

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES EL GALENO AÑO 2021

TESIS

Presentada por:

Bach. Wendy Raquel Paquita Alfaro

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA-PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

**PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN KENNEDY EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS DEL CENTRO DE
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
EL GALENO AÑO 2021**

TESIS

Presentada por:

Bach. WENDY RAQUEL PAQUITA ALFARO

Para optar el Título Profesional de:

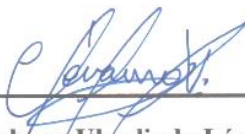
CIRUJANO DENTISTA

Aprobada porUNANIMIDAD....., ante el siguiente jurado.



Mtro. Milton Saúl Flor Rodríguez

Presidente



Mtro. Carroll Johana Uberlinda Lévano Villanueva

Miembro



Mtro. Melania Ruth Rosado Ventura

Miembro



M.Sc. Yury Miguel Tenorio Cahuana

Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Yury Tenorio Cahuana, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 10113-2020-FACS-UNJBG de la tesis, titulado:

“PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EL GALENO AÑO 2021”

Presentado por la bachiller Wendy Raquel Paquita Alfaro, para optar el título profesional de Cirujano Dentista.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del **software de similitud textual** TURNITIN cuenta con el nivel de **similitud permitido cuyo porcentaje es 7 %**. Por lo que, CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis enunciado-líneas arriba, la cual esta expedita para continuar con los trámites para la obtención de título profesional, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR

Nombre y Apellidos

DNI:



C.D. Yury Miguel Tenorio Cahuana

00413780



Huella

FIRMA TESISTA

Nombre y Apellidos

DNI:



Wendy Raquel Paquita Alfaro

75364564



Huella

DEDICATORIA

A Dios ante todo, porque es la fuente de mi perseverancia. A mi familia por el fuerte apoyo emocional durante este tiempo. En especial a mi hijo Alejandro que desde que nació es el motor y motivo de superación.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor, por proporcionarme información relevante que facilitó y ayudó a completar la presente tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problema Específicos.....	5
1.3. OBJETIVOS	5
1.4. HIPÓTESIS.....	6
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
2.1.1. Internacional.....	27
2.1.2. Nacional.....	31
2.1.3. Local.....	32
2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS.....	33
2.2.1. Edentulismo.....	33
2.2.2. Edentulismo parcial.....	33
2.2.2.1. Causas	34
2.2.2.2. Consecuencias	35
2.2.2.3. Clasificación	35
2.2.2.4. Principios del diseño de prótesis.....	37
2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS	40

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIALES Y MÉTODOS.....	41
3.2.1. Tipo y diseño de la investigación	41
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	41

3.2.1. Población estudio	41
3.2.2. Muestreo	42
3.2.3. Muestra	42
3.2.4. Criterios de selección.....	42
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.4. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	44

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS.....	45
4.2. DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes el galeno año 2021.....	45
Tabla 2. Prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el género	47
Tabla 3. Prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el grupo etario.....	49
Tabla 4. Prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el maxilar.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes el galeno año 2021.....	46
Gráfico 2. Prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de kennedy según el género.....	48
Gráfico 3. Prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de kennedy según el grupo etario.....	50
Gráficos 4. Prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de kennedy según el maxilar.....	52

RESUMEN

El **objetivo** de la presente investigación fue determinar la frecuencia de edentulismo parcial en radiografías panorámicas según la clasificación de Kennedy, obtenidas de enero a junio del año 2021, en el Centro de diagnóstico por imagen "El Galeno". En cuanto a la **metodología**, fue de tipo descriptiva, con una muestra de 623 radiografías panorámicas de pacientes peruanos y el instrumento consistió en una ficha de recolección de datos con 4 ítems: clasificación de Kennedy (Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV), ubicación de zona edéntula (Maxilar superior y maxilar inferior), edad y género. Los **resultados** mostraron que se encontró mayor prevalencia de edentulismo parcial Clase III en un 45,7%, seguido de la Clase II en un 32,6%, Clase I en un 19,6% y Clase IV en 2,1%. Según el género, la Clase III fue más frecuente tanto en el género masculino y femenino en un 44,8% y 46,4%, respectivamente. Según la edad, el rango de 18 a 29 años y 30 a 59 años, fue más frecuente en un 69,8% y 48,1% respectivamente; mientras que los mayores de 60 años tuvieron mayor frecuencia de Clase II con 37,2%. Según el maxilar, fue más frecuente la Clase III, en la arcada superior en un 54,3% e inferior en un 40,2%. **Conclusión:** La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, es más frecuente es la clase III con 45,7%.

Palabras clave: Edentulismo parcial, radiografías panorámicas, clasificación de Kennedy.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the frequency of partial edentulism according to Kennedy's classification in panoramic radiographs obtained from January to June 2021, at the Diagnostic Imaging Center "El Galeno". As for the methodology, it was descriptive, with a sample of 623 panoramic radiographs of Peruvian patients and the instrument consisted of a data collection form with 4 items: Kennedy classification (Class I, Class II, Class III and Class IV), location of edentulous area (upper and lower jaw), age and gender. The results showed that a higher prevalence of Class III partial edentulism was found in 45.7%, followed by Class II in 32.6%, Class I in 19.6% and Class IV in 2.1%. According to gender, Class III was more frequent in both male and female gender at 44.8% and 46.4%, respectively. According to age, the range of 18 to 29 years and 30 to 59 years was more frequent in 69.8% and 48.1% respectively; while those over 60 years of age had a higher frequency of Class II with 37.2%. According to the maxilla, Class III was more frequent in the upper arch in 54.3% and lower in 40.2%. Conclusion: The prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification is more frequent in Class III with 45.7%.

Keywords: Partial edentulism, panoramic radiographs, kennedy classification.

INTRODUCCIÓN

La palabra "edentulismo" hace referencia a una deficiencia orgánica que afecta principalmente a las personas de avanzada edad, originando una influencia negativa en su calidad de vida. (1)(2) Millones de personas sufren la ausencia de piezas dentales, por lo que es una condición crónica debilitante, que merma la capacidad de funcionamiento físico y mental. La población edéntula existe y seguirá aumentando.(3)

Se pueden encontrar dos tipos de edentulismo: el edentulismo total y el parcial; en la presente tesis se evaluará el segundo tipo.

El edentulismo parcial se puede atribuir a muchos factores, algunos de los cuales son inevitables, como caries, condiciones periodontales, traumatismos, dientes impactados y lesiones neoplásicas o quísticas,(4)(5) y constituye uno de los campos más tratados en las investigaciones odontológicas. Se ha investigado los patrones de edentulismo parcial en diferentes países y poblaciones, empero, no se dispone de muchos registros sobre la situación del edentulismo en América Latina, ello contribuirá a establecer la eficacia de los programas de atención sanitaria bucodental y preventiva, de ello la relevancia de la presente tesis. (6)

En 1925, Edward Kennedy propuso que los patrones de edentulismo parcial caían dentro de cuatro categorías: Clase I, comprende regiones edéntulas bilaterales posteriores; Clase II, regiones edéntulas unilaterales posteriores; Clase III, región edéntula unilateral con pilar anterior y posterior; y Clase IV, región edéntula bilateral anterior.(7)

La presente tesis se justifica teóricamente porque buscó mejorar el conocimiento llenando vacíos con su investigación, ya que no se desarrollaron estudios similares con anterioridad en nuestra población elegida, y así a partir de esta información es factible que se desarrollen programas de carácter preventivo y de promoción dirigidas para mejorar el nivel de salud bucodental en nuestra comunidad.

La tesis consta de cuatro capítulos donde se describen paso a paso la presente tesis desde sus inicios como proyecto, su ejecución y sus resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del problema

El edentulismo parcial es una condición donde se presenta la ausencia de un número específico de dientes en la cavidad bucal,(6) y se puede producir por la presencia de alguna lesión o enfermedad, como la avulsión dental, caries o enfermedad periodontal.(8) El perder dientes es indeseable,(9) sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los adultos han padecido de caries dental en algún momento de su vida, es así también que las enfermedades periodontales graves aquejan al 15 al 20% de los adultos jóvenes de entre 35-44 años, y casi el 30% de las personas entre 65-74 años han perdido las piezas dentales.(6)

Se han realizado numerosos estudios para determinar la prevalencia del edentulismo parcial en todo el mundo, ya que tiene un impacto significativo en los niveles biológico, social y psicológico de la salud bucodental. Esto repercute en la calidad de vida relacionada con la salud de la persona que lo padece, (8) por ejemplo:

Varios estudios en el continente de Asia han revelado la pérdida de dientes en todas las edades; donde se destaca estudios como en Cachemira (India), hallando

la clase III de Kennedy más prevalente en el rango de edad de 31-40 años, la Clase I y clase II son más frecuente en el rango de 41-50 años.(8) De igual forma, se encontró que la Clase III era más prevalente, según las investigaciones de Komarapalayam (India)(10) y en Chennai (India)(11). Por otro lado, un estudio en Dammam (Arabia Saudita), reveló que la Clase I de Kennedy se encontraba en mayor frecuencia, mientras que la clase IV en menor.(12) Otra investigación realizada en la ciudad de Riyadh (Arabia Saudita), se halló que el 69% de los participantes perdieron uno o más dientes.(9) Y en Riyadh, (Arabia Saudita) encontró un 45% de prevalencia de pérdida en ambas arcadas con Clase I de Kennedy, seguida de la Clase III (26,2%).(4)

No obstante, Latinoamérica cuenta con muy pocos registros sobre el estado de edentulismo parcial, (6) de los cuales destacaremos un estudio realizado en Bolivia en donde el 66,8% presentó edentulismo parcial, en mayor medida en el sexo femenino y entre las edades de 15-24 años. (13) En Costa Rica, un estudio publicó que el sexo femenino y el rango de edad de 68-77 años, presentaban mayor prevalencia de edentulismo parcial. (14)

Una investigación en Lima (Perú), encontró que el 50% de la muestra presentó mayor frecuencia de Clase III en el maxilar y 49% en la mandíbula. (6)

Por todo lo dicho anteriormente, el presente estudio de tesis se propuso determinar la prevalencia de edentulismo según la clasificación de Kennedy, para lo cual se realizó la evaluación de las radiografías panorámicas pertenecientes al Centro de diagnóstico por imágenes “El Galeno” tomadas a pacientes, entre enero-junio del año 2021. Poniendo de esta manera a disposición datos para generar posibles soluciones a la problemática presentada.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál será la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes El Galeno año 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el género?
- ¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el grupo etario?
- ¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el maxilar?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes El Galeno año 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el género.
- Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el grupo etario.

- Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el maxilar.

1.4. HIPÓTESIS

Dado que el presente estudio es de tipo descriptiva y de una sola variable, no se formuló hipótesis.

1.5. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación, tiene los siguientes argumentos:

Viabilidad: Los datos empleados en el presente estudio fueron obtenidos de la base digital de radiografías panorámicas del Centro de diagnóstico por imágenes El Galeno, para lo cual se presentó una solicitud para acceder a la misma y poder realizar el examen radiográfico de la base de datos pertenecientes a los meses de enero a junio del año 2021. Los gastos se asumieron en su totalidad por el investigador.

Relevancia social: Los resultados obtenidos sirven como base para realizar el control de la evolución de la cultura de higiene bucal y preservación de las piezas dentarias de los pacientes y se podrá evidenciar si las actividades preventivas que se han tomado tienen en el tiempo un efecto bucal positivo en la preservación de la integridad de las piezas dentarias.

Relevancia académica: La presente investigación brinda datos sobre la prevalencia de edentulismo parcial en la población tacneña, que podrán ser empleados como un antecedente teórico; teniendo en cuenta que al centro de

diagnóstico El Galeno acuden personas de todo estrato social para la respectiva toma de radiografías panorámicas.

Relevancia teórica: Los resultados aportan datos a las bases epidemiológicas sobre la prevalencia del tipo de edentulismo parcial de acuerdo con la Clasificación de Kennedy de las radiografías digitales panorámicas que se obtuvieron del Centro de diagnóstico por imágenes El Galeno.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
EDENTULISMO PARCIAL	Es la ausencia de algunas piezas dentarias	Según la clasificación de Kennedy	Cualitativa	Ordinal	Clase I
					Clase II
					Clase III
					Clase VI
CO VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
GÉNERO	Se refiere a los rasgos anatómicos y fisiológicos que diferencian a hombres y mujeres	Registro de la base de datos digital	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
GRUPO ETARIO	Hace referencia al grupo de individuos que comparten la misma edad o similar.	Registro de la base de datos digital	Cualitativa	Ordinal	- Joven: 18 a 29 años - Adulto: 30 a 59 años - Adulto mayor: 60 a más
MAXILAR	Huesos de la cara donde se implantan los dientes	Registro de la base de datos digital	Cualitativa	Nominal	Superior Inferior

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacional

Angari et al. (Arabia Saudita 2021)(4) Estudiaron las “Diversas clases de prótesis parciales removibles: un estudio de prevalencia entre pacientes que asisten a un instituto dental y educativo en Riyadh, Arabia Saudita”. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de varias clasificaciones de Kennedy entre los pacientes de la clínica de Odontología de la Universidad King Saud bin y del Centro Dental King Abdulaziz, Asuntos de Salud de la Guardia Nacional, que buscaban tratamiento para el edentulismo parcial. Según la metodología, fue un estudio de corte transversal. Se empleo como técnica la observación, en donde se evaluó modelos de yeso de los pacientes parcialmente desdentados. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 20.0 para hallar las frecuencias y realizar las pruebas de correlación de Pearson y Spearman. Resultados: La Clase I de Kennedy resultó ser la más frecuente (45,0%), seguida de la Clase III (26,2%), Clase II (23,3%), y solo el 5,4% presentaba Clase IV. Conclusión: Kennedy Clase I fue la clasificación más destacada y a medida que aumenta la edad, hay una mayor tendencia hacia las Clases I y II.

Mohammed et al. (Arabia Saudita 2020)(12) estudiaron la “Prevalencia de edentulismo parcial y diseño de RPD en pacientes tratados en la Facultad de Odontología, Universidad Imam Abdulrahman Bin Faisal, Arabia Saudita”, la investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del edentulismo

parcial, el tipo, el diseño y los componentes del RPD y su frecuencia por parte del paciente perteneciente a la clínicas de prostodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Imam Abdulrahman Bin Faisal, Dammam, Arabia Saudita. Las encuestas preparadas, los formularios de autorización de laboratorio y las imágenes de las estructuras metálicas RPD sobre modelos se utilizaron para la recopilación de datos. Se realizó la calibración de dos investigadores para la recolección de los datos. Luego se realizó la recolección de información y se analizó estadísticamente. En cuanto a los resultados, se halló que la clase I Kennedy fue la más prevalente, mientras que la clase IV fue la menos ($p < 0,001$). El sesenta y dos por ciento de los RPD fabricados tenían estructuras de metal, mientras que el 37,2 % no tenían marco. El RPI fue el conjunto de cierre más utilizado (38,9 %), un hallazgo significativo en la clase I de Kennedy ($p < 0,01$). La correa palatina anteroposterior maxilar y la placa lingual mandibular fueron los conectores principales más utilizados, con un 41,2 % y un 60,8 %, respectivamente. Conclusiones: El diseño simple de RPD que cumpla con los objetivos del tratamiento, así como la comunicación adecuada con un técnico dental bien capacitado, promovería el éxito de los RPD.

Escudero et al. (Bolivia 2020)(13) Estudiaron la “Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de sucre. 2019”. Tuvo como objetivo relacionar las variables de estudio y para ello se evaluaron a 735 individuos de ambos géneros, se usó como instrumento las Historias clínicas y una encuesta OHIP-14 (Perfil de Impacto en la Salud Oral). Resultados: Se observó que el edentulismo parcial fue más frecuente en el sexo femenino y entre los 15-24 años; en un 66,8%. También se halló que la calidad de vida estaba en una relación de 84.2 %. Finalmente se concluyó que existe

alta prevalencia de edentulismo parcial, lo cual genera un impacto negativo en la calidad de vida en la población de Sucre.

Mohammad A., Shabir A., Shazia M. (India 2019)(8) Estudiaron el “Patrón de edentulismo parcial basado en la clasificación Kennedy entre los pacientes dentales en Cachemira” El objetivo fue hallar la prevalencia y el patrón de edentulismo parcial en pacientes de Cachemira (India). Población y Método, la muestra estuvo conformada por 142 pacientes. La edad se clasificó en grupos etarios de: 21 a 30 años, 31 a 40 años y de 41 a 50 años. El instrumento empleó la clasificación de Kennedy, luego los datos se estudiaron con el paquete estadístico de Ciencias Sociales para Windows. Resultados, se encontró según la ubicación de la arcada; en la Clase III predominó en el maxilar en un 67,2% y solo un 64,1% en la mandíbula; en la Clase II para ambos maxilares un promedio de 16,3%. Según los grupos etarios, existió mayor prevalencia de Clase III entre los 31 a 40 años, mientras que entre los 41 y 50 años prevaleció la Clase I y II. Se concluyó que existe mayor prevalencia de Clase III en ambos maxilares, mientras que la Clase IV es de menor prevalencia. Además, a mayor edad es más prevalente la Clase I y II de Kenendy.

Ghiță et al. (Rumania 2019)(3) Estudiaron los “Aspectos estadísticos del edentulismo parcial en una muestra de adultos en Craiova, Rumania”. El objetivo consistió en hallar la prevalencia de edentulismo parcial y describir las diversas características relacionadas con esta afección. Según los materiales y métodos, la muestra estuvo conformada por 204 sujetos pertenecientes a la Clínica de Prótesis Dental y Rehabilitación Oral entre octubre del 2015 a junio del 2016. Resultados, el 51,47% presentó edentulismo parcial y se encontraban en el rango de 20 a 29 años; en cuanto al sexo, el 52,46% eran mujeres; y el 82,84% procedían del medio urbano. En cuanto a los factores de edentulismo parcial, las causas de mayor

predominio fue la caries dental y sus complicaciones. Se concluyo, que la Clase III de Kennedy tiene mayor prevalencia en la población joven.

Devishree et al. (India 2018)(11) Estudiaron la “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación Kennedy basada en la edad, el sexo y el arco”. La investigación tuvo como objetivo evaluar y comparar la frecuencia de prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy en relación al arco, la edad y el sexo. Metodología, la muestra estuvo conformada por 200 paciente externos de Saveetha Dental Collegey. Se recolectó la edad, y se dividió en cuatro grupos, según los rangos de 20 a 30 años, 30 a 40, 40 a 50 y 50 a 6; el arco (maxilar y mandíbula); y el sexo (masculino y femenino). Se empleó como técnica la observación clínica directa. Resultado, se encontró mayor prevalencia de Clase III, en un 70% en ambos sexos; seguido de la Clase I, en un 16% en el sexo femenino y solo 11% en el masculino. Conclusión, existe mayor frecuencia de Clase III de Kennedy en ambas arcadas dentarias. No se encontró relación estadísticamente significativa con el sexo, pero si con la edad. También, la presencia de edentulismo en la mandíbula fue más prevalente que en el maxilar.

Manimarán et al. (India 2017)(10) Estudiaron el “Edentulismo parcial en una población rural según la clasificación de Kennedy: estudio epidemiológico”. El estudio tuvo como objetivo evaluar las características epidemiológicas del edentulismo parcial en paciente de 30 a 60 años de edad, de una zona rural, empleando la clasificación de Kennedy. En cuanto al método, la población estuvo conformada por 1000 individuos pertenecientes al distrito rural de Namakkal, India. Fue de corte transversal, tuvo como instrumento una encuesta y se utilizó el estadístico de chi-cuadrado. Se encontró en los resultados relación estadísticamente significativa con p valor <0,05. Se concluye, que la Clase III Kennedy es el tipo de edentulismo parcial más frecuente. Se hallo relación estadísticamente significativa

entre la educación, la falta de conciencia y el nivel socioeconómico; con la ausencia de piezas dentarias.

Araya A., Chavarría M. (Costa Rica 2017)(14) Publicaron el estudio: “Factores sistémicos asociados con el edentulismo, según edad y género, mediante las radiografías panorámicas y expedientes digitales”. Tuvo como objetivo determinar la frecuencia de los factores sistémicos asociados al edentulismo. En cuanto al método, se realizó la revisión de registro de radiografías panorámicas de la Universidad Latina de Costa Rica del año 2017, y se recolectó la información de aquellos pacientes que tenían ausencia de piezas dentarias entre 28 y 97 años de edad. Como resultado se obtuvo; según el sexo, se encontró mayor frecuencia de edentulismo parcial en el sexo femenino en un 64%; según la edad, fue más prevalente la pérdida entre los 68 a 77 años; según la clasificación de Kennedy, fue más prevalente la Clase II de Kennedy, seguido de la Clase III. Como conclusión el investigador pudo observar que, existe mayor prevalencia de edentulismo parcial en sexo femenino, así también en el rango etario de 68 y 77 años y el factor sistémico más frecuente fue la hipertensión arterial.

2.1.2. Nacional

Huamanciza et al. (Lima 2019)(6) Estudiaron el “Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre el tipo de edentulismo parcial y el nivel socioeconómico. En cuanto al método, fue de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal. Conformada con una muestra de 100 pacientes con edentulismo parcial y fueron seleccionados de forma aleatoria. El instrumento recolectó datos del nivel socioeconómico-cultural y odontograma, para registrar el tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Resultados, el 50% presento

mayor prevalencia de Clase III en el maxilar y el 49% en la mandíbula; pertenecientes al nivel socioeconómico-cultural medio en un 83%. Se concluyó que, no existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de edentulismo parcial y el nivel socioeconómico-cultural.

Córdova H. (Lima 2017)(15) Estudio la “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro Imágenes Estomatológicas, Lima 2017”. El objetivo consistió en conocer la prevalencia del edentulismo parcial según Kennedy, entre los pacientes del Centro de Imágenes Estomatológicas, con edades comprendidas entre los 30 y los 59 años, durante el año 2017. En cuanto al método, la muestra estuvo formada por 150 radiografías panorámicas de pacientes con edentulismo parcial. Resultados, según la clasificación de Kennedy; fue más prevalente Clase I en un 32%, seguido de la Clase II con un 26,7%, la Clase III en un 39,3% y la Clase IV en un 2%; según la arcada, en el maxilar se halló mayor prevalencia de Clase III en un 36,9%; seguido la Clase II en un 32,6%, Clase I en un 23,9% y Clase IV en un 6,6%; en la arcada inferior, fue más prevalente la Clase III el 40,4%, seguido de la Clase I en un 35,6%, Clase II en un 24% y Clase IV en un 0%. Finalmente, se concluyó que el tipo III de Kennedy fue más prevalente en ambos arcos, con una mayor frecuencia en las mujeres.

2.1.3. Local

No se han encontrado estudios recientes en nuestra la localidad

2.2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS

2.2.1. Edentulismo

Se denomina edentulismo cuando la persona al menos ha perdido un diente. Puede clasificarse en dos categorías: parcial y completo, y afecta a personas de todas las edades, tanto hombres como mujeres.(16) Uno de los problemas de salud pública de los adultos mayores es el edentulismo, que tiene una repercusión evidente en la salud pública para las personas mayores e influye sin duda en las prácticas de atención primaria. Se hace referencia al edentulismo como el "marcador definitivo de la carga de enfermedad para la salud bucodental"; y es un trastorno debilitante y permanente. (17)(18)

2.2.2. Edentulismo parcial

Se refiere al estado de salud bucodental, cuando la persona carece de número un determinado de dientes. (19) Además, es una patología irreversible que afecta a una parte importante de la población mundial. Ello merma la calidad de vida de quienes la padecen, e incluso puede repercutir en su autoestima.(20)

La ausencia de piezas dentales puede considerarse una verdadera mutilación, que tiene un impacto significativo en la propia imagen y autoaceptación. Esta condición produce percepción estética y autoexpresión física alterada, pérdida de autoestima y dificultades interpersonales.(19)

Es fundamental destacar que, a medida que se da el envejecimiento, produce un cambio en la posición, el tamaño y el contorno de todos los componentes del

conjunto buco-maxilar; junto con modificaciones esqueléticas que conllevan a la formación de nuevas crestas edéntulas. Cada uno de estos elementos no sólo repercuten en el aspecto y la funcionalidad, sino que también disminuyen la eficacia del habla, la mordida, la deglución y la masticación en comparación con los pacientes cuya dentición está intacta. (17)

2.2.2.1. Causas

Existen numerosas causas de edentulismo. Aunque las enfermedades microbianas o genéticas son la causa principal y tienen efectos significativos en el comportamiento de un individuo, el edentulismo también puede ser el resultado de factores iatrogénicos del comportamiento, acontecimientos traumáticos o intervenciones terapéuticas que aumentan el riesgo de pérdida de dientes.(17) El aumento de la enfermedad periodontal está relacionado con los antecedentes de tabaquismo, el bajo consumo de ácido ascórbico y la percepción de una mala salud dental y de la necesidad de extracciones.(21)(22)

La caries es la principal causa de pérdida de dientes en la época moderna y en las naciones desarrolladas en las que el tratamiento dental es accesible, seguida de las enfermedades periodontales.(23)

Factores de riesgos:(17)

- Prácticas inadecuadas de higiene dental.
 - Caries dentales.
 - Enfermedades periodontal.
 - Traumatismos.

- Intervenciones terapéuticas y de rehabilitación inadecuadas.
- El bruxismo.
- Trastornos endocrino-metabólicos y enfermedades sistémicas.
 - La farmacoterapia (el uso de medicamentos causantes de xerostomía).
 - Abuso de sustancias. (17)

2.2.2.2. Consecuencias

La mordida de un paciente puede verse afectada por la ausencia de dientes de diversas maneras. Estas variables tienen un impacto perjudicial en la salud y el bienestar de las personas,(24) cambiando y produciendo repercusiones como: Cambios estéticos, menor eficiencia masticatoria, inclinación, migración y rotación de los dientes, pérdida de hueso alveolar, reducción de crestas residuales, defecto de la articulación temporomandibular, pérdida de contactos interproximales, desviación mandibular, atrición dental, pérdida de la dimensión vertical y extrusión de las piezas antagonistas.(25)

2.2.2.3. Clasificación

El Dr. Edward Kennedy propuso la clasificación Kennedy en 1925.(21) En ella se describe los diversos cambios que ocurren en pacientes con edentulismo parcial y permite un diagnóstico adecuado y una planificación para su posterior rehabilitación. Kennedy propuso una clasificación que aún hoy se acepta, y Applegate la revisó e identificó cuatro niveles de manejo, desde el más complejo hasta el más simple. En esencia, el estudio se divide en cuatro clases, designadas como I, II, III y IV; divididos de esta manera por la frecuencia en que se presentan.(13)

Los espacios de modificación son regiones edéntulas que no están incluidas en las cuatro clasificaciones primarias.(13)

- Clase I - Se aprecian dos regiones edéntulas, posterior de los extremos libres; y con la presencia de las piezas anteriores. Se denomina las modificaciones, en 1 ,2,3 o 4; según el espacio edéntulo presente.
- Clase II – Se muestra una región edéntula posterior unilateral en la que los molares y premolares están ausentes total o parcialmente.
- Clase III - Presenta espacios desdentados laterales limitados a nivel mesial y distal.
- Clase IV - El área desdentada se encuentra en la región anterior. Pueden estar ausentes los incisivos centrales y laterales; hasta los caninos.
- Clase V – Presenta dos molares en un lado del arco.
- Clase VI – Presenta dos incisivos centrales.

Reglas de Applegate

En 1960, el Dr. Applegate elaboró ocho directrices para aplicar correctamente la clasificación de Kennedy:(13)

- Regla 1 - Dado que las extracciones dentales pueden modificar la clasificación inicial, ésta debe realizarse una vez finalizados los procedimientos.
- Regla 2 – Si existe la pérdida de un tercer molar, y no será reemplazado, la pieza no se considera en la categorización.
- Regla 3 - Un tercer molar se tiene en cuenta para la clasificación si está presente y se utilizará como pilar.
- Regla 4 - Si se encuentra ausente un segundo molar y no va a ser sustituido, no se tiene en cuenta para la categorización.

- Regla 5: El factor decisivo en la clasificación es siempre la zona o zonas edéntulas más posteriores.
- Regla 6 - Las modificaciones, se definen como zonas edéntulas no incluidas en la clasificación y se denominan con un número.
- Regla 7- Sólo se tiene en cuenta la cantidad de nuevas zonas edéntulas; no así el grado de extensión.
- Regla 8 - Solo las clases I, II y III pueden tener subdivisiones.

2.2.2.4. Principios del diseño de prótesis

Los principios generales del diseño de la dentadura postiza incluyen proporcionar soporte, estabilidad y retención apropiados mientras se mantiene un diseño higiénico que no cubra los márgenes gingivales cuando sea posible. Además de esto, los pacientes mayores pueden presentar dientes que tienen un pronóstico cuestionable a largo plazo, por lo que es necesario incorporar en el diseño la planificación para el fracaso.(26)

APOYO

El soporte puede ser proporcionado por los dientes, la cresta alveolar residual, el paladar duro o una combinación de estos, según el patrón de pérdida de dientes. En comparación con el soporte mucoso, el soporte dental ofrece dos ventajas principales:(26)

- El desplazamiento de la prótesis bajo carga es menor.
- Se da mayor retroalimentación propioceptiva del ligamento periodontal cuando los dientes están cargados, lo que reduce el potencial de trauma tisular y mejora la función de masticación.

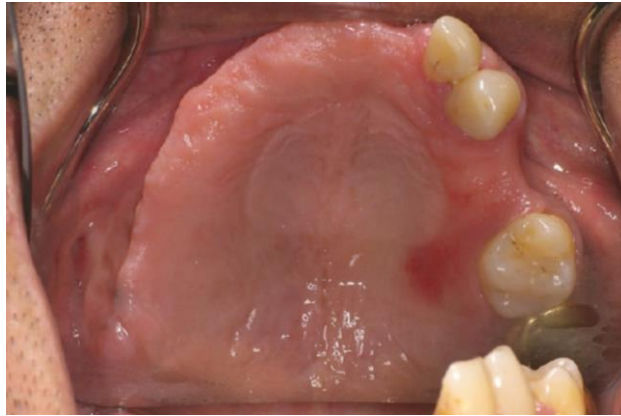


Figura 1: muestra un caso en el que un apoyo inadecuado ha provocado un traumatismo tisular.(26)

RETENCIÓN

Los dientes de soporte también se pueden usar para retener las dentaduras postizas mediante el uso de ganchos. El uso de superficies guía y la elección de una vía de inserción adecuada para la dentadura, aumentan la eficacia de los ganchos. La solución ideal es utilizar una superficie de guía fresada en forma de corona, ya que puede hacerse perfectamente paralela a la ruta de inserción elegida. Sin embargo, esta es una opción más costosa y debe haber una justificación para coronar el diente.(26)



Figura 2: corona fresada.(26)

ESTABILIDAD

La estabilidad de la dentadura se refiere a la capacidad de la dentadura para soportar el desplazamiento durante la función y las fuerzas desestabilizadoras pueden actuar a través de la superficie oclusal, pulida o ajustada. Retener incluso unos pocos dientes contribuye significativamente a la estabilidad de la dentadura, particularmente en la mandíbula, y esto es importante a la hora de plantear un plan de tratamiento. Por el contrario, la retención de uno o dos dientes en el maxilar impedirá el logro de un sellado periférico y puede reducir la retención. En tales casos, puede estar indicada una sobredentadura o incluso una extracción estratégica.(26)



Figura 3: a) Antes del tratamiento b) después del tratamiento.(26)

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

EDENTULISMO: Se considera como el "marcador definitivo de la carga de enfermedad para la salud bucodental" y es una enfermedad irreversible y paralizante, más común en el grupo demográfico de la tercera edad.(17)

EDENTULISMO PARCIAL: Es una condición caracterizada por la ausencia de un número determinado de dientes en la boca.(13)

PRÓTESIS REMOVIBLES: Tratamiento odontológico restaurador donde se diseñan y fabrican un sustituto removible los dientes perdidos.(27)

RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS: Es uno de los instrumentos de diagnóstico que los cirujanos dentistas utilizan con frecuencia en su trabajo clínico.(28)

OCLUSIÓN: Significa cerrar, es decir hace referencia al cierre de los dientes antagonistas.(29)

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: Son las estructuras anatómicas y funcionales vinculadas a la cavidad bucal.(30)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. MATERIALES Y MÉTODO

3.1.1. Tipo y diseño de la investigación

- **DESCRIPTIVO:** Porque se realizó el registro de características observadas del edentulismo.(31)
- **TRANSVERSAL:** Porque se estudió las variables en un determinado momento.(31)
- **OBSERVACIONAL:** Porque no se influyó en las variables, y sólo se observó los hechos.(31)
- **RETROSPECTIVOS:** Ya que se describieron las características que presentaban los sucesos, que ocurrieron a lo largo de la historia.(31)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población de estudio

Estuvo conformada por 1350 radiografías panorámicas de pacientes peruanos que acudieron al Centro de diagnóstico El Galeno, entre los meses de enero a junio del año 2021.

3.2.2. Muestreo

Se empleó el muestreo no probabilístico, por conveniencia.

3.2.3. Muestra

La muestra estuvo comprendida 623 radiografías panorámicas de pacientes peruanos atendidos en el Centro de diagnóstico El Galeno, entre los meses de enero a junio del año 2021, de acuerdo a los criterios de selección.

3.2.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales de peruanos pertenecientes al centro de diagnóstico El Galeno.
- Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales de ambos géneros.
- Radiografías panorámicas de pacientes edéntulos parciales mayores de 17 años.

Criterios de exclusión:

- Radiografías panorámicas con artefactos.
- Radiografías panorámicas de pacientes con implante dental.
- Radiografías panorámicas de pacientes con puentes fijos.
- Radiografías panorámicas de pacientes dentados y desdentados totales.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Técnicas

Se revisaron radiografías panorámicas de los pacientes peruanos de ambos sexos mayores de 18 años que acudieron al centro de diagnóstico El Galeno entre los meses de enero a junio del año 2021, que cumplieron con los criterios de selección planteados en la presente investigación.

- Procedimiento de Recolección de datos

Primero se presentó una solicitud dirigida al gerente del centro de diagnóstico “El Galeno”, con el fin de acceder a la base de datos de las radiografías panorámicas digitales de pacientes edéntulos parciales. Luego se coordinó con los administradores del Centro Radiográfico para realizar la recolección de datos, registrando los datos de las variables de estudio según la ficha de recolección de datos (ANEXO 1). Después de recopilar toda la información, se realizó un análisis estadístico.

- Instrumentos

Se empleó como instrumento una “Ficha de recolección de datos”, creada y validada por juicio de expertos en la investigación de Córdova(15) en el año 2017 (ANEXO1). Contiene 4 partes:

1. Clasificación de Kennedy (Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV).
2. Grupo etario, según el MINSA (joven, adulto y adulto mayor)
3. Género (masculino y femenino)
4. Ubicación de zona edéntula (Maxilar superior e inferior).

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó la codificación de datos obtenidos en el estudio, de forma ordenada y sistémica. Luego se empleó el programa estadístico IBM SPSS, versión 22; en donde mediante la estadística descriptiva se realizó tablas y gráficos de frecuencia, seguidamente se exportó los resultados al programa Microsoft Office Excel 2019.

CAPÍTULO IV DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES EL GALENO AÑO 2021

		Frecuencia	Porcentaje %
Clasificación de Kennedy	Clase I	122	19,6
	Clase II	203	32,6
	Clase III	285	45,7
	Clase IV	13	2,1
	Total	623	100,0

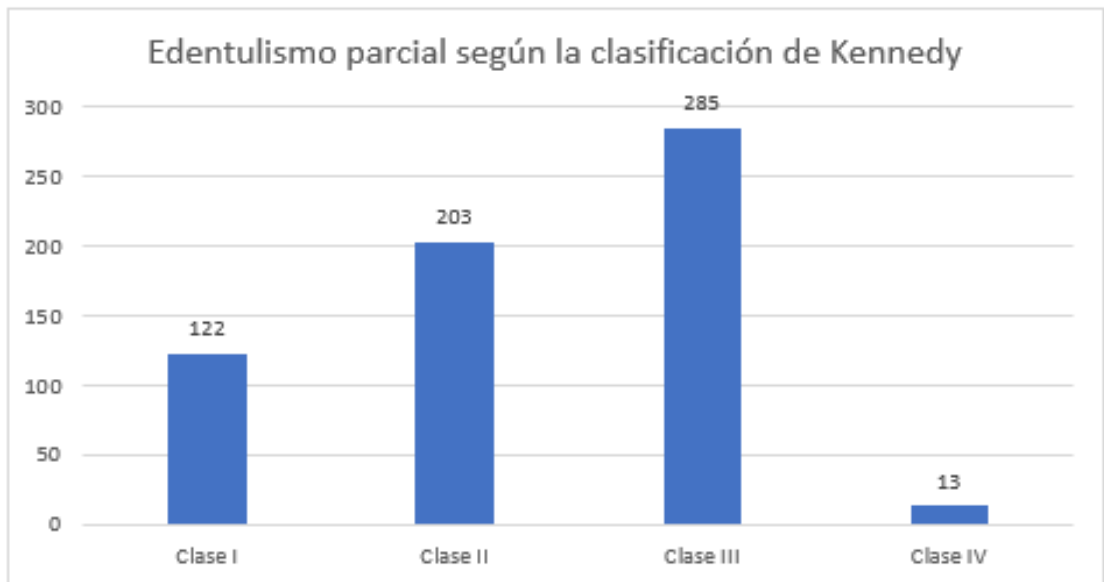
Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN

Con respecto a los resultados obtenidos en referencia a la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, la clase III tuvo mayor frecuencia en un 45,7% (285 casos); la siguiente con mayor frecuencia fue la clase II en un 32,6% (203 casos); la clase I 19,6% (122 casos) y por último la clase IV presentaba 2,1% (13 casos).

GRÁFICO N° 01

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN RADIOGRAFÍAS
PANORÁMICAS DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES EL GALENO AÑO 2021



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY SEGÚN EL GÉNERO

		GÉNERO			
		Masculino		Femenino	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Clasificación de Kennedy	Clase I	42	16,7	80	21,6
	Clase II	90	35,7	113	30,5
	Clase III	113	44,8	172	46,4
	Clase IV	7	2,8	6	1,6
	Total	252	100,0	371	100,0

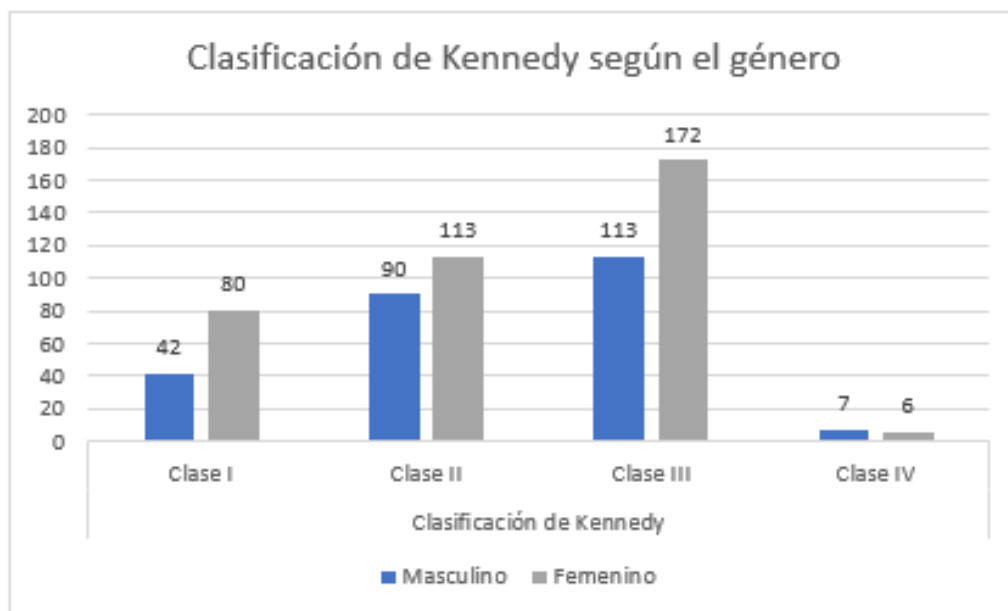
Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN

Respecto a la prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy, se obtuvo que tanto para el género masculino y femenino la más frecuente es la clase III con 44,8% (113 casos) y 46,4% (172 casos) respectivamente, la siguiente con mayor frecuencia es la clase II con 35,7% (90 casos) y 30,5% (113 casos) respectivamente, seguida de la clase I con 16,7% (42 casos) y 21,6 % (80 casos) respectiva y finalmente la de menor frecuencia se vio en la clase IV con 2,8% (7 casos) y 1,6% (6 casos) respectivamente.

GRÁFICO N° 02

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY SEGÚN EL GÉNERO



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY SEGÚN EL GRUPO ETARIO**

		Edad					
		Joven		Adulto		Adulto mayor	
		18 - 29 años		30 - 59 años		60 a más	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Clasificación de Kennedy	Clase I	5	9,4	69	18,4	48	24,5
	Clase II	11	20,8	119	31,8	73	37,2
	Clase III	37	69,8	180	48,1	68	34,7
	Clase IV	0	0,0	6	1,6	7	3,6
	Total	53	100,0	374	100,0	196	100,0

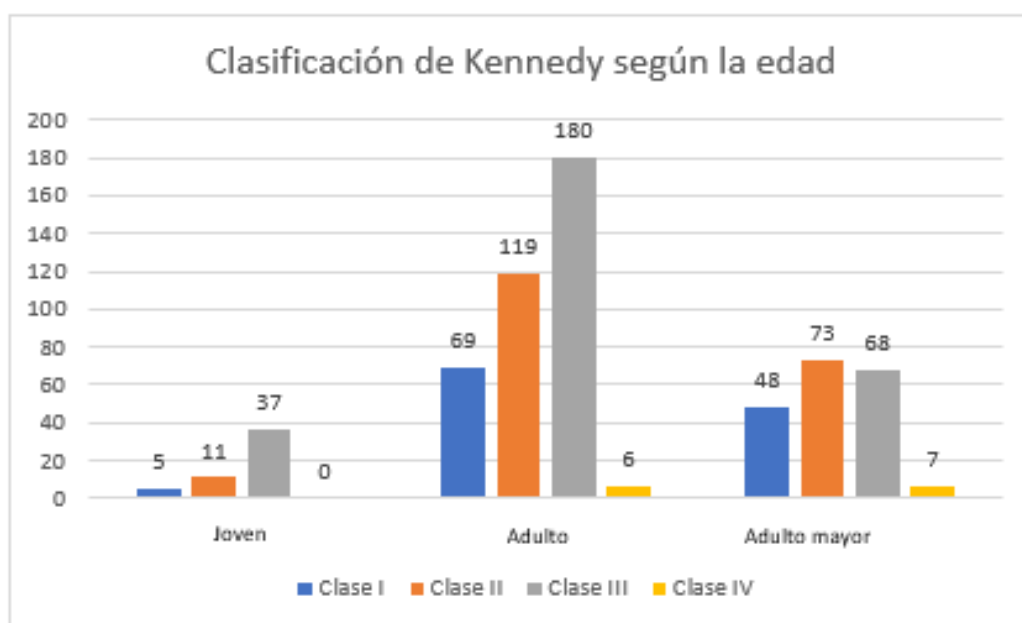
Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN

Respecto a la prevalencia de edentulismo parcial según la edad, se obtuvo que los jóvenes (18 a 29 años) la clase con mayor frecuencia es la clase III con 69,8% (37 casos) y la clase IV es en la que no se observó datos para este grupo etario; en el grupo de adultos (30 a 59 años) la clase con mayor frecuencia es la clase III con 48,1% (180 casos) y la de menor frecuencia es la clase IV con 1,6% (6 casos); para el grupo de adultos mayores (60 a más años) la de mayor frecuencia es la clase II con 37,2% (73 casos) y la de menor frecuencia es la clase IV con 3,6% (7 casos).

GRÁFICO N° 03

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY SEGÚN EL GRUPO ETARIO



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY SEGÚN EL MAXILAR

		Maxilar			
		Superior		Inferior	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Clasificación de Kennedy	Clase I	33	13,4	89	23,7
	Clase II	67	27,1	136	36,2
	Clase III	134	54,3	151	40,2
	Clase IV	13	5,3	0	0,0
	TOTAL	247	100,0	376	100,0

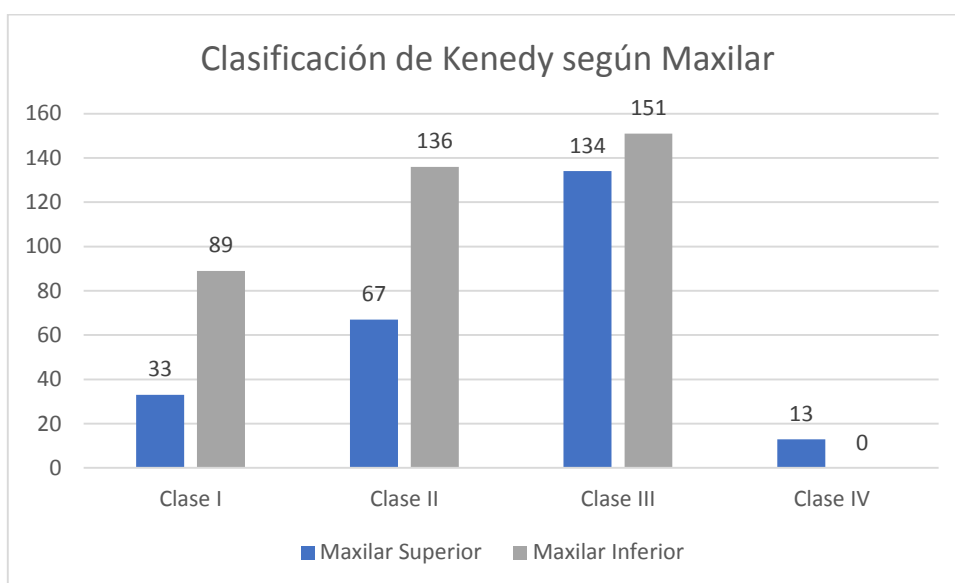
Fuente: Matriz de sistematización de datos

INTERPRETACIÓN

Respecto a la prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy, se obtuvo que tanto para el maxilar superior e inferior la más frecuente es la clase III con 54,3% (134 casos) y 40,2% (151 casos) respectivamente, la siguiente con mayor frecuencia es la clase II con 27,1% (67 casos) y 36,2% (136 casos) respectivamente, seguida de la clase I con 13,4% (33 casos) y 23,7 % (89 casos) respectivamente y finalmente para el maxilar superior la clase IV con 5,3% (13 casos).

GRÁFICO N° 04

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY SEGÚN EL MAXILAR



Fuente: Tabla N° 04

4.2. DISCUSIÓN

En la investigación de título “Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes El Galeno año 2021”. Cabe señalar que en las radiografías donde habían remanentes se asumía que iban a ser extraídas para cumplir así la regla 1 de Applegate; se identificó lo siguiente:

Se encontró una mayor prevalencia de edentulismo parcial Clase III en un 45,7% (285 casos); la siguiente con mayor cantidad es la clase II con 32,6% (203 casos); luego tenemos a la clase I con 19,6% (122 casos) y finalmente a la clase IV con 2,1% (13 casos). Los resultados obtenidos coinciden con los estudios de Mohammad et al.,(8) Manimarán et al., (10) Devishree et al., (11) Huamanciza et al.(6) y Córdova (15) en donde se halló de forma similar mayor prevalencia de la Clase III de Kennedy. Pero difiere de las investigaciones realizadas por Mohammed et al, (12) y Angari et al., (4) donde refieren que existe mayor frecuencia de Clase I de Kennedy; se presume que algunos de los factores que llevó a tener discrepancias con nuestro estudio fueron las diferencias económicas, culturales y sociales que existen en cada país, además de que ambos estudios discrepantes se realizaron en la cavidad oral mientras que nuestro estudio se realizó a través de radiografías panorámicas.

Según el género, tanto el género masculino y femenino presentaron mayor prevalencia de clase III en un 44,8% (113 casos) y 46,4% (172 casos) respectivamente, siendo más frecuente en el género femenino. Estos resultados son similares a los publicados por Escudero et al.,(13) Araya y Chávarri(14) y Córdova(15) quienes también encuentran mayor frecuencia en el género femenino. Además, Difieren de las investigaciones realizadas por Manimarán et al. (10) y

Ghiță et al. (3) donde no hallaron diferencia significativa según género. Dichos acuerdos y desacuerdos de resultados pueden deberse a que en los diferentes estudios no se han tomado el mismo número de hombres y mujeres durante la evaluación, lo que puede generar diferentes resultados.

Según el grupo etario, la prevalencia de edentulismo parcial fue diferente en cada grupo etario. En el grupo de adulto (30 a 59 años), fue el más frecuente y con predominio de la clase III. Nuestro resultado coincide parcialmente con la investigación de Mohammad et al., (8) en donde se encontró mayor frecuencia en el rango de 31 a 40 años, teniendo a la clase III como predominante. Además, difiere de los estudios presentados por Devishree et al.,(11) que señala no encontrar una diferencia significativa según la edad, dichas discrepancias pueden deberse a que no se han tomado los mismos rangos de edad en todos los estudios.

De acuerdo al maxilar, la prevalencia de edentulismo parcial fue más frecuente en el maxilar superior que en el inferior, siendo más prevalente la clase III. Nuestros resultados son similares a los obtenidos por Mohammad et al.,(8) en donde se halló mayor frecuencia de edentulismo parcial en el maxilar inferior y difiere del estudio realizado por Huamanciza et al., (6) en donde se señala que no se encontró una diferencia significativa según maxilar. Esta diferencia que no es muy significativa puede deberse a que no se tomaron la misma cantidad de muestra.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, es más frecuente la clase III con 45,7%; la siguiente con mayor frecuencia es la clase II con 32,6%; luego tenemos a la clase I 19,6% y finalmente a la clase IV con 2,1%.

SEGUNDA

La prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el género, es más frecuente la clase III tanto para el género masculino y femenino con 44,8% y 46,4% respectivamente, además, es más frecuente el edentulismo parcial en el género femenino.

TERCERA

La prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el grupo etario, en el grupo de jóvenes y adultos es la clase III la más frecuente con 69,8% y 48,1% respectivamente; mientras que en el grupo de adultos mayores fue más frecuente la clase II en un 37,2%.

CUARTA

La prevalencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el maxilar, es tanto para el maxilar superior e inferior el más frecuente la clase III con 54,3% y 40,2% respectivamente, siendo más frecuente en el maxilar inferior con 60,4%.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los futuros investigadores de odontología de las distintas universidades de Tacna, a realizar estudios similares sobre edentulismo parcial empleando la clasificación de Kennedy, en relación al nivel socioeconómico y cultural en la población.
- Al la Dirección Regional de Salud, para que se plantee programas preventivos y promocionales para evitar el edentulismo parcial y total de la población. De igual forma, tratamientos recuperativos dirigido a los pacientes con edentulismo parcial y total, de esta forma devolverles la función y la estética perdida.
- A los distintos Centros Radiográficos de Tacna, a proporcionar información necesaria para ejecutar futuros proyectos de investigación, que contribuyan a la actualización de los datos de prevalencia en nuestra localidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas P, Mazzini M, Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Dom Cien [Internet]. 2017;3(2):702–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.702-718>URL:<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
2. Cueto A, Batista N, Gonzales Rosa. Determinantes sociales y condiciones de salud bucal de los adultos mayores. Revista Cubana de Estomatología. 2019;56(2):17–56.
3. Ghiță R, Scriciu M, Mercuț V, Popescu S, Stănuși A, Petcu I, et al. Statistical Aspects of Partial Edentulism Original Paper Statistical Aspects of Partial Edentulism in a Sample of Adults in Craiova, Romania. Curr Salud Sci J. 2019;45(1):96–103.
4. Angari N, Algarni S, Andijani A, Alqahtani A. Various classes of removable partial dentures: A study of prevalence among patients attending a dental and educational institute in Riyadh, Saudi Arabia. The Saudi Dental Journal. 2021 Nov 1;33(7):656–60.
5. Fúnez M, García M. Calidad de vida relacionada con la salud en militares españoles. Sanidad mil. 2017;73(4):1887–8571.
6. Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala G. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 22];18(2):281–97. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200281&lng=es&nrm=iso&tlng=en

7. Pun D, Waliszewski M, Waliszewski K, Berzins D. Survey of partial removable dental prosthesis (partial RDP) types in a distinct patient population. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2011 Jul 1;106(1):48–56.
8. Mohammad A, Shabir A, Shazia M. Patrón de edentulismo parcial basado en la clasificación Kennedy entre los pacientes dentales en Cachemira. *Revista internacional de ciencias dentales aplicada*. 2019 Jan 2;5(2):209–12.
9. Almusallam S, Mohammed A. The prevalence of partial edentulism and complete edentulism among adults and above population of Riyadh city in Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020;9(4):1868–72. Available from: www.jfmpr.com
10. Manimarán P, Kumar C, Saisadan D, Abirami M, Kumar N, Mani J. Edentulismo parcial en una población rural según la clasificación de Kennedy: estudio epidemiológico. *J Pharm Bioalias Sci* . 2017;9(1):34–6.
11. Devishree A, Sangeetha S, Jain A. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación Kennedy basada en la edad, el sexo y el arco. *Department of Prosthodontics*. 2018;10(1):108–11.
12. Mohammed M, Reem A, Ahmad M, Khalid S, Soban Q, Mohamed S, et al. Prevalence of partial edentulism and RPD design in patients treated at College of Dentistry, Imam Abdulrahman Bin Faisal University, Saudi Arabia. *The Saudi Dental Journal*. 2020 Feb 1;32(2):74–9.
13. Escudero E, Muñoz V, Cruz M, Aprili L, Valda E. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de sucre. 2019. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 23];18(21):161–90. Available from:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872020000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Araya A, Chavarría M. Factores sistémicos asociados con el edentulismo, según edad y género, mediante las radiografías panorámicas y expedientes digitales. *Odontología Vital*. 2019;2(31):19–22.
15. Córdova H. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas.” [Perú (Lima)]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
16. Venegas E, Villavicencio E, Alvarado O, Ordóñez P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jun 24];26(4):215–21. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Mohammed R. La epidemiología del edentulismo y los factores asociados: una revisión de la literatura. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020;9(4):1841–3. Available from: www.jfmprc.com
18. Cardoso V, Martins G, Caldas A. Trastorno temporomandibular en personal militar: el estrés laboral como factor de riesgo. *Revista científica*. 2019;2(2):45–55. Disponible en: <http://www.ebrevistas.eb.mil.br/RCEsSEx/article/view/2433>
19. Lee D, Saponaro P. Management of Edentulous Patients. *Dental Clinics of North America*. 2019 Apr 1;63(2):249–61.

20. Pengpid S, Peltzer K. The prevalence of edentulism and their related factors in Indonesia, 2014/15. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018;18(1):118. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0582-7>
21. Tylman's. *Teoría y práctica en prostodoncia*. 8th ed. Editorial Librería Medica Berri, editor. Vol. 8. 1991. 1–454 p.
22. Marín M, Rodríguez Y, Gamboa E, Ríos J, Rosas J, Mayta F. Level of work stress and factors associated with bruxism in the military crew of the Peruvian Air Force. *Medical Journal Armed Forces India*. 2019 Jul 1;75(3):297–302.
23. Rosentiel S, Fujimoto J, Land M. *Prótesis fija contemporánea*. 5th ed. Salvat Editores, editor. Vol. 1. 2017.
24. Campbell S, Cooper L, Craddock H, Hyde P, Nattress B, Pavitt S, et al. Removable partial dentures: The clinical need for innovation. Vol. 118, *Journal of Prosthetic Dentistry*. Mosby Inc.; 2017. p. 273–80.
25. Putra A, Goto T, Iwawaki Y, Ishida Y, Watanabe M, Ichikawa T. Treatment outcomes of implant-assisted removable partial denture with distal extension based on the Kennedy classification and attachment type: a systematic review. *International Journal of Implant Dentistry*. 2021 Dec;7(1).
26. Friel T, Waia S. Dentaduras parciales removibles para adultos mayores. *Prim Dent J*. 2020;9(3):34–9.
27. Fuentes R, Arias A, Borie E, Radiografía E. Radiografía Panorámica: Una Herramienta Invaluable para el Estudio del Componente Óseo y Dental del Territorio Maxilofacial. *Int J Morphol*. 2021;39(1):268–73.

28. Suárez L, Castillo R, Brito R, Santana A, Vázquez Y. Oclusión dentaria en pacientes con maloclusiones generales: asociación con el estado funcional del sistema estomatognático. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 27];22(1):53–63. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Amilcar F, Falcón R, Oliveira E, Passos E, Martins M. El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. *Acta Odontológica Venezolana* [Internet]. 2008 [cited 2022 Jun 27];46(3):375–80. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652008000300025&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Hernández R. *Metodología de la investigación*. 6th ed. Vol. 6. México; 2014. 1–600 p.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GÉNERO:

MASCULINO ()

FEMENINO ()

EDAD:

18-29 AÑOS ()

30-59 AÑOS ()

60 A MÁS ()

MAXILAR:

MAXILAR SUPERIOR :

CLASE I ()

CALSE II ()

CALSE III ()

CLASE IV ()

MAXILAR INFERIOR:

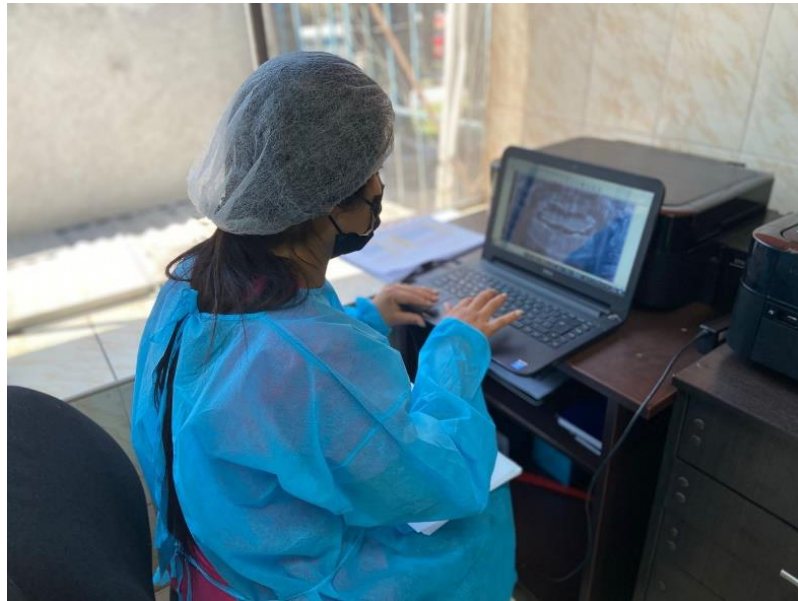
CLASE I ()

CALSE II ()

CALSE III ()

CLASE IV ()

ANEXO 2: Fotografía



ANEXO 3: Base de datos

A	B	C	D	E	
ID	SEXO	EDAD	SUP	INF	
1	1	2	3	0	
2	2	2	3	0	
3	2	3	0	3	
4	2	3	3	3	
5	2	1	3	3	
6	1	2	3	3	
7	2	1	3	0	
8	1	3	1	3	
9	2	2	0	3	
10	2	1	0	3	
11	1	1	3	0	
12	2	2	0	3	
13	1	3	3	2	
14	2	3	3	2	
15	1	1	3	3	
16	1	1	0	3	
17	1	2	3	3	
18	1	3	2	3	
19	1	3	4	3	
20	1	2	3	3	
21	1	2	3	3	
22	2	3	3	3	
23	1	2	2	0	
24	1	1	3	0	
25	2	1	3	0	
26	2	3	0	2	
27	2	2	3	3	
28	2	3	2	1	
29	2	3	0	1	
30	2	2	0	3	
31	2	3	3	1	
32	2	2	2	0	
33	1	2	3	0	
34	1	1	3	3	
35	2	2	3	3	
36	2	1	0	3	
37	1	2	2	2	
38	2	2	3	2	
39	2	1	0	2	
40	2	2	0	2	
41	1	2	1	2	
42	2	2	0	3	

A	B	C	D	E
43	1	2	0	2
44	2	2	0	3
45	1	2	0	3
46	2	2	0	1
47	2	2	3	3
48	1	2	2	2
49	2	2	1	3
50	1	3	1	1
51	1	2	3	3
52	1	1	1	0
53	1	3	2	1
54	1	2	0	3
55	2	1	3	3
56	1	2	3	0
57	2	2	1	3
58	2	1	0	1
59	2	2	3	3
60	2	1	0	1
61	2	2	3	0
62	2	2	0	2
63	2	2	0	3
64	2	1	0	3
65	1	2	3	1
66	1	2	3	0
67	1	3	3	3
68	1	2	1	2
69	2	1	0	3
70	1	3	2	0
71	2	2	3	2
72	2	2	3	3
73	1	2	0	2
74	2	1	0	2
75	2	2	0	3
76	2	2	3	2
77	1	2	3	3
78	2	3	3	0
79	1	2	3	3
80	2	2	0	3
81	2	2	3	2
82	2	2	3	3
83	2	2	0	1
84	1	2	2	0
85	1	2	0	1

A	B	C	D	E
86	2	2	0	3
87	2	2	0	2
88	1	3	3	0
89	2	1	0	3
90	1	2	1	1
91	1	3	2	2
92	2	3	2	3
93	2	3	3	2
94	2	3	2	2
95	1	3	2	3
96	2	2	0	3
97	1	3	2	0
98	1	3	3	3
99	2	3	3	3
100	2	3	3	2
101	1	2	0	2
102	1	2	0	3
103	1	3	4	3
104	1	3	0	1
105	1	2	3	0
106	2	2	2	2
107	2	3	2	2
108	2	2	0	2
109	2	3	3	1
110	1	2	0	2
111	2	3	3	1
112	1	2	3	0
113	2	2	0	3
114	2	2	0	1
115	2	1	0	3
116	2	2	0	2
117	2	2	3	3
118	2	3	0	2
119	1	1	3	2
120	2	2	0	1
121	2	2	2	2
122	2	1	0	3
123	2	3	3	2
124	2	2	0	2
125	2	2	0	3
126	2	2	0	3
127	1	3	0	3
128	1	2	3	3

A	B	C	D	E
129	2	2	2	3
130	2	1	0	3
131	1	2	2	3
132	2	2	0	2
133	2	3	2	2
134	1	3	0	2
135	1	2	2	2
136	2	1	3	0
137	2	2	0	3
138	1	3	2	0
139	2	2	0	3
140	2	2	0	2
141	1	2	3	0
142	2	2	0	3
143	1	2	0	1
144	1	2	3	0
145	2	2	3	0
146	2	2	0	2
147	1	2	0	3
148	1	2	3	2
149	1	2	0	3
150	2	2	3	0
151	2	3	0	2
152	1	3	1	1
153	2	3	2	1
154	1	2	3	2
155	2	2	1	1
156	1	2	0	2
157	1	2	0	2
158	1	1	3	2
159	2	2	3	3
160	2	3	3	0
161	1	3	0	2
162	2	2	0	3
163	1	2	0	2
164	2	2	0	2
165	2	3	3	2
166	2	2	0	1
167	1	2	0	2
168	1	1	0	2
169	1	3	0	3
170	1	2	0	2
171	2	2	0	2

A	B	C	D	E	F
172	1	2	2	1	
173	2	3	0	1	
174	2	3	2	2	
175	2	2	2	0	
176	2	3	1	2	
177	2	2	3	0	
178	1	1	0	2	
179	2	2	0	1	
180	2	1	0	1	
181	1	2	2	3	
182	2	2	3	0	
183	2	2	0	3	
184	2	2	0	2	
185	2	2	3	3	
186	1	2	0	3	
187	2	2	0	2	
188	1	2	3	1	
189	2	2	0	3	
190	2	2	0	1	
191	2	3	3	0	
192	2	3	0	2	
193	1	2	3	3	
194	2	2	3	3	
195	1	2	0	1	
196	2	2	2	2	
197	2	3	3	1	
198	2	2	1	2	
199	2	1	0	2	
200	1	3	1	3	
201	2	2	3	2	
202	1	3	3	0	
203	2	2	0	1	
204	1	2	0	1	
205	2	2	1	3	
206	1	3	0	2	
207	2	3	3	2	
208	2	2	3	3	
209	1	2	3	0	
210	2	3	3	3	
211	1	3	0	2	
212	1	2	3	3	
213	2	3	1	0	
214	2	2	1	3	

A	B	C	D	E	F
215	2	3	3	3	
216	2	2	2	3	
217	2	1	3	0	
218	1	2	0	1	
219	1	1	3	3	
220	2	2	3	3	
221	2	2	0	3	
222	2	3	3	2	
223	2	2	3	0	
224	1	3	2	2	
225	1	3	2	0	
226	2	2	2	1	
227	1	3	1	0	
228	2	3	4	3	
229	1	2	0	3	
230	2	2	0	1	
231	2	2	0	3	
232	2	3	2	2	
233	2	2	3	3	
234	1	2	3	1	
235	1	2	4	0	
236	1	3	3	2	
237	2	2	1	2	
238	1	1	3	2	
239	1	1	0	3	
240	2	2	3	0	
241	1	2	0	2	
242	1	2	0	2	
243	2	2	1	1	
244	1	3	0	2	
245	2	3	0	1	
246	2	3	1	2	
247	2	3	2	2	
248	1	2	3	0	
249	1	2	3	0	
250	1	2	0	3	
251	2	2	2	3	
252	2	2	0	3	
253	2	2	3	3	
254	1	3	0	2	
255	1	2	0	2	
256	1	2	0	3	
257	1	2	0	2	

A	B	C	D	E
258	1	3	0	1
259	1	2	3	3
260	1	2	0	2
261	2	2	2	3
262	1	2	3	3
263	2	2	0	2
264	2	2	2	1
265	2	3	0	2
266	2	3	0	1
267	1	3	2	3
268	1	2	2	2
269	1	3	3	3
270	2	2	3	0
271	2	2	2	3
272	2	1	0	3
273	1	3	2	3
274	2	2	0	3
275	2	1	0	3
276	2	2	0	1
277	2	1	0	3
278	1	3	3	0
279	2	3	0	3
280	1	2	0	3
281	2	2	0	2
282	1	3	0	1
283	2	2	2	3
284	1	2	3	0
285	1	2	3	2
286	2	3	0	3
287	2	3	3	2
288	2	2	3	2
289	1	3	2	0
290	1	2	3	1
291	2	2	0	3
292	2	2	0	3
293	2	2	0	3
294	1	2	0	3
295	2	2	0	3
296	2	3	2	3
297	2	3	2	0
298	1	3	3	1
299	1	2	0	2
300	1	1	3	0

A	B	C	D	E
301	2	2	3	0
302	1	2	2	0
303	2	2	3	3
304	2	3	3	3
305	1	2	3	1
306	2	2	0	3
307	1	2	3	2
308	2	2	0	3
309	2	2	0	2
310	1	3	3	2
311	2	2	2	0
312	1	2	0	2
313	2	2	0	1
314	2	2	0	2
315	2	2	0	3
316	2	2	0	2
317	2	3	3	2
318	1	3	3	2
319	2	2	0	1
320	2	2	0	3
321	2	3	0	3
322	2	2	3	1
323	2	2	2	0
324	2	2	3	3
325	2	2	3	2
326	2	2	3	1
327	1	2	0	3
328	1	2	3	0
329	1	2	3	2
330	1	1	3	2
331	2	3	0	2
332	2	2	3	1
333	2	2	3	1
334	2	3	0	2
335	2	2	2	0
336	2	2	0	1
337	2	2	0	2
338	2	2	0	3
339	2	2	2	0
340	2	2	3	0
341	1	2	0	1
342	2	2	0	2
343	2	2	0	1

A	B	C	D	E
344	1	2	0	3
345	1	2	2	2
346	1	3	1	2
347	1	3	4	2
348	2	3	0	1
349	2	2	0	3
350	2	3	2	3
351	1	3	1	2
352	2	3	0	1
353	2	2	1	0
354	1	2	3	3
355	2	2	0	2
356	1	3	1	2
357	2	2	2	1
358	2	2	2	2
359	2	3	4	1
360	2	2	4	2
361	2	2	2	1
362	2	2	3	1
363	2	2	0	1
364	2	2	0	2
365	2	2	2	0
366	2	3	0	2
367	1	2	4	1
368	2	3	1	1
369	2	2	0	3
370	2	2	1	3
371	2	3	3	1
372	2	2	0	3
373	1	3	4	3
374	2	2	0	2
375	2	3	0	1
376	1	2	0	3
377	2	2	0	2
378	2	3	0	1
379	2	2	0	1
380	2	2	0	1
381	2	1	0	3
382	1	3	3	1
383	2	2	0	1
384	2	3	2	2
385	2	2	0	2
386	1	2	2	0

A	B	C	D	E
387	2	2	0	3
388	2	2	3	3
389	2	2	3	2
390	1	1	2	0
391	2	2	1	1
392	2	1	0	3
393	2	3	3	1
394	1	3	0	2
395	2	3	0	1
396	2	3	0	1
397	1	3	1	0
398	1	2	0	3
399	1	2	0	3
400	2	3	0	1
401	2	2	0	3
402	1	3	2	1
403	1	2	4	2
404	1	2	0	2
405	2	2	0	2
406	1	2	0	1
407	1	2	2	0
408	2	3	0	3
409	2	2	2	0
410	2	2	2	0
411	2	2	0	3
412	1	3	3	2
413	2	2	0	1
414	2	2	4	1
415	1	2	3	3
416	1	3	1	2
417	2	2	1	0
418	1	3	1	1
419	1	2	2	2
420	2	2	0	1
421	2	2	0	1
422	2	3	4	1
423	2	2	0	3
424	2	2	0	3
425	1	3	3	2
426	2	2	2	2
427	2	2	2	0
428	2	3	1	0
429	2	2	3	1

A	B	C	D	E
422	2	3	4	1
423	2	2	0	3
424	2	2	0	3
425	1	3	3	2
426	2	2	2	2
427	2	2	2	0
428	2	3	1	0
429	2	2	3	1
430	1	2	0	2
431	2	2	0	2
432	1	2	0	1
433	1	2	0	2
434	1	2	0	2
435	2	2	0	1
436	1	1	2	3
437	2	2	0	2
438	2	3	3	2
439	1	1	0	1
440	2	2	1	1
441	2	2	4	2
442	2	2	0	3
443	1	2	0	2
444	1	2	3	0
445	2	2	3	0
446	2	3	0	3
447	2	3	3	3
448	2	1	3	3
449	1	2	3	3
450	2	1	3	0
451	1	3	1	3
452	2	2	0	3
453	2	1	0	3
454	1	1	3	0
455	2	2	0	3
456	1	3	3	2
457	2	3	3	2
458	1	1	3	3
459	1	1	0	3
460	1	2	3	3
461	1	3	2	3
462	1	3	4	3

A	B	C	D	E
462	1	3	4	3
463	1	2	3	3
464	1	2	3	3
465	2	3	3	3
466	1	2	2	0
467	1	1	3	0
468	2	1	3	0
469	2	3	0	2
470	2	2	3	3
471	2	3	2	1
472	2	3	0	1
473	2	2	0	3
474	2	3	3	1
475	2	2	2	0
476	1	2	3	0
477	1	1	3	3
478	2	2	3	3
479	2	1	0	3
480	1	2	2	2
481	2	2	3	2
482	2	1	0	2
483	2	2	0	2
484	1	2	1	2
485	2	2	0	3
486	1	2	0	2
487	2	2	0	3
488	1	2	0	3
489	2	2	0	1
490	2	2	3	3
491	1	2	2	2
492	2	2	1	3
493	1	3	1	1
494	1	2	3	3
495	1	1	1	0
496	1	3	2	1
497	1	2	0	3
498	2	1	3	3
499	1	2	3	0
500	2	2	1	3
501	2	1	0	1
502	2	2	3	3
---	---	---	---	---

A	B	C	D	E	F
503	2	1	0	1	
504	2	2	3	0	
505	2	2	0	2	
506	2	2	0	3	
507	2	1	0	3	
508	1	2	3	1	
509	1	2	3	0	
510	1	3	3	3	
511	1	2	1	2	
512	2	1	0	3	
513	1	3	2	0	
514	2	2	3	2	
515	2	2	3	3	
516	1	2	0	2	
517	2	1	0	2	
518	2	2	0	3	
519	2	2	3	2	
520	1	2	3	3	
521	2	3	3	0	
522	1	2	3	3	
523	2	2	0	3	
524	2	2	3	2	
525	2	2	3	3	
526	2	2	0	1	
527	1	2	2	0	
528	1	2	0	1	
529	2	2	0	3	
530	2	2	0	2	
531	1	3	3	0	
532	2	1	0	3	
533	1	2	1	1	
534	1	3	2	2	
535	2	3	2	3	
536	2	3	3	2	
537	2	3	2	2	
538	1	3	2	3	
539	2	2	0	3	
540	1	3	2	0	
541	1	3	3	3	
542	2	3	3	3	
543	2	3	3	2	

A	B	C	D	E	F
544	1	2	0	2	
545	1	2	0	3	
546	1	3	4	3	
547	1	3	0	1	
548	1	2	3	0	
549	2	2	2	2	
550	2	3	2	2	
551	2	2	0	2	
552	2	3	3	1	
553	1	2	0	2	
554	2	3	3	1	
555	1	2	3	0	
556	2	2	0	3	
557	2	2	0	1	
558	2	1	0	3	
559	2	2	0	2	
560	2	2	3	3	
561	2	3	0	2	
562	1	1	3	2	
563	2	2	0	1	
564	2	2	2	2	
565	2	1	0	3	
566	2	3	3	2	
567	2	2	0	2	
568	2	2	0	3	
569	2	2	0	3	
570	1	3	0	3	
571	1	2	3	3	
572	2	2	2	3	
573	2	1	0	3	
574	1	2	2	3	
575	2	2	0	2	
576	2	3	2	2	
577	1	3	0	2	
578	1	2	2	2	
579	2	1	3	0	
580	2	2	0	3	
581	1	3	2	0	
582	2	2	0	3	
583	2	2	0	2	
584	1	2	3	0	

A	B	C	D	E
585	2	2	0	3
586	1	2	0	1
587	1	2	3	0
588	2	2	3	0
589	2	2	0	2
590	1	2	0	3
591	1	2	3	2
592	1	2	0	3
593	2	2	3	0
594	2	3	0	2
595	1	3	1	1
596	2	3	2	1
597	1	2	3	2
598	2	2	1	1
599	1	2	0	2
600	1	2	0	2
601	1	1	3	2
602	2	2	3	3
603	2	3	3	0
604	1	3	0	2
605	2	2	0	3
606	1	2	0	2
607	2	2	0	2
608	2	3	3	2
609	2	2	0	1
610	1	2	0	2
611	1	1	0	2
612	1	3	0	3
613	1	2	0	2
614	2	2	0	2
615	1	2	2	1
616	2	3	0	1
617	2	3	2	2
618	2	2	2	0
619	2	3	1	2
620	2	2	3	0
621	1	1	0	2
622	2	2	0	1
623	2	1	0	1

ANEXO 4: Matriz de consistencia

PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS DEL CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EL GALENO AÑO 2021					
PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES		METODOLOGÍA	
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál será la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes El Galeno año 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el género? • ¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el grupo etario? • ¿Cuál será la frecuencia de edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el maxilar? 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en radiografías panorámicas del centro de diagnóstico por imágenes El Galeno año 2021 <p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el género. • Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según la edad. • Determinar la prevalencia del edentulismo parcial en la clasificación de Kennedy según el maxilar. 	Variable 1: Edentulismo parcial		<p>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfoque de la Investigación: Cuantitativo – Nivel de la investigación: Descriptivo – Tipo de Investigación: Básica, observacional – Diseño de investigación: No experimental, transversal y prospectivo <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ámbito del estudio: Centro radiográfico el Galeno de Tacna, 2021. – Población: – Se tuvo como población 1350 radiografías panorámicas de los pacientes peruanos que acudieron al centro de diagnóstico El Galeno durante los meses de enero a junio del año 2021 – Muestreo: no probabilístico por conveniencia. – Muestra: La muestra estuvo comprendida 623 radiografías panorámicas de los pacientes peruanos que acudieron al centro de diagnóstico El Galeno durante los meses de enero a junio del año 2021 que cumplieron con los criterios necesarios para ser parte de la investigación. <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> – Técnicas de recolección de datos: Observacional – Se empleó una ficha de recolección de datos, constó de 4 ítems: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Clasificación de Kennedy (Clase I, II, III y IV). ➤ Edad. ➤ Género. ➤ Ubicación de zona edéntula (Maxilar superior y maxilar inferior). 	
		Indicadores			Valor
		Según la clasificación de Kennedy	-clase I - clase II -clase III -clase VI		
		Covariable 1: sexo			
		Indicador	Valor		
		Registro de la base de datos digital.	-Masculino -Femenino		
		Covariable 2: grupo etario			
		indicador	Valor		
		Registro de la base de datos digital.	- Jove:18- 29 -Adulto:30-59 -Adulto mayor:60- a más		
		Covariable 3: maxilar			
Indicador	Valor				
Registro de la base de datos digital.	-Superior -Inferior				