



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## [Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

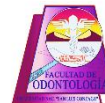
Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

# UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA



## EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD



### CONSTANCIA



El que suscribe deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

### **Disfunción de ATM asociado a edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la clínica de la Facultad de Odontología- Única 2018**

Presentado por:

**Bach. QUINTANILLA ZELADA YOJHAN LEONARDO**

El resultado obtenido es una coincidencia de 9%, por el cual se otorga el calificativo de:

### **APROBADO**

Según reglamento de Evaluación de la Originalidad

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones:

Se aprueba el Informe final por tener un porcentaje de similitud inferior a los límites establecidos por el reglamento.

Ica, 01 de Diciembre del 2023

Dra. Juana Rosa La Rosa Zapata  
COORDINADOR PROGRAMA INFORMÁTICO  
EVALUADOR DE ORIGINALIDAD  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MG. CANDELA LEVANO CECIL MASSIEL  
EVALUADOR  
PROGRAMA INFORMÁTICO EVALUADOR DE  
ORIGINALIDAD  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

Facultad de Odontología



**“Disfunción de ATM asociado a edentulismo parcial según  
Kennedy en los pacientes de la clínica de la Facultad de  
Odontología- Única 2018”**

Salud pública y conservación del medio ambiente

**INFORME FINAL TESIS**

QUINTANILLA ZELADA YOJHAN LEONARDO

Ica, Perú

2023

### **Dedicatoria.**

Dedico el presente trabajo a mis padres que me acompañan y es por ellos que llegue hasta aquí, y es por ellos que mantengo la fe de poder seguir de manera eficaz a todo lo que me proponga.

## **Agradecimientos**

- En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida profesional brindándome las herramientas necesarias, pero principalmente por darme salud para realizar cada una de ellas.
- En segundo lugar, agradecer a mis padres: Regina del Pilar Zelada Benavides y Victor Alberto Quintanilla Sayritupac, por ser pilar fundamental, no solo en mi vida profesional sino en todos los aspectos de crecimiento que he podido obtener, sin ellos hubiera sido imposible lograrlo.
- En tercer lugar, agradezco a mis docentes que me asesoraron en la elaboración de mi tesis.
- Y por último agradezco a mi casa de estudios superiores la Universidad San Luis Gonzaga de Ica y a cada docente, no solo por brindarnos de sus conocimientos, sino también por el increíble apoyo y soporte desde el primer día que pude tener el honor de cursar sus aulas, Dios nos permita trabajar juntos en un futuro no muy lejano incentivando a los que vienen de poder pertenecer a esta hermosa carrera que nos enseña día a día.

## ÍNDICE

|       |   |    |
|-------|---|----|
| I.    | INTRODUCCIÓN .....  | 9  |
|       | 1.2. La Realidad problemática: .....                            | 9  |
|       | 1.3. Antecedentes .....   | 10 |
|       | 1.4. Justificación .....  | 13 |
| II.   | ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....                                   | 19 |
|       | 2.1. Tipo y diseño de investigación .....                       | 19 |
|       | 2.1.1. Tipo de investigación .....                              | 19 |
|       | 2.1.2. Diseño de investigación .....                            | 19 |
|       | 2.2. Población y muestra.....                                   | 19 |
|       | 2.2.1. Población de estudio .....                               | 19 |
|       | 2.2.2. Muestra.....   | 19 |
|       | 2.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....                  | 20 |
|       | 2.2.4. Muestreo.....  | 20 |
|       | 2.3. Técnicas .....   | 20 |
|       | 2.4. Instrumento .....  | 20 |
|       | 2.5. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación ..... | 20 |
| III.  | RESULTADOS.....   | 21 |
| IV.   | DISCUSIÓN .....   | 40 |
| V.    | CONCLUSIONES .....  | 44 |
| VI.   | RECOMENDACIONES .....   | 46 |
| VII.  | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                | 47 |
| VIII. | ANEXOS .....  | 50 |
|       | 8.1. Instrumento de recolección de datos.....                   | 50 |
|       | 8.1.1 Informe de Aprobación de Tesis .....                      | 51 |
|       | 8.1.2. Resolución de Aprobación de proyecto .....               | 52 |
|       | 8.1.2. Solicitud de Constancia de Trabajo .....                 | 54 |
|       | 8.1.3. Evidencias Fotográficas .....                            | 55 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla N° 01: Características demográficas de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018  | 21 |
| Tabla N° 02: Frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018   | 22 |
| Tabla N° 03: Frecuencia disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018                                     | 23 |
| Tabla N° 04: Frecuencia de disfunción de ATM según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018                                    | 24 |
| Tabla N° 05: Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018              | 26 |
| Tabla N° 06: Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018              | 28 |
| Tabla N° 07: Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018 | 30 |
| Tabla N° 08: Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018 | 32 |
| Tabla N° 09: Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018   | 34 |
| Tabla N° 10: Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018   | 37 |
| Tabla N° 11: Comprobación de hipótesis   | 39 |

## ÍNDICE DE GRAFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico N° 01: Características demográficas de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018  | 21 |
| Gráfico N° 02: Frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018   | 22 |
| Gráfico N° 03: Frecuencia disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018                                     | 23 |
| Gráfico N° 04: Frecuencia de disfunción de ATM según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018                                    | 25 |
| Gráfico N° 05: Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018              | 27 |
| Gráfico N° 06: Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018              | 29 |
| Gráfico N° 07: Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018 | 31 |
| Gráfico N° 08: Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018 | 33 |
| Gráfico N° 09: Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018   | 36 |
| Gráfico N° 10: Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018   | 38 |

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018. **Metodología:** El tipo de investigación fue básico; diseño no experimental, relacional, transversal y retrospectivo. Se evaluó 114 historias clínicas del área de rehabilitación oral registradas en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, durante el año 2018, por medio de una ficha de recolección de datos. **Resultados:** La frecuencia disfunción de ATM para el género femenino presentó 33,3% con disfunción, en los pacientes con edad de 46-55 años; en el maxilar superior presentó 28,1%, la clase III sub.1 con 20.2% y los pacientes de género masculino la clasificación Kennedy en el maxilar superior en la clase III con 10.5%. La clasificación de Kennedy en el maxilar inferior para el género femenino tuvo mayor prevalencia la clase III con 14,9%. En los pacientes masculinos se encontró la clasificación de Kennedy en maxilar inferior, un resultado homogéneo en la clase III y en la clase III sub.1 con un 7,9%.

**Conclusión:** No existe relación significativa entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018.

**Palabras claves:** Edentulismo, ATM (Articulación Témporo Mandibular), clasificación Kennedy.

## ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between TMJ dysfunction and partial edentulism according to Kennedy in the patients of the Faculty of Dentistry Clinic - UNICA 2018. **Methodology:** The type of research was basic; Non-experimental, relational, transversal and retrospective design. 114 clinical records from the oral rehabilitation area registered in the Clinic of the Faculty of Dentistry of the National University of San Luis Gonzaga were evaluated during 2018, using a data collection form. **Results:** The frequency of ATM dysfunction for the female gender presented 33.3% with dysfunction, in patients aged 46-55 years; in the upper jaw it presented 28.1%, class III sub.1 with 20.2% and male patients the Kennedy classification in the upper jaw in class III with 10.5%. The Kennedy classification in the lower jaw for the female gender had the highest prevalence in class III with 14.9%. In male patients, the Kennedy classification was found in the lower jaw, a homogeneous result in class III and in class III sub.1 with 7.9%.

**Conclusion:** There is no significant relation between TMJ dysfunction and partial edentulism according to Kennedy in patients of the Clinic of the Faculty of Dentistry - UNICA 2018.

**Keywords:** Edentulism, TMJ (Temporo-Mandibular Joint), Kennedy classification.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.2. La Realidad problemática:

La pérdida de piezas dentales es un reflejo de la enfermedad y posterior deterioro dental, su tratamiento, también determina los factores sociales de la salud en las personas en el transcurso de su vida; además se toma en cuenta las actitudes y decisiones que tienen el paciente y el odontólogo con respecto a la enfermedad, el acceso y disponibilidad que pueda haber a los servicios dentales brindados, de todo esto va a depender los tratamientos dentales que se encuentren disponibles al solicitar atención.<sup>1</sup>

Visto desde la etiología del porqué las piezas dentales se pueden perder, se hace referencia a múltiples razones, por ejemplo: las caries, enfermedades periodontales, traumas, razones ortodónticas y tratamientos endodónticos que no resultaron.<sup>2</sup>

La relación causa y efecto no se suele dar de forma directa, ya que los factores de causa de la enfermedad están dados por aspectos moduladores, los cuales serán responsables de hacer grupos de individuos más enfermos que otros. Si es que existen personas vulnerables, esto ayudará al momento de tomar alguna decisión para idear como estrategia de salud, de esta forma se involucraría a toda la población sin distinción que participaran en el proceso de salud-enfermedad.

En Latinoamérica se puede ver varios estudios que evidencian adultos mayores con escasos recursos o que no han tenido educación escolar los cuales presentan alta prevalencia de edentulismo que además conlleva a malos hábitos alimenticios que tiene como consecuencia variedad de síntomas, entre ellos el dolor.<sup>3</sup>

En Perú hay pocos estudios epidemiológicos que muestran prevalencia entre la condición edéntula y el dolor en las personas, según el estilo de vida o condición social que llevan, es por esto que deben existir más investigaciones para que se pueda realizar mejores tratamientos para dichas enfermedades como la caries y también la enfermedad periodontal.<sup>4</sup>

A nivel institucional se puede ver diversos estudios en relación con el edentulismo, sin tener relación con el dolor en la ATM, pero si con otras sintomatologías y signos.<sup>5</sup>

El beneficio primordial es fomentar que más profesionales lleven a cabo más trabajos de investigación de temas que no son muy conocidos a nivel nacional, lo cual tendremos como ayuda la presente investigación.<sup>6</sup>

**PROBLEMA GENERAL:** ¿Existe relación entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?<sup>7</sup>

Para los problemas específicos se consideró:

Pe1: ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe2: ¿Cuál es la frecuencia disfunción de ATM en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe3: ¿Cuál es la frecuencia disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe4: ¿Cuál es la frecuencia de disfunción de ATM según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe5: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe6: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe7: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe8: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe9: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

Pe10: ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018?

### **1.3. Antecedentes**

Encontramos como antecedentes internacionales:

**Huber L. y López V. (2018) México.** Investigación se determinó la frecuencia de ruidos articulares, relacionado con clase I Kennedy, teniendo en consideración que exista el dolor o lo contrario. Se evaluó a 50 individuos de la población total, evaluándolos manualmente y revisando el ATM. Resultando de la muestra estudiada presentó, los pacientes presentaron un rango de edad prevalente de 45 a 55 años con un 32.8%, de 35 a 44 años

31.2% a su vez ruido a nivel de ATM 49%; chasquido unilateral 48.2%, chasquidos bilaterales 25.8%, clic en ATM 18.4% y crepitación 5%. Según la revisión a la historia odontológica clínica se observó la manifestación de sintomatología (dolor) 14%. Y para los casos donde presentaron las dos sintomatologías ruido con dolor 25%. Concluyendo que existe una elevada prevalencia de ruidos en ATM relacionado a Clase II según Kennedy.<sup>8</sup>

**Sowmiya, L. (2018) India.** El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de trastornos de la articulación temporomandibular y sus signos entre pacientes parcialmente desdentados. Los objetivos son predecir el grupo de edad y sexo comúnmente afectados con TTM, evaluar la relación entre el período de edentulismo y TTM, evaluar el tipo común de edentulismo parcial asociado con TMD. Materiales y métodos: El presente estudio transversal se realizó entre 460 sujetos con edentulismo parcial durante al menos 8 meses. Se utilizó un cuestionario auto estructurado para la recopilación de datos y fue seguido por un examen clínico para detectar signos de TTM. Resultados: Entre 460 pacientes, la mayoría de las pacientes eran parcialmente desdentadas y el signo de TTM más común, la frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes 45- 55 años con chasquido/crepitación es de 18,5%, en los pacientes de 35-47 años 12,5%, presentando un total de 52,2 % de sujetos y el 59 % de las pacientes mostraban chasquidos. La aparición de signos de TTM aumentó con el aumento del período de desdentado. La clase II y la clase III de Kennedy fueron los tipos de edentulismo parcial comúnmente asociados con TMD. Conclusión: Los signos de disfunción temporomandibular estuvieron presentes en más de la mitad de los pacientes parcialmente edéntulos evaluados. La aparición de signos de DTM aumentó con el aumento del período desdentado y las mujeres fueron las más comúnmente afectadas. Los pacientes parcialmente desdentados en el grupo de edad más joven mostraron una mayor prevalencia de chasquidos, que era el signo de TTM observado con frecuencia. El 7% de ellos eran menores de 30 años.<sup>9</sup>

**Franceschi D. et al. (2019) Brasil.** El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de DTM en pacientes portadores de prótesis, observando la relación entre género, tipo de prótesis, tiempo de uso de prótesis, temporomandibulares trastornos y la presencia de dolor crónico. La muestra estuvo constituida por 122 total o parciales pacientes edéntulos atendidos en clínicas dentales de la Universidad del Oeste de Santa Catarina – UNOESC, evaluado a través de los Criterios de Diagnóstico de Investigación (RDC). De los pacientes examinados, el 37,7% presentó diagnóstico relacionado con dolor miofascial (grupo I), para el grupo II referente a dolor articular el índice de disfunción fue del 68%, y el grupo III, degenerativo, del 64,8%, cuando los datos se relacionan con dolor crónico obtuvimos un índice significativo para el sexo femenino ( $p = 0,021$ ). Se observó que la crónica el dolor

fue significativo para el Grupo I ( $p = 0,0001$ ), para el Grupo III ( $p = 0,005$ ), y retirar o no sueño ( $p = 0,023$ ). Concluimos que el TTM es más prevalente en el sexo femenino. Sin embargo, no hubo diferencia entre pacientes con prótesis unimaxilar o bimaxilar, no obstante, en relación con DTM con dolor crónico se encontró trascendencia del mismo por el hecho de retirar o no la prótesis para dormir, y para los pacientes con DTM en el Grupo I y el Grupo III.<sup>10</sup>

El tema del mismo modo presenta antecedentes nacionales como:

**Guardamino S. (2019) Lima.** El objetivo de la investigación se estudió la asociación de la clase de edentulismo parcial con la sintomatología en la articulación témporo mandibular en personas mayores de la clínica de una universidad de Lima. Participaron en la investigación 51 individuos distribuidos en 20 varones y 31 féminas, de edades que fueron de 30 a 87, se distribuyó la muestra utilizando la clasificación de Kennedy y los que manifestaron sintomatología al masticar y según lado afectado. La información se procesó en SPSS 26; mediante chi-cuadrado se determinó la relación. Resultando prevalencia de Clase III 52.92%, clase II 41.2% y clase I 5.9%; sintomatología a la apertura 50.8%, al cierre bucal 49.1%; sintomatología a lado derecho 56.9%, de lado izquierdo 43.2%. Concluyendo que existe diferencia significativa entre variables. Las mujeres prevalecieron en la afección al ATM. La clase III estuvo relacionada a la sintomatología.<sup>11</sup>

**Vilca H. (2018), Lima.** Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo. El objetivo fue determinar el vínculo entre tipo de edentulismo parcial con respecto a la clasificación de Kennedy y nivel afección patológica en ATM en individuos que asisten a la clínica odontológica integral del adulto de la Universidad Privada Norbert Wiener en el año 2016. Se llevó a cabo en 221 personas de las cuales se examinó y seleccionó conforme a los criterios de inclusión, se les hizo examen de la cavidad oral para ver la clasificación de Kennedy, de la misma manera se realizó el test de Helkimo. Se obtuvo como resultado la incidencia de edentulismo de algunos dientes de acuerdo el género del paciente, según la clasificación de Kennedy para los hombres es la clase III (10 %); y en mujeres es la clase I (24 %). Conforme a la edad, la clase I y II de Kennedy se evidencia entre 50 y 60 años (17% y 11 % correspondientemente). En clase IV con 60 % y III con 67% se observó ATM leve, en clase I con 50 % y II con 54% se evidencio ATM moderado. En el grupo etario de los pacientes hemos encontrado mayor prevalencia de clasificación Kennedy maxilar inferior en la clase III con un 6.5% en los pacientes de 27-37 años, seguido de un 5,1 % en la clase III sub.1. En los pacientes de 37-47 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 9,5%, seguido de un 6% en la clase III sub.1.

Se llegó a la conclusión que hay relación negativa moderada entre tipo de edentulismo parcial y el grado de ATM.<sup>12</sup>

**Mamani M. (2017), Lima.** Esta investigación estudió la relación entre edentulismo que no fue tratado y ATM en individuos mayores que acuden a la clínica docente estomatológica del adulto de la Universidad Alas peruanas en el año 2017. La investigación fue de tipo correlacional, prospectivo, transversal y analítica. La población estuvo constituida por 50 personas adultas entre 20 a 70 años los cuales son pacientes sin algunos dientes y que no fueron tratados, ellos participaron y ayudaron en esta investigación., la frecuencia de disfunción de ATM según género masculino es de 15% con chasquido/crepitación y el 26% sin alteración evidente. Por medio de la estadística inferencial prueba de Fisher se buscó contrastar que exista una asociación exacta con las variables de estudio (edentulismo parcial sin tratamiento y disfunción de ATM) el estudio fue con una significancia de 95 %. El resultado en pacientes con edentulismo no tratado muestra que la edad más prevalente fue de 54 a 70 años con 42 % con DTM; con respecto al sexo, el género femenino tuvo mayor incidencia de DTM con un 72 % en comparación al sexo masculino; no todos los pacientes fueron evaluados y de acuerdo al tiempo de edentulismo parcial sin tratamiento hubo prevalencia en rango de hace 11 a 20 años con 36 % con DTM; con respecto a Kennedy la parte de arriba tuvo prevalencia en la clase III con 44 % y la parte de abajo en la clase II con 50 % con disfunción temporomandibular; en grado de disfunción temporomandibular se evidencio el leve con un 38 %. Además, se pudo ver que de acuerdo al tiempo que transcurre el edentulismo el grado de DTM se pone más severo, esto quiere decir que mientras el tiempo de edentulismo sea mayor pues será mucho más la severidad de la disfunción temporomandibular. Por medio de la estadística se afirmó que si existe una asociación significativa entre la variable tiempo de edentulismo parcial sin tratamiento con la disfunción de ATM, a nivel de la arcada superior y de la arcada inferior. Concluyendo, no se puede afirmar que exista estadísticamente una asociación significativa del edentulismo sin tratamiento y la disfunción del ATM en la población que se realizó la investigación.<sup>13</sup>

#### **1.4. Justificación**

El mal funcionamiento del ATM etiológicamente se da por muchos factores, no obstante, en nuestro país no hay muchos estudios que lleguen a investigar cual es el factor con mayor prevalencia para que se desarrolle esta patología.<sup>14</sup>

El presente estudio de investigación evaluó la relación que existe en cuanto al tipo de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy y el grado de disfunción temporomandibular de acuerdo al test de Helkimo, dicha investigación nos ayudará para la

obtención de un adecuado diagnóstico y de esta forma brindar el tratamiento más efectivo para el paciente a tratar.<sup>15</sup>

La información que se brindará será de mucha importancia para programas de rehabilitación oral en los individuos, ya que esto permitirá un correcto control de la disfunción temporomandibular en individuos edéntulos parciales, induciendo una percepción clínica y un análisis profundo en profesionales de la salud.<sup>16</sup>

Los descubrimientos encontrados en este estudio generó información que servirá como ayuda, consulta o referencia a otras investigaciones parecidas que puedan desarrollarse en el futuro o de otra forma brinden soluciones y variedad de alternativas a otros problemas colaterales.

De la misma forma serán beneficiarios primordialmente las personas que estén afectadas, ya que los diversos establecimientos de salud en nuestro país podrán ejecutar medidas terapéuticas y de prevención más efectivas.<sup>17</sup>

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la relación entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018.<sup>18</sup>

Para los problemas específicos se consideró:

Oe1: Conocer las características demográficas de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe2: Identificar la frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe3: Identificar la frecuencia de disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe4: Identificar la frecuencia de disfunción de ATM según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe5: Identificar la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe6: Identificar la frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe7: Identificar la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe8: Identificar la frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe9: Identificar la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

Oe10: Identificar la frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

### **Disfunción de ATM** (articulación temporomandibular)

La ATM (articulación temporomandibular) es una estructura que conecta la mandíbula con el cráneo y permite que puedas abrir y cerrar la boca, así como realizar movimientos de masticación y hablar. Cuando esta articulación no funciona correctamente, se habla de una disfunción de la ATM. Los chasquidos y la crepitación son dos síntomas comunes de una disfunción de la ATM. Aquí te explico más sobre estos síntomas:

1. Chasquidos o clics, son ruidos que se producen al abrir o cerrar la boca. Pueden ser audibles para ti o incluso para otras personas que estén cerca. Estos sonidos a menudo se deben a la dislocación momentánea del disco articular en la ATM. El disco es una estructura que amortigua y permite el deslizamiento suave de la mandíbula al abrir y cerrar la boca. Cuando el disco no está en su posición correcta, puede desplazarse y volver a su lugar, lo que produce un chasquido.
2. Crepitación, se refiere a un ruido de roce o crujido que puede sentirse o escucharse al mover la mandíbula. Este sonido a menudo se produce debido a la fricción entre las superficies articulares de la ATM. Puede estar relacionado con la degeneración de los tejidos en la articulación o la presencia de osteoartritis.

Las causas de la disfunción de la ATM pueden variar y pueden incluir factores como el estrés, el bruxismo (rechinar de dientes), traumatismos en la mandíbula, problemas en la alineación de los dientes, malos hábitos alimenticios y otros factores. Es importante destacar que no todos los chasquidos o crepitaciones en la ATM necesariamente requieren tratamiento. Muchas personas experimentan estos síntomas de manera ocasional sin mayores problemas.

Sin embargo, si experimentas dolor, limitación en la apertura de la boca, dolores de cabeza, o si los síntomas son persistentes o graves, es importante buscar la opinión de un profesional de la salud, como un dentista o un especialista en ATM. El tratamiento para la disfunción de la ATM puede incluir fisioterapia, ejercicios de fortalecimiento, el uso de

dispositivos de protección dental, medicamentos y, en casos más graves, cirugía. El tratamiento específico dependerá de la causa subyacente y la gravedad de los síntomas.

La disfunción de la ATM puede tener múltiples causas, que incluyen:

Estrés y tensión muscular, El estrés y la ansiedad pueden llevar al apretamiento involuntario de los músculos de la mandíbula, lo que a su vez puede causar problemas en la ATM.

Bruxismo, El hábito de rechinar los dientes, ya sea durante el día o durante el sueño, puede poner presión adicional en la ATM y causar problemas.

Problemas de alineación dental, Una mordida inadecuada o problemas en la alineación de los dientes pueden ejercer tensión en la ATM.

Lesiones, Traumatismos en la mandíbula, el cuello o la cabeza pueden desencadenar problemas en la ATM.

Artritis, Algunos tipos de artritis pueden afectar la articulación temporomandibular y causar dolor y disfunción.

El diagnóstico de la disfunción de la ATM involucra una evaluación detallada por parte de un profesional de la salud, que puede ser un dentista, un ortodoncista o un especialista en trastornos de la ATM. El tratamiento varía según la gravedad de los síntomas y puede incluir medidas conservadoras como cambios en la dieta, ejercicios de mandíbula, fisioterapia, férulas dentales, medicamentos y en casos más graves, cirugía.

### **Edentulismo parcial según Kennedy**

El término "edentulismo parcial" se refiere a la condición en la que una persona ha perdido algunos de sus dientes en una arcada dental (ya sea en la mandíbula o en el maxilar) pero aún conserva algunos dientes naturales. La clasificación de edentulismo parcial según Kennedy es un sistema utilizado en la odontología para categorizar y describir diferentes tipos de edentulismo parcial en función de la ubicación y distribución de los dientes faltantes y los dientes naturales restantes.

El sistema de clasificación de Kennedy, desarrollado por el Dr. Edward Kennedy en la década de 1920, se basa en letras y números para identificar los diferentes tipos de edentulismo parcial y proporciona una forma sistemática de comunicar y planificar el tratamiento protésico. La clasificación utiliza las letras A, B, C, D y E para representar las diferentes configuraciones de edentulismo parcial y los números 1, 2 y 3 para indicar la cantidad de dientes faltantes en cada configuración.

A continuación, se presenta un resumen de las categorías de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy:

- Clase I (Aparato de clase I): Edentulismo parcial bilateral en el que los dientes faltantes están ubicados en la parte posterior.
- Clase II (Aparato de clase II): Edentulismo parcial unilateral en el que los dientes faltantes están ubicados en la parte posterior.
- Clase III (Aparato de clase III): Edentulismo parcial unilateral en que los dientes faltantes están ubicados entre una brecha de piezas dentales presentes.
- Clase IV (Aparato de clase IV): Edentulismo parcial unilateral en el que los dientes faltantes están ubicados en la zona anterior.
- Clase V (Aparato de clase V): Edentulismo parcial unilateral en el que los dientes faltantes incluyen solo los dientes anteriores y posteriores, con algunos dientes naturales restantes en la parte posterior.

La clasificación de Kennedy es útil para los dentistas y protésicos dentales al planificar y diseñar prótesis parciales removibles para pacientes con edentulismo parcial. Cada clase de edentulismo parcial tiene implicaciones específicas para el diseño y la función de la prótesis, lo que permite una planificación más precisa y eficiente del tratamiento.

Donde el I capítulo nos brinda un preámbulo general. Realidad problemática, citando y comentando investigaciones recientemente realizadas (antecedentes) justificando la necesidad de realizar la investigación. Asimismo, se señalaron los objetivos o el propósito de la investigación.

En el capítulo segundo se encuentra la información relacionada a la estrategia metodológica que se tuvo en cuenta para el desarrollo de la investigación, respetando los parámetros con los que se conduce la universidad en materia científica investigativa.

Dando descripción del tipo, nivel y diseño utilizado, plasmando a la vez las características de la técnica e instrumentos utilizados para la recolección de los datos.

Procedimientos que fueron detallados en el capítulo en mención, hasta la obtención de la base de datos y los procedimientos para la obtención de los resultados acorde a los objetivos planteados.

Estos resultados son presentados en el capítulo III por medio de tablas y gráficos para una mejor comprensión de los datos resultantes, sumado además sus respectivas interpretaciones descriptivas. Logrando así presentar datos en torno a todos los objetivos planteados.

Teniendo estos en consideración para en el capítulo IV, realizar una discusión teórica, objetiva e interpretativa con datos de otros autores que estudiaron el mismo problema de investigación, por medio se llegó a definir ideas y conceptos más concretos.

Las conclusiones llegaron después de todo este proceso se manifiestan en el capítulo V, bajo los cuales se mencionó de manera oportuna las recomendaciones del capítulo VI, como aporte para la mejora continua en torno al tema investigado.

Las referencias tomadas en cuenta para la redacción y desarrollo de la investigación fueron registradas en el capítulo VII, acorde a la normativa de la universidad.

Finalizando en el capítulo VIII con la presentación de matrices, instrumentos y demás evidencias que nos guiaron al éxito del estudio.

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

#### 2.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básico, con un enfoque cuantitativo puesto que busca ofrecer una solución a un determinado problema, centrándose principalmente en conocer la realidad de la problemática con el fin de buscar una solución.<sup>19</sup>

#### 2.1.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, de tipo relacional, transversal y retrospectivo

### 2.2. Población y muestra

#### 2.2.1. Población de estudio

La población de la investigación estuvo conformada por todas las historias clínicas del área de rehabilitación oral registradas en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, durante el año 2018. La cual según datos de almacén de archivos consta de 114 historias clínicas.

#### 2.2.2. Muestra

Una muestra es un subgrupo de la población, digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. . Hernández et al. (2014)<sup>20</sup>

Asimismo, para la elaboración de la muestra se empleó la fórmula de población finita, refieren que

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

Dónde:

Tamaño poblacional: N = 114

Nivel de Confiabilidad: 95 % z = 1,96

Proporción de P: p = 0.5

Error de muestreo: e = 0.05

Tamaño de muestra: n = 89

### **2.2.3. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas legibles con datos correctamente consignados.
- Historias clínicas de pacientes con más de 4 dientes perdidos.
- Historias clínicas de rehabilitación parcial removible.

#### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas con borrones, correctoras o ilegibles.
- Historias clínicas de pacientes de rehabilitación fija.
- Historias clínicas de pacientes desdentados totales superior o inferior.

### **2.2.4. Muestreo**

El estudio tuvo un muestro probabilístico aleatorio de forma simple, se consideró el criterio de paridad, mismo que se consideró varones y mujeres tengan la misma posibilidad de ser parte de la muestra.

Así mismo con los criterios de inclusión y exclusión para evitar el margen de error.<sup>21</sup>

### **2.3. Técnicas**

La técnica que se utilizó para la investigación será la recolección documentaria, de historias clínicas del área de rehabilitación oral registradas en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, durante el año 2018.<sup>22</sup>

### **2.4. Instrumento**

Fichas de recolección de datos e instrumento de clasificación de Kennedy para identificar a los pacientes parcialmente edéntulo (anexo 01).

### **2.5. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación**

Se realizó la creación de la base de datos y tabulación de las mismas en el programa estadístico SPSS versión 25.<sup>23</sup>

Comenzando con la estadística, se realizó la respectiva medición de las pruebas descriptivas para conocer los porcentajes, medias y desviación estándar de la variable. Los gráficos de estos resultados fueron generados en el programa Microsoft Excel 2019.<sup>24</sup>

### III. RESULTADOS

#### Resultados según objetivos

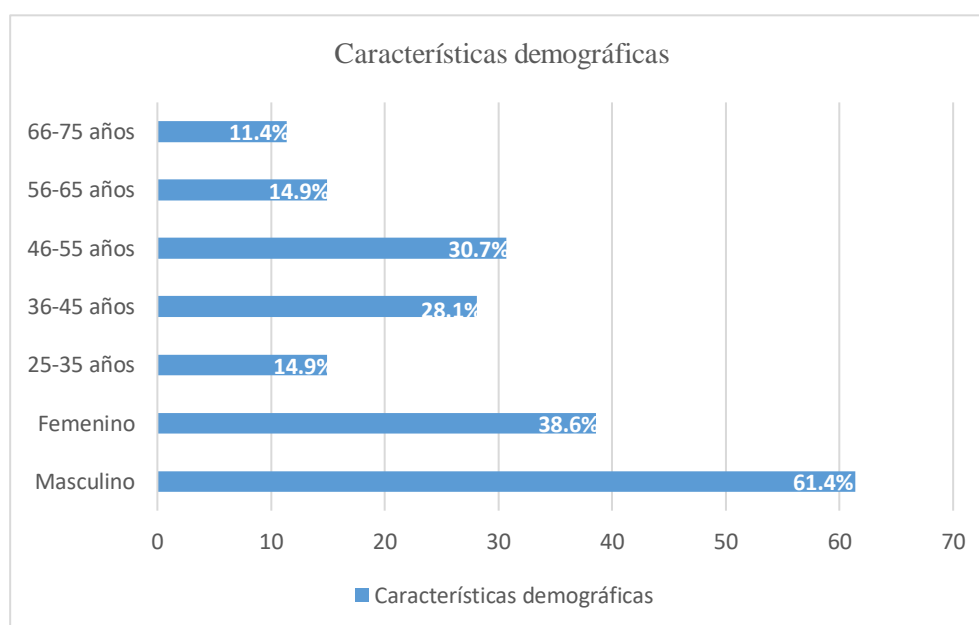
Tabla N° 01

#### Características demográficas de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018

|      |            | Frecuencia | Porcentaje |
|------|------------|------------|------------|
| Edad | 25-35 años | 17         | 14,9%      |
|      | 36-45 años | 32         | 28,1%      |
|      | 46-55 años | 35         | 30,7%      |
|      | 56-65 años | 17         | 14,9%      |
|      | 66-75 años | 13         | 11,4%      |
|      | Total      | 114        | 100,0%     |
| Sexo | Femenino   | 70         | 61,4%      |
|      | Masculino  | 44         | 38,6%      |
|      | Total      | 114        | 100,0%     |

Gráfico N° 01

#### Características demográficas de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** Dentro de las características demográficas de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología podemos observar que el 30,7% son pacientes de 46-55 años, el 28,1% son pacientes de 36-45 años, el 14,9% son pacientes de 25-35 años y de 56-65 años, seguido de 11,4% de pacientes de 66-75 años a más. Al mismo tiempo podemos observar que el 61,4% son del género femenino y el 38,6% son del género masculino.

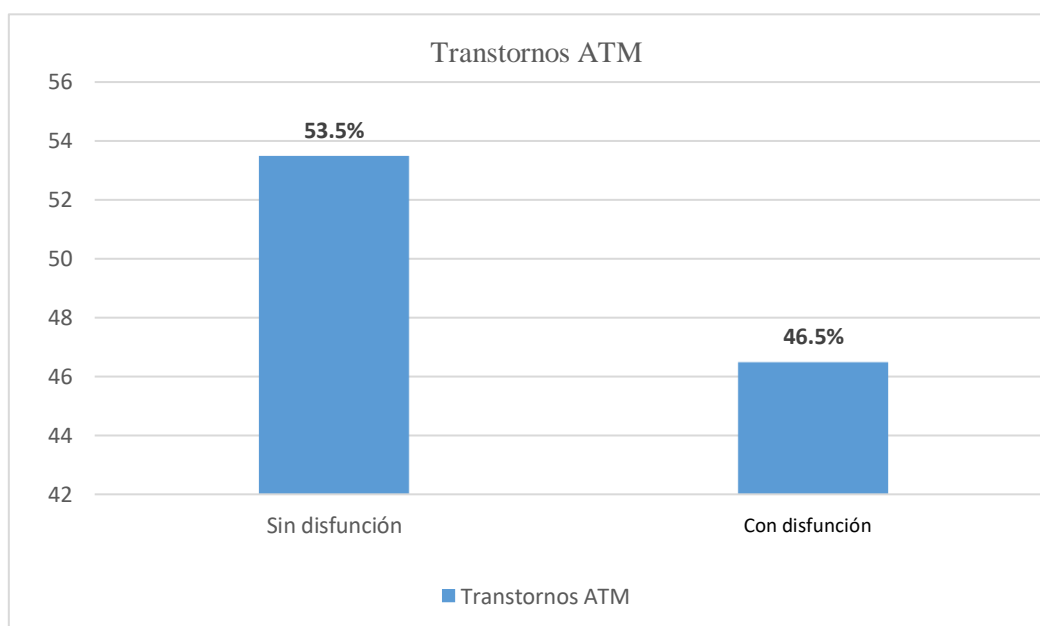
**Tabla N° 02**

**Frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|                | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| Sin Disfunción | 61         | 53,5%      |
| Con Disfunción | 53         | 46,5%      |
| Total          | 114        | 100,0%     |

**Gráfico N° 02**

**Frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**



**Interpretación:** Según los datos recopilados de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología el 53,5% presentaron sin disfunción, así mismo, se observa que el 46,5 % presentó disfunción.

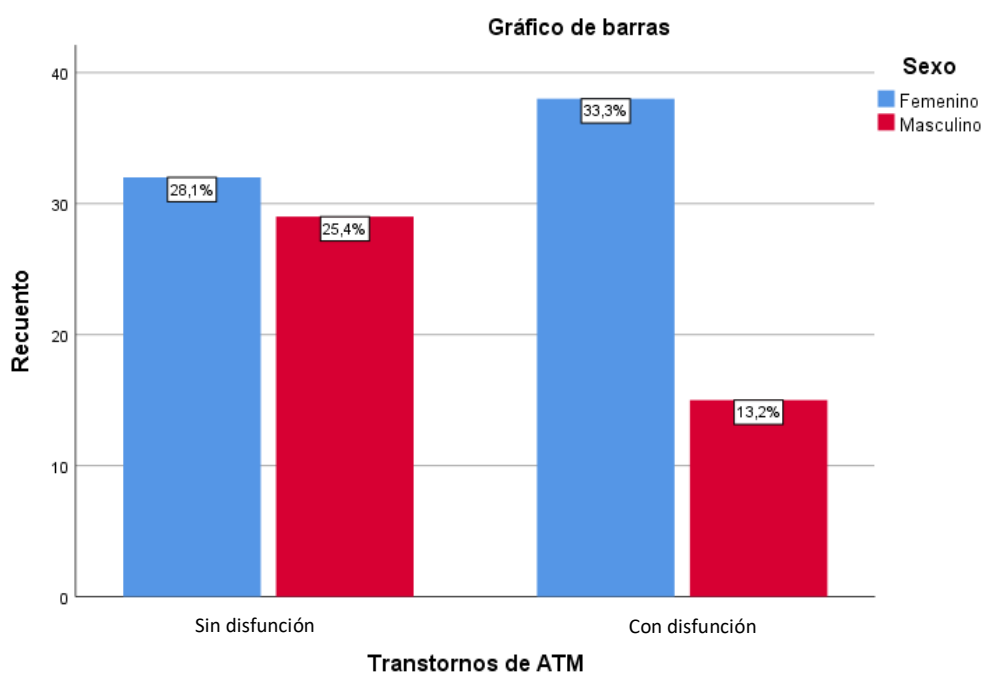
**Tabla N° 03**

**Frecuencia disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|                   |                |             | Sexo     |           | Total |
|-------------------|----------------|-------------|----------|-----------|-------|
|                   |                |             | Femenino | Masculino |       |
| Trastornos de ATM | Sin disfunción | Recuento    | 32       | 29        | 61    |
|                   |                | % del total | 28,1%    | 25,4%     | 53,5% |
|                   | Con Disfunción | Recuento    | 38       | 15        | 53    |
|                   |                | % del total | 33,3%    | 13,2%     | 46,5% |
| Total             | Recuento       | 70          | 44       | 114       |       |
|                   | % del total    | 61,4%       | 38,6%    | 100,0%    |       |

**Gráfico N° 03**

**Frecuencia disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**



**Interpretación:** La frecuencia de disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología en el género femenino es de 33,3% con disfunción y el 28,1% sin disfunción.

En la frecuencia disfunción de ATM según género masculino es de 13,2% con disfunción y el 25,4% sin disfunción.

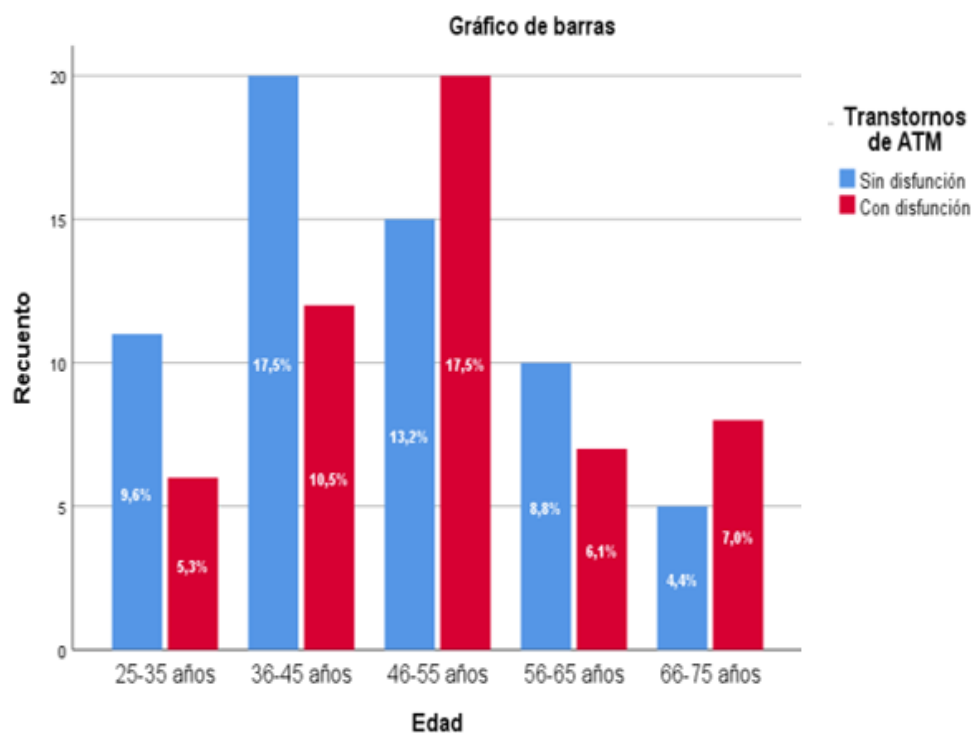
**Tabla N° 04**

**Frecuencia de disfunción de ATM según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

| Edad       |             | Trastornos de ATM |                | Total  |
|------------|-------------|-------------------|----------------|--------|
|            |             | Sin disfunción    | Con disfunción |        |
| 25-35 años | Recuento    | 11                | 6              | 17     |
|            | % del total | 9,6%              | 5,3%           | 14,9%  |
| 36-45 años | Recuento    | 20                | 12             | 32     |
|            | % del total | 17,5%             | 10,5%          | 28,1%  |
| 46-55 años | Recuento    | 15                | 20             | 35     |
|            | % del total | 13,2%             | 17,5%          | 30,7%  |
| 56-65 años | Recuento    | 10                | 7              | 17     |
|            | % del total | 8,8%              | 6,1%           | 14,9%  |
| 66-75 años | Recuento    | 5                 | 8              | 13     |
|            | % del total | 4,4%              | 7,0%           | 11,4%  |
| Total      | Recuento    | 61                | 53             | 114    |
|            | % del total | 53,5%             | 46,5%          | 100,0% |

Gráfico N° 04

Frecuencia de disfunción de ATM según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología la frecuencia de disfunción de ATM Sin disfunción es de 17,5% en los pacientes de 36-45 años, de 13,2% en los pacientes de 46-55 años y de 8,8% en los pacientes de 56-65 años. Así mismo, en la frecuencia con disfunción es de 17,5% en los pacientes de 46-55 años, de 10,5% en los pacientes de 36-45 años y de 6,1% en los pacientes de 56-65 años.

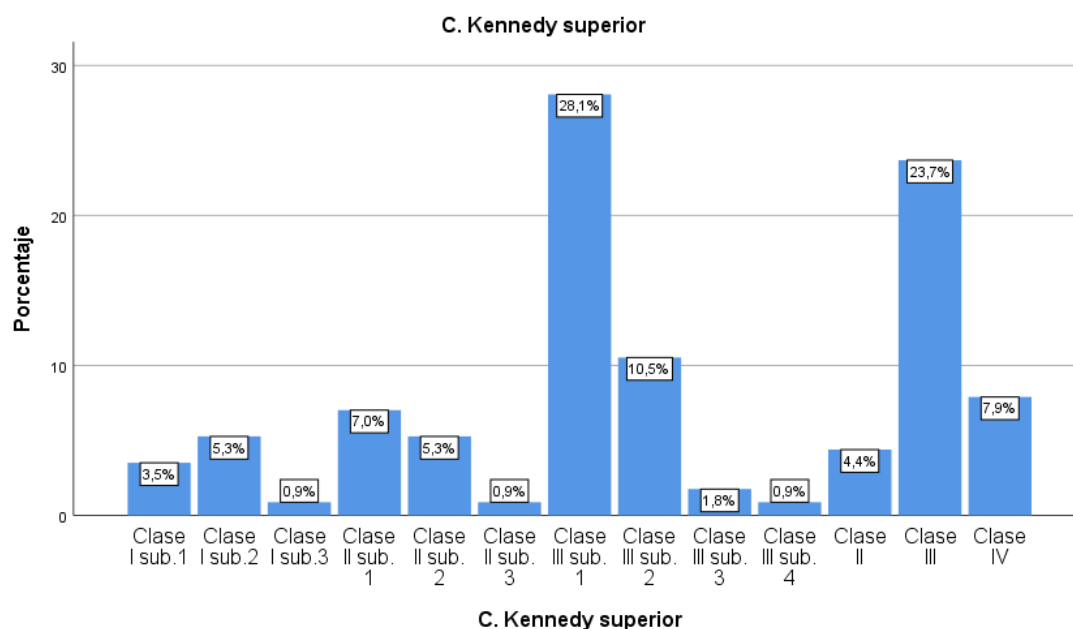
**Tabla N° 05**

**Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|        |                 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido |
|--------|-----------------|------------|------------|----------------------|
| Válido | Clase I sub.1   | 4          | 3,5%       | 3,5%                 |
|        | Clase I sub.2   | 6          | 5,3%       | 5,3%                 |
|        | Clase I sub.3   | 1          | 0,9%       | 0,9%                 |
|        | Clase II sub.1  | 8          | 7,0%       | 7,0%                 |
|        | Clase II sub.2  | 6          | 5,3%       | 5,3%                 |
|        | Clase II sub.3  | 1          | 0,9%       | 0,9%                 |
|        | Clase III sub.1 | 32         | 28,1%      | 28,1%                |
|        | Clase III sub.2 | 12         | 10,5%      | 10,5%                |
|        | Clase III sub.3 | 2          | 1,8%       | 1,8%                 |
|        | Clase III sub.4 | 1          | 0,9%       | 0,9%                 |
|        | Clase II        | 5          | 4,4%       | 4,4%                 |
|        | Clase III       | 27         | 23,7%      | 23,7%                |
|        | Clase IV        | 9          | 7,9%       | 7,9%                 |
|        | Total           | 114        | 100,0%     | 100,0%               |

Gráfico N° 05

Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología podemos observar que la mayor prevalencia de clase Kennedy maxilar superior es de 28,1% en la clase III sub.1, seguido de un 23,7% en la clase III y 10,5% en la clase III sub.2. Según los datos en los pacientes con edentulismo maxilar superior también se observa rangos menores en la clase I sub.3, clase II sub.3 y clase III sub.4 con 0,9%.

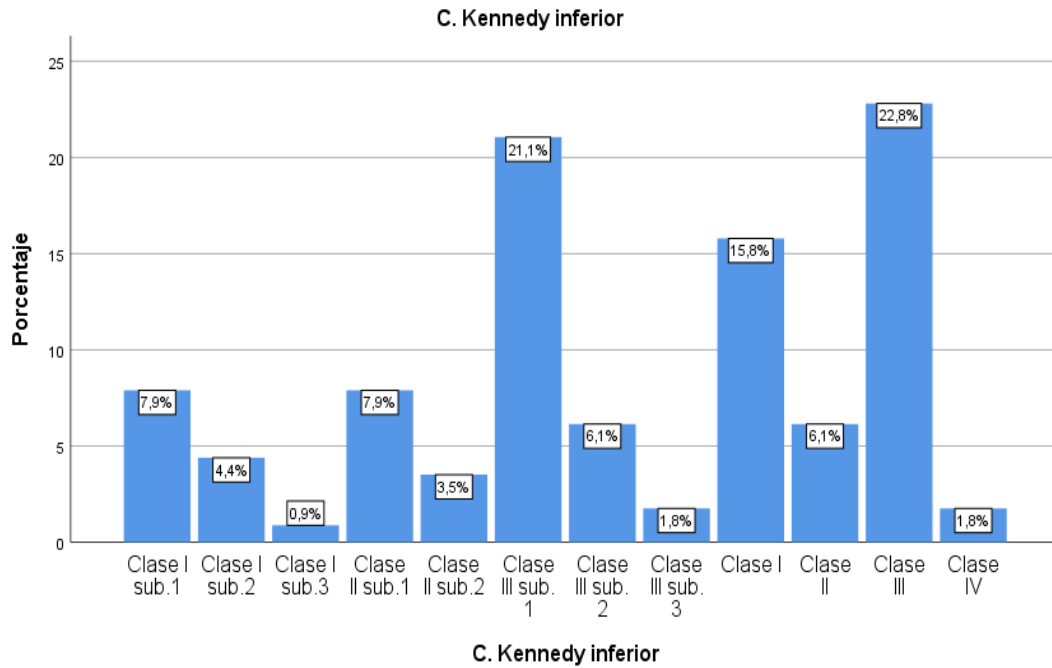
**Tabla N° 06**

**Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|        |                 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido |
|--------|-----------------|------------|------------|----------------------|
| Válido | Clase I sub.1   | 9          | 7,9%       | 7,9%                 |
|        | Clase I sub.2   | 5          | 4,4%       | 4,4%                 |
|        | Clase I sub.3   | 1          | 0,9%       | 0,9%                 |
|        | Clase II sub.1  | 9          | 7,9%       | 7,9%                 |
|        | Clase II sub.2  | 4          | 3,5%       | 3,5%                 |
|        | Clase III sub.1 | 24         | 21,1%      | 21,1%                |
|        | Clase III sub.2 | 7          | 6,1%       | 6,1%                 |
|        | Clase III sub.3 | 2          | 1,8%       | 1,8%                 |
|        | Clase I         | 18         | 15,8%      | 15,8%                |
|        | Clase II        | 7          | 6,1%       | 6,1%                 |
|        | Clase III       | 26         | 22,8%      | 22,8%                |
|        | Clase IV        | 2          | 1,8%       | 1,8%                 |
|        | Total           | 114        | 100,0%     | 100,0%               |

Gráfico N° 06

Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología se ha encontrado clasificación Kennedy en el maxilar inferior 22,8% en la clase III, 21,1% en la clase III sub.1 y un 15,8% en la clase I. Así mismo en la clasificación Kennedy en el maxilar inferior encontramos porcentajes menores en la clase I sub.1, 0,9%, en la clase III sub.3 y clase IV 1,8%.

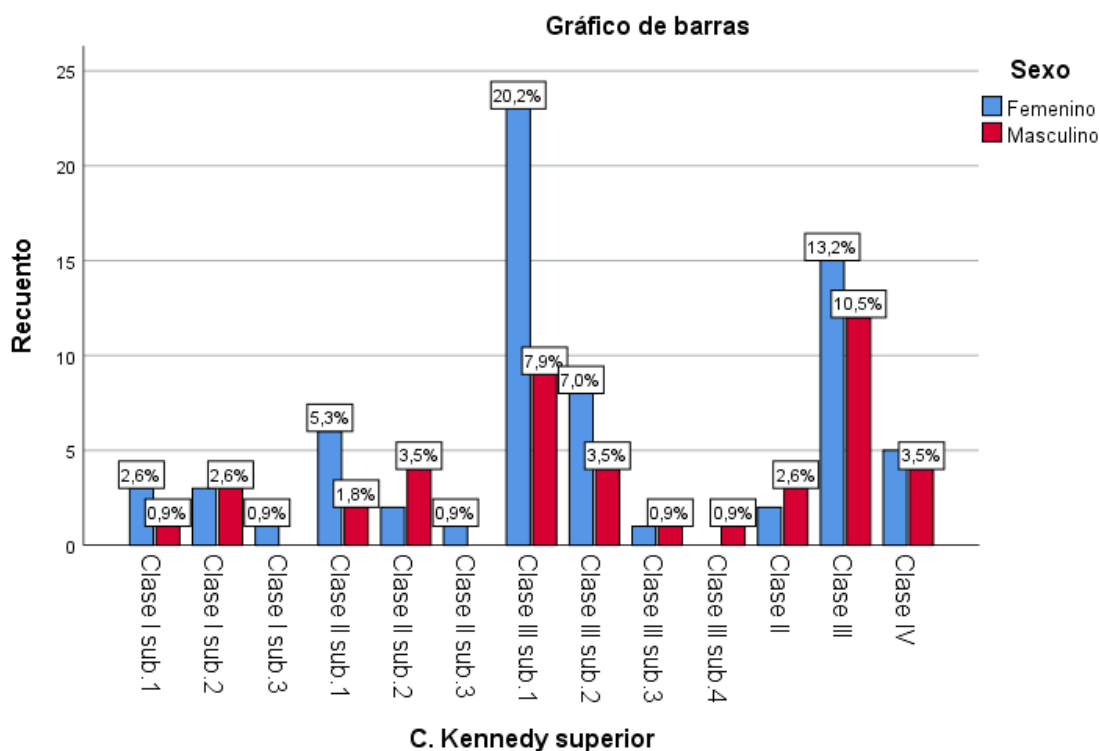
**Tabla N° 07**

**Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|                     |                 |             | Sexo     |           | Total |
|---------------------|-----------------|-------------|----------|-----------|-------|
|                     |                 |             | Femenino | Masculino |       |
| C. Kennedy superior | Clase I sub.1   | Recuento    | 3        | 1         | 4     |
|                     |                 | % del total | 2,6%     | 0,9%      | 3,5%  |
|                     | Clase I sub.2   | Recuento    | 3        | 3         | 6     |
|                     |                 | % del total | 2,6%     | 2,6%      | 5,3%  |
|                     | Clase I sub.3   | Recuento    | 1        | 0         | 1     |
|                     |                 | % del total | 0,9%     | 0,0%      | 0,9%  |
|                     | Clase II sub.1  | Recuento    | 6        | 2         | 8     |
|                     |                 | % del total | 5,3%     | 1,8%      | 7,0%  |
|                     | Clase II sub.2  | Recuento    | 2        | 4         | 6     |
|                     |                 | % del total | 1,8%     | 3,5%      | 5,3%  |
|                     | Clase II sub.3  | Recuento    | 1        | 0         | 1     |
|                     |                 | % del total | 0,9%     | 0,0%      | 0,9%  |
|                     | Clase III sub.1 | Recuento    | 23       | 9         | 32    |
|                     |                 | % del total | 20,2%    | 7,9%      | 28,1% |
|                     | Clase III sub.2 | Recuento    | 8        | 4         | 12    |
|                     |                 | % del total | 7,0%     | 3,5%      | 10,5% |
|                     | Clase III sub.3 | Recuento    | 1        | 1         | 2     |
|                     |                 | % del total | 0,9%     | 0,9%      | 1,8%  |
|                     | Clase III sub.4 | Recuento    | 0        | 1         | 1     |
|                     |                 | % del total | 0,0%     | 0,9%      | 0,9%  |
|                     | Clase II        | Recuento    | 2        | 3         | 5     |
|                     |                 | % del total | 1,8%     | 2,6%      | 4,4%  |
|                     | Clase III       | Recuento    | 15       | 12        | 27    |
|                     |                 | % del total | 13,2%    | 10,5%     | 23,7% |
| Clase IV            | Recuento        | 5           | 4        | 9         |       |
|                     | % del total     | 4,4%        | 3,5%     | 7,9%      |       |
| Total               | Recuento        | 70          | 44       | 114       |       |
|                     | % del total     | 61,4%       | 38,6%    | 100,0%    |       |

Gráfico N° 07

Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, en el género femenino se ha encontrado la clasificación Kennedy en el maxilar superior, mayor prevalencia en la clase III sub.1 con un 20,2%, en la clase III se ha encontrado un 13,2%, seguido de un 7,0% en la clase III sub.2.

En los pacientes masculinos se ha encontrado la clasificación Kennedy en el maxilar superior, mayor prevalencia en la clase III con un 10,5%, en la clase III sub.1 un 7,9% y un 3,5% de manera homogénea en la clase II sub.2, en la clase III sub.2 y en la clase IV.

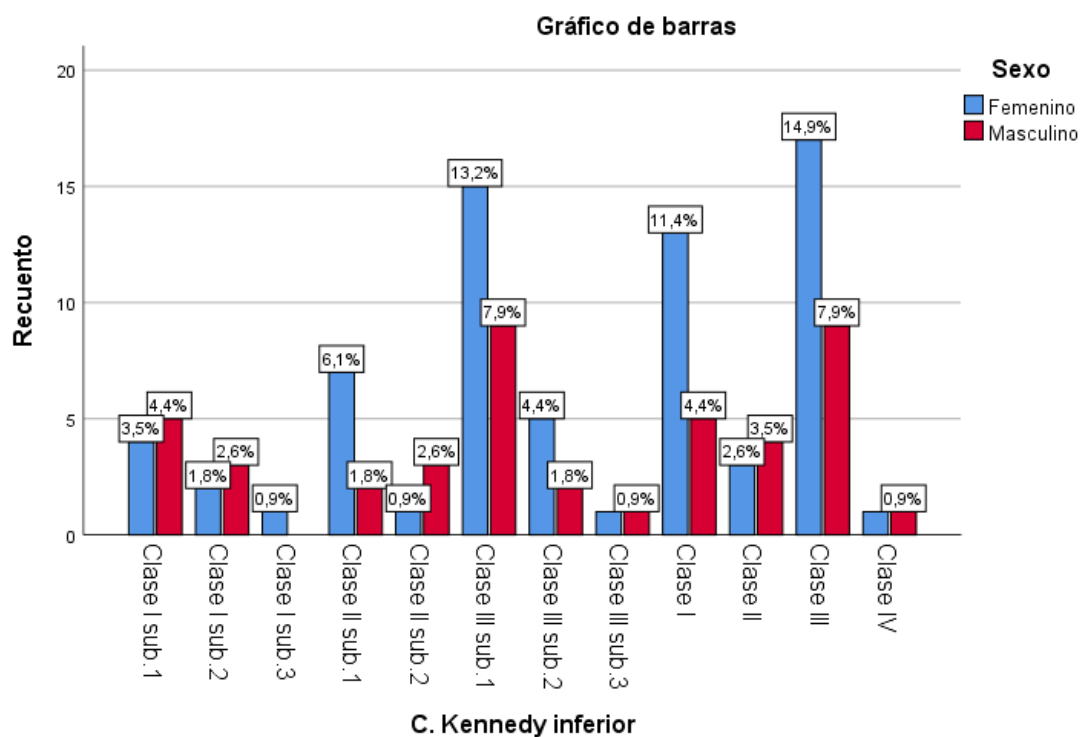
**Tabla N° 08**

**Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|                     |                 |             | Sexo     |           | Total |
|---------------------|-----------------|-------------|----------|-----------|-------|
|                     |                 |             | Femenino | Masculino |       |
| C. Kennedy inferior | Clase I sub.1   | Recuento    | 4        | 5         | 9     |
|                     |                 | % del total | 3,5%     | 4,4%      | 7,9%  |
|                     | Clase I sub.2   | Recuento    | 2        | 3         | 5     |
|                     |                 | % del total | 1,8%     | 2,6%      | 4,4%  |
|                     | Clase I sub.3   | Recuento    | 1        | 0         | 1     |
|                     |                 | % del total | 0,9%     | 0,0%      | 0,9%  |
|                     | Clase II sub.1  | Recuento    | 7        | 2         | 9     |
|                     |                 | % del total | 6,1%     | 1,8%      | 7,9%  |
|                     | Clase II sub.2  | Recuento    | 1        | 3         | 4     |
|                     |                 | % del total | 0,9%     | 2,6%      | 3,5%  |
|                     | Clase III sub.1 | Recuento    | 15       | 9         | 24    |
|                     |                 | % del total | 13,2%    | 7,9%      | 21,1% |
|                     | Clase III sub.2 | Recuento    | 5        | 2         | 7     |
|                     |                 | % del total | 4,4%     | 1,8%      | 6,1%  |
|                     | Clase III sub.3 | Recuento    | 1        | 1         | 2     |
|                     |                 | % del total | 0,9%     | 0,9%      | 1,8%  |
|                     | Clase I         | Recuento    | 13       | 5         | 18    |
|                     |                 | % del total | 11,4%    | 4,4%      | 15,8% |
|                     | Clase II        | Recuento    | 3        | 4         | 7     |
|                     |                 | % del total | 2,6%     | 3,5%      | 6,1%  |
| Clase III           | Recuento        | 17          | 9        | 26        |       |
|                     | % del total     | 14,9%       | 7,9%     | 22,8%     |       |
| Clase IV            | Recuento        | 1           | 1        | 2         |       |
|                     | % del total     | 0,9%        | 0,9%     | 1,8%      |       |
| Total               | Recuento        | 70          | 44       | 114       |       |
|                     | % del total     | 61,4%       | 38,6%    | 100,0%    |       |

Gráfico N° 08

Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, en el género femenino se ha encontrado la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, mayor prevalencia en la clase III con un 14,9%, en la clase III sub.1 encontramos un 13,2%, seguido de un 11,4% en la clase I.

En los pacientes masculinos se ha encontrado la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, un resultado homogéneo en la clase III y en la clase III sub.1 con un 7,9%, seguido con un resultado homogéneo de igual manera en la clase I y clase I sub.1 con un 4,4%.

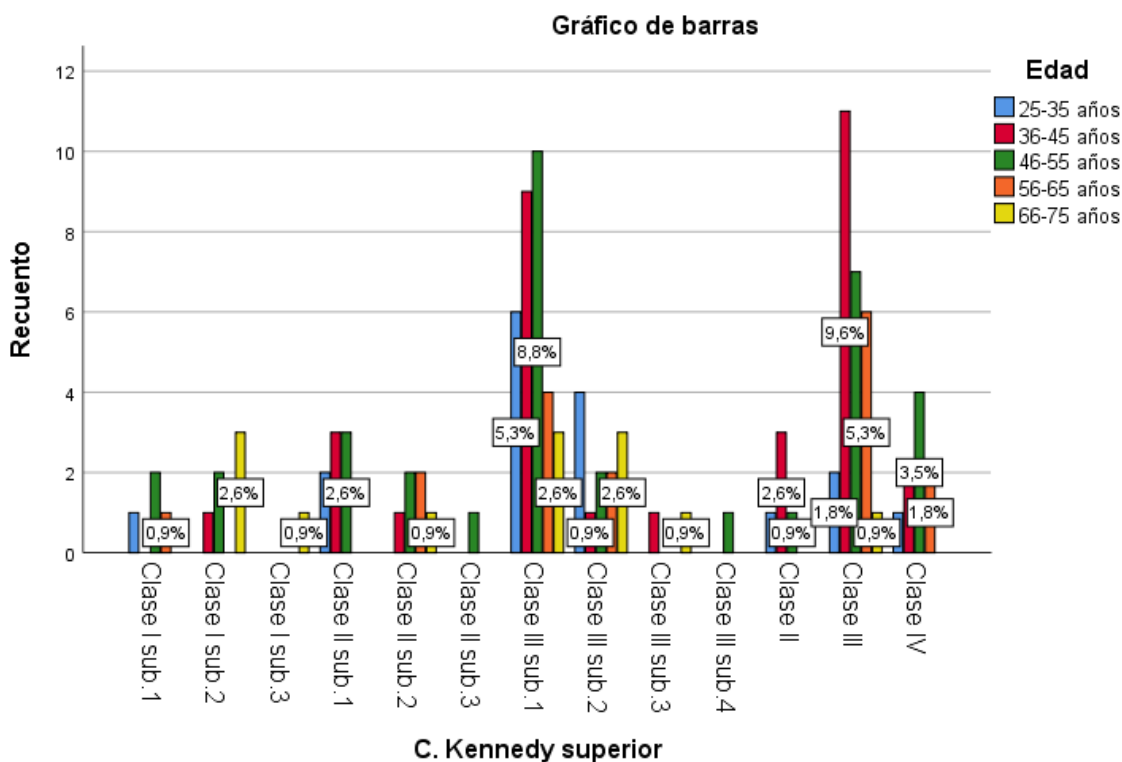
**Tabla N° 09**

**Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|                                |             |             | Edad en años |       |       |       |            | Total |
|--------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------|------------|-------|
|                                |             |             | 25-35        | 36-45 | 46-55 | 56-65 | 66-75      |       |
| C.<br>Kennedy<br>y<br>superior | Clase I     | Recuento    | 1            | 0     | 2     | 1     | 0          | 4     |
|                                | sub.1       | % del total | 0,9%         | 0,0%  | 1,8%  | 0,9%  | 0,0%       | 3,5%  |
|                                | Clase I     | Recuento    | 0            | 1     | 2     | 0     | 3          | 6     |
|                                | sub.2       | % del total | 0,0%         | 0,9%  | 1,8%  | 0,0%  | 2,6%       | 5,3%  |
|                                | Clase I     | Recuento    | 0            | 0     | 0     | 0     | 1          | 1     |
|                                | sub.3       | % del total | 0,0%         | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,9%       | 0,9%  |
|                                | Clase II    | Recuento    | 2            | 3     | 3     | 0     | 0          | 8     |
|                                | sub.1       | % del total | 1,8%         | 2,6%  | 2,6%  | 0,0%  | 0,0%       | 7,0%  |
|                                | Clase II    | Recuento    | 0            | 1     | 2     | 2     | 1          | 6     |
|                                | sub.2       | % del total | 0,0%         | 0,9%  | 1,8%  | 1,8%  | 0,9%       | 5,3%  |
|                                | Clase II    | Recuento    | 0            | 0     | 1     | 0     | 0          | 1     |
|                                | sub.3       | % del total | 0,0%         | 0,0%  | 0,9%  | 0,0%  | 0,0%       | 0,9%  |
|                                | Clase III   | Recuento    | 6            | 9     | 10    | 4     | 3          | 32    |
|                                | sub.1       | % del total | 5,3%         | 7,9%  | 8,8%  | 3,5%  | 2,6%       | 28,1% |
|                                | Clase III   | Recuento    | 4            | 1     | 2     | 2     | 3          | 12    |
|                                | sub.2       | % del total | 3,5%         | 0,9%  | 1,8%  | 1,8%  | 2,6%       | 10,5% |
|                                | Clase III   | Recuento    | 0            | 1     | 0     | 0     | 1          | 2     |
|                                | sub.3       | % del total | 0,0%         | 0,9%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,9%       | 1,8%  |
|                                | Clase III   | Recuento    | 0            | 0     | 1     | 0     | 0          | 1     |
|                                | sub.4       | % del total | 0,0%         | 0,0%  | 0,9%  | 0,0%  | 0,0%       | 0,9%  |
| Clase II                       | Recuento    | 1           | 3            | 1     | 0     | 0     | 5          |       |
|                                | % del total | 0,9%        | 2,6%         | 0,9%  | 0,0%  | 0,0%  | 4,4%       |       |
| Clase III                      | Recuento    | 2           | 11           | 7     | 6     | 1     | 27         |       |
|                                | % del total | 1,8%        | 9,6%         | 6,1%  | 5,3%  | 0,9%  | 23,7%      |       |
| Clase IV                       | Recuento    | 1           | 2            | 4     | 2     | 0     | 9          |       |
|                                | % del total | 0,9%        | 1,8%         | 3,5%  | 1,8%  | 0,0%  | 7,9%       |       |
| Total                          | Recuento    | 17          | 32           | 35    | 17    | 13    | 114        |       |
|                                | % del total | 14,9%       | 28,1%        | 30,7% | 14,9% | 11,4% | 100,0<br>% |       |

Gráfico N° 09

Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018



**Interpretación:** En el grupo etario de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología hemos encontrado mayor prevalencia en la clasificación Kennedy maxilar superior en la clase III sub.1 con un 5,3% en las personas de 25-35 años, seguido de un 3,2% en la clase III sub.2. En los pacientes de 36-45 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 9,6%, seguido de un 7,9% en la clase III sub.1.

En los pacientes de 46-55 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clasificación Kennedy maxilar superior en la clase III sub.1 con un 8,8%, seguido de un 6,1% en la clase III. En los pacientes de 56-65 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 5,3%, seguido de un 3,5% en la clase III sub.1.

En los pacientes de 66-75 años hemos encontrado un resultado homogéneo en la clasificación de Kennedy maxilar superior de 2,6% en la clase I sub.2, en la clase III sub. 1 y en la clase III sub.2.

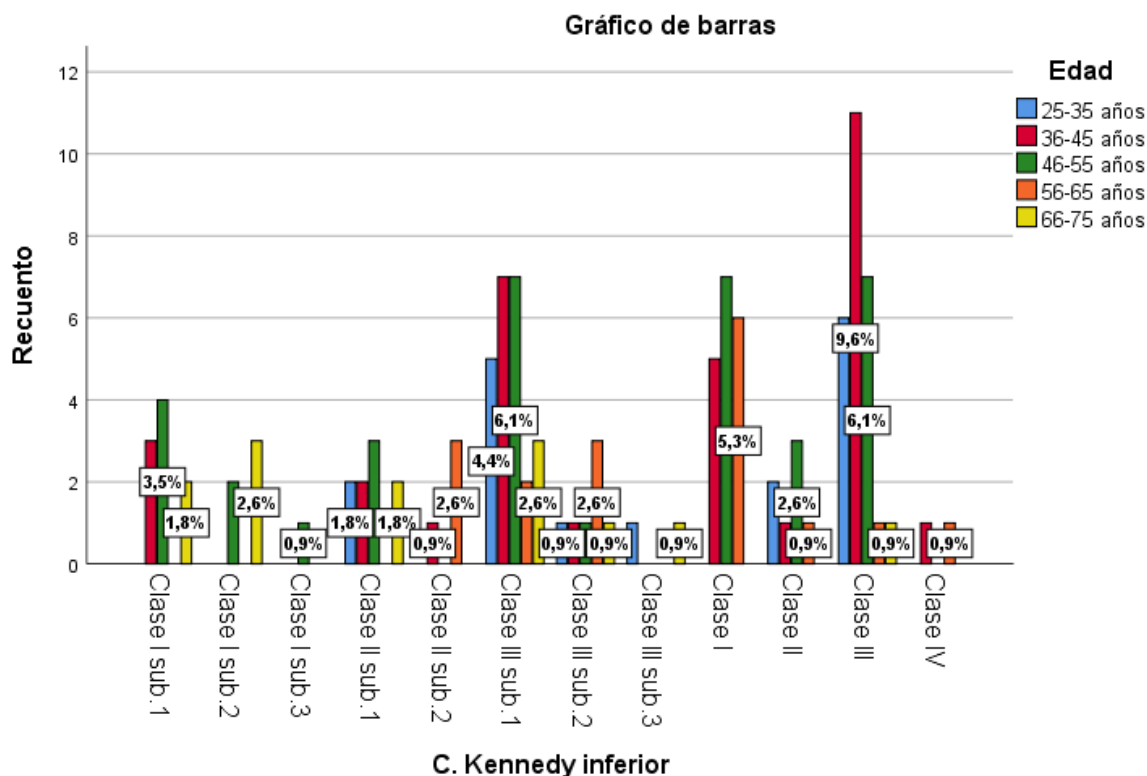
**Tabla N°10**

**Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**

|                           |             |             | Edad en años |       |       |       |            | Total |
|---------------------------|-------------|-------------|--------------|-------|-------|-------|------------|-------|
|                           |             |             | 25-35        | 36-45 | 46-55 | 56-65 | 66-75      |       |
| C.<br>Kennedy<br>inferior | Clase I     | Recuento    | 0            | 3     | 4     | 0     | 2          | 9     |
|                           | sub.1       | % del total | 0,0%         | 2,6%  | 3,5%  | 0,0%  | 1,8%       | 7,9%  |
|                           | Clase I     | Recuento    | 0            | 0     | 2     | 0     | 3          | 5     |
|                           | sub.2       | % del total | 0,0%         | 0,0%  | 1,8%  | 0,0%  | 2,6%       | 4,4%  |
|                           | Clase I     | Recuento    | 0            | 0     | 1     | 0     | 0          | 1     |
|                           | sub.3       | % del total | 0,0%         | 0,0%  | 0,9%  | 0,0%  | 0,0%       | 0,9%  |
|                           | Clase II    | Recuento    | 2            | 2     | 3     | 0     | 2          | 9     |
|                           | sub.1       | % del total | 1,8%         | 1,8%  | 2,6%  | 0,0%  | 1,8%       | 7,9%  |
|                           | Clase II    | Recuento    | 0            | 1     | 0     | 3     | 0          | 4     |
|                           | sub.2       | % del total | 0,0%         | 0,9%  | 0,0%  | 2,6%  | 0,0%       | 3,5%  |
|                           | Clase III   | Recuento    | 5            | 7     | 7     | 2     | 3          | 24    |
|                           | sub.1       | % del total | 4,4%         | 6,1%  | 6,1%  | 1,8%  | 2,6%       | 21,1% |
|                           | Clase III   | Recuento    | 1            | 1     | 1     | 3     | 1          | 7     |
|                           | sub.2       | % del total | 0,9%         | 0,9%  | 0,9%  | 2,6%  | 0,9%       | 6,1%  |
|                           | Clase III   | Recuento    | 1            | 0     | 0     | 0     | 1          | 2     |
|                           | sub.3       | % del total | 0,9%         | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,9%       | 1,8%  |
|                           | Clase I     | Recuento    | 0            | 5     | 7     | 6     | 0          | 18    |
|                           |             | % del total | 0,0%         | 4,4%  | 6,1%  | 5,3%  | 0,0%       | 15,8% |
|                           | Clase II    | Recuento    | 2            | 1     | 3     | 1     | 0          | 7     |
|                           |             | % del total | 1,8%         | 0,9%  | 2,6%  | 0,9%  | 0,0%       | 6,1%  |
| Clase III                 | Recuento    | 6           | 11           | 7     | 1     | 1     | 26         |       |
|                           | % del total | 5,3%        | 9,6%         | 6,1%  | 0,9%  | 0,9%  | 22,8%      |       |
| Clase IV                  | Recuento    | 0           | 1            | 0     | 1     | 0     | 2          |       |
|                           | % del total | 0,0%        | 0,9%         | 0,0%  | 0,9%  | 0,0%  | 1,8%       |       |
| Total                     | Recuento    | 17          | 32           | 35    | 17    | 13    | 114        |       |
|                           | % del total | 14,9%       | 28,1%        | 30,7% | 14,9% | 11,4% | 100,0<br>% |       |

**Gráfico N°10**

**Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según edad en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018**



**Interpretación:** En el grupo etario de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología hemos encontrado mayor prevalencia de clasificación Kennedy maxilar inferior en la clase III con un 5,3% en los pacientes de 25-35 años, seguido de un 4,4% en la clase III sub.1. En los pacientes de 36-45 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 9,6%, seguido de un 6,1% en la clase III sub.1.

En los pacientes de 46-55 años hemos encontrado un resultado homogéneo de 6,1% en la clase I, clase III y clase III sub.1. En los pacientes de 56-65 años hemos encontrado un 5,3% en la clase I, seguido de un resultado homogéneo de 2,6% en la clase II sub. 2 y la clase III sub.2.

En los pacientes de 66-75 años hemos encontrado un resultado homogéneo de 2,6% en la clase I sub.2 y la clase III sub.1.

**Tabla N° 11**

**Comprobación de hipótesis**

**Trastornos de ATM \* C. Kennedy superior**

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor                | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|----------------------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 22, 884 <sup>a</sup> | 24 | <b>,527</b>               |
| Razón de verosimilitud       | 25,538               | 24 | ,377                      |
| Asociación lineal por lineal | ,189                 | 24 | ,664                      |
| N de casos válidos           | 114                  |    |                           |

**Trastornos de ATM \* C. Kennedy inferior**

**Pruebas de chi-cuadrado**

|                              | Valor                | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|----------------------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson      | 22, 884 <sup>a</sup> | 24 | <b>,527</b>               |
| Razón de verosimilitud       | 25,538               | 24 | ,377                      |
| Asociación lineal por lineal | ,189                 | 1  | ,664                      |
| N de casos válidos           | 114                  |    |                           |

a. 32 casillas (82,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

**Resumen de prueba de hipótesis**

|   | Hipótesis nula  | Test                    | Sig.        | Decisión                  |
|---|---|-------------------------|-------------|---------------------------|
| 1 | Ho: No existe asociación significativa entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018. | Pruebas de chi-cuadrado | <b>,527</b> | Acepta la hipótesis nula. |

El nivel de significancia es .05

|    |                                    |  |
|----|------------------------------------|--|
| 1° | Hipótesis estadísticas             | <p>Hi: Existe asociación significativa entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018</p> <p>Ho: No existe asociación significativa entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018</p> |
| 2° | Nivel de significancia             | $\alpha = 0.05$  |
| 3° | Selección de estadístico de prueba | Pruebas de chi-cuadrado  |
| 4° | Lectura del p-valor                | <b>,527<sup>e</sup></b>  |
| 5° | Toma de decisiones                 | Se acepta la hipótesis nula: No existe asociación significativa entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018  |

#### IV. DISCUSIÓN

Dentro de las características demográficas de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología podemos observar que el 30,7% son pacientes de 46-55 años, el 28,1% son pacientes de 36-45 años resultados similares a lo hallado por Huber L. y López V. (2018)<sup>1</sup> México, en su investigación con una población etaria prevalente de 45 a 55 años con un 32.8% y de 35 a 44 años 31.2% a su vez.

En general, el proceso de pérdida de dientes suele aumentar con la edad. A medida que las personas envejecen, pueden enfrentar un mayor riesgo de pérdida de dientes debido a la acumulación de desgaste, enfermedades de las encías (como la periodontitis) y otras afecciones dentales. Sin embargo, el edentulismo no es inevitable y se puede prevenir o retrasar en muchos casos mediante una buena higiene oral, visitas regulares al dentista y la adopción de hábitos de vida saludables.

Al mismo tiempo se observa que el 61,4% son de género femenino y el 38,6% son de género masculino resultados semejantes a lo hallado por Mamani M. (2017)<sup>6</sup>, Lima en su investigación con respecto al sexo, el género femenino tuvo mayor incidencia de disfunción témporo-mandibular (DTM) con un 72 % en comparación al sexo masculino.

En general, existe mayor incidencia en el género femenino por distintos factores ya sea hormonales, diferencias anatómicas, biomecánicas, factores psicosociales y bruxismo en relación al edentulismo.

Según los datos recopilados de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología el 53,5% presentaron sin disfunción, así mismo, se observa que el 46,5 % presentó con disfunción.

En el contexto de edentulismo, la disfunción podría estar relacionada con los efectos de la falta de dientes naturales en la articulación temporomandibular (ATM), que es la articulación que conecta la mandíbula con el cráneo y permite los movimientos de la mandíbula, como abrir y cerrar la boca.

La frecuencia disfunción de ATM según género en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología en el género femenino es de 33,3% con disfunción y el 28.1% sin disfunción.

En la frecuencia disfunción de ATM según género masculino es de 13,2% con disfunción y el 25,4% sin disfunción. Resultado comparable por Mamani M. (2017)<sup>6</sup> Lima, el aumento de la frecuencia de disfunción de ATM según género masculino es de 15% con disfunción y el 26% sin disfunción. Por medio de la estadística inferencial prueba de Fisher se buscó contrastar que exista una asociación exacta con las variables de estudio (edentulismo parcial

sin tratamiento y disfunción de ATM), el estudio fue con una significancia de 95 %. En general, el edentulismo parcial sin tratamiento puede tener una serie de efectos negativos en la salud bucal y en la calidad de vida en general.

Es importante considerar opciones de tratamiento, como prótesis parciales, puentes dentales o implantes dentales, para abordar la pérdida de dientes y prevenir complicaciones a largo plazo.

Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología la frecuencia de disfunción de ATM, sin disfunción es de 17,5% en los pacientes de 36-45 años, de 13,2% en los pacientes de 46-55 años y de 8,8% en los pacientes de 56-65 años.

Así mismo, en la frecuencia con disfunción es de 17,5% en los pacientes de 46-55 años, de 10,5% en los pacientes de 36-45 años y de 6,1% en los pacientes de 56-65 años.

Resultados similares hallado por Sowmiya, L. (2018)<sup>2</sup> India, la frecuencia de disfunción de ATM en los pacientes 45- 55 años con disfunción es de 18,5%, en los pacientes de 35-47 años 12,5%, presentando un total de 52,2 % de sujetos y el 59 % de las pacientes mostraban disfunción.

En general, puede presentarse en personas adultas debido a una variedad de factores. Esta afección puede ser el resultado de una combinación de factores físicos, emocionales y ambientales.

Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología podemos observar que la mayor prevalencia de clase Kennedy maxilar superior es de 28,1% en la clase III sub.1, seguido de un 23,7% en la clase III y UN 10,5% en la clase III sub.2.

Así mismo los datos en los pacientes con edentulismo maxilar superior también se observa rangos menores en la clase I sub.3, clase II sub.3 y clase III sub.4 con 0.9%. Resultados diferenciados por Mamani M. (2017)<sup>6</sup>, Lima con respecto a Kennedy la parte de arriba tuvo prevalencia en la clase III con 44 % y la parte de abajo en la clase II con 50 % con disfunción temporomandibular; en grado de disfunción temporomandibular se evidencio el leve con un 38 %.

Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología se ha encontrado clasificación Kennedy en el maxilar inferior 22,8% en la clase III, 21,1% en la clase III sub.1 y un 15,8% en la clase I. Así mismo en la clasificación Kennedy en el maxilar inferior encontramos porcentajes menores en la clase I sub.1, 0.9%, en la clase III sub.3 y clase IV 1.8%.

Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, en el género femenino se ha encontrado la clasificación Kennedy en el maxilar superior, mayor

prevalencia en la clase III sub.1 con un 20.2%, en la clase III se ha encontrado un 13,2%, seguido de un 7,0% en la clase III sub.2.

En los pacientes masculinos se ha encontrado la clasificación Kennedy en el maxilar superior, mayor prevalencia en la clase III con un 10,5%, en la clase III sub.1 un 7,9% y un 3,5% de manera homogénea en la clase II sub.2, en la clase III sub.2 y en la clase IV.

Resultados equivalentes a lo hallado por Guardamino S. (2019)<sup>4</sup> Lima, prevalencia de Clase III 52.92%, clase II 41.2% y clase I 5.9%; sintomatología a la apertura 50.8%, al cierre bucal 49.1%; sintomatología a lado derecho 56.9%, de lado izquierdo 43.2%. En general, la mayor prevalencia de ciertas características en el maxilar superior en individuos masculinos puede deberse a una interacción compleja entre factores genéticos, hormonales, de desarrollo y ambientales.

Según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, en el género femenino se ha encontrado la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, mayor prevalencia en la clase III con un 14,9%, en la clase III sub.1 encontramos un 13,2%, seguido de un 11,4% en la clase I.

En los pacientes masculinos se ha encontrado la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, un resultado homogéneo en la clase III y en la clase III sub.1 con un 7,9%, seguido con un resultado homogéneo de igual manera en la clase I y clase I sub.1 con un 4,4%. Resultados similares por Vilca H. (2018)<sup>5</sup>, Lima. Según la clasificación de Kennedy para los hombres es la clase III (10 %); y en mujeres es la clase I (24 %). Conforme a la edad, la clase I y II de Kennedy se evidencia entre 50 y 60 años.

En el grupo etario de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología hemos encontrado mayor prevalencia en la clasificación Kennedy maxilar superior en la clase III sub.1 con un 5,3% en las personas de 25-35 años, seguido de un 3,2% en la clase III sub.2. En los pacientes de 36-45 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 9,6%, seguido de un 7,9% en la clase III sub.1.

En los pacientes de 46-55 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clasificación Kennedy maxilar superior en la clase III sub.1 con un 8,8%, seguido de un 6,1% en la clase III. En los pacientes de 56-65 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 5,3%, seguido de un 3,5% en la clase III sub.1.

En los pacientes de 66-75 años hemos encontrado un resultado homogéneo en la clasificación de Kennedy maxilar superior de 2,6% en la clase I sub.2, en la clase III sub. 1 y en la clase III sub.2.

En el grupo etario de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología hemos encontrado mayor prevalencia de clasificación Kennedy maxilar inferior en la clase III con un 5.3% en los pacientes de 25-35 años, seguido de un 4,4% en la clase III sub.1. En los pacientes de 36-45 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 9,6%, seguido de un 6,1% en la clase III sub.1.

En los pacientes de 46-55 años hemos encontrado un resultado homogéneo de 6,1% en la clase I, clase III y clase III sub.1. En los pacientes de 56-65 años hemos encontrado un 5,3% en la clase I, seguido de un resultado homogéneo de 2,6% en la clase II sub. 2 y la clase III sub.2.

En los pacientes de 66-75 años hemos encontrado un resultado homogéneo de 2,6% en la clase I sub.2 y la clase III sub.1.

Dato constatable como lo hallado por Vilca H. (2018)<sup>5</sup> Lima, habiendo mayor prevalencia de clasificación Kennedy maxilar inferior en la clase III con un 6.5% en los pacientes de 27-37 años, seguido de un 5,1 % en la clase III sub.1. En los pacientes de 37-47 años hemos encontrado mayor prevalencia en la clase III con un 9,5%, seguido de un 6% en la clase III sub.1.

Es por esto que bajo esta premisa se justifica la búsqueda de información actualizada y fiable, con el objetivo del estudio es estimar la prevalencia de trastornos de la articulación temporomandibular y sus signos entre pacientes parcialmente desdentados.

## V. CONCLUSIONES

1. No existe relación significativa entre la disfunción de ATM y el edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018
2. Las características socio-demográficas más prevalentes de los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología – UNICA 2018, fueron en edad de 46 - 55 años, prevaleciendo más el género femenino con 61.4%.
3. La frecuencia de disfunción de ATM (Articulación Témporo Mandibular) en los pacientes, tuvo mayor proporción los pacientes sin disfunción con 53.5%.
4. La frecuencia de disfunción de ATM (Articulación Témporo Mandibular), tuvo mayor prevalencia el género femenino con disfunción del 33.3%, y en el género masculino presentando menor porcentaje sin disfunción 25.4%.
5. La Frecuencia de edentulismo según la edad, se encontró mayor prevalencia en la clasificación Kennedy maxilar superior en los pacientes de 36-45 en la clase III.
6. La frecuencia de edentulismo maxilar superior en la clasificación Kennedy, según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, se observó con mayor prevalencia maxilar superior en la clase III sub.1
7. La frecuencia de edentulismo parcial inferior en la clasificación Kennedy según los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología se encontró con mayor prevalencia en el edentulismo parcial inferior en la clase III, sub.1.
8. La frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según género en los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, el género femenino se encontró maxilar superior con mayor prevalencia en la clase III sub.1, seguido en la clase III sub. 2. En los pacientes masculinos se encontró la clasificación Kennedy maxilar superior con mayor prevalencia en la clase III.
9. La frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy en los datos de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología, en el género femenino se encontró la clasificación de Kennedy maxilar inferior con mayor prevalencia en la clase III sub.1 seguido en la clase I. En los pacientes masculinos se encontró la clasificación de Kennedy en el maxilar inferior, un resultado homogéneo en la clase III y en la clase III sub.1.
10. La Frecuencia de edentulismo maxilar superior clasificación Kennedy según edad en el grupo etario de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología se

encontró con mayor prevalencia en la clasificación Kennedy maxilar superior en los pacientes de 36-45 años en la clase III.

11. La Frecuencia de edentulismo maxilar inferior clasificación Kennedy según edad

En el grupo etario de los pacientes de la clínica de la facultad de odontología se encontró con mayor prevalencia de clasificación Kennedy maxilar inferior en la clase III en los pacientes de 25-35 años. En los pacientes de 36-45 años se encontró mayor prevalencia en la clase III. En los pacientes de 46-55 años se encontró un resultado homogéneo en la clase I y clase III sub.1. En los pacientes de 56-65 años se encontró en la clase I. En los pacientes de 66-75 años se encontró un resultado homogéneo de en la clase I sub.2 y la clase III sub.1.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 1.** A pesar que el estudio concluye la no existencia de relación entre las disfunciones ATM y el edentulismo parcial según Kennedy, en la práctica clínica de la rehabilitación oral si se debe tener en cuenta las disfunciones del ATM a la hora de diseñar los aparatos protésicos.
- 2.** Se recomienda cumplir en todos los pacientes con los protocolos del examen estomatológico elemental, puesto que brindarán información importante para un correcto diagnóstico y su consecuente plan de tratamiento.
- 3.** Teniendo en cuenta la prevalencia de disfunción de ATM en las pacientes de género femenino, se debe prestar especial atención para un correcto tratamiento, ante manifestaciones o sintomatologías tempranas que se pueden manifestar a futuras patologías de la ATM.
- 4.** Generar programas de prevención en salud oral para evitar la pérdida temprana de las piezas dentarias y así disminuir los índices de pacientes con edentulismo a temprana edad.
- 5.** Evitar el tabaco y otros hábitos nocivos que pudieran derivar en futuros casos de edentulismo.
- 6.** Comprender las necesidades del paciente para tener una buena planificación del tratamiento y complementar con una buena educación sobre salud oral.
- 7.** Se recomienda al paciente edéntulo realizarse la rehabilitación para así evitar la migración dentaria y la reabsorción ósea

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farmacéutico E, Canal EF. Curso Deterioro cognitivo y demencias. Módulo 3. Tema 13. Revisión odontológica para la detección del deterioro cognitivo.
2. Gavilánez Carrera LP. Principales causas de exodoncia en pacientes adultos jóvenes entre los 34 y 44 años de edad que acuden al centro de salud Mocha, Tungurahua (Tesis de licenciatura).
3. Márquez Álvarez LA, Salazar Rojas IJ, Sevilla Obando AK. Percepción de calidad de vida de los pacientes edéntulos portadores de prótesis totales atendidos en las clínicas multidisciplinaria de la Facultad de Odontología de la UNAN-León año 2010 (Doctoral dissertation).
4. Salazar MJ, Parra J. Caries dental, enfermedad periodontal y conocimientos en higiene bucal post alta en pacientes ges embarazada de un centro de salud familiar de Chillán. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2018 Aug 24;22(1):41-50.
5. Ventura Mamani J. Disfunción temporomandibular y edentulismo total en pacientes de la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas Arequipa 2016.
6. Matabanchoy-Tulcán SM, Álvarez-Pabón KM, Riobamba-Jiménez OD. Efectos de la evaluación de desempeño en la calidad de vida laboral del trabajador: Revisión del tema entre 2008-2018. *Universidad y salud*. 2019 agosto; 21 (2): 176-87.
7. Novoa Aquino AF. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Establecimiento Penitenciario “Huancas”, Chachapoyas-2018.
8. Huber L, Vallejos MJ, RoqueII ÓR. Articular noise in patients rehabilitated with removable partial dentures. *Revista odontológica mexicana*. 2018 May 10;22(2):88-94.
9. Sowmiya L. Prevalence of temporomandibular joint disorders among partially edentulous patients (Doctoral dissertation, KSR Institute of Dental Science and Research, Tiruchengode).
10. Dallanora LM. The prevalence of temporomandibular disorder and chronicle pain in patients using full and partial prosthesis attended at unoesc clinics. *International Journal of Development Research*. 2019;9(08):29375-80.
11. Léa Maria Franceschi Dallanora et al. 2019. “The prevalence of temporomandibular disorder and chronicle pain in patients using full and partial prosthesis attended at

unoesc clinics”, International Journal of Development Research, 09, (08), 29375-29380. Disponible en: <https://bit.ly/3K65NOH>

12. Guardamino Santos, A. R. (2019). Asociación del tipo de edentulismo parcial con la presencia de dolor en la ATM en pacientes adultos atendidos en la Clínica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el ciclo 2017-I y II. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3965>
13. Vilca Huaytalla, L. S. (2018). Relación entre el tipo de edentulismo parcial y el grado de disfunción temporomandibular en pacientes que acuden a la clínica odontológica de la universidad Norbert Wiener en el año 2016. Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2785>
14. Mamani Medina, D. K. (2017). Relación entre Edentulismo parcial no tratado y disfunción Temporomandibular en pacientes adultos que asisten a la Clínica Docente Estomatológica del Adulto de la Universidad Alas Peruanas en el año 2017. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/1419>
15. Cuenca Castillo MM. Relación de la enfermedad periodontal con la disfunción de la ATM (Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
16. Vilca Huaytalla Ls. Relación Entre El Tipo De Edentulismo Parcial Y El Grado De Disfunción Temporomandibular En Pacientes Que Acuden A La Clínica Odontológica De La Universidad Norbert Wiener En El Año 2016.
17. Mariñas Castillo J. Grado de disfunción temporomandibular en pacientes edéntulos parciales, portadores y no portadores de prótesis parcial removible, atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2014.
18. García IA, Álvaro HS. Alternativas terapéuticas conservadoras en el síndrome de disfunción craneomandibular. Revista internacional de prótesis estomatológica. 2003;5(3):197-210.
19. Vilca Huaytalla Ls. Relación Entre El Tipo De Edentulismo Parcial Y El Grado De Disfunción Temporomandibular En Pacientes Que Acuden A La Clínica Odontológica De La Universidad Norbert Wiener En El Año 2016.
20. Esteban Nieto, N. (2018). Tipos de investigación. Disponible en: <http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>
21. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 2018 Dec.

22. Portilla, C., & Vilches, F. (2013). *La Práctica de Investigación en Psicología*. Arequipa, Peru: Neo Cromatika.
23. Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.
24. Castañeda MB. *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS: Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Edipucrs; 2010.
25. Martín Pérez AA. Modelo del proceso de formación estadística investigativa del docente universitario en el posgrado. *Gaceta Médica Espirituana*. 2016 Apr;18(1):64-75.

## VIII. ANEXOS

### 8.1. Instrumento de recolección de datos

#### FICHA DE EVALUACIÓN

##### I. Datos demográficos

N° de Ficha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

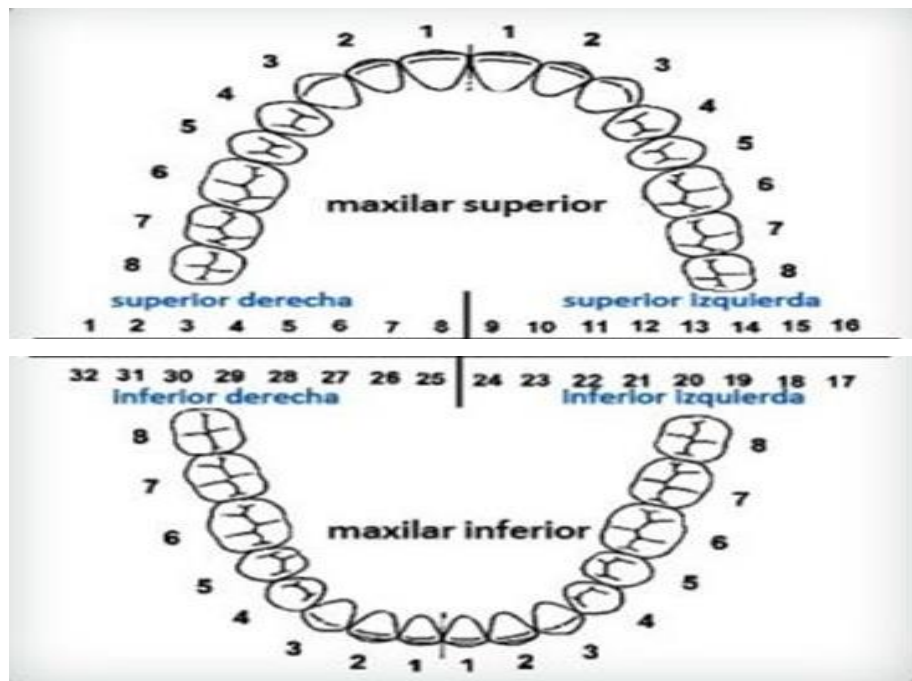
Edad: \_\_\_\_\_ años Género: \_\_\_\_\_

##### II. Trastornos de la Articulación Temporomandibular

- ( ) Sin disfunción
- ( ) Con disfunción

##### III. Edentulismo según clasificación de Kennedy

Clasificación de Kennedy, Arcada Superior: \_\_\_\_\_



Clasificación de Kennedy, Arcada Inferior: \_\_\_\_\_

### 8.1.1 Informe de Aprobación de Tesis

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Ica, 2 de Agosto de 2022

Señora:

**DRA. DIAZ NUÑEZ LILIANA**

Presidenta de la Comisión de Investigación de la Facultad de Odontología

Referencia: Oficio N°411-P/C.I.-F.O-UNSLG-22


Presente:

**De mi mayor consideración:**

Me es grato dirigirme a Ud., para hacer de su conocimiento que, habiéndose hecho la revisión del proyecto de tesis del Pregrado titulado: ***"Disfunción de ATM asociado a edentulismo parcial según Kennedy en los pacientes de la clínica de la facultad de Odontología – UNICA 2018"***; presentado por el Bach. QUINTANILLA ZELADA Yojhan Leonardo. Asesorado por mí persona.

No presenta ninguna observación; lo cual cumplo con informar, que dicho Proyecto de tesis, se encuentra listo para continuar con la evaluación de Anti plagio y los demás trámites correspondientes.

Atentamente:



**DR. CASTAÑEDA TERRONES ROBERTO**  
Profesor Principal D.E.

## 8.1.2. Resolución de Aprobación de proyecto



**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 273-D.F.O.-UNICA-2022**

Ica, 18 noviembre de 2022

### **VISTO**

El Oficio N° 709-P/C.I-FO-UNSLG-22 de la Presidenta del Comité de Investigación solicitando la Aprobación de Proyecto de Tesis del (a) egresado (a) QUINTANILLA ZELADA YOJHAN LEONARDO, oficio N°411-P/C.I-FO-UNSLG-22 de Dra. Liliana Díaz Núñez, designando al Asesor, carta S/N del Asesor y el Informe de Revisión Antiplagio,

### **CONSIDERANDO**

Que, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" es una Unidad Fundamental de Organización, cuya finalidad es la formación académica y profesional de los alumnos y está integrada por Docentes y Estudiantes, la misma que es autónoma en lo académico, administrativo, económico, de gobierno y normativo, dentro del marco previsto en el artículo 18° de la Constitución Política del Perú, artículo 8° de la Ley Universitaria 30220 y artículo 20° del Estatuto Universitario.

Que, mediante Resolución N° 046-CEU-UNICA-2017 el Comité Electoral Universitario de la UNICA, proclama a las autoridades universitarias docentes y estudiantes de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, elegidas el 1 de setiembre de 2017;

Que, con Resolución Rectoral N° 027-R-UNICA-2017 del 5 de Setiembre del 2017, se nombra al Dr. JUAN MARTIN MAYAUTE GHEZZI, como DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, por el periodo comprendido del 2 de setiembre de 2017 al 1 de setiembre de 2021;

Que mediante Resolución Rectoral N° 3513-R-UNICA-2022 de fecha 12 de agosto de 2022, se Resuelve Prorrogar el mandato de las autoridades e integrantes de los Órganos de Gobierno de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" hasta la fecha del registro de firmas por la SUNEDU de las nueva autoridades elegidas, que a continuación se detallan, por las razones expuestas en la parte considerativa de presente Resolución: a) (...), b) (...), c) (...), d) Los Decanos de las Facultades.

Que, mediante Resolución Rectoral N° 590-R-UNICA-2020 de fecha 26 de abril de 2020, se determina como medida preventiva en la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", de acuerdo al Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, Decreto Supremo N° 051-2020PCM, que los órganos de gobierno como: CONSEJO UNIVERSITARIO, CONSEJOS DE FACULTAD y CONSEJO DE ESCUELA DE POSGRADO, serán mediante videoconferencia, hasta que dure el Estado de Emergencia; siendo ratificada por unanimidad en Consejo Universitario de Sesión Extraordinaria de fecha 06 de abril de 2020, emitiéndose la Resolución Rectoral N° 600-R-UNICA-2020

Que, la Ley N° 30220, en su artículo 100. Derechos de los estudiantes, establece en el inc. 100.1 Recibir una formación académica de calidad que les otorgue conocimientos generales para el desempeño profesional y herramientas de investigación;

Que, el inciso 7.2) del artículo 7° del Estatuto Universitario, determina que es fin de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga". Formar profesionales de alta calidad de manera integral y con pleno sentido de responsabilidad social de acuerdo a las necesidades del país.

Que, mediante Oficio N° 709-P/C.I-FO-UNSLG-22 de fecha 17 de noviembre del 2022, de la Presidenta del Comité de Investigación solicitando la Aprobación de Proyecto de Tesis "DISFUNCION DE ATM ASOCIADO A EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA-UNICA 2018" Perteneciente al egresado (a) QUINTANILLA ZELADA YOJHAN LEONARDO, oficio N°411-P/C.I-FO-UNSLG-22 de Dra. Liliana Diaz Núñez, designando al Asesor Dr. Roberto Hermógenes Castañeda Terrones, carta S/N del Asesor Dr. Roberto Hermógenes Castañeda Terrones , que informa el resultado de antiplagio de calificativo APROBADO de fecha 17 de octubre de 2022 a hora 21.58 hrs y el Informe de Revisión Antiplagio,

Que, dando cumplimiento a las disposiciones vigentes establecidas en el Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesional, aprobado con R.R.N°048-R-UNICA-2021 de fecha 25-01-21, numeral 9, Artículo 32 determina, La aprobación del Proyecto deberá ser comunicada por el Asesor al Comité de Investigación, señalando la fecha y hora de su aprobación, esta aprobación deberá ser formalizada mediante Resolución Decanal (.....);y conforme a lo informado es procedente la emisión de la Resolución Decanal;

Estando a las facultades conferidas al Decano, en los Artículos 68° y 70° de la Nueva Ley Universitaria - Ley N° 30220; y Artículos 37° - 39°, numeral 39.1,39.2,39.3 ,39.4 y 39.5 del Estatuto de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga";

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- Aprobar,** el Proyecto de Tesis "DISFUNCION DE ATM ASOCIADO A EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN KENNEDY EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA-UNICA 2018" Perteneciente al egresado (a) QUINTANILLA ZELADA YOJHAN LEONARDO


Asesor Dr. Roberto Hermógenes Castañeda Terrones

**Artículo 2°.-TRANSCRIBIR** la presente Resolución a la Unidad de Investigación de la Facultad, a los Interesados y a las Instancias correspondientes para su conocimiento y fines.

Regístrese, comuníquese y Archívese

**Dr. JUAN MARTIN MAYAUTE GHEZZI**  
**DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA -**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"**

## 8.1.2. Solicitud de Constancia de Trabajo

  
**Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"**  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CLINICA ODONTOLOGICA  
Calle San Martín N° 275 Teléfono 620048  
ICA-PERU

**"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"** .

EL RESPONSABLE DEL AREA DE ESTADISTICA DE LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA ICA, DEJA EXPRESA:

# C O N S T A N C I A

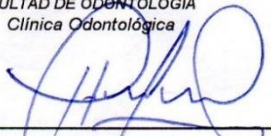

Que, Don **YOJHAN LEONARDO QUINTANILLA ZELADA**, Bachiller en Odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, identificado con DNI N° 74136936, ha culminado su trabajo de campo en el Área de Estadística de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología, para el desarrollo de su tesis, titulado **"DISFUNCION DE ATM ASOCIADO A EDENTULISMO PARCIAL SEGUN KENNEDY EN LOS PACIENTES DE LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA-UNICA-2018" ATENDIDOS EN LA CLINICA ODONTOLOGICA DE LA UNICA - 2018"**. Contando con el asesoramiento del Dr. Roberto Hermógenes Castañeda Terrones.

Se expide la presente Constancia, a solicitud del interesado para los fines correspondiente.

Firmado en la ciudad de Ica, a los tres días del mes de abril del año Dos Mil Veintitrés.

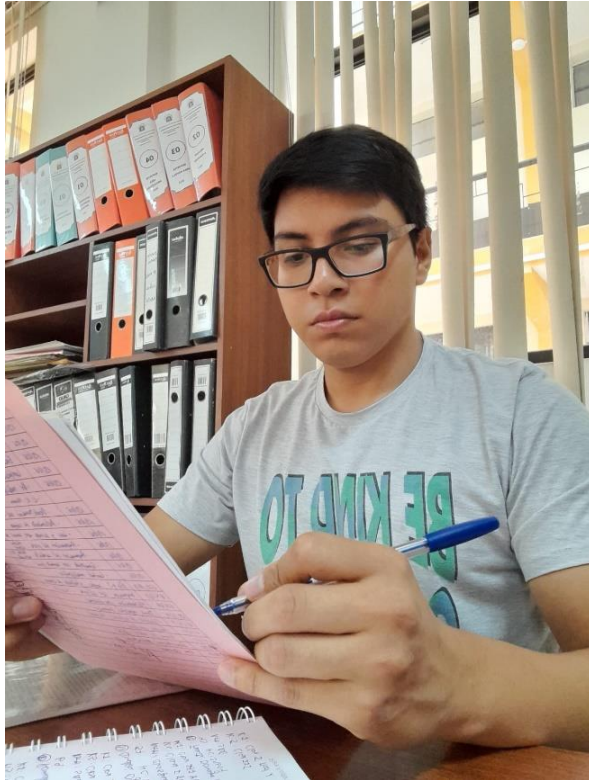
Atentamente,

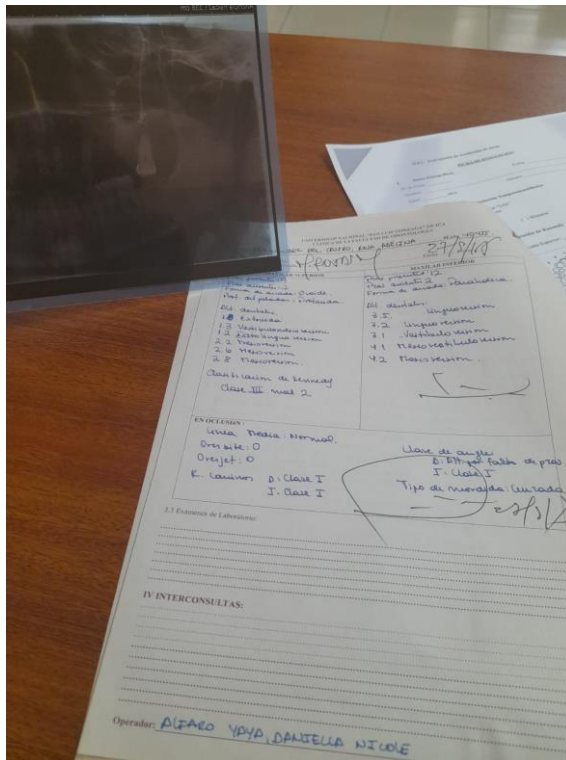
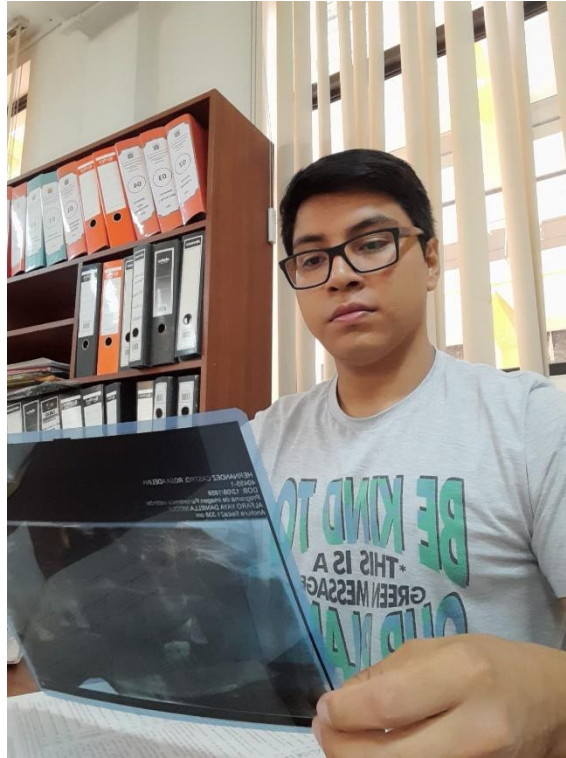
Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
Clínica Odontológica

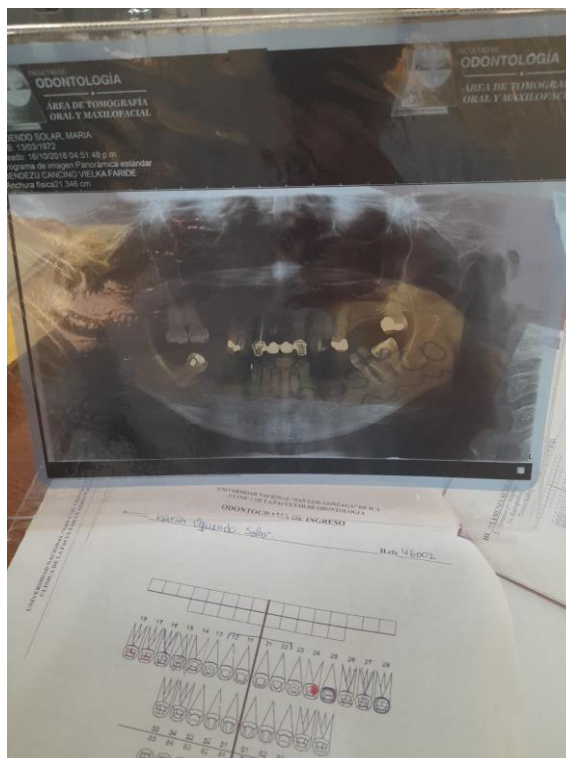
  


**FELIX GILBERTO HERNANDEZ SALAZAR**  
Responsable del Área de Estadística

### 8.1.3. Evidencias Fotográficas







### 8.1.4. Base de datos

|    | EDAD          | SEXO      | TRASTORNOS               | LADO       | KENNEDY_SUPERIOR | KENNEDY_INFERIOR |
|----|---------------|-----------|--------------------------|------------|------------------|------------------|
| 1  | 55-65 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase I          |
| 2  | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III        | Clase III sub.2  |
| 3  | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 4  | 46-55 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.4  | Clase III sub.1  |
| 5  | 25-35 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III        | Clase II         |
| 6  | 36-45 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II         | Clase III        |
| 7  | 66 años a ... | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase I sub.2    | Clase III sub.1  |
| 8  | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III        | Clase I sub.1    |
| 9  | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 10 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase IV         | Clase III        |
| 11 | 25-35 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase III        |
| 12 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase III        |
| 13 | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 14 | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 15 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III        | Clase I          |
| 16 | 66 años a ... | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 17 | 25-35 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase III sub.1  |
| 18 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III        | Clase III sub.1  |
| 19 | 46-55 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 20 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase III        |
| 21 | 36-45 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase II         | Clase III        |

|    | EDAD          | SEXO      | TRASTORNOS               | LADO       | KENNEDY_SUPERIOR | KENNEDY_INFERIOR |
|----|---------------|-----------|--------------------------|------------|------------------|------------------|
| 21 | 36-45 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase II         | Clase III        |
| 22 | 36-45 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase II         |
| 23 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II sub.1   | Clase I          |
| 24 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II sub.1   | Clase I sub.2    |
| 25 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II sub.3   | Clase III        |
| 26 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase IV         | Clase I          |
| 27 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.2  | Clase I          |
| 28 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III        | Clase IV         |
| 29 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III        | Clase III        |
| 30 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase I sub.2    | Clase I sub.1    |
| 31 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase II sub.2   |
| 32 | 55-65 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase I          |
| 33 | 55-65 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.2  |
| 34 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase II         |
| 35 | 66 años a ... | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.2  | Clase II sub.1   |
| 36 | 66 años a ... | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase II sub.2   | Clase I sub.1    |
| 37 | 46-55 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase II sub.2   | Clase II         |
| 38 | 46-55 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase IV         | Clase I          |
| 39 | 66 años a ... | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase III sub.3  |
| 40 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase I          |
| 41 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase II sub.1   | Clase III        |
| 42 | 55-65 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase IV         |
| 43 | 36-45 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase II sub.1   | Clase III sub.1  |
| 44 | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase II         |
| 45 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase III sub.1  |

|    | EDAD          | SEXO      | TRASTORNOS               | LADO       | KENNEDY_SUPERIOR | KENNEDY_INFERIOR |
|----|---------------|-----------|--------------------------|------------|------------------|------------------|
| 46 | 66 años a ... | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III        | Clase I sub.2    |
| 47 | 46-55 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase I sub.1    | Clase II sub.1   |
| 48 | 66 años a ... | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase III sub.1  |
| 49 | 55-65 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase II sub.2   |
| 50 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Creptación     | Bilateral  | Clase I sub.1    | Clase III        |
| 51 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.2  | Clase I          |
| 52 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase II sub.1   |
| 53 | 46-55 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase II sub.2   | Clase II sub.1   |
| 54 | 66 años a ... | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase II sub.1   |
| 55 | 46-55 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase I sub.2    |
| 56 | 46-55 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase II sub.1   |
| 57 | 55-65 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase IV         | Clase II sub.2   |
| 58 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase I sub.1    |
| 59 | 46-55 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase I sub.1    |
| 60 | 46-55 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 61 | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.2  |
| 62 | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 63 | 46-55 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase II         |
| 64 | 36-45 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III        | Clase III        |
| 65 | 36-45 años    | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase II         | Clase III sub.1  |
| 66 | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase III sub.3  |
| 67 | 46-55 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase I sub.2    | Clase I sub.3    |
| 68 | 25-35 años    | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Bilateral  | Clase II         | Clase III        |

|    | EDAD       | SEXO      | TRASTORNOS               | LADO       | KENNEDY_SUPERIOR | KENNEDY_INFERIOR |
|----|------------|-----------|--------------------------|------------|------------------|------------------|
| 68 | 25-35 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Bilateral  | Clase II         | Clase III        |
| 69 | 25-35 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase III sub.2  | Clase III        |
| 70 | 25-35 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 71 | 36-45 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase IV         | Clase I          |
| 72 | 36-45 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase II sub.1   | Clase III        |
| 73 | 36-45 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Bilateral  | Clase III sub.3  | Clase I          |
| 74 | 46-55 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase IV         | Clase III sub.1  |
| 75 | 36-45 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase III        | Clase III        |
| 76 | 46-55 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 77 | 36-45 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 78 | 25-35 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase IV         | Clase III sub.1  |
| 79 | 55-65 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III        | Clase III sub.1  |
| 80 | 55-65 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase I          |
| 81 | 55-65 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III sub.2  | Clase III sub.2  |
| 82 | 55-65 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase II         |
| 83 | 25-35 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Bilateral  | Clase II sub.1   | Clase III sub.1  |
| 84 | 36-45 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase III        | Clase I sub.1    |
| 85 | 55-65 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase IV         | Clase I          |
| 86 | 55-65 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 87 | 46-55 años | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase II         | Clase I          |
| 88 | 55-65 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase III sub.1  |
| 89 | 46-55 años | Masculino | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase IV         | Clase III        |
| 90 | 55-65 años | Femenino  | Chasquido/Creptación     | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase I          |

|     | EDAD          | SEXO      | TRASTORNOS               | LADO       | KENNEDY_SUPERIOR | KENNEDY_INFERIOR |
|-----|---------------|-----------|--------------------------|------------|------------------|------------------|
| 90  | 55-65 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase I          |
| 91  | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III        | Clase III        |
| 92  | 25-35 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Bilateral  | Clase II sub.1   | Clase II sub.1   |
| 93  | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase I sub.2    | Clase I sub.1    |
| 94  | 66 años a ... | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.3  | Clase III sub.2  |
| 95  | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II sub.2   | Clase I          |
| 96  | 66 años a ... | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 97  | 55-65 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II sub.2   | Clase II sub.2   |
| 98  | 36-45 años    | Femenino  | Sin alteración eviden... | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase I sub.1    |
| 99  | 55-65 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase I sub.1    | Clase III sub.2  |
| 100 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III        | Clase III        |
| 101 | 55-65 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase II sub.2   | Clase I          |
| 102 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase II sub.1   |
| 103 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III        | Clase III sub.1  |
| 104 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 105 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 106 | 66 años a ... | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase I sub.2    | Clase I sub.2    |
| 107 | 66 años a ... | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase I sub.2    | Clase I sub.1    |
| 108 | 66 años a ... | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase I sub.3    | Clase I sub.2    |
| 109 | 36-45 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III sub.2  |
| 110 | 25-35 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III sub.1  | Clase III        |
| 111 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase III sub.1  | Clase III sub.1  |
| 112 | 46-55 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Bilateral  | Clase III        | Clase III        |
| 113 | 25-35 años    | Femenino  | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase I sub.1    | Clase II sub.1   |
| 114 | 46-55 años    | Masculino | Chasquido/Crepitación    | Unilateral | Clase II sub.1   | Clase I          |