras dentarias llegando al grado de perder la pieza dentaria por completo. Las enfermedades bucales son progresivas y acumulativas, y se hacen más complejas con el tiempo. Pueden afectar nuestra capacidad de comer, nuestro aspecto y la forma en que nos comunicamos.

Se sabe que el estado de salud bucal de la población peruana es insatisfactoria y corresponde al de una sociedad subdesarrollada en cuyo interior se da la marginación y la injusticia social, y esto es debido a diferentes situaciones sociales, culturales y principalmente económicas, también por la escasa y pobre información que se brinda

a la población sobre medidas preventivas de promoción, rehabilitación adecuada de la salud bucal y la inaccesibilidad de los servicios de salud.³

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 y nuestra ciudad 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. Debido a la poca investigación referente al tema en nuestro medio, es que el estudio tiene como objetivo conocer y analizar la prevalencia del edentulismo según la clasificación de Kennedy y conocer la situación de salud oral del edéntulo parcial en el país, para lo cual se eligió el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ ¿Cuál es la clase con mayor prevalencia según la clasificación de Kennedy de edentulismo parcial, en pacientes adultos que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza – Tacna durante los meses de abril a junio del año 2013?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Determinar la clase de edentulismo parcial con mayor prevalencia según la clasificación de Kennedy en pacientes adultos que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza – Tacna durante los meses de abril a junio del año 2013.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia en ambos maxilares de la clase I y sus modificaciones según la clasificación de Kennedy
- Determinar la prevalencia en ambos maxilares de la clase II y sus modificaciones según la clasificación de Kennedy
- Determinar la prevalencia en ambos maxilares de la clase III y sus modificaciones según la clasificación de Kennedy
- Determinar la prevalencia en ambos maxilares de la clase IV según la clasificación de Kennedy
- Determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por edad.
- Determinar la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares, por sexo.

1.3 Justificación

- **Viabilidad:** El acceso a las unidades de estudio es posible ser logrado a través de la autorización del gerente del Centro de Salud La Esperanza, así mismo la aplicación de los instrumentos se garantiza ya que las unidades de estudio, son todos los pacientes que acuden a la atención en el servicio de odontología de dicho centro de salud.

Los gastos que genere el presente trabajo de investigación serán asumidos en su integridad por el investigador.

- **Relevancia social:**
 - Los resultados de la investigación permitirán sentar una base teórica científicamente probada para regular, protocolizar y en consecuencia saber si hay mejoras en la capacidad del paciente de mantener las piezas dentarias en boca que nos indique el estado de salud oral y por lo tanto el éxito o fracaso en la educación al paciente acerca de la prevención y cuidado de la salud bucal.
 - Obtendremos idea de hacia donde debemos de dirigir nuestra atención en las actividades preventivo promocionales priorizando pacientes que presentan edentulismo parcial.

➤ **Relevancia académica:** Los resultados del trabajo de investigación se podrán extrapolar como base teórica; teniendo en cuenta que al centro de salud la Esperanza llegan pacientes provenientes de diversos distritos de la ciudad, así podremos tener una idea más cercana del estado de edentulismo parcial de la población en la ciudad de Tacna.

➤ **Relevancia teórica:**

- La investigación aportará conocimientos acerca cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Centro de Salud La Esperanza, se identificará la clase de Kennedy más frecuentemente hallada y por lo tanto el número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial en pacientes mayores o iguales a los 18 años de edad de ambos sexos.
- Hoy en día , no existe un reporte de la cantidad de pacientes edéntulos parciales y su clasificación según Kennedy que acuden al servicio de Odontología del centro de Salud la Esperanza con necesidad de tratamiento protésico que pueda permitir futuras comparaciones y saber si hay mejoras en la capacidad del

paciente de mantener las piezas dentarias en boca que nos indique el estado de salud oral y por lo tanto el éxito o fracaso en la educación al paciente acerca de la prevención y cuidado de la salud bucal.

1.4 Formulación de hipótesis

H₁:

Es la clase III de Kennedy la de mayor prevalencia en pacientes que acuden al servicio de odontología del centro de salud La Esperanza.

H₀:

No es la clase III de Kennedy la de mayor prevalencia en pacientes que acuden al servicio de odontología del centro de salud La Esperanza.

1.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
VARIABLES : Prevalencia de Edentulismo parcial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maxilar Superior ▪ Maxilar Inferior 	Posición de brecha edéntula	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Clase I de Kennedy (Modificación 1,2 y 3) • Clase II de Kennedy (Modificación 1,2,3) • Clase III de Kennedy (Modificación 1,2,3) • Clase IV de Kennedy
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piezas dentarias ausentes 	Espacio edéntulo en los maxilares	Cuantitativa	Piezas: 11,12,13,14,15,16,17,18, 28,27,26,25,24,23,22,21, 38,37,36,35,34,33,32,31, 48,47,46,45,44,43,42,41

<p style="text-align: center;">EDAD</p>	<p>Edad cronológica en años</p>	<p>Numérica</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 18a 29 años • De 30 a 59 años • Mayor de 60 años
	<p style="text-align: center;">GÉNERO</p>	<p>Características antropomórficas</p>	<p>Categoría</p>	<p>Nominal</p>

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 A. INTERNACIONALES

- **Rocheftort Quiroz Christian; Ocarranza, T .Biotti, P. Espinoza, Marin, H.** “Distribución de las vías de carga protésica en pacientes desdentados parciales de acuerdo a la Clasificación de Kennedy .Revista de la Facultad de Chile; Vol. 16 núm. 2:49-54.Jul-Dic.CHILE (1998).

Realizó un estudio en la facultad de Odontología de la universidad de Chile acerca de la frecuencia de distribución de la clasificación de Kennedy en 337 maxilares de pacientes edéntulos parciales que recibieron tratamiento de prótesis parcial removible. Se encontró que el 55,49% de los casos correspondían a las clases I, II, IV de Kennedy) La clase I de Kennedy fue la más frecuente con 31% de los casos y dentro de esta , considerando las divisiones , la Clase III se presentó en un 23% y los edéntulos totales en un 18 %.⁴

- Lambertini, A, et al, Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas “DRA. ELSA La Corte” (CAPEI) de la Universidad Central de Venezuela entre Noviembre del 2003 y Noviembre del 2004. Acta Odontológica Venezolana Vol.44N°3: Pág. 342-345.2004 CARACAS VENEZUELA.

Realizó un estudio acerca de las necesidades protésicas dentales de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas “DRA. ELSA LA Corte” de la Universidad Central de Venezuela entre Noviembre del 2003 y Noviembre del 2004. El 78,67% de los pacientes estudiados pertenecían al sexo masculino; el 73,67% necesitaban algún tipo de prótesis dental. De estos el 94,12% eran edéntulos parciales; el 74,21% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y 25,79% al sexo femenino.⁵

- **Dwairi, Al, et al, Partial Edentulism and Removable Denture Construction. 2006 JORDANIA.**

Estudió la frecuencia de varias clases de edentulismo parcial y diseños de PPR para los pacientes atendidos en el hospital de

Jordania. De un total de 200 pacientes, 150 pacientes fueron hombres y 50 fueron mujeres con un promedio de edad 44 años; 150 pacientes usaban una PPR de Co-Cr tanto en el maxilar superior como en el inferior. La Clase III DE Kennedy fue la más común, en Maxilar superior (47%) y en el Maxilar inferior (45%). La combinación de la Clase III en el Maxilar superior e inferior fue la más común.⁶

➤ **Enoki, K, etal**, Incidence of Partial Denture usage and Kennedy Classification. **2008 JAPÓN.**

Realizó un estudio acerca de la incidencia de dentaduras parciales basadas en la clasificación de Kennedy en la Universidad de Osaka en Japón, con el objetivo de analizar a relación entre la clasificación de Kennedy y la edad.

Se analizó una población de 1662 personas mayores de 60 años y se encontró que la Clase I, II, III y IV tuvieron una incidencia de 15,9%, 22,3%, 7,6%, y 1,1% respectivamente en el maxilar superior y de 15,4%, 22,0%, 12,7% y 0,5% en el maxilar inferior. Se encontró los edéntulos totales que fueron 6% en el maxilar superior y de 3,3% en el maxilar inferior.⁷

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- **UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA** Tesis para optar al grado de bachiller en estomatología. 1987. LIMA.

ROBLES, Martín (1987) Prevalencia de pérdida dentaria en relación a la problemática del desdentado y su rehabilitación en la comunidad rural Huaylahuichan. Tarma-Junín.

Se analizaron 163 personas mayores de 15 años de ambos sexo de la comunidad de Huaylahuichan, distrito de Acobamba de la provincia de Tarma, Departamento de Junín, Perú, con la finalidad de determinar la prevalencia de pérdida dentaria en relación a la problemática del desdentado y su rehabilitación. Se encontró que a partir de los 30 años la pérdida dentaria es mayor y a partir de dicha edad el número de desdentado torales es mayor en relación a los desdentados parciales. Del total de la población, el 77,9% era desdentado parcial. La clase de Kennedy más frecuente encontrada en ambas arcadas fue la Clase III (44,7 %) y la menos frecuente fue la Clase IV (6%).⁸

- **UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES.** Tesis para optar al título de Cirujano Dentista .Lima- Perú 2001. LIMA

- Noborikawa Kohatsu, Andrés “Frecuencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy (2001)
- Realizó un estudio descriptivo –retrospectivo de la frecuencia de edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en la Universidad San Martín de Porras en el distrito de San Luis, Lima –Perú durante el periodo de marzo-noviembre del año 2000 mediante la revisión de 9500 historias clínicas de las cuales tomó como muestra 346 (105 hombres y 241 mujeres, con un promedio de edad de 52,9 años). Se halló que la clase I fue la más frecuente con un 47%(226 casos), siguiéndole la clase II con 27% (127 casos), la Clase III con 25% (117 casos) y finalmente la Clase IV CON EL 1% (7 casos). La Clase I mandibular fue de 75% (175 CASOS). Las Clases II Y III se presentaron con mayor frecuencia en el maxilar superior.⁹
- **UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA** .Tesis para obtener el título de cirujano dentista: **JOSÉ MAX CARRERA RIVERA**
- “FRECUENCIA Y CLASE DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN POBLADORES

RESIDENTES DEL A.A.H.H “SOL NACIENTE” DEL DISTRITO DE CARABAYLLO-LIMA EN EL AÑO 2005”

El estudio determinó la frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy entre los pobladores residentes en el AAHH “Sol Naciente” del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005.

El estudio fue del tipo transversal y se desarrolló en el paradigma cuantitativo.

En este estudio se evaluó un total de 127 pobladores mayores de 14 años de edad que cumplieron con los criterios de selección.

Entre los principales resultados encontramos que presentaron algún tipo de edentulismo parcial un 66,1% de la población evaluada, de la misma manera se registró que la clase III fue la más frecuente tanto en el sexo masculino como en el femenino, en cuanto a la edad se registró que la clase III también fue la más frecuente casi todos los decenios, excepto en el séptimo decenio donde la clase II fue la más frecuente en ambos maxilares, también se registró que el edentulismo parcial del maxilar inferior fue el más frecuente y el sexo femenino presentó una mayor frecuencia de edentulismo parcial.¹⁰

➤ **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista: JUDITH VERÓNICA LÓPEZ OLIVERA AÑO 2009**

“Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara.

El estudio tuvo como objetivo conocer la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes entre los 20 y 90 años de edad de ambos sexos en servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” para lo cual se tomó como muestra 161 pacientes, 145 hombres y 16 mujeres.

El promedio de edad general fue de 58,8 años y la pieza ausente con mayor frecuencia fue la pieza 4,6 (5,30 %), y la menos frecuente la pieza 3.3 (0,45%).

La clase I fue la clase de Kennedy que presentó el mayor porcentaje con el 38,43% seguida por la Clase II con el 37,68%, la Clase III con el 23,3 % y finalmente la Clase IV con el 1,1 %. La

Clase I mandibular estricta (sin modificación) resulto ser la más frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones con el 20,4%. No se encontraron casos de Clase IV en el sexo femenino.

Se encontró que conforme avanza la edad, aumenta la prevalencia de maxilares edéntulos parciales, mostrando el pico más alto en el rango de edad de 50 a 59 años para luego disminuir la frecuencia en casi la misma proporción en que aumentaron. En relación al género, las 4 clasificaciones de Kennedy mostraron una mayor preponderancia de sexo masculino sobre el femenino.¹¹

2.2 BASES TEÓRICAS

La prótesis parcial removible es ampliamente usada para el tratamiento de edéntulos parciales y es una buena alternativa, económica y fácil de hacer para rehabilitar al desdentado parcial; su bajo costo permite que este recurso esté al alcance de una población más numerosa en comparación con otros tipos de prótesis dentales que por su técnica, los equipos y los materiales que emplean resultan onerosos. La mayoría de dentaduras parciales removibles se hacen con aleaciones de cromo-cobalto que fueron introducidas para este propósito en 1932, también se usan aleaciones de níquel-cromo y

últimamente aleaciones de titanio. Estas aleaciones son relativamente fáciles de trabajar, tienen alta rigidez, poco peso, resistencia a la corrosión y son más baratas que las aleaciones de oro.¹

2.2.1.-CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA DE DIENTES

A medida que el paciente pierde sus dientes ocurren una serie de cambios de importancia, tanto en la morfología como en la fisiología del sistema estomatognático, que se manifiestan como patologías las cuales, a medida que avanza en el tiempo, producen un deterioro mucho mayor que comprometen a más elementos del sistema.

Algunos de estos cambios son:

- ✓ Desordenes miofuncionales.
- ✓ Desordenes de la articulación temporomandíbular.
- ✓ Lesiones de los tejidos duros del diente.
- ✓ Enfermedad periodontal.
- ✓ Problemas mucogingivales.
- ✓ Pérdida de reborde alveolar.
- ✓ Migraciones dentarias y alteraciones del plano oclusal.
- ✓ Desgaste oclusal.
- ✓ Pérdida de dimensión vertical.

- ✓ Colapso de mordida posterior.
- ✓ Problemas estéticos.

➤ **DESORDENES EN LA ATM**

Los cambios en la posición mandibular pueden producir discrepancias del complejo cóndilo-disco, la ocurrencia de procesos lentos producen, a lo largo del tiempo a través de los años, adaptaciones con remodelación de las estructuras articulares. Estos cambios estructurales no presentan sintomatología, e incluso, muchos autores sostienen que las personas con historia de desórdenes temporomandibulares presentan una disminución notoria de los síntomas a medida que envejecen. Por lo tanto, en pacientes ancianos con disfunción temporomandibular no se debe insistir en recobrar la posición ideal, pues es más sano realizar la rehabilitación en la posición de acomodación adquirida por el paciente.

➤ **PERDIDA DE REBORDE ALVEOLAR**

La pérdida de hueso alveolar en pacientes desdentados es una entidad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa. El ritmo de reabsorción es más rápido en los primeros seis meses siguientes a las exodoncias y el grado de reabsorción del reborde es

potencialmente ilimitado. Aunque el ritmo de reabsorción para cada individuo es impredecible, están involucrados factores anatómicos, biológicos y mecánicos. Por su parte, Tallgreen reporto un promedio de reducción de 9 a 10 mm en el maxilar inferior y un promedio de 2.5 a 3 mm en el maxilar superior en los primeros 25 años de edentulismo.

➤ **MIGRACIONES DENTARIAS Y ALTERACIONES DEL PLANO DE OCLUSIÓN**

Las alteraciones del plano oclusal se producen fundamentalmente por perdidas dentarias. Cualquier pérdida de tejido dentario, que no sea reemplazado, conduce a migración de los dientes vecinos y a sus antagonistas. Kaplan clasifico estas alteraciones de la siguiente manera:

- **Migraciones Dentarias.-** se refiere a movimientos a lo largo del reborde rotaciones dentarias, se refiere a movimientos del diente alrededor de su eje.
- **Inclinaciones.-** son movimientos que alteran la relación del eje longitudinal del diente con su hueso de soporte y ocurren por perdida del diente proximal y mesial, tiene un componente de inclinación y con el tiempo implica movimientos de los dientes vecinos y antagonistas.

- **Extrusiones.-** son erupciones por falta de contacto con el diente antagonista ya sea por pérdida de restauración o pérdida del diente. La erupción compensatoria continúa hasta que se encuentre un contacto que estabilice. Es un movimiento considerado vertical, pero puede tener componentes horizontales dependiendo de los contactos excursivos. La corona clínica es siempre mayor que la corona anatómica.

➤ **CRECIMIENTOS ALVEOLARES SEGMENTARIOS**

Se denomina así a la migración de los dientes acompañados de su hueso alveolar que se produce como consecuencia de la pérdida extensiva de los dientes antagonistas especialmente en pacientes jóvenes. Se encuentran en pacientes geriátricos por persistencia de los dientes en boca.

La corona clínica no presenta diferencia con la corona anatómica ya que el segmento migra completo; estas alteraciones ocurren con frecuencia en el segmento antero inferior por pérdida prematura de dientes anteriores superiores por pequeña que parezca, toda alteración del plano oclusal genera interferencias en relación céntrica y en movimientos de protrusión, trabajo y balanza.

Los contactos prematuros en relación céntrica son particularmente graves ya que presentan como primer contacto a partir del cual generan deslizamientos mandibulares anteriores, laterales o combinados que se detienen siempre en algún punto, ejerciendo en este caso un traumatismo sobre los dientes del sector anterior. De esta manera se genera trauma oclusal primario sobre aquellos dientes cuyo periodonto esta indemne.

➤ **DESGASTE OCLUSAL**

La hiperfunción en una posición de acomodación por pérdida de soporte posterior, lo que ocurre frecuentemente en los dientes anteriores cuando se han perdido los dientes posteriores ya que el paciente debe realizar todas las modalidades de función masticatoria con los dientes anteriores.

➤ **PERDIDA DE DIMENSIÓN VERTICAL**

Una reducción demasiado importante de la dimensión vertical desplaza hacia arriba el cóndilo mandibular en el seno de la cavidad glenoidea, durante el movimiento de oclusión excéntrica. Se pueden desarrollar síntomas en la ATM, cefaleas, trastornos visuales o auditivos, bruxismo y reabsorción alveolar.¹²

2.2.2.-INDICACIONES PARA EL USO DE LA PPR

✓ **Personas de edad avanzada o jóvenes menores de 20 años de edad**

Los jóvenes menores de 20 años, son candidatos cuestionados para usar prótesis fijas puesto que la pulpa dental es de gran tamaño y no podríamos llevar a cabo un tallado profundo sin entrar a una endodoncia, por lo que el tratamiento se haría en varias etapas durante un largo tiempo.

En pacientes de edad avanzada, una preparación agresiva puede ser traumática psicológicamente, su reducida expectativa de vida y que generalmente la salud integral no es buena, contraindican el alto costo y los largos procedimientos que ese requiere para prótesis fijas.

✓ **Existencia de grandes espacios edéntulos que contraindica el uso de prótesis fija**

Una prótesis fija puede estar sometida a grandes fuerzas torsionales que facilitan que se despegue con las consiguientes complicaciones pulpares; igualmente pueden sufrir roturas en la estructura metálica y con más frecuencia de la porcelana.

Una de las reglas en odontología es la ley de Ante la cual dice que el área de la membrana periodontal de los dientes pilares para una prótesis fija debe ser igual o exceder el área de la membrana periodontal de los dientes reemplazados.

Los dientes adyacentes a una zona edéntula larga soportan una dentadura parcial de igual forma como lo harían con una fija, excepto que con la dentadura parcial reciben soporte y estabilidad de los dientes del lado opuesto del arco así como también del reborde residual.

✓ **Pérdida excesiva de hueso en la zona edéntula**

Especialmente en las zonas anteriores superiores y premolares donde una prótesis fija difícilmente repondrá con éxito la pérdida de sustancia estará indicada la PPR.

Cuando se reemplaza un diente perdido mediante una prótesis fija, el diente artificial (póntico) se coloca de tal forma que su base o cuello ligeramente contacte con la mucosa del reborde edéntulo para simular la apariencia de un diente natural.

Cuando por trauma, cirugía o resorción anormal causan pérdida ósea excesiva, es difícil, sino imposible, colocar los dientes artificiales en una posición bucolingual aceptable. Sin embargo, si se usa una base

de prótesis parcial removible para devolverle la parte pérdida del reborde residual, el diente artificial se puede colocar en su posición natural y la base le da el soporte requerido.

✓ **Necesidad de reemplazar los dientes inmediatamente después de su extracción**

En casos de extracciones recientes de zonas extensas y que precisan de largos períodos de cicatrización. El reemplazo de dientes inmediatamente después de su extracción no puede realizarse de una forma satisfactoria con las prótesis fijas, ya que se presentan muchos problemas, incluyendo la futura resorción ósea del reborde. Estos dientes se reemplazan con una prótesis parcial removible temporal que puede rellenarse cuando ocurra la resorción y llevarse a cabo el tratamiento definitivo cuando se haya estabilizado el área edéntula.

✓ **En casos de colocación de implantes con extracciones previas**

En estos casos en los que se espera de una buena osteointegración y el tiempo para hacer la prótesis sobre implantes nos obliga a hacer la prótesis temporal.

✓ **Soporte periodontal disminuido en los dientes remanentes**

En muchos pacientes, particularmente en las personas adultas o de edad avanzada y después de una terapia periodontal, los dientes remanentes han perdido una cantidad considerable de soporte óseo y por lo tanto no son capaces de soportar una prótesis fija. Al lograr un ajuste exacto de la base con respecto al reborde edéntulo, se disminuye el soporte total requerido para los dientes.

✓ **Ausencia de diente posterior al espacio edéntulo**

Cuando no existe diente posterior al espacio edéntulo para actuar como pilar, los métodos para su reemplazo son limitados. En instancias seleccionadas, cuando un solo diente necesita ser reemplazado ya sea porque una dentadura total sea antagonista o porque el arco antagonista sea hasta el primer molar, como los dos premolares adyacentes al espacio de extensión distal con un soporte periodontal saludable, se puede planificar una prótesis fija con un pónico de extensión. En otras circunstancias se puede colocar un implante y el único reemplazo práctico es con una prótesis parcial removible.

✓ **Necesidad de estabilización del arco cruzado**

Cuando la estabilización de arco cruzado para los dientes se necesita para contrarrestar las fuerzas laterales y las anteroposteriores (por ejemplo después del tratamiento de enfermedad periodontal avanzada), generalmente se requiere la estabilización de arco cruzado o bilateral. La prótesis fija puede proveer una excelente estabilización lateral o bucolingual.

✓ **Pacientes con problemas físicos o emocionales**

La larga preparación y los procedimientos de confección de una prótesis fija la contraindican en pacientes con problemas físicos o emocionales; para tales pacientes debe establecerse un tratamiento que prevenga el deterioro oral, para poder seguir el tratamiento y controlar los problemas emocionales o físicos siendo indicada la prótesis parcial removible.

✓ **Estética como fundamento principal en el reemplazo de varios dientes anteriores**

Frecuentemente es posible obtener un aspecto más natural del diente cuando se coloca en la base de la prótesis que cuando se enfrenta la

terminación de un pónico contra el reborde residual en una prótesis fija.

El diente artificial tridimensional presenta una apariencia más natural, ya que algunos pónicos quedan planos y sin brillo.¹³

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

La Clasificación de Edward Kennedy, de 1925, tiene como fundamento la topografía, es decir, se basa en la relación que guardan las brechas edéntulas respecto a los dientes remanentes. Esta clasificación puede ser aplicada fácilmente a casi todas las situaciones edéntulas parciales, facilita el diagnóstico con la simple visión del modelo y es la clasificación más aceptada.

La clasificación original de Kennedy contiene cuatro clases, con ciertas modificaciones:

- Clase I

Zonas edéntulas bilaterales localizadas posteriores a los dientes remanentes. Forma parte de las dentomucosoportadas.

- Clase II

Zona edéntula unilateral localizada posterior a los dientes naturales remanentes.

- Clase III

Zona edéntula unilateral con dientes naturales a cada lado de ella.

- Clase IV

Zona edéntula simple o única y bilateral localizada anterior a los dientes naturales remanentes, cruza la línea media.

El Dr. O. C. Applegate (1960) realizó un intento de aumentar la clasificación de Kennedy al añadir una Clase V y VI. Su aceptación no ha sido universal. Razón por la cual no se han tomado en cuenta en el presente estudio.

La Clase V

Esta sólo posee un par de molares en un solo lado de la boca y el resto está totalmente desdentado.

La Clase VI

En esta clase, sólo existen los dos incisivos centrales.

Applegate también menciona las siguientes ocho reglas que gobiernan la aplicación de la clasificación de Kennedy:

➤ Regla 1

La clasificación debe de darse luego de las extracciones y no antes de las mismas, ya que ellas alteran la clasificación original.

➤ **Regla 2**

Si el tercer molar no está presente y no va a ser reemplazado, no se considera en la clasificación.

➤ **Regla 3**

Si el tercer molar está presente y si se va a utilizar como pilar, se considera en la clasificación.

➤ **Regla 4**

Si el segundo molar no está presente y no se va a reemplazar (debido a que el segundo molar antagonista tampoco está presente y no va a ser reemplazado), no se considera en la clasificación.

➤ **Regla 5**

La zona edéntula más posterior siempre determina la clasificación.

➤ **Regla 6**

Otras zonas edéntulas adicionales que las que determinan la clasificación son referidas como espacios para las modificaciones y son designadas por número.

➤ **Regla 7**

La extensión de la clasificación no es considerada, sólo el número de las zonas edéntulas adicionales.

➤ **Regla 8**

No existen zonas de modificación en la Clase IV. Cualquier zona edéntula posterior a una zona simple bilateral, determina la clasificación.¹

El edentulismo es un problema en salud, ya que el menor número de dientes funcionales acentúa la modificación de la capacidad de comer, lo cual podría alterar el estado nutricional de los pacientes con estos padecimientos.

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado bucodental debe definirse como el bienestar físico, psicológico y social en relación con las condiciones de la dentición y de los tejidos duros y blandos. Una de las funciones del odontólogo es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

En muchos casos los pacientes que carecen de piezas dentarias asumen su estado como propio del proceso de envejecimiento, nosotros sabemos que la edad no tiene por qué conllevar la pérdida de piezas dentales, y como profesionales de la salud debemos

procurar que la situación oral de estos pacientes desdentados no desemboquen en otros problemas que pueda afectar su vida cotidiana del individuo.

La pérdida de los dientes naturales puede afectar la oclusión del paciente en varias formas. Tal vez afecte a los dientes restantes causando su inclinación, migración, rotación, extrusión, intrusión o atrición así como también puede desviarse la mandíbula.

Algunos de los factores anteriores en especial la inclinación y migración de los dientes, puede reducir su apoyo periodontal y causar a si la pérdida del hueso alveolar. Algunas de las secuelas pueden originar la pérdida de la dimensión vertical de la oclusión y problemas en la articulación temporomandibular. La mayor parte suele disminuir la eficacia en la masticación. Estos factores afectan de manera adversa, la salud y el bienestar de los individuos.

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **EDENTULISMO PARCIAL:** la ausencia de piezas dentarias que formen brechas edéntulas.
- **CLASE DE EDENTULISMO:** Clase de brecha edéntula según la clasificación de Kennedy con sus modificaciones respectivas.
- **MAXILAR:** Clasificándolo como maxilar superior y maxilar inferior teniendo en cuenta ubicación de la maxilar.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.1 Tipo de diseño de la investigación

El diseño de la investigación es descriptivo, transversal y epidemiológico.

3.1.2 Ámbito de estudio

El estudio se realizó sobre los pacientes que acudieron al Servicio de Odontología del centro de salud La Esperanza, se realizó a manera de muestra.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población estuvo conformada por los usuarios que acuden al servicio de odontología del centro de salud La Esperanza entre los meses de abril a junio del año 2013.

3.2.2 MUESTRA

La muestra estuvo comprendida por todos los pacientes mayores o iguales a 18 de edad, edéntulos parciales de ambos sexos que

acudieron al servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza durante los meses de abril a junio que cumplieron los criterios de selección; se encontraron 150 pacientes que cumplieron con el criterio de inclusión, de los cuales se hallaron 81 maxilares superiores y 99 maxilares inferiores que presentaron edentulismo parcial.

La totalidad de la muestra fue dividida en tres rangos de edades: 18 - 29,30-59 y de 60 a más de edad. En cada subgrupo se registró la clasificación de Kennedy y sus modificaciones.

3.2.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos que acudieron al servicio de odontología del centro de salud La Esperanza – Tacna durante los meses de abril a junio del año 2013.
- Que aceptaron participar del presente estudio.
- Pacientes iguales o mayores de 18 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes edéntulos parciales

3.2.2.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaron edentulismo total.
- Pacientes menores de 18 años de edad.

3.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para realizar el presente proyecto se coordinó con la Dirección de la Escuela de Odontología de UNJBG, que solicitó al centro de salud la Esperanza la autorización para aplicar la ficha de registro, requerida para el presente trabajo de investigación.

El instrumento que se empleó fue una ficha de registro (ver anexo 3)

3.4 Procedimientos de recolección de datos

- ✓ La recolección de datos se llevó a cabo a través del odontograma de la historia clínica del paciente.
- ✓ Se utilizó fichas en donde se registró la información.

3.5 El plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos recolectados se realizó mediante estudios y análisis estadísticos.

Se elaboraron tablas con frecuencias absolutas y porcentuales, además de pruebas estadísticas como el Chi². Para todas las pruebas estadísticas el nivel de significancia será <5% ($p < 0,05$).

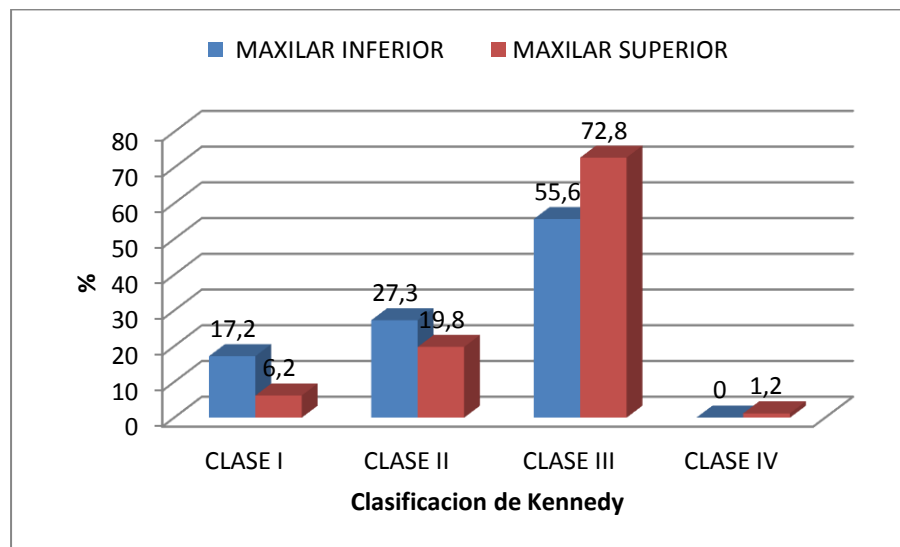
CAPITULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1.-RESULTADOS

Cuadro N° 1. Maxilares Edéntulo Parciales según la Clasificación de Kennedy por Maxilar en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

Clasificación de Kennedy	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CLASE I	5	6,2	17	17,2	22	12,2
CLASE II	16	19,8	27	27,3	43	23,9
CLASE III	59	72,8	55	55,6	114	63,3
CLASE IV	1	1.2	0	0	1	0,6
TOTAL	81	54,8	99	66,9	180	100

Gráfico N° 1. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación de Kennedy por Maxilar en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN:

Se encontró que la Clase III de Kennedy es la más frecuente con 63,3% (114 casos); la siguiente clase con mayor frecuencia fue la Clase II con el 23,9%(43 casos); luego tenemos a la Clase I con 12,2% (22 casos) y finalmente a la Clase IV con 0.6% (1 caso).

A nivel del **MAXILAR SUPERIOR**, Se encontró que la Clase III de Kennedy es la más frecuente con 72,8% (59 casos); la siguiente clase con mayor frecuencia fue la Clase II con el 19,8%(16 casos); luego tenemos a la Clase I con 6,2% (5 casos) y finalmente a la Clase IV con 1,2% (1 caso).

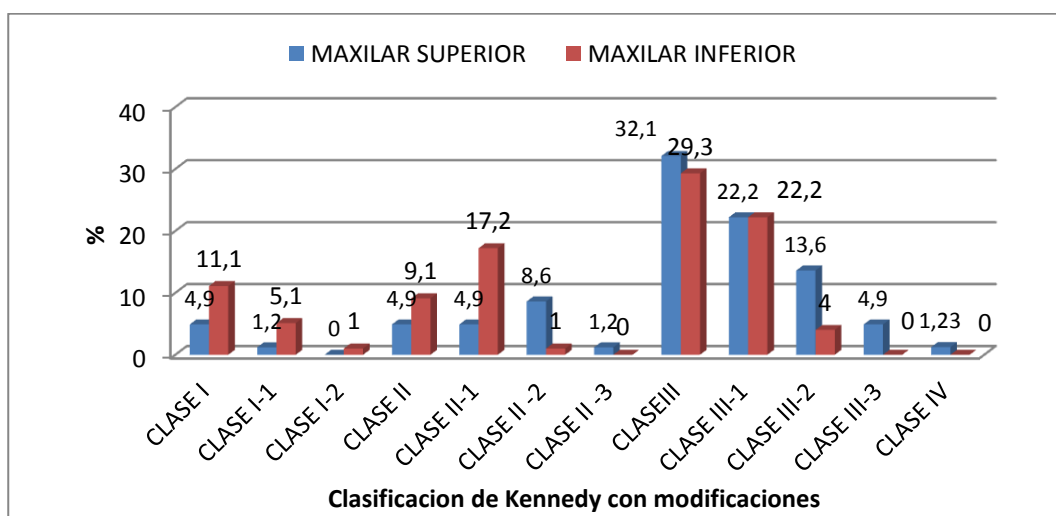
A nivel del **MAXILAR INFERIOR**, Se encontró que la Clase III de Kennedy es la más frecuente con 55,6% (55casos); la siguiente clase con mayor frecuencia fue la Clase II con el 27,3%(27 casos); luego tenemos a la Clase I con 17,2% (17 casos) y finalmente a la Clase IV con 0.0% (0casos).

Cuadro N°2. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR	
	N	%	N	%
CLASE I	4	4,9	11	11,1
CLASE I-1	1	1,2	5	5,1
CLASE I-2	0	0	1	1,0
SUBTOTAL	5	6,1	17	17,2
CLASE II	4	4,9	9	9,1
CLASE II-1	4	4,9	17	17,2
CLASE II -2	7	8,6	1	1,0
CLASE II -3	1	1,2	0	0
SUBTOTAL	16	19,6	27	27,3
CLASE III	26	32,1	29	29,3
CLASE III-1	18	22,2	22	22,2
CLASE III-2	11	13,6	4	4,0

CLASE III-3	4	4,9	0	0
SUBTOTAL	59	72,8	55	82,8
CLASE IV	1	1,23	0	0
SUBTOTAL	1	1,23	0	0
TOTAL	81	100	99	100

Grafico N°2. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación de Kennedy y sus modificaciones en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

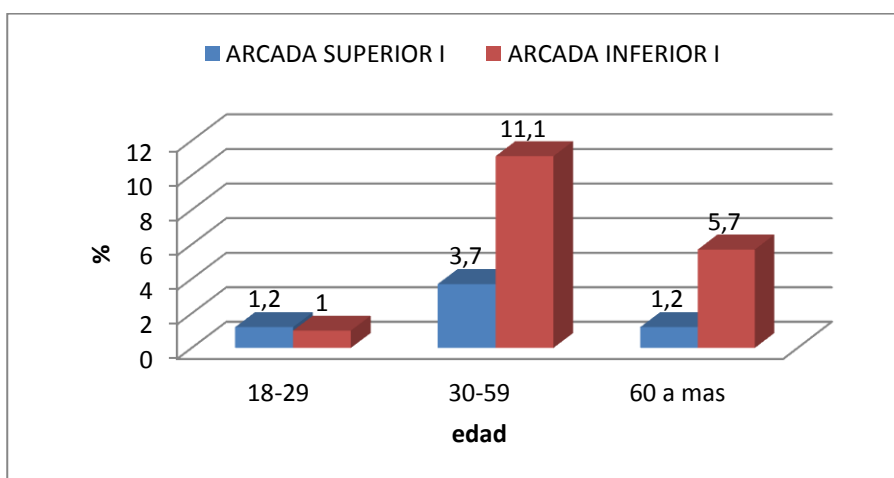
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase I, la Clase I estricta fue la más frecuente con 4,9% (4 casos), dentro de la Clase II, la Clase II Modificación 2 de Kennedy fue la más frecuente con el 8,6% (7 casos), dentro de la Clase III, la Clase III estricta (sin modificaciones) fue la más frecuente con el 32,1% (26 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase I, la Clase I estricta fue la más frecuente con 11,1% (11 casos), dentro de la Clase II, la Clase II Modificación 1 de Kennedy fue la más frecuente con el 17,2% (17 casos), dentro de la Clase III, la Clase III estricta (sin modificaciones) fue la más frecuente con el 29,3% (29 casos).

Cuadro N°3. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase I según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

EDAD		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	TOTAL
		I	I	I
18-29	N	1	1	2
	%	1,2	1,0	9.1
30-59	N	3	11	14
	%	3,7	11,1	63.6
60 a mas	N	1	5	6
	%	1,2	5,1	27.2
Total	N	5	17	22
	%	6,2	17,2	100

Gráfico N°3. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase I según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

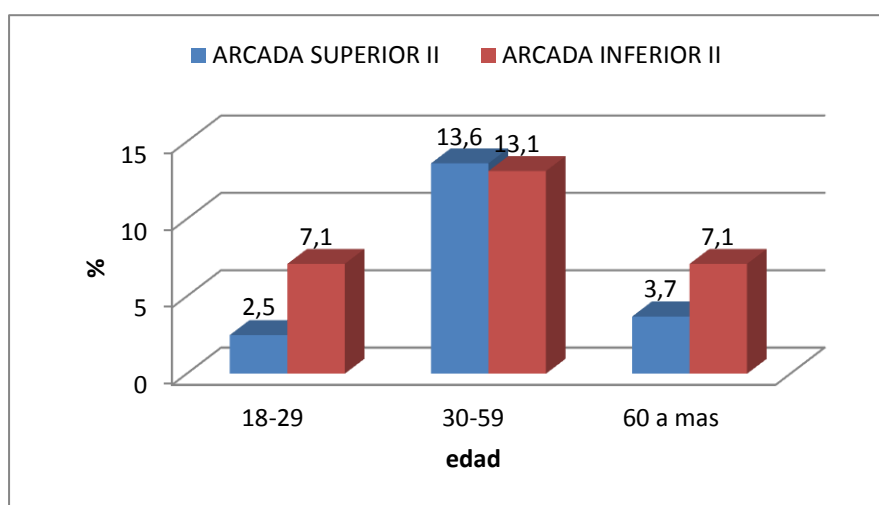
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase I, el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 3,7% (3 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase I, el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 11,1% (11 casos).

Cuadro N°4. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase II según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

EDAD		ARCADA	ARCADA	TOTAL
		SUPERIOR	INFERIOR	
		II	II	
18-29	N	2	7	9
	%	2,5	7,1	20.9
30-59	N	11	13	24
	%	13,6	13,1	55.8
60 a mas	N	3	7	10
	%	3,7	7,1	23.2
Total	N	16	27	43
	%	19,8	27,3	100

Gráfico N°4. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase II según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

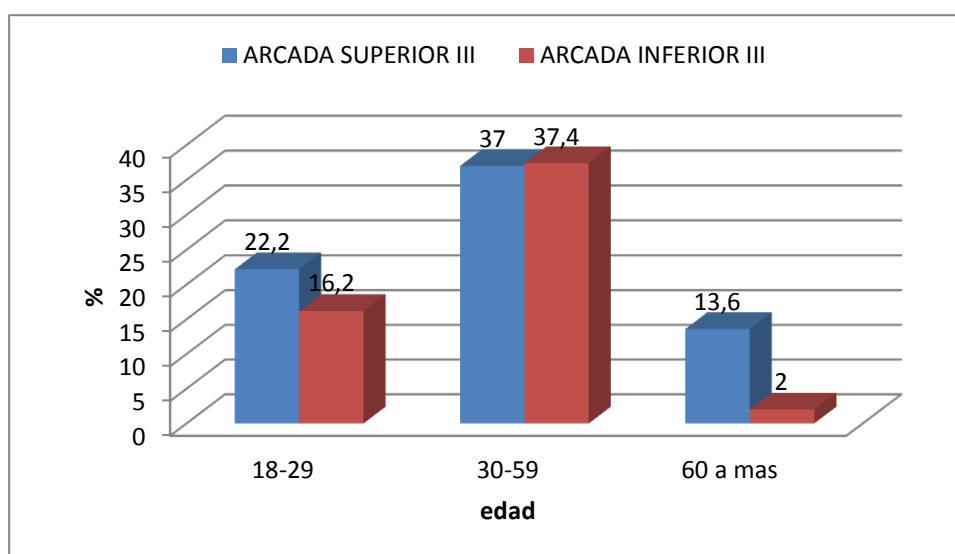
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase II, el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 13,6% (11 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase I, el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 13,1% (7 casos).

Cuadro N°5. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase III según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

EDAD		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	TOTAL
		III	III	
18-29	N	18	16	34
	%	22,2	16,2	29,8
30-59	N	30	37	67
	%	37,0	37,4	58,8
60 a mas	N	11	2	13
	%	13,6	2,0	11,4
Total	N	59	55	114
	%	72,8	55,6	100

Gráfico N°5. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase III según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013



INTERPRETACIÓN

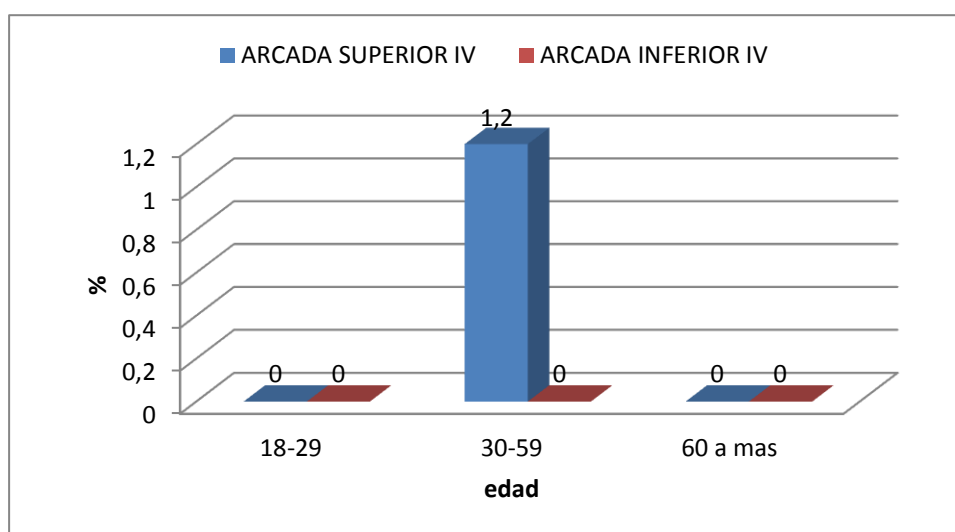
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase III, el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 37,0% (30 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase III, el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 37,4% (37 casos).

Cuadro N°6. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase IV según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

EDAD		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	TOTAL
		IV	IV	
18-29	N	0	0	0
	%	0,0	0	0
30-59	N	1	0	1
	%	1,2	0	99
60 a mas	N	0	0	0
	%	0,0	0	0
Total	N	1	0	1
	%	1,2	0	100

Gráfico N°6. Maxilares Edéntulos Parciales de Clase IV según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

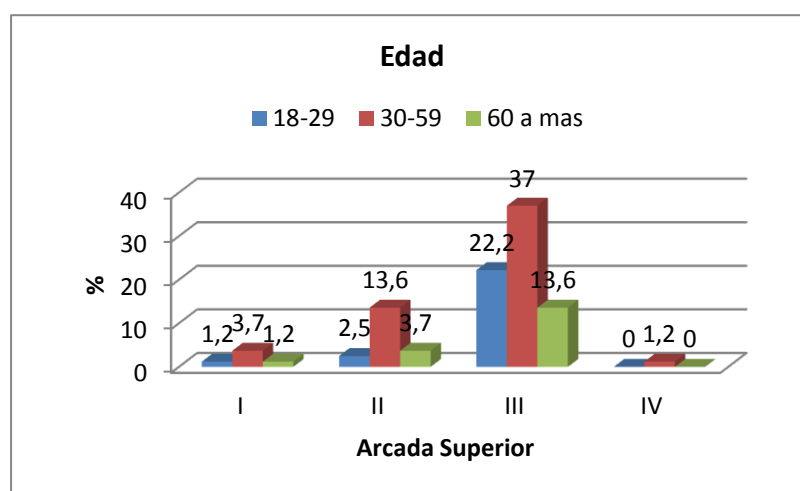
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase IV, que el rango de edad de 30 a 59 años fue la más frecuente con 1,2% (1 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, ningún caso fue reportado.

Cuadro N°7. Prevalencia de Edentulismo Parcial según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

EDAD		ARCADA SUPERIOR				Total
		I	II	III	IV	
18-29	N	1	2	18	0	21
	%	1,2	2,5	22,2	0,0	25,9
30-59	N	3	11	30	1	45
	%	3,7	13,6	37,0	1,2	55,6
60 a mas	N	1	3	11	0	15
	%	1,2	3,7	13,6	0,0	18,5
Total	N	5	16	59	1	81
	%	6,2	19,8	72,8	1,2	100,0

Gráfico N°7. Prevalencia de Edentulismo Parcial según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



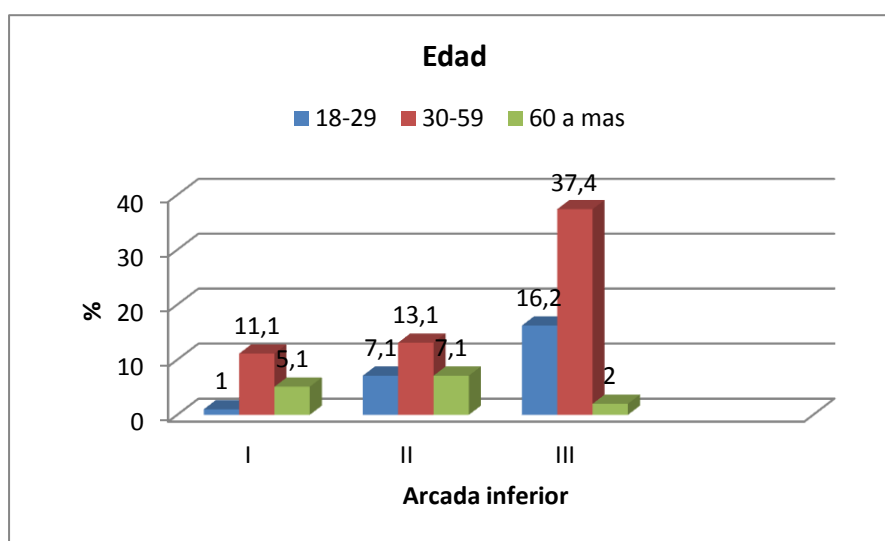
Interpretación:

Se encontró que la Clase III de Kennedy es la más frecuente; en el rango de edad de 18-29 años con 22,2% (18 casos), de 30-59 años con 37,0%(30 casos) y de 60 a más con 13,6% (11 casos); y la menos frecuente es la Clase IV con 1,2 % (1 caso) en el rango de 30-59 años.

Cuadro N° 8. Prevalencia de Edentulismo Parcial según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

EDAD		ARCADA INFERIOR			Total
		I	II	III	
18-29	N	1	7	16	24
	%	1,0	7,1	16,2	24,2
30-59	N	11	13	37	61
	%	11,1	13,1	37,4	61,6
60 a mas	N	5	7	2	14
	%	5,1	7,1	2,0	14,1
Total	N	17	27	55	99
	%	17,2	27,3	55,6	100,0

Gráfico N° 8. Prevalencia de Edentulismo Parcial según edad en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



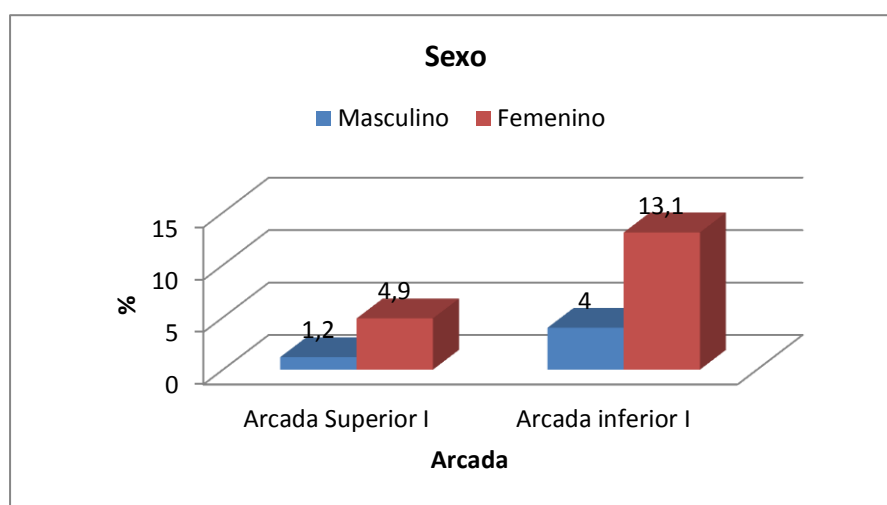
Interpretación:

Se encontró que la Clase III de Kennedy es la más frecuente en el rango de edad de 18-29 años con 16,2% (16 casos), de 30-59 años con 37,4%(37 casos) y de 60 a más con 2% (2 casos); y la menos frecuente es la Clase I; en el rango de edad de 18-29 años con 1% (1 casos), de 30-59 años con 11,1%(11 casos) y de 60 a más con 5,1% (5casos).

Cuadro N°9. Maxilares Edéntulos Clase I según género en el Servicio Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

SEXO		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	TOTAL
		I	I	I
Masculino	N	1	4	5
	%	1,2	4,0	22,7
Femenino	N	4	13	17
	%	4,9	13,1	77,3
Total	N	5	17	22
	%	6,2	17,2	100

Gráfico N°9. Maxilares Edéntulos Clase I según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

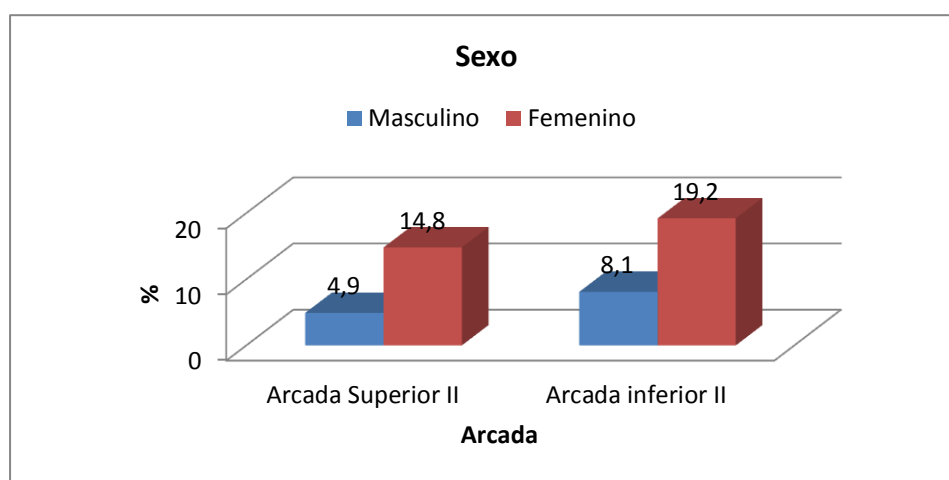
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase I, el género más frecuente fue el femenino con 4,9% (4 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase I, el género más frecuente fue el femenino con 13,1% (13 casos).

Cuadro N°10. Maxilares Edéntulos Clase II según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

SEXO		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	Total
		II	II	
Masculino	N	4	8	12
	%	4,9	8,1	27.9
Femenino	N	12	19	31
	%	14,8	19,2	72.1
Total	N	16	27	43
	%	19,8	27,3	100

Gráfico N°10. Maxilares Edéntulos Clase II según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

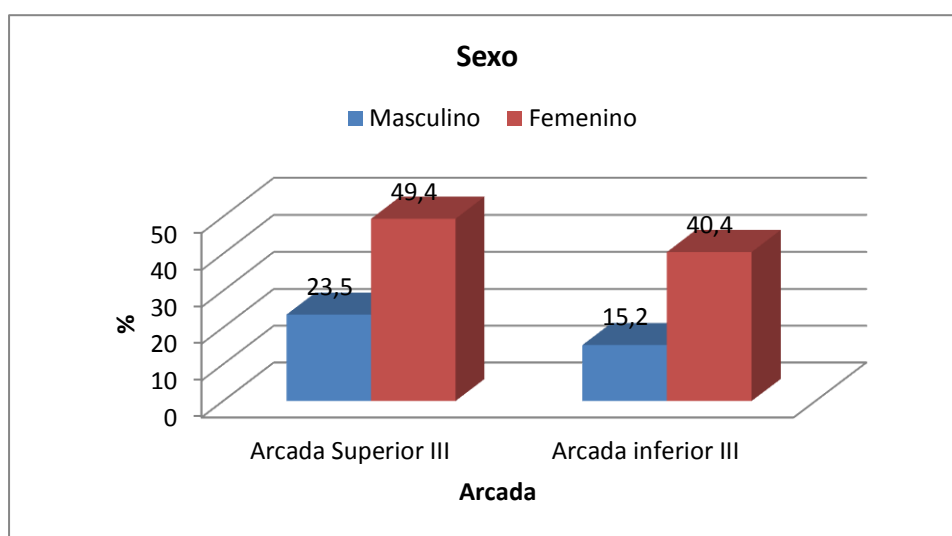
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase II, el género más frecuente fue el femenino con 14,8% (12 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase II, el género más frecuente fue el femenino con 19,2% (19 casos).

Cuadro N°11. Maxilares Edéntulos Clase III según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

SEXO		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	Total
		III	III	
Masculino	N	19	15	34
	%	23,5	15,2	29.8
Femenino	N	40	40	80
	%	49,4	40,4	70.2
Total	N	59	55	114
	%	72,8	55,6	100

Gráfico N°11. Maxilares Edéntulos Clase III según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

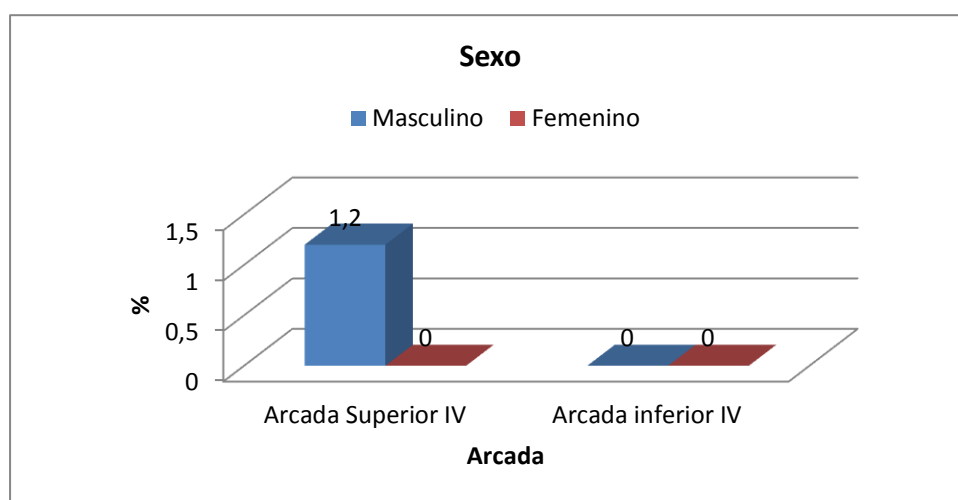
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase III, el género más frecuente fue el femenino con 49,4% (40 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase III, el género más frecuente fue el femenino con 40,4% (40 casos).

Cuadro N°12. Maxilares Edéntulos Clase IV según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

SEXO		ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	Total
		IV	IV	
Masculino	N	1	0	1
	%	1,2	0	99
Femenino	N	0	0	0
	%	0,0	0	0
Total	N	1	0	1
	%	1,2	0	100

Gráfico N°12. Maxilares Edéntulos Clase IV según género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

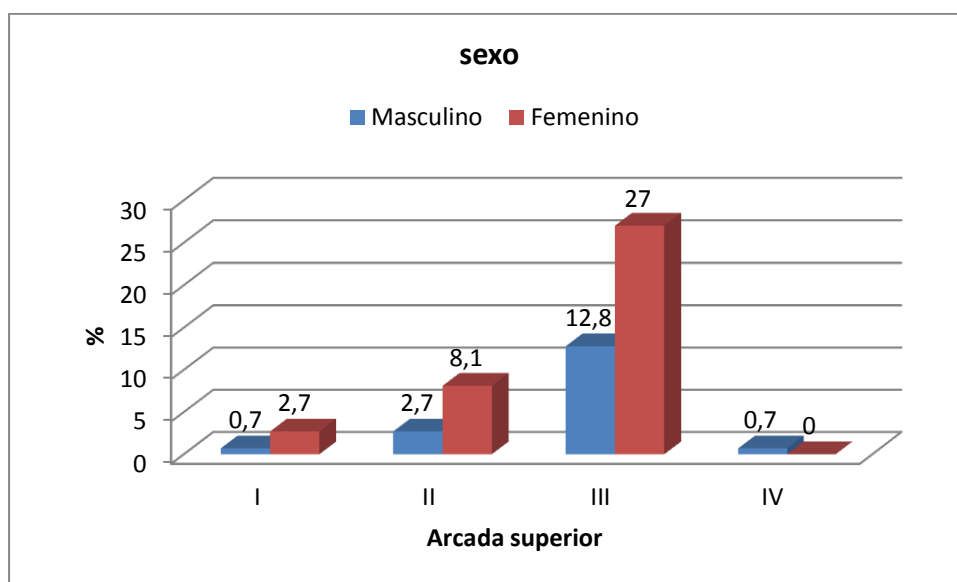
Se encontró que a nivel **MAXILAR**, dentro de la Clase IV, el género más frecuente fue el masculino con 1,2% (1 casos).

Se encontró que a nivel **MANDIBULAR**, dentro de la Clase IV, no hay ningún género predominante.

Cuadro N°13. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación Kennedy por género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

SEXO		ARCADA SUPERIOR				Total
		I	II	III	IV	
Masculino	N	1	4	19	1	46
	%	0,7	2,7	12,8	0,7	31,1
Femenino	N	4	12	40	0	102
	%	2,7	8,1	27,0	0,0	68,9
Total	N	5	16	59	1	148
	%	3,4	10,8	39,9	0,7	100,0

Gráfico N°13. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación Kennedy por género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



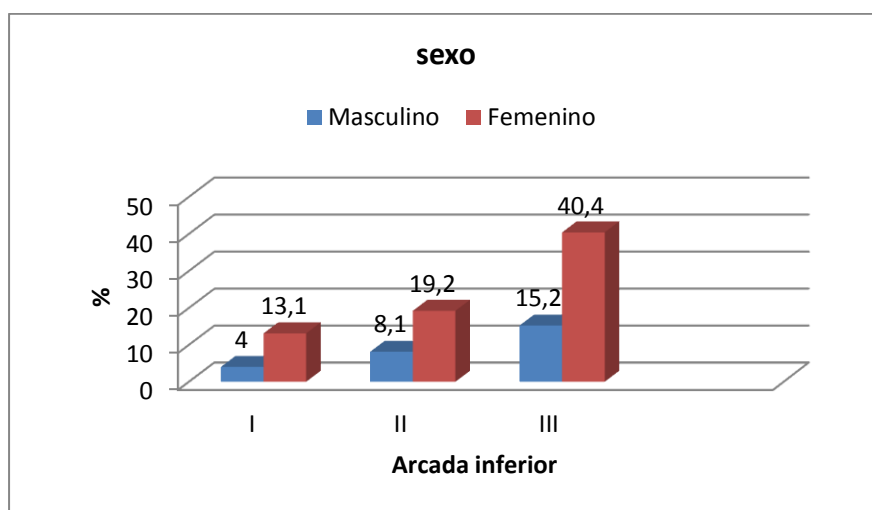
INTERPRETACIÓN

Se encontró que el género femenino es el predomina más con 68,9 % (102 casos), además que a nivel de la Clase III, el género femenino predomina con 27% (40 casos) y el género masculino con 12,8% (19 casos).

Cuadro N° 14. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación Kennedy por género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.

SEXO		ARCADA INFERIOR			Total
		I	II	III	
Masculino	N	4	8	15	27
	%	4,0	8,1	15,2	27,3
Femenino	N	13	19	40	72
	%	13,1	19,2	40,4	72,7
Total	N	17	27	55	99
	%	17,2	27,3	55,6	100,0

Gráfico N° 14. Maxilares Edéntulos Parciales según la Clasificación Kennedy por género en el Servicio de Odontología del Centro de Salud La Esperanza, atendidos entre los meses de Abril a Junio-2013.



INTERPRETACIÓN

Se encontró que el género femenino es el predomina más con 72,7 % (72 casos), además que a nivel de la Clase III, el género femenino predomina con 40,4% (40 casos) y el género masculino con 15,2% (15 casos)

4.2.-Discusión

A nivel internacional la Clasificación de Kennedy es muy estudiada tanto en países de Latinoamérica como en Asia, Europa y Medio Oriente, debido a que es utilizado como un indicador del estado de conservación de la piezas dentarias en boca; razón por la cual se lleva a cabo periódicamente este tipo de estudio donde se permite contrastar si hay mejoras o no. De esta manera se puede comprobar si las políticas y programas de prevención y conservación en salud oral son efectivas. En el Perú, existen pocos estudios que nos permitan realizar este tipo de análisis, en especial, que tomen poblaciones estratégicamente distribuidas como para poder tener una idea más cercana de la prevalencia de Edentulismo Parcial, por lo menos en Tacna. El estudio más actual realizado en el país lo encontramos por Judith Verónica López Olivera en el 2009, que realizó un estudio acerca de Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval, Judith Verónica López Olivera encontró la mayor prevalencia en la Clase I con el 38,9% (105 casos) siguiéndole la Clase II con el 27%, la Clase III con el 25% y la Clase IV con el 1%.

En nuestro estudio, a diferencia que Judith López , se encontró a la Clase III estricta como la más frecuente en relación a las demás clasificaciones tomando en cuenta las modificaciones; a nivel MAXILAR con el 32,1% (26 casos) y MANDIBULAR con el 29,3% (29 casos). Lo que nos dio resultados similares a los encontrados por Martín Robles en la comunidad de Huaylahuichan, distrito de Acobamba de la provincia de Tarma, Departamento de Junín en 1987 y el estudio de José Carrera en los pobladores residentes en el AAHH “Sol Naciente” del distrito de Carabayllo-Lima en el año 2005 en el que se encontró la clase III sin modificaciones con un 37.5% en maxilar superior y en el inferior 37.3%.

La clase III estricta es la de mayor prevalencia en nuestro estudio, la principal razón de este hecho puede ser explicado por la frecuencia de la pérdida prematura de la primera molar, ya que por la edad en que erupciona y la circunstancia en que aparece en boca sin haber exfoliado ningún elemento primario, los padres, encargados de la salud bucal del niño muchas veces, desconocen que ésta es una pieza permanente. Por ello, padres con poca motivación en cuanto a salud bucal, no le dan la importancia necesaria y lamentablemente,

este primer exponente de la dentición permanente, tiene muy poco tiempo de vida sana en la boca de un niño.

En todos los estudios revisados anteriormente se encontró un porcentaje similar de Clase IV, en nuestro estudio de 0,6 % y en el de Judith Verónica López Olivera de 1%, Noborikawa, José Carrera y Martín Robles presentaron resultados similares. Este hecho podría explicarse por el mayor cuidado e importancia que le dan los pacientes a sus dientes anteriores, además de la mejor ubicación de estas piezas en el arco dentario.

En lo que se refiere al género, la población de Judith Verónica López Olivera fue predominantemente masculina con el 90%, en la de Nobarikawa fue predominante la femenina con el 70%, en nuestro estudio, la población fue predominantemente femenina con el 68,9%, esto es debido a la mayor asistencia de mujeres al Servicio de Odontología. En lo que respecta a la edad la población de Judith Verónica López Olivera el rango de edad predominante se encontró entre los 50 y 59 años, en el estudio de Nobarikawa fue de 52 años, mientras que en el nuestro fue el rango de 30-59.

Comparando nuestros resultados con los encontrados en estudios realizados por Dwari en Jordania durante el año 2008, se puede apreciar que la Clase de Kennedy más prevalentes son en primer lugar las Clase III con un 45% seguida por la Clase II, tanto en el maxilar superior como el inferior, el estudio de Rcheford Quiroz Cristian en Chile en 1998, la clase I de Kennedy fue la más frecuente con el 31% mientras que la clase III presentó un 23 %, mientras que en el nuestro, la clase I presenta un 12,2% y la clase III presenta un 63,3%. Estos resultados demostrarían un mejor conservación de las piezas dentarias por parte de nuestra población.

En los estudios de realizados por Robles, Noborikawa, Max Carrera y Judith López en la población peruana se puede observar que más de la mitad de la población presenta edentulismo parcial, esto se puede deber a varios factores, entre los más resaltantes tenemos al nivel socioeconómico y educacional.

Según el Ministerio de Salud, en lo que respecta a Salud Bucal; el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2010-2011, indica que el tercer grupo de morbilidad más frecuente, constituido por “Patología dentaria”, fue responsable de 1'598,163 atenciones (5,1 %

del total de atenciones) y se debió principalmente a los siguientes grupos diagnósticos: “Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén”, y “Caries dental”. Estos grupos diagnósticos incluyen a los diagnósticos como a los Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes, Dientes incluidos e impactados, Caries dental, Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes, Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, Gingivitis y enfermedades periodontales, y Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula.

Asimismo a nivel de Tacna, durante el año 2010 se registraron en esta región un total de 265,899 atenciones. Los diez principales grupos de morbilidad identificados representaron el 39 % (103,412) de las atenciones financiadas por el SIS durante el año 2010.

La segunda causa de morbilidad fue “Patología dentaria” (grupos diagnósticos: Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén / Caries dental), que representaron el 8 %¹⁶.

Por las características de la población que acude al Centro de Salud La Esperanza, se observó que la mayoría provienen de un nivel socioeconómico bajo que tienen otras prioridades y necesidades

primarias antes de poderse realizar cualquier tratamiento odontológico básico y menos aún un tratamiento protésico adecuado, por eso ante un problema odontológico , prefieren optar por la solución más económica como es la extracción dentaria, lo cual explica los motivos del alto porcentaje de edentulismo en nuestra población.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy con mayor prevalencia es la clase III (114 casos),

SEGUNDA: La prevalencia de la clase I de Kennedy en el maxilar superior es (6,1 %) y en el maxilar inferior es (17,2%).

TERCERA: La prevalencia de la clase II de Kennedy en el maxilar superior es (19,6 %) y en el maxilar inferior es (27,3%).

CUARTO: La prevalencia de la clase III de Kennedy en el maxilar superior es (72,8 %) y en el maxilar inferior es (82,8 %).

QUINTO: La prevalencia de la clase IV de Kennedy en el maxilar superior es (1,23%) y en el maxilar inferior es (0%).

SEXTO: La prevalencia de edentulismo parcial según la edad se encontró que la Clase III de Kennedy es la más frecuente en el rango

de edad de 18-29 años con 22,2% (18 casos), de 30-59 años con 37,0 % (30 casos) y de 60 a más con el 13,6 %.

SÉPTIMO: La prevalencia de edentulismo parcial según el sexo ; se encontró que el género femenino es el que predomina con 68,9% , además que a nivel de la Clase III , el género femenino predomina con 27% (40 casos) y el género masculino con 12,8 % .

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Es necesario que se realicen este tipo de estudios con mayor frecuencia, no solo a nivel de la provincia de Tacna sino también a nivel de toda la región, ya que es conocido que el nivel socio-económico e intelectual repercute en el cuidado de la salud oral siendo probable que la prevalencia de edentulismo parcial varíe en poblaciones menos urbanizadas y por lo tanto con menor acceso a la información en el cuidado de la salud oral.

SEGUNDA: En base a los resultados del estudio deberían tomarse las medidas pertinentes tanto en la mejor distribución de las políticas de prevención y la necesidad de implementar un programa donde se instruya a la población sobre la importancia del cuidado dentario, de modo que acuda a tiempo a consulta en busca de atención odontológica para prevenir la formación de patologías bucales y de esta manera conservar y mantener en buen estado la cavidad bucal; y a su vez prevenir la caries dental que es una de las causas más frecuentes para la extracción temprana de los dientes en general , además de brindarles a estos pacientes mayor información sobre la

importancia la rehabilitación oral y de la preservación de las piezas dentarias.

TERCERA:

La gran demanda de tratamientos, además de la necesidad protésica de los pacientes edéntulos de bajos recursos económicos, debería obligar al estado a la creación servicios de rehabilitación oral en los más importantes centros de salud de la ciudad, para la atención de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuenca Sala Emili, Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3era edición. Madrid: Elsevier; 2005.
2. Loza Fernández. David, Valverde Montalva H. Rodney. Diseño de la Prótesis Parcial Removible. Madrid: Editorial Ripano S.A; 2007. Pag. 13; 101-103.
- 3.- Balerazo J. Relación entre el nivel socioeconómico-cultural y la situación de la salud bucal en pobladores de zonas urbano marginales del Cono Norte de Lima-Metropolitana. [Tesis para optar al grado de bachiller en estomatología]. [Lima – Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1986. 190 p.
- 4.- Rochefort Quiroz Christian; Ocaranza, T. Biotti, P. Espinoza Marín, H. “Distribución de las vías de carga protésica en pacientes desdentados parciales de acuerdo a la Clasificación de Kennedy”. Revista de la Facultad de Chile. 1998 Vol. 16 núm. 2: 49-54. Jul-Dic.
- 5.- Lambertini, A, et al. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas “Dra. Elsa La Corte” (CAPEI) de la Universidad

Central de Venezuela entre Noviembre del 2003 y Noviembre del 2004. Acta Odontológica Venezolana. 2004; Vol.44N°3: Pág. 342-345.

6. -Dwairi, Al, et al, Partial Edentulism and Removable Denture Construction, a frequency study in Journal of Prosthodontic Restorative, Dental, Marzo 2006, Vol. 14(1): págs 13-17. Jordan. 2006.

7. -Enoki, k et al, Incidence of Partial Denture usage and Kennedy Classification. University of Osaka. Japan July 3, 2008

8.-Robles Martín. Prevalencia de pérdida dentaria en relación a la problemática del desdentado y su rehabilitación en la comunidad rural Huaylahuichan. Tarma-Junín. [Tesis para optar al grado de bachiller en estomatología]. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1987. 240 p.

9.-Noborikawa Kohatsu, Andrés. Frecuencia de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy-Applegate en la clínica universitaria de la Facultad de Odontología de la universidad San Martín de Porras; [Tesis para optar al título de Cirujano Dentista]. [Lima-Perú]: Universidad San Martín de Porras; 2001. 159 p.

10.-Carrera Rivera José Max, Frecuencia y clase de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores residentes del A.A.H.H "SOL NACIENTE" del distrito de CARABAYLLO-LIMA en el

año 2005 [Tesis para optar el título cirujano dentista].[Lima-Perú]:
Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005. 90 p.

URL Disponible en: www.cop.org.pe/biblioteca/index.php/tesis/.../650-jose-max-carrera-rivera

11-López Olivera Judith Verónica, Prevalencia de Edentulismo Parcial Según la Clasificación de Kennedy en el servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara [Tesis para optar el título cirujano dentista]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. 88 p.

URL Disponible en:

www.cop.org.pe/bib/tesis/JUDITHVERONICALOPEZOLIVERA.pdf

12.-Hernández de Ramos, Marilia. Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2001. Capítulo 2, Diagnóstico y plan de tratamiento rehabilitador en el paciente geriátrico; Pág. 46-54.

13.-Mallat Desplats, E. Prótesis removible clínica y Laboratorio. Madrid- España: Mosby/Doyma Libros; 1995. Pág. 3-6.

14.-Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken. Prótesis Parcial Removible. Undécima edición. Madrid: Elsevier España S.A; 2006.

15.-Mezzomo, E. Rehabilitación oral para el clínico. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica C.A; Venezuela 2003.

16.-www.sis.gob.pe, Estudio Epidemiológico de distribución y frecuencia de atenciones preventivas y de morbilidad – Perú 2010. Perú: Ministerio de Salud; 2011-[actualizado el 11 de julio del 2011; acceso 23 de marzo 2014] Disponible en:http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/biblioteca/pdf/Estudio_Epidemiologia_Distrib.

ANEXO N°01

❖ CONSECUENCIAS DE EDENTULISMO PARCIAL



FIG. 1 MIGRACIÓN EN EL DIENTE 35 Y ROTACIÓN DENTARIA EN EL DIENTE 34

(Imagen tomada de HERNÁNDEZ RAMOSMARILIA .Rehabilitación oral para el paciente geriátrico. Pág. 46)

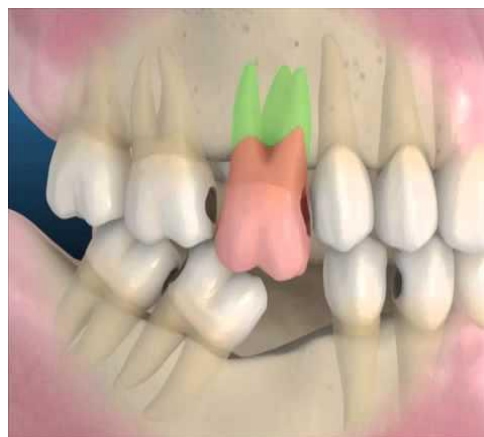


FIG.2 EXTRUSIÓN DE LA PZA. 16, MESIALIZACIÓN DE LA PZA.47

(Imagen tomada del doctor Javier Gadea, Art. Consecuencias de la pérdida

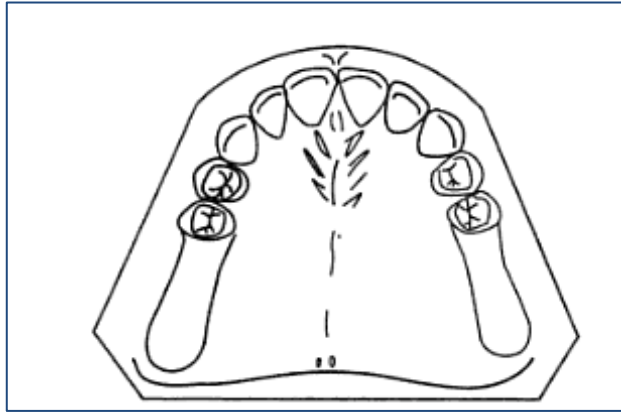


FIG.3 Clase I .Áreas edéntulas bilaterales, ubicadas posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal bilateral)

Imagen extraída: Rendón Yúdice Roberto, Prótesis Parcial Removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Pag.4

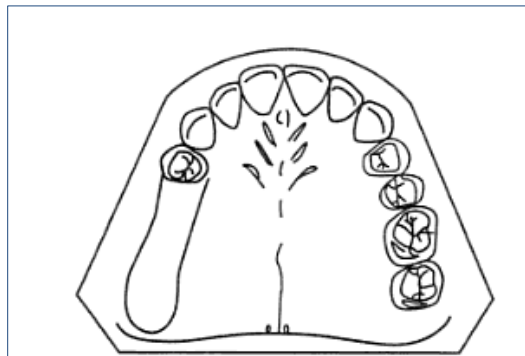


FIG.4 Clase II .Área edéntula unilateral, ubicadas posteriormente a los dientes remanentes (extensión distal unilateral).

Imagen extraída: Rendón Yúdice Roberto, Prótesis Parcial Removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Pag.4

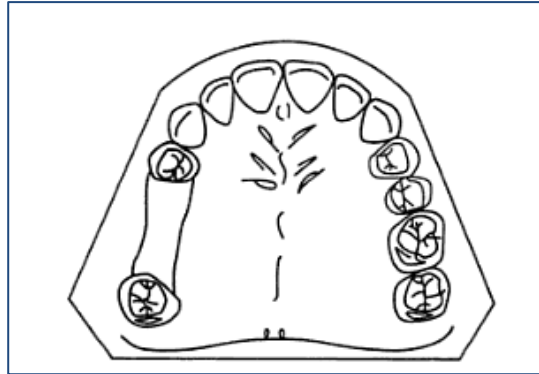


FIG.5 Clase III .Área edéntula unilateral, limitada por dientes anteriores y posteriores.

Imagen extraída: Rendón Yúdice Roberto, Prótesis Parcial Removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Pag.4

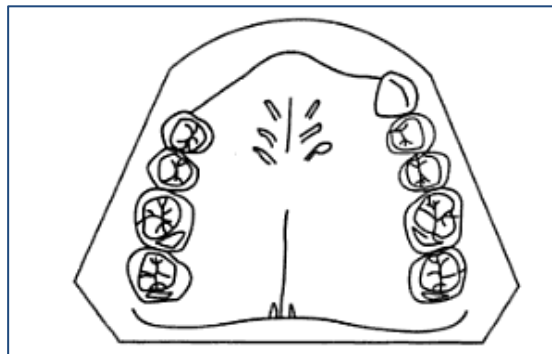


FIG.6 Clase IV .Área edéntula bilateral, localizada delante de los dientes remanentes y cruza la línea media.

Imagen extraída: Rendón Yúdice Roberto, Prótesis Parcial Removible: conceptos actuales, atlas de diseño. Pag.4

ANEXO N° 02

- ❖ FOTOGRAFÍAS DE LAS DIVERSAS ÁREAS DEL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA DONDE SE RECOLECTO LA MUESTRA



FIG.7 VISTA FRONTAL DEL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA

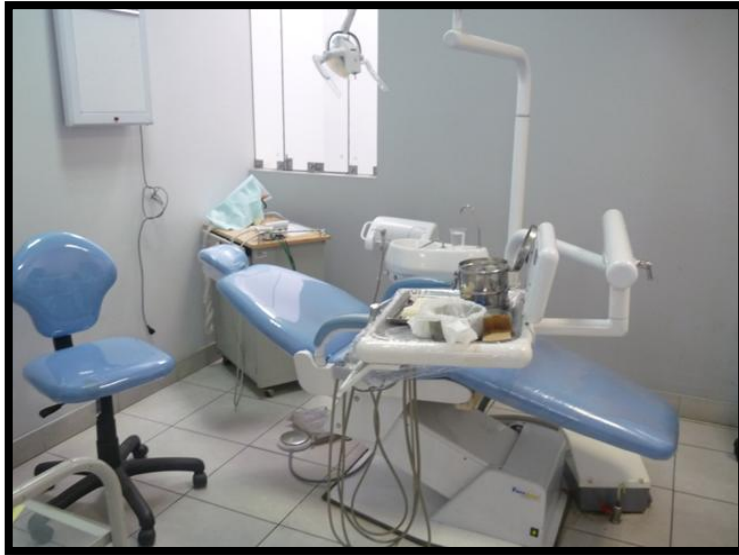


FIG.8 SILLÓN DEL CONSULTORIO N°1 DONDE SE REALIZÓ LA TOMA DE LA MUESTRA

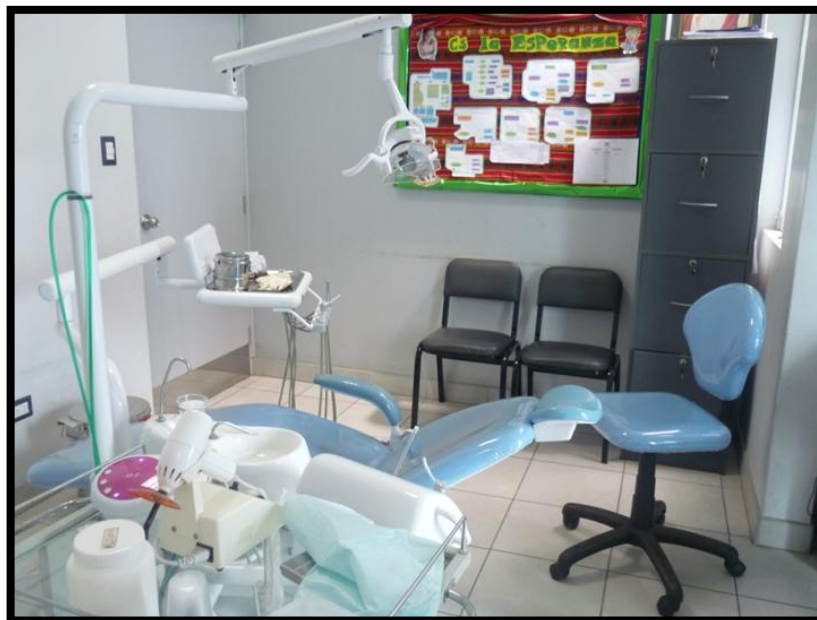


FIG.9 SILLÓN DEL CONSULTORIO N°2 DONDE SE REALIZÓ LA TOMA DE LA MUESTRA



FIG.10 SILLÓN DEL CONSULTORIO N°3 DONDE SE REALIZÓ LA TOMA DE LA MUESTRA

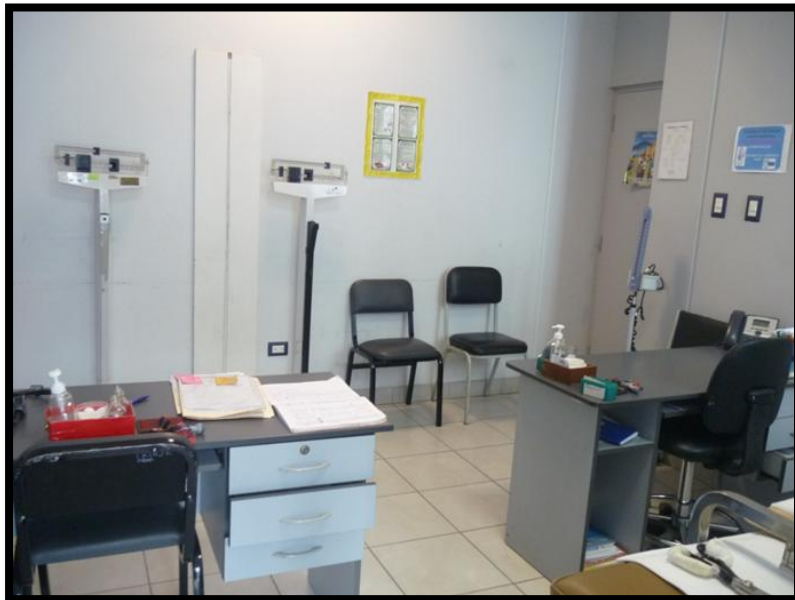


FIG.11 SALA DE TRIAJE DONDE REALIZÓ LA TOMA DE LA MUESTRA

➤ EXAMEN CLÍNICO Y LLENADO DE ODONTOGRAMAS

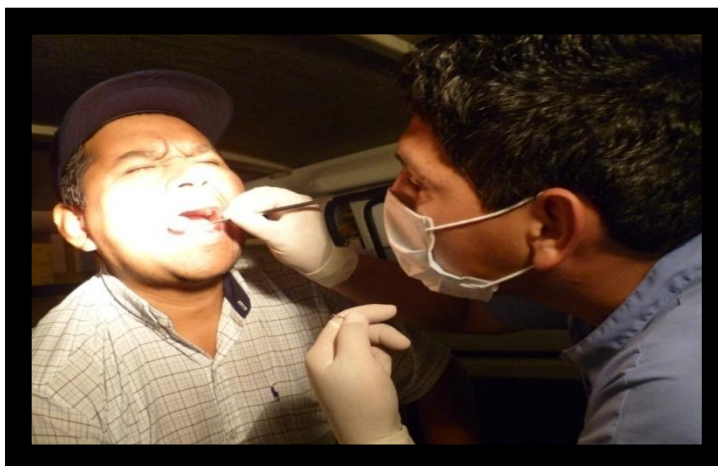


FIG.12 EXAMEN CLÍNICO MINUCIOSO PARA LA TOMA DE LA MUESTRA

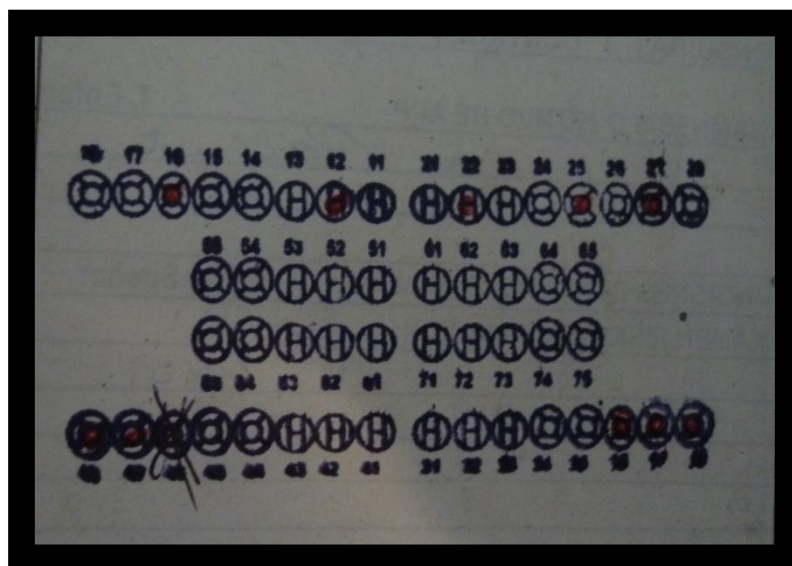


FIG. 13 LLENADO DEL ODONTOGRAMA



FIG. 14 ARCHIVADOR QUE CONTIENE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL AÑO 2013

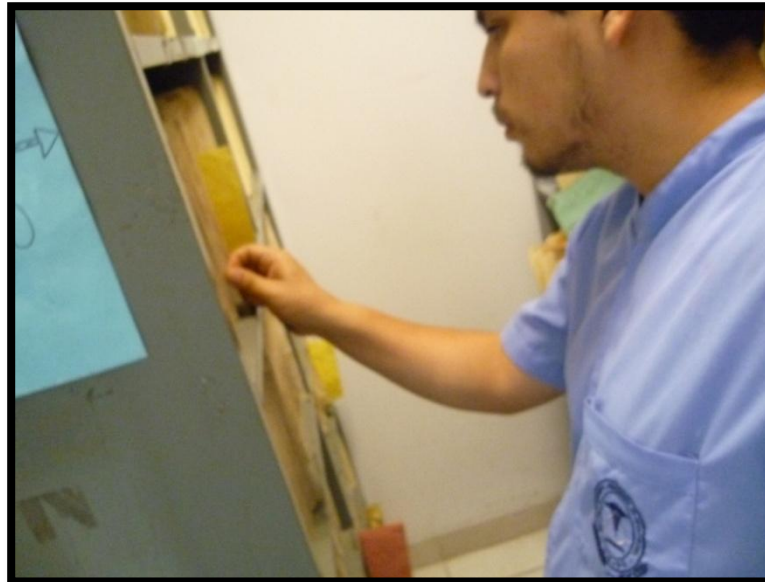


FIG. 15 Búsqueda de las historias clínicas de los pacientes atendidos para su correspondiente consignación.

ANEXO N° 03

INSTRUMENTO

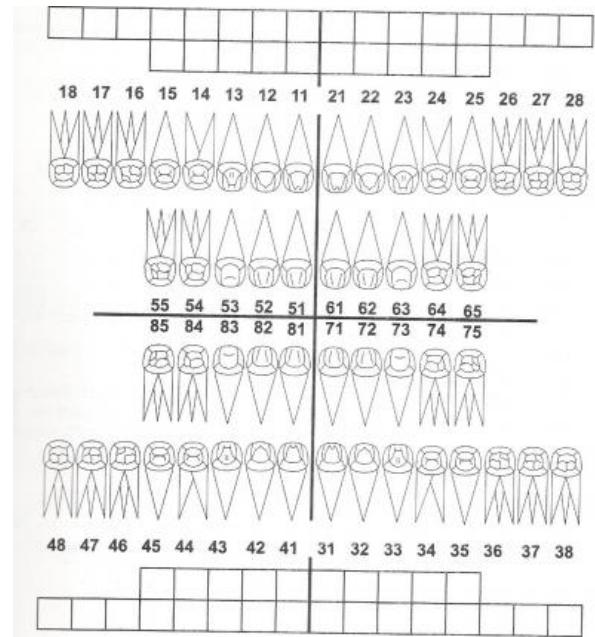
**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE
BASADRE GROHOMAN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ODONTOLOGÍA**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.-Nombre del paciente:

2.-Sexo: M___F_____ 3.-Edad:

4.-N. de Historia y/o documento de identidad.....



CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	ARCADA SUPERIOR	I	
		II	
		III	
		IV	
		MODIFICACIÓN	
	ARCADA INFERIOR	I	
		II	
		III	
		IV	
		MODIFICACIÓN	

ANEXO N° 04

PROPUESTA DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD BUCAL

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente.

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal.

Durante años se ha venido ejecutando diferentes estrategias para disminuir la alta tasa de prevalencia de enfermedades bucodentales en el Perú, las cuales no han logrado los resultados esperados, es por ello que realizamos la siguiente propuesta de plan estratégico de salud bucal.

Objetivos

- ✓ Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población peruana a través de su salud bucal con fuerte componente de promoción y protección de salud y prevención de la enfermedad
- ✓ Permitir la accesibilidad a los servicios de salud a las poblaciones rurales y marginales del país.
- ✓ Concientizar a la población sobre la importancia de salud
- ✓ Disminuir la incidencia de las enfermedades bucodentales a nivel nacional

Propuestas

1.-Creación de un plan estratégico de salud oral en el cual garantice que la madre llegue al final de su embarazo sin afección periodontal debido a que esta puede favorecer un parto prematuro, ni presencia de caries ya que las bacterias que provocan las caries pueden pasar de la boca de la madre a la del bebé. Estos gérmenes se transmiten fácilmente a través de los besos, de la cuchara, del biberón, del chupete. Por eso es importante que la madre mantenga una boca sana.

2.-A nivel escolar sería ideal la asignación de un odontólogo por colegio el cual pueda realizar evaluaciones semestrales a todos los alumnos, a igual reforzar charlas sobre la importancia de la salud oral a los profesores y padres de familias además de realizar actividades preventivo promocionales y curativas.

3.-El estado debe fomentar y hacer cumplir la ley de promoción de la alimentación saludable en todos los colegios del país, la cual permitirá la disminución de la dieta rica en azúcares por parte de los niños.

4.-Implementación y puesta en acción a nivel nacional de los buses odontológicos, los cuales recorrerían las zonas más alejadas del país realizando actividades preventivas, curativas y recuperativas. Además de

facilitarle los implementos necesarios para la realización de su higiene oral a dicha población.

5.-Realizar campañas de concientización a través de los medios de comunicación sobre la importancia de la salud oral, la cual permitirá mayor llegada a la población.

6.-Crear servicios de rehabilitación oral en los más importantes centros de salud de la ciudad, con la finalidad de satisfacer a gran demanda de tratamientos, además de las necesidades protésica de los pacientes edéntulos parciales y totales de bajos recursos económicos.

7.-Debido a la dificultad en el acceso a las unidades de salud en los adultos, sobre todo los trabajadores, lo cual acarrearán una desmejora de los problemas existentes, cambiándoles en urgencia y motivo de ausencia al trabajo, además de las consecuencias perdidas dentarias. Es por eso necesario facultar horarios de atención que sean compatibles con las necesidades de atención a este grupo e integrar la atención odontológica a los programas del trabajador y seguridad ocupacional

8.-Ejecutar la ley del residentado odontológico la cual garantizara formar especialistas competentes, capaces, éticos y responsables, con el conocimiento idóneo para ejercer en la práctica privada e institucional, la cual permitirá una atención de calidad a la población

ANEXO N° 05
MATRIZ DE DATOS

v1	v2	v2cod	v3	var2	var3	v03
						edentulismo parcial
M		69 60-69	II	clase II-2		2 superior
						edentulismo parcial
F		24 20-29	II	II		0 superior
						edentulismo parcial
F		34 30-39	III	clase III		0 superior
F		89 70 a mas	no tiene		0	0 dentado
						edentulismo parcial
M		22 20-29	III	clase III		0 superior
						edentulismo parcial
M		59 50-59	I	clase I		0 superior
						edentulismo parcial
F		24 20-29	III	clase III		0 superior
						edentulismo parcial
F		29 20-29	III	clase III-2		2 superior
						edentulismo parcial
M		35 30-39	III	clase III-3		3 superior
F		18 17-19	no tiene		0	0 dentado
F		25 20-29	no tiene		0	0 dentado
M		29 20-29	no tiene		0	0 dentado
						edentulismo parcial
F		37 30-39	II	clase II-2		2 superior
						edentulismo parcial
F		54 50-59	III	clase III-3		0 superior
						edentulismo parcial
F		59 50-59	III	clase III-2		2 superior
						edentulismo parcial
F		60 60-69	III	clase III		0 superior
						edentulismo parcial
M		38 30-39	III	clase III		0 superior
M		30 30-39	no tiene		0	0 dentado
M		23 20-29	no tiene		0	0 dentado
						edentulismo parcial
M		35 30-39	III	clase III-2		2 superior
F		33 30-39	no tiene		0	0 dentado

M	29	20-29	no tiene	0	0	dentado edentulismo parcial
M	49	40-49	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	45	40-49	III	clase III	0	superior
M	34	30-39	no tiene	0	0	dentado
F	25	20-29	no tiene	0	0	dentado
M	73	70 a mas	no tiene	0	0	dentado edentulismo parcial
M	29	20-29	III	clase III-1	1	superior
F	24	20-29	no tiene	0	0	dentado edentulismo parcial
F	50	50-59	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	40	40-49	I	clase I -1	1	superior
F	40	40-49	no tiene	0	0	dentado
F	28	20-29	no tiene	0	0	dentado
F	34	30-39	no tiene	0	0	dentado
F	30	30-39	no tiene	0	0	dentado edentulismo parcial
F	35	30-39	II	clase II -1	1	superior edentulismo parcial
M	35	30-39	II	clase II-2	2	superior edentulismo parcial
F	58	50-59	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	34	30-39	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	32	30-39	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	21	20-29	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
M	51	50-59	III	clase III-1	1	superior
F	27	20-29	no tiene	0	0	dentado
M	48	40-49	no tiene	0	0	dentado edentulismo parcial
M	72	70 a mas	II	clase II-2	2	superior edentulismo parcial
F	23	20-29	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	27	20-29	III	clase III-2	2	superior
F	26	20-29	III	clase III	0	edentulismo parcial

						superior edentulismo parcial
F	60	60-69	III	clase III-1	1	superior edentulismo parcial
F	42	40-49	III	clase III	0	superior
M	40	40-49	no tiene		0	dentado edentulismo parcial
F	23	20-29	III	clase III-1	1	superior edentulismo parcial
M	34	30-39	III	clase III-2	2	superior edentulismo parcial
F	67	60-69	III	clase III-1	1	superior
M	68	60-69	no tiene		0	dentado edentulismo parcial
M	48	40-49	III	clase III-2	2	superior
M	24	20-29	no tiene		0	dentado edentulismo parcial
M	20	20-29	III	clase III-1	1	superior edentulismo parcial
F	21	20-29	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
M	74	70 a mas	III	clase III	0	superior
F	23	20-29	no tiene		0	dentado edentulismo parcial
M	40	40-49	III	clase III-1	1	superior edentulismo parcial
F	18	17-19	III	clase III-1	1	superior edentulismo parcial
F	60	60-69	III	clase III	0	superior
F	18	17-19	no tiene		0	dentado edentulismo parcial
F	24	20-29	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	41	40-49	II	II	0	superior edentulismo parcial
M	44	40-49	III	clase III	0	superior edentulismo parcial
F	43	40-49	II	clase II -1	1	superior edentulismo parcial
F	27	20-29	I	clase I	0	superior
F	35	30-39	no tiene		0	dentado
M	78	70 a mas	III	clase III	0	edentulismo parcial

					superior
					edentulismo parcial
F	31	30-39	II	clase II -1	1 superior
					edentulismo parcial
M	34	30-39	III	clase III	0 superior
					edentulismo parcial
F	65	60-69	III	clase III-2	2 superior
M	19	17-19	no tiene	0	0 dentado
F	27	20-29	no tiene	0	0 dentado
F	41	40-49	no tiene	0	0 dentado
F	27	20-29	no tiene	0	0 dentado
					edentulismo parcial
F	68	60-69	I	clase I	0 superior
F	27	20-29	no tiene	0	0 dentado
M	49	40-49	no tiene	0	0 dentado
					edentulismo parcial
F	42	40-49	I	clase I	0 superior
F	40	40-49	no tiene	0	0 dentado
					edentulismo parcial
F	40	40-49	III	clase III-2	2 superior
					edentulismo parcial
F	69	60-69	III	clase III-2	2 superior
					edentulismo parcial
M	62	60-69	III	clase III-1	1 superior
					edentulismo parcial
M	49	40-49	IV	clase IV	0 superior
					edentulismo parcial
F	32	30-39	II	clase II-2	2 superior
					edentulismo parcial
F	43	40-49	III	clase III-1	1 superior
F	34	30-39	no tiene	0	0 dentado
					edentulismo parcial
F	22	20-29	III	clase III-2	2 superior
F	24	20-29	no tiene	0	0 dentado
F	39	30-39	no tiene	0	0 dentado
					edentulismo parcial
F	40	40-49	III	clase III-1	1 superior
F	19	17-19	no tiene	0	0 dentado
					edentulismo parcial
F	42	40-49	III	clase III	0 superior
					edentulismo parcial
F	38	30-39	III	clase III-1	1 superior

F	48	40-49	no tiene	0	0	dentado
F	23	20-29	no tiene	0	0	dentado
F	20	20-29	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	33	30-39	II	clase II-2	2	superior
F	45	40-49	no tiene	0	0	dentado
F	27	20-29	no tiene	0	0	dentado
M	38	30-39	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	28	20-29	III	clase III-3	3	superior
						edentulismo parcial
F	70	70 a mas	II	clase II-2	2	superior
F	35	30-39	no tiene	0	0	dentado
M	35	30-39	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
M	59	50-59	III	clase III-1	1	superior
						edentulismo parcial
F	33	30-39	II	II	0	superior
F	35	30-39	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	37	30-39	III	clase III	0	superior
F	29	20-29	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	28	20-29	III	clase III-2	2	superior
M	29	20-29	no tiene	0	0	dentado
F	42	40-49	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
M	70	70 a mas	III	clase III-3	3	superior
F	30	30-39	no tiene	0	0	dentado
M	39	30-39	no tiene	0	0	dentado
F	34	30-39	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
M	40	40-49	III	clase III-1	1	superior
						edentulismo parcial
F	24	20-29	III	clase III-1	1	superior
F	49	40-49	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
M	39	30-39	II	clase II -1	1	superior
M	29	20-29	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
M	23	20-29	III	clase III-1	1	superior

M	64	60-69	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
M	74	70 a mas	III	clase III	0	superior
F	33	30-39	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	37	30-39	II	clase II-3	3	superior
M	33	30-39	no tiene	0	0	dentado
M	20	20-29	no tiene	0	0	dentado
F	36	30-39	no tiene	0	0	dentado
M	40	40-49	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	33	30-39	III	clase III-1	1	superior
M	60	60-69	no tiene	0	0	dentado
F	30	30-39	no tiene	0	0	dentado
F	23	20-29	no tiene	0	0	dentado
F	25	20-29	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	27	20-29	II	II	0	superior
F	30	30-39	no tiene	0	0	dentado
F	22	20-29	no tiene	0	0	dentado
						edentulismo parcial
F	33	30-39	III	clase III-1	1	superior
						edentulismo parcial
F	31	30-39	III	clase III	0	superior
F	26	20-29	no tiene	0	0	dentado
M	38	30-39	no tiene	0	0	dentado
F	30	30-39	no tiene	0	0	dentado

Solicitud: Ejecución del Instrumento de Tesis

SEÑOR GERENTE DEL CENTRO DE SALUD "LA ESPERANZA"

DR. RENAN NEIRA ZEGARRA

S.D.

Yo, José Miguel Álvarez Covinos, estudiante del 6to año de la E.A.P. de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud- UNJBG, con código 05-28465, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo la opinión favorable de mi Asesor de Proyecto de Tesis, C.D. José Luis Pacheco Torre, y teniendo validado el instrumento de recolección de datos, es que solicito se me permita recabar la información pertinente para así poder llevar a cabo mi proyecto de investigación de tesis.

Así mismo hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto a:

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY, EN PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA ALTO DE LA ALIANZA – TACNA, ENTRE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DEL AÑO 2013.

Por lo anteriormente expresado, ruego a usted ordene a quien corresponda se dé trámite a mi solicitud en la brevedad posible.

Tacna, Diciembre 2013



José Miguel Álvarez Covinos

