



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de  
18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA

**Autor:**

Quispe Mamani Ana Mariela (ORCID: 0000-0001-8229-6092)

**Asesor:**

Mg. Ruiz Cisneros Catherin Angélica (ORCID: 0000-0002-0978-3465)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2022

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a Dios quien me ayuda en cada momento de mi vida, ilumina mis pasos, y a mis padres quienes me ayudan, me cuidan, quienes han estado a lo largo de mi vida fortaleciendo mis valores.

## **Agradecimiento**

Agradezco a mis padres por brindarme los recursos para mi educación, para mi salud, quienes están conmigo en los momentos difíciles, también agradezco a los profesionales quienes me están guiando para realizar mi investigación.

## Índice de contenidos

Caratula	
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de abreviaturas .....	vi
Resumen .....	vii
Abstract .....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	16
3.2. Variables y operacionalización .....	16
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	17
3.5. Procedimientos .....	18
3.6. Método de análisis de datos .....	20
3.7. Aspectos éticos.....	20
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN .....	32
VI. CONCLUSIONES .....	38
VII. RECOMENDACIONES .....	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS	
ANEXO 1: MATRIZ DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	
ANEXO 2: FÓRMULA PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DE MUESTRA	
ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	
ANEXO 5: CARTA DE PRESENTACIÓN	
ANEXO 6: CARTA DE ACEPTACIÓN	
ANEXO 7: DECLARACIÓN JURADA	
ANEXO 8: IMÁGENES	
ANEXO 9: CONSTANCIA	
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS LLENADA	
ANEXO 11: MATRIZ DE CONSISTENCIA	

## Índice de tablas

Tabla N° 1 Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	22
Tabla N°2 Ubicación de edentulismo parcial en la arcada según la clasificación de Kennedy en un Centro de Salud publico, Juliaca, 2019 al 2021.....	23
Tabla N° 3 Prevalencia de edentulismo parcial según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	24
Tabla N°4 Prevalencia de edentulismo parcial según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	25
Tabla N°5 Edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	26
Tabla N° 6 Edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	27
Tabla N° 7 Edentulismo parcial de acuerdo a la Clasificación de Kennedy según el grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	28
Tabla N° 8 Edentulismo parcial de acuerdo a la Clasificación de Kennedy según sexo en un Centro de alud público, Juliaca, 2019 al 2021 .....	30

## Índice de abreviaturas

DIAS	Datos del software de archivo de información dental.
IFLS	Encuesta de vida familiar de Indonesia.
EGOHID	Proyecto Europeo de Desarrollo de Indicadores Globales de Salud Oral.
GERDA	Base de Datos Regional Gerontológica.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PPR	Prótesis parcial removible.
ACP	Escuela Americana de Prostodoncia.
SARS COV2	Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2
MINSA	Ministerio de Salud.

## Resumen

El objetivo general fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021; el tipo de la investigación fue básica, tuvo un diseño no experimental, transversal; retrospectivo. Se realizó una investigación con 299 historias clínicas de los años 2019 a 2021. En el estudio se incluyeron hombres y mujeres mayores de 18 años que asistieron al centro de salud en la ciudad de Juliaca, como resultados la prevalencia de edentulismo parcial fue de 65.2%; la ubicación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue en ambas arcadas, en el maxilar las clases I, II, III y IV, fue de 7%, 12%, 24% y 2%, respectivamente, igualmente en la mandíbula las clases I, II, III y IV, fue de 9.7%, 14.4%, 29.1% y 1%, respectivamente; la prevalencia de edentulismo parcial según grupo etario fue mayor en 30 a 59 años con 76%, se encontró relación significativa con un valor de  $p=0.000$ ; la prevalencia de edentulismo parcial en el sexo femenino fue 62.9% y en el sexo masculino fue 75.9%. Se concluye que la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años fue elevada.

**PALABRAS CLAVE:** Prevalencia, arcada parcialmente edéntula, maxilar, mandibular.

## **Abstract**

The general objective was to determine the prevalence of partial edentulism in patients over 18 years of age in a public health center, Juliaca, 2019 to 2021; the type of research was basic, it had a non-experimental, cross-sectional design; retrospective. An investigation was carried out with 299 medical records from the years 2019 to 2021. Men and women over 18 years of age who attended the health center in the city of Juliaca were included in the study. As a result, the prevalence of partial edentulism was 65.2%; the location of partial edentulism according to the Kennedy classification was in both arches, in the maxilla classes I, II, III and IV, it was 7%, 12%, 24% and 2%, respectively, also in the mandible classes I, II, III and IV, was 9.7%, 14.4%, 29.1% and 1%, respectively; the prevalence of partial edentulism according to age group was higher in 30 to 59 years with 76%, a significant relationship was found with a value of  $p=0.000$ ; the prevalence of partial edentulism in females was 62.9% and in males it was 75.9%. It is concluded that the prevalence of partial edentulism in patients older than 18 years was high.

**KEY WORDS:** Prevalence, edentulous, partially edentulous arch, maxillary, mandibular.



## I. INTRODUCCIÓN

El déficit de un buen estado bucal ha ocasionado un problema en la población; provocando enfermedades bucales, las cuales conllevan un periodo de tiempo, si no son detectadas en una etapa temprana estas pueden llegar a dar origen al edentulismo parcial, el cual puede ocasionar trastornos en la salud integral de las personas; a nivel internacional se encontró un gran número de pacientes edéntulos en países en vías de desarrollo, podemos encontrar evidencia en la India, México, en estos países se encontró una prevalencia de mediana a alta, como también en algunos países llamados primer mundistas, en estos la población no presenta el suficiente monto monetario preciso para el tratamiento, uno de los grandes retos para los odontólogos es la conservación en boca de una cantidad superior de piezas dentarias durante un considerable tiempo. <sup>1-5</sup>

A pesar de algunos programas orientados hacia la prevención no están creando conciencia en la población ya que sigue teniendo una alta prevalencia alrededor del mundo, debido a que los pacientes no están prestando mucho interés en su salud bucal, la mayoría de veces ellos llegan a consulta cuando ya ha una afección que no les deja continuar normalmente su vida. También podemos encontrar que las personas optan por extraerse los dientes debido a que algunos no cuentan con el dinero suficiente para realizarse un tratamiento endodóntico, un tratamiento protético fijo en una o más determinadas piezas dentarias. <sup>2,4</sup>

En el Perú entre los años 2012 a 2016 se ejecutó un programa llamado “Vuelve a sonreír” el cual estaba orientado hacia la población más vulnerable del país, los beneficiados fueron los adultos, quienes no cuentan con los recursos, este programa actualmente no está vigente. <sup>6</sup>

En la actualidad se encuentra vigente otro programa llamado “Perú sonrío” este programa está dirigido a los adultos mayores en un periodo de tiempo de 2019 a 2022, tiene los mismos propósitos que el anterior programa; el cual no tiene suficiente acogida, el cual no se ejecuta en su totalidad debido a la falta de conocimiento del personal de salud, como también a la inversión monetaria que necesita el programa. <sup>7</sup>

En la actualidad se conocen muchas clasificaciones para el edentulismo parcial, los cuales se registran según cada autor. En la investigación se utilizará una de las clasificaciones más conocida, manejable y práctica utilizada en los estudios de investigación.<sup>8</sup>

Como formulación de problema se tiene la siguiente interrogante ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un centro de salud en Juliaca, 2019 al 2021?

El presente estudio tiene justificación teórica basado en investigaciones anteriores, contribuirá con el conocimiento existente, servirá como referencia para próximos estudios en la ciudad de Juliaca, ya que no existe estudios previos sobre la prevalencia de edentulismo parcial, con esta investigación retrospectiva se podrá ver si presenta prevalencia o no, de los pacientes atendidos en el centro de salud, mayores de 18 años. También presenta justificación metodológica debido a que se empleará la historia clínica de la cual se obtendrá los datos primordiales para la investigación, la historia clínica como unidad de análisis también fue empleada en otros estudios ya que demuestra ser un documento legal y confiable.

Como objetivo general se planteó, determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, en los objetivos específicos se planteó los siguientes, determinar la ubicación del edentulismo en la arcada según la clasificación de Kennedy en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar la prevalencia de edentulismo parcial según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar la prevalencia de edentulismo parcial según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la

clasificación de Kennedy según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

Escudero E. et al.<sup>9</sup> 2020, Bolivia, ellos tuvieron como objetivo determinar una prevalencia del edentulismo parcial en la ciudad de Sucre en una población de 15 a 85 años. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, prospectivo. Ellos observaron clínicamente a 735 individuos de ambos sexos. Como resultados tuvieron un 95.1% de prevalencia de edentulismo, 66.8% de edentulismo parcial, predominó en el rango de 15 a 24 años y en el sexo femenino, con mayor abundancia en mujeres y rango de 15 a 24 años, también hubo mayor predominio en su ubicación en ambos maxilares, en el sexo femenino, en el rango de 15 a 24 años, según dispuso Kennedy, sobresalió la clase tres con 39.7% continuó la clase uno con 52.2%, clase dos con 13.6%, clase cuatro con 2.6% en las clases cinco y seis con 0.1%. Predominó la clase tres con el grupo etario de 15 a 24 años con 28.0%, en cuanto a su posición predominó en la mandíbula con 38% mayor que la clase tres en la maxila con 26.1%, en ambos destacó el sexo femenino en el rango de 15 a 24 años, llegaron a concluir que destacó la clase tres mandibular en el rango de edad 15 a 24 años, afectó más a mujeres, como también fue más frecuente en ambos maxilares sobresaliendo en el rango de 25 a 29 años en mujeres. Los pacientes parcialmente desdentados estudiados presentaron un porcentaje reducido de rehabilitación y un alto porcentaje de pacientes desdentados no rehabilitados.

Theenathayalan M. et al.<sup>10</sup> 2020, India, tuvieron como objetivo la determinación de prevalencia de dentulismo, edentulismo parcial y edentulismo completo en un Hospital Odontológico Privado. Se realizó un estudio retrospectivo establecido por la Universidad entre sujetos de edentulismo parcial. Un total de 2065 participaron en el estudio, entre los cuales 1008 eran dentados y 665 eran parcialmente desdentados. Se revisaron los datos de 86.000 registros de pacientes entre el 01 de junio del 2019 y al 31 de marzo 2020 según la disponibilidad de datos del software de archivo de información dental (DIAS). Otro examinador realizó exámenes orales y fotografías intraorales verificadas. La recopilación de datos se tabuló en el Microsoft Excel que se importó al software SPSS versión 20. De 665 pacientes parcialmente desdentados, 366

(55.04%) eran varones y 299 (44.4%), de toda la población de estudio casi el 22.11% de los hombres eran parcialmente desdentados, el 14.11% de las mujeres eran parcialmente desdentados. Hubo una tasa de prevalencia en parcialmente desdentados tanto en la maxila 332 (49.92%) como la mandíbula 333 (50.08%). La clase tres tuvo 334 (50.23%) fue seguida por la clase dos tuvo 124 (18.65%), la clase uno tuvo 104 (15.64%) y la clase cuatro tuvo 103 (15.49%). Ellos concluyeron que los pacientes parcialmente desdentados entre los hombres y las mujeres eran parcialmente desdentados en la edad superior a 60 años y superior a 50 años respectivamente. Del mismo modo la clase tres fue la más común según la disposición de Kennedy y más común en la edad superior a los 40 años con más predilección en los hombres, también fue más predominante en la mandíbula. Además, deben tomarse las medidas necesarias para proporcionar educación sobre salud dental, rehabilitación y tratamiento preventivo en todas las zonas urbanas y rurales.

Patiño M. et al<sup>11</sup> 2019, México, ellos valoraron la prevalencia de edentulismo y dentición funcional, tomaron como población todo aquel que fue a una atención dental en una universidad de Chiapas. Este estudio fue de corte transversal, prospectivo, tuvo una población de 441 entre 60 y 89 años. Se utilizó un cuestionario y examen clínico, para la recolección de datos, estos se analizaron con la prueba de Chi<sup>2</sup> (tuvo un nivel de significancia de  $p \leq 0.05$ ). Como consecuencia tuvieron el promedio de edad fue de  $68.9 \pm 7.13$  años, la prevalencia de edentulismo fue de 25.6%, predominó en el sexo femenino (69.4%), entre los individuos de mayor edad ( $p=0.000$ ) y se redujo el edentulismo según su grado de instrucción ( $p<0.001$ ). Ellos concluyeron que el edentulismo y la pérdida dentaria son fenómenos complejos.

Pengpid S. et al<sup>12</sup> 2018, Indonesia, tuvieron como objetivo investigar la prevalencia del edentulismo y los factores asociados entre los adultos mayores en Indonesia, el método de estudio examina la prevalencia autoinformada del edentulismo y las causas afiliadas entre los adultos mayores (50 años o más) en un estudio nacional transversal que utilizó una encuesta acerca de la vida familiar de Indonesia (IFLS-5), 2014/15. El estudio basado en la comunidad utiliza un diseño de muestreo estratificado de múltiples etapas para entrevistar y evaluar a los miembros del hogar. Como resultados tuvieron la prevalencia

general de edentulismo fue de 7.2, 29.8% en 80 años y más y 11.8% en aquellos sin educación formal. El edentulismo se asoció con la discapacidad funcional. Tuvieron como conclusión que en ambos sexos y en edades avanzadas presentan discapacidad funcional. Los factores asociados identificados del edentulismo pueden utilizarse en programas de salud bucal dirigidos a adultos mayores en Indonesia.

Bobu L. et al<sup>13</sup> 2018, Rumania, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de la edentación entre los adultos jóvenes en Iasi, Rumania, este estudio tuvo un total de 285 estudiantes universitarios de Iasi, entre las edades de los 22 y 26 años. Se utilizó el Sistema de Proyecto Europeo de Desarrollo de Indicadores Globales de Salud Oral (EGOHID), para evaluar el estado de salud bucal. Los datos fueron analizados por sexo, nivel socioeconómico y comportamientos de salud bucal utilizando SPSS 15.0 ( $p < 0,05$ ). Como resultados, de los 285 sujetos, el 46,7% tenía edentación parcial. Tuvieron como conclusiones que el predominio de la pérdida de dentaria demuestra la necesidad de programas preventivos para controlar la caries dental y brindar educación para la salud bucal.

Olofsson H. et al<sup>14</sup> 2017, Suecia-Finlandia, tuvieron como objetivos estudiar el edentulismo y el uso de servicios dentales en una muestra poblacional de personas de 65 años o más del norte de Suecia y el oeste de Finlandia. Utilizaron como métodos en 2010, se invitó a personas de 65, 70, 75 y 80 años que vivían en uno de los 32 municipios del norte de Suecia y el oeste de Finlandia a responder un cuestionario como parte del estudio Gerontological Regional Database (GERDA) (norte = 6099). El cuestionario contenía ítems relacionados con el nivel socioeconómico, la salud general y el edentulismo. Tuvieron como resultados, la prevalencia del edentulismo fue del 34,9% en Finlandia, en comparación con el 20,6% en Suecia ( $p < 0,001$ ), 31,9% en zonas rurales, frente a 20,9% en zonas urbanas ( $p < 0,001$ ) y el 25% en total. La prevalencia de edentulismo aumentó de 17,8% en 65 años, 23,8% en 70 años, 33,5% en 75 años y 37,3% en 80 años ( $p < 0,001$ ), y fue del 23,8% en las mujeres, en comparación con el 27% en los hombres ( $p < 0,001$ ). Tuvieron como conclusiones que una cuarta parte de la muestra total era edéntula, con una mayor prevalencia de edentulismo en Finlandia que en Suecia y en las

zonas rurales que en las urbanas. Estos hallazgos podrían usarse para informar las medidas preventivas e identificar a las personas de 65 años o más que necesitan atención bucal.

Fernández M. et al<sup>15</sup> 2016, México, ellos determinaron la prevalencia y distribución del edentulismo. Estuvo conformado por una población de 656 seleccionados de manera aleatoria a los que asistieron a la atención odontológica en una universidad de México, en el grupo etario de 35 años y más, fue descriptiva, transversal y prospectivo, se evaluó mediante un cuestionario y examen clínico estandarizado en el diagnóstico, la variable dependiente fue el edentulismo. Se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup>, ellos obtuvieron como consecuencia, con un promedio de edad que fue de  $49,06 \pm 10,33$ . Los sujetos fueron principalmente del sexo femenino (63,3%), tuvo predominio de desdentados 15,7% (IC 95%: 12,9-18,5); entre las féminas fue de 17,6% y en los varones de 12,5% ( $p = 0,081$ ). El edentulismo predominó entre las personas de más edad ( $p < 0,001$ ). En un estudio para los grupos de edad índice de la OMS, se obtuvo un predominio de edentulismo de 5,8% para las personas de 35 a 44 años ( $n = 258$ ), mientras que para las personas de 65 a 74 años fue de 62,3% ( $n = 53$ ). Ellos concluyeron en que se observó a un predominio de edentulismo de 15,7% (IC 95%: 12,9-18,5), diferencia del predominio por la edad.

Vadavadagi S. et al<sup>16</sup> 2015, India tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables sociodemográficas y el edentulismo parcial, y evaluar la prevalencia de diversas clases de edentulismo parcial utilizando la disposición de Kennedy. Fue descriptivo, transversal en una institución, la selección de los individuos fue al azar los cuales asistieron durante el Febrero-Abril de 2015, tuvo como población a 384 individuos, entre el rango de edad de 18 a 35 años, los datos se recopilaron mediante una proforma preformada y se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> para explorar la relación entre dos variables. Ellos tuvieron como consecuencia que 204 (53,12%) eran hombres y 180 (46,88%) eran mujeres. Hubo 288 sujetos parcialmente edéntulos el cual mostro una tasa de prevalencia del 75%. La clase III fue la más usual de edentulismo parcial en ambos maxilares. Tuvieron como conclusión que predomino el edentulismo parcial en

la población fue alta, necesitan proyectos de información enfocados en salud bucal para incrementar la conciencia y disminuir el peligro de pérdida dentaria.

Gutierrez V et al<sup>17</sup> 2015, Perú, determinaron la frecuencia de edentulismo y la necesidad de tratamiento protésico en pobladores adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal en un distrito de Lima. Fue transversal, descriptivo, observacional, prospectivo. Tuvo a 1350 sujetos como población y una muestra de 168 sujetos, tuvieron como instrumento una ficha de recolección de datos, que se estructuró a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. Tuvieron como consecuencia que la frecuencia de edentulismo en la población fue de 121 (72%), el rango de edad más usual fue de 32 a 40 años de edad (76,8%) y se encontró en el edentulismo parcial el predominio de la clase tres para la maxila con 5,3% y para la mandíbula con un 14,9%, que se encontró en el rango más usual de 18 a 31 años (9,6%) para la maxila y (22%) para la mandíbula. Tuvieron como consecuencia que la mayor parte de la población tenía edentulismo y también una necesidad de tratamiento protético.

El edentulismo es una condición de la salud oral que compete a la falta de dientes, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Se origina por diversas causas, siendo las principales afecciones la caries dental y la enfermedad periodontal.<sup>18-20</sup>

El edentulismo, o pérdida completa de dientes, como también es denominado el marcador terminal de la enfermedad para la salud oral.<sup>18</sup>

Un espacio edéntulo es un vacío en la arcada dentaria normalmente ocupado por uno o más dientes. Puede ser parcial o completo. El edentulismo (parcial o completo) es un indicador de la salud bucal de una población<sup>19</sup>

El desdentado parcial es cuando falta uno o más piezas dentarias en la arcada dental, pero no todas las piezas dentarias.<sup>20</sup>

El edentulismo parcial, la falta de uno o más dientes, por causas multifactoriales. La falta de dientes puede darse en el maxilar o en la mandíbula, puede ser unilateral o bilateral, para ello que se estableció las clasificaciones, así poder reconocer el tipo de edentulismo. Para poder realizar la correcta planificación de tratamiento.<sup>19, 20</sup>



La etiología de la pérdida dentaria y su llegada al edentulismo parcial es debido a distintas razones: como la caries, la enfermedad periodontal, el traumatismo, las razones ortodónticas y los fracasos endodónticos. Debido a la ausencia dentaria puede afectar a los dientes restantes, el periodonto de las piezas, los músculos, los ligamentos y articulaciones temporomandibulares. Debido que persiste una alta prevalencia alrededor del mundo.<sup>21-23</sup>

La caries dental es una enfermedad multifactorial, uno de los factores determinantes para su origen está vinculado con el consumo de azúcares, estos no actúan directamente en la pieza dentaria causando lesiones, dado que realiza mediante el proceso de metabolización de las bacterias dentro de la cavidad oral (principalmente *Streptococcus mutans*), se debe a la cantidad de biofilm. Los ácidos orgánicos de las bacterias se encargan de debilitar el esmalte del diente, necesita otros factores como el pH salival y la condición del esmalte. Esta enfermedad es progresiva, estas pueden llegar hasta lesionar la pulpa dental.<sup>24-</sup>

26

La enfermedad periodontal es un trastorno sistémico multifactorial, es una enfermedad inflamatoria esta elimina los órganos de soporte que rodean a la pieza dentaria, empieza con la inflamación de las encías, hasta llegar a ser crónico, pueden desarrollar la enfermedad periodontal aguda esta causa una pérdida rápida de las piezas dentarias especialmente en adultos. Está relacionada con el biofilm dental.<sup>27-29</sup>

Los traumatismos son lesiones originadas por un trauma generando repercusión directa en la pieza dentaria, cuando es leve comúnmente no tienen consecuencias, cuando no son leves pueden tener muchas repercusiones en los dientes como fracturas dentarias, pueden llegar a ser fracturas de tipo lefort.<sup>29-31</sup>

Las consecuencias del edentulismo presentan; cambios en la estética, una reducción de la masticación por la falta de piezas dentarias, disminución de la masticación, alteración en la posición dentaria, extrusión dental, espacios inapropiados, alteración mandibular, desgaste dental, altera la dimensión vertical, causa pérdida de hueso y hay deformación de las crestas óseas.<sup>31-33</sup>

Para la rehabilitación dentaria tenemos opciones de tratamientos como los implantes dentales, prótesis fijas en este tratamiento tenemos las coronas, puentes dentosoportados; prótesis parciales removibles es este tratamiento tenemos las provisionales hechas con wipla y acrílico, la de base metálica con acrílico.<sup>34</sup>

En el Perú hubo un programa dentro de los años 2012 al 2016 llamado “Vuelve a sonreír” el cual estaba orientado hacia la población más vulnerable del país, las personas con extrema pobreza y personas pobres, estaba orientado hacia adultos mayores, en este programa deseaban rehabilitar con prótesis removibles a la mayor cantidad de persona con edentulismo total o parcial, actualmente no está en vigente.<sup>6</sup>

Actualmente existe un programa para personas mayores desde el 2019- 2022 llamado “Perú Sonríe” tiene como fin contribuir a la mejora de la calidad de vida en pacientes adultos mayores mediante un abordaje integral; quieren rehabilitar a los adultos mayores.<sup>7</sup>

Prostodoncia es una rama de la odontología delegada al reemplazo de dientes ausentes y tejido bucal faltantes con una meta de reparar la forma, función, apariencia y salud bucal, al mismo tiempo devolver la estética del aparato estomatognático.<sup>35</sup>

Clasificación del edentulismo parcial, esta tuvo muchas variaciones de acuerdo a cada autor ya que todas tenían diferentes criterios para la evaluación de los maxilares y que puedan formular un buen plan de tratamiento que les permita la diferenciación de acuerdo al tipo de prótesis dental. En medio de la cantidad de disposiciones propuestas tenemos las siguientes.<sup>36</sup>

Una de las propuestas para el edentulismo parcial fue la disposición de Cummer, su propuesta se basó en la ubicación de los ejes de rotación y su posición ideal de los puntos de retención directa, él quiso indagar en relación las superficies masticatorias con los componentes de apoyo, el cual lo denominó como índice de carga. él dispuso dividirlo en cuatro clases; en ellas tenemos las clases I,II,III,IV; en la clase I - disposición diagonal, son piezas que se encuentra contrariamente, estos son tomados como piezas pilares para

la fijación del retenedor directo; en la clase II - disposición diametral, son piezas diametralmente contrarias seleccionan como tope para poder realizar la fijación de los retenedores opuestos; en la clase III - unilateral son piezas dentaria que pueden ser una o más un mismo cuadrante estos son seleccionados como piezas dentarias de soporte para fijación de los retenedores directos, para una brecha posterior; en la clase IV - multilateral son de tres a más piezas dentarias, seleccionadas como piezas tope para fijación de los retenedores directos, las piezas están prestos en una relación triangular o cuadrado; en sus puntos a favor, nos apoya en el diseño, permite un análisis de apoyo; en sus puntos en contra, en el área desdentada no presenta representación, no presenta elaboración de dientes. <sup>8</sup>

También tenemos a la disposición de Bailyn fue elaborada en 1928 por el Dr.Charlin M Baylin; está se basa de acuerdo al tipo de prótesis que puede ser dentosoportadas, mucosoportada como también una mezcla de ambas; catálogo a los desdentados parciales en dos grupos A y P en el grupo A - anterior es la área desdentada que precede a los primeros premolares, en el grupo P - posterior; es el área desdentada detrás de los molares este grupo está subdividido en tres, en la clase I, la lugar desdentado limitado este toma en cuenta la pérdida de no más de tres piezas pérdidas, en la clase II, es una zona posterior de extremo libre bilateral (sin pilar distal), en la clase III; brecha o espacio edéntulo limitado, toma en cuenta la pérdida de más de tres dientes perdidos; puntos positivos, destaca una valor de apoyo a la prótesis en tejido restante; puntos negativos, no ofrece no una rápida visualización del arco desdentado parcialmente, no hay apreciación de piezas individuales involucradas. <sup>8</sup>

Otra de las disposiciones fue de Neurohr; esta fue propuesta en 1939 por el Dr. Ferdinand Neurohr. Esta disposición está basada en el apoyo de la prótesis, no es utilizada debido a que es muy compleja, muchos autores no coinciden con esta disposición, el dispuso las arcadas parcialmente desdentadas en tres clases, en la clase I - dientes de soporte; se encuentran las piezas posteriores, en la que debe haber menos de cuatro piezas perdidas por extensión, estas pueden ser unilateral o bilateral. Presenta dos variaciones, la primera es la pérdida posterior predominante, a) piezas dentarias posteriores pérdidas,

piezas dentarias anteriores que persisten en su lugar; b) piezas dentarias posteriores pérdidas dientes posteriores perdidos, algunos dientes anteriores perdidos. En la segunda destaca la pérdida de las piezas anteriores, a) piezas dentarias perdidas, piezas dentarias posteriores presentes, b) piezas anteriores pérdidas, algunas piezas posteriores pérdidas; en la clase II dientes y tejidos soporte, estos deben presentar un solo criterio o ambos criterios de los siguientes. No presenta piezas dentarias posteriores en un espacio, o más espacios, en el momento que están presentes más de cuatro piezas dentarias en las cuales se incluye el canino en un espacio o más espacios, presenta dos divisiones; en la primera división no hay piezas dentarias posteriores en 1 o más espacios esta presenta dos variaciones, la primera variación destaca la pérdida posterior, como también en ella se encuentran las piezas anteriores presentes, también toma en cuenta que las piezas dentarias posteriores pérdidas con algunos de las piezas dentarias anteriores pérdidas; en la segunda variación predomina la pérdida de la piezas anteriores, a) no aplicable, b) piezas dentarias anteriores perdidas, algunas piezas dentarias posteriores pérdidas. en la segunda división presentan piezas dentarias posteriores en todas las zonas, pero no, cuando faltan más de 4 piezas en la misma zona, esta tiene dos variaciones en la primera hay un predominio de la pérdidas de las piezas dentarias posteriores, a) no se aplicable, b) la pérdida de la pieza dental posterior, falta de algunos dientes anteriores; en la segunda variación tenemos el predominio de la pérdida de piezas anteriores, a) piezas dentarias anteriores ausentes, presenta las piezas dentarias posteriores en su lugar, b) ausencia de piezas anteriores, algunas piezas posteriores ausentes. En la clase III, abarca al desdentado total, puntos positivos de la disposición esta se clasifica de acuerdo a cuanto abarca de la zona desdentada, esta proporciona una idea del apoyo que se requiere para cada caso. Esta define el área desdentada predominante de preocupación; en los puntos en contra tenemos su complejidad, no presenta facilidad de visualización próxima del arco desdentado. <sup>8</sup>

Tenemos otra de las disposiciones que fue de Mauk esta fue elaborada por el Dr. Edwin Mauk en 1941, se basó en la cantidad, la distancia de espacios edéntulos, como también la posición de piezas remanentes. Tuvo seis

disposiciones; la clase I en ella se considera el desdentado posterior de ambos lados con piezas remanentes en la parte anterior; en la clase II se consideró los espacios de ambos lados posteriores que presenta una pieza dentaria en el extremo posterior de un lado al espacio desdentado; en la clase III se consideró el espacio edéntulo de ambos lados posteriores presenta una pieza en el extremo posterior de ambos lados al espacio desdentado; en la clase IV se consideró el espacio desdentado de un lado en la parte posterior sin presencia de piezas en el extremo posterior al espacio desdentado, pero con piezas en el arcada opuesta al espacio desdentado; en la clase V se consideró solamente el espacio desdentado en la parte anterior y presenta las piezas dentarias posteriores estas están completas, en la clase VI presenta espacios desdentados irregulares en toda la arcada, tiene ausencia dentaria esta puede darse en forma de unas sola pieza o de las piezas que este agrupadas en una parte de la arcada; puntos positivos dentro de estos tenemos la diferencia entre el desdentado parcial unilateral y bilateral; puntos negativos no presenta una representación visible al respecto a las múltiples zonas desdentadas, y tampoco describe la ausencia de las piezas en sectores desdentados.<sup>8</sup>

La disposición de Godfrey que fue propuesta en 1951 está basada en la ubicación, cuanto abarca de la zona desdentada y la vínculo con el tipo de apoyo y el número de piezas dentarias faltantes, tuvo como disposiciones a la clase A está compuesta por la ausencia de cuatro o cinco dientes en los cuales incluye los caninos, contribuye con la importancia de la retención de la PPR; en la clase B está compuesta por la ausencia de cinco a seis dientes; en la clase C está compuesta por una zona desdentada posterior que presenta ausencia, estas pueden ser de dos o tres dientes con un pilar en la región distal de la cavidad bucal; en la clase D está compuesta por una zona de desdentada unilateral presenta la ausencia de hasta cuatro dientes desde los premolares, en los puntos positivos tenemos la diferencia de los apoyos de pendiendo al sector desdentada a emplear en los puntos negativos tenemos que no proporciona la descripción de la zona desdentada unilateral y bilateral.<sup>8</sup>

Se encuentra también la disposición de Friedman que fue propuesta en 1954, tuvo como fundamento distintas funciones respecto a los segmentos del arco dental.<sup>8</sup>

Además tenemos la disposición de Beckett fue propuesta en 1954 por Dr. Leonard S. Beckett, tuvo como base a los mecanismos de masticación y el efecto de las reacciones biológicas y fisiológicas del elemento de soporte a los esfuerzos ocasionados por el uso de prótesis parcial removible (PPR).<sup>8</sup>

La disposición de Austin y Lidge fue propuesta por el Dr. Karl Austin y el Dr. Eduard Lidge; tuvo como fundamento la posición de las piezas faltantes en la arcada parcialmente edentula.<sup>8</sup>

Se encuentra también la disposición de Skinner, está basada en los aspectos morfológicos y fisiológicos de ambos arcos, cuenta con la organización entre los componentes de apoyo y el soporte alveolar residual.<sup>8, 29</sup>

Podemos encontrar a la disposición de Watt que fue elaborada en 1958. Se basó en el tipo de apoyo.<sup>8</sup>

Encontramos la disposición de Costa, fue anunciado en 1974. Tuvo como fundamento la descripción en vez de formar una clasificación de las arcadas parcialmente dentadas.<sup>8</sup>

La Escuela Americana de Prosthodontia (ACP), realizó una propuesta en el año 1999 difundido en el año 2002, tuvo como fundamentos la localización y extensión del espacio edéntulo, se localizó en las piezas dentarias pilares, en el plano oclusal, la condición del reborde edéntulo.<sup>8</sup>

Clasificación de Kennedy fue propuesta por el Dr. Edward Kennedy quien estableció zonas parcialmente desdentadas y las clasificó en cuatro tipos: I, II, III, IV, y las zonas desdentadas que no se encuentran determinadas fueron llamadas modificaciones éstas se emplean en las tres primeras clases, para las modificaciones se cuentan el número de espacios edéntulos existentes, en ambos maxilares, en la modificaciones son cuatro, las cuales son modificación I, II, III o IV en la clase I en ella existen 2 zonas edéntulas posteriores a los extremos libres con permanencia en el sector anterior; en la clase II en ella existe

el sector posterior unilateral, con falta total o parcial de premolares y molares; en la clase III, en ella existen espacios edéntulos laterales limitados a nivel mesial y distal es decir se apoya totalmente en dientes; en la clase IV existe una sector edéntula se encuentra ubicada en la parte anterior de la boca en ella puede comprender la ausencia de los cuatro incisivos o los seis piezas anteriores<sup>31, 36</sup>

Las reglas de Applegate son utilizadas para un adecuado empleo de la clasificación de Kennedy, el Dr. Applegate en 1960 formuló ocho reglas, en la primera regla, la clasificación debe ser después de realizar las extracciones dentales, porque esto podría alterar la clasificación original, en la segunda regla si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se considera para la clasificación; en la tercer regla, si se encuentra un tercer molar y será utilizado como pilar, es considerado en la clasificación; en la cuarta regla si no está presente el segundo molar y no va a ser reemplazado, no se considera en la clasificación, en la quinta regla se considera el área o áreas edéntulas más posteriores, siempre es la determinante de la clasificación, en la sexta regla se considera las áreas edéntulas distintas de la que determina la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número, en la séptima regla la extensión de la modificación no es considera, sino tan solo la cantidad de zonas edéntulas adicionales, en la octava regla considera que solo las primeras clases pueden tener subdivisiones. <sup>31, 33</sup>

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

Tipo de investigación: el presente estudio es una investigación básica, ayudará a incrementar el conocimiento, teniendo como propósito de ampliar el conocimiento de los principios fundamentales de la naturaleza o de la realidad, en este tema en cuestión es el edentulismo.<sup>37 - 40</sup>

Diseño de investigación: el presente estudio de investigación es no experimental, porque a partir de datos numéricos y base intervención, está en un nivel investigativo descriptivo, según el periodo y secuencia de estudio es transversal; dado que la recolección de datos se hizo en un solo momento, según tiempo de ocurrencia de hechos es retrospectivo, según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo.<sup>39, 41</sup>

#### **3.2. Variables y operacionalización**

Variable principal: Prevalencia de edentulismo parcial, es de clasificación cualitativa.

Covariable: Clasificación de Kennedy I; II; II; IV; es de clasificación cualitativa.

Covariable: Grupo etario, es de clasificación cualitativa.

Covariable: Sexo, es de clasificación cualitativa.

Covariable: Ubicación del edentulismo según la arcada, es de clasificación cualitativa.

Matriz de operacionalización de variables (anexo 1)

#### **3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis**

Población: En el presente estudio se tomó como población a un conjunto de historias clínicas que poseen características comunes que fueron estudiadas por el investigador, las mismas que permitieron realizar las generalizaciones a partir de la observación de la muestra. En el presente estudio se tuvo como población



a 8019 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años entre los años 2019 al 2021.

**Criterios de inclusión:** Se tuvo como criterios de inclusión a las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años debido a la delimitación de los sujetos de estudio, el cual transcurrió en la ciudad de Juliaca, de los cuales se consideraron las historias clínicas conservadas, que tengan el Odontograma y estén selladas por el odontólogo.

**Criterios de exclusión:** Se tuvo en los criterios de exclusión historias clínicas de pacientes que sean edéntulos totales.

**Muestra:** Para la determinación del tamaño de la muestra, se utilizó una fórmula para estimación de frecuencias con marco muestra conocido debido a que se conocía el tamaño de la población; la muestra estuvo conformada por n: 299 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años entre los años 2019 a 2021 (anexo 2).

**Muestreo:** Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

**Unidad de análisis:** Fue cada historia clínica del centro de salud en el periodo 2019 al 2021 tendrán el odontograma sellado por el odontólogo y dentro del grupo etario establecido.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica que se utilizó es la técnica observacional, como instrumento de recolección de datos se tuvo una ficha de recolección de datos realizada por la autora de la presente investigación (anexo 3), en la ficha se consideraron los datos de filiación, en ella se pudieron encontrar como indicadores el número asignado, el número de historia clínica, el sexo, el grupo etario, dentado, la clasificación de Kennedy, la prevalencia, podemos encontrar debajo de los indicadores filas en blanco para marcar con un aspa, según corresponda.

Se realizó la confiabilidad mediante una prueba piloto en un Centro de Salud en la ciudad de Juliaca. Donde se revisó una muestra de 50 historias clínicas que poseían el odontograma del año 2018, los cuales no están considerados como

parte del estudio; para lo cual la investigadora se calibró con un especialista en rehabilitación oral (anexo 4, 8), para la confiabilidad se empleó el índice de Kappa en el cual presento como valor de 1.00 lo cual significa que tiene alta concordancia entre la autora y el especialista (anexo 4).

### **3.5. Procedimientos**

Se solicitó una carta de presentación al director de escuela de la Universidad, (anexo 5). Luego se presentó una solicitud al Centro de Salud en la ciudad de Juliaca, provincia San Román, departamento de Puno para la ejecución de la prueba piloto y la tesis. Se obtuvo el permiso a través de una carta de aceptación otorgada por la institución pública posteriormente se empezó a ejecutar la investigación en el Centro de Salud (anexo 6), se realizaron las coordinaciones pertinentes con el encargado de almacenar las historias de los pacientes. Se solicitó al odontólogo que realizó el odontograma una declaración jurada (anexo 7) para el presente estudio.

Se solicitó al encargado de las historias clínicas, su autorización para poder empezar con el registro de las historias clínicas, se empezó por la verificación del registro del odontograma que cuente con el sello del odontólogo y que se encuentre entre los años 2019 al 2021, después de la debida revisión se procedió con la recolección de datos de las historias clínicas.

La recolección de datos se realizó en un Centro de Salud, en el área de Admisión ya que ahí están las historias clínicas almacenadas; respetando los protocolos de bioseguridad decretado por el estado, por la pandemia originado por el Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (sarsCov2); los cuales fueron el uso de doble mascarilla, uso de gorro de protección, como también el uso de mandil descartable, protector facial, protector de zapatos, el distanciamiento social y el ambiente con las ventanas abiertas (anexo 8). La recolección se realizó en horarios acordados con el jefe de la institución y encargado de las historias clínicas durante un periodo de tiempo. Para determinar la prevalencia del edentulismo observamos en el odontograma; y se rigió a la norma técnica del colegio odontológico del Perú; RESOLUCIÓN

MINISTERIAL N° 272-2019/MINSA, con la directiva NTS N° 150 MINSA-1019/DGIESP<sup>42</sup>

Se coordinó con el personal encargado para la obtención de datos, en horarios de la tarde los cuales fueron de 1 de la tarde hasta las 6 de la tarde y algunos días en la mañana desde las 11 de la mañana hasta las 6 de la tarde para la obtención de los datos para la investigación, las historias aproximadas por día que se revisó fueron un aproximado 300 a 400, durante el mes de enero y las primeras dos semanas y algunos días del mes de febrero del 2022.

Se solicitó al jefe del establecimiento la constancia de término de la recolección de datos para la investigación (anexo 9).

Prevalencia del edentulismo parcial es cuando en el odontograma presente ausencia de una o más piezas dentarias, las cuales se evaluarán mediante los datos registrados en el odontograma que se encuentra dentro de la historia clínica del establecimiento de salud. Se considerará edéntulo parcial cuando las piezas estén marcadas con aspas color azul, y los terceros molares que no tengan presente antagonista, se consideran dientes perdidos. Dentado, se considerará a los odontogramas de pacientes que no presenten ninguna aspa, y las piezas que presenten antagonista de los terceros molares.

Las clasificación de Kennedy, son las divisiones topográficas de los espacios edéntulos, dentro de los cuales se consideró, para la clase I las piezas que presenten aspas en ambos lados posteriores; clase II las piezas que presenten aspas; en un solo lado posterior; clase III las piezas que presenten aspas, esta puede ser en cualquier lado, pero siempre presenta una pieza posterior sin marcar; clase IV las piezas que presentan aspas, del sector anterior y cruza la línea media, y no presentan ninguna marca en la piezas posteriores; los datos registrados en el odontograma.

Grupo etario, son las clasificaciones de acuerdo a la edad, que puede presentar una persona, la cual se registrará de la historia clínica en una ficha de recolección de datos; según el ministerio de salud (MINSA).

Sexo, son las características físicas con las que nace una persona, las cuales se identificaran de los datos obtenidos de la historia clínica, esta se registrará en una ficha de recolección de datos.

Ubicación de edentulismo según la arcada, son los espacios edéntulos que se encuentran en la arcada maxilar o mandibular de los pacientes Se considerará en el maxilar como edéntulo parcial, si presentan piezas con aspas; dentado cuando el odontograma no presente ninguna aspa en las piezas dentarias; se considerara edéntulo parcial mandibular, si presentan piezas con aspas; dentado cuando el odontograma no presente ninguna aspa en las piezas dentarias los cuales se evaluarán mediante los datos registrados en el odontograma de la historia clínica.

### **3.6. Método de análisis de datos**

En el presente estudio se utilizó la estadística descriptiva, proceso y analizó los datos obtenidos en la investigación con tablas de frecuencias o cuadros estadísticos. También se utilizó estadística inferencial se utilizó una prueba no paramétrica con la prueba de chi cuadrado donde se tiene como referencia un valor de  $p < 0.05$ .

Los datos recolectados se tabularon y analizaron en el programa estadístico SPSS versión 23 y Microsoft Excel 2019, los resultados que se encontraron están presentados en tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos nuestro estudio.

### **3.7. Aspectos éticos**

En el estudio se tuvo en cuenta los principios de bioética; como el principio de beneficencia ya que servirá para futuras investigaciones, asimismo se cumplirá el principio de no maleficencia debido a que se procederá a resguardar la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las historias clínicas; igualmente se cumplirá el principio de justicia en cuanto a las referencias hacia cada autor, en la investigación; las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión e exclusión participaron en la investigación. Se reportará con veracidad los resultados que se obtengan en la

investigación. Se pedirá una declaración jurada del odontólogo que realizó el odontograma para que sea fidedigna la información recolectada y con veracidad.<sup>43,44</sup>

#### IV. RESULTADOS

**TABLA N°1: Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

Edentulismo parcial	N	%
Ausencia	104	34.8
Presencia	195	65.2
Total	299	100

Fuente: elaboración propia

#### INTERPRETACIÓN

En la tabla N°. 01, se puede apreciar en la muestra estudiada que los pacientes con ausencia de edentulismo parcial fueron un 34.8% y con edentulismo parcial un 65.2%.

**TABLA N°2: Ubicación del edentulismo en la arcada según la clasificación de Kennedy en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

Arcada	Edentulismo parcial										Total	
	Dentado		Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maxilar	164	55	21	7.0	36	12.0	72	24.0	6	2.0	299	100
Mandibular	137	45.8	29	9.7	43	14.4	87	29.1	3	1.0	299	100
Total	301	50.3	50	8.4	79	13.2	159	26.6	9	1.5	598	100

Fuente: elaboración propia

### **INTERPRETACIÓN**

En la tabla N° 02, se puede apreciar en la muestra estudiada que, considerando el maxilar y la mandíbula, edentulismo según la clasificación de Kennedy fue mayor en la clase III en ambas arcadas, siendo mayor en la mandíbula con 29.1%, y en el maxilar un 24%, para las diferentes clases en el maxilar se encontró en la clase I con 7%, en la clase II 12%, en la clase IV un 2%; y en la mandíbula se encontró en la clase I con 9.7%, en la clase II 14.4%, en la clase IV un 1%; para dentado se encontró que en ambas arcada tuvo un porcentaje alto, para el maxilar se obtuvo un 55% y para la mandíbula un 45.8%.

**TABLA N°3: Prevalencia de edentulismo parcial según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

Grupo etario	Edentulismo				Total		P
	Dentado		Edéntulo parcial		N	%	
	N	%	N	%			
18 a 29 años	67	45	81	55	148	100	Valor de p=0.000
30 a 59 años	33	24	103	76	136	100	
60 a más	4	26.7	11	73.3	15	100	
Total	104	34.8	195	65.2	299	100	

Fuente: elaboración propia

\*Prueba chi cuadrado de Pearson

### INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 03, se puede apreciar en la muestra estudiada que para edéntulo parcial fue mayor en el grupo etario de 30 a 59 años con un 76%, como también en el grupo etario de 60 a más con un 73.3% y se encontró un menor porcentaje a diferencia de los anteriores para el grupo etario de 18 a 29 años con un 55%, en lo pacientes dentados fue mayor en el grupo etario de 18 a 29 años con un 45%, como también en el grupo etario de 60 a más con un 26.7% y fue menor porcentualmente en el grupo etario de 30 a 59 años con un 24%.

Al usar la prueba chi cuadrado de Pearson, se encontró un valor de significancia de p=0.000 lo cual indica que se encontró relación entre las variables, por tanto es estadísticamente significativo.



**TABLA N°4: Prevalencia de edentulismo parcial según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

Sexo	Edentulismo				Total		P
	Dentado		Edéntulo parcial		N	%	
	N	%	N	%			
Masculino	13	24.1	41	75.9	54	100	Valor de de p=0.068
Femenino	91	37.1	154	62.9	245	100	
Total	104	34.8	195	65.2	299	100	

Fuente: elaboración propia

\*Prueba chi cuadrado de Pearson

### **INTERPRETACIÓN**

En la tabla N° 04, se puede apreciar en la muestra estudiada que edéntulo parcial fue mayor en el sexo masculino con 75.9%, mientras que en el sexo femenino un 62.9%, a diferencia de dentado que fue mayor el sexo femenino con 37.1% y en el sexo masculino con 24.1%.

Al usar la prueba chi cuadrado de Pearson, se encontró un valor de significancia de  $p=0.068$  lo cual indica que no se encontró una relación entre las variables, por tanto no es estadísticamente significativo.

**TABLA N°5: Edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

Grupo etario	Maxilar				Total		Mandibular				Total		P
	Dentado		Edéntulo parcial		N	%	Dentado		Edéntulo parcial		N	%	
	N	%	N	%			N	%	N	%			
18 a 29 años	92	62.2	56	37.8	148	100	90	60.8	58	39.2	148	100	Valor de p=0.000
30 a 59 años	67	49.3	69	50.7	136	100	43	31.6	93	68.4	136	100	
60 a más	5	33.3	10	66.7	15	100	4	26.7	11	73.3	15	100	
Total	164	54.8	135	45.2	299	100	137	45.8	162	54.2	299	100	

Fuente: elaboración propia

\*Prueba chi cuadrado de Pearson

**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N.º 05, se puede apreciar en la muestra estudiada que en el maxilar se puede observar en dentado, y en una edad de 18 a 29 años un 62.2%, de 30 a 59 años un 49.3% y más de 60 años un 33.3%, y edéntulo parcial de 18 a 29 años un 37.8%, de 30 a 59 años 50.7% y 60 a más 66.7%; mientras que en la mandíbula se puede observar en dentado, y en una edad de 18 a 29 años un 60.8%, de 30 a 59 años un 31.6% y más de 60 años un 26.7%, y edéntulo parcial de 18 a 29 años un 39.2%, de 30 a 59 años 68.4% y 60 a más 73.3%. Al usar la prueba chi cuadrado de Pearson, el valor de significancia de p=0.000 lo cual indica que se encontró relación entre las variables por tanto es significativo estadísticamente.

**TABLA N°6: Edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

Sexo	Maxilar				Total		Mandibular				Total		P Valor de
	Dentado		Edéntulo parcial		N	%	Dentado		Edéntulo parcial		N	%	
	N	%	N	%			N	%	N	%			
Masculino	30	55.6	24	44.4	54	100	18	33.3	36	66.7	54	100	p=0.042
Femenino	134	54.7	111	45.3	245	100	119	48.6	126	51.4	245	100	
Total	164	54.8	135	45.2	299	100	137	45.8	162	54.2	299	100	

Fuente: elaboración propia

\*Prueba chi cuadrado de Pearson

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 06, se puede apreciar en la muestra estudiada que en el maxilar se puede observar en dentado y en el sexo masculino 55.6% y femenino un 54.7%, y edéntulo parcial y en el sexo masculino un 44.4% y femenino en 45.3%; mientras que en la mandíbula se puede observar sin edentulismo y en el sexo masculino 33.3% y femenino un 48.6%, y edéntulo parcial y en el sexo masculino un 66.7% y femenino en 51.4%.

Al usar la prueba chi cuadrado de Pearson, el valor de significancia es de  $p=0.042$  lo cual indica que se encontró relación entre las variables por tanto es significativo estadísticamente.

**TABLA N°7: Edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.**

	Grupo etario	18 a 29 años		30 a 59 años		60 a más		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Arcada</b>									
	Dentado	92	31.1	67	25	5	16.7	164	100
Maxilar	Clase I	7	2.3	12	4.4	2	6.7	21	100
	Clase II	6	2.0	27	10	3	10	36	100
	Clase III	39	13.2	30	10.6	3	10	72	100
	Clase IV	4	1.4	0	0	2	6.7	6	100
	Dentado	90	30.4	43	15.8	4	13.3	137	100
<b>Mandibular</b>									
	Clase I	4	1.4	22	8.1	3	10	29	100
	Clase II	13	4.4	26	9.6	4	13.3	43	100
	Clase III	41	13.8	43	15.8	3	10	87	100
	Clase IV	0	0	2	0.7	1	3.3	3	100
Total		296	100	272	100	30	100	598	100
P		Valor de p=0.000							

Fuente: elaboración propia

\*Prueba chi cuadrado de Pearson

## INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 07, se puede apreciar en la muestra estudiada que según la clasificación de Kennedy para el maxilar la clase I y grupo etario de 18 a 29 años fue de 2.3%, de 30 a 59 años un 4.4% y de 60 años a más un 6.7%, en clase II y grupo etario de 18 a 29 años fue de 2%, de 30 a 59 años un 10% y de 60 años a más un 10%, en clase III y grupo etario de 18 a 29 años fue de 13.2%, de 30 a 59 años un 10.6% y de 60 años a más un 10%, en clase IV y grupo etario de 18 a 29 años fue de 1.4%, de 30 a 59 años un 0% y de 60 años a más un 6.7%; y en mandíbula se encontró en la clase I y grupo etario de 18 a 29 años fue de 1.4%, de 30 a 59 años un 8.1% y de 60 años a más un 10%, en clase II y grupo etario de 18 a 29 años fue de 4.4%, de 30 a 59 años un 9.6% y de 60 años a más un 13.3%, en clase III y grupo etario de 18 a 29 años fue de 13.8%, de 30 a 59 años un 15.8% y de 60 años a más un 10%, en clase IV y grupo etario de 18 a 29 años fue de 0%, de 30 a 59 años un 0.7% y de 60 años a más un 3.3%; como también se observa dentado, siendo mayor e en el maxilar, y en una edad de 18 a 29 años un 31.1%, de 30 a 59 años un 25% y más de 60 años un 16.7%; y en la mandíbula, y en una edad de 18 a 29 años un 30.4%, de 30 a 59 años un 15.8% y más de 60 años un 13.3%.

Al usar la prueba chi cuadrado de Pearson, posee un valor de significancia de  $p=0.000$ , lo cual indica que se encontró relación entre las variables por lo tanto es estadísticamente significativo.

**TABLA N°8: Edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021**

Arcada	Sexo	Masculino		Femenino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Maxilar	Dentado	30	27.7	134	27.4	164	100
	Clase I	3	2.7	18	3.7	21	100
	Clase II	8	7.4	28	6	36	100
	Clase III	12	11.1	60	12.2	72	100
	Clase IV	1	1	5	1	6	100
Mandibular	Dentado	18	16.6	119	24.2	137	100
	Clase I	8	7.4	21	4.2	29	100
	Clase II	12	11.1	31	6.3	43	100
	Clase III	16	15	71	14.4	87	100
	Clase IV	0	0	3	0.6	3	100
Total		108	100	490	100	598	100
P		Valor de p=0.271					

Fuente: elaboración propia

\*Prueba chi cuadrado de Pearson

## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla N° 08, se puede apreciar en la muestra estudiada que según la clasificación de Kennedy para el maxilar se encontró que la clase III fue mayor para ambos sexos, para el sexo masculino fue de 11.1% y femenino un 12.2%, en la clase I y sexo masculino fue de 2.7% y femenino un 3.7 %, en clase II y sexo masculino fue de 7.4% y femenino un 6%, en clase IV y sexo masculino fue 1% y femenino fue 6%; en la mandíbula se encontró en la clase I y sexo masculino fue de 7.4% y femenino un 4.2 %, en clase II y sexo masculino fue de 11.1% y femenino un 6.3%, en clase III y sexo masculino fue de 15% y femenino un 14.4%, en clase IV y sexo masculino fue 0% y femenino fue 0.6%, como también se observa dentado, siendo mayor en el maxilar para el sexo masculino con un 27.7%, y en el sexo femenino es 27.4%; a diferencia del maxilar, en la mandíbula se encontró un mayor porcentaje en el sexo femenino con 24.2%, y en el sexo masculino con 16.6%.

Al usar la prueba chi cuadrado de Pearson, posee un valor de significancia de  $p=0.271$ , lo cual indica que no se encontró relación entre las variables, por lo tanto no es estadísticamente significativo.

## V. DISCUSIÓN

El edentulismo parcial es un estado de la salud oral que corresponde a la ausencia de una pieza dentaria o una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad oral, <sup>18,20</sup> el cual puede ocasionar trastornos en la salud integral de las personas. En la presente investigación se tuvo como objetivo saber la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, se tuvo como marco muestral a 299 historias clínicas de pacientes atendidos en un centro de salud, utilizándose la ficha de recolección de datos.

El conocimiento de las tasas de edentulismo parcial, es importante para la salud integral. Se encontró como resultados que la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, fue 65.2%, la cual fue similar a los encontrados en Perú en 2015, Bolivia en 2020 e India en 2015; con 72% <sup>17</sup>, 66.8%<sup>9</sup>, 75%<sup>16</sup> respectivamente; la similitud entre estos estudios posiblemente se deba a que fueron realizados en países en vías de desarrollo, a la condición social, económica.

A diferencia de lo encontrado con el estudio; en México en 2016 y 2019, Indonesia y Rumania en 2018, Suecia-Finlandia en 2017, con 15.7%<sup>15</sup>, 25.6%<sup>11</sup>, 7.2%<sup>12</sup>, 46.7%<sup>13</sup>, (20.6% y 34.9%) <sup>14</sup> respectivamente, en estos países se encontró una prevalencia menor, posiblemente se deba al tamaño de muestra, a su sistema de salud, al grado de instrucción.

Los datos obtenidos de pacientes dentados fueron 34.8%, a diferencia de los encontrados en México en el año 2016 que fue más elevado con 84.3%<sup>15</sup>, también mostro diferencia con lo encontrado, posiblemente se deba a su mayor grado de instrucción; pero fue mayor a lo obtenido en otros estudios, India en 2015, Bolivia en 2020, México en 2019 con 14.06%<sup>16</sup>, 4.9%<sup>9</sup>, 0.23%<sup>11</sup> respectivamente, posiblemente se deba a la falta de conciencia en la población, a la condición económica.

Se encontró como resultados que la ubicación del edentulismo en la arcada según la clasificación de Kennedy; fue mayor en la clase III para ambas arcadas, la cual es similar a lo encontrado en India; en la presente investigación se encontró en la mandíbula un 29.1%, y el maxilar un 24%; se encontró



diferencias con Vadavadagi et al<sup>16</sup> y Theenathayalan et al<sup>10</sup>, respecto en cual arcada fue mayor ya que en sus investigaciones se encontró una cantidad mayor en el maxilar con 56.1% y 30.08%; y en la mandíbula se encontró 52.9% y 20.15% respectivamente; los datos fueron mayores a los de la investigación pero Theenathayalan et al<sup>10</sup> obtuvo un valor menor a la investigación en la clase III en la mandíbula con 20.15%; la posible causa de la gran cantidad de la clase III se deba al orden de erupción ya que son piezas que en su mayoría se encuentran primero en la dentición permanente, por lo cual son las más afectadas; en la clase I es similar en ambas arcadas respecto a la clase I y la clase II, se encontró en la investigación en la clase I en el maxilar 7% y en la mandíbula fue 9.7%, en la clase II en el maxilar 12% y en la mandíbula fue 14.4%, se encuentra similitud con Vadavadagi et al<sup>16</sup> y Theenathayalan et al<sup>10</sup> en la clase I y clase II ambas arcadas ya que encontraron para el maxilar 10.6%, 3.01% y la mandíbula 12.7% y 12.63% respectivamente, en la clase II en el maxilar 27.1%, 5.41% y la mandíbula 29.3% y 13.23% respectivamente, se concuerda que se encontró una mayor cantidad en la mandíbula para ambas clases, como también se encontró diferencia con lo encontrado por Theenathayalan et al<sup>10</sup> en la clase II en ambas arcada a diferencia de Vadavadagi et al<sup>16</sup> quien encontró valores mayores a la investigación, posiblemente se deba a la importancia de la preservación de la piezas dentarias por su función; en la clase IV se encontró en menor cantidad a diferencia de las otras clases maxilar 2% y en la mandíbula 1%, se asemeja con Vadavadagi et al<sup>16</sup> y Theenathayalan et al<sup>10</sup> respecto a esta clase ya que encontraron en el maxilar 6.2%, 11.58% y la mandíbula 5.1% y 3.91% respectivamente, pero se encuentra diferencia en la cantidad ya que fue mayor en India, posiblemente se deba a fracturas dentarias, poco cuidado de la salud bucal; como también el poco porcentaje obtenido pueda deberse a su restauración oportuna.

La prevalencia del edentulismo parcial según grupo etario; en la investigación se encontró con mayor predominio de edentulismo parcial al grupo etario de 30 a 59 años con 76%, se asemeja con lo encontrado en India por Theenathayalan et al<sup>10</sup> se encontró con mayor cantidad en el grupo etario de 40 a 49 años con un 26.32%, posiblemente sea semejante porque en el rango abarcado de la investigación, a diferencia de Escudero et al<sup>9</sup> que encontró

mayor cantidad de edentulismo parcial en una población mucho más joven, dentro de las edades de 15 a 24 años con un 33.1%, posiblemente se deba a la diferencia rango, como también al costo monetario de los tratamientos; en la investigación se encontró con en el grupo etario de 60 a más un 73.3%, se encuentra similitud con Theenathayalan et al<sup>10</sup>, con 22.11% y se diferencia de lo encontrado por Escudero et al<sup>9</sup> en el mismo grupo etario con 3.9 %, ambos son menores a los de la investigación; posiblemente se deba a la desigualdad entre la cantidad de muestra para cada grupo etario, a su grado de instrucción. En la investigación el grupo de 18 a 29 años se encontró mayor cantidad de pacientes dentados con 45% a diferencia de lo encontrado por Escudero et al<sup>9</sup> con un 2.6%, posiblemente se deba a los costos de los tratamientos, también podría deberse a la pandemia y la poca afluencia de este grupo etario; se coincide que en ambos estudios se obtuvo una significancia estadística lo cual indica que hubo relación entre las variables.

La prevalencia del edentulismo parcial según sexo; en la investigación se encontró que el sexo más afecto por el edentulismo parcial fue el masculino con 75.9%, es semejante a lo encontrado por Theenathayalan et al<sup>10</sup> con 55.04%, posiblemente se deba a la interpretación de los resultados, pero fue diferente con lo encontrado por Escudero et al<sup>9</sup> y Vadavadagi et al<sup>8</sup> ya que encontraron que el sexo femenino 41.6% y 52.1% respectivamente, posiblemente se deba a la interpretación de los resultados y a que estos autores tuvieron una muestra de mayoritaria con el sexo femenino.

A si mismo se diferencia de la investigación con lo encontrado por Escudero et al<sup>9</sup> ya que encontró mayor cantidad de pacientes dentados en el sexo masculino 3.4%, a diferencia de la investigación que se encontró en el sexo femenino con 37.1%, posiblemente se deba a la cantidad de la muestra en ambas investigaciones, posiblemente se debió a que las mujeres acuden con más frecuencia al centro de salud por sus controles prenatales.

A si mismo se encuentra diferencia de Escudero et al<sup>9</sup> y Vadavadagi et al<sup>8</sup> quienes encontraron significación estadística a diferencia de la investigación, ellos hallaron relación entre las variables.

El edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según grupo etario; se encontró que la arcada más afectada por edentulismo parcial fue la

mandíbula, es similar a lo encontrado por Escudero et al<sup>9</sup> y Gutiérrez et al<sup>17</sup>, pero también se encuentra diferencia en relación al grupo etario; según su investigación el grupo etario más afectado es de 15 a 24 años y 18 a 31 años, la cual es completamente diferente de lo encontrado en la investigación ya que se encontró con un mayor porcentaje en el grupo etario de 60 a más; posiblemente se deba al poco interés hacia su salud bucal, accesibilidad a tratamientos, traumas.

Es similar con Escudero et al<sup>9</sup> y Gutiérrez et al<sup>17</sup> respecto al paciente dentado debido que en el grupo etario más joven fue más elevado en comparación de los otros rangos, posiblemente se deba al cambio de pensamiento en la población joven, grado de instrucción, recursos económicos; en ambas investigaciones se encontró significancia estadística como también en la investigación lo cual indica que se encontró relación entre las variables.

El edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según sexo; en la investigación se encontró que ambas arcadas son afectadas por edentulismo parcial, siendo mayor en la mandíbula por lo que se concuerda con Escudero et al<sup>9</sup>; pero en lo que no se está de acuerdo es en el sexo en el cual presentó más, ya que en la investigación se encontró en el sexo masculino en ambas arcadas, para el maxilar 44.4% y la mandíbula 66.7%; al contrario de Escudero et al<sup>9</sup> que fue en ambas arcadas en el sexo femenino para el maxilar 4.8% y la mandíbula 12.2%, posiblemente se deba a la no homogeneidad entre ambos sexos, a su grado instrucción, a los malos hábitos. Se encontró en la investigación que el paciente dentado que fue mayor en el sexo femenino al contrario de Escudero et al<sup>9</sup> que fue en el sexo masculino; posiblemente se deba a la diferencia entre la cantidad de muestra para ambos sexos, al poco cuidado hacia su salud bucal; en ambas investigaciones se encontró relación entre las variables lo cual indica que no es estadísticamente significativo.

El edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el grupo etario, en la investigación se encontró que la clase III fue la más elevada para los grupos etarios de 18 a 29 y 30 a 59 años en ambas arcadas, siendo la mandíbula la más afectada, es similar a lo encontrado por Gutiérrez V et al<sup>17</sup> en los grupos etarios 18 a 31 y 32 a 40 años, posiblemente se a que presentan rangos similares, a su cronología de erupción; cómo también se concuerda que

la clase I y II se encuentran de manera más elevada en el grupo etario que presenta mayor edad; en la investigación los grupo etarios más jóvenes se presentó en menor cantidad y ausencia de la clase IV en ambas arcada es similar a lo encontrado por Gutiérrez V et al<sup>17</sup>, posiblemente se deba a que la población más joven le da más importancia a su salud bucal; a diferencia de lo que se encontró en el grupo etario de mayor rango el cual fue en ambas arcadas, es diferente a lo encontrado por Gutiérrez V et al<sup>17</sup> que no encontró evidencia en la arcada mandibular, para la clase IV, posiblemente se deba a que la población es edéntula total, la cantidad de la muestra; se concuerda que en ambos estudios se encontró relación entre las variables por lo tanto presentan significancia estadística.

El edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según sexo; se puede apreciar que en la investigación la clase III fue la más elevada en ambas arcadas y ambos sexos fue es similar con lo encontrado por Escudero et a.<sup>9</sup>, se encontró que la arcada más afectada fue la mandibular lo cual concuerda en ambas investigaciones, pero presenta diferencia debido a que el sexo más afectado fue el masculino, a diferencia de lo que encontró Escudero et a.<sup>9</sup> siendo el sexo femenino en mayor cantidad, posiblemente se deba a la interpretación de los resultados; con respecto a las clases I y II en el sexo femenino y masculino se encontraron en ambas arcadas, se encontró que la mandíbula fue la más afectada, coincide con Escudero et a.<sup>9</sup>; pero difieren respecto a cuál clasificación fue mayor ya que se encontró en la investigación que la clase II es más elevada que la clase I en el sexo masculino y femenino a diferencia de Escudero et a.<sup>9</sup> que encontró mayor porcentaje en la clase I en el sexo femenino y masculino; como también se coincide que en el maxilar se encontró en mayor cantidad en la clase II para el sexo masculino; posiblemente se deba a malos hábitos, la interpretación de los resultados, al poco interés de las personas por conservar sus piezas dentarias; en la investigación se encontró que la clase IV fue la más baja en ambas arcadas y ambos sexos; es similar a lo encontrado por Escudero et a.<sup>9</sup> respecto al sexo femenino, pero se diferencia en el sexo masculino ya que fue igual a lo encontrado para el maxilar respecto a la clase I, en la mandíbula fue mayor a lo encontrado para la clase II, posiblemente se deba traumas, malos hábitos.

La investigación se asemeja con lo hallado por Escudero et al.<sup>9</sup> en pacientes dentados en la arcada mandibular que fue más elevado en el sexo femenino, a diferencia de descubierto en la arcada maxilar ya que fue mayor en el sexo masculino, se puede deber a la cantidad de la muestra, la cual no fue homogénea.

Se concuerda con la investigación de Escudero et al.<sup>9</sup> ya que no presento significancia estadística porque no se halló relación entre las variables.

Se puede ver que la población es afectada a nivel nacional, internacional, y teniendo efectos dañinos para su salud en general, a diferencia de otros países en el Perú se encontraron un nivel de prevalencia elevado, lo cual es preocupante para el sector salud.

## VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia del edentulismo parcial, que se obtuvo en la investigación fue el 65.2% en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.
2. La ubicación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, fue tanto en ambas arcadas; siendo la clase III mayor en la mandíbula con un 29.1% y en el maxilar con un 24%; también se encontró otras clases en el maxilar, en la clase II con un 12%; en la clase I con un 7%; en la clase IV con un 2%. En la mandíbula en la clase II con 14.4%, en la clase I 9.7%, en la clase IV un 1%.
3. La prevalencia de edentulismo parcial según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, fue mayor en el grupo etario de 30 a 59 años, que representa el 76%, seguido por el grupo etario de 60 a más años con un 73.3% y en el grupo etario de 18 a 29 años con un 55%, el cual tuvo significancia estadística con un valor  $p=0.000$ .
4. La prevalencia de edentulismo parcial según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, fue mayor porcentualmente en el sexo masculino con un 75.9 % mientras que en el sexo femenino con un 62.9%
5. El edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021. Así tenemos que, en el grupo etario de 30 a 59 años, fue con mayor predominio en la mandíbula con 68.4% y en el maxilar con 50.7%. En el grupo etario de 18 a 29 años en la mandíbula con un 37.8%, y en el maxilar con un 39.2%. En el grupo de 60 años a más, en la mandíbula con un 73.3% y en el maxilar con un 66.7 %, tuvo significancia estadística con un valor de  $p=0.000$ .
6. El edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, fue mayor en el sexo femenino con un 45.3% en el maxilar y en la mandíbula con un 51.4% mientras que en el sexo masculino un 44.4% en el maxilar y en la mandíbula fue mayor porcentualmente con un 66.7%, tuvo significancia estadística con un  $p=0.042$ .
7. El edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el grupo etario en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, la clase

III fue mayor en dos grupos etarios y ambas arcadas; siendo mayor en la mandíbula; en el grupo etario de 30 a 59 años con un 15.8%; y en el grupo etario de 18 a 29 años con un 13.8%; a diferencia del grupo etario de 60 años a más en el cual se encontró con mayor porcentaje en la mandíbula para la clase II con un 13.3%; en el maxilar en el grupo etario de 18 a 29 años en la clase III con un 13.2%; en la clase I con un 2.3%; en la clase II con un 2%; en la clase IV con un 1.4%; de 30 a 59 años en la clase III con un 10.6%; en la clase II con un 10%; en la clase I con un 4.4%; en la clase IV con un 0%; de 60 años a más en la clase III con un 10%; en la clase II con un 10%; en la clase I con un 6.7%; en la clase IV con un 6.7%. En mandíbula se encontró en la clase I y grupo etario de 18 a 29 años en la clase II con un 4.4%; en la clase I con un 1.4%; en la clase IV con un 0%; de 30 a 59 años en la clase II con un 9.6%; en la clase I con un 8.1%; en la clase IV con un 0.7%; de 60 años a más en la clase III con un 10%; en la clase I con un 10%; en la clase IV con un 0.7%; tuvo significancia estadística con un  $p=0.000$ .

8. El edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según sexo en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021, la clase III fue mayor en ambos sexos y arcadas; en el maxilar fue mayor en el sexo femenino con un 12.2%, a diferencia de la mandíbula que fue en el sexo masculino con un 15%; en el maxilar en el sexo masculino en la clase III con un 11.1%; en la clase II con un 7.4%; en la clase I con un 2.7%; en la clase IV con un 1%; en el sexo femenino en la clase II con un 6%; en la clase I con un 3.7%; en la clase IV con un 1%. En la mandíbula en el sexo masculino, en la clase II con un 11.1%; en la clase I con un 7.4%; en la clase IV con un 0%; en el sexo femenino en la clase III con un 14.4%; en la clase II con un 6.3%; en la clase I con un 4.2%; en la clase IV con un 0.6%, en la clase IV en la mandíbula se fue menor a lo encontrado en el maxilar en ambos sexos.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- A futuras investigaciones relacionarlos con su etiología de edentulismo considerando la variable de grado de instrucción, y otras variables sociodemográficas.
- A futuras investigaciones realizar estudios con un mayor tamaño de muestra y que esta sea homogénea, para ver el impacto del edentulismo parcial.
- A futuras investigaciones realizar estudios prospectivos.



## REFERENCIAS

1. Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, et al. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2004 [citado el 7 de diciembre de 2021]; 79(2):295–302. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcn/article/79/2/295/4690095>
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud bucodental. *Who.int*. [Internet]. [citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. OCDE. Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE. [Internet]. Editorial Canifarma. 2018 [citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264306035-es.pdf?expires=1641741237&id=id&accname=quest&checksum=2F9C6C43ED0F3FE238409315BCC15389>
4. Hosseinpoor A, Itani L, Petersen P. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. *J Dent Res*. [Internet]. 2012 [citado el 7 de diciembre de 2021]; 91(3):275-81. Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034511432341?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034511432341?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
5. Al-Rafee M. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020 [citado el 8 de abril de 2022]; 9(4):1841–3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc\\_1181\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1181_19)
6. Ministerio de Salud. Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír” [Internet]. Perú: Ministerio de Salud MINSA; 2011. [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2409.pdf>
7. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Atención Integral para la Rehabilitación Oral en Personas Adultas Mayores “Perú Sonríe” 2019 – 2022 [Internet]. Perú: Ministerio de Salud MINSA; 2019 [citado el 11 de diciembre de 2021].

Disponibile en:

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/340422/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_619-2019-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/340422/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__619-2019-MINSA.pdf)

8. Ahila S, Suganya S, Muthukumar B. Critical analysis of classification system of partially edentulous spaces: A literature review. *Ind J Multidiscip Dent* [Internet]. 2019 [citado el 8 de abril de 2022]; 9(1):49. Disponible en: <https://www.ijmdent.com/article.asp?issn=2229-6360;year=2019;volume=9;issue=1;spage=49;epage=57;aulast=Ahila>
9. Escudero E, Muñoz M, De La Cruz M, Aprili L, Valda E. Prevalencia del edentulismo parcial y total, su impacto en la calidad de vida de la población de 15 a 85 años de Sucre. 2019. *Rev Cien Tec In.* [Internet]. 2020 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 18(21):161–90. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2225-87872020000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872020000100007&lng=es&tlng=es).
10. Theenathayalan M, Pandurangan K, Deepak S. Prevalence of dentulism, partial edentulism and complete edentulism in private dental hospital - a retrospective study. *Annals of Tropical Medicine & Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 23(22). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/2dd13ed638c1a795ee3cd53b432049fa570d5b49>
11. Patiño M, Meza A, Gutiérrez Á. Edentulismo y dentición funcional en adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Rev tamé.* [Internet]. 2019. [citado el 10 de diciembre de 2021]; 7.8(21):810–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/tame/tam-2019/tam1921b.pdf>
12. Pengpid S, Peltzer K. The prevalence of edentulism and their related factors in Indonesia, 2014/15. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 18(1):118. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0582-7>
13. Bobu L, Balçoş C, Feier R, Bosînceanu D, Bârlean M. The prevalence of edentations in young adults in Iasi. *Rjor.ro* [Internet]. 2018 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 10(1). Disponible en: <https://www.rjor.ro/wp->

content/uploads/2018/04/THE-PREVALENCE-OF-EDENTATIONS-IN-YOUNG-ADULTS-IN-IASI.RJOR\_.pdf

14. Olofsson H, Ulander E, Gustafson Y, Hörnsten C. Association between socioeconomic and health factors and edentulism in people aged 65 and older - a population-based survey. *Scand J Public Health* [Internet]. 2017 [citado el 21 de noviembre de 2021];46(7):1403494817717406. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494817717406>
15. Fernandez M, Medina C, Márquez M, Vera S, Ascencio A, Minaya M, et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. *Rev clín periodoncia implantol rehabil oral* [Internet]. 2016 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 9(1):59–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.12.004>
16. Vadavadagi S, Srinivasa H, Goutham G, Hajira N, Lahari M, Prasantha G. Partial edentulism and its association with Socio-demographic variables among subjects attending dental teaching institutions, India. *J Int Oral Health* [Internet]. 2015 [citado el 21 de noviembre de 2021];7(Suppl 2):60–3 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672857/>
17. Gutierrez V, León R, Castillo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev estomatol herediana* [Internet]. 2015 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 25(3):179. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es).
18. Cunha-Cruz J, Hujoel P, Nadanovsky P. Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972-2001. *J Dent Res* [Internet]. 2007 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 86(2):131–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/154405910708600205>
19. Abdel-Rahman H, Tahir C, Saleh M. Incidence of partial edentulism and its relation with age and gender. *Zanco J Med Sci* [Internet]. 2013 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 17(2):463–70. Disponible en: <https://zjms.hmu.edu.krd/index.php/zjms/article/view/368/329>
20. Jeyapalan V, Krishnan C. Partial edentulism and its correlation to age, gender, Socio-economic status and incidence of various Kennedy's Classes-

A literature review. J Clin Diagn Res [Internet]. 2015 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 9(6):ZE14-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2015/13776.6124>

21. Sanz G, Llanes M, Chibás LG, Valdés Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. GerolInfo [Internet]. 2018 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 13(3):1-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2018/ger183a.pdf>
22. Belaúnde M, Salazar F, Castillo D, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. Rev Estomatol Hered. [Internet]. 2012 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 22(2): 77-81 [citado el 21 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539370002.pdf>
23. Boucher L. Rehabilitación del Desdentado Parcial. 1ra ed. México D.F.: Editorial Interamericana; 2004.
24. Philip Sapp J, Eversole L, Wysocki G. Patología Oral y Maxilofacial. 2da. Ed [Internet]. Madrid España: Editorial Elsevier. 2006 [citado el 21 de noviembre de 2021]; Disponible en: [https://www.academia.edu/37203258/\\_J\\_Philip\\_Sapp\\_Patologia\\_Oral\\_y\\_Maxilofacial\\_Copy](https://www.academia.edu/37203258/_J_Philip_Sapp_Patologia_Oral_y_Maxilofacial_Copy)
25. Henostroza G, Arana A, Bernabé E, Calderón V, Chávez A, et al. Diagnóstico De Caries Dental. [Internet]. Lima Perú: Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2005. [citado el 21 de noviembre de 2021]; Disponible en: [https://www.academia.edu/38254122/Henostroza\\_Gilberto\\_Diagnostico\\_De\\_Caries\\_Dental\\_PDF](https://www.academia.edu/38254122/Henostroza_Gilberto_Diagnostico_De_Caries_Dental_PDF)
26. Stewart K. Prostodoncia Parcial Removable. 2da ed. Caracas- Venezuela: Editorial Actualidades. Médico Odontológicas Latinoamericanas. 2003.
27. Eley B, Sorry M, Manson J. Periodoncia. 6a. Ed. [Internet]. Barcelona España: Editorial Elsevier. 2012 [citado el 21 de noviembre de 2021]; Disponible en: [https://www.academia.edu/28362878/Periodoncia\\_Eley\\_6a\\_Ed](https://www.academia.edu/28362878/Periodoncia_Eley_6a_Ed)
28. Medina F. Navarro B. Prótesis Bucal Removable. 1ra ed. México: Editorial Trillas S.A.; 2003.

29. Gay Escoda C, Berini L. Tratado De Cirugia Bucal Tomo I. [Internet]. Barcelona España: Editorial Océano. 2003 [citado el 10 de abril de 2022]; Disponible en: [https://www.academia.edu/42069148/Odontologia\\_Tratado\\_De\\_Cirugia\\_Bucal\\_Tomo\\_I\\_Cosme\\_Gay\\_Escoda](https://www.academia.edu/42069148/Odontologia_Tratado_De_Cirugia_Bucal_Tomo_I_Cosme_Gay_Escoda)
30. Hupp J, Ellis E, Turcker M. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. 6a.Ed. Barcelona España: Editorial Elsevier. 2014 [citado el 10 de abril de 2022]; Disponible en: [https://www.academia.edu/43299386/CIRUG%C3%8DA\\_ORAL\\_Y\\_MAXILOFACIAL\\_CONTEMPOR%C3%81NEA](https://www.academia.edu/43299386/CIRUG%C3%8DA_ORAL_Y_MAXILOFACIAL_CONTEMPOR%C3%81NEA)
31. Mallat E, Keogh T. Protesis parcial removable clínica y laboratorio [Internet]. Madrid España: Editorial Mosby / Doyma libros. 2005 [Citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: URL: <https://es.scribd.com/document/241924149/LIBRO-PROTESIS-PARCIAL-REMOVIBLE-pdf>.
32. Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal [Internet]. Odontol. Prev. [Internet]. 2008 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 1(2):73- 82. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/73.pdf>
33. Loza D. Protopdoncia Parcial Removable. 3ra ed. Perú: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2005.
34. Bortolotti L. Prótesis Removable Clásica E Innovaciones. 1ra ed. Italia: Editorial D`vinni Ltda; 2006.
35. Loza D. Prótesis Parcial Removable. Barcelona, España: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 1992.
36. McCracken, Carr A, McGivney G, Brown D. Prótesis Parcial Removable- Mckracken. [Internet]. Madrid, España: Editorial Panamericana, 1992. [citado el 8 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/kaiserrocks/prtesis-parcial-removable-mckracken>
37. Muntané, J. Introducción a la Investigación básica. RAPD ONLINE [Internet]. 2010 [citado el 8 de diciembre de 2021]; 33(3): 221. Disponible en:

- [https://www.researchgate.net/publication/341343398\\_Introduccion\\_a\\_la\\_Investigacion\\_basica](https://www.researchgate.net/publication/341343398_Introduccion_a_la_Investigacion_basica)
38. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. [Tesis de maestría]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018. [citado el 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1480?show=full>
  39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. [Internet]. México DF.: McGraw Hill; 2010. [citado el 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>.
  40. Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación. Diferencia entre la Investigación Básica y la Aplicada. Duoc.cl., 2018 [Internet]. [citado el 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www2.duoc.cl/biblioteca/crai/diferencia-entre-la-investigacion-basica-y-la-aplicada>
  41. Díaz V, Calzadilla A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las ciencias de la salud. Rev Cienc Salud. [Internet]. 2016 [citado el 21 de noviembre de 2021]; 14(1): 115-121. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a11.pdf>.
  42. Ministerio de Salud. MINSA: Norma técnica de salud para el uso de odontograma. NTS N°150- MINSa-2019/DGIESP [Internet]; 2019 [citado el 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/301409/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_272-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/301409/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__272-2019-MINSA.PDF)
  43. Universidad Cesar Vallejo. Código de Ética en Investigación [Internet]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2020 [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262-2020-UCV-Aprueba-Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf>
  44. Almiñana M, Balagué L, Castro C, Fernández J, Llor C, Marquet R, Morena R, Planes A, Reguant M, Rublo M. Los 4 principios básicos de Bioética [Internet]. Indonesia DOKUMEN, 31 de Enero de 2002 [citado el 10 de

- Diciembre de 2021]. Disponible en: [http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM\\_540\\_EBLOG\\_1848.pdf](http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_540_EBLOG_1848.pdf)
45. Sant Joan Déu. SJD. Rare Commons. RC: prevalencia, comorbilidad e incidencia de una enfermedad [Internet]. [citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.rarecommons.org/es/actualidad/prevalencia-comorbilidad-incidencia-enfermedad>
46. Stegelman K., Luthardt R. Principios básicos de la planificación de prótesis removibles. Quintessence (ed. esp.). [Internet]. 2011. [citado el 27 de diciembre de 2021];24(1):23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-pdf-X0214098511909537>
47. Curtis D, Curtis T, Wagnild G, Finzen F. Incidence of various classes of removable partial dentures. J Prosthet Dent [Internet]. 1992 [citado el 27 de diciembre de 2021];67(5):664–7. Disponible en: [https://www.thejpd.org/article/0022-3913\(92\)90167-9/pdf](https://www.thejpd.org/article/0022-3913(92)90167-9/pdf)
48. Descriptores en Ciencias de la Salud. DeCS. Biblioteca virtual en salud. Bvsalud.org: Grupo etario. [Internet]. [citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
49. Ministerio de Salud. Oficina General de Tecnologías de Información, Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI: Porcentaje de la población por Etapas de Vida Perú- Año 2016. [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>
50. Descriptores en Ciencias de la Salud. DeCS. Biblioteca virtual en salud Bvsalud.org: Sexo. [Internet]. [citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/#3>
51. Real Academia Española. RAE. Diccionario de la lengua española.: ubicación. [Internet]. [citado el 7 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ubicaci%C3%B3n>

## ANEXOS

### ANEXO 1: MATRIZ DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Prevalencia de edentulismo parcial	La prevalencia del edentulismo parcial es la porción de individuos de una población que presentan la ausencia de una pieza dentaria o una determinada cantidad de piezas dentarias en la cavidad oral. <sup>18,20,45</sup>	<p>Prevalencia del edentulismo parcial es cuando en el odontograma presente ausencia de una o más piezas dentarias, las cuales se evaluarán mediante los datos registrados en el odontograma que se encuentra dentro de la historia clínica del establecimiento de salud.</p> <p>Se considerará edéntulo parcial cuando las piezas estén marcadas con aspas color azul, y los terceros molares que no tengan presente antagonista, se consideran dientes perdidos.</p> <p>Dentado, se considerará a los odontogramas de pacientes que no presenten ninguna aspa, y las piezas que</p>	<p>Presencia</p> <p>Ausencia</p>	Nominal



		presenten antagonista de los terceros molares.		
Clasificación de Kennedy	Establece una división topográfica de los espacios edéntulos referida a una sola arcada. <sup>46, 47</sup>	Son las divisiones topográficas de los espacios edéntulos, dentro de los cuales se consideró, para la clase I las piezas que presenten aspás en ambos lados posteriores; clase II las piezas que presenten aspás; en un solo lado posterior; clase III las piezas que presenten aspás, esta puede ser en cualquier lado, pero siempre presenta una pieza posterior sin marcar; clase IV las piezas que presentan aspás, del sector anterior y cruza la línea media, y no presentan ninguna marca en la piezas posteriores; los datos registrados en el odontograma.	Clase I Clase II Clase III Clase IV	Nominal
Grupo etario	Personas clasificadas por edad, desde el nacimiento (recién nacido) hasta los octogenarios y más viejos	Son las clasificaciones de acuerdo a la edad, que puede presentar una persona, la cual se registrará de la historia clínica en	18- 29 años 30-59 años 60 a más.	Ordinal

	(anciano 80 o más años) <sup>48,49</sup>	una ficha de recolección de datos; según el ministerio de salud (MINSA).		
Sexo	La totalidad de características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino. <sup>50</sup>	Son las características físicas con las que nace una persona, las cuales se identificarán de los datos obtenidos de la historia clínica, esta se registrará en una ficha de recolección de datos.	Masculino Femenino	Nominal
Ubicación del edentulismo según la arcada	Es la acción y efecto de ubicar la ausencia de una o más piezas en una determinada arcada. <sup>51</sup>	Son los espacios edéntulos que se encuentran en la arcada maxilar o mandibular de los pacientes.  Se considerará en el maxilar como edéntulo parcial, si presentan piezas con aspás; dentado cuando el odontograma no presente ninguna aspa en las piezas dentarias; se considerará edéntulo parcial mandibular, si presentan piezas con aspás; dentado cuando el odontograma no presente ninguna aspa en las piezas	Maxilar Mandibular	Nominal

		dentarias los cuales se evaluarán mediante los datos registrados en el odontograma de la historia clínica		
--	--	---	--	--

## ANEXO 2: FÓRMULA PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra se determinó con la fórmula para estimación de frecuencias con (marco muestral conocido).

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de Muestra =?

N = Marco muestral = 8019

$\alpha$  = Alfa (máximo error tipo I) = 0.050

1- $\alpha$ /2 = nivel de confianza= 0.975

Z (1-  $\alpha$ /2) = Z (1-  $\alpha$ /2) =1.60

p = Prevalencia de la enfermedad = 0.720

q = Complemento de p = 0.280

d= Precisión= 0.050

Reemplazando:

$$n = \frac{8019 * (1.60)^2 * 0.720 * 0.280}{(0.050)^2 * (8019 - 1) + (1.60)^2 * 0.720 * 0.280}$$

Tenemos como resultado: 299



## ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

### CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN



#### CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN

Yo, Elmer A. Silvera Quispe con DNI N° 02168125 Magister en Salud Pública N° ANR/COP 19170, de profesión: Cirujano Dentista, desempeñándome actualmente como Cirujano Dentista y Docente del Instituto Tecnológico Público Manuel Núñez Butrón de la Ciudad de Juliaca.

Por medio de la presente hago constar que capacitado y calibrado al estudiante Ana Mariela Quispe Mamani con la finalidad de Validar el procedimiento de recolección de datos del Proyecto de Investigación titulado: Prevalencia de Edentulismo Parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud en Juliaca, 2019 al 2022.


En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Juliaca a los 30 días del mes de diciembre del dos mil veintiuno.


C.D. Elmer A. Silvera Quispe  
ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL  
C.O.P. 19170 - R.N.E. 780

Mgtr. : Salud Pública  
DNI : 02168125  
Especialidad : Rehabilitación Oral  
E-mail : elmersilvera99@gmail.com

# FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD DE LOS EVALUADORES</b>	ÁREA DE INVESTIGACIÓN
---	--	-----------------------

## I. DATOS INFORMATIVOS

<b>1.1. ESTUDIANTE:</b>	<b>Ana Mariela Quispe Mamani</b>
<b>1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:</b>	Prevalencia de Edentulismo Parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.
<b>1.3. ESCUELA PROFESIONAL:</b>	Estomatología
<b>1.4. TIPO DE INSTRUMENTO (adjuntar) :</b>	Ficha de recolección de datos
<b>1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO:</b>	<i>INDICE DE KAPPA ( X )</i> <i>COEFICIENTE INTERCLASE ( )</i> <i>COEFICIENTE INTRA CLASE ( )</i>
<b>1.6. FECHA DE APLICACIÓN:</b>	<b>28/01/2022</b>
<b>1.7. MUESTRA APLICADA:</b>	<b>50</b>

## II. CONFIABILIDAD

<b>ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:</b>	<b>1.0</b> <b>P valor= 0.00</b>
---	------------------------------------

## III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (*Ítemes iniciales, ítemes mejorados, eliminados, etc.*)

Se analizaron 50 resultados de la clasificación de Kennedy, medidos por el especialista y por la investigadora, obteniéndose en el 100% de los casos concordancia entre ambas mediciones.



Estudiante: Ana Mariela Quispe Mamani  
DNI 73222747



Firmado digitalmente por VALDEZ  
VELAZCO Gian Carlo FAU  
20145496170 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 28.01.2022 11:04:04 -05:00

Estadístico/Mg.  
Docente : Mg. Gian Carlo Valdez Velazco

# CAPTURA DE PANTALLA DEL PROGRAMA

ana.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Resultado

- Logaritmo
- Tablas cruzadas
  - Tablas
  - Notas
  - Conjunto de datos
  - Resumen de proc
  - VAR00001\*VAR00002
  - Medidas simétricas
  - Logaritmo

	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
VAR00001 * VAR00002	50	100,0%	0	0,0%	50	100,0%

**VAR00001\*VAR00002 tabulación cruzada**

Recuento

		VAR00002			Total
		,00	1,00	2,00	
VAR00001	,00	9	0	0	9
	1,00	0	8	0	8
	2,00	0	0	10	10
	3,00	0	0	0	23
Total		9	8	10	23
					50

**Medidas simétricas**

Medida de acuerdo	Kappa	Valor	Error estándar asintótico <sup>a</sup>	Aprox. S <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
		1,000	,000	11,672	,000
N de casos válidos 50					

a. No se supone la hipótesis nula.  
b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

SAVE OUTFILE='C:\Users\LENOVO\Documents\ana.sav'  
/COMPRESSED.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicoide.ON

14:43  
28/1/2022



## ANEXO 5: CARTA DE PRESENTACIÓN



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Piura, 21 de diciembre de 2021

### CARTA DE PRESENTACIÓN N° 607-2021/UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Dr.  
**Juan Carlos Tupa Fernández**  
Jefe del Establecimiento de Salud CLAS Jorge Chávez  
Lima. -

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle a la alumna **Quispe Mamani Ana Mariela** identificada con DNI N°73222747, quienes están realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad César vallejo – Filial Piura y desea realizar su Proyecto titulado “**Prevalencia del Edentulismo Parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud Juliaca, 2019 al 2022**”.

Por lo tanto, solicito otorgue acceso a las historias clínicas de su representada y así continuar con su investigación.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,



**Mg. Eric Giancarlo Becerra Atoche**  
Director Escuela de Estomatología

c.c.

## ANEXO 6: CARTA DE ACEPTACIÓN



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Juliaca, 29 de diciembre del 2021

**CARTA N° 22-2021/ CENTRO DE SALUD CLAS JORGE CHAVÉZ /JULIACA**

Mg.

Eric Giancarlo Becerra Atoche

Director Escuela de Estomatología

Juliaca. –

Asunto: Aceptación de la estudiante del Taller de Titulación

Referencia: CARTA DE PRESENTACIÓN N° 607-2021/ UCV-EDE-P13-F01/PIURA

De mi consideración:

Por medio del presente, expreso mi cordial saludo y a la vez en relación al documento de la referencia, comunico a usted la aceptación de la estudiante Quispe Mamani Ana Mariela, con N° de DNI 73222747 del Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología, para que desarrolle su INVESTIGACIÓN, dándole acceso a las historias clínicas y a la información que sea necesaria en mi representada.

Finalmente expresarle que la dirección del centro de salud donde se desarrollara en la prueba piloto y la investigación del estudiante aceptado, es en el centro de salud CLAS Jorge Chávez, ubicado en Jr. Ancash 179 - Circunvalación Este – Juliaca.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,

  
Juan Carlos Tupa Fernández  
PEDIATRIA  
C.M.P.: 52813

**Dr. Juan Carlos Tupa Fernández**  
Jefe del Establecimiento de Salud CLAS Jorge Chávez

## ANEXO 7: DECLARACIÓN JURADA

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, Elida Nora Huancapaza Onofre identificada con N° DNI 40056994, con colegiatura N° 21157, y con domicilio en Jr. Apurímac N° 916, Juliaca - San Román - Puno - Perú; manifiesto lo siguiente: Que habiendo realizado el odontograma de las historias clínicas del centro de salud, puedo decir que dicha información es fidedigna, verdadera; la cual será revisada, observada para el proyecto de investigación titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD EN JULIACA, 2019 AL 2022", para la obtención del título profesional de CIRUJANO DENTISTA.

Juliaca, 7 de enero del 2022



Elida N. Huancapaza Onofre  
CIRUJANO - DENTISTA  
C.O.P. 21157

Elida Nora Huancapaza Onofre  
DNI N° 40056994

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Edson Fidel Cossio Rondón identificada con N° DNI 29689426, con colegiatura N° 14400, y con domicilio en Urb. Rinconada II etapa E-20, Juliaca - San Román - Puno-Perú; manifiesto lo siguiente: Que habiendo realizado el odontograma de las historias clínicas del centro de salud, puedo decir que dicha información es fidedigna, verdadera; la cual será revisada, observada para el proyecto de investigación titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD EN JULIACA, 2019 AL 2022", para la obtención del título profesional de CIRUJANO DENTISTA.

Juliaca, 7 de enero del 2022



Dr. Edson Cossio/Rondón  
CIRUJANO DENTISTA  
EOR 14400

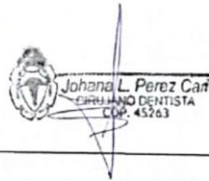
Edson Fidel Cossio Rondón

DNI N° 29689426

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Johana Lizbeth Pérez Cari identificada con N° DNI 43384467, con colegiatura N° 45263, y con domicilio en Jr. Machupicchu N° 238, Juliaca - San Román - Puno- Perú; manifiesto lo siguiente: Que habiendo realizado el odontograma de las historias clínicas del centro de salud, puedo decir que dicha información es fidedigna, verdadera; la cual será revisada, observada para el proyecto de investigación titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD EN JULIACA, 2019 AL 2022", para la obtención del título profesional de CIRUJANO DENTISTA.

Juliaca, 10 de enero del 2022



Johana L. Perez Cari  
CIRUJANO DENTISTA  
C.O.P. 45263

Johana Lizbeth Pérez Cari  
DNI N° 43384467

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Ronald Huanca Cano identificada con N° DNI 46484904, con colegiatura N° 33733, y con domicilio en Jr. Umachiri N°106, Juliaca - San Román - Puno - Perú; manifiesto lo siguiente: Que habiendo realizado el odontograma de las historias clínicas del Centro de Salud CLAS Jorge Chávez, puedo decir que dicha información es fidedigna, verdadera; la cual será revisada, observada para el proyecto de investigación titulado "PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN UN CENTRO DE SALUD EN JULIACA, 2019 AL 2021", para la obtención del título profesional de CIRUJANO DENTISTA.

Juliaca, 19 de enero del 2022

  
  
Ronald Huanca Cano  
DNI N° 46484904

## ANEXO 8: IMÁGENES



Imagen 1 calibración con el especialista



Imagen 1 calibración con el especialista



Imagen 1 calibración con el especialista



Imagen 1 calibración con el especialista



Imagen 2 modelos de yeso desdentados, algunos tienen la base metálica





Imagen 3 El especialista revisando los odontogramas y llenando la ficha de recolección de datos

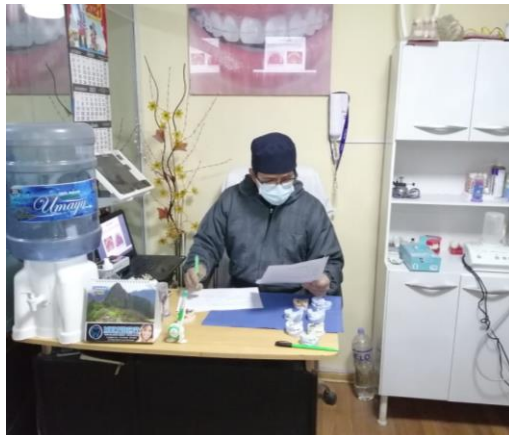


Imagen 3 El especialista revisando los odontogramas y llenando la ficha de recolección de datos



Imagen 4 fuera del centro de salud



Imagen 5 fuera del área de Admisión



Imagen 6 recolección de la información en el área de Admisión



Imagen 6 recolección de la información en el área de Admisión



Imagen 6 recolección de la información en el área de Admisión



Imagen 6 recolección de la información en el área de Admisión

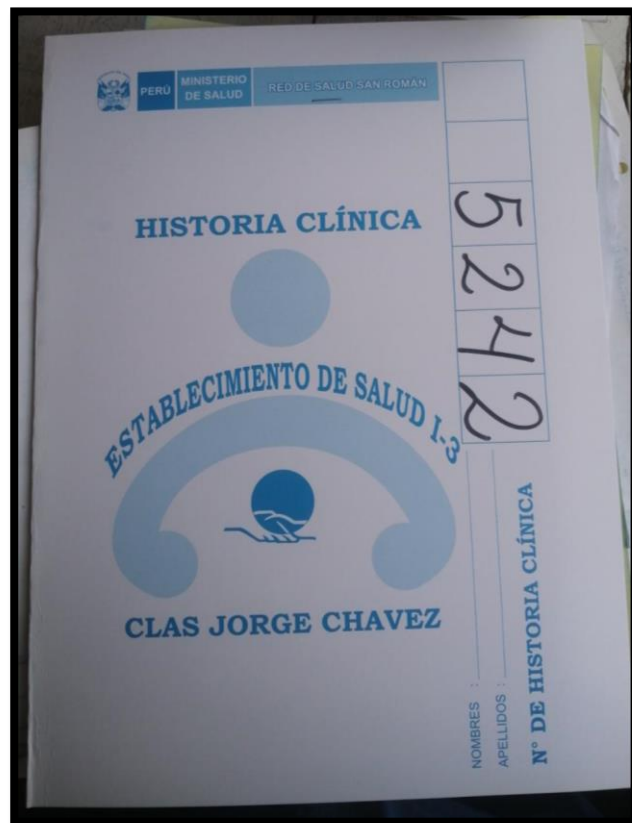
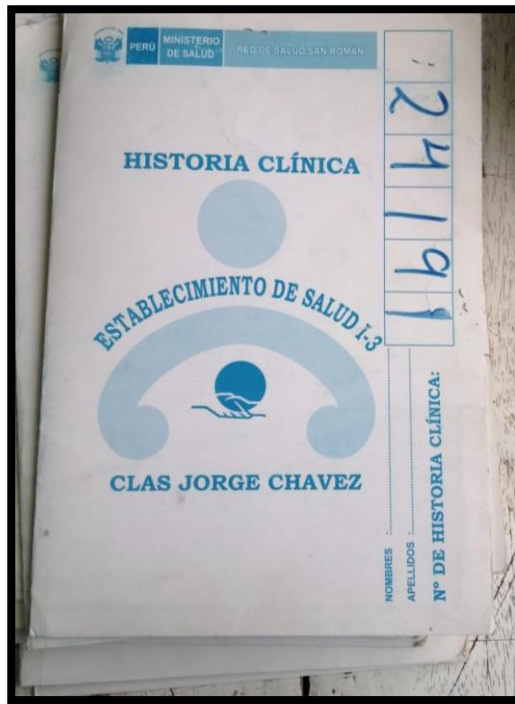


Imagen 7 historia clínica del área de Admisión

	A	B	C	D	E	F
1	N	EDENTULISMO	MAXILAR	MANDIBULAR	GRUPO ETARIO	SEXO
2	1	1	1	3	1	0
3	2	0	0	0	1	0
4	3	1	2	2	1	1
5	4	1	3	0	1	1
6	5	1	0	2	1	0
7	6	1	3	3	1	0
8	7	1	2	2	0	1
9	8	1	3	0	1	1
10	9	0	0	0	0	1
11	10	1	4	0	0	1
12	11	1	0	3	1	0
13	12	1	2	1	2	1
14	13	1	0	2	0	1
15	14	1	0	3	0	1
16	15	0	0	0	1	1
17	16	1	0	3	1	1
18	17	0	0	0	0	1
19	18	0	0	0	0	1
20	19	1	0	3	1	0
21	20	1	0	3	1	1
22	21	1	0	2	0	1
23	22	1	0	3	0	1
24	23	1	0	2	1	1
25	24	1	3	1	2	0
26	25	1	0	3	0	1
27	26	1	2	1	2	0

Hoja1

	A	B	C	D	E	F
28	27	1	3	3	0	1
29	28	1	3	3	1	1
30	29	1	3	3	1	0
31	30	0	0	0	2	1
32	31	1	2	3	1	1
33	32	1	4	2	2	0
34	33	0	0	0	0	1
35	34	1	0	1	1	1
36	35	1	3	3	0	1
37	36	1	0	2	1	0
38	37	1	1	3	1	1
39	38	1	2	1	1	0
40	39	1	0	3	0	1
41	40	1	0	2	1	1
42	41	1	1	3	0	1
43	42	0	0	0	0	1
44	43	1	0	1	1	0
45	44	0	0	0	1	1
46	45	0	0	0	0	1
47	46	1	1	4	1	1
48	47	1	1	1	1	1
49	48	1	2	1	1	1
50	49	1	0	3	0	1
51	50	1	1	1	1	1
52	51	0	0	0	0	0
53	52	1	3	1	1	0
54	53	1	3	3	1	1

Hoja1

	A	B	C	D	E	F
278	277	0	0	0	0	1
279	278	1	1	1	1	1
280	279	0	0	0	0	1
281	280	1	3	3	1	0
282	281	1	0	2	1	1
283	282	1	0	2	1	1
284	283	0	0	0	0	0
285	284	1	3	2	0	1
286	285	0	0	0	1	1
287	286	0	0	0	0	1
288	287	1	1	0	1	1
289	288	1	3	3	0	1
290	289	1	2	0	0	1
291	290	1	2	3	1	1
292	291	0	0	0	0	1
293	292	1	2	1	1	1
294	293	1	3	3	1	1
295	294	1	3	3	0	1
296	295	0	0	0	1	1
297	296	1	3	3	1	1
298	297	0	0	0	0	1
299	298	1	4	0	0	1
300	299	1	1	0	0	1
301						
302		0=DENTADO	0=DENTADO	0=DENTADO	0=18 A 29 AÑOS	0=MASCULINO
303	ETC	1=DESIDENTADO	1=CLASE I	1=CLASE I	1=30 A 59 AÑOS	1=FEMENINO
304			2=CLASE II	2=CLASE II	2=60 A MÁS	
305			3=CLASE III	3=CLASE III		
306			4=CLASE IV	4=CLASE IV		

Hoja1

Imagen 8: captura de pantalla del programa

## ANEXO 9: CONSTANCIA



### CENTRO DE SALUD CLAS JORGE CHÁVEZ

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

### CONSTANCIA

El Jefe del Establecimiento de Salud CLAS Jorge Chávez que suscribe,

De mi especial consideración

Hago constar que la estudiante Quispe Mamani Ana Mariela, con N° de DNI 73222747, quien está realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad Cesar Vallejo- Filial Piura, ha recolectado datos de las historias clínicas para su prueba piloto y su investigación titulada “Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021”, **en el periodo de 03 de Enero y 15 de Febrero del 2022** en el Centro de Salud CLAS Jorge Chávez, ubicado en Jr. Ancash 179 - Circunvalación Este-Juliaca.

Se otorga el siguiente documento, a solicitud de la parte interesada, para los fines que estime conveniente.

Atentamente,

Juliaca, 14 de marzo del 2022

Juan Carlos Tupa Fernández  
PEDIATRIA  
CMP-52813

**Dr. Juan Carlos Tupa Fernández**  
Jefe del Establecimiento de Salud CLAS Jorge Chávez



## ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS LLENADA

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. DATOS GENERALES:

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021

1.2. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR: Quispe Mamani Ana Mariela

1.2. INSTITUCIÓN EN LA CUAL SE VA EJECUTAR LA INVESTIGACIÓN: Centro de Salud CLAS Jorge Chávez

1.3. ENCARGADO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS: Rodríguez Yucra Joeniz Mayrana

#### II. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

N°	H.CL.	SEXO		GRUPO ETARIO			DENTADO	CLASIFICACIÓN DE KENNEDY								PREVALENCIA	
		M	F	18- 29 años	30-59 años	60 a más.		CLASE I		CLASE II		CLASE III		CLASE IV		PRESENCIA	AUSENCIA
								MAXILAR	MAMIDIBULAR	MAXILAR	MAMIDIBULAR	MAXILAR	MAMIDIBULAR	MAXILAR	MAMIDIBULAR		
1	28693	X			X			X					X			X	
2	28729	X			X		X										X
3	29071		X		X					X	X					X	
4	29303		X		X						X					X	
5	29305	X			X						X					X	
6	29676	X			X						X	X				X	
7	29450		X	X						X	X					X	
8	30011		X		X						X					X	
9	30314		X	X			X										X
10	30334		X	X									X			X	

11	30809	X			X								X			X	
12	30858		X			X			X	X						X	
13	30997		X	X							X					X	
14	31113		X	X									X			X	
15	31542		X		X		X										X
16	31773		X		X								X			X	
17	31778		X	X			X										X
18	31889		X	X			X										X
19	32095	X			X								X			X	
20	27620		X		X								X			X	
21	2395		X	X							X					X	
22	30411		X	X									X			X	
23	30463		X		X							X				X	
24	30535	X				X			X			X				X	
25	38803		X	X									X			X	
26	29906	X				X			X	X						X	
27	29790		X	X								X	X			X	
28	30630		X		X							X	X			X	
29	29867	X			X							X	X			X	
30	29810		X			X	X										X
31	29350		X		X					X			X			X	
32	29483	X				X					X			X		X	
33	28816		X	X			X										X
34	28995		X		X				X							X	
35	29162		X	X								X	X			X	
36	29203	X			X						X					X	

37	29232		X		X			X					X			X	
38	29315	X			X				X	X						X	
39	28979		X	X									X			X	
40	25007		X		X						X					X	
41	25136		X	X				X					X			X	
42	25825		X	X			X										X
43	25866	X			X				X							X	
44	25141		X		X		X										X
45	25146		X	X			X										X
46	6131		X		X			X						X		X	
47	34594		X		X			X	X							X	
48	19831		X		X				X	X						X	
49	35571		X	X									X			X	
50	25362		X		X			X	X							X	
51	25539	X		X			X										X
52	25461	X			X				X			X				X	
53	25443		X		X							X	X			X	
54	25936	X			X							X	X			X	
55	24750	X			X					X	X					X	
56	24756	X		X						X	X					X	
57	26069		X		X		X										X
58	26259		X		X		X										X
59	26234		X		X				X			X				X	
60	26217	X			X		X										X
61	26210	X			X						X					X	
62	26196	X			X				X							X	

63	26176	X		X			X										X
64	26175		X		X					X	X					X	
65	26059		X	X							X	X				X	
66	26056		X		X						X	X				X	
67	25583	X			X				X							X	
68	18393		X	X					X				X			X	
69	19654	X		X						X						X	
70	19577		X		X		X										X
71	19470	X		X									X			X	
72	19396		X		X			X					X			X	
73	19356		X	X			X										X
74	18050		X			X					X			X		X	
75	20654		X	X			X										X
76	16303		X		X				X	X						X	
77	17926	X				X				X	X					X	
78	17956		X	X					X	X						X	
79	20297		X		X		X										X
80	16484		X		X						X					X	
81	16447		X		X				X	X						X	
82	16388	X				X		X			X					X	
83	16310		X	X						X	X					X	
84	19270		X		X			X			X					X	
85	24238		X		X				X			X				X	
86	17633	X			X							X				X	
87	16546	X			X							X				X	
88	16552		X	X				X			X					X	

89	3518		X	X							X				X	
90	1258	X		X								X			X	
91	1257	X			X				X	X					X	
92	1248		X		X			X							X	
93	1131		X		X		X									X
94	1111		X	X				X			X				X	
95	3319		X		X					X					X	
96	3294		X	X			X									X
97	539		X	X			X									X
98	461		X	X			X									X
99	379		X		X				X	X					X	
100	2714		X		X				X	X					X	
101	1653		X	X			X									X
102	1663		X		X							X			X	
103	1693		X	X							X	X			X	
104	35478		X	X			X									X
105	2890		X		X							X			X	
106	2914		X		X							X			X	
107	3060		X	X			X									X
108	4664		X	X							X	X			X	
109	4662		X	X								X			X	
110	4658		X	X							X				X	
111	4624		X	X			X									X
112	4605		X	X			X									X
113	4503		X		X		X									X
114	4480		X	X							X	X			X	





167	35721		X			X						X			X	
168	32019		X		X						X				X	
169	31122	X			X				X						X	
170	31049		X		X		X									X
171	31103		X		X				X	X					X	
172	14723		X			X	X									X
173	1444	X		X							X				X	
174	1456		X	X						X					X	
175	1588		X		X				X						X	
176	3902		X	X			X									X
177	3695	X			X		X									X
178	3903		X		X		X									X
179	3880		X		X					X					X	
180	5313		X	X			X									X
181	4828		X	X			X									X
182	17400		X	X							X	X			X	
183	18262		X		X						X				X	
184	27640		X			X			X	X					X	
185	4417		X	X								X			X	
186	16660		X		X			X				X			X	
187	1811	X			X						X	X			X	
188	1646		X	X						1	X				X	
189	1599		X	X						1	X				X	
190	1791		X	X							X				X	
191	1617		X	X						X	X				X	
192	1740	X			X			X	X						X	



193	1729		X	X				X								X	
194	1708		X		X			X	X							X	
195	1682		X	X							X					X	
196	4882		X	X			X										X
197	29388		X		X					X			X			X	
198	3530		X	X			X										X
199	1448		X	X			X										X
200	3420		X	X					X							X	
201	5043		X	X			X										X
202	4985	X		X			X										X
203	4885		X	X			X										X
204	4900		X		X		X										X
205	23880		X		X								X			X	
206	5112		X		X		X										X
207	5127		X	X			X										X
208	5057		X	X			X										X
209	5029		X		X		X										X
210	4793		X			X	X										X
211	4844		X	X			X										X
212	4974		X	X			X										X
213	5169		X		X		X										X
214	5242		X		X					X			X			X	
215	5260		X	X			X										X
216	5443		X			X							X	X		X	
217	5492		X		X						X	X				X	
218	5623		X	X									X			X	

219	5749		X		X		X										X
220	5756		X	X			X										X
221	5777		X	X			X										X
222	5970	X		X			X										X
223	6048		X		X					X	X					X	
224	6097	X		X								X				X	
225	6253		X	X			X										X
226	6266		X		X				X							X	
227	6339	X		X							X					X	
228	6483		X	X							X					X	
229	6223		X		X		X										X
230	6543		X		X			X		X						X	
231	6033		X	X			X										X
232	6557		X	X			X										X
233	6591		X	X			X										X
234	6670		X	X							X					X	
235	6698		X	X			X										X
236	6843		X	X			X										X
237	163		X	X			X										X
238	184		X	X							X	X				X	
239	197		X	X				X								X	
240	335		X	X							X	X				X	
241	394		X	X				X	X							X	
242	459	X		X								X				X	
243	463		X		X		X										X
244	486		X	X								X	X			X	

245	491		X		X						X	X			X	
246	494		X	X							X				X	
247	548		X	X								X			X	
248	600		X	X			X									X
249	663		X	X								X			X	
250	658		X		X						X	X			X	
251	714		X	X			X									X
252	727		X	X			X									X
253	792		X		X			X							X	
254	852		X		X						X	X			X	
255	879		X		X			X							X	
256	1004		X		X			X							X	
257	1035	X				X		X				X			X	
258	1056		X		X				X			X			X	
259	1116	X			X				X	X					X	
260	1126	X		X			X									X
261	24376	X			X		X									X
262	6704		X		X						X			X	X	
263	708		X	X			X									X
264	994		X	X								X			X	
265	980		X		X				X	X					X	
266	896		X	X								X	X		X	
267	12753		X	X			X									X
268	12915		X		X							X			X	
269	13064		X		X				X			X			X	
270	13060		X		X			X	X						X	

271	13050		X	X			X										X
272	11760		X		X		X										X
273	11922	X			X							X				X	
274	12064		X	X			X										X
275	11991		X		X		X									X	X
276	6651		X	X			X										X
277	6472		X	X			X										X
278	6442		X		X				X	X							X
279	6326		X		X		X										X
280	5447	X		X							X	X					X
281	5519		X		X					X							X
282	12679		X		X					X							X
283	12329	X		X			X										X
284	11513		X	X						X	X						X
285	8485		X		X		X										X
286	7645		X	X			X										X
287	8468		X		X				X								X
288	8437		X	X							X	X					X
289	10182		X	X						X							X
290	35350		X		X					X			X				X
291	7870		X		X		X										X
292	9911		X		X				X	X							X
293	9363		X		X						X	X					X
294	11216		X	X							X	X					X
295	11029		X		X		X										X
296	10663		X		X						X	X					X

297	10660		X	X			X										X
298	7076		X	X										X		X	
299	9885		X	X				X								X	
TOTAL		54	245	148	136	15	104	21	29	36	43	72	87	6	3	195	104
TOTAL		299		299			104	297							299		

H.CL.: Historia Clínica; M: Masculino, F: Femenino

**FECHA: 15 DE ENERO 2022    DNI: 73222747    FIRMA DEL INVESTIGADOR:**



FUENTE: ELAVORADO POR LA AUTORA

## ANEXO 11: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### Prevalencia de Edentulismo Parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	METODO	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO
¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021?	<p>Objetivo general: Determinar la prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la ubicación de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar la prevalencia de edentulismo parcial según grupo etario en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar la prevalencia de edentulismo parcial según sexo en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según grupo etario en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la ubicación en la arcada según sexo en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según el grupo etario en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al</p>	<p>VARIABLE</p> <p>Prevalencia de edentulismo parcial</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia</li> <li>- Ausencia</li> </ul> <p>COVARIABLE</p> <p>Clasificación de Kennedy</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clase I</li> <li>- Clase II</li> <li>- Clase III</li> <li>- Clase IV</li> </ul> <p>COVARIABLE</p> <p>Grupo etario</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18- 29 años</li> <li>- 30-59 años</li> <li>- 60 a más.</li> </ul>	<p>Esta investigación es no experimental</p> <p>Está en un nivel investigativo descriptivo, según la intervención es no experimental según el periodo y secuencia de estudio es transversal según tiempo de ocurrencia de hechos es retrospectivo.</p>	<p>METODO. DEDUCTIVO</p> <p>Tipo de investigación básica</p> <p>Nivel: descriptivo</p> <p>Tipo cualitativa con un diseño no experimental, transversal y retrospectivo</p> <p>Tipo de técnica observacional</p> <p>Muestreo: No probabilístico, por conveniencia</p> <p>Instrumento: Clasificación de Kennedy</p> <p>Procesamiento: prueba de CHI cuadrado de Pearson</p>	<p>la población está conformada por N=8019 pacientes mayores de 18 años en un centro de salud en Juliaca</p> <p>La muestra no probabilística, se utilizará un muestreo por convención, la muestra para la estimación de frecuencias (marco muestral conocido) que será de n= 299</p>

	<p>2021, determinar el edentulismo parcial de acuerdo a la clasificación de Kennedy según sexo en un centro de salud público, Juliaca, 2019 al 2021.</p>	<p>COVARIABLE Sexo INDICADORES -Masculino -Femenino</p> <p>COVARIABLE Ubicación del edentulismo según arcada</p> <p>INDICADORES -Maxilar -Mandibular</p>			
--	--	--	--	--	--



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, RUIZ CISNEROS CATHERIN ANGELICA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes mayores de 18 años en un Centro de Salud público, Juliaca, 2019 al 2021", cuyo autor es QUISPE MAMANI ANA MARIELA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 13 de Abril del 2022

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
RUIZ CISNEROS CATHERIN ANGELICA <b>DNI:</b> 41631181 <b>ORCID</b> 0000-0002-0978-3465	Firmado digitalmente por: CRUIZCI el 17-04-2022 19:55:20

Código documento Trilce: TRI - 0295566