

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Odontología**  
**Escuela Profesional de Odontología**



**FRECUENCIA DE EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL  
REGISTRADAS EN HISTORIAS CLÍNICAS EN EL  
CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DEL  
DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por el Bachiller:  
**Cruz León, Juan Fernando**

Para optar el Título Profesional de:  
**Cirujano Dentista**

Asesora:  
**Dra. Cáceres Bellido, Lenia Victoria  
Teresa**

**Arequipa – Perú**

**2022**

UCSM-ERP

## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 09 de Marzo del 2022

Dictamen: 004925-C-EPO-2022

Visto el borrador del expediente 004925, presentado por:

2017242961 - CRUZ LEON JUAN FERNANDO

Titulado:

**FRECUENCIA DE EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL REGISTRADAS EN HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DEL DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA 2019**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

0788 - CHAVEZ OBLITAS EDITH ANGELICA  
DICTAMINADOR



2343 - GAMA CONTRERAS MARIA EUGENIA  
DICTAMINADOR



2461 - GAMARRA OJEDA ROXANA MARY  
DICTAMINADOR



## DEDICATORIA

*A Dios. Por permitirme llegar a esta etapa, y por proporcionarme la salud necesaria para perseguir mis objetivos, así como por su inconmensurable bondad y amor.*

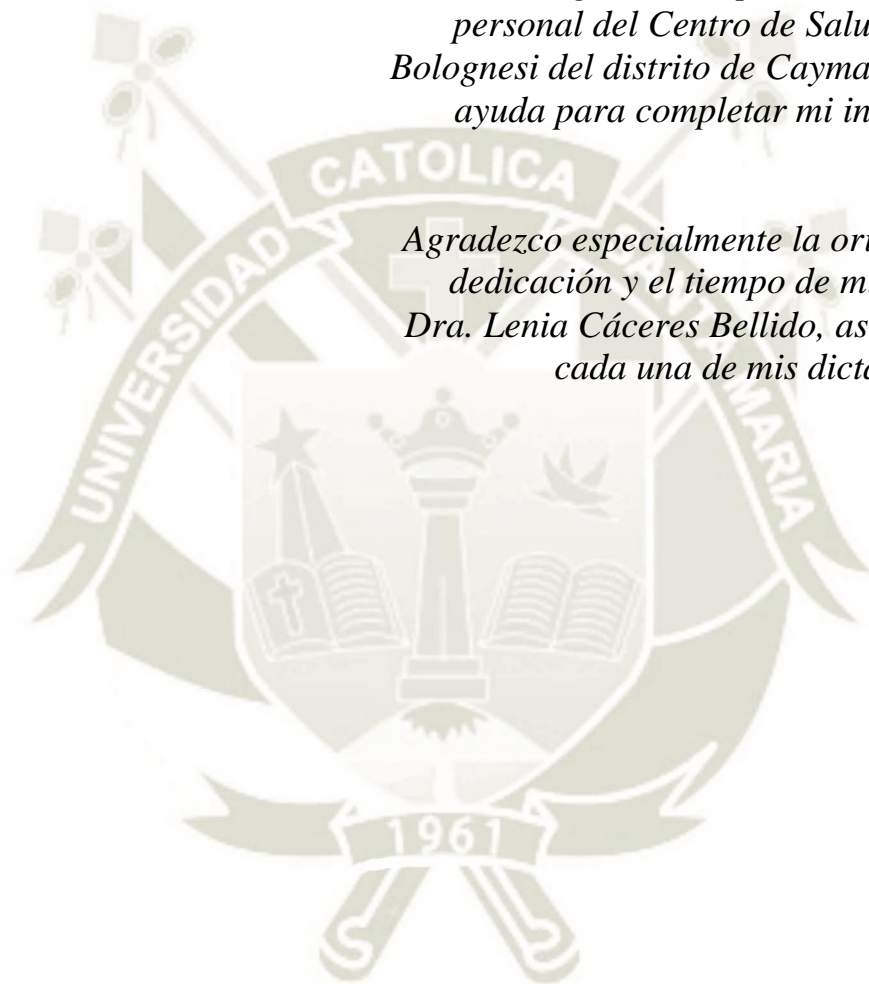
*A mis amados padres Zenaida y Juan, por apoyarme siempre, por su sabiduría, valores, motivación y por su apoyo incondicional que me ha permitido ser una persona de bien, pero sobre todo por su amor y su infinita paciencia.*

*A mis hermanas, ya que han sido un motor para ayudarme a alcanzar mis metas. A los miembros de mi familia que siempre han estado a mi lado, animándome y dándome fuerzas para seguir adelante.*

## AGRADECIMIENTO

*Me gustaría expresar mi gratitud al personal del Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma por toda su ayuda para completar mi investigación.*

*Agradezco especialmente la orientación, la dedicación y el tiempo de mi asesora, la Dra. Lenia Cáceres Bellido, así como el de cada una de mis dictaminadoras.*



## RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo de investigación es poder determinar la frecuencia del edentulismo total y parcial en pacientes adultos a través de las historias clínicas y odontogramas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.

La investigación es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal desarrollado en el Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma. Se realizó el estudio de 145 historias que cumplieron con los criterios de inclusión, contabilizándose 36 maxilares con edentulismo total, 221 maxilares con edentulismo parcial y 33 maxilares que no presentaron edentulismo.

Para la obtención de los datos se empleó estadística descriptiva con frecuencias absolutas (n°) y relativas (%); los datos fueron cuantificados con el programa de M. Excel, las tabulaciones y gráficos fue realizado por mi persona.

Para la obtención de datos se requirió una solicitud para el ingreso del área de administración del Centro de Salud Francisco Bolognesi. Consignando los datos en una ficha de registro observacional, con los cuales se procedió a la realización de la matriz de sistematización.

Los resultados nos muestran que el edentulismo parcial corresponde al tipo de pérdida dental más frecuente frente al edentulismo total, también se pudo observar que los pacientes entre 29 a 58 años presentan mayor frecuencia de edentulismo parcial, siendo la Clase I y II de Kennedy la más frecuente con el 66,06 %. Por otro lado, la clase IV de Kennedy fue la menos frecuente con 3,17 %.

Como conclusión, la mayor frecuencia de edentulismo es la parcial donde predomina Clase I y II.

**Palabras claves:** Edentulismo parcial, clasificación de Kennedy, edentulismo total.

## ABSTRACT

The main objective of this research work is to be able to determine the frequency of total and partial edentulism in adult patients through the medical records and odontograms registered at the Francisco Bolognesi Health Center during the year 2019.

The research is a descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study developed at the Francisco Bolognesi Health Center in the district of Cayma. The study of 145 histories that met the inclusion criteria was carried out, accounting for 36 maxillae with total edentulism, 221 maxillae with partial edentulism and 33 maxillae that did not present edentulism.

To obtain the data, descriptive statistics were used with absolute ( $n^\circ$ ) and relative (%) frequencies; the data was quantified with the M. Excel program, the tabulations and graphs were made by me.

To obtain data, a request was required to enter the administration area of the Francisco Bolognesi Health Center. Consigning the data in an observational record card, with which the systematization matrix was carried out.

The results show us that partial edentulism corresponds to the most frequent type of dental loss compared to total edentulism, it was also possible to observe that patients between 29 and 58 years of age present a higher frequency of partial edentulism, with Kennedy Class I and II being the most frequent. frequent with 66.06%. On the other hand, Kennedy class IV was the least frequent with 3.17%.

In conclusion, the highest frequency of edentulism is partial where Class I and II predominated.

**Keywords:** Partial edentulism, Kennedy classification, total edentulism.

## INTRODUCCIÓN

El edentulismo es un estado de la salud bucal donde se pierden las piezas dentarias, se clasifica en edentulismo total y parcial, las causas son diversas, siendo una de las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (1).

La pérdida de piezas dentarias perjudica de forma estética y fisiológica a la persona que padece de este estado bucal. El edentulismo total puede ser bimaxilar o monomaxilar, el edentulismo parcial a diferencia del edentulismo total, presenta gran diversidad de formas, por lo cual que en 1925 se creó una clasificación para las diversas formas que el edentulismo parcial se presenta.

Los pacientes con edentulismo suelen presentar problemas en la función, estética y la armonía del sistema estomatognático, las cuales son de suma importancia, el mejor tratamiento es prevenir la pérdida dental mediante estrategias de prevención.

En el presente trabajo de investigación, tiene como objetivo estimar la frecuencia de edentulismo total y parcial del Centro de Salud Francisco Bolognesi en las historias clínicas registradas durante el 2019. El diseño de investigación fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se examinó 145 historias clínicas.

La tesis consta de tres capítulos. El problema, los objetivos y el marco teórico se abordan en el capítulo I, titulado planteamiento teórico.

El planteamiento operacional, que incluye las técnicas, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación, las estrategias de recolección y el manejo de los resultados, se trata en el capítulo II.

Los resultados del estudio, que incluyen el procesamiento y el análisis estadístico, las tablas, gráficas y las interpretaciones, así como la discusión, las conclusiones y las recomendaciones, se presentan en el capítulo III.

Por último, se incluyen la bibliografía y los anexos necesarios.



## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>vii</b>
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>2</b>
1.1. Determinacion del problema .....	2
1.2. Enunciado.....	3
1.3. Descripción.....	3
1.4. Justificación.....	5
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>6</b>
3.1. Marco Conceptual .....	6
a. Edentulismo.....	6
b. Tipos de edentulismo .....	6
c. Etiología del edentulismo.....	9
d. Consecuencias de edentulismo.....	11
3.2. Análisis de antecedentes investigativos.....	12
3.2.1. Antecedentes locales: .....	12
3.2.2 Antecedentes Nacionales .....	13
3.2.3. Antecedentes internacionales .....	15
<b>CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>17</b>
<b>1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN. 18</b>	
1.1. Técnica .....	18
1.2. Instrumentos .....	18
1.3. Materiales .....	19
<b>2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....</b>	<b>20</b>
2.1. Ubicación espacial.....	20
2.2. Ubicación temporal .....	20
2.3. Unidades de estudio .....	20

<b>3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN .....</b>	<b>21</b>
3.1 Organización .....	21
3.2 Recurso.....	21
3.3 Prueba piloto .....	22
<b>4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
4.1. Plan de procesamiento.....	22
4.2. Plan de análisis .....	23
<b>CAPITULO III: RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS .....	25
DISCUSIÓN .....	45
CONCLUSIONES .....	48
RECOMENDACIONES.....	49
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>51</b>
Anexo 1: Matriz de sistematización.....	52
Anexo 2: Solicitud .....	62
Anexo 3: Autorización.....	63
Anexo 4: Historia Clínica del puesto de salud .....	64
Anexo 5: Odontograma.....	65
Anexo 6: Ficha de registro.....	66
Anexo 7: Fotografías.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Frecuencia de edentulismo total y parcial según la clasificación de Kennedy de los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas del Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>25</b>
Tabla N°2 Frecuencia de edentulismo total y parcial según la edad en historias clínicas registradas en el Centro Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>27</b>
Tabla N°3 Frecuencia de edentulismo total bimaxilar y monomaxilar según el sexo de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi el año 2019.....	<b>29</b>
Tabla N°4 Frecuencia de edentulismo parcial según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019	<b>31</b>
Tabla N°5 Frecuencia de edentulismo total según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.....	<b>33</b>
Tabla N°6 Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>35</b>
Tabla N°7 Frecuencia de las modificaciones de Applegate en maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.....	<b>37</b>
Tabla N°8 Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.....	<b>39</b>
Tabla N°9 Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.....	<b>41</b>
Tabla N°10 Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior y superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>43</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico N°1 Frecuencia de edentulismo total y parcial según la clasificación de Kennedy de los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas del Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>26</b>
Gráfico N°2 Frecuencia de edentulismo total y parcial según la edad en historias clínicas registradas en el Centro Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>28</b>
Gráfico N°3 Frecuencia de edentulismo total bimaxilar y monomaxilar según el sexo de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi el año 2019.....	<b>30</b>
Gráfico N°4 Frecuencia de edentulismo parcial según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019	<b>32</b>
Gráfico N°5 Frecuencia de edentulismo total según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019	<b>34</b>
Gráfico N° 6 Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>36</b>
Gráfico N°7 Frecuencia de las modificaciones de Applegate en maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.....	<b>38</b>
Gráfico N°8 Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>40</b>
Gráfico N°9 Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>42</b>
Gráfico N°10 Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior y superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019 .....	<b>44</b>



# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

## 1. Problema de investigación

### 1.1. Determinación del problema

El edentulismo es un estado de la salud oral, que consiste en la pérdida de una o más piezas dentarias, para su tratamiento y diagnóstico se clasifica en total y parcial. A su vez el edentulismo total se clasifica en: Monomaxilar y Bimaxilar, y el edentulismo parcial en cuanto a su clasificación inicial establecido por el Dr. Edward Kennedy en: Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV, sin embargo, por su gran diversidad fue necesario la introducción de reglas para mejorar la identificación del tipo de edentulismo parcial, las cuales fueron establecidas por Applegate.

Los factores que provocan o causan la pérdida dental son muy numerosos, generalmente se deben a enfermedades periodontales y carie. Gran cantidad de personas padecen estas enfermedades, si no son atendidas en el tiempo correcto pueden desencadenar la pérdida de dientes. Esta pérdida altera las funciones del sistema estomatognático, como la masticación, la fonética y la estética.

El factor preventivo puede evitar la pérdida dental de gran manera, por ello son importantes los estudios epidemiológicos, para identificar los patrones repetitivos del edentulismo, para poder actuar frente a él.

El problema en cuestión fue determinado por experiencia vivencial que permitió la inmersión en el área problemática; por la realización de prácticas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi y la revisión de antecedentes investigativos para verificar su originalidad.

## 1.2. Enunciado

“Frecuencia de Edentulismo total y parcial registradas en historias clínicas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa 2019”

## 1.3. Descripción

### a) Área de conocimiento:

- Área general: Ciencias de la salud.
- Área específica: Odontología
- Especialidad: Prostodoncia
- Línea: Edentulismo

### b) Operacionalización de variables:

Variables	Indicadores	Subindicadores
Frecuencia de edentulismo total	Monomaxilar	Superior Inferior
	Bimaxilar	Presenta No presenta
Frecuencia de edentulismo parcial.	Clase I	Modificación 1 Modificación 2 Modificación 3 Modificación 4
	Clase II	Modificación 1 Modificación 2 Modificación 3

		Modificación 4
	Clase III	Modificación 1 Modificación 2 Modificación 3 Modificación 4
	Clase IV	Si presenta No presenta

**c) Interrogantes básicas.**

c.1 ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo total registrado en historias clínicas del Centro de Salud de Francisco Bolognesi?

c.2 ¿Cuál es la frecuencia de edentulismo parcial registrados en dichas historias clínicas?

**d) Taxonomía:**

Abordaje	Tipo de Estudio					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el n° de mediciones de la variable	Por el n° de muestra o población	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Retrospectiv o	Transversal	Descriptivos	Documentales	No experimentales	Descriptiv o

**1.4. Justificación**

La novedad del presente trabajo de investigación es la búsqueda de la frecuencia de edentulismo total y parcial según la clasificación de Kennedy y las modificaciones de Applegate, la investigación no presenta similitud alguna a nivel local que busque la cantidad y la frecuencia del tema tratado con un enfoque epidemiológico; es decir; no hay una investigación que trate el tema comentado epidemiológicamente.

El presente proyecto de investigación tiene relevancia científica y social, la primera está representada por un conjunto de conocimiento que podrían encontrarse por las variables mencionadas en el proyecto de investigación, la relevancia social alude a la importancia de este tema en la sociedad.

Se considera que el proyecto es factible porque se ha previsto la disponibilidad del centro de salud ya mencionado y las historias clínicas están debidamente documentadas.

Este trabajo tiene como parte de mi interés la contribución con la especialidad de prostodoncia, y para lograr el Título Profesional del Cirujano Dentista.

## 2. Objetivos

2.1. Determinar la frecuencia de edentulismo total registrado en historias clínicas del Centro de Salud de Francisco Bolognesi.

2.2. Determinar la frecuencia de edentulismo parcial registrados en dichas historias clínicas.

## 3. Marco teórico

### 3.1. Marco Conceptual

#### a. Edentulismo

##### a.1 Concepto

El edentulismo es la condición bucal en la cual se caracteriza por la faltan dientes; se clasifica en dos tipos: edentulismo parcial y edentulismo total (1).

El edentulismo es un problema de salud pública, ya que afecta a gran parte de nuestra población, y con métodos preventivos se puede evitar la pérdida prematura de las piezas dentales, las causas del edentulismo son variadas, desde la presencia de caries hasta los traumatismos.

La ausencia de un solo diente puede provocar problemas estéticos y de masticación a corto plazo (2).

#### b. Tipos de edentulismo

##### o Total

Edentulismo total es la pérdida de todas las piezas dentarias puede ser: bimalixar o monomaxilar.

○ **Parcial**

Es la ausencia parcial de dientes permanentes.

El edentulismo parcial conduce a varios inconvenientes para las personas, incluyendo desafíos clínicos y compromisos en el estilo de vida (3).

**Clasificación de Kennedy**

La categorización de los pacientes desdentados ayuda a la elaboración de pautas, de planificación y diseño. Tiene una finalidad didáctica y actúa como una forma de comunicación entre profesionales, facilitando la explicación de casos clínicos conocidos (4).

La clasificación de Kennedy es una forma de clasificar las arcadas parcialmente edéntulas en la que los dientes restantes están relacionadas a las regiones edéntulas del paciente.

El Dr. Edward Kennedy clasificó las arcadas parcialmente desdentadas en 1925 basándose en la frecuencia de los casos encontrados, separándolos en cuatro categorías denotadas por números romanos (5).

La clasificación de Kennedy nos muestra los diferentes casos del edéntulo parcial, y nos permite reconocer el problema para plantear un diseño que favorezca al paciente.

**Clase I.**

Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales (6).

**Clase II.**

Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes (6).

**Clase III.**

Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes por delante y detrás del área edéntula (6).

**Clase IV.**

Área edéntulo único bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes (6).

**Reglas de Applegate.**

- 1) La clasificación debe tener en cuenta la preparación bucal, porque las futuras exodoncia pueden afectar la clasificación.
- 2) Si el tercer molar ha perdido su función, el espacio edéntulo no se clasificará, ya que el tercer molar no será reemplazado.
- 3) Los terceros molares deben ser considerados en la clasificación si van a ser utilizados como pilares.
- 4) A veces los segundos molares no son reemplazados. Si el segundo molar antagonista también falta no será restaurada; entonces, esta área edéntula no se considera en la clasificación.
- 5) Cuando hay áreas edéntulas adicionales en el mismo arco, las áreas más posteriores (excepto el tercer molar) rigen la clasificación.
- 6) Las áreas adicionales de aquellas que determinan la clasificación primaria, se denominan como “modificaciones” de la Clase y son designadas por su número.

7) Se tiene en cuenta el número de nuevos espacios edéntulos, en lugar del tamaño de estas (7).

### c. Etiología del edentulismo

#### **Caries Dental.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caries dental como un proceso localizado y multifactorial que se inicia con la erupción del diente y tiene como resultado el debilitamiento del tejido duro del diente, lo que finalmente da lugar a la creación de una caries.

La caries dental es una enfermedad o proceso dinámico crónico que se produce en la estructura del diente al entrar en contacto con depósitos microbianos y que da lugar a una pérdida de minerales de la superficie del diente como resultado de un desequilibrio entre la sustancia dental y el líquido de la placa circundante. El resultado es la destrucción localizada de los tejidos duros. Está catalogada como una enfermedad transmisible e irreversible (8).

La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que intervienen tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica) (9).

Además de estos factores, hay que tener en cuenta uno más, el tiempo. Para que la caries se forme, las condiciones de cada factor deben ser favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato adecuado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo (8).

La caries dental se desarrolla cuando las bacterias de la superficie del diente transforman los azúcares libres de los alimentos y las bebidas en ácidos, que acaban erosionando el esmalte dental y la dentina. El consumo de azúcares libres de forma continua, la exposición insuficiente al flúor y la falta de eliminación periódica de la placa, contribuyen a la descomposición de las estructuras dentales, lo que favorece el desarrollo de la caries y el dolor, deteriora la calidad de vida de la salud bucodental y, en una fase más avanzada, provoca la pérdida de los dientes y la infección (10).

Factores que contribuyen a la etiología, en 1960, Paul Keyes demostró que la etiología de la caries dental seguía un esquema formado por tres factores (huésped, bacterias y alimentos) que debían interactuar entre sí (11).

En 1978, Newbrun añadió un cuarto factor: el tiempo. Así, se sugiere que el proceso de la caries se basa en las características de los llamados factores fundamentales, principales o primarios: nutrición, huésped y microbios, así como en un período de tiempo específico, todo lo cual interactúa para generar la enfermedad, que se expresa clínicamente como una lesión cariosa (11).

### **Enfermedad Periodontal.**

La gingivitis (inflamación de las encías) es una afección relativamente común que suele ser reversible en la mayoría de las personas. Puede derivar en una periodontitis, una afección más grave en la que se destruye el hueso de soporte. El 15% de la población con periodontitis, deriva en una periodontitis severa y con la consiguiente la pérdida de dientes.

Aunque el proceso de la enfermedad todavía no se conoce bien, se sabe que se desarrolla de forma irreversible a través de fases de rápida destrucción del tejido. A la edad de 65-74 años, alrededor del 30% de las personas han perdido todos sus dientes, siendo la razón principal la enfermedad periodontal. La periodontitis severa tiene efectos importantes para los afectados, como la dificultad para masticar y hablar, lo que perjudica la salud y la calidad de vida. Este proceso supone una carga global de enfermedad bucodental, con importantes consecuencias sociales, económicas y para el sistema sanitario (12).

#### **d. Consecuencias de edentulismo.**

En todo paciente parcialmente desdentado, la pérdida de dientes tiene un efecto perjudicial sobre el sistema estomatognático, manifestándose como una modificación de la oclusión a nivel neuromuscular y frecuentemente con consecuencias articulares sustanciales.

Esto se debe a que cuando se pierden los dientes, pueden impactar no sólo los dientes restantes, sino también el periodonto, los músculos, los ligamentos y la ATM (13).

Las consecuencias del edentulismo puede resumirse en:

- Alteraciones estéticas.
- Disminución de la eficacia masticatoria.
- Inclinación, migración y rotación de los dientes remanentes.
- Extrusión de dientes antagonistas
- Pérdida de contactos interproximales.
- Desviación mandibular.
- Atrición dental.

- Pérdida de la dimensión vertical.
  - Disfunción de la articulación temporomandibular.
  - Pérdida del hueso alveolar y reducción de los rebordes residuales
- (14).

### 3.2. Análisis de antecedentes investigativos.

#### 3.2.1. Antecedentes locales:

1) Atarama Gutiérrez, Magnolia Emperatriz (15) en **Relación entre la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y el nivel de la satisfacción de los pacientes portadores de prótesis parciales removibles en la clínica odontológica de la universidad católica de santa maría. Arequipa. 2016**, dice:

Los resultados indican que el edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más común, y que los pacientes de 59 a 68 años tienen la mayor prevalencia de edentulismo parcial, siendo la clase II de Kennedy la más prevalente con un 58,2%, lo que indica que el nivel de satisfacción para la clase II de Kennedy está entre el 37,21% normal y el 9,30% bajo. La clase IV de Kennedy, por otra parte, se produjo en una tasa del 4,6% en nuestra investigación. En conclusión, la mayor prevalencia de edentulismo parcial se da en la población adulta mayor entre 59 y 68 años, mayoritariamente femenina, siendo la clase II la más prevalente (15).

### 3.2.2 Antecedentes Nacionales

2) Inga Ortiz, Erick Joel (16) en **Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la Escuela de Odontología de la Universidad Continental 2017-2018**, dice:

El edentulismo parcial es un problema de salud oral definido por la ausencia de un número específico de piezas dentales como resultado final de un procedimiento complejo. El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la categorización de Kennedy en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Continental de 2017 a 2018. La investigación es de carácter descriptivo y se realiza con una metodología no experimental, transversal, retrospectiva y observacional. Se investigaron las historias clínicas de 174 individuos de ambos sexos, así como la prevalencia de edentulismo de arcada superior e inferior según la categorización de Kennedy. Entre los hallazgos, se demostró que el 52,3% de los miembros de la clase III tienen edentulismo parcial del maxilar superior, en comparación con el 43,1% de los miembros de la clase III que tienen edentulismo parcial del maxilar inferior (16).

3) Erick Emerson Huamanciza Torres (17) en **Prevalencia del tipo de edentulismo parcial según el nivel socioeconómico - cultural en pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, año 2016**, dice:

El propósito de este estudio fue investigar la prevalencia de los diferentes tipos de edentulismo parcial en pacientes de la Clínica de Pregrado de la

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2016. El estudio empleó un diseño descriptivo, observacional y transversal. La muestra fue elegida mediante una técnica de muestreo no probabilístico de conveniencia y estuvo conformada por 100 pacientes adultos que fueron evaluados mediante una encuesta dividida en dos secciones: datos de filiación y datos de nivel socioeconómico-cultural, la cual fue validada mediante juicio de expertos; y un odontograma para determinar la clase Kennedy. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva (tablas de frecuencia y porcentajes, gráficos de barras y tablas de contingencia).

El tipo de edentulismo parcial más prevalente fue la Clase III de Kennedy, con un 50% y un 49% de los casos en las arcadas maxilar y mandibular, respectivamente, con una proporción importante de pacientes que se encontraban en la categoría socioeconómica-cultural media, que representaba el 83% de los casos.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes tienen un diagnóstico de Clase III de Kennedy y se clasifican como de nivel socioeconómico-cultural medio (17).

4) Novoa Aquino, Alex Francisco (14) en **Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el establecimiento penitenciario “huancas”, chachapoyas – 2018**, dice:

Los resultados indican que el 86,1% de los participantes tienen edentulismo parcial, mientras que el 12% no tienen dientes perdidos. Los edéntulos parciales de la arcada superior (maxilar) tienen la mayor

prevalencia de la clase III de Kennedy con un 67,7%, mientras que la clase III de Kennedy también predomina en la arcada inferior (mandíbula) con un 75,3%. Según las modificaciones de Applegate, la modificación 1 es la más prevalente en la arcada superior (maxilar) con un 35,4 por ciento, la modificación 2 con un 7,6%, la modificación 3 con un 1,9% y el 55,1% no presenta modificaciones; la modificación 1 también es la más prevalente en la arcada inferior (mandíbula) con un 45,6%, la modificación 2 con un 2,5%, la modificación 3 con un 0,6 % y el 51,3% no presenta modificaciones. Según la edad, el 59,5% de las personas entre 30 y 60 años tienen edentulismo parcial; el 24,1% de los menores de 30 años tienen edentulismo parcial; y el 2,5% o de los mayores de 60 años tienen edentulismo parcial. El 60,8% tenía edentulismo parcial en ambas arcadas, el 17,1% sólo en la mandíbula y el 10,1% sólo en el maxilar. En conclusión, el 86,1% de los internos tienen al menos un diente perdido, la mandíbula tiene la mayor frecuencia de edentulismo parcial, y el tipo más prevalente de edentulismo parcial es la clase III modificación 1 tanto en la mandíbula como en el maxilar (18).

### 3.2.3. Antecedentes internacionales

5) RA Devishree, S Sangeetha, Ashish R. Jain (19) en **Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy basada en edad, sexo y arco**, dicen:

La clasificación de las arcadas parciales edéntulas permite una mejor comunicación entre los colegas dentistas, los estudiantes y los técnicos, lo que permite una planificación eficaz del tratamiento y el diseño de las prótesis parciales. Además, permite prever las dificultades que suelen

surgir al utilizar un determinado diseño de prótesis parcial removible. Por ello, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy.

El objetivo de este estudio es determinar y comparar la prevalencia de varios edentulismos parciales clasificados por Kennedy en relación con la arcada, la edad y el sexo de los pacientes.

El estudio se realizó en pacientes externos del Saveetha Dental College and Hospital. El estudio incluyó a 200 pacientes que se clasificaron según su edad (de veinte a treinta años, de treinta a cuarenta años, de cuarenta a cincuenta años y de cincuenta a sesenta años), el tipo de arco (maxilar o mandibular) y el sexo (masculino y femenino). La prevalencia del edentulismo incompleto se determinó visualmente.

Según las estadísticas adquiridas, la clase III predomina en ambos géneros con alrededor del 70%, seguida de la clase I con aproximadamente el 16% en las mujeres y el 11% en los hombres.

La clase III de Kennedy fue la más frecuente en ambas arcadas dentales. La edad, no el género, determinó la prevalencia de las diferentes clases de Kennedy. El edentulismo parcial mandibular es más frecuente que el maxilar, según el estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Clases de Kennedy, Edéntulos parciales, Prevalencia, Soporte tisular, Soporte dental, Visualización (19).



**CAPITULO II:**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

# 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

## 1.1. Técnica

### a.1 Especificación

Se utilizó la técnica de observación documental, para recoger información de las variables y sus indicadores.

### a.2 Esquematización

Variables	Técnica
Frecuencia de Edentulismo total	Observación Documental
Frecuencia edentulismo parcial	

### a.3 Descripción de la técnica

Se revisaron las historias clínicas y los odontogramas registradas de pacientes atendidos en el año 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión.

## 1.2. Instrumentos

### 1.2.1. Instrumento documental

#### a. Especificación

Se empleó un instrumento denominada: Ficha de observación documental para la recopilación de los datos correspondientes.

**b. Estructura**

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>		<b>Ítems</b>
Frecuencia de edentulismo total	Monomaxilar		1
	Bimaxilar		
Frecuencia de edentulismo parcial	Clase I	Modificaciones de Applegate	2
	Clase II	Modificaciones de Applegate	
	Clase III	Modificaciones de Applegate	
	Clase IV		

**c. Modelo del instrumento.**

Véase en los anexos.

**1.2.2. Instrumentos mecánicos**

Sólo se consigna la computadora y accesorios, teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación.

**1.3. Materiales**

- Laptop
- Útiles de escritorio
- Memoria USB

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

#### a. **Ámbito General**

Se realizó la investigación en la ciudad de Arequipa.

#### b. **Ámbito Específico**

Centro de Salud Francisco Bolognesi ubicado en el distrito de Cayma.

### 2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó en el año 2021, es un estudio retrospectivo y de un periodo transversal, ya que se realizó en un periodo de tiempo con datos registrados en el año 2019.

### 2.3. Unidades de estudio

#### 2.3.1 **Alternativa**

Fuentes.

#### 2.3.2 **Unidades de análisis**

Historias clínicas de pacientes con edentulismo total y parcial.

#### 2.3.3 **Características de las fuentes**

##### a. **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de pacientes atendidos y registrados en el centro de salud Francisco Bolognesi.
- Historias clínicas con registro, de diagnóstico de edentulismo total.

- Historias clínicas con registro, de diagnóstico, de edentulismo parcial.
- Historias registradas con odontograma correspondiente con la firma médico-legal.

#### **b. Criterios de exclusión**

- Historias clínicas sin odontograma correspondiente.
- Pacientes sin presencia de edentulismo.

#### **2.3.4 Cuantificación de las fuentes**

- El universo está conformado por 145 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN**

#### **3.1 Organización**

Antes de la recolección de datos, fueron necesarias las siguientes actividades:

- Aprobación del proyecto de investigación por medio de la facultad de odontología de la UCSM.
- Autorización de la Dirección de la Gerencia del Centro de Salud Francisco Bolognesi de Cayma.
- Coordinación con el responsable del área de admisión.

#### **3.2 Recurso**

##### **3.2.1. Recursos Humanos**

- Investigador: Juan Fernando Cruz León
- Asesora: Dra. Cáceres Bellido Lenia Victoria Teresa

### 3.2.2. Recursos

- Programa M. Excel
- Fichas de recolección
- Materiales de escritorio

### 3.2.3. Recursos económicos

- Autofinanciado

### 3.2.4. Recursos institucionales

- Universidad Católica de Santa María.
- Centro de Salud Francisco Bolognesi.

## 3.3 Prueba piloto

### a. Tipo de Prueba

Prueba Incluyente con reposición de las historias documentadas.

### b. Muestra piloto

Corresponde al 20 % del total.

### c. Recolección piloto

Se realizará a la par de la recolección de datos.

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

### 4.1. Plan de procesamiento

#### A. Tipo de procesamiento

Se realizó de forma manual para la recolección de la información, y para el procesamiento de datos se elaboró de forma computarizada.

## B. Plan de operaciones

**B.1 Clasificación:** La información obtenida fue clasificado en una matriz de sistematización.

**B.2 Codificación:** Se codificó los datos obtenidos en los programas ya mencionados.

**B.3 Tabulación:** Se realizó tablas de doble entrada.

**B.4 Graficación:** Se empleó gráficas de barras.

### 4.2. Plan de análisis

#### a. Tipo de Análisis

Cuantitativo Bivariado Categórico

#### b. Tratamiento estadístico

Variables	Carácter estadístico	Escala de medición	Estadística descriptiva
Frecuencia de edentulismo total	Cualitativo	Nominal	Frecuencia Absolutas
Frecuencia de edentulismo parcial			Frecuencia Relativas



## **CAPITULO III**

# **RESULTADOS**

## PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Tabla N°1

**Frecuencia de edentulismo total y parcial según la clasificación de Kennedy de los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas del Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Tipos de Edentulismo	Maxilar Superior		Maxilar inferior		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edentulismo Parcial	101	34,83	120	41,38	221	76,21
Edentulismo Total	26	8,97	10	3,45	36	12,41
No presenta edentulismo	18	6,21	15	5,17	33	11,38
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>50,00</b>	<b>145</b>	<b>50,00</b>	<b>290</b>	<b>100,00</b>

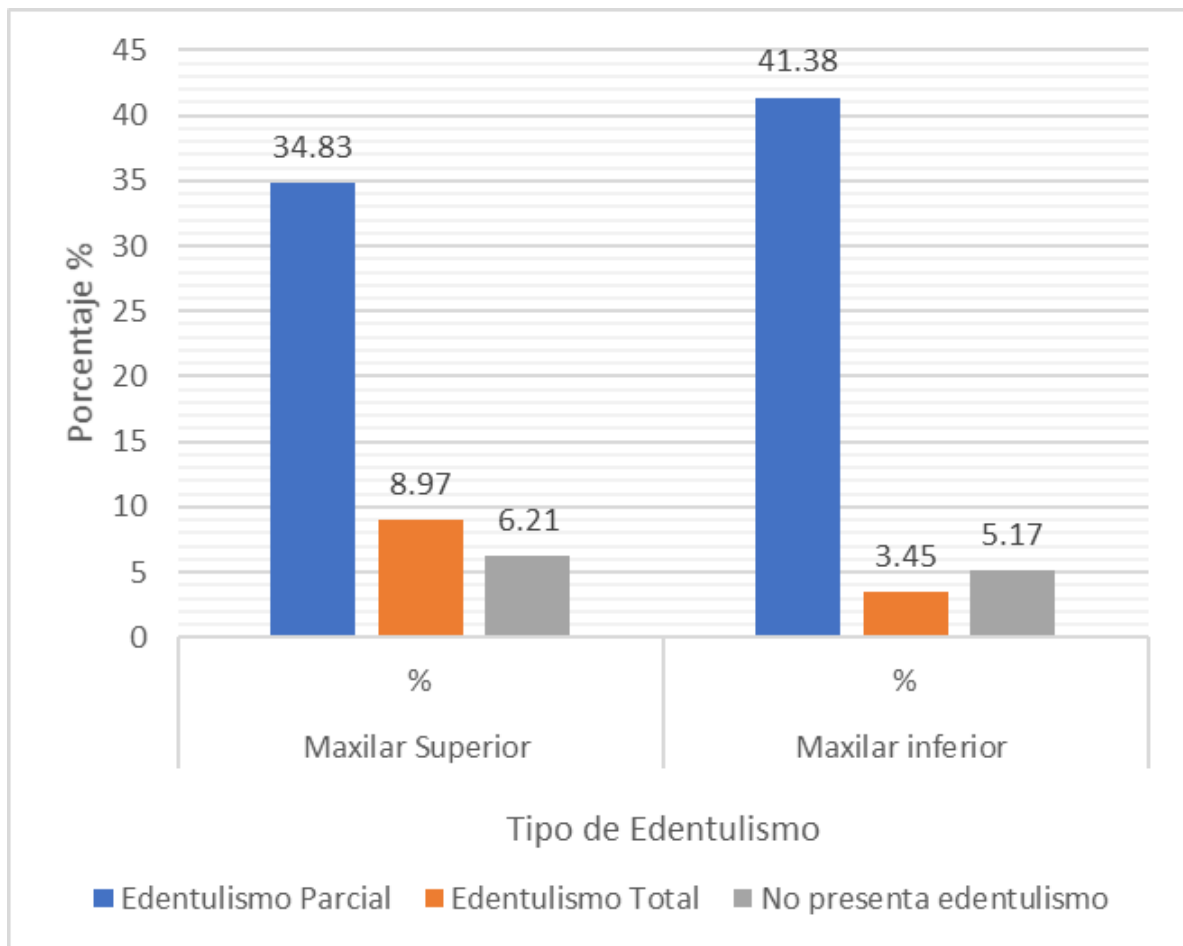
**Fuente:** Matriz de Sistematización

### Interpretación:

En la Tabla N°1 se encontró que el edentulismo parcial presenta mayor frecuencia con 76,21% (221 maxilares), el 34,83% (101 maxilares) pertenecientes al maxilar superior, mientras que el maxilar inferior tiene 41,38% (120 maxilares). También se llega a observar que el edentulismo total presenta 12,41% (36 maxilares) del total de los casos, donde el maxilar superior presentó 8,97% (26 maxilares) y el maxilar inferior el 3,45% (10 arcadas), mientras que las maxilares que no presentaron algún tipo de edentulismo de las personas con edentulismo en uno de sus maxilares son el 11,38% (33 maxilares).

Gráfico N°1

Frecuencia de edentulismo total y parcial según la clasificación de Kennedy de los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas del Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.



Fuente: Matriz de Sistematización

**Tabla N°2**

**Frecuencia de edentulismo total y parcial según la edad en historias clínicas registradas en el Centro Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Edad	Edentulismo Total		Edentulismo Parcial		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
21 - 28	0	0,00	6	2,33	6	2,33
29 - 36	0	0,00	37	14,40	37	14,40
37 - 44	2	0,78	28	10,89	30	11,67
45 - 52	0	0,00	36	14,01	36	14,01
53 - 60	8	3,11	28	10,89	36	14,01
61 - 68	9	3,50	36	14,01	45	17,51
69 - 76	5	1,95	32	12,45	37	14,40
77 - 84	8	3,11	12	4,67	20	7,78
85 - 92	4	1,56	6	2,33	10	3,89
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>14,01</b>	<b>221</b>	<b>85,99</b>	<b>257</b>	<b>100,00</b>

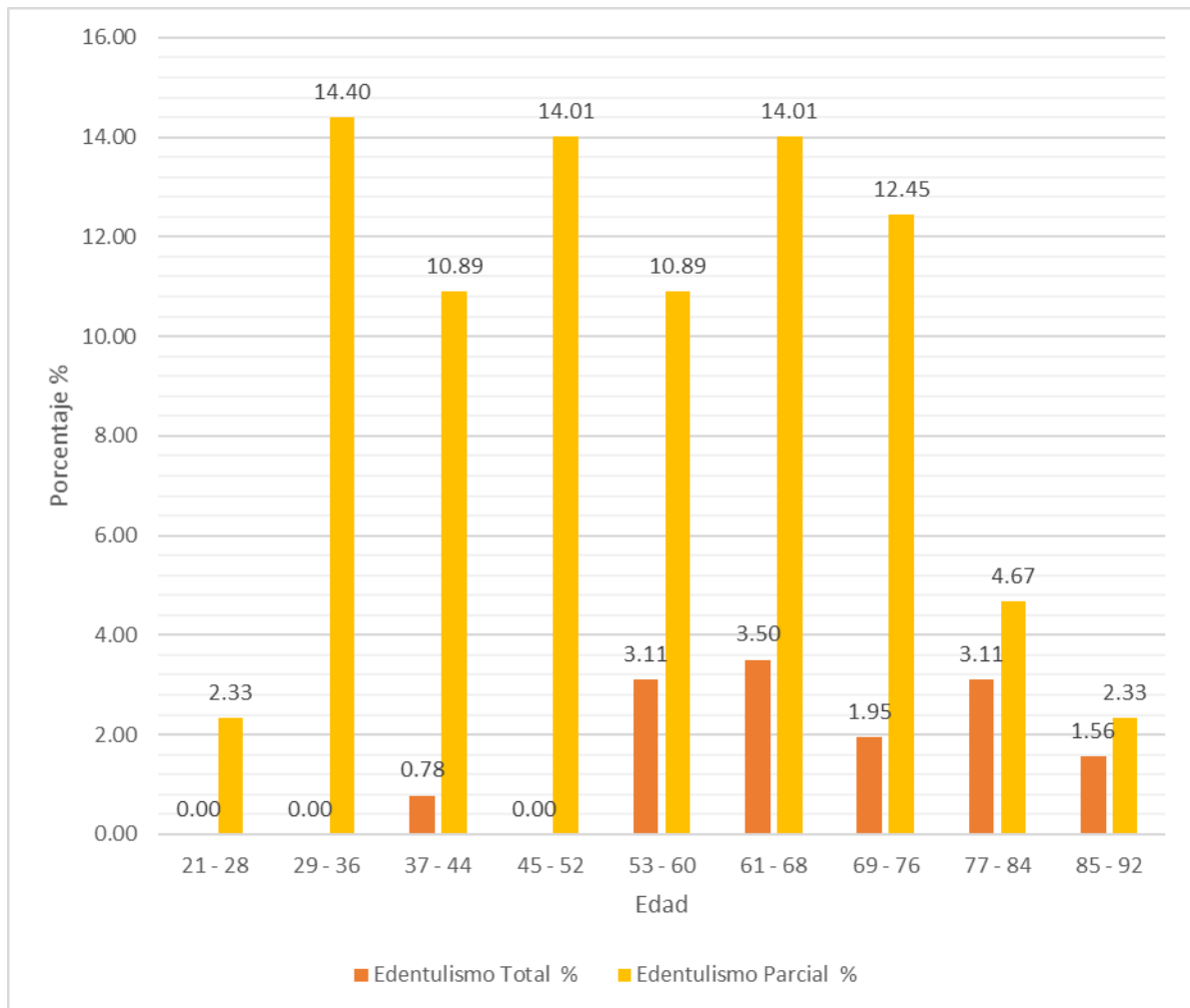
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

La Tabla N°2 se muestra que la mayor frecuencia de edentulismo se encuentra entre las edades de 29 a 36 años con 14,40% (37 maxilares), entre las edades de 21 a 28 años se reportaron solo arcadas con edentulismo parcial con 2,33% (6 maxilares), entre las edades de 37 a 44 años se presentaron 10,89% (28 maxilares) con edentulismo parcial y 0,78% (2 maxilares) con edentulismo total, entre los 45 a 52 años se encontró que el 14,01% (36 maxilares) presentaron edentulismo parcial, luego entre los 53 a 60 años de edad se reportaron 3,11% (8 maxilares) con edentulismo total y 10,89% (28 maxilares) con edentulismo parcial, la mayor cantidad de casos de edentulismo total se halló entre las edades de 61 a 68 años con 3,50% (9 maxilares) y el edentulismo parcial con 14,01% (36 maxilares), entre las edades de 69 a 76 años se encontró 1,95% (5 maxilares) con edentulismo total y 12,45% (32 maxilares) con edentulismo parcial, luego entre las edades de 77 a 84 años se reportaron 3,11% (8 maxilares) con edentulismo total y 4,67% (12 maxilares) con edentulismo parcial, finalmente entre los 85 y 92 años se encontró 1,56% (4 maxilares) con edentulismo total y 2,33% (6 maxilares) con edentulismo parcial.

Gráfico N°2

Frecuencia de edentulismo total y parcial según la edad en historias clínicas registradas en el Centro Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.



Fuente: Matriz de Sistematización

**Tabla N°3**

**Frecuencia de edentulismo total bimaxilar y monomaxilar según el sexo de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi el año 2019.**

Sexo	Edentulismo total			
	Bimaxilar		monomaxilar	
	N°	%	N°	%
Masculino	2	25,00	5	25,00
Femenino	6	75,00	15	75,00
Total	8	100,00	20	100,00

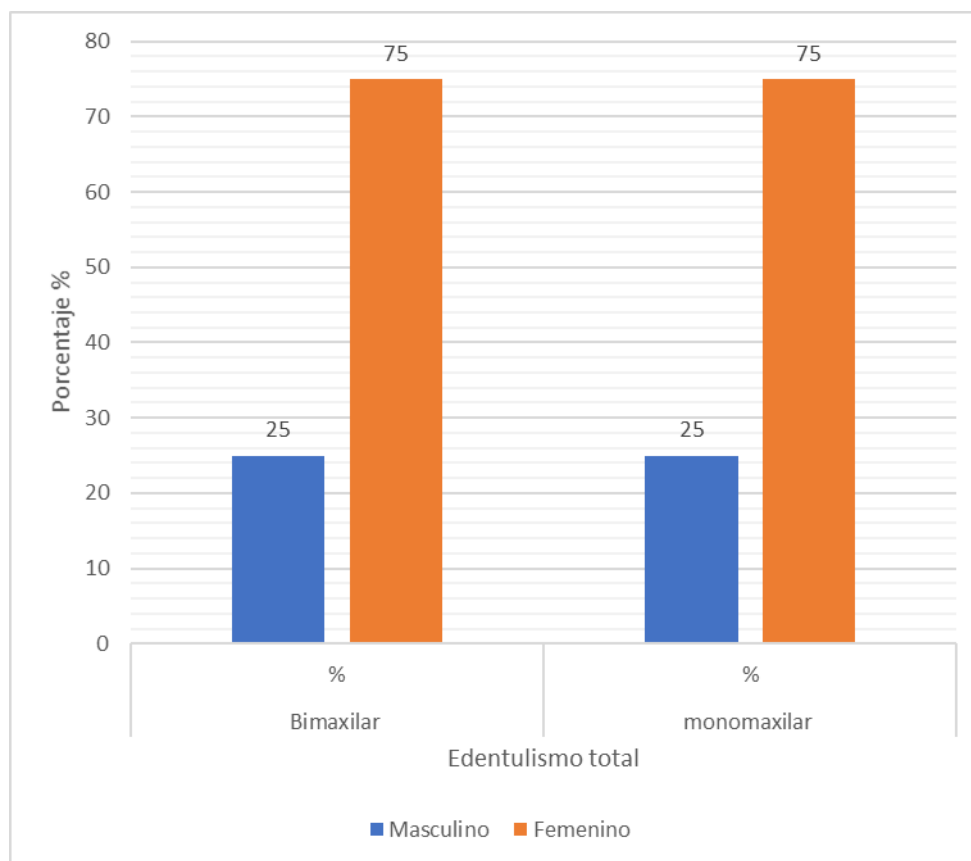
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

La Tabla N°3 muestra que el edentulismo total bimaxilar presentó mayor prevalencia en el sexo femenino con 75,00% (6 casos), mientras que el sexo masculino presentó el 25,00% (2 casos), en el edentulismo total monomaxilar igualmente se observó mayor prevalencia en el sexo femenino con el 75,00% (15 maxilares) y el sexo masculino presentó 25,00% (5 maxilares).

**Gráfico N°3**

**Frecuencia de edentulismo total bimaxilar y monomaxilar según el sexo de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi el año 2019.**



**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Tabla N°4**

**Frecuencia de edentulismo parcial según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Edentulismo Parcial	Sexo	Maxilar				TOTAL	
		Superior		Inferior		N°	%
		N°	%	N°	%		
Clase I	Femenino	16	7,24	35	15,84	51	23,08
	Masculino	8	3,62	14	6,33	22	9,95
	Total	24	10,86	49	22,17	73	33,03
Clase II	Femenino	21	9,50	25	11,31	46	20,81
	Masculino	12	5,43	15	6,79	27	12,22
	Total	33	14,93	40	18,10	73	33,03
Clase III	Femenino	27	12,22	23	10,41	50	22,62
	Masculino	12	5,43	6	2,71	18	8,14
	Total	39	17,65	29	13,12	68	30,77
Clase IV	Femenino	4	1,81	2	0,90	6	2,71
	Masculino	1	0,45	0	0,00	1	0,45
	Total	5	2,26	2	0,90	7	3,17
Total		101	45,70	120	54,30	221	100,00

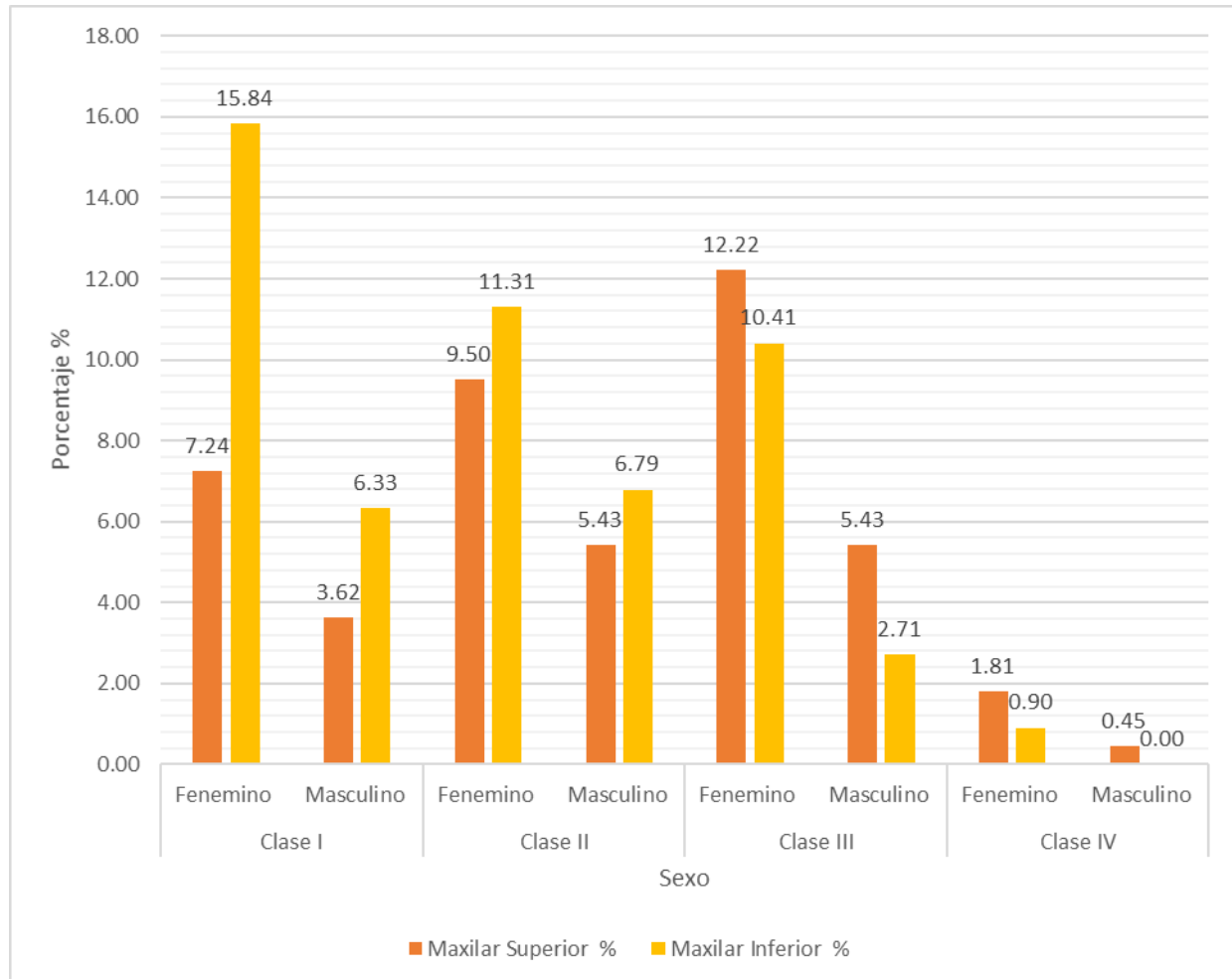
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°4 la Clase I muestra la mayor cantidad de casos, de la cual el maxilar inferior tiene mayor prevalencia para ambos sexos, el sexo masculino presentó 6,33% (14 maxilares) y el femenino 15,84% (35 maxilares), en la arcada superior el sexo masculino presento 3,62% (8 maxilares). En la Clase II, el sexo Femenino presentó en el maxilar inferior 11,31% (25 maxilares) y en el superior 9,50% (21 maxilares), el sexo masculino en el maxilar superior presento 5,43% (12 maxilares) y en el maxilar inferior 6,79% (15 maxilares). En la Clase III, el sexo masculino presentó 5,43% (12 maxilares) en el maxilar superior y en el maxilar inferior 2,71 % (6 maxilares), mientras que el sexo femenino presentó el 10.41% (23 maxilares) en el maxilar inferior y en el maxilar superior el 12,22% (27 maxilares). En la Clase IV de los 5 casos que se encontraron en el maxilar superior, 1 correspondieron al sexo masculino y 4 al sexo femenino, en el maxilar inferior se muestra que en el sexo masculino no presenta ningún caso, mientras en el sexo femenino se hallaron 2 casos.

**Gráfico N°4**

**Frecuencia de edentulismo parcial según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**



**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Tabla N°5**

**Frecuencia de edentulismo total según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Edentulismo Total	Sexo	Maxilar				Total	
		Superior		Inferior		N°	%
		N°	%	N°	%		
Femenino	20	55,56	7	19,44	27	75,00	
Masculino	6	16,67	3	8,33	9	25,00	
Total	26	72,22	10	27,78	36	100,00	

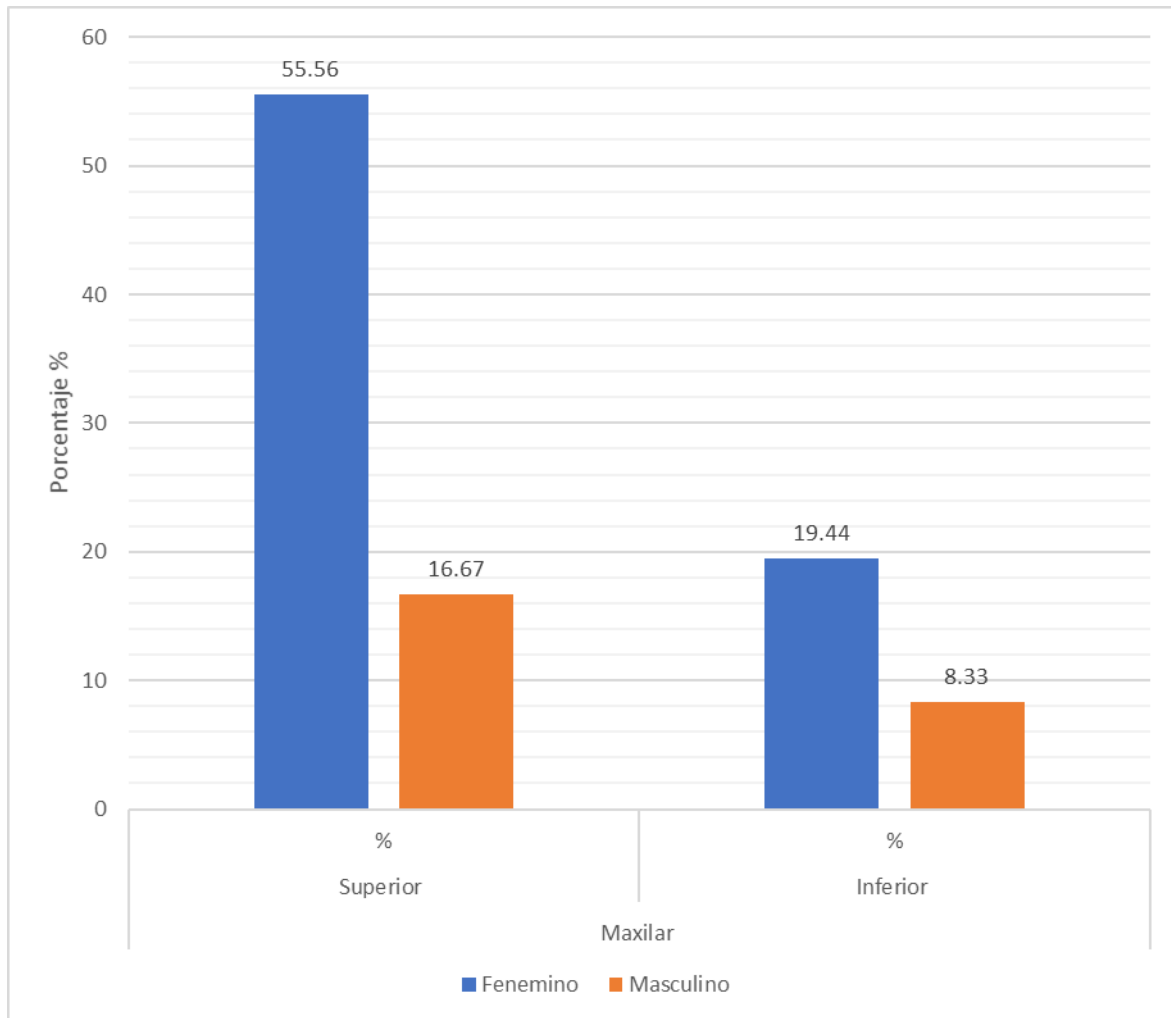
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°5 Se encontró que en el edentulismo total tiene mayor frecuencia en el sexo femenino representando el 75,00% (27 maxilares) de los casos totales y en el sexo masculino 25% (9 maxilares), luego se encontró que el maxilar superior tiene mayor prevalencia al edentulismo total con 72,22% (26 maxilares) a diferencia del maxilar inferior que presentó el 27,78 (10 maxilares).

Gráfico N°5

Frecuencia de edentulismo total según el sexo en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.



Fuente: Matriz de Sistematización

**Tabla N°6**

**Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Tipo de edentulismo parcial	Maxilar superior		Maxilar inferior		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Clase I	24	10,86	49	22,17	73	33,03
Clase II	33	14,93	40	18,10	73	33,03
Clase III	39	17,65	29	13,12	68	30,77
Clase IV	5	2,26	2	0,90	7	3,17
Total	101	45,70	120	54,30	221	100,00

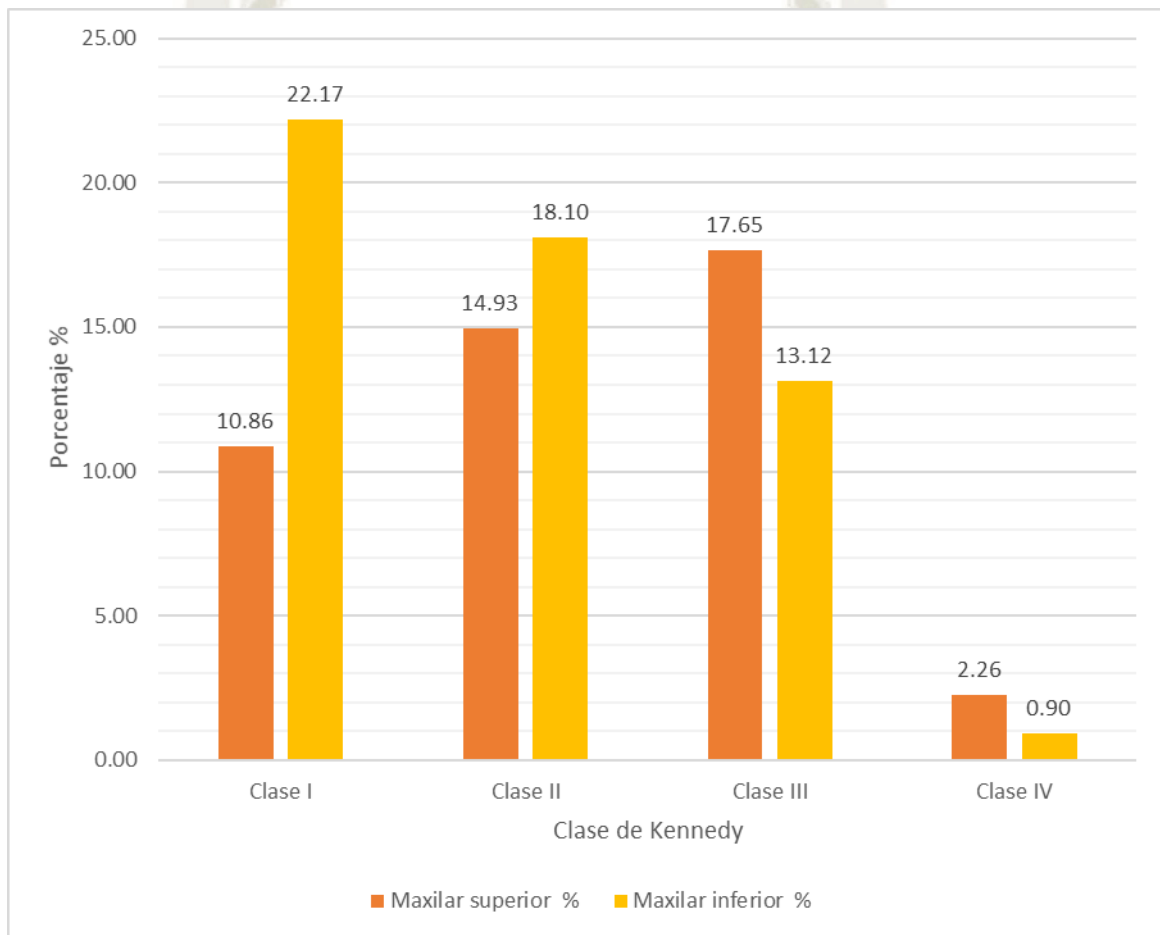
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°6 se observa que la Clase I con 33,03% (73 maxilares) muestra una mayor prevalencia en el maxilar inferior con 22,17% (49 maxilares), mientras que en el maxilar superior presentó el 10,86% (24 maxilares). Luego en la Clase II con 33,03% (73 maxilares) de los casos totales, se observa mayor prevalencia en el maxilar inferior nuevamente con 18,10% (40 maxilares) y el maxilar superior con 14,93% (33 maxilares) de los casos reportados, luego la Clase III con el 30,77% (68 maxilares) de casos totales; se observa mayor prevalencia en el maxilar superior con el 17,65% (39 maxilares) y el maxilar inferior con el 13,12% (29 maxilares). En el Clase IV se reportó solo el 3,17% (7 maxilares), la mayoría en el maxilar superior con 5 casos (2,26%) y 2 (0,90%) en los maxilares inferiores.

Gráfico N° 6

Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.



**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Tabla N°7**

**Frecuencia de las modificaciones de Applegate en maxilares superiores e inferiores en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Modificaciones de Applegate	Maxilar Superior		Maxilar Inferior		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Modificaciones	15	7,01	43	20,09	58	27,10
Modificación 1	43	20,09	53	24,77	96	44,86
Modificación 2	28	13,08	18	8,41	46	21,50
Modificación 3	10	4,67	4	1,87	14	6,54
Modificación 4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>44,86</b>	<b>118</b>	<b>55,14</b>	<b>214</b>	<b>100,00</b>

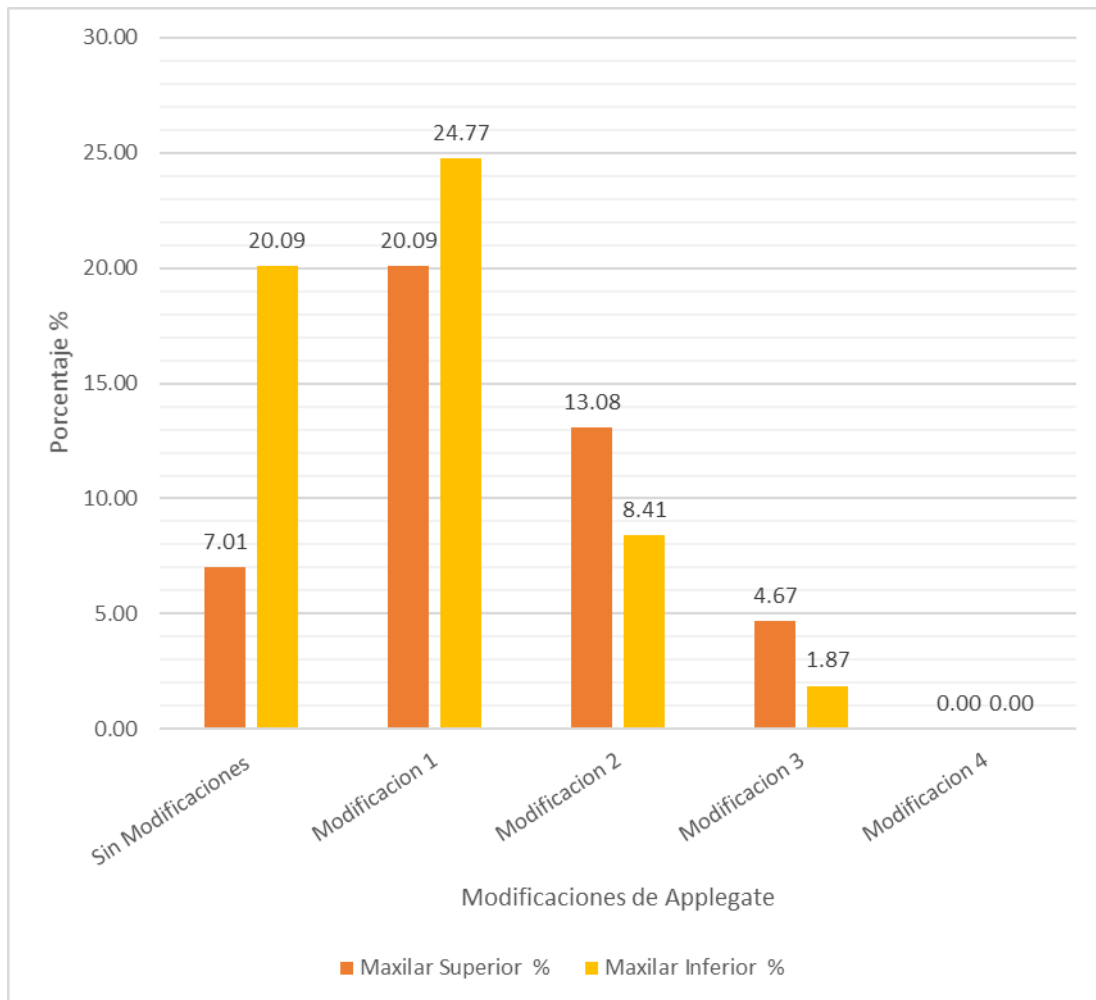
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°7 se puede observar que el 27,10% (58 maxilares) no presentaron algún tipo de modificación, en la Modificación 1 presentó la mayor cantidad de casos con el 44,86% (96 maxilares), de las cuales el maxilar inferior presentó el 24,77% (53 maxilares), y el maxilar superior 20,09% (43 maxilares), la Modificación 2 presenta el 21,50% (46 maxilares) de los casos totales, presentando mayor prevalencia en el maxilar superior con el 13,08% (28 maxilares) y 8,41% (18 maxilares) en el maxilar inferior. La Modificación 3 presenta el 6,54% (14 maxilares), de los cuales 4,67% (10 maxilares) son del maxilar superior y 1,87% (4 maxilares) del maxilar inferior, la Modificación 4 no presenta algún caso reportado.

**Gráfico N°7**

**Frecuencia de las modificaciones de Applegate en maxilar superior e inferior en historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**



**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Tabla N°8**

**Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Modificaciones de Applegate	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Modificaciones	9	9,38	4	4,17	2	2,08	15	15,63
Modificacion 1	11	11,46	14	14,58	18	18,75	43	44,79
Modificacion 2	3	3,13	11	11,46	14	14,58	28	29,17
Modificacion 3	1	1,04	4	4,17	5	5,21	10	10,42
Modificacion 4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>25,00</b>	<b>33</b>	<b>34,38</b>	<b>39</b>	<b>40,63</b>	<b>96</b>	<b>100,00</b>

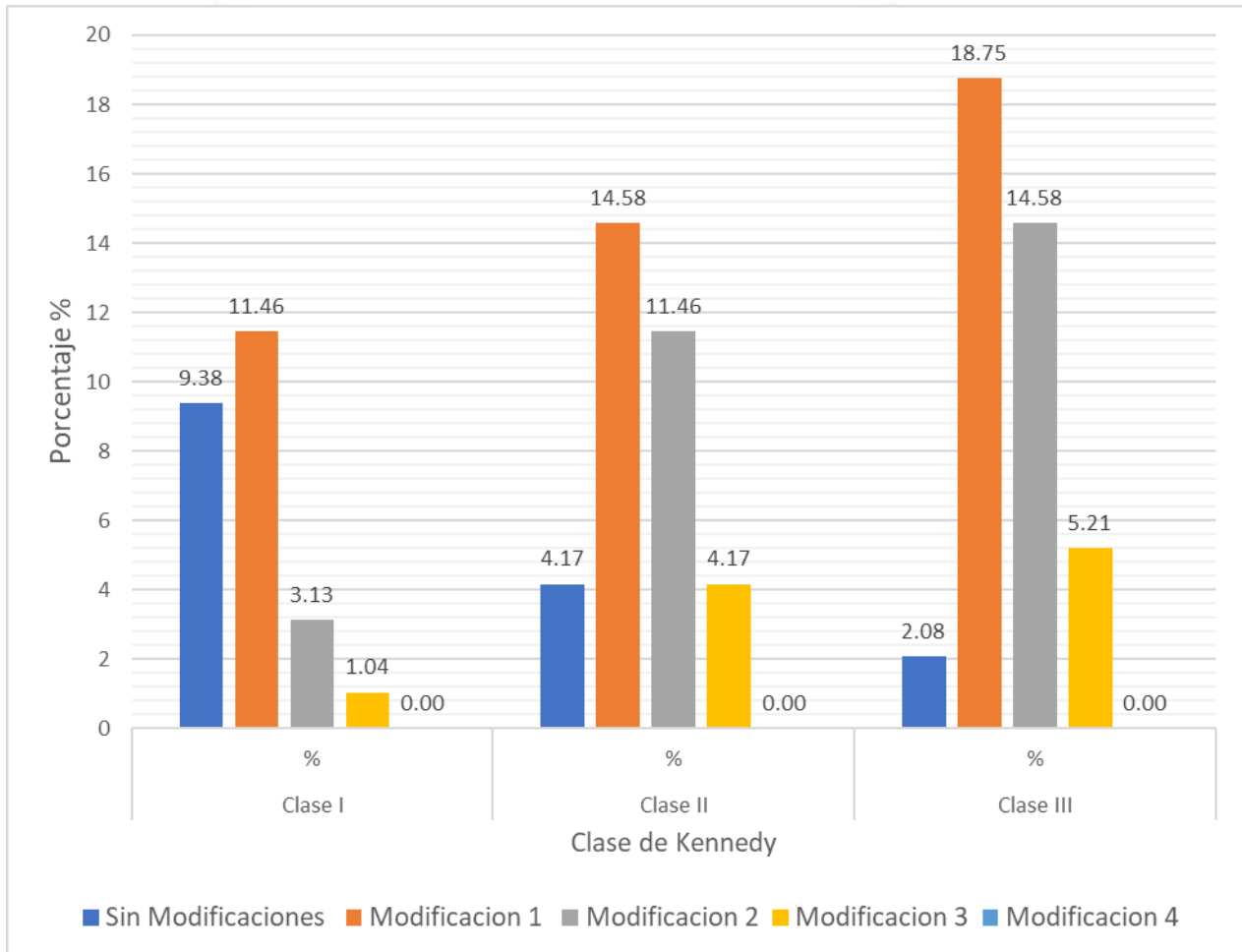
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°8 se observa que los maxilares superiores sin Modificaciones presentan el 15,63% (15 maxilares), en la Clase I el 9,38% (9 maxilares), la Clase II con el 4,17% (4 maxilares) y la Clase III con el 2,08% (2 maxilares). La Modificación 1 del maxilar superior presentó un total del 44,79% (43 maxilares), se encontró de la siguiente forma, en la Clase I con el 11,46% (11 maxilares), la Clase II el 14,58% (14 maxilares) y la Clase III con el 18,75% (18 maxilares). En la Modificación 2 presentó el 29,17% (28 maxilares), de la cual en la Clase I se observó con el 3,13% (3 maxilares), la Clase II con el 11,46% (11 maxilares), en la Clase III el 14,58% (14 maxilares). En la Modificación 3 solo se reportó el 10,42% (10 maxilares) de los casos totales, de la cual en la Clase I presentó solo 1,04% (1 maxilar), en la Clase II con el 4,17% (4 maxilares) y en la Clase III con 5,21% (5 maxilares). La modificación 4 no presento ningún caso.

**Gráfico N°8**

**Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**



**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Tabla N°9**

**Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Modificaciones de Applegate	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Modificaciones	28	23,73	8	6,78	7	5,93	43	36,44
Modificacion 1	15	12,71	26	22,03	12	10,17	53	44,92
Modificacion 2	6	5,08	3	2,54	9	7,63	18	15,25
Modificacion 3	0	0,00	3	2,54	1	0,85	4	3,39
Modificacion 4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>41,53</b>	<b>40</b>	<b>33,90</b>	<b>29</b>	<b>24,58</b>	<b>118</b>	<b>100,00</b>

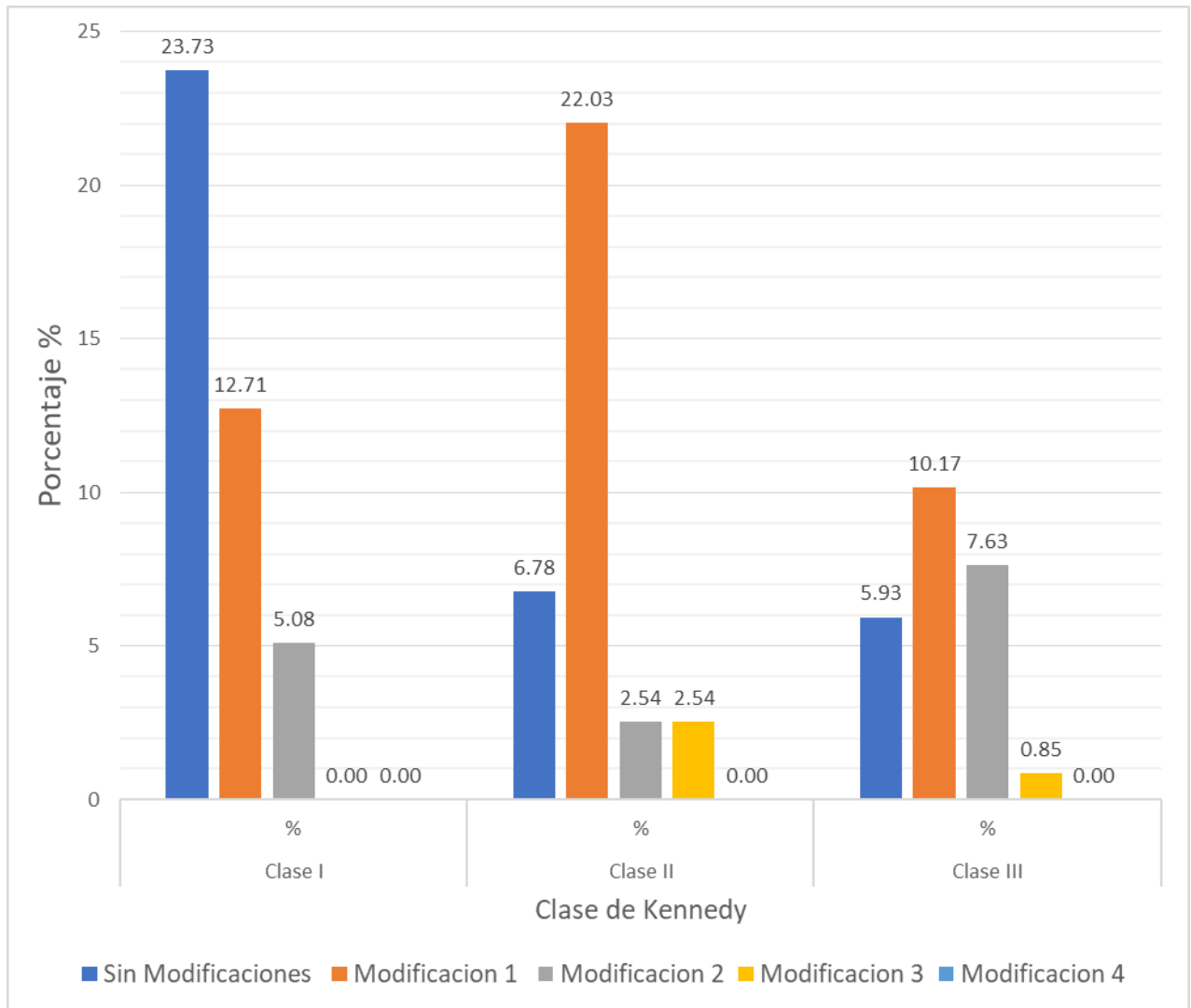
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°9 se observa los maxilares inferiores sin Modificaciones presentan el 36,44% (43 maxilares), en la Clase I el 23,73% (28 maxilares), la Clase II con el 6,78% (8 maxilares) y la Clase III con el 5,93% (7 maxilares). La Modificación 1 el maxilar inferior presentó un total del 44,92% (53 maxilares), de las cuales en la Clase I el 12,71% (15 maxilares), la Clase II con el 22,03% (26 maxilares) y la Clase III 10,17 (12 maxilares). En la Modificación 2 con el 15,25% (18 maxilares), la Clase I con el 5,08% (6 maxilares), la Clase II con el 2,54% (3 maxilares), en la Clase III con el 7,63% (9 maxilares). En la Modificación 3 solo se reportó el 3,39% (4 maxilares) de los casos totales, de la cual en la Clase I no presento ningún caso, en la Clase II con el 2,54% (3 maxilares) y en la Clase III con 0,85% (1 maxilar). La modificación 4 no presento ningún caso.

Gráfico N°9

**Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**



**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Tabla N°10**

**Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior y superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**

Modificaciones de Applegate	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Modificaciones	37	17,29	12	5,61	9	4,21	58	27,10
Modificacion 1	26	12,15	40	18,69	30	14,02	96	44,86
Modificacion 2	9	4,21	14	6,54	23	10,75	46	21,50
Modificacion 3	1	0,47	7	3,27	6	2,80	14	6,54
Modificacion 4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>34,11</b>	<b>73</b>	<b>34,11</b>	<b>68</b>	<b>31,78</b>	<b>214</b>	<b>100,00</b>

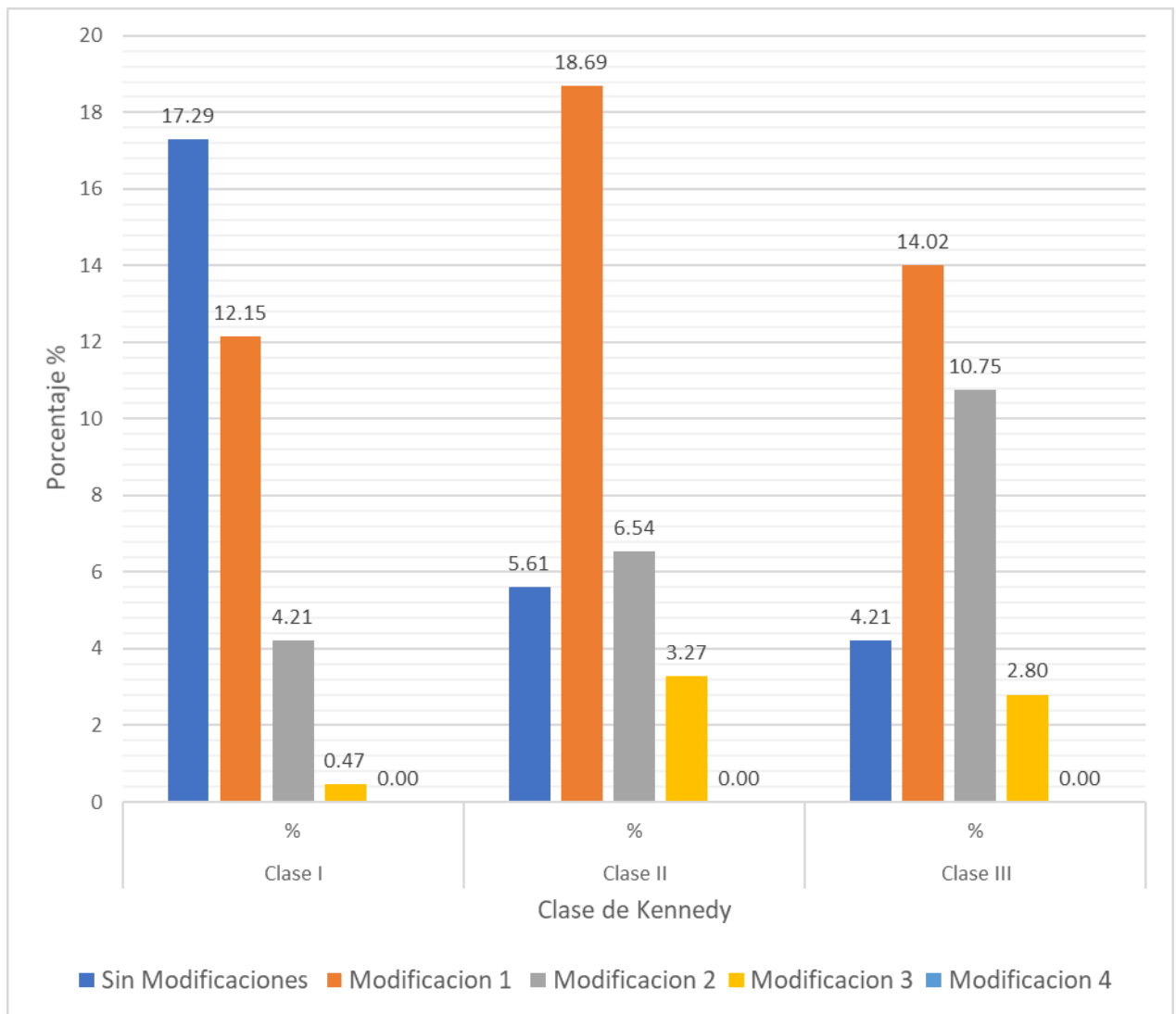
**Fuente:** Matriz de Sistematización

**Interpretación:**

En la Tabla N°10 se observa que las arcadas sin Modificaciones de ambos maxilares presentan el 27,10% (58 maxilares), en la Clase I con el 17,29% (37 maxilares), la Clase II con el 5,61% (12 maxilares) y la Clase III con el 4,21% (9 maxilares). La Modificación 1 presentó un total del 44,86% (96 maxilares), se contabilizó de la siguiente forma, en la Clase I con el 12,15% (26 maxilares), la Clase II con el 18,69% (40 maxilares) y la Clase III con el 14,02% (30 maxilares). En la Modificación 2 representado por el 21,50% (46 maxilares), de la cual en la Clase I se observó una frecuencia del 4,21% (9 maxilares), la Clase II con el 6,54% (14 maxilares), en la Clase III con el 10,75% (23 maxilares). En la Modificación 3 presenta el 6,54% (14 maxilares) de los casos totales, de la cual en la Clase I se encontró una frecuencia 0,47% (1 maxilar), en la Clase II con el 3,27% (7 maxilares) y en la Clase III con el 2,80% (6 maxilares). La modificación 4 no presento ningún caso.

Gráfico N°10

**Frecuencia de modificaciones de Applegate en edentulismo parcial del maxilar inferior y superior de las historias clínicas registradas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi durante el año 2019.**



**Fuente:** Matriz de Sistematización

## DISCUSIÓN

En nuestro país son escasos los estudios de este tipo, donde se evaluó una población de un lugar determinado con el objetivo de tener una idea sobre la prevalencia de edentulismo total y parcial en una población grande como lo es el distrito de Cayma. El edentulismo es considerado como un estado bucal de ausencia de piezas dentarias, el cual afecta la salud en general ya en provoca secuelas tanto fisiológicas como estéticas (1).

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo estimar la frecuencia de edentulismo total y parcial registradas en historias clínicas del Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa.

En este estudio se encontró que el edentulismo parcial presenta mayor prevalencia con 76,21%, el edentulismo total presento el 12,46% (72,22% son pertenecientes al maxilar superior y el 27,78% al maxilar inferior) del total de los casos. El edentulismo parcial Clase I (10,86% del maxilar superior y 22,17% del maxilar inferior) y Clase II (el 14,93% del maxilar superior y 18,10% del maxilar inferior) son las clases más frecuentes ambos con 33,03% cada uno, la Clase III presento el 30,77% (17,65% en el maxilar superior y 13,12% en el maxilar inferior) del total de los casos reportados, finalmente la clase IV con 3,17% (2,26% del maxilar superior y 0,90% del maxilar inferior).

Los resultados contrastan con el trabajo de investigación de Atarama Gutiérrez, Magnolia Emperatriz, quien presenta que la Clase II de Kennedy es la más frecuente con un 58.20% siendo el maxilar superior el que mostró mayor frecuencia con 34.90%, en la Clase III de Kennedy continua con una frecuencia del 34.90%, por otro lado, con la Clase IV se encuentra similitud ya que en ambas investigaciones se encontró un porcentaje similar del 4.6% siendo la menos frecuente. Por otra parte los resultados son respaldados por el trabajo de investigación de Erick Joel Inga Ortiz quien obtuvo los siguientes resultados:

la prevalencia de la Clase I fue de 18,39%, en la Clase II 28,16% , 52,30% de la Clase III y por último 1,15% de la Clase IV, estos resultados del “maxilar superior” tienen gran similitud con el presente trabajo de investigación, igualmente en el maxilar inferior, donde se observa que la prevalencia de Clase I fue de 28,16%, el 28,74% de Clase II y 43,10% de la Clase III, en esa investigación no se halló ningún caso de Clase IV de Kennedy, a diferencia del presente trabajo donde se reportaron 2 maxilares (0.90%) (16). El antecedente de Novoa Aquino, Alex Francisco demostró tener similitud referido al tipo de edentulismo, donde se observa que el 86,10% (136 casos) son edéntulos parciales, el 1,30% (2 casos) son edéntulos totales en la arcada superior y el 0,60% (1 caso) presenta edentulismo total bimaxilar, referente al edentulismo parcial hay una discrepancia ya que la Clase III mostró ser más prevalente en el maxilar superior con un 50,00%, seguido de la Clase II con un 30,00%, la Clase I con un 17,00% y la Clase IV con un 3,00%, en ese último se encuentra cierta similitud con el presente trabajo. En el maxilar inferior se encontró diferencias, las más significativas son en la Clase III de Kennedy con un 49,00%, seguido de la Clase II con un 26,00% y la Clase I con un 25,00%; ningún paciente presentó una Clase IV, a diferencia de este proyecto donde se encontraron 2 casos. El resultado del anterior estudio mostró una mayor prevalencia de la Clase III seguida de la Clase I, a diferencia de los resultados de esta investigación donde se observó que la mayor prevalencia en la Clase I y Clase II (18).

Los resultados contrastan con el antecedente de R. A. Devishree, S Sangeetha, Ashish R. Jain, en el cual muestran que la Clase III con el 76,95% tiene mayor prevalencia sobre la Clase I y Clase II, este resultado discrepante puede ser el resultado que el estudio presentó mayor porcentaje de adultos jóvenes a diferencia de este trabajo de investigación (19).

En este estudio se encontró que la Modificación 1 tiene mayor frecuencia con 44,86% (20,09% en el maxilar superior y 24,77% en el maxilar inferior), la que le sigue es la

Modificación 0 con 27,10% (7,01% en el maxilar superior y 20,09% en el maxilar inferior), luego la Modificación 2 con 21,50% (13,08% en el maxilar superior y 8,41% en el maxilar inferior), la Modificación 3 con 6,54% (el 4,67% en el maxilar superior y 1,87% en el maxilar inferior) y finalmente la Modificación 4 con ningún caso. En el trabajo de investigación de Novoa Aquino, Alex Francisco, se puede observar que en el maxilar superior predomina la Modificación 1 de Applegate con 35,40% (56 casos), le sigue la Modificación 2 con 7,60% (12 casos) y la Modificación 3 con 1,90% (3 casos). Se observa que el 55,10% (87 casos) no presenta ninguna modificación de Applegate en su dentición. En la tabla y figura 05, se puede observar que del 100,00% de los internos del establecimiento penitenciario “Huanca”, en el maxilar inferior predomina la Modificación 1 de Applegate con 45,60% (72 casos), le siguen a ésta la Modificación 2 con 2,50% (04 casos) y la Modificación 3 con 0,60% (1 casos). Se puede observar que el 51,30% (81 casos) no presenta ninguna modificación de Applegate en su dentición (18). En este estudio se encontró una similitud, con Novoa Aquino Alex Francisco, pues los casos que presentó con respecto a la Clase I la modificación prevalente fue la modificación 0 con 17,29%, en la Clase II la modificación que presento mayor frecuencia fue la modificación 1 con 18,69% y la Clase III presenta mayor prevalencia en la modificación 1 con 14,02%.

La mayoría de los resultados de los antecedentes ya mencionados concuerdan con la presente investigación, de ellos destacan que el tipo de edentulismo más frecuente es el edentulismo parcial y de este la Clase I y II son las más predominantes, en cuanto las modificaciones más comunes son la Modificación 1 y la Modificación 0.

## CONCLUSIONES

### Primero

Se determinó que el edentulismo total presenta una frecuencia del 12,41%, del cual 8 casos son bimaxilares y 20 casos monomaxilares.

### Segundo

Se determinó que el edentulismo parcial presento una frecuencia del 76,21% del total de casos contabilizados, la mayoría pertenecientes a la Clase I y II, como consecuencia de estos hallazgos, se descubrió que la Modificación 1 es la más frecuente con 44,86%, a diferencia de la Modificación 4 que no presentó caso alguno.

## RECOMENDACIONES

### **Primero**

Se aconseja la realización de estudios epidemiológicos odontológicos en el establecimiento de salud Francisco Bolognesi para profundizar en la investigación e identificar las opciones de tratamiento del edentulismo total y parcial.

### **Segunda**

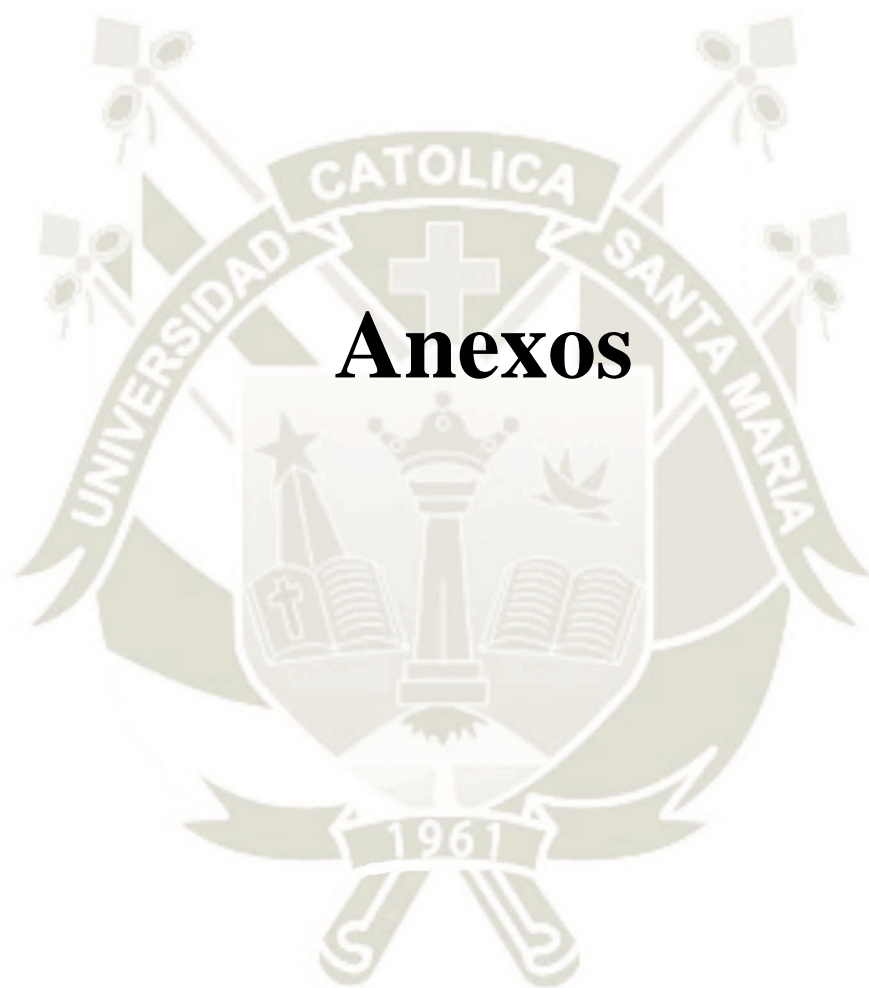
Se aconseja que se analicen otros pacientes o historias clínicas de los centros del Ministerio de Salud y se comparen con los resultados de este estudio.

### **Tercera**

Además, es prudente aconsejar a los nuevos tesisistas que lleven a cabo una investigación epidemiológica sobre poblaciones razonablemente grandes de diversos trastornos de la cavidad oral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JV. L. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2009.
2. Carrasquer DA. Best Quality Dental Centers. [Online]; 2018. Acceso 2 de Agosto de 2021. Disponible en: <https://bqidentalcenters.es/odontologia-general/edentulismo-causas-consecuencias/>.
3. Jeyapalan DV. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. Journal of Clinical and Diagnostic. 2015; 9(6).
4. KAISER F. PPR en el laboratorio.
5. KEOGH TP. Prótesis Parcial Removible, clínica y laboratorio.
6. Alan B. Carr GPMDTB. Prótesis parcial removible. 11th ed. Madrid : Edide, S.L.; 2006.
7. David Loza Fernández HRVM. Diseño de prótesis parcial removible. 1st ed. Gomez RL, editor. Madrid: Ripono, S.A.; 2007.
8. Daniel Pedro Núñez LLGB. Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9(2).
9. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 16 de Agosto de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
10. OMS. Organización mundial de la Salud. [Online]; 2020. Acceso 18 de Enero de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
11. Vilchis DBC, Clavel JFG. Cariología: el manejo contemporáneo de la caries dental Mexico : UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO.
12. FDI. El desafío de las enfermedades bucodentales: una llamada a la acción, , 2ª edición, FDI..
13. Mariñas Castillo J. Grado de disfunción temporomandibular en pacientes edéntulos parciales, portadores y no portadores de prótesis parcial removible, atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego, 2014. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, La Libertad.
14. Bach. Novoa Aquino AF. PREVALENCIA DEL EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN EL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO “HUANCAS”, CHACHAPOYAS - 2018. En: CHACHAPOYAS; 2018



# Anexos

## Anexo 1: Matriz de sistematización

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN								
ENUNCIADO: Frecuencia de Edentulismo total y parcial registradas en historias clínicas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa 2019.								
UE	INFORMACIÓN GENERAL			Edentulismo total	Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy - Applegate			
	EDAD	GENERO	MAXILAR		Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
1	25	Femenino	Superior			MD 2		
			Inferior				MD 1	
2	26	Femenino	Superior				MD 1	
3	27	Masculino	Inferior		SMD			
4	28	Femenino	Superior			MD 1		
			Inferior		SMD			
5	29	Femenino	Inferior				SMD	
6	29	Femenino	Inferior			MD1		
7	29	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior				MD1	
8	30	Femenino	Inferior		SMD			
9	30	Femenino	Superior		MD2			
			Inferior			MD3		
10	31	Femenino	Superior				MD3	
			Inferior				MD1	
11	31	Femenino	Superior		MD1			
			Inferior				MD1	
12	31	Femenino	Inferior				MD2	
13	31	Femenino	Inferior				MD2	

14	32	Femenino	Superior			MD1		
			Inferior			MD1		
15	32	Masculino	Superior			MD2		
			Inferior			SMD		
16	32	Femenino	Superior			MD2		
			Inferior			MD1		
17	33	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior			MD3		
18	33	Femenino	Inferior			MD1		
19	34	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior			MD1		
20	35	Femenino	Superior			MD1		
			Inferior		SMD			
21	35	Femenino	Superior			MD2		
			Inferior			MD1		
22	35	Femenino	Superior			SMD		
23	35	Femenino	Superior				MD2	
24	35	Femenino	Superior				MD2	
25	35	Masculino	Superior			MD3		
			Inferior			SMD		
26	36	Femenino	Inferior			SMD		
27	36	Femenino	Superior		SMD			
28	36	Femenino	Superior				MD3	
29	36	Femenino	Inferior				MD1	
30	37	Femenino	Superior			MD3		
			Inferior				MD1	
31	37	Femenino	Superior		SMD			
			Inferior				SMD	

32	38	Femenino	Superior				MD2	
33	38	Femenino	Inferior				SMD	
34	39	Femenino	Superior				MD3	
			Inferior				MD1	
35	40	Femenino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
36	40	Femenino	Superior					SP
			Inferior		MD1			
37	41	Femenino	Inferior			SMD		
38	41	Femenino	Inferior			MD1		
39	41	Femenino	Superior		SMD			
			Inferior		SMD			
40	42	Femenino	Inferior				MD2	
41	42	Femenino	Superior		MD1			
			Inferior			MD1		
42	42	Femenino	Inferior			MD1		
43	42	Femenino	Superior		MD1			
			Inferior			MD1		
44	42	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior				MD3	
45	43	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior		SMD			
46	43	Masculino	Superior					SP
			Inferior				MD2	
47	44	Femenino	Superior			MD2		
			Inferior		MD1			
48	45	Femenino	Superior				MD1	
49	46	Femenino	Inferior				MD1	

50	46	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior			SMD		
51	46	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior			MD1		
52	47	Masculino	Superior		MD1			
			Inferior			MD1		
53	47	Femenino	Superior					SP
			Inferior		SMD			
54	47	Masculino	Superior				MD2	
			Inferior			MD1		
55	47	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior			MD1		
56	48	Masculino	Superior				MD2	
			Inferior			MD2		
57	49	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior			MD1		
58	50	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior				SMD	
59	50	Masculino	Superior				MD1	
			Inferior		SMD			
60	50	Masculino	Superior		MD3			
			Inferior		MD1			
61	51	Femenino	Superior			SMD		
62	51	Femenino	Superior			SMD		
			Inferior		MD1			
63	52	Masculino	Superior			MD3		
			Inferior				MD1	
64	52	Femenino	Inferior		SMD			

65	52	Femenino	Superior		SMD			
			Inferior				MD1	
66	52	Masculino	Superior					MD2
			Inferior		SMD			
67	52	Masculino	Superior					MD1
			Inferior			MD1		
68	53	Masculino	Superior				MD2	
			Inferior					MD2
69	53	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior					SMD
70	54	Femenino	Superior					MD1
			Inferior		SMD			
71	54	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		SMD			
72	54	Femenino	Superior					MD3
			Inferior		SMD			
73	55	Femenino	Superior					MD2
			Inferior					MD2
74	55	Femenino	Superior		SMD			
			Inferior		MD2			
75	56	Femenino	Superior		SMD			
			Inferior		MD1			
76	57	Femenino	Superior					MD1
			Inferior			MD1		
77	57	Masculino	Superior					MD1
			Inferior		SMD			
78	57	Femenino	Superior	SP				
			Inferior				MD1	

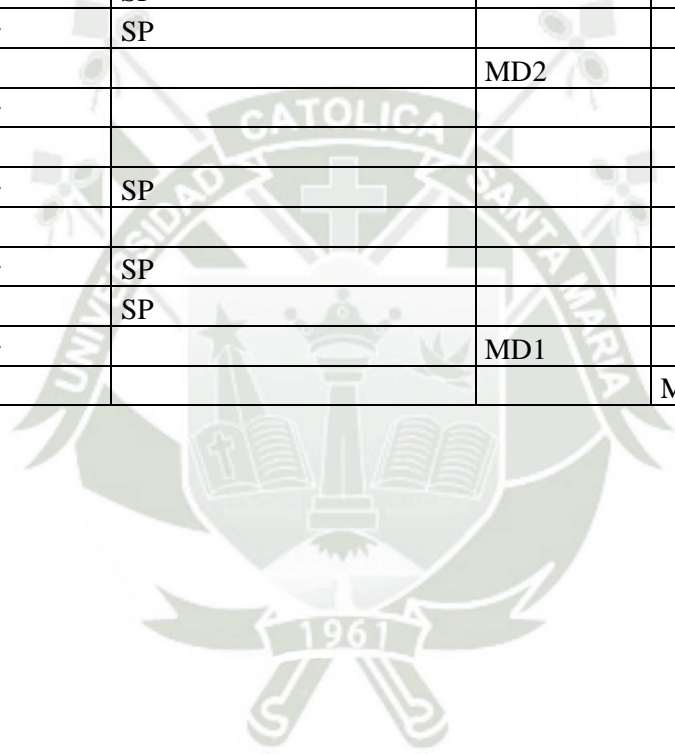
79	57	Masculino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
80	58	Masculino	Superior		SMD			
			Inferior		SMD			
81	58	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		SMD			
82	58	Masculino	Superior			MD1		
			Inferior		MD2			
83	59	Femenino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
84	59	Femenino	Superior					SP
			Inferior		MD1			
85	60	Masculino	Superior		MD2			
			Inferior	SP				
86	61	Femenino	Superior			MD1		
			Inferior			SMD		
87	63	Femenino	Superior			MD2		
			Inferior				SMD	
88	63	Masculino	Superior			MD1		
			Inferior				MD2	
89	63	Masculino	Superior			MD1		
90	64	Masculino	Superior	SP				
			Inferior		MD1			
91	65	Femenino	Superior		MD1			
			Inferior		MD2			
92	65	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior			MD1		
93	65	Femenino	Inferior			MD3		

94	65	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		SMD			
95	65	Femenino	Superior			MD3		
96	65	Masculino	Superior		MD1			
			Inferior			MD1		
97	65	Femenino	Superior			MD1		
			Inferior		MD2			
98	66	Masculino	Superior				MD1	
			Inferior		MD1			
99	66	Femenino	Superior		SMD			
			Inferior		SMD			
100	66	Femenino	Superior		MD1			
			Inferior		SMD			
101	66	Femenino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
102	66	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		SMD			
103	66	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior		MD1			
104	67	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		SMD			
105	67	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		MD1			
106	67	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		MD1			
107	67	Femenino	Superior	SP				
			Inferior					SP
108	68	Femenino	Superior		SMD			

			Inferior		SMD			
109	68	Masculino	Superior		MD1			
			Inferior		MD1			
110	69	Masculino	Superior				MD3	
			Inferior		MD1			
111	69	Masculino	Superior		MD1			
			Inferior			MD1		
112	69	Femenino	Superior			MD1		
			Inferior		SMD			
113	70	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		MD1			
114	70	Masculino	Superior				MD1	
			Inferior			MD2		
115	70	Femenino	Superior		MD2			
			Inferior		MD2			
116	70	Masculino	Superior			MD1		
117	70	Masculino	Superior			MD1		
			Inferior			MD2		
118	71	Femenino	Superior					SP
			Inferior					SP
119	71	Femenino	Superior			SMD		
			Inferior			SMD		
120	71	Femenino	Superior	SP				
121	72	Femenino	Superior		MD1			
			Inferior		SMD			
122	73	Femenino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
123	74	Masculino	Superior	SP				

			Inferior			SMD		
124	75	Femenino	Superior				SMD	
			Inferior			MD1		
125	75	Masculino	Superior				MD2	
			Inferior			MD1		
126	76	Masculino	Superior			MD2		
			Inferior			MD1		
127	75	Masculino	Inferior			MD1		
128	76	Femenino	Superior				SMD	
			Inferior				SMD	
129	76	Masculino	Superior				MD1	
			Inferior				MD1	
130	77	Masculino	Superior	SP				
131	78	Femenino	Superior				MD2	
			Inferior		SMD			
132	78	Femenino	Superior			MD2		
133	78	Masculino	Superior			MD1		
			Inferior		SMD			
134	80	Femenino	Superior				MD1	
			Inferior	SP				
135	80	Femenino	Superior	SP				
			Inferior				MD1	
136	80	Femenino	Superior	SP				
			Inferior		SMD			
137	80	Femenino	Superior			MD2		
			Inferior		SMD			
138	81	Femenino	Superior	SP				
			Inferior	SP				

139	83	Masculino	Superior				MD1	
			Inferior		MD1			
140	83	Masculino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
141	86	Masculino	Superior	SP				
			Inferior		MD2			
142	87	Masculino	Superior				MD1	
			Inferior				MD2	
143	88	Femenino	Superior	SP				
			Inferior				MD2	
144	88	Femenino	Superior	SP				
			Inferior	SP				
145	89	Masculino	Superior		MD1			
			Inferior			MD1		



## Anexo 2: Solicitud



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



Arequipa 07 de octubre de 2021

SR. LIC. HOOVER SUPO MAMANI  
JEFE DE LA MR FCO BOLOGNESI

Presente. -

**SOLICITO: ACCESO A HISTORIAS  
CLÍNICAS**

De mi mayor consideración:

Por motivo de estar realizando un estudio de investigación el cual se titula: “FRECUENCIA DE EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY-APPLEGATE REGISTRADOS EN HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DEL DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA 2019”. Me dirijo a usted muy respetuosamente a fin de solicitarle me permita el acceso a las historias clínicas del año 2019 del centro de salud Francisco Bolognesi que usted muy dignamente dirige.

Espero no incomodar ni afectar las actividades laborales con mi petición, sin más por el momento me despido de usted y quedo a la espera de su respuesta y autorización, saludos cordiales.

Atentamente



Juan Fernando Cruz León  
DNI: 76071256



### Anexo 3: Autorización

Sr.:  
**Juan Fernando Cruz León.**  
Presente.-

**ASUNTO: Autorización para realizar estudio de investigación.**

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle la autorización para el Acceso a Historias Clínicas del Centro de Salud Francisco Bolognesi y pueda realizar el estudio de investigación el cual se titula: **“FRECUENCIA DE EDENTULISMO TOTAL Y PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY – APLEGATE REGISTRADOS EN HISTORIAS CLÍNICAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BOLOGNESI DEL DISTRITO DE CAYMA AREQUIPA 2019”**.

Sin otro particular aprovecho del presente para reiterarles mis muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED FRANCISCO BOLOGNESI  
.....  
Lic. Nutrición Hoover Supo Mamani  
C.N.P. 2644  
Jefe de la Micro Red de Salud Francisco Bolognesi

Con Copia CC : Archivo  
HSM/amhc  
Folios : (01) File.


AREQUIPA SOMOS TODOS

Calle 20 de Abril 204 Francisco Bolognesi  
Cayma.  
Teléfono: 459180

### Anexo 4: Historia Clínica del puesto de salud

Ministerio de Salud Personas que atendemos Personas		HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE					
<b>CONSULTA</b>							
FECHA:	HORA:	Edad:					
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de ánimo:				
Orina:	Deposiciones:						
Ex. Físico	T°:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla: IMC:	
<b>DIAGNÓSTICO</b>			<b>TRATAMIENTO:</b>				
Valoración Nutricional							
			<b>Exámenes auxiliares:</b>				
			Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:			Firma y Sello:				
Atendido por:			( Colegio prof. )				
Observación:							
<b>CONSULTA</b>							
FECHA:	HORA:	Edad:					
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:	Sed:	Sueño:	Estado de Ánimo:				
Orina:	Deposiciones:						
Ex. Físico	T°:	P.A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla: IMC:	
<b>DIAGNÓSTICO</b>			<b>TRATAMIENTO:</b>				
Valoración Nutricional							
			<b>Exámenes auxiliares:</b>				
			Referencia (lugar y motivo):				
Próxima Cita:			Firma y Sello:				
Atendido por:			( Colegio prof. )				
Observación:							
APELLIDOS Y NOMBRES:			N°				
<b>HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE</b>							

### Anexo 5: Odontograma

  
**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos Personas  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

## ODONTOGRAMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_


18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38


ESPECIFICACIONES: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL C. D. \_\_\_\_\_

## Anexo 6: Ficha de registro

Ficha de registro

N° de Ficha: \_\_\_\_\_

“Frecuencia de edentulismo total y parcial registradas en historias clínicas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi del distrito de Cayma Arequipa 2019”

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Maxilar superior				
No presenta Edentulismo				
Edentulismo total				
Edentulismo Parcial	Clase I		Modificación 1	
	Clase II		Modificación 2	
	Clase III		Modificación 3	
	Clase IV		Modificación 4	

Maxilar Inferior				
No presenta Edentulismo				
Edentulismo total				
Edentulismo Parcial	Clase I		Modificación 1	
	Clase II		Modificación 2	
	Clase III		Modificación 3	
	Clase IV		Modificación 4	

## Anexo 7: Fotografías





