Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 – 2025

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

AUTOR

Fiorela Dayana NUÑEZ SERPA

ASESOR

Mg. Haydee Giovanna LUJÁN LARREATEGUI

Lima, Perú

2026



Reconocimiento − No Comercial − Compartir Igual − Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Nuñez F. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 – 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Fiorela Dayana Nuñez Serpa
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76286091
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-3808-3542
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Haydee Giovanna Luján Larreategui
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06284081
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-1117-7376
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Jorge Sixto Gaitán Velásquez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06156956
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Haydee Giovanna Luján Larreategui
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06284081
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Katia Luz Medina Calderón
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10272570
Datos de investigación	

Línea de investigación	A.09.05.07 Socioepidemiología de las enfermedades estomatológicas
Grupo de investigación	Ninguno
Agencia de financiamiento	Ninguno
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de Odontología País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Dirección: Av. Carlos Germán Amézaga N° 375, Lima 15081 Latitud: 12° 3' 15.8" S Longitud: 77° 5' 9.4" O
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023-2025
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral **https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL

A C T A DE SUSTENTACIÓN PRESENCIAL N.º 049/FO-EPO/2026

Los Docentes que suscriben, reunidos el 20 de octubre de 2026 en la ciudad de Lima, siendo las 12:00 horas, por encargo de la Señora Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista de la Bachiller:

Fiorela Dayana Nuñez Serpa

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis **«Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 - 2025.»** y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

..... BUENO .....
(escala)

Siendo calificada con un promedio de: ..... diecisiete .... 17 .....
(en letras) (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los veinte días del mes de octubre del año dos mil veintiséis.

PRESIDENTE DEL JURADO

C.D. Jorge Sixto Gaitán Velásquez

MIEMBRO SECRETARIO

Mg. Katia Luz Medina Calderón

MIEMBRO VOCAL (ASESORA)

Mg. Haydee Giovanna Luján Larreategui

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 o menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Haydee Giovanna Luján Larreategui** en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen N° **000033-2026-EPO-FO/UNMSM** de la tesis, cuyo título es ***"Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 - 2025."*** presentado por la (el) bachiller **Fiorela Dayana Nuñez Serpa**, para optar el título profesional de Cirujano(a) Dentista. CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 19 % de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Cirujano(a) Dentista.

Lima, 02 de noviembre de 2026



.....
Mg. Haydee Giovanna Luján Larreategui
DNI 06284081

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

El presente trabajo está dedicado a mi familia por ser el pilar de mi formación profesional, en especial a su integrante más reciente, mi adorable sobrina ***Alessia***, mi persona favorita en el mundo y quien siempre logra iluminar mis días cuando más lo necesito.

A las infancias, con el deseo de que esta investigación sea un llamado a la prevención. Que el futuro de nuestra práctica odontológica no sea rehabilitar la ausencia, sino preservar la integridad y la calidad de vida desde las etapas más tempranas.

A la Facultad de Odontología de la UNMSM, mi alma mater, por brindarme las herramientas para entender la salud bucal no solo como ciencia, sino como un ***compromiso social***.

A Palestina: “Sobre esta tierra hay algo que merece vivir” – Mahmoud Darwish.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, la Dra. Haydee Luján L., por su apoyo y dirección constante durante el desarrollo de este proyecto.

A la Dra. Katia Medina C., por su valiosa orientación en la elaboración de este trabajo.

Al Dr. Jorge Gaitán V., por su disposición y sugerencias para la investigación.

A la Dra. Margot Gutiérrez I., por su amabilidad y por guiarme pacientemente en los momentos de bloqueo.

A la plana docente del área de investigación, por los conocimientos impartidos, indispensables para la elaboración del proyecto.

Al personal administrativo de la Facultad de Odontología -especialmente a Rony, Gladys y Sofía, del área de archivos- por su paciencia y apoyo invaluable.

A mi familia, por brindarme las herramientas y el respaldo constante para culminar mi tesis.

A mis amistades y colegas, por su motivación y apoyo incondicional frente a los desafíos de este proceso.

A mí misma, por la resiliencia y perseverancia.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM entre los años 2023-2025. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. De una población total de 2469 historias clínicas, se seleccionó una muestra de 330 HC mediante un muestreo probabilístico sistemático, aplicando criterios de inclusión y exclusión. Los datos se registraron en una ficha de recolección diseñada para evaluar la prevalencia de edentulismo parcial, el sexo y la edad. Para el análisis, se utilizó estadística descriptiva y las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado de independencia, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. **Resultados**: La prevalencia de edentulismo parcial fue del 77,6% (n=256), presentándose en mayor proporción en personas de 60 a más años (97,6%) y en el sexo femenino (81,4%). Predominó el tipo bimaxilar (71,1%) seguido del mandibular y el maxilar. La clase III de la clasificación de Kennedy fue la más frecuente en ambas arcadas. **Conclusiones:** Se determinó una prevalencia elevada del edentulismo parcial, así como una asociación estadísticamente significativa con las variables edad y sexo, incrementándose a mayor edad y en mujeres. Asimismo, la clase III de Kennedy fue la más prevalente en ambas arcadas.

PALABRAS CLAVE: Edentulismo parcial, prevalencia, clasificación de Kennedy, pérdida dentaria.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of partial edentulism among patients treated at the clinic of the UNMSM School of Dentistry between 2023 and 2025. **Methodology:** An observational, descriptive, cross-sectional study. From a total population of 2,469 medical records, a sample of 330 was selected using systematic probability sampling, applying inclusion and exclusion criteria. Data were recorded on a data collection form designed to assess the prevalence of partial edentulism, as well as sex and age. Descriptive statistics and the following statistical tests were used for analysis: the chi-square test of independence, the Mann-Whitney U test, and the Kruskal-Wallis test. **Results:** The prevalence of partial edentulism was 77.6% (n=256), occurring at a higher rate among individuals aged 60 and older (97.6%) and among females (81.4%). The bimaxillary type predominated (71.1%), followed by the mandibular and maxillary types. Kennedy Class III was the most frequent in both dental arches. **Conclusions:** A high prevalence of partial edentulism was determined, as well as a statistically significant association with the variables of age and sex, with prevalence increasing with age and among women. Furthermore, Kennedy Class III was found to be the most prevalent in both dental arches.

KEYWORDS: Partial edentulism, prevalence, Kennedy classification, tooth loss.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....ii
AGRADECIMIENTOS.....iii
RESUMEN.....iv
ABSTRACT.....v
I.INTRODUCCIÓN..... 1
II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 2
2.1 ÁREA PROBLEMA..... 2
2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA..... 3
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... 4
2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 4
2.5 JUSTIFICACIÓN..... 5
2.6 LIMITACIONES..... 6
III. MARCO TEÓRICO 7
3.1 ANTECEDENTES.....7
3.2 BASES TEÓRICAS..... 12
3.2.1 Edentulismo parcial.....12
3.2.2 Causas del edentulismo parcial.....13
3.2.3 Factores asociados al edentulismo.....16
3.2.4 Consecuencias del edentulismo parcial.....19
3.2.5 Clasificación del edentulismo parcial..... 21
3.2.6 Clasificación de Kennedy..... 22
3.2.6.1 Reglas de Applegate para la clasificación de Kennedy..... 24
3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 25
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 26
IV. METODOLOGÍA 27
4.1 Tipo de Investigación..... 27
4.2 Población 27
4.3 Tamaño de muestra y muestreo 27
4.4 Procedimientos y técnicas 28
4.5 Procesamiento de datos..... 28
4.6 Análisis de datos 29
V. RESULTADOS 30
VI. DISCUSIÓN 35

VII. CONCLUSIONES 39
VIII. RECOMENDACIONES..... 40
IX. BIBLIOGRAFÍA..... 41
X. ANEXOS 48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según sexo y grupo etario de los pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025..... **30**

Tabla 2. Prevalencia de edentulismo parcial según sexo y grupo etario en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025.....**31**

Tabla 3. Ubicación del edentulismo parcial según arcada dentaria en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025.....**32**

Tabla 4. Clasificación de Kennedy según arcada dentaria en pacientes con edentulismo parcial **32**

Tabla 5. Número de piezas dentarias perdidas según sexo y grupo etario en pacientes con edentulismo parcial atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025.....**34**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Imagen de la Clase I de Kennedy**……..…22**
Figura 2. Imagen de la Clase II de Kennedy**……22**
Figura 3. Imagen de la Clase III de Kennedy**……..23**
Figura 4. Imagen de la Clase IV de Kennedy**……..23**
Figura 5. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025**..... 30**
Figura 6. Ubicación del edentulismo parcial según arcada dentaria en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025**.....32**
Figura 7. Clasificación de Kennedy según arcada dentaria en pacientes con edentulismo parcial atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025**..... 33**

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de Consistencia..... **48**
Anexo N° 2: Consentimiento informado para tratamientos odontológicos..... **49**
Anexo N° 3: Ficha de recolección de datos para el proyecto de investigación..... **50**
Anexo N° 4: Base de datos general (Esquema de matriz de registro en Excel) **51**

I. INTRODUCCIÓN

El edentulismo parcial o total constituye una condición irreversible que conlleva a un estado de discapacidad permanente. La OMS señala esta condición como un problema de salud significativo con un alto porcentaje de afectación a nivel mundial (1)(2)(7). No obstante, diversas investigaciones resaltan el contraste entre países como Estados Unidos y naciones de Sudamérica, encontrando en estas últimas una prevalencia superior. Específicamente en el Perú, se han reportado estadísticas que superan los promedios globales señalados por la OMS, alcanzando en algunas regiones entre el 90% y el 100% (3).

Hasta la fecha, se han llevado a cabo estudios internacionales y nacionales sobre la problemática que representa el edentulismo parcial; sin embargo, se carece de información actualizada y enfocada en los usuarios atendidos en entidades públicas, como lo es la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM. Por lo tanto, es necesario y urgente afrontar este problema de salud pública desde un enfoque de promoción y prevención. Asimismo, se deben planificar y desarrollar proyectos de intervención para la atención y el tratamiento de rehabilitación oral, ya que sus consecuencias impactan negativamente en la calidad de vida de quienes lo padecen.

Este estudio busca beneficiar a la comunidad académica aportando nueva información epidemiológica, además de brindar un panorama de utilidad para futuras investigaciones y proyectos de intervención. Es por ello que se plantea como objetivo determinar la prevalencia del edentulismo parcial y su asociación con variables como el sexo y la edad. En las siguientes páginas, se presentará la estructura del proyecto con base en el problema de investigación, el marco teórico, la metodología, los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 ÁREA PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último informe publicado en marzo del 2025, indica que las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3.700 millones de personas en todo el mundo. Entre las afecciones bucodentales más comunes se encuentran la caries dental, las enfermedades periodontales, el edentulismo parcial o total, y los cánceres bucodentales, entre otras. La falta de acceso a atención dental preventiva y los recursos limitados para un tratamiento adecuado contribuyen a la alta incidencia de estas patologías. En particular, la OMS considera que el edentulismo, que hace referencia a la pérdida de dientes, es un problema significativo que afecta a un alto porcentaje de la población mundial. (1)(2)

Cifras publicadas por la OMS indican una prevalencia del edentulismo, ya sea parcial o total, del 23 % en adultos mayores de 60 años. En países como Estados Unidos, esta condición afecta al 16,7 % de los adultos mayores, es decir, a uno de cada seis personas. En contraste, en países de Sudamérica como Brasil y México, las cifras pueden alcanzar hasta el 79,5 % y 87 %, respectivamente. Además, en la región, la prevalencia de la pérdida dental total asciende al 44,77 %, mientras que la pérdida dental parcial es aún mayor, llegando al 49,99 %. (3)

En cuanto a la relación entre el edentulismo y la edad, se encontró que en adolescentes de entre 15 y 19 años, la prevalencia es del 17,4 %. En adultos de entre 35 y 44 años, la prevalencia alcanza el 24,9 %, y en adultos mayores, llega al 53,7 %. En cada grupo etario, se observa una variación significativa entre aquellos de estratos socioeconómicos más altos y con niveles educativos superiores, frente a aquellos de menores ingresos y con escasa educación. En relación con el sexo y la raza, se evidenció que las mujeres, así como los mestizos y las personas de raza negra, presentan una mayor prevalencia de pérdida dental. (4)

Particularmente en Perú, la población afectada por el edentulismo supera las estadísticas mundiales publicadas por la OMS. Regiones como Cusco, Huánuco

y Trujillo presentan una prevalencia cercana al 100 % de la muestra estudiada, mientras que en Iquitos, Puno, Callao y Lambayeque las prevalencias superan el 90 %. (3)

En este contexto, la rehabilitación total o parcial de un paciente edéntulo implica procedimientos complejos y costosos, los cuales no son ofrecidos por el sistema público de salud peruano. Esto conduce a que sean los pacientes de mejor nivel socioeconómico, quienes puedan acceder a consultorios privados, convirtiendo la atención dental en un lujo. La realidad de muchos peruanos es que les resulta imposible cubrir el costo de los tratamientos. (5)

De esta manera, queda en evidencia cómo el edentulismo está relacionado con factores como la falta de educación en relación al cuidado de la salud bucal, la falta de acceso a atención dental y las grandes desigualdades de ingresos, condiciones comunes en países de ingresos bajos y medianos. En este contexto, se comprende que, en entornos con pocos recursos, la extracción de dientes se considera una solución disponible frente a los problemas dentales, lo que lleva a un edentulismo temprano. (6)

La falta de acceso a servicios de atención dental, la escasa o inadecuada información sobre la importancia de la salud bucodental y los recursos limitados para tratar afecciones como la caries y las enfermedades periodontales contribuyen a la alta tasa de edentulismo. El impacto de la pérdida de dientes es negativo en la calidad de vida de las personas, ya que limita su capacidad para hablar, masticar adecuadamente e incluso sonreír con confianza, lo que puede derivar en problemas de salud psicológica. (1)(2)

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El edentulismo se define como la pérdida de uno o más dientes en la cavidad oral y constituye una condición irreversible que representa un estado de discapacidad permanente. Generalmente, es el punto final de patologías orales como la caries dental y la enfermedad periodontal. Esta afección repercute negativamente en diversos aspectos de la vida del individuo, afectando la estética facial, la nutrición, así como las funciones de masticación, fonación y socialización. (1)(7)

Tradicionalmente, el edentulismo ha sido asociado con personas adultas mayores y con niveles socioeconómicos bajos. No obstante, su presencia también se ha documentado en poblaciones jóvenes, particularmente en aquellos grupos menos favorecidos, en quienes puede incidir negativamente en su salud mental y autoestima. (7)

El presente estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En este contexto, la población objeto de estudio está conformada por personas con un nivel socioeconómico bajo y/o que carecen de acceso a un seguro médico privado. Los resultados obtenidos permitirán generar evidencia actualizada que contribuya al diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud bucal y la prevención de esta condición.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 - 2025?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 – 2025.

2.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en relación al sexo y a la edad de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en relación a la arcada dentaria de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Determinar la prevalencia de las clases de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en relación a la arcada dentaria de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Determinar la pérdida de piezas dentarias en relación a la edad y el sexo de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

2.5 JUSTIFICACIÓN

El edentulismo parcial, comprendido como la pérdida parcial de piezas dentarias es un problema de salud pública que conlleva a significativas consecuencias en la calidad de vida de los que la padecen. Desarrollan dificultades en la masticación, la fonación, la estética, incluso la salud mental y cómo se relacionan en sociedad. Considerando que la atención pública cuenta con recursos limitados y en contraposición la demanda en salud bucal es elevada, determinar la prevalencia de esta condición es vital para el diseño de estrategias de prevención, atención y rehabilitación oral.

A pesar de contar en la literatura con estudios nacionales acerca de la problemática que representa el edentulismo parcial, se carece de información actualizada y específica sobre esta condición en pacientes tratados en entidades públicas, como la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM. La presente investigación busca aportar información epidemiológica acerca de la proporción del problema en dicha población. En vista que se ignora cuántos, de los pacientes, que diariamente son atendidos en entidades públicas, padecen y requieren tratamiento para esta condición. Contribuyendo con información para la planificación de los servicios de odontología, priorizar recursos y promover políticas de prevención más efectivas.

El proyecto beneficiaría a la comunidad académica odontológica pues aporta nueva información epidemiológica en salud bucal, así como ofrecer un panorama de utilidad para próximas investigaciones y proyectos de intervención. Además de incentivar el fortalecimiento de la formación en prevención dentro del desarrollo profesional de futuros odontólogos, interiorizando la poderosa

herramienta que es la promoción y prevención de las enfermedades bucales que desencadenan en edentulismo.

2.6 LIMITACIONES

Una de las limitaciones metodológicas de este estudio radica en la selección de muestra, la cual se circunscribe a los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM; por lo tanto, los resultados reflejan la realidad de esta población específica y deben extrapolarse con precaución a nivel nacional. Asimismo, debido al diseño observacional, descriptivo y transversal de la investigación, la recolección de datos dependió de la calidad de los registros clínicos preexistentes, existiendo un riesgo inherente de sesgo de información ante posibles omisiones en el llenado original de los odontogramas e historias clínicas.

Por otra parte, aunque se presentaron restricciones temporales debido a los trámites burocráticos institucionales para el acceso a los archivos clínicos, la disposición colaborativa del personal permitió alcanzar el tamaño muestral requerido a tiempo, contando además con la viabilidad económica y de recursos necesarios para el correcto procesamiento de los datos.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

Aguirre G. et al (2024, El Salvador) Determinaron el impacto del edentulismo y los factores sociodemográficos en la calidad de vida de la población salvadoreña. Se llevó a cabo un análisis transversal secundario de datos de 3322 usuarios de 15 a 60 años del Sistema Público de Salud analizando variables como las sociodemográficas, edentulismo y calidad de vida. Mediante el examen clínico se determinó que un 68,24% y 72,42% presentaron edentulismo parcial en el maxilar superior e inferior respectivamente, y el edentulismo completo llegó al 2.02%. Se detectaron diferencias significativas entre sexos y una relación entre sexo y calidad de vida; la autopercepción de impacto severos y muy severos fue superior en mujeres. Además, se concluye que las personas con educación básica fueron las más afectadas, la pérdida dentaria incrementa con la edad y el edentulismo completo tuvo mayores repercusiones en cuanto a la alimentación, habla y socialización. (8)

Zhang et al (2023, China) Examinaron las vías directas e indirectas entre el nivel socioeconómico infantil y la prevalencia del edentulismo en individuos chinos de mediana y avanzada edad. Analizaron información de 17 032 individuos en el estudio longitudinal de salud y jubilación en China. El nivel socioeconómico en la infancia se definió en base a la educación y ocupación de los padres, la situación financiera familiar, la conveniencia de recibir atención médica entre otros. Mientras que el nivel socioeconómico en la adultez se estableció según los logros educativos de los individuos. Los resultados fueron que el nivel socioeconómico tiene un efecto acumulativo sobre el edentulismo a lo largo de la vida. Es decir, una vida temprana favorable es vital para reducir la influencia del riesgo en cadena y acumulativo, asimismo acortar la brecha socioeconómica por medio de recomendaciones de salud bucodental como prevención del edentulismo. (9)

Acharya L. et al (2023, Nepal) Determinaron la prevalencia del edentulismo en pacientes que acuden a la unidad odontológica de un centro de atención terciaria. Estudio descriptivo transversal basado en registros hospitalarios de pacientes durante el año 2019. La población fue un total de 4697 pacientes, se

determinó que el 8.58% presentaban edentulismo, de los cuales 263 (65,30%) correspondía a edéntulos parciales y 140 (34,70%) edéntulos completos. Adicionalmente la clase III de Kennedy fue la más predominante con un 76,05% seguida de la clase II (7,98%) y la clase IV (3,80%). (10)

Vizcaíno K et al (2022, Ecuador) Revisión bibliográfica de artículos extraídos de bases de datos especializadas como SciELO, Elsevier, Google académico entre otras. Su objetivo fue conocer la prevalencia de edentulismo en los adultos mayores de Latinoamérica. Los resultados demostraron cifras de edentulismo total que van desde un 12% hasta un 79,5%, no obstante, el edentulismo parcial prevaleció en las investigaciones revisadas. De tal modo, se revela una elevada prevalencia de edentulismo en América Latina. Se concluye la necesidad de fortalecer el acceso a los servicios de salud bucal en la región desde la infancia temprana. (11)

Borg-Bartolo et al (2022, Suiza) Se determinó la prevalencia de edentulismo mediante un metanálisis con el modelo de efectos aleatorios (IC del 95%) que incluyeron datos de participantes edéntulos o con caries dental activa mayores de 45 años, estratificados por región del mundo, edad e ingreso nacional bruto per cápita. Las fuentes que emplearon fueron Embase, Medline vía Pubmed y Scopus, además se contó con expertos de diferentes países para identificar las encuestas nacionales de salud bucal, contando con 86 artículos. Los resultados indicaron una prevalencia de edentulismo que varía entre el 1,1% al 70%, demostrando una alta prevalencia a nivel mundial, no obstante, señalan que existen amplias variaciones entre diferentes países, grupos de edad y nivel socioeconómico. (12)

Alibrahim A. et al (2021, Jordania) El objetivo fue determinar los patrones de edentulismo parcial y los factores de riesgo asociados. Se realizó estudio epidemiológico transversal de pacientes adultos de diversos centros de salud, 467 participantes. Se usó modelos de regresión multivariante para describir los predictores del número de dientes ausentes. Concluyeron que la causa de pérdida dentaria fue la caries dental en el 85,4%, la enfermedad periodontal con un 13,7% y los traumatismos con el 7,5%. La media de piezas dentales perdidas

fue significativamente mayor en el maxilar superior que en el inferior, así mismo, la clasificación de Kennedy más dominante fue la clase III. Otros factores como la edad avanzada, el tabaquismo, una mala higiene oral y el bajo nivel educativo fueron asociados significativamente con una alta pérdida dentaria. (13)

Venkat M. et al (2021, India) Se realizó un metaanálisis empleando el modelo de efectos aleatorios para los resultados de mortalidad dental. Y determinar la prevalencia de la mortalidad dental en India, mediante una búsqueda en bases de datos como PubMed, Medline, PubMed Central y Scopus, obteniendo 36 estudios. Se contó con una población de 13662 adultos, encontrándose como prevalencia general de mortalidad dental completa del 10.7% y un 58.8% para la mortalidad dental parcial, a su vez se estima que los adultos de zonas rurales mostraron una mortalidad dental parcial dos veces más que la de los adultos urbanos y las mujeres presentaron una mayor mortalidad dental parcial, 48,2%; mientras que los hombres, una mayor mortalidad dental completa, 20,2%. (14)

Gonzáles Y. et al (2021, Venezuela) Estudio descriptivo, observacional de corte transversal, cuyo objetivo fue evaluar la pérdida dentaria y su relación con la necesidad de tratamiento protésico. Se contó con la participación de los pacientes atendidos en la consulta estomatológica El Carmen, en el Estado Barinas, Venezuela, durante los meses de enero a junio de 2018. Las variables a estudiar fueron edad, pérdida dentaria, necesidad de tratamiento protésico y tipo de prótesis. Los resultados evidenciaron la prevalencia del sexo femenino con un 62.4% y el grupo de edad comprendido entre los 19 a 34 años, con un 48,7%. Población que perdió de 7 a más piezas dentarias, por tanto, el 63.4% requería tratamiento protésico siendo la rehabilitación parcial la más solicitada. (15)

Shayegh et al (2021, Irán) Se revisó sistemáticamente la literatura con el objetivo de hallar la prevalencia de edentulismo completo en Irán, para ello se realizó una búsqueda electrónica en bases de datos como Pubmed, Google Scholar e Irandoc, sumado a ello también se llevó a cabo una búsqueda manual de tesis doctorales, incluyendo estudios publicados desde el año 2000. Se revisaron un total de 837 estudios, entre ellos 15 tesis y 825 artículos, no

obstante, bajo los criterios de exclusión se finalizó con 8 artículos y siete tesis. Los resultados evidenciaron una prevalencia de edentulismo en Irán que varía entre el 3% y el 78%. (16)

Escudero E. et al (2020, Bolivia) Investigación cuantitativa, observacional, descriptivo y transversal; cuyo propósito fue evaluar la prevalencia del edentulismo parcial y total, así como su repercusión en la calidad de vida de la población entre los 15 a 85 años de la ciudad de Sucre. Se contó con 735 personas a quienes se les evaluó mediante la observación clínica odontológica y la encuesta OHIP-14 denominada “Perfil de Impacto en la Salud Oral”. Se determinó una prevalencia del 28,3% para el edentulismo total y el 66.8% para el edentulismo parcial con mayor incidencia en mujeres y el grupo de edad de 15 a 24 años, por último, el impacto del edentulismo en la calidad de vida comprende un 84,2% como alto impacto y el dolor dental o boca fue el más frecuente, demostrando así la alta prevalencia del edentulismo y sus consecuencias en la calidad de vida. (17)

Rivera Gonzales L. et al (Colombia, 2020), Identificaron la prevalencia de edentulismo y los factores asociados en la población colombiana. Para ello, se llevó a cabo un estudio de corte transversal analítico, considerando como fuente secundaria el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). Los resultados revelaron una proporción de edentulismo parcial del 41,19% y una prevalencia de 12,17 casos en cada 100000 habitantes. A su vez, se identificaron factores asociados como: bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, limitado tiempo dedicado a la higiene bucal, baja frecuencia de consulta odontológica, entre otros. (18)

Vega B. et al (2023, Cusco-Perú) Integraron la información sobresaliente acerca de la prevalencia del edentulismo en adultos mayores extraída de estudios científicos realizados en diferentes lugares del Perú, y con ello llenar el vacío de información epidemiológica. Se realizó una exhaustiva búsqueda en las principales bases de datos científicas como PubMed, LILACS, Renati, etc., obteniéndose 19 estudios. Se concluye que en el Perú se alcanza un promedio de 82,35% como prevalencia del edentulismo en adultos mayores, con valores

que oscilan entre 23% y 100%. A su vez se evidenció un predominio del edentulismo parcial con un promedio de 49,9% frente al edentulismo total con un 44,77%. (3)

Quispe. A (2022, Perú) Determinó la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de un establecimiento de salud público en Juliaca, durante los años 2019 a 2021. Se ejecutó una investigación básica, no experimental, transversal y retrospectiva, en la cual se analizaron 299 historias clínicas. Los resultados obtenidos arrojaron una prevalencia de edentulismo parcial de 65.2%. En el caso del maxilar, las clases III, II, I y IV corresponden al 24%, 12%, 7% y 2%, respectivamente; mientras que en el maxilar inferior fueron de 9,7%, 14,4%, 29,1% y 1%, respectivamente. Adicionalmente, se reveló que el grupo etario entre los 30 a 59 años obtuvo la mayor prevalencia, con 76%. En cuanto al sexo, la prevalencia fue de 62,9% en mujeres y del 75,9% en hombres. (19)

Ramirez. C (2022, Perú) Determinó la prevalencia del edentulismo parcial y total de pacientes atendidos en la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos según las clasificaciones de Kennedy y Eichner. Se examinaron 2223 historias clínicas, no obstante, fueron 978 aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados fueron procesados bajo el enfoque de la estadística descriptiva, la estadística bivariada de Chi-cuadrado de independencia y el test Exacto de Fisher. Se verificó la prevalencia de la clase III de Kennedy en la arcada superior con 44,4% y la clase I con 49,9% en la arcada inferior. (20)

Chumpitaz- Durand R, et al (2021, Perú) Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue estimar la condición de edentulismo y de fragilidad en personas atendidas en la Clínica Odontológica de la Universidad San Martín de Porres de Lambayeque, durante los años 2016 al 2018. Se escogieron de manera aleatoria 207 historias clínicas para reconocer casos de edentulismo total o parcial, a su vez se empleó el test de Fried para evaluar las condiciones de fragilidad. Los resultados arrojaron una diferencia significativa entre edentulismo en ambos maxilares y condiciones de fragilidad, asimismo se reveló una asociación de edentulismo con debilidad e inactividad

física. Se concluye que la ausencia de piezas dentales en adultos mayores ejerce como factor de riesgo para alteraciones desfavorables en la actividad física, el peso y la dieta, los cuales a su vez están relacionados con la fragilidad. (21)

Gonzales A. (2021, Perú-Arequipa) Proyecto de investigación realizado con la finalidad de calcular la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de una clínica privada en Arequipa durante el año 2021, contó con una población de 234 pacientes. Se halló que el 80.56% eran edéntulos parciales, siendo la clase III según la clasificación de Kennedy la de mayor prevalencia con un 37%; en relación al sexo los resultados fueron semejantes pues tanto el sexo femenino y masculino incidieron predominantemente en la clase III. Se concluye que, según la clasificación de Kennedy, la clase III presentó mayor prevalencia. (22)

Calle. A, Huamantoma. T (2021, Perú) Investigación cuyo objetivo consistió en determinar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes de una clínica odontológica particular de Ayacucho en el 2021. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, transversal, y retrospectivo, en el cual se evaluaron 300 odontogramas. Se obtuvo una prevalencia de edentulismo parcial del 98.3%. Según el sexo la prevalencia fue de un 96,4% para las mujeres y el 99.1% en los hombres. Además, la clase III de Kennedy fue la más prevalente en ambos maxilares. (23)

3.2 BASES TEÓRICAS

3.2.1 Edentulismo parcial

Es la pérdida de uno o más, pero no la totalidad de los dientes naturales de una arcada dental. (24)

Corresponde a la ausencia de una cantidad determinada de piezas dentales. (20)

Los análisis de datos nos indican que la prevalencia es similar entre varones y mujeres. Además, la mayor incidencia para la transición de una arcada dentaria intacta a edentulismo parcial ocurre entre los 35 a 54 años. (25)

La condición de edentulismo representa un atentado a la integridad del sistema estomatognático que conlleva consecuencias funcionales y estéticas para el paciente, para quien se produce un impacto negativo en su autoestima. Asimismo, la mortalidad dental es equivalente a perder un pedazo del cuerpo por tanto su manejo se ve abocado a restablecer diferentes problemas biomecánicos. (26)

3.2.2 Causas del edentulismo parcial

La pérdida dentaria es principalmente provocada por enfermedades microbianas o genéticas; asimismo, puede ser producto de diversas causas, entre algunas iatrogénicas, traumáticas o terapéuticas. (20) A su vez, un nivel socioeconómico bajo, un nivel de educación bajo, una salud bucal pobre y una salud general deteriorada se asocia a la prevalencia de pérdida dental (27)

La etiología del edentulismo es variada y multifactorial, sin embargo, son la enfermedad periodontal y la caries dental las dos principales patologías que la generan. (28, 29) La causa más recurrente de pérdida dental en la actualidad es la caries dental seguida de la enfermedad periodontal. (27)

Caries Dental:

Es una infección crónica común ocasionada por bacterias cariogénicas adheridas a los dientes, mayoritariamente *Streptococcus mutans*, las cuales metabolizan azúcares para generar ácido, desmineralizando la estructura dental con el tiempo. (30)

La microbiota del biofilm habitualmente reside en la cavidad bucal en homeostasis y/o equilibrio, no obstante, cuando esta cambia a un colectivo principalmente acidogénico, acidúrico y cariogénico debido al consumo frecuente de azúcares es que se produce la caries dental. (31) Es así como, la caries dental debe ser considerada como una enfermedad dietético-microbiana que necesita de una biopelícula cariogénica y una exposición frecuente a carbohidratos. (32)

Adicionalmente están los factores conductuales, psicológicos y sociales, los cuales desempeñan un rol esencial en el proceso patológico. Asimismo, la

facultad del flúor en la prevención de la caries es reconocida, y la escasa exposición del mismo se considera un factor compatible al proceso patológico. (33)(34)

Múltiples estudios señalan que en ciertas poblaciones la caries dental afecta entre 5 a 10 piezas dentarias por persona, demostrando que aquella es la principal causa de mortalidad dental en la población adulta. (20)

Enfermedad Periodontal:

La enfermedad periodontal abarca afecciones inflamatorias que dañan el periodonto, es decir, la encía, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar. Esta dolencia suele comenzar como gingivitis, una inflamación reversible causada por la acumulación de placa, que afecta hasta al 90% de la población. (35)

Si la gingivitis no se trata, progresa a periodontitis, una inflamación crónica, destructiva e irreversible de los tejidos profundos, caracterizada por la pérdida continua de inserción, la reabsorción del hueso alveolar y, en última instancia, la pérdida de los dientes. (36) (35)

La etiología de la enfermedad periodontal implica bacterias anaerobias como *Porphyromonas gingivalis* y *Treponema denticola*, que invaden los tejidos periodontales y el periodonto circundante ocasionando una respuesta inmunitaria del huésped cuyo objetivo es eliminar la infección y protegerse contra las bacterias, sin embargo, daña inadvertidamente el periodonto, colaborando a la progresión de la enfermedad. Entre algunos factores de riesgo clave encontramos la mala higiene bucal, el tabaquismo, la diabetes, la edad avanzada y la predisposición genética. (35)

Se ha determinado que la principal causa de pérdida dental en adultos es la enfermedad periodontal, la cual afecta en su mayoría a las piezas dentales anteriores, lo que con frecuencia conduce a su extracción. (20)

Traumatismo:

Las piezas anterosuperiores, así como la nariz y el mentón se encuentran protruidos en su posición natural, por ende, son más propensos a los lesionarse, en pacientes de mayor edad un golpe leve puede generar la fractura de las piezas dentales; sobre todo de coronas y raíces de dientes que han recibido tratamiento endodóntico. El tratamiento dependerá del tipo de fractura, sin embargo, factores asociados como la edad, conllevan finalmente a la extracción de la pieza dentaria. (25) (37)

Las fracturas dentales suelen originarse por traumatismos que afectan tanto a los dientes como a las estructuras bucales cercanas. Entre los factores de riesgo se encuentran caídas, deportes, accidentes, violencia y el debilitamiento del esmalte por caries. El pronóstico varía según la gravedad, la localización y el tipo de tratamiento aplicado. Las fracturas más severas, como las radiculares verticales o corono-radiculares, tienden a tener un mal pronóstico y pueden requerir extracción dental. (38) Los traumatismos en los dientes ocurren con mayor frecuencia en la dentición permanente que en la temporal. La incidencia de fracturas varía entre un 6,1 % y 58,6 % en dientes permanentes. (39)

Ausencia congénita de dientes:

La incapacidad de desarrollar total o parcialmente un órgano durante el crecimiento embrionario se conoce como agenesia. Este término también puede aplicarse para describir la ausencia o falta de dientes. (40)

Asimismo, las anomalías en el número de dientes se clasifican como anodoncia, hipodoncia, oligodoncia o hiperdoncia, según la cantidad de dientes afectados. La hipodoncia se refiere a la ausencia de menos de seis dientes, mientras que la oligodoncia implica la falta de seis o más. (40)

En cuanto a la etiología de estas afecciones se han identificado mutaciones en genes relacionados con el desarrollo dentario, como *PAX9*, *MSX1*, *MSX2* y *PITX2*. (20)

Estos defectos congénitos suelen estar asociados con ciertas condiciones y síndromes. Algunos de ellos son la disostosis cleidocraneal, el síndrome de Down, la displasia ectodérmica, el síndrome de Gardner y el síndrome de Hallermann-Streiff, entre otros. (20)

Del mismo modo, anomalías estructurales como la fisura orofacial (labio y/o paladar hendido) suelen asociarse con la ausencia congénita de dientes, ya que pueden provocar desplazamientos dentales o retrasos en su desarrollo. (20)(40)

Sobre todo, en pacientes con pérdida parcial de la dentición, funciones como el habla y la masticación se ven seriamente afectadas, repercutiendo desfavorablemente en su calidad de vida. (40)

Extracciones voluntarias:

Las extracciones dentales voluntarias se llevan a cabo, en muchos casos, por la presencia de dientes mal posicionados, como los ectópicos. Esta condición puede afectar piezas como segundos premolares, caninos o incisivos laterales y terceros molares. La remoción de estos suele estar motivada por fines ortodóncicos, estéticos o para facilitar tratamientos protésicos. (41)

En ciertos casos, los pacientes eligen la extracción dental debido a limitaciones económicas, experiencias negativas previas o falta de tiempo para tratamientos más conservadores. (25)

3.2.3 Factores asociados al edentulismo

Sexo

Diversos autores han investigado la influencia del sexo o género en el edentulismo, y la mayoría coincide en que no existe una relación significativa entre ambos. Sin embargo, algunos estudios han identificado una leve asociación entre el género y ciertos tipos de edentulismo parcial. Además, se ha observado que las mujeres suelen mostrar mayor preocupación por la pérdida dental. (20)

El estudio elaborado por Aguirre en El Salvador concluyó que las mujeres presentaron un mayor impacto negativo en su calidad de vida asociado al edentulismo. Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan una autopercepción oral más negativa en mujeres que en hombres. Aunque no se identificó la causa de esta diferencia, se sugiere que factores culturales y de género podrían influir. Algunos autores destacan que las mujeres tienden a preocuparse más por su salud, lo que se refleja en una mayor búsqueda de atención médica. (8)

Edad

La edad está estrechamente relacionada con la aparición del edentulismo parcial y con los distintos tipos clasificados por Kennedy. Según Sadiq WM - et al, las clases III y IV se presentaron con mayor frecuencia en personas jóvenes, mientras que en adultos mayores predominan las clases con extensión distal, como la I y II. (41)

Zaigham AM et al señalaron que, a medida que aumenta la edad, se incrementa la prevalencia de edentulismo Clase I y II, mientras que disminuyen las clases III y IV, estas últimas comúnmente asociadas a traumatismos en los incisivos centrales superiores durante la infancia. En personas jóvenes, la pérdida temprana de molares por caries justifica la mayor frecuencia de Clase III. En adultos mayores, la pérdida dental progresiva favorece los patrones de mayor extensión característicos de las Clases I y II. (42)(43)

Nivel educativo

Un estudio en Arabia Saudita reveló que el 44,1 % de los participantes no tenía educación formal. Se observó que la necesidad de prótesis dentales disminuye a medida que aumenta el nivel educativo, posiblemente porque las personas con mayor educación son más conscientes de su salud bucal, buscan atención temprana y pueden costear tratamientos. Además, se evidenció una mayor actitud preventiva frente a patologías odontológicas en

quienes tenían más años de escolaridad, lo que contribuye a prevenir condiciones como el edentulismo. (44)

Un estudio en Suiza evidenció que un bajo nivel educativo se asocia significativamente con un mayor riesgo de pérdida dental en hombres y mujeres. En comparación con quienes tienen educación superior, las personas sin estudios presentaron un riesgo mucho más alto. Los hallazgos sugieren que el nivel educativo debe considerarse al diseñar estrategias de información al paciente, para mejorar la comprensión y prevención de enfermedades bucales que conducen a la pérdida dental. (45)

En Chile, se observó que las personas con nivel educativo bajo presentaron un riesgo 7,51 veces mayor de edentulismo superior y 6,06 veces mayor de edentulismo inferior en comparación con aquellas con nivel educativo alto. Además, el bajo nivel educativo se asoció con una pérdida dental significativa, menor número promedio de dientes remanentes y una mayor prevalencia de edentulismo y dentición no funcional en la población. (46)

Nivel socioeconómico

Zhang et al señalan que el nivel socioeconómico ejerce un efecto acumulativo sobre el edentulismo a lo largo de la vida, siendo especialmente relevante en la infancia, donde influye indirectamente en la pérdida dental en la edad adulta. Además, confirman una asociación significativa entre el edentulismo y un estatus socioeconómico desfavorecido. Esta condición refleja la desigualdad social y también representa una carga económica y social para los sistemas de salud pública. (9)

Un estudio elaborado en Brasil identificó que la prevalencia de edentulismo fue mayor en personas con un nivel socioeconómico bajo durante la infancia, independientemente de su situación actual. Estos resultados confirman que las condiciones socioeconómicas a lo largo de la vida influyen en la salud bucal en la vejez. El estudio resalta el impacto persistente de las desigualdades tempranas sobre la salud bucodental en etapas posteriores de la vida. (47)

3.2.4 Consecuencias del edentulismo parcial

La pérdida parcial de la dentición natural conlleva múltiples consecuencias que afectan tanto la función como la estética oral. Entre las más comúnmente señaladas por los profesionales de la salud dental se encuentran: migración y rotación de los dientes remanentes, alteraciones estéticas, inclinación, extrusión dentaria, pérdida de soporte entre dientes disminución en la eficiencia masticatoria, desviación mandibular, desgaste dental (atrición), reducción de la dimensión vertical, disfunción de la articulación temporomandibular, pérdida de hueso alveolar, reabsorción de los rebordes óseos, enfermedades periodontales y alteraciones en la fonación.

Algunos de estos efectos, especialmente la inclinación y el desplazamiento de los dientes, pueden comprometer el soporte periodontal y acelerar la pérdida ósea. Asimismo, estas alteraciones pueden provocar una disminución en la dimensión vertical de la oclusión y contribuir a disfunciones temporomandibulares. En general, la mayoría de estas secuelas reducen significativamente la eficacia de la masticación, impactando negativamente en la salud oral, el bienestar general y la calidad de vida de los pacientes. (26)

a) Consecuencias sobre las estructuras óseas

La presencia del diente natural es fundamental para el desarrollo y mantenimiento del hueso alveolar, ya que proporciona la estimulación funcional necesaria para conservar su volumen y densidad. Tras la pérdida dentaria, la ausencia de esta estimulación provoca una progresiva reducción de las trabéculas óseas, así como una disminución en la densidad del hueso residual. Este proceso degenerativo se manifiesta inicialmente como una pérdida en la anchura del hueso alveolar, seguida posteriormente por una disminución en su altura.

Se ha documentado que, durante el primer año posterior a la pérdida de un diente, el ancho del hueso alveolar podría disminuir en aproximadamente el 25%. Asimismo, tras extracciones realizadas para la colocación de una prótesis inmediata, se observa una pérdida de hasta 4 mm en la altura ósea durante ese mismo periodo. Cabe destacar que las prótesis removibles, lejos de preservar el hueso alveolar, no ofrecen la estimulación funcional

requerida y, en muchos casos, contribuyen a acelerar su reabsorción. (48)(49) (25)

b) Consecuencias sobre los tejidos blandos

La pérdida progresiva del volumen óseo conlleva una reducción concomitante del tejido gingival, dejando el hueso residual cubierto por una delgada capa de mucosa sobre una mandíbula atrófica, lo que incrementa la susceptibilidad a lesiones, especialmente por prótesis mucosoportadas o mucodentosoportadas. Factores anatómicos como la hipermovilidad de los tejidos blandos y la posición desfavorable de las inserciones musculares agravan la condición clínica. Además, condiciones sistémicas como hipertensión, diabetes, anemia y trastornos nutricionales comprometen la vascularización y alteran la regeneración epitelial, disminuyendo el espesor del tejido superficial. Esto genera áreas dolorosas y una menor tolerancia al uso de prótesis removibles. (48)(49)(41)

En pacientes desdentados, la lengua tiende a hipertrofiarse para ocupar el espacio dejado por los dientes ausentes y, además, asume un rol compensatorio en la estabilización de las prótesis removibles. No obstante, esta participación funcional incrementada durante la masticación puede comprometer la estabilidad protésica. (25)(48)(49)

c) Consecuencias estéticas

Los cambios faciales asociados al envejecimiento pueden verse acelerados y exacerbados por la pérdida dentaria, debido a la reducción de la altura facial secundaria al colapso de la dimensión vertical. Esta alteración conlleva a la pérdida del ángulo labiomentoniano y, con el tiempo, puede generar una maloclusión de tipo clase III funcional. Como consecuencia, se produce una rotación anterior del mentón que da lugar a una apariencia prognática. Además, se observan signos como la pérdida del tono muscular, la acentuación del surco nasolabial y el adelgazamiento del bermellón labial. (25)

Cada una de estas alteraciones en las proporciones faciales y en el perfil del paciente puede impactar negativamente tanto en su apariencia estética como en su autoestima. (41)

3.2.5 Clasificación del edentulismo parcial

Actualmente, existen diversas clasificaciones para los arcos parcialmente edéntulos, entre las que destacan las propuestas por Kennedy, Cummer y Bailyn, Swenson, Beckett, Friedman, Applegate, Miller, Godfrey, entre diversos autores. (48)

En 1942, Cummer realizó un estudio que identificó más de 11,300 posibles combinaciones de edentulismo parcial. Como resultado, se propuso una clasificación en la que cada grupo presenta características anatómicas específicas, con el objetivo de que fuera sencilla y fácilmente adoptable por la mayoría de los profesionales. (50)

Esta clasificación se basó en criterios diagnósticos como extensión y localización de las brechas edéntulas, las características oclusales, el estado de los dientes pilares y la morfología de la cresta residual. Estos elementos facilitaron el abordaje clínico, incluso en los casos más complejos. (48)

En relación con los conceptos, prácticas y principios de la Prostodoncia, una clasificación idónea cumple con los siguientes requisitos:

- Permitir la visualización clara del tipo de arco dentario considerado.
- Diferenciar entre una prótesis removible dentosoportada y una dentomucosoportada.
- Servir como guía para el diseño protésico.
- Contar con aceptación universal. (48) (51)

Bajo estos criterios, la clasificación más ampliamente aceptada en la actualidad es la propuesta por el Dr. Edward Kennedy en 1925, conocida como la Clasificación de Kennedy. (51)

3.2.6 Clasificación de Kennedy

Las arcadas parcialmente desdentadas fueron divididas en cuatro tipos:

- Clase I: Áreas edéntulas bilaterales en posterior de los dientes remanentes, extremo libre en lado derecho e izquierdo. La prótesis indicada es la dentomucosoportada, puesto que se apoyará tanto en mucosa como en dientes. A su vez existen modificaciones en relación al número de espacios libres sean I, II, III y IV. (20) (41) (52)



Figura 1. Clase I de Kennedy
Fuente: Imagen extraída de Loza. 2007 (52)

- Clase II: Área edéntula unilateral en posterior a los dientes naturales remanentes, extremo libre de lado derecho o izquierdo.
  La prótesis indicada es la dentomucosoportada e igualmente contará con modificaciones I, II, III y IV según sea el caso. (20)(41)(52)

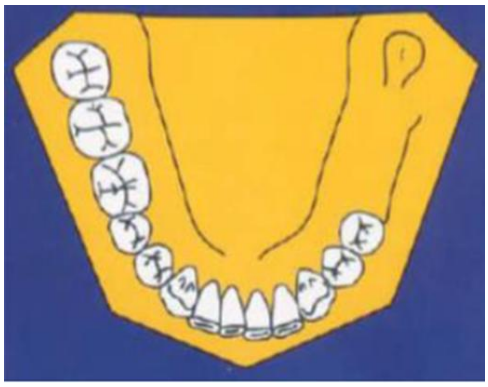


Figura 2. Clase II de Kennedy
Fuente: Imagen extraída de Loza. 2007 (52)

- Clase III: Área edéntula unilateral con dientes por delante y detrás de la brecha edéntula, es decir cuenta con soporte anterior y posterior. (41)(53) La prótesis indicada será una dentosoportada y de tratarse de un tramo corto incluso se pensaría en una prótesis fija. (20)

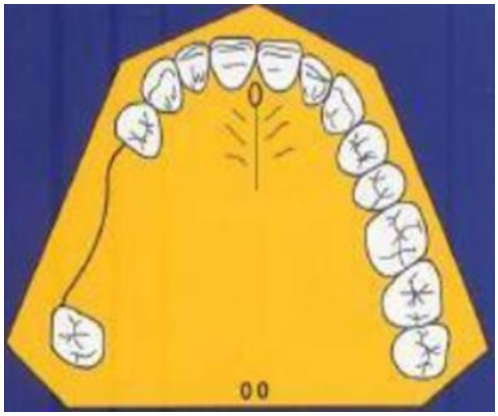


Figura 3. Clase III de Kennedy
Fuente: Imagen extraída de Loza. 2007 (52)

- Clase IV: Área edéntula única anterior y bilateral, que recorre la línea media dentaria. La más frecuente es aquella en la que únicamente faltan los cuatro incisivos superiores, sin ausencia de otras piezas dentales. Esta clase no presenta modificaciones. La prótesis indicada es una dentosoportada. (20) (41) (52) (54)

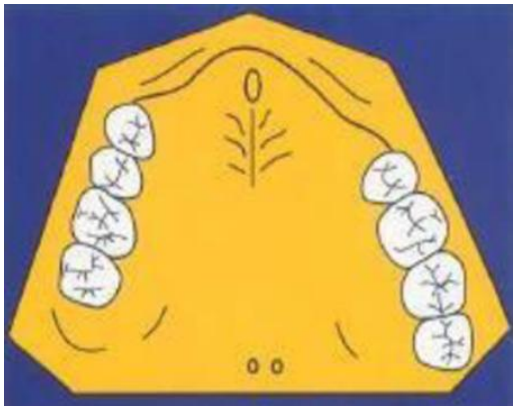


Figura 4. Clase IV de Kennedy
Fuente: Imagen extraída de Loza. 2007 (52)

3.2.6.1 Reglas de Applegate para la clasificación de Kennedy

En 1954 Applegate planteó ocho reglas destinadas a la clasificación de Kennedy, con el fin de abarcar aquellos casos complicados de determinar. (25)

Regla 1: La clasificación se realizará posterior a las extracciones dentarias, ya que ello puede modificar la clasificación.

Regla 2: Si carece de un tercer molar y este no será reemplazado, no debe considerarse para la clasificación.

Regla 3: Las terceras molares solo serán tomadas en cuenta para la clasificación en el caso que sean utilizadas como dientes pilares.

Regla 4: Frente a la falta de un segundo molar que no será reemplazado, no se le considera en la clasificación. Sobre todo, cuando el segundo molar antagonista no está presente y no será reemplazado.

Regla 5: En presencia de múltiples áreas edéntulas en un mismo arco, la clasificación se determina siempre en función del área edéntula más posterior.

Regla 6: Las áreas edéntulas adicionales a la que establece la clasificación se nombran espacios de modificación y son designados por su número. Ejemplo: Clase III modificación 2, es decir que existen dos espacios más a la clase III unilateral.

Regla 7: La amplitud del espacio de modificación no será tomado en cuenta para la clasificación, tan solo el número de espacios edéntulos adicionales.

Regla 8: La clase IV no contempla modificaciones, puesto que de existir zona edéntula posterior será esta la que determine la clasificación. (20) (25) (41) (48) (51) (52) (55) (57)

La clasificación de Kennedy propone diversas variantes del edéntulo parcial, permitiendo al profesional identificar adecuadamente el problema y determinar el diseño más apropiado para cada caso. (26) (58)

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Edentulismo: Estado en el que el individuo ha perdido al menos un diente o la totalidad de ellos, con excepción de las terceras molares.
- Edentulismo Parcial: Estado de salud oral caracterizado por la ausencia de una o más piezas dentarias en la boca.
- Prevalencia: Proporción de individuos de un grupo o una población que poseen una característica o evento determinado en común durante un período determinado
- Clasificación de Kennedy: Clasificación empleada en el edentulismo parcial facilitando al clínico determinar el problema y plantear el diseño más adecuado para cada caso.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala	Valor
Edentulismo Parcial	Ausencia de una cantidad determinada de piezas dentales en arcada superior y/o inferior - unimaxilar o bimaxilar.	Prevalencia	Clasificación de Kennedy y sus modificaciones	Cualitativa	Nominal politómica	1.Clase I 2. Clase II 3.Clase III 4.Clase IV
		Ubicación	Arcada dentaria	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Superior o maxilar 2. Inferior o mandibular 3. Ambas
		Extensión	Uno o ambos maxilares	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Unimaxilar 2.Bimaxilar
Sexo	Condición biológica mujer o hombre.		Referida en el DNI, la historia clínica o por características externas.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.Masculino 2.Femenino
Edad	Tiempo de vida de una persona.		Según edad referida (Fecha de nacimiento) Grupo etario	Cuantitativa	De razón	18-29 30-49 50-59 60 a más
Pérdida dentaria	Disminución del número de piezas dentarias presentes en la cavidad oral.		Número de piezas dentarias perdidas registradas en la odontograma	Cuantitativa	De razón	1-26

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

- Observacional, ya que se registraron datos sin intervenir en el proceso.
- Descriptivo, porque se describieron variables durante un periodo determinado.
- Transversal, puesto que la recolección de datos se realizó en una sola ocasión, no se realizaron seguimientos.

4.2 Población

La población fue constituida por las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM entre los años 2023 al 2025. De tal modo que se contó con un total de 2469 historias clínicas, considerando, a su vez, el consentimiento informado anexado a estas para su evaluación.

4.3 Tamaño de muestra y muestreo

4.3.1 Tamaño de muestra: Sobre la cual se empleó un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

$$n = Z_{\alpha}^{2} \frac{N \times p \times q}{i^{2} \times (N-1) + Z_{\alpha}^{2} . p.q}$$

Donde N es el tamaño de la población, Z tiene un valor de 1.96, p y q igual a 0.5, mientras que i es la tolerancia al error y si es 95% su valor es de 5%.

Obteniendo un tamaño de muestra de 330 historias clínicas. Asimismo, conforme al consentimiento informado (Anexo N° 2) de cada historia clínica, se resguardaron las identidades y la información personal de los pacientes. Los cuales fueron de acceso restringido únicamente al investigador responsable, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos.

4.3.2 Muestreo:

Fue realizado en base al muestreo probabilístico sistemático, para la cual se halló el cálculo del intervalo numérico o constante de muestreo, dividiendo el total

de la población con la muestra. Posteriormente, se sorteó un número del uno al número del intervalo, obteniendo la numeración de la primera unidad (historia clínica) seleccionada, los siguientes fueron obtenidos sumando el intervalo numérico o constante de muestreo. El proceso se repitió hasta obtener las 330 historias clínicas que conforman la muestra.

4.4. Procedimientos y técnicas

Para el presente estudio se estableció comunicación con la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se enviaron correos electrónicos a las autoridades competentes para solicitar la autorización necesaria para llevar a cabo el estudio y permitir el acceso de la investigadora al área de archivos.

Se seleccionaron las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente, y se conformó el tamaño de muestra siguiendo un muestreo probabilístico sistemático. La técnica de recolección de datos fue la revisión documental, concretamente a través de la recopilación de datos secundarios en base a historias clínicas odontológicas de los pacientes del establecimiento de salud.

Se hizo uso de los recursos disponibles, tales como materiales y equipos de escritorio, para la recolección de información mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM durante los años 2023 al 2025. Dicha información fue registrada en una ficha de recolección de datos (Anexo N°3) elaborada por la investigadora, la cual incluyó apartados para datos como sexo, edad, edentulismo, tipo de edentulismo parcial, ubicación, extensión y número de piezas dentarias perdidas.

4.5 Procesamiento de datos

Una vez recolectada la información mediante la revisión de historias clínicas, esta se organizó y codificó en una base de datos de Microsoft Excel (Anexo N° 4) con el propósito de facilitar el posterior análisis estadístico. Cada registro incluyó las variables tales como: edad, sexo, edentulismo, tipo de edentulismo parcial (unimaxilar o bimaxilar), la clasificación de Kennedy y el número de piezas

perdidas. Finalmente, los datos fueron exportados al software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para su análisis estadístico descriptivo.

4.6 Análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, determinando frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central, según la naturaleza de la variable. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Para el análisis estadístico se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado para evaluar la asociación entre el tipo de edentulismo y las variables sexo y grupo etario (cualitativas). Para comparar el número de piezas dentarias perdidas (cuantitativa) según el sexo se aplicó la prueba de U Mann-Whitney, mientras que para la comparación según grupo etario se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, ejecutando análisis post hoc mediante comparaciones por pares con la corrección de Bonferroni.

V. RESULTADOS

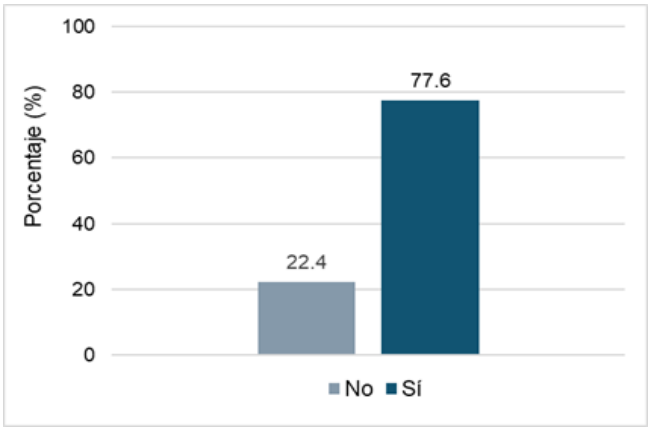
Se evaluaron 330 pacientes, con una edad media de 47,0 ± 17,1 años. El sexo femenino fue el más frecuente (n = 215; 65,2 %). Según el grupo etario, la mayor proporción se observó en pacientes de 30 a 49 años (27,6 %), seguida por el grupo de 60 años a más (25,2 %). La prevalencia de edentulismo parcial fue de 77,6 % (n = 256) (Figura 5).

Tabla 1. Distribución según sexo y grupo etario de los pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

Característica	n	%
Sexo		
Femenino	215	65,2
Masculino	115	34,8
Grupo etario		
18-29 años	78	23,6
30-49 años	91	27,6
50-59 años	78	23,6
60 años a más	83	25,2
Total	330	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025



Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de edentulismo parcial fue mayor en mujeres que en hombres (81,4 % frente a 70,4 %), con diferencia estadísticamente significativa (p = 0,023). Según el grupo etario, la prevalencia aumentó progresivamente con la edad, desde 29,5 % en pacientes de 18 a 29 años hasta 97,6 % en aquellos de 60 años a más; esta asociación también fue estadísticamente significativa (p < 0,001) (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de edentulismo parcial según sexo y grupo etario en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

Variable		Edentulismo parcial		
	Total	**No n (%)**	**Sí n (%)**	**Valor p***
Sexo				0,023
Femenino	215	40 (18,6)	175 (81,4)	
Masculino	115	34 (29,6)	81 (70,4)	
Grupo etario				<0,001
18-29 años	78	55 (70,5)	23 (29,5)	
30-49 años	91	11 (12,1)	80 (87,9)	
50-59 años	78	6 (7,7)	72 (92,3)	
60 años a más	83	2 (2,4)	81 (97,6)	

Nota. Los porcentajes fueron calculados por fila. *: Se utilizó la prueba de chi cuadrado de independencia.

Fuente: Elaboración propia

En pacientes con edentulismo parcial, el más frecuente fue del tipo bimaxilar (n = 182; 71,1 %), seguida del unimaxilar (n = 74; 28,9 %) distribuida en la arcada inferior o mandibular (n = 39; 15,2 %) y la arcada superior o maxilar (n = 35; 13,7 %) (Tabla 3 y Figura 6). Según la clasificación de Kennedy, la clase III fue la más frecuente en la arcada superior (n = 124; 57,1 %) y en la arcada inferior (n = 115; 52,0 %). En la arcada superior, le siguió la clase II (n = 53; 24,4 %), mientras que en la arcada inferior le siguió la clase I (n = 58; 26,2 %) (Tabla 4 y Figura 7).

Tabla 3. Edentulismo parcial según arcada dentaria en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

	Arcada dentaria	N	%
Unimaxilar	Superior o maxilar	35	13,7
	Inferior o mandibular	39	15,2
Bimaxilar	Ambas arcadas	182	71,1
	Total	**256**	**100,0**

Fuente: Elaboración propia

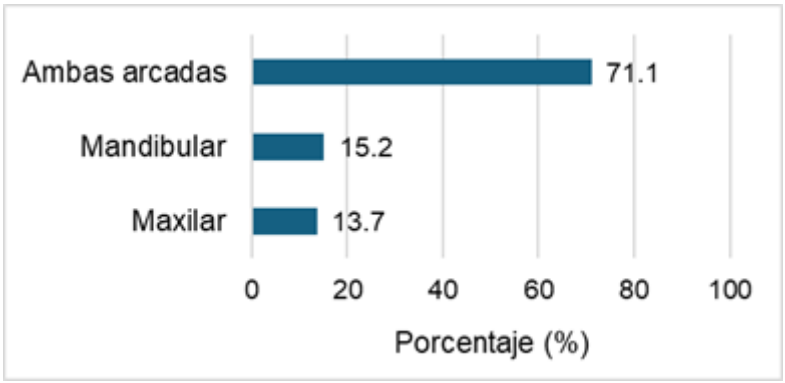


Figura 6. Localización del edentulismo parcial según arcada dentaria en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

Tabla 4. Clasificación de Kennedy según arcada dentaria en pacientes con edentulismo parcial en pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

Clasificación de Kennedy	Arcada superior o maxilar n (%)	Arcada inferior o mandibular n (%)
Clase I	35 (16,1)	58 (26,2)
Clase II	53 (24,4)	48 (21,7)
Clase III	124 (57,1)	115 (52,0)
Clase IV	5 (2,3)	0 (0,0)
Total	**217 (100,0)**	**221 (100,0)**

Fuente: Elaboración propia

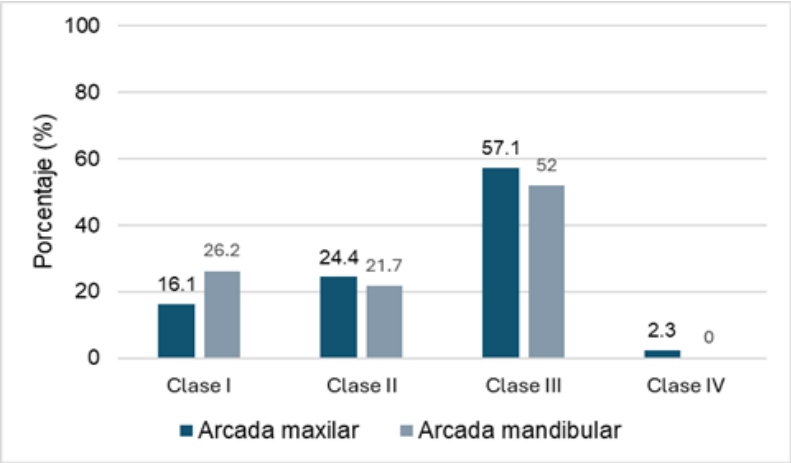


Figura 7. Clasificación de Kennedy según arcada dentaria en pacientes con edentulismo parcial atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

Fuente: Elaboración propia

En pacientes con edentulismo parcial, las mujeres presentaron una mediana de 6 piezas dentarias perdidas (RIQ: 3-11), mientras que en los hombres fue de 5 (RIQ: 2-8), con diferencia estadísticamente significativa (p = 0,030). Según el grupo etario, la mediana aumentó de 2 piezas perdidas (RIQ: 1-3) en pacientes de 18 a 29 años a 10 (RIQ: 6-16) en aquellos de 60 años a más (p < 0,001). El análisis post hoc evidenció diferencias estadísticamente significativas entre la pérdida de piezas dentarias al comparar la mayoría de los grupos etarios, salvo entre los bloques de 18 a 29 años y 30 a 49 años, los cuales mostraron un comportamiento similar entre sí. (Tabla 5).

Tabla 5. Número de piezas dentarias perdidas según sexo y grupo etario en pacientes con edentulismo parcial atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023-2025

Variable	n	Mediana (RIQ)	Mínimo-máximo	Valor p*
Sexo				**0,030**
Femenino	175	6 (3-11)	1-26	
Masculino	81	5 (2-8)	1-23	
Grupo etario				**<0,001**
18-29 años	23	2[a] (1-3)	1-6	
30-49 años	80	4[a] (2-7)	1-20	
50-59 años	72	7[b] (3-10,5)	1-23	
60 años a más	81	10[c] (6-16)	1-26	

RIQ: rango intercuartílico, * Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para sexo y la prueba de Kruskal-Wallis para grupo etario. En el grupo etario, letras diferentes indican diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones por pares con corrección de Bonferroni.

Fuente: Elaboración propia

VI. DISCUSIÓN

En relación con los resultados del presente estudio, se evidenció una prevalencia del edentulismo parcial del 77,6%, presentándose en mayor frecuencia en el sexo femenino (81,4%). Asimismo, dicha prevalencia mostró un ascenso proporcional conforme a la edad, específicamente al comparar el grupo etario de 18 a 29 años con el de 60 años a más; esta asociación fue estadísticamente significativa para ambas variables.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Aguirre et al. (8) en El Salvador, quienes en una población de 3322 personas observaron una marcada prevalencia de edentulismo parcial (97,98%) frente al edentulismo total (2,02%). Enfoques similares se identificaron en la revisión de literatura de Vizcaíno et al. (11) en 2022, donde la prevalencia de edentulismo parcial alcanzó el 87% en México y el 100% en Colombia, consolidándose como la condición superior en todas las investigaciones consultadas. Asimismo, Venkat et al. (14) en India señalaron una prevalencia de edentulismo parcial del 58,8% frente a un 10,7% de edentulismo total. Por su parte, Gonzales et al. (15) en Venezuela concluyeron que el 79,9% de su muestra requería prótesis parcial, confirmando el predominio de esta condición. A nivel global, Borgo et al. (2022) recopilaron datos que demuestran que la prevalencia de edentulismo parcial puede variar ampliamente desde un 1,1% hasta un 70%.

En el ámbito sudamericano, Escudero et al. (17) en Sucre determinaron que el 66,8% de los evaluados presentaron edentulismo parcial frente a un 28,3% de edentulismo total, mientras que Rivera et al. (18) reportaron en Colombia una prevalencia menor, fijada en 41,19%. A nivel nacional, Vega et al. (3) ejecutó una revisión literaria en el Perú donde concluyó que, en la población adulta mayor, predomina el edentulismo parcial sobre el total (49,99% frente a 44,77%, respectivamente), revelando además que estas estadísticas superan los reportes mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta tendencia local es respaldada por Quispe (19), quien halló una prevalencia de edentulismo parcial del 65,2% en historias clínicas de pacientes mayores de 18 años. De igual manera, en Lima, Ramirez (20) reportó una prevalencia de edentulismo parcial del 80,5% frente a un 34,4% de edentulismo total en una

población con mayoría de participantes mayores de 70 años. En Arequipa, Gonzales (22) registró un 80,56% de edentulismo parcial, y Calle (23) en Ayacucho evidenció una cifra aún más crítica, alcanzando el 98,3% de prevalencia.

No obstante, Acharya et al. en Nepal (10) contradicen la tendencia generalizada de los autores previos, reportando una prevalencia de edentulismo parcial de apenas el 5,5% frente a un 2,9% de edentulismo total, lo cual representa una marcada discrepancia con los niveles observados en nuestra población.

Al analizar la variable sexo en la literatura, se hallaron convergencias y discrepancias importantes. Venkat et al. (14) coincidieron en situar a las mujeres con una alta prevalencia de edentulismo parcial (48,2%), patrón que se repite en los estudios de Escudero et al. (17) 41,6% en mujeres frente a 25,2% en hombres, y Ramirez (20) 52% en mujeres frente a 28,5% en varones. Sin embargo, estos hallazgos son refutados por Quispe (19) y Calle (23), quienes evidenciaron una mayor prevalencia de edentulismo parcial en hombres. En el caso de Quispe (19), las variables resultaron ser independientes mediante la prueba de Chi-cuadrado (p=0,068), sugiriendo que esta diferencia pudo verse influenciada por un tamaño muestral de varones reducido en comparación con el de mujeres.

En cuanto a la edad, los resultados de este estudio muestran que el edentulismo parcial se incrementa conforme avanza la edad. Esto coincide con lo reportado por Ramirez (20), quien halló una predominancia concentrada en los grupos de 60 a 69 años y de 70 años a más. Sin embargo, Venkat et al. (14) discrepan de esta tendencia al registrar la mayor prevalencia en el grupo joven de 18 a 35 años (88,9%). Del mismo modo, Gonzales et al. (15) y Escudero et al. (17) reportaron una alta incidencia desde etapas tempranas (19 a 34 años y 15 a 24 años, respectivamente), lo cual difiere del comportamiento de la muestra, donde el impacto severo se concentró en la población de mayor edad.

Por otra parte, se determinó una mayor prevalencia de edentulismo parcial bimaxilar (71,1%) frente al unimaxilar (28,9%), siendo la arcada inferior más afectada (15,2%) en comparación con la arcada superior (13,7%). Esta mayor afectación mandibular concuerda con Aguirre et al. (8), quienes informaron

edentulismo parcial prevalente en la arcada inferior (72,42%) sobre el superior (68,24%). Escudero et al. (17) también respaldó el predominio de la condición bimaxilar (38,9%), seguida por la afectación exclusivamente inferior (20,4%). Asimismo, Quispe (19) detalló que la clase III mandibular predominó (29,1%) frente a la maxilar (24,0%). Esta tendencia general es contrarrestada por los hallazgos de Ramirez (20) y Gonzales (22), quienes reportaron que la clase I (caracterizada por extremos libres bilaterales) fue la de mayor incidencia en la arcada inferior, superando sustancialmente a la clase III en dicha zona.

Con respecto a la clasificación del edentulismo parcial, la clase más prevalente según la clasificación de Kennedy en la arcada superior fue la clase III (57,1%), seguida de la II (24,4%), la clase I (16,1%) y, por último, la clase IV (2,3%). En la arcada inferior, el patrón se repitió de igual forma: predominó la clase III (52,0%), seguida de la clase I (26,2%) y la clase II (21,7%), registrándose una ausencia total de la clase IV. Estos datos se alinean con la literatura internacional; Acharya et al. (10) identificaron la clase III de Kennedy como el patrón más común (76,05%), seguida de las clases I (12,17%), II (7,98%) y IV (3,80%). Alibrahim et al. (13) en Jordania señalaron para ambas arcadas una prevalencia líder de la clase III (42,9% superior y 38,1% inferior). Del mismo modo, Escudero et al. (17) hallaron un predominio de la clase III con el 39,7%, describiendo que en los grupos de 15 a 24 años y de 25 a 39 años la mayor prevalencia se dio para esta clase, mientras que en los grupos de edad avanzada (40 a 85 años) la clase I pasó a ser la más frecuente.

En el contexto peruano, Quispe (19) reportó un predominio de la clase III (26,66%), observando que en los grupos de 18 a 29 años y de 30 a 49 años esta clase prevalecía en ambas arcadas; sin embargo, en pacientes mayores de 60 años, la clase II mostró la mayor prevalencia en la arcada inferior o mandibular. Por el contrario, Ramirez (20) en Lima difiere parcialmente en la distribución mandibular, ya que si bien encontró la clase III como líder en la arcada superior (44,4%), en la inferior predominó la clase I con un 49,9%, ubicando la clase I inferior en el grupo de 70 años a más (17,1%). A pesar de estas ligeras variantes locales, investigaciones nacionales como las de Chumpitaz et al. (21) y Gonzales (22) en Arequipa reafirma la supremacía de la clase III como la más

representativa en ambos sexos, posicionando a la clase IV consistentemente como la de menor prevalencia.

Finalmente, se identificó que la pérdida dentaria en las mujeres presentó una mediana de 6 piezas (rango de 1 a 26), mientras que en los hombres la mediana fue de 5 piezas (rango de 1 a 23). En relación con la edad, los grupos de 18 a 29 años y de 30 a 49 años mostraron medianas de 2 y 4 piezas perdidas, respectivamente, cifra que se incrementó drásticamente a 7 piezas en el grupo de 50 a 59 años y a 10 piezas en los pacientes de 60 años a más, demostrando una diferencia estadísticamente significativa.

Este patrón guarda estrecha semejanza con lo reportado por Venkat et al. (14), quienes señalaron una mayor proporción de pérdida dentaria en mujeres (80,1%) que en hombres (76,4%), además de una marcada mortalidad dental en mayores de 65 años (99,8%). Asimismo, Aguirre et al. (8) ratificaron que la pérdida dentaria se agrava con la edad, registrando un promedio de 13 dientes faltantes por paciente en mayores de 60 años. Alibrahim et al. (13) asociaron directamente el número elevado de dientes faltantes con la edad avanzada (4,7 +/- 5,0 en una edad media de 42,4 +/- 13,8), identificando a los molares inferiores como las piezas perdidas con mayor frecuencia. Por último, Gonzales et al. (15) reportaron que el 66,7% del grupo de 60 años a más había perdido más de 7 piezas dentarias, mientras que en el grupo joven de 19 a 34 años prevaleció la pérdida menor de 1 a 3 piezas (38,6%), lo cual valida la naturaleza acumulativa y progresiva de la pérdida dental evidenciada en la presente investigación.

VII. CONCLUSIONES

- La prevalencia general de edentulismo parcial en la población de pacientes atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM fue elevada, alcanzando el 77,6% (n = 256).
- El sexo femenino registró una prevalencia significativamente superior (81,4%) en comparación con el sexo masculino respecto al edentulismo parcial.
- Existe una asociación significativa entre la edad y el edentulismo parcial, evidenciando que esta condición aumenta progresivamente con los años. La prevalencia más alta se concentró en el grupo de 60 años a más (97,6%), seguido por los grupos de 50 a 59 años (92,3 %), 30 a 49 años (87,9%) y, en menor medida, el de 18 a 29 años (29,5 %).
- En cuanto a la extensión y/o ubicación, predominó notablemente el edentulismo parcial de tipo bimaxilar (71,1%), afectando simultáneamente a las arcadas superior e inferior. Por su parte, en los casos de afección unimaxilar, la arcada inferior o mandibular presentó la mayor prevalencia (15,2 %).
- De acuerdo con la clasificación de Kennedy, la Clase III se posicionó como el patrón de edentulismo parcial más prevalente en ambas arcadas dentarias.
- Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la pérdida dentaria en pacientes con edentulismo parcial (p < 0,001), observándose un incremento progresivo en la severidad a mayor edad.

- Existe una diferencia estadísticamente significativa en la pérdida de piezas dentarias según el sexo (p = 0,030) en pacientes con edentulismo parcial; las mujeres registraron una mayor pérdida en comparación con los hombres.

VIII. RECOMENDACIONES

- ➢ Incentivar el desarrollo de investigaciones similares en diferentes regiones del país, abarcando tanto Lima Metropolitana como diversas provincias y departamentos, con la finalidad de identificar y contrastar el comportamiento epidemiológico de esta condición en distintas poblaciones.
- ➢ Realizar estudios comparativos que evalúen la precisión del diagnóstico de edentulismo parcial mediante el contraste entre los datos registrados en las historias clínicas y los hallazgos del examen clínico presencial, con el objetivo de determinar posibles discrepancias o subregistros en la práctica documental.
- ➢ Incorporar variables adicionales en futuros diseños metodológicos, tales como el nivel socioeconómico, el grado de instrucción, los hábitos de higiene oral y las barreras de acceso a la atención odontológica, para obtener un análisis multifactorial más amplio del edentulismo parcial.
- ➢ Optimizar el manejo clínico y protésico basándose en la alta prevalencia de edentulismo parcial bimaxilar y los patrones de la Clasificación de Kennedy (especialmente las Clases I, II y III) encontrados en este estudio.
- ➢ Evaluar la implementación de competencias en periodoncia e implantología oral en el plan de estudios de pregrado, orientadas específicamente al tratamiento de brechas desdentadas cortas (como la Clase III de Kennedy), a fin de actualizar la formación quirúrgico-protésica de los futuros profesionales.
- ➢ Instar al diseño y fomento de políticas públicas de prevención y promoción de la salud bucal enfocadas en controlar las principales patologías causantes de la pérdida dental (caries y enfermedad periodontal) desde etapas tempranas. Asimismo, se debe priorizar la intervención en el grupo de adultos jóvenes (menores de 40 años), debido al incremento crítico y drástico hacia el edentulismo, observado en este periodo de vida.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health
2. Ferreira RC, Souza JGS, Soares AR dos S, Vieira RV, Kawachi I. Income- and education-based inequalities of edentulism and dental services utilization in Brazil. Community Dent Oral Epidemiol. 1 de octubre de 2023;51(5):829-37.
3. Vega Manga BJ, Mercado Mamani SL. Integrando evidencia científica: Prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura: Revisión de literatura. Odontol Act Rev Científica. 15 de septiembre de 2023;8(3):17-26.
4. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHS de M, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 Dec;47:78–89. Available from: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004226
5. Azañedo Vílchez DE. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú. Crescendo. 21 de junio de 2016;7(1):145.
6. Belaúnde MA, Silva FS, Castillo-Andamayo D, Chávez JM, Ramírez FO, Boza CZ, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Rev Estomatológica Hered. 2012;22(2):77-77.
7. Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos DB, et al. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. Sci Rep. 2016;6:37083. doi: 10.1038/srep37083
8. Aguirre GAA, Cartagena FJR, de González WYE, de Rodríguez KAA, Bravo M, Mesa F, et al. Edentulism and quality of life in the Salvadoran population: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 10 de agosto de 2024;24(1):928.
9. Zhang X, Dai S, Jiang X, Huang W, Zhou Q, Wang S. The pathways from disadvantaged socioeconomic status in childhood to edentulism in mid-to-late adulthood over the life-course. Int J Equity Health. 8 de agosto de 2023;22(1):150.

10. Acharya L, Gupta A, Shrestha P, Poudyal S, Poudel S. Edentulousness among Patients Visiting a Dental Unit of a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. febrero de 2023;61(258):119-22.
11. Vizcaíno K, Armas A. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. Rev Estomatológica Hered. 15 de diciembre de 2022;32(4):420-7.
12. Borg-Bartolo R, Roccuzzo A, Molinero-Mourelle P, Schimmel M, Gambetta-Tessini K, Chaurasia A, et al. Global prevalence of edentulism and dental caries in middle-aged and elderly persons: A systematic review and meta-analysis. J Dent. diciembre de 2022;127:104335.
13. Alibrahim A, Al Salieti H, Alrawashdeh M, Darweesh H, Alsaleh H. Patterns and predictors of tooth loss among partially dentate individuals in Jordan: A cross-sectional study. Saudi Dent J. marzo de 2024;36(3):486-91.
14. Venkat M, Janakiram C, Ramanarayanan V. Prevalence of Tooth Mortality among Adults in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. Contemp Clin Dent. 2021;12(4):339-45.
15. Gonzalez Beriau Y, Jover Capote N, Gonzalez Beriau Y, Jover Capote N. Pérdida dentaria y necesidad de tratamiento protésico. El Carmen, Estado Barinas, Venezuela, 2018. MediSur. agosto de 2021;19(4):546-50.
16. Shayegh SS, Ebrahimi S, Hakimaneh SMR, Eisaei M. Prevalence of Complete Edentulism in Individuals at Least 30 Years Old in Iran since 2000: A Systematic Review. Int J Prev Med. 2021;12:72.
17. Escudero E, Muñoz Rentería MV, De La Cruz Claure M luisa, Aprili Justiniano L, Valda Mobarec EY. PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL Y TOTAL, SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE 15 A 85 AÑOS DE SUCRE. 2019. Rev Cienc Tecnol E Innov. junio de 2020;18(21):161-90.
18. Lady J. Rivera-González, Alejandro Rico-Mendoza y Andrea Rico-Mendoza Maestría en Epidemiología, Universidad El Bosque, Colombia.
19. Quispe Mamani AM. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021.

Repos Inst - UCV [Internet]. 2022 [citado 4 de agosto de 2025]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87619

20. Ramirez Magallanes CJ. Prevalencia del edentulismo parcial y total de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/f47c400f-d3ea-4855-a0cc-82b15a504218
21. Chumpitaz-Durand R, Manayay-Llaguento F, Córdova-Sotomayor D. Evaluating edentulism and frailty in a group of elderly people treated at the dental clinic of Universidad San Martín de Porres in Lambayeque, Peru. J Oral Res. 31 de agosto de 2021;10(4):1-9.
22. Gonzales Fernández AA. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular Arequipa, 2021. Univ Cont [Internet]. 2021 [citado 8 de julio de 2025]; Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/10608
23. Calle Vargas AL, Huamantoma Quispe TC. Prevalencia y clasificación del edentulismo parcial en pacientes adultos de una clínica odontológica privada. Ayacucho, 2021. Repos Inst - UCV [Internet]. 2021 [citado 17 de octubre de 2023]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59599
24. Charles M. Weiss DDS, ADAM WEISS BA. Plate/Blade Form Implants: Treatment of Posterior Partial Edentulism Diagnosed for a Fixed Prosthesis With Natural Co-Abutments [Internet]. Mosby; 2001 [citado 4 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B032300767850018X
25. Huamanciza Torres EE. Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico - cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 14 de octubre de 2023]; Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6392

26. Avendaño Vera EM. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 17 de octubre de 2023]; Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4919
27. Al-Rafee MA. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. J Fam Med Prim Care. 30 de abril de 2020;9(4):1841-3.
28. Luna Mejía GA. Incidencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el centro de Rehabilitación social de la ciudad de Loja en el periodo Junio-Noviembre del 2011. [Tesis para título profesional] LojaEcuador. 2011
29. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". [Tesis de Cirujano Dentista]. [Lima]: universidad nacional mayor de san marcos; 2009. 89p
30. Rathee M, Sapra A. Dental Caries. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551699/
31. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. Adv Dent Res. 1 de mayo de 2016;28(2):58-67.
32. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. Nat Rev Dis Primer. 25 de mayo de 2017;3:17030.
33. Reisine S, Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. Int Dent J. junio de 1993;43(3 Suppl 1):279-87.
34. Zero DT. Sugars - the arch criminal? Caries Res. 2004;38(3):277-85.
35. Gasner NS, Schure RS. Periodontal Disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 18 de julio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554590/
36. Mehrotra N, Singh S. Periodontitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 18 de julio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541126/

37. Garispe A, Sorensen C, Sorensen JR. Dental Emergencies. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589664/
38. Patnana AK, Brizuela M, Kanchan T. Tooth Fracture. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551650/
39. JUNEJA P, KULKARNI S, RAJE S. Prevalence of traumatic dental injuries and their relation with predisposing factors among 8–15 years old school children of Indore city, India. Clujul Med. julio de 2018;91(3):328-35.
40. McKinney R, Pitzer J, Daley JO. Developmental Disturbances of the Teeth, Anomalies of Number. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 27 de agosto de 2025]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573071/
41. Cósar Quiroz JA. Características del edentulismo parcial en pobladores residentes en el Asentamiento Humano Ampliación La Merced del distrito de Comas-Lima [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/f61321a3-1d89-4db6-b9b0-2cec1d02aaee
42. Abdul Mueed Z, Muhammad Usman M. Pattern of partial edentulism and its association with age and gender. 2010;260-3.
43. Gutierrez-Vargas VL, León-Manco RA, Castillo-Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatológica Hered. julio de 2015;25(3):179-86.
44. Al Hamdan E, Fahmy MM. Socioeconomic factors and complete edentulism for female patients at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. Tanta Dent J. 1 de diciembre de 2014;11(3):169-73.
45. Rodriguez FR, Paganoni N, Weiger R, Walter C. Lower Educational Level is a Risk Factor for Tooth Loss - Analysis of a Swiss Population (KREBS Project). Oral Health Prev Dent. 2017;15(2):139-45.
46. Margozzini P, Berrios R, García-Huidobro R, Véliz C, del Valle C, Vargas JP, et al. Number of Remaining Teeth and Its Association with Educational

Level in Chilean Adults: Data from the National Health Survey 2016-2017. Int J Dent. 31 de agosto de 2020;2020:8848190.

47. de Andrade FB, Antunes JLF, de Souza PRB, Lima-Costa MF, de Oliveira C. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life: ELSI-Brazil. Rev Saúde Pública. 25 de octubre de 2018;52(Suppl 2):7s.
48. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. Mc Craken: prótesis parcial removible. 11ª edición. Madrid. Elsevier España S.A.; 2006.
49. Mish C. Prótesis Dental Sobre Implantes. Madrid. Elsevier España S.A.; 2007.
50. Tomás O. Prótesis Bases y Fundamentos. 1ra ed. Madrid: EditorialMédica Ripano; 2013. p. 455-456, 519-520.
51. Rendón R. Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. México. Editorial Médica Panamericana S.A. de C.V. 2006.
52. Loza FD, Valverde MH. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Editorial Médica Ripano; 2007.
53. Kennedy E. Classification of Partially Edentulous Arches. En: Kennedy E. Partial denture construction. Vol 1. 1era ed. New York: Dent Items Interest; 1928. p.3–8.
54. Mallat E. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. 1ra ed. Madrid: Elsevier España; 2004. p. 1-4.
55. Bharathi M, Babu K, Reddy G, Gupta N, Misuriya A, Vinad V. Partial edentulism based on Kennedy's classification: an epidemiological study. J Contemp Dent Pract. 2014;15(2):229–31.
56. Corpuna AE. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud de Belenpampa Cusco – 2012 [tesis de bachillerato]. [Cusco]: Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2012. 63p.
57. Ernest D, Ernest C. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Madrid. Elsevier España S.A.; 2004.
58. Carrera JM. 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 de

Cirujano Dentista]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. 46p

X. ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Variables	Metodología
¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 – 2025?	*Objetivo general:* -Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la UNMSM. *Objetivos específicos*: -Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en relación al sexo y a la edad de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. -Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en relación a la arcada dentaria de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. -Determinar la prevalencia de las clases de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en relación a la arcada dentaria de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. -Determinar la pérdida de piezas dentarias en relación a la edad y el sexo de los pacientes atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.	Edentulismo parcial Sexo Edad Pérdida dentaria	Tipo de investigación Observacional, descriptivo y transversal Población y muestra Se contó con una población total de 2469 historias clínicas. La muestra obtenida fue de 330 historias. Procesamiento de datos Se realizó estadística descriptiva empleando: Prueba de Chi-cuadrado de independencia Prueba de U de Mann-Whitney Prueba de Kruskal-Wallis

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CENTRO DE EXTENSION UNIVERSITARIA Y PROYECCION SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Yo,..... autorizo al estudiante

.....con código N°.....

a realizarme.....El diagnóstico que se me ha dado es:.....

.....El tratamiento consistirá en:.....

Los beneficios del procedimiento son: .....y

mi negación al tratamiento traerían consecuencias tales como: .....

Existen riesgos que pueden surgir en el curso del tratamiento, tales como.....

.....

Autorizo que se obtengan (marque la opción que desee):

- Fotografías (SI) (No)
- Otros registros gráficos (SI) (No)
- Videos (SI) (No)

en el pre - intra y post-operatorio

Autorizo a difusión de registros gráficos de mi tratamiento en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos. (SI) (No)

Existe la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento del tratamiento, y asumo las consecuencias de cualquier naturaleza que de ello puedan derivarse.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones, aclarando todas las dudas planteadas.

Me comprometo a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que se realicen por el tratamiento que por este medio acepto.

Habiéndoseme aclarado dudas y preguntas sobre los procedimientos, AUTORIZO a iniciar el mismo, bajo la supervisión del Docente encargado de la especialidad correspondiente

Ciudad Universitaria,/...../...../.....

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DEL DOCENTE
COP.

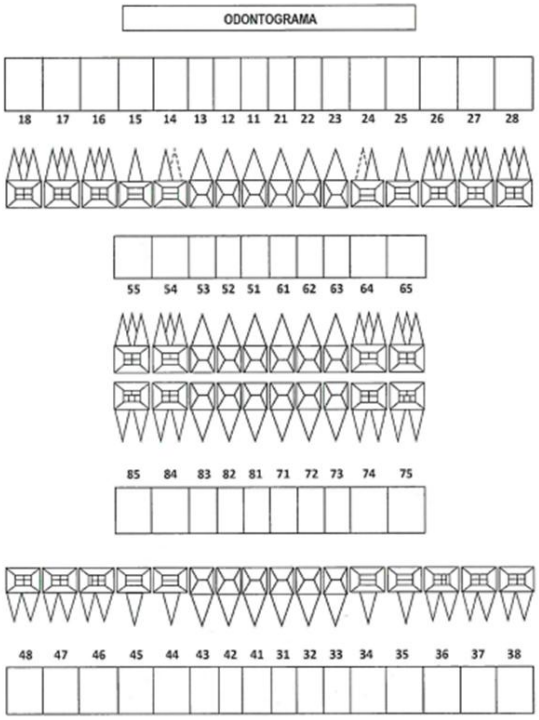
ANEXO N° 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

"Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en la clínica de la Facultad De Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2023 - 2025"

Apellidos y nombres: ……. Edad: …….

Fecha: ……. Sexo: …….



Edéntulo parcial Sí - No

Edentulismo parcial: Unimaxilar …… Bimaxilar …….

Clasificación de Kennedy

- Arcada superior: ……..
  - Modificación de Applegate: …….
- Arcada inferior: …….
  - Modificación de Applegate: …….

Número de piezas perdidas: …….

ANEXO N° 4

PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, 2023 - 2025							
N°	**Género**	**Edad**	**Edéntulo**	**Clasificación de Kennedy arcada superior**	**Clasificación de Kennedy arcada inferior**	**Uni/ bimaxilar**	**N° Piezas perdidas**