

# Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy en pacientes adultos de una clínica docente universitaria

Prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification of adult patients in a university teaching clinic

Cisneros del Águila, Melvin<sup>1</sup>; Verástegui Sandoval, Arturo<sup>2</sup>; Fernández Lozano, Henry<sup>3</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, desarrollado en la clínica de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. Se estudiaron 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 359 maxilares edéntulos parciales. Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico estomatológico, consignándolos en una ficha clínica juntamente con lo reportado en la anamnesis; los datos fueron cuantificados con el programa estadístico SPSS. **Resultados:** Según la anamnesis, la caries dental fue la causa de mayor pérdida dentaria 77%, seguida de la enfermedad periodontal 20%; la referencia de problemas gástricos representó 15%. En el examen clínico, el grupo etéreo de 31 a 50 años presentó

---

<sup>1</sup> Magister en investigación y docencia universitaria. Doctor en Odontología. Responsable de la asignatura de prótesis parcial removible de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

<sup>2</sup> Magister en estomatología. Docente de la asignatura de prótesis parcial removible de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

<sup>3</sup> Cirujano Dentista. Docente de la asignatura de prótesis parcial removible de la Escuela Académico Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

mayor cantidad de arcos edéntulos parciales 51,81%; en el sexo femenino se encontró mayor cantidad de casos 72,14%, en la mandíbula hubo más prevalencia 51,81%. La clase III fue la más frecuente 52,65%; y, con modificación uno maxilar y mandibular concentró el 25,07%; menos frecuente fue la clase IV 3,06%; la clase III predominó en ambos sexos 36,21% para el femenino y 16,44% para el masculino. **Conclusión:** La mayor prevalencia de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven de 31 a 50 años, a predominio del sexo femenino.

la clase III es la más predominante, la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de mayor pérdida dentaria.

Palabras clave: Edentulismo, desdentado parcial, clasificación de Kennedy

## **ABSTRACT**

Objective: To determine the clinical diagnosis by the prevalence of partially edentulous adult patients, considering the number of edentulous arches, using the classification of Kennedy. Material and Methods: A descriptive study developed in the clinic of the School of Dentistry at the University Peruvian Wings. 200 patients who met the inclusion criteria were studied and accounted for 359 partial edentulous jaws. The data were obtained by clinical examination Stomatological, consigning a clinical record along with those reported in the anamnesis; data were quantified using the SPSS statistical program. Results: According to the anamnesis, dental caries was the cause of tooth loss increased 77%, followed by periodontal disease 20%; reference represented 15% gastric problems. On clinical examination, the age group of 31 to 50 years presented

Most of partially edentulous arches 51.81%; in females more cases 72.14% was found in the mandible were more prevalent 51.81%. Class III was the most frequent 52.65%; and, with one modification maxillary and mandibular concentrated the 25.07%; less frequent class IV was 3.06%; Class III predominated in both sexes 36.21% for females and 16.44% for male. Conclusion: The study concludes that the higher prevalence of partial edentulism is for young adults 31 to 50 years, more number of partial edentulous is in females; Class III is the most predominant, dental caries and periodontal diseases are responsible for more tooth loss.

Keywords: edentulous, partially edentulous, Kennedy classification

## **INTRODUCCIÓN**

El edentulismo está considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. La gran mayoría de pérdida de piezas dentarias, se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal y menos por traumatismos, existiendo una relación directa entre la pérdida de dientes y la edad. En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias, afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces con repercusiones graves en la articulación témporomandibular. Así mismo las estructuras orales remanentes sufren modificaciones de posición y contorno e inclusive la formación de un componente anatómico nuevo, el reborde desdentado. Todas estas alteraciones tienen secuelas estéticas y funcionales que reducen la eficiencia masticatoria en comparación con los que tienen una dentición completa,

influyendo la elección de los alimentos al evitar los aquellos que son difíciles de masticar, afectando las funciones de los órganos gastrointestinales y aumentar el riesgo de desnutrición. El paciente percibe estas secuelas de diferentes maneras, variando desde acciones de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez. (4, 5, 2,6, 7).

En esta concepción, un alto porcentaje de la población mundial está en la categoría de edéntulo parcial. En nuestro país, pocos estudios epidemiológicos, nos muestran la prevalencia de esta patología en alrededor del 80% de la población.

En una arcada edéntula, pueden haber cerca de 65 000 combinaciones y su tratamiento se dirige a solucionar diversos problemas biomecánicos que abarcan una amplia gama de tolerancia y percepciones individuales. Kennedy en 1925 propuso una clasificación de arcos edéntulos parciales y Applegate la modifico y reglamentó su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple. Su uso se generalizó a partir de 1970, especialmente en las facultades de estomatología por su practicidad para la enseñanza. (1 - 3).

El avance de la ciencia y la tecnología en odontología, ha permitido que los implantes óseo integrados sirvan de soporte a aparatos protésicos más sofisticados, pero que coadyuvan en la solución de casos de mayor complejidad, como los extremos libres. A pesar de que los implantes por el abaratamiento de los costos y el aumento de fabricantes se van haciendo cada vez más comunes, el uso de la prótesis parcial removible (PPR) sigue siendo una de las principales opciones en los pacientes desdentados parciales.

Hans en 1985 estudió la prevalencia de edentulismo, y como la eficiencia y la experiencia masticatoria, tienen su implicancia en los pacientes desdentados parciales, en pacientes que por primera vez usaban PPR inferiores clase I de Kennedy, encontraron que no existe relación significativa entre eficiencia y experiencia masticatoria. Para evaluar la pérdida de dientes a futuro, (Eklund et al. en 1994), realizaron un estudio longitudinal a 10 años en 10,526 personas para evaluar la incidencia de pérdida dentaria, los resultados mostraron que el 7,4% de estadounidenses dentados entre 25 y 74 años, se convirtió en edéntulo 10 años después. En la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Loza et al el año 1998), en los tres últimos meses, registraron 355 edéntulos parciales, clase I, 8,5%, clase II, 46,2%, clase III, 45,35%; no registraron ninguno de la clases IV. Los arcos edéntulos se distribuyeron 51,1% para el maxilar superior y 49,9% para el inferior. Con la finalidad de evaluar factores asociados al edentulismo en diferentes zonas demográficas (Adams et al. el 2003) encontraron una prevalencia de edentulismo del 25% en zonas urbanas, 34% en zonas rurales y 32% en zonas remotas (8, 9, 5, 10).

Para conocer la prevalencia e incidencia de pérdida de dientes en adultos mayores (Müller et al. el 2007) realizaron un estudio que demuestra que existen grandes diferencias de prevalencia entre los países y diferentes regiones. Para medir las necesidades protésicas en ancianos, (Núñez et al el 2007), examinaron a 26 gerontos de más de 60 años, obtuvieron como uno de sus resultados que la caries dental, fue la causante de la mayor pérdida de piezas dentarias con 53%.

El dolor y el malestar en el uso de las PPR, son factores que en determinados pacientes se hace más palpable, en relación a esto (Riyadha el 2009) realizó un

trabajo con la finalidad de conocer la satisfacción del paciente en relación a la prótesis y las razones de la falta de su uso, sin importar el antagonista del aparato protésico, observó que, la razón más citada para el rechazo, fue el dolor y el malestar. Con el objetivo de cuantificar la necesidad de prótesis según la edad y el sexo, (Cancio et al en el 2009), analizaron las historias clínicas de 636 pacientes edéntulos, encontraron que el grupo etáreo más afectado fue el de 15 a 34 años con 55,7%, el sexo predominante fue el masculino con 52,1%, la clase III fue la más dominante con 52,2%, y la clase IV la menos representativa con 1,8%. Con el propósito de medir la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, en una muestra de 160 modelos de pacientes, (López el año 2009), encontró la clase I en mayor porcentaje 38,9%; clase II 36,7%; clase III 23,3%; clase IV 1,1%. La clase I mandibular fue la más frecuente con 23,7%. De acuerdo a la edad prevalecen las clases I, II y III en el grupo etáreo de 50 a 59 años. Las cuatro clases mostraron preponderancia por el sexo masculino. Para evaluar la frecuencia de uso de PPR (Ehikhamenor et al. el 2010) analizaron 351 pacientes que recibieron prótesis dentales, la clase III fue la más común con 57,3%, seguido de la clase IV con 26,2%. Para determinar la prevalencia de edentulismo en personas mayores de 60 años, (Sánchez et al. el 2011), evaluaron 1 662 personas, encontraron que la mayor cantidad de desdentados parciales pertenecía a la clase I y II de Kennedy, y la tasa de uso de PPR fue menor en la clase II (11 - 17).

La salud pública odontológica en nuestro país sigue siendo un problema de difícil solución, especialmente en lo referente a prevalencia y la rehabilitación de los pacientes desdentados parciales;

El objetivo general del estudio fue determinar mediante el diagnóstico clínico la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes adultos, considerando la cantidad de arcadas edéntulas, utilizando la clasificación de Kennedy.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio clínico, prospectivo, transversal, descriptivo, desarrollado en la Clínica Docente de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. La población correspondió a 1 614 pacientes adultos que acudieron a la Clínica, entre los meses de marzo a junio de 2011. La muestra seleccionada de forma no probabilística intencional, correspondió a 200 individuos, de ambos sexos, de 18 a más años de edad, física y psíquicamente estables, en los que se contabilizaron 359 maxilares superiores e inferiores. Se incluyeron pacientes adultos; desdentados parciales; con enfermedad periodontal localizada grave manifiesta y se excluyeron aquellos con enfermedad sistémica que comprometiera la permanencia de todas sus piezas dentarias, con enfermedad periodontal generalizada grave manifiesta, desdentados totales o pacientes con tratamiento de ortodoncia fija en curso. Cada paciente fue atendido por un odontólogo, quien procedió a hacerle conocer los detalles de la investigación, solicitándole su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado antes de realizar la anamnesis y el examen clínico estomatológico respectivo, consignando los datos en la ficha clínica, especialmente diseñada. Terminado el examen, a cada ficha clínica se le asignó un número correlativo. Los datos se procesaron utilizando métodos de estadística descriptiva.

La recopilación de la información, se dificultó por la falta de colaboración de los pacientes para proporcionar la información referente a aspectos de pérdida de piezas dentarias y en relación a los problemas gástricos: el examen, por la dificultad para diferenciar clínicamente las piezas ausente posteriores. Esto podría influir en nuestros resultados.

## **RESULTADOS**

De acuerdo a la anamnesis, se encontró que la caries dental ha sido la causa de pérdida dentaria de mayor prevalencia, registrándose 154 casos 77%; seguida de la enfermedad periodontal en 40 pacientes, 20% y en menor proporción los causados por traumatismos dentomáxilofaciales en 6 pacientes 3%. (Tabla N°. 1). Los 200 individuos sumaron un total de 359 maxilares edéntulos parciales que se distribuyeron en seis grupos etáreos, consignando las arcadas edéntulas de cada paciente.. Los grupos etáreos que tuvieron mayor cantidad de arcadas maxilares edéntulas parciales fueron de 41 a 50 años 96 casos 26,74%; de 31 a 40 años 90 casos 25, 07%, y de 18 a 30 años 80 casos 22,28%. Los grupos etáreos que presentaron menos arcadas desdentadas parciales fueron, el de 61 a 70 años y el de 71 a más años, con 17 casos 4,74% y 14 casos 3,90% respectivamente. (Tabla N°. 2). Las arcadas desdentadas parciales que más se encontraron, fue en el sexo femenino, 259 casos 72,14%; en el masculino fue mucho menor, 100 casos 27,86%. Las zonas edéntulas en relación a su ubicación en los maxilares; el maxilar inferior representó 186 casos 51,81%, ligeramente mayor al maxilar superior con 173 casos 48,19% (Tabla N°. 3).

Se encontró que la Clase III de Kennedy fue la más frecuente con 189 casos 52,65%, seguida de la Clase II con 94 casos 26,18%, la clase I representó 65



casos 18,11%; y la menos frecuente fue la clase IV 11 casos 3,06%. (Tabla N°. 4). Al realizar el análisis de las clases de Kennedy con sus modificaciones, se pudo apreciar que todas las clases de Kennedy presentaron hasta 3 modificaciones, a excepción de la clase II que presentó hasta 4 modificaciones. Del mismo modo se encontró que la Clase III mandibular, modificación 1, fue la más frecuente igual que en el maxilar superior, habiéndose registrado 51 casos 14,21% y 39 casos 10,86% respectivamente; le siguieron a estos hallazgos, la Clase III estricta (sin modificaciones), al haberse encontrado en el inferior 33 casos 9,19% y en el superior 32 casos 8,91% respectivamente. En un orden menor de prevalencia, se encontró la clase II modificación 1 mandibular con 28 casos 7,80% y la clase I estricta mandibular con 26 casos 7,24%. La menos frecuente de las modificaciones que se encontró en ambos maxilares, fue la modificación 3 (Tabla N°. 5)

Los arcos edéntulos parciales de acuerdo a la clasificación de Kennedy relacionados con el sexo, nos mostraron que la clase III predominó en ambos sexos; 130 casos 36,21% para el femenino y 59 casos 16,44% para el masculino respectivamente. La clase IV fue la menos predominante en ambos sexos con 6 casos para el femenino 1,67% y 5 casos para el masculino 1,39% (Tabla N°. 6). En referencia al edentulismo en relación a los problemas gástricos, 170 pacientes 85% reportaron no padecer ningún problema; 30 pacientes 15% si manifestaron padecer de algún problema gástrico. En el sexo femenino se reportaron 23 casos 11,5% y en el masculino 7 casos 3,5%. Se observó que los edéntulos parciales femeninos refirieron presentar mayores problemas gástricos que los masculinos (Tabla N°. 7). El grupo etéreo de edéntulos parciales que refirió presentar más

problemas gástricos, fue el de 41 a 50 años, 11 casos 5,5%, siguiéndole en orden el de 51 a 60 años, 8 casos 4,0%. El grupo menos vulnerable, fue el de 61 a más años, presentando solo un caso 0,5% (Tabla N°. 8).

## **DISCUSIÓN**

Con el avance de la ciencia y la tecnología, aplicados a las diferentes áreas del conocimiento humano, cada vez en el mundo la población de adultos mayores va en ascenso; el envejecimiento es un proceso natural que no se puede detener, este concepto aplicado a la estomatología nos lleva a la conclusión de que el aparato masticatorio, tiende a sufrir un deterioro apreciable, en este sentido los odontólogos tenemos la responsabilidad de mantenerlo en buen estado, en búsqueda de brindar una mejor calidad de vida a este grupo etéreo humano. Nuestro estudio pretende mostrar con cifras una parte importante de la realidad de la salud bucal en el país. Se encontró que la caries dental y la enfermedad periodontal siguen siendo las enfermedades prevalentes causantes de la mayor pérdida dentaria, 77% y 20% respectivamente, más alto que el de Núñez referente a caries, que muestra 53%, indicándonos una relación directa de las consecuencias de este proceso patológico (12). Al evaluar la presencia de edentulismo en los diferentes grupos etéreos, el estudio nos muestra que en los adultos jóvenes comprendidos entre los 18 a 50 años se encuentra la mayor cantidad de edéntulos parciales 74,09%, explicándose esto porque son aquellos que tienen más necesidades protésicas; si bien es cierto esta cifras no concuerdan con la de otros estudios como los de Cancio, que encontró más edéntulos en el grupo de 15 a 34 años 55,7%, pero si nos muestra que esta población joven cuida

menos su salud bucal (14). En referencia a la distribución de edéntulos en los maxilares, los valores casi se comparten, 51,81% para el inferior y 48,19% para el superior, Loza encontró algo parecido pero más en el superior 51,1% (5); de esto se puede colegir que la pérdida de piezas dentarias no afecta solo a uno de los maxilares, sino a ambos por igual.

La investigación arrojó que el sexo femenino presentó más cantidad de arcadas maxilares edéntulas 72,14%, completamente diferente en cantidad y sexo a lo encontrado por Cancio, mayor para el masculino con 52,1%; se explican nuestras cifras porque de la población total de pacientes adultos asistentes a la clínica, la mayoría correspondió al sexo femenino, dedicadas a las tareas del hogar (14). En lo concerniente a la clasificación, los estudios muestran diversidad de resultados, nuestro estudio muestra a la clase III como la más frecuente 52,65%, la clase IV como la menos frecuente 3,06%, en ambos sexos. La modificación uno, fue la que más se presentó en las clases I, II y III en ambos maxilares, cifras similares a las de otros estudios. Esto nos lleva a deducir que la mayor cantidad de aparatos protésicos que se instalan corresponden a dentosoportados (14 – 17). Se conoce de la relación que existe entre los pacientes edéntulos y los problemas gástricos, en este trabajo se estudió esa relación, se encontró que solo el 15,% refirió padecer algún malestar gástrico, en mayor cantidad el sexo femenino y en el grupo etáreo de 41 a 50 años en ambos sexos.

En el desarrollo de la investigación se presentaron ciertos inconvenientes como el hecho de no recibir información confiable en su totalidad por parte de los pacientes, y que los odontólogos que recopilaron los datos tuvieron que trabajar con cierta premura en el tiempo, originado por la misma labor docente, motivo por

el cual pudieran existir algunos resultados que difieren de los realizados por otros investigadores. En conclusión el estudio muestra que la prevalencia mayor de edentulismo parcial corresponde a la población adulta joven 31 a 50 años, más cantidad de edéntulos parciales está en el sexo femenino; la clase III es la más predominante y la IV la de menor cuantía, en ambos sexos y maxilares; la caries dental y la enfermedad periodontal son las causantes de mayor pérdida dentaria y que los problemas gástricos no revisten mayor importancia en los edéntulos parciales.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Carr A, McGivney G, Brown D. McCracken Prótesis parcial removible. Undécima edición. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2006.
2. Preti G et al. Rehabilitación Protésica – Tomo 2. Bogotá: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2008
3. Preti G, Pera P. Prótesis Parcial Removible. Padova: Piccin Nuova Libreria S. p. A.; 2000.
4. Gune S.J, Wall K. The effect of new complete dentures on mastication and dietary intake. Acta odontológica Scan 1985; 43: 257 – 268.
5. Loza D, Valverde R. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid: Ripano S.A; 2007.
6. Lambertini A, Prospero A, Guerra M.E, Tovar V, Brito F. Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas de la Universidad Central de Venezuela.

- Acta Odontológica Venezolana 2006; 44 (3) [Revista en Internet]. [Citado Julio 30 2011]. En: <http://www.actaodontologica.com/ediciones>
7. Ayala G. Prótesis parcial removible sinónimo de preparación de la boca. La Carta Odontológica 2002; Vol. 7 (18): 24 – 28.
  8. Hans G. The effect of removable partial dentures in mastication and dietary intake. Acta Odontológica Escandinava 1985; 43 (3): 269 – 278.
  9. Eklund S, Burt B. Risk Factors for total tooth loss in the United States longitudinal analysis of national data. Journal of Public Health Dentistry 1994; 54 (5): 5 – 14.
  10. Adams C, Slack-Smith L.M, Larson A, O'Grady M.J. Edentulism and associate factors in people 60 years and over from urban, rural and remote Western Australia. Australian Dental Journal 2003: 48 (1): 10 – 14.
  11. Müller F, Naharro M, Carlsson G, What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe. Clinical Oral Implants Research 2007; 18 (2): 2 – 14.
  12. Núñez L, Corona M, Camp I, González E, Álvarez I. Necesidades de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. Revista Cubana de Estomatología 2007; 44 (3) [Revista en Internet]. [Citado Julio 20 2011]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  13. Riyadhha A. Usage of removable partial dentures in Saudi male patients after one year telephone interview. The Saudi Dental Journal 2010; 22 (4): 125 – 128.

14. Cancio O, Nápoles I, Martín I, Ley L, Necesidades de prótesis en pacientes mayores de 15 años. Revista Archivo Médico de Camagüey 2009; 13 (4) [Revista en Internet]. [Citado Julio 20 2011]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552009000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000400004&lng=es).
15. López J. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
16. Ehikhamenor E, Oboro H, Onuora O, Umanah U, Chukwumah N, Aivboraye I. Types of removable prostheses requested by patients who were presented to the University of Benin Teaching Hospital Dental Clinic. Journal of Dentistry and Oral Hygiene 2010; 2 (2): 15 – 18.
17. Sánchez M, Velásquez M, Dávila R, Gonzáles-Pedraza A. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista Especializada Médico-Quirúrgicas 2011; 16 (2): 110 – 115. [Revista en Internet]. [Citado Julio 30 2011]. Disponible en: [http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades\\_mq/2011/EMQ2/2.12%20Salud%20EMQ%202.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/especialidades_mq/2011/EMQ2/2.12%20Salud%20EMQ%202.pdf)

**Correspondencia:**

Cisneros del Águila, Melvin

Jr. Carlos de los Heros 750 Pueblo Libre. Lima, Perú

Teléfono: 463-5239

Correo electrónico: [cisnerosmelvin@hotmail.com](mailto:cisnerosmelvin@hotmail.com)

**Tabla No. 1 Causa de pérdida de piezas dentarias de los pacientes edéntulos parciales.**

CAUSA PERDIDA DENTARIA	TOTAL	
	N <sup>a</sup>	%
Caries Dental	154	77
Enfermedad Periodontal	40	20
Traumatismos	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Datos referidos por los pacientes en los antecedentes de salud estomatológica durante la anamnesis

**Tabla No. 2 Edéntulos parciales de acuerdo a la edad y ubicación en los maxilares.**

EDAD	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>18 a 30</b>	34	9,47	46	12,81	80	22,28
<b>31 a 40</b>	44	12,26	46	12,81	90	25,07
<b>41 a 50</b>	48	13,37	48	13,37	96	26,74
<b>51 a 60</b>	31	8,64	31	8,64	62	17,27
<b>61 a 70</b>	9	2,51	8	2,23	17	4,74
<b>71 a más</b>	7	1,95	7	1,95	14	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>48,19</b>	<b>186</b>	<b>51,81</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

**Tabla No. 3 Edéntulos parciales de acuerdo al sexo y ubicación en los maxilares**

SEXO	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%

<b>FEMENINO</b>	124	34,54	135	37,6	<b>259</b>	<b>72,14</b>
<b>MASCULINO</b>	49	13,65	51	14,21	<b>100</b>	<b>27,86</b>
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>48,19</b>	<b>186</b>	<b>51,81</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

**Tabla No. 4 Maxilares edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy**

<b>CLASIFICACION KENNEDY</b>	<b>MAXILAR SUPERIOR</b>		<b>MAXILAR INFERIOR</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>CLASE I</b>	28	7,8	37	10,31	<b>65</b>	<b>18,11</b>
<b>CLASE II</b>	42	11,7	52	14,48	<b>94</b>	<b>26,18</b>
<b>CLASE III</b>	97	27,02	92	25,63	<b>189</b>	<b>52,65</b>
<b>CLASE IV</b>	6	1,67	5	1,39	<b>11</b>	<b>3,06</b>
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>48,19</b>	<b>186</b>	<b>51,81</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>



**Tabla No. 5 Maxilares edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy y sus modificaciones**

CLASIFICACION KENNEDY (Modificaciones)	MAXILAR SUPERIOR		MAXILAR INFERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CLASE I	7	1,95	26	7,24	33	9,19
CLASE I-M1	9	2,51	9	2,51	18	5,01
CLASE I-M2	10	2,79	2	0,56	12	3,34
CLASE I-M3	2	0,56	0	0	2	0,56
<b>SUB TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>7,8</b>	<b>37</b>	<b>10,31</b>	<b>65</b>	<b>18,11</b>
CLASE II	13	3,62	13	3,62	26	7,24
CLASE II- M1	14	3,9	28	7,8	42	11,7
CLASE II- M2	10	2,79	8	2,23	18	5,01
CLASE II- M3	2	0,56	3	0,84	5	1,39
CLASE II- M4	3	0,84	0	0	3	0,84
<b>SUB TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>11,7</b>	<b>52</b>	<b>14,48</b>	<b>94</b>	<b>26,18</b>
CLASE III	32	8,91	33	9,19	65	18,11
CLASE III- M1	39	10,86	51	14,21	90	25,07
CLASE III- M2	22	6,13	4	1,11	26	7,24
CLASE III- M3	4	1,11	4	1,11	8	2,23
<b>SUB TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>27,02</b>	<b>92</b>	<b>25,63</b>	<b>189</b>	<b>52,65</b>
CLASE IV	6	1,67	5	1,39	11	3,06
<b>SUB TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>1,67</b>	<b>5</b>	<b>1,39</b>	<b>11</b>	<b>3,06</b>
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>48,19</b>	<b>186</b>	<b>51,81</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

M: Modificación

**Tabla No. 6 Edéntulos parciales de acuerdo a la clasificación de Kennedy y al Sexo**

SEXO	CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>FEMENINO</b>	51	14,21	72	20,05	130	36,21	6	1,67	<b>259</b>	<b>72,14</b>
<b>MASCULINO</b>	14	3,90	22	06,13	59	16,44	5	1,39	<b>100</b>	<b>27,86</b>
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>18,11</b>	<b>94</b>	<b>26,18</b>	<b>189</b>	<b>52,65</b>	<b>11</b>	<b>3,06</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

**Tabla No. 7 Edéntulos parciales en relación a problemas gástricos según el sexo**

PROBLEMAS GÁSTRICOS	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>SI</b>	23	11,5	7	3,5	<b>30</b>	<b>15,0</b>
<b>NO</b>	120	60,0	50	25,0	<b>170</b>	<b>85,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>71,5</b>	<b>57</b>	<b>28,5</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Datos referidos por los pacientes en los antecedentes de salud estomatológica durante la anamnesis

**Tabla No. 8 Edéntulos parciales en relación a problemas gástricos según grupo etáreo**

GRUPO ETÁREO	PROBLEMAS SI		GÁSTRICOS NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>18 a 30</b>	4	2,0	46	23,0	50	25,0
<b>31 a 40</b>	6	3,0	42	21,0	48	24,0
<b>41 a 50</b>	11	5,5	42	21,0	53	26,5
<b>51 a 60</b>	8	4,0	25	12,5	33	16,5
<b>61 a 70</b>	1	0,5	8	4,0	9	4,5
<b>71 a más</b>	0	0,0	7	3,5	7	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>15,0</b>	<b>170</b>	<b>85,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Datos referidos por los pacientes en los antecedentes de salud estomatológica durante la anamnesis