



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

**Tesis**

Relación entre recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible  
en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023

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

**Presentado por:**

**Autor:** Mollenedo Vasquez, Andy Gary

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0001-6600-7032>

**Asesor:** Mg. Jaime Okumura, Roberto

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532>

**Lima – Perú**

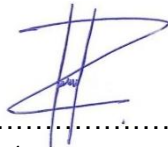
**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, Andy Gary Mollenedo Vasquez egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“RELACIÓN ENTRE RECESIÓN GINGIVAL Y EL TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO PARTICULAR - 2023”** Asesorado por el docente: Jaime Okumura Roberto DNI ...09861961...ORCID 0000-0002-3601-1532 tiene un índice de similitud de (11) (once) % con código 14912:469614261 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor 1  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: 72978297

.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....



.....  
 Firma  
 Roberto Jaime Okumura  
 DNI: 09861961

Lima, 21 de noviembre del 2025

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mis padres y hermana por su apoyo incondicional. Por haber sido mi motor y motivo.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesor Mg. Jaime Okumura Roberto por guiarme en la elaboración de la presente investigación.

A todas aquellas personas que hicieron posible el término de mi carrera, que sin el apoyo que me brindaron en cada etapa universitaria no hubiera podido culminar con satisfacción esta hermosa carrera.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
<b>1. EL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del problema.....	11
1.3 Justificación de la investigación.....	13
1.4.1 Objetivos.....	13
1.4.2 Generales.....	13
1.4.3 Específicos.....	13

<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>17</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 Antecedentes.....	17
2.2 Bases teóricas.....	20
2.3 Definición de términos básicos.....	32
2.4 Hipótesis.....	33
2.4.1 Hipótesis general.....	33
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODOS</b>	<b>34</b>
<b>3. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
3.1 Método de investigación.....	34
3.2 Enfoque de investigación.....	34
3.3 Tipo de investigación.....	34
3.4 Diseño de investigación.....	38
3.5. Población, muestra y muestreo.....	34
3.6. Variables y operacionalización.....	35
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	42
<hr/>	
3.9 Aspectos éticos.....	43

<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>44</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>44</b>
4.1 Resultados .....	44
4.4 Discusión.....	48
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>51</b>
5. Conclusiones.....	51
5.1 Conclusiones.....	51
5.2 Recomendaciones.....	52
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Anexo.....	58
2. Anexo.....	59
3. Anexo.....	60
4. Anexo.....	61
5. Anexo.....	62
6. Anexo.....	65
7. Anexo.....	66
8. Anexo.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS

**PÁG.**

Tabla N° 1: Grado de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023	44
Tabla N° 2: Tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023	44
Tabla N° 3: Relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo	45
Tabla N° 4: Relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad	46
Tabla N° 5: Comprobación de hipótesis de relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.	47

## RESUMEN

El propósito de esta tesis fue analizar la relación entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico privado en 2023. Para ello, se formalizó una investigación hipotético-deductivo, cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, no experimental y correlacional, con una muestra de 218 pacientes. Los resultados revelaron que el 72,9% de los pacientes con prótesis parcial removible presentaron recesión gingival de grado I. En cuanto al tiempo de uso, el 66,1% de los pacientes habían utilizado la prótesis por más de 2 años. En relación al sexo, se encontró una relación estadísticamente significativa con la recesión gingival ( $p=0,023$ ), observándose un mayor porcentaje (37,2%) de recesión gingival de grado I en mujeres. Además, el sexo mostró una relación estadísticamente significativa con el tiempo de uso de la prótesis parcial removible ( $p=0,049$ ), siendo las mujeres las que presentaron el mayor porcentaje (38,5%) con un tiempo de uso superior a 2 años. En cuanto a la edad, también se encontró una relación significativa ( $p=0,015$ ), destacando un mayor porcentaje (43,6%) de recesión gingival de grado I en el grupo de 49 a 57 años. De igual manera, la edad mostró una relación significativa con el tiempo de uso de la prótesis ( $p=0,000$ ), siendo el 38,5% de los pacientes de 49 a 57 años quienes usaban la prótesis por más de 2 años. La prueba de chi-cuadrado mostró que existía una relación significativa entre la recesión gingival y el tiempo de uso de la prótesis parcial removible ( $p<0,05$ ). Concluyéndose que existe una relación representativa entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible.

**Palabras clave:** Recesión gingival, dentadura parcial removible, tiempo.

## ABSTRACT

The purpose of this thesis was to analyze the relationship between gingival recession and the time of use of removable partial prostheses in patients treated in a private dental office in 2023. For this purpose, a hypothetical-deductive, quantitative, observational, cross-sectional, prospective, non-experimental and correlational study was carried out with a sample of 218 patients. The results revealed that 72.9% of patients with removable partial prostheses presented grade I gingival recession. Regarding the time of use, 66.1% of patients had used the prosthesis for more than 2 years. In relation to sex, a statistically significant relationship was found with gingival recession ( $p = 0.023$ ), with a higher percentage (37.2%) of grade I gingival recession observed in women. In addition, sex showed a statistically significant relationship with the time of use of the removable partial prosthesis ( $p = 0.049$ ), with women presenting the highest percentage (38.5%) with a time of use greater than 2 years. Regarding age, a significant relationship was also found ( $p = 0.015$ ), highlighting a higher percentage (43.6%) of grade I gingival recession in the group of 49 to 57 years. Likewise, age showed a significant relationship with the time of use of the prosthesis ( $p = 0.000$ ), with 38.5% of patients aged 49 to 57 years wearing the prosthesis for more than 2 years. The chi-square test showed that there was a significant relationship between gingival recession and the time of use of the removable partial prosthesis ( $p < 0.05$ ). It was concluded that there is a representative relationship between gingival recession and the time of use of removable partial prostheses.

**Keywords:** Gingival Recession, Denture, Partial, Removable, time.

## **Introducción**

El daño al tejido periodontal causado por las prótesis parciales removibles representa un hallazgo común en la práctica odontológica. La dentadura parcial removible es un tipo de prótesis que se utiliza para reemplazar uno o más dientes perdidos en pacientes parcialmente desdentados; es menos invasivo que otras prótesis, sin embargo, también presenta varias desventajas relacionadas con su retención mecánica. En la terapia oral moderna, la estética cobra gran relevancia, y la recesión gingival se vuelve un aspecto clínico clave, especialmente en adultos con prótesis parcial removible. Esta condición, puede verse agravada por factores locales como una higiene bucal deficiente, acumulación de placa y el uso de prótesis disfuncionales. La interacción entre el diseño de la prótesis parcial removible, el perfil gingival del paciente y la presencia de sarro o placa bacteriana en las superficies protésicas influye directamente en el desarrollo y severidad del daño periodontal. La investigación se organiza en cinco capítulos. El Capítulo I plantea el problema de estudio, formula la pregunta de investigación, justifica su importancia y establece los objetivos generales y específicos. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, incluyendo antecedentes, bases teóricas, definiciones clave y la hipótesis general. En el Capítulo III se describe el diseño metodológico: tipo de investigación, población y muestra, instrumentos de recolección de datos, análisis estadístico y aspectos éticos. El Capítulo IV presenta los resultados obtenidos y su discusión en relación con la teoría y estudios previos. Finalmente, el Capítulo V expone las conclusiones del estudio y ofrece recomendaciones, seguido de las referencias bibliográficas y anexos que complementan el trabajo.

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

Una sonrisa armoniosa es esencial en la comunicación humana y en la apariencia personal. Su estética depende del tamaño, posición y color de los dientes, por lo que un complejo mucogingival sano es fundamental para mantener la integridad de los tejidos y su unión con los dientes. Aunque muchas afecciones dentales no son fácilmente perceptibles, la recesión gingival suele ser visible para el paciente, generando una preocupación estética notable. (1) A nivel internacional, la recesión gingival ha sido ampliamente reconocida como una condición periodontal prevalente en adultos, con impacto tanto funcional como estético. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que más del 30% de los adultos mayores de 35 años presentan algún grado de recesión gingival, siendo esta prevalencia más alta en personas portadoras de prótesis dentales removibles. (2)

A nivel internacional, en Turquía reveló que un 67% de los pacientes que usaban PPR durante más de cinco años presentaban recesión gingival, particularmente en los dientes pilares. (3) En España, un estudio realizado en la Universidad Complutense de Madrid examinó los efectos del uso prolongado de prótesis parcial removible sobre el periodonto. (4) Los resultados indicaron que un 58% de los pacientes que usaban prótesis por más de cuatro años presentaban recesión gingival en dientes pilares, especialmente cuando no se realizaba control periodontal periódico. (5)

En el contexto latinoamericano, investigaciones desarrolladas en Colombia indican que aproximadamente un 45% de los usuarios de prótesis removibles mayores de 50 años presentan signos clínicos de recesión gingival, siendo los factores contribuyentes más

comunes el uso continuo de la prótesis, la falta de controles periódicos y una higiene deficiente. (6) De manera similar, en un estudio efectuado en Brasil hallaron que la frecuencia de recesión gingival aumentaba progresivamente a partir del segundo año de uso de la prótesis, afectando la zona vestibular, reflejando que en latinoamérica, la situación se ve agravada por factores socioeconómicos y limitaciones en el acceso a servicios odontológicos especializados generando una problemática latente. (7)

En el ámbito local, dentro de comunidades urbanas y rurales de [nombre de la ciudad o región específica, se evidencia un aumento en la demanda de tratamientos protésicos debido al edentulismo parcial. Sin embargo, muchos pacientes utilizan prótesis parciales removibles elaboradas sin un enfoque integral periodontal-protésico, lo que favorece la aparición de recesión gingival. Esta situación representa no solo un problema de salud bucal, sino también una preocupación estética que afecta la calidad de vida y la autoestima de los pacientes. La carencia de controles periódicos, junto con hábitos de higiene inadecuados, agravan el cuadro clínico y hacen urgente la implementación de estrategias preventivas y educativas desde la atención primaria. (8)

En el caso de Perú, un estudio realizado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en la ciudad de Lima, evidenció que el 54% de los pacientes portadores de PPR por más de tres años presentaban recesión gingival en uno o más dientes pilares, siendo más frecuente en el sector anterior inferior. Asimismo, se encontró que el riesgo de recesión aumentaba en pacientes que no reemplazaban ni ajustaban sus prótesis en periodos mayores a dos años. Sin embargo, entre las causales adheridas a la recesión gingival, se destaca el edentulismo, que representa uno de los problemas más relevantes para la salud pública tanto a nivel mundial como local. (9)

En Perú, la situación bucodental continúa siendo motivo de preocupación en salud pública. El edentulismo parcial sigue siendo frecuente en la población adulta y adulta mayor, especialmente en sectores vulnerables. Aunque las prótesis parciales removibles son una solución accesible, en muchos casos no están correctamente adaptadas, generando irritación crónica, acúmulo de placa y recesión gingival. La falta de seguimiento protésico periódico y la escasa educación sobre higiene oral contribuyen al agravamiento de esta condición. (10) Por lo tanto, los profesionales en odontología deben contar con los conocimientos adecuados, así como con actitudes destacadas, para poder abordar este tipo de casos de manera eficaz. Por lo antes mencionado, se formula la siguiente problemática.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023?

### **1.2.2 Problema específicos**

¿Cuál es el grado de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023?

¿Cuál es el tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023?

¿Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo?

¿Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar el grado de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.

Determinar el tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.

Determinar la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo.

Determinar la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad.

### **1.4 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Teórica**

Esto permitió generar un marco de conocimiento actualizado sobre el tema, al contrastar la información teórica existente con los hallazgos obtenidos en esta investigación, en la que se analizó la relación entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parciales

removibles. Desde el enfoque teórico, este vínculo constituye un aporte relevante al estudio de las interacciones entre los tejidos periodontales y los elementos protésicos, proporcionando una base conceptual que puede fortalecer futuras investigaciones en el campo de la rehabilitación oral.

#### **1.4.2 Metodológica**

Dado que existen pocos estudios sobre este tema en nuestro país, este estudio es de gran importancia, porque el instrumento validado permitió la recopilación de datos fiables, los cuales fueron utilizados en la investigación y pueden servir como base para otros estudios que deseen explorar las mismas variables, siendo relevante en el campo de la rehabilitación protésica.

#### **1.4.3 Práctica**

Este estudio reconoció abordar una problemática persistente en el campo de la rehabilitación oral, relacionada con la recesión gingival progresiva en pacientes portadores de prótesis parcial removible, ofreciendo soluciones prácticas y clínicas para su manejo. A nivel práctico, el trabajo aportó herramientas diagnósticas y criterios clínicos que fortalecen la capacidad del profesional de odontología para identificar tempranamente los signos de recesión gingival asociados al uso prolongado de prótesis. Asimismo, contribuye a mejorar la planificación y el diseño protésico con un enfoque preventivo, optimizando el seguimiento periodontal y promoviendo una atención más integral y personalizada al paciente.

#### **1.5 Limitaciones de la investigación**

La investigación presentó algunas limitaciones. La muestra fue limitada a una población específica, lo que redujo la posibilidad de generalizar los resultados. El tiempo de

evaluación clínica fue corto, dificultando el seguimiento de los cambios periodontales a largo plazo. Además, existió variabilidad en los hábitos de higiene oral y en el uso de las prótesis, lo cual pudo influir en los resultados. No se consideraron factores sistémicos o genéticos, ni se utilizaron exámenes complementarios más avanzados que habrían permitido una evaluación periodontal más completa.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

**Jara (9)** tuvo como objetivo “verificar la recurrencia de recesión gingival en relación con el tiempo de uso de prótesis parciales removibles en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura durante el año 2022”. La metodología fue de tipo no experimental, descriptiva, transversal, prospectiva y correlacional, con una muestra de 218 pacientes. Los resultados mostraron que la mayor prevalencia de recesión correspondió a la clase III, en el periodo de 3 a 11 meses (5,5%). En usuarios con 1 a 2 años de uso, predominó la clase II (12,8%). En pacientes con más de 2 años de uso, la clase III fue la más frecuente, con un 34,4%. El análisis estadístico con prueba de chi-cuadrado arrojó un valor significativo ( $p < 0,05$ ), por lo que se aceptó la hipótesis alternativa. Se concluyó que la recesión gingival guarda una relación directa con el tiempo de uso de las prótesis parciales removibles.

**Dávalos (10)** se propuso “determinar las condiciones periodontales de los dientes pilares en pacientes portadores de prótesis parciales removibles atendidos en el centro odontológico Ttio”. El estudio fue de tipo descriptivo y observacional, con una muestra de 169 pacientes. Los resultados indicaron que el 59,8% eran mujeres, y el 100% presentó alteraciones periodontales, destacando la gingivitis (78,1%) y la recesión gingival (92,3%). Respecto al sondaje periodontal, un 45,6% mostró profundidad leve, mientras que el 57,4% evidenció un nivel severo de pérdida de inserción. Se observó sangrado gingival en el 58% de los casos, desplazamiento dental en el 66,9% y una alta prevalencia de higiene deficiente según el índice de placa de O’Leary (92,3%). La mayoría de los pacientes (91,1%) presentaban hábitos de higiene oral regulares. Se concluyó que los

dientes pilares de los usuarios de PPR presentaban un estado periodontal comprometido y una higiene bucal deficiente.

**Catuto (11)**, se propuso “corroborar la frecuencia de alteraciones periodontales asociadas al uso de prótesis parciales removibles en pacientes del centro integral del adulto y adulto mayor IV de la Universidad de Guayaquil”. El estudio fue transversal y reveló que el 94% de los participantes presentaban signos periodontales vinculados al uso de prótesis. La periodontitis fue la patología más prevalente (60%), con predominio en mujeres (60%) y en el grupo etario de 50 a 59 años (40%). Factores asociados fueron la mala higiene oral (62% no usa hilo dental, 50% se cepilla solo dos veces al día, 54% no usa enjuague bucal) y el uso inadecuado de las prótesis (40% las usa por más de 10 años, 58% no se las retira por la noche, 94% usa prótesis acrílicas). Se concluyó que la mala higiene oral, el mal diseño y uso inadecuado de la PPR contribuyen significativamente al desarrollo de enfermedades periodontales.

**Mera (12)** tuvo como objetivo “evaluar el estado de salud periodontal en adultos mayores portadores de prótesis parciales removibles (PPR)”. La investigación fue de tipo cualitativo, exploratorio, documental y descriptivo, con una muestra conformada por 40 adultos mayores. Los resultados mostraron que el bienestar periodontal se encontraba comprometido, principalmente debido a una deficiente salud gingival y al mal mantenimiento de las PPR. Se concluyó que la recurrencia de alteraciones periodontales estaba asociada al uso inadecuado de estas prótesis y a la falta de control de factores de riesgo.

**Ercoli C. et al. (13)** realizaron un estudio con el objetivo de “evaluar los parámetros periodontales en dientes pilares e interproximales en pacientes con prótesis parcial removible mandibular tipo Kennedy clase I, después de cuatro años de tratamiento

periodontal”. El estudio fue de tipo transversal y contó con una muestra de 14 pacientes, el 78,6% mujeres, con una edad promedio de 66 años ( $\pm 7,8$ ). Tras 48 meses, se observó una disminución significativa del índice de placa en los dientes pilares, pero aumentaron los parámetros clínicos de profundidad de sondaje (PD), recesión gingival (GR), nivel de inserción clínica (CAL) y banda de encía queratinizada (KM). Se concluyó que, aunque la terapia periodontal no quirúrgica fue efectiva durante los primeros 18 meses, las condiciones periodontales se deterioraron en el largo plazo, siendo los sitios distales con retenedores directos los más afectados.

**Rossis (14)** realizó una investigación cuyo propósito fue “determinar la frecuencia de recesión gingival en pacientes usuarios de prótesis parcial removible en la institución dental Dr. René Puig”. El estudio fue descriptivo, observacional y transversal, con una muestra de 33 participantes. Los resultados indicaron una prevalencia de recesión gingival del 78,78%, siendo las mujeres las más afectadas (48,48%), especialmente aquellas que utilizaron la prótesis por más de dos años. Se concluyó que la correcta higiene bucal en pacientes rehabilitados periodontalmente con PPR es fundamental para evitar complicaciones futuras.

**Mamani (15)** tuvo como finalidad “determinar el estado periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible atendidos en el consultorio odontológico de la Universidad Nacional del Altiplano (UNAP)”. El estudio fue descriptivo y transversal, con una muestra de 24 pacientes. El 62,5% fueron mujeres y el 37,5% hombres. Según la clasificación de Kennedy, el 41,7% presentó clase I. El 83,3% mostró algún tipo de alteración periodontal, mientras que el 70,8% presentó periodontitis activa, y el 83,4% de las piezas pilares manifestaron distintos grados de severidad en la pérdida de inserción. Se concluyó que una elevada proporción de los pacientes con PPR presentaba enfermedad

periodontal asociada especialmente a los dientes pilares en contacto con los componentes metálicos de la prótesis.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.2 Recesión gingival**

La recesión gingival se refiere al desplazamiento apical del contorno gingival hasta la línea de adhesión amelocementaria (UCE). Esta condición está asociada con variaciones periodontales caracterizadas por una pérdida o atrofia del tejido. El término "atrofia" describe los procesos de daño celular que resultan en una reducción tanto del volumen como de la cantidad celular de un órgano o tejido, debido a agresiones celulares subletales, como la hipoxia, la compresión mecánica, la disminución de la vascularización local, entre otros factores. La agresión celular subletal, por su parte, es un proceso que generalmente es reversible. (17)

Las células atróficas tienen una disminución de volumen, se comen a sí mismas y hacen que sus componentes estructurales y sus orgánulos sean digeridos. Por lo tanto, su nivel de consumo de energía se reduce y son capaces de sobrevivir en un entorno hostil. Cuando se elimina el factor causante, el proceso se detiene y tanto el número como el tamaño de las células podrían recuperarse hasta niveles normales; sin embargo, esto depende de la gravedad de la lesión en los tejidos y del tipo de tejido afectado. (17)

### **Prevalencia**

La coexistencia de cálculo supragingival y subgingival, observándose que las superficies linguales de los dientes delanteros inferiores fueron las más afectadas en la agrupación etárea de 20 a 34 años dentro de la población adulta. (18)

### **Causas principales**

El traumatismo crónico, especialmente causado por un cepillado inadecuado diario, daña físicamente los tejidos gingivales. El uso incorrecto del cepillado de dientes, así como de otros productos de higiene bucal, sobre los delicados bordes gingivales de manera constante, puede llevar de forma gradual y progresiva a la recesión gingival a lo largo de los años. (19)

**Hallazgos periodontales inflamatorios crónicos**, la degradación tisular resultante de los daños periodontales engloba la degradación ósea paulatina que ostenta llevar el traslado gingival apical y raíces exhibidas. (20, 21)

El trauma oclusal, o traumatismo oclusal primario, tiende a causar síntomas caracterizados por molestias difusas, acompañadas de un leve aumento en el desplazamiento de los dientes, el cual puede persistir durante días, semanas o incluso meses. Pasadas algunas semanas, se observa radiográficamente una expansión uniforme del espacio periodontal y un engrosamiento de la lámina dura o placa cortical alveolar. (22)

Al principio, el trauma oclusal primario ostenta generar hallazgos que incluyen dolencias difusas acompañadas de un leve incremento en los desplazamientos dentales, el cual puede durar días, semanas o incluso meses. Tras unas semanas, se hace visible radiográficamente un agrandamiento del espacio periodontal y el engrosamiento de la lámina dura o la placa cortical alveolar. Estos cambios radiográficos se producen debido a la necesidad de fibras periodontales más gruesas y largas para soportar el incremento de la función, es decir, para absorber las fuerzas oclusales más intensas. Como consecuencia, el grosor del ligamento periodontal aumenta. Paralelamente, las fibras periodontales admiten una elevada adhesión, generando un engrosamiento de la placa cortical alveolar para cumplir con esta disposición. Este procesamiento también influye

en el cemento, aunque sus modificaciones no son detectables a través de imágenes radiográficas. (22)

Debido al incremento de la demanda funcional ocasionado por una carga oclusal excesiva, se produce un estiramiento intenso y constante de las fibras periodontales, especialmente aquellas que están unidas a la zona más cervical de la cresta ósea alveolar. Esta sobrecarga podría hacer que las estructuras ocasionales de fibra colgenosas se rompan, además de estresar demasiado las células del ligamento periodontal y, como resultado, aumentar significativamente los niveles locales cervicales de mediadores químicos liberados por esas células, especialmente los mediadores asociados con la resorción ósea, promoviendo así la pérdida ósea, ya sea vertical o en ángulo, en la superficie periodontal de la cresta ósea alveolar. (22)

En esos casos, la pérdida ósea vertical es radiográficamente notable, con la formación de una "V" típica del trauma oclusal, como resultado del plano óseo reabsorbido, así como de la pared radicular. Las radiografías periapicales se pueden utilizar para el diagnóstico, a pesar de que las interproximales son más fiables. No importa cuán grave sea la pérdida ósea vertical en esta área, el sondeo periodontal no revelará las bolsas periodontales. Si el trauma oclusal se resuelve en esta etapa, se llevará a cabo la neoformación del hueso periodontal y se restablecerá la normalidad. Todos los eventos antes mencionados son el resultado de una carga oclusal excesiva dentro de un entorno libre de placa dental. Por esta razón, este conjunto de cambios se conoce como "trauma oclusal primario". (22)

En superficies libres, como la bucal, dependiendo de la placa cortical o el grosor de la placa de hueso bucal, la privación ósea vertical resulta en una pérdida local a nivel de hueso bucal. Esto conlleva a la dehiscencia ósea sobre la raíz afectada, una cavidad en forma de V en el contorno óseo, lo que provoca localmente que disminuya el soporte del

hueso gingival. Durante un cierto período de tiempo, el periostio aún podría cubrir el área afectada por la dehiscencia; por lo tanto, favoreciendo la neoformación ósea si la causa ya se ha eliminado. (22)

El contorno gingival se mantendrá al día con el contorno del hueso bucal, lo que resulta en una recesión gingival en forma de V o en ángulo en los dientes afectados por el trauma oclusal y la dehiscencia ósea. Se debe destacar una vez más que este proceso no está asociado con la acumulación local de placa dental y la consiguiente enfermedad periodontal inflamatoria crónica. (22)

El desgaste clínicamente, oclusal o incisal, así como la presencia de una recesión en forma de V, es notable. Se puede añadir un tercer signo: afracción, con grietas de esmalte cervical o pérdida lineal de esmalte. Además, el aumento de la sensibilidad también podría estar presente debido a una serie de factores orales, como la alimentación, la ingesta de líquidos, la respiración, la temperatura, entre otros. Debido a que es una condición subclínica, el trauma oclusal podría evolucionar silenciosamente a consecuencias más graves, incluida la resorción de la raíz, con el tiempo. (22)

### **Constituyentes predisponentes de recesión gingival**

Disminución de las dimensiones de la cresta ósea alveolar. (23)

Dehiscencia. (23)

Con dehiscencia y fenestración. (23)

Inserción del frenillo cercano al territorio cervical de la encía. (23)

### **Evidencias clínicas de la recesión gingival**

La recesión gingival tiende a persistir en algunas piezas dentarias aisladas; sin embargo, cuando se mantiene, generalmente afecta a un segmento completo de la arcada dentaria,

causando una retracción horizontal de la inserción de los tejidos periodontales, incluyendo las papilas gingivales. (24) Según la forma y la distribución, bien podrían ser:

### **Retracción gingival local**

Evidencias hallazgos en V o U. (25)

Hallazgo en V, afectando a los dientes que han experimentado trauma oclusal, particularmente en atendidos con bruxismo o el hábito de apretar o rechinar los dientes.. (25)

Por otro lado, la recesión local en forma de U se vincula comúnmente con hallazgos periodontales inflamatorios crónicos, cepillados incorrectos o una inserción inadecuada del frenillo. (25)

### **Retracción generalizada u horizontal**

En términos generales, la retracción gingival se encuentra estrechamente asociada con trastornos periodontales que son tanto destructivos como inflamatorios y crónicos. Esta condición implica la pérdida gradual del tejido gingival que protege las raíces dentales, lo que puede exponerlas y aumentar la vulnerabilidad a infecciones y daños. La inflamación persistente contribuye a la progresión del daño periodontal, afectando no solo la estética sino también la funcionalidad dental. (26)

### **Clasificación de Miller**

Clase I: La recesión gingival es localizada y se limita a la superficie vestibular del diente. No hay afectación de la papila interdental ni pérdida de hueso en las zonas adyacentes. La línea mucogingival permanece sin alteraciones, lo que permite una alta probabilidad de cobertura radicular completa mediante técnicas quirúrgicas. (27, 28)

Clase II: La recesión es más extensa que en la Clase I, pero aún se conserva la altura de las papilas interdentes. No existe pérdida ósea interproximal evidente, lo que permite una cobertura radicular predecible, aunque no siempre completa. La afectación se extiende hasta o cerca de la unión mucogingival. (27, 28)

Clase III: Se observa una recesión más profunda con pérdida moderada del hueso y tejido blando interdental. Las papilas pueden estar parcialmente reabsorbidas, lo que compromete la arquitectura gingival. La cobertura radicular solo puede lograrse de forma parcial debido a la pérdida de soporte interdental. (27, 28)

Clase IV: La recesión gingival es severa, con una pérdida extensa de tejido blando y óseo interproximal. El tejido marginal se encuentra retraído más allá de la unión mucogingival, y las papilas están gravemente dañadas o ausentes. En esta clase, la cobertura radicular mediante tratamiento quirúrgico no es predecible ni viable. (27, 28)

## **Tratamiento**

### **Restauraciones, coronas y carillas:**

Son tratamientos restaurativos que buscan devolver la forma, función y estética a los dientes afectados. Las coronas cubren completamente el diente dañado, mientras que las carillas solo recubren la superficie anterior, mejorando la apariencia. Estos procedimientos también pueden influir en la posición gingival y deben planificarse cuidadosamente para evitar provocar recesión. La adaptación marginal adecuada es clave para evitar inflamación gingival. (29)

**Reconstrucción de máscara gingival:**

Consiste en la utilización de materiales acrílicos o siliconados para simular tejido gingival perdido, especialmente en zonas anteriores con alta demanda estética. Se emplea cuando no es viable una intervención quirúrgica y se busca mejorar la apariencia del margen gingival. Es una solución estética provisional o permanente, según el caso. Su uso requiere precisión en color y forma para lograr naturalidad. (30)

**Acondicionamiento de raíces:**

Es un procedimiento periodontal que prepara la superficie radicular para facilitar la regeneración tisular o mejorar la adaptación de tejidos blandos. Se realiza mediante raspado y alisado radicular, y puede complementarse con agentes biológicos. Su objetivo es eliminar toxinas y bacterias adheridas, promoviendo una mejor cicatrización. Es fundamental en el tratamiento de recesión gingival. (30)

**Frenectomía:**

Es la remoción quirúrgica del frenillo labial o lingual cuando su inserción causa tensión en el margen gingival o contribuye a la recesión. Se indica especialmente en pacientes jóvenes o en aquellos con recesión localizada. Al eliminar esta tracción, se favorece la estabilidad de los tejidos blandos. Puede realizarse con bisturí convencional, láser o electrobisturí. (30)

**Técnicas quirúrgicas de protección radicular**

**(i) Injerto gingival libre epitelizado:**

Consiste en la toma de un injerto de tejido epitelizado, generalmente del paladar, que se trasplanta a la zona con recesión gingival. Se utiliza principalmente para aumentar la banda de encía queratinizada y cubrir parcialmente las raíces expuestas. Es eficaz en defectos amplios y en casos donde se requiere incremento de tejido. Presenta buena previsibilidad y estabilidad a largo plazo. (30)

**(ii) Injerto de tejido conjuntivo subepitelial:**

Esta técnica implica la extracción de un injerto de tejido conectivo del paladar, sin epitelio, que se inserta debajo de un colgajo en el área a tratar. Es una de las técnicas más utilizadas para la cobertura radicular por su alta tasa de éxito estético y funcional. Ofrece excelentes resultados en grosor tisular y mimetización con los tejidos adyacentes. Su aplicación es muy común en recesiones clase I y II. (30)

**(iii) Colgajo semilunar:**

Se trata de una técnica conservadora que utiliza un colgajo mucogingival en forma de semiluna, movilizado hacia coronal para cubrir una recesión. Es indicado en recesiones pequeñas, principalmente en la zona anterior, donde se busca un resultado estético sin afectar papilas vecinas. Su ventaja principal es que no requiere sitio donante adicional, pero su uso está limitado a casos específicos. (30)

**(iv) Regeneración tisular guiada (RTG):**

Esta técnica se basa en el uso de una membrana barrera para excluir el epitelio y permitir la regeneración del ligamento periodontal, hueso y cemento. Es indicada en defectos

periodontales complejos y casos avanzados de recesión. Se puede combinar con injertos óseos o de tejido blando para mejorar los resultados. Requiere un manejo cuidadoso y control posoperatorio estricto. (30)

En términos generales, los procedimientos quirúrgicos pueden dividirse en tres categorías principales: procedimientos con colgajo pediculado, procedimientos con injerto libre y procedimientos de regeneración tisular guiada. A lo largo del tiempo, se han creado diversas modificaciones de las técnicas tradicionales con el fin de lograr una cobertura radicular óptima y mejorar los resultados estéticos. (31)

### **Procedimientos de colgajo coronalmente avanzado (CAF)**

Consiste en el reposicionamiento coronal del tejido gingival que está situado por debajo del área de recesión. (32)

### **2.2.2. Prótesis dentales**

Las prótesis dentales son dispositivos diseñados para reemplazar dientes perdidos o gravemente dañados, restaurando la función masticatoria, la fonación y la estética del paciente. Estas estructuras permiten mejorar la calidad de vida al facilitar una alimentación adecuada y recuperar la confianza al sonreír o hablar. Se clasifican en prótesis fijas y removibles, dependiendo del número de dientes ausentes, el soporte disponible y las preferencias del paciente. (33)

### **2.2.3. Prótesis parcial removible**

La prótesis parcial removible es un aparato que presenta una complejidad significativa en su comportamiento biomecánico, especialmente cuando se apoya tanto en dientes remanentes como en mucosas. Esta doble fuente de soporte genera una distribución desigual de las cargas masticatorias, lo que puede provocar microtraumatismos en los

tejidos blandos y en las estructuras dentarias. La movilidad diferencial entre dientes y mucosa influye directamente en la estabilidad y funcionalidad del aparato. (34, 35)

### **Categorización de la Prótesis Parcial Removible (PPR)**

#### **Prótesis dentosoportadas**

Este tipo de prótesis se apoya exclusivamente en los dientes remanentes, que actúan como pilares de soporte. Se indica en pacientes con áreas edéntulas limitadas, flanqueadas por dientes naturales en ambos extremos. Su diseño permite una distribución más favorable de las cargas masticatorias, reduciendo la presión sobre los tejidos blandos. La correcta elección y preparación de los dientes pilares es esencial para garantizar su funcionalidad y durabilidad. (36)

#### **Prótesis dentomucosoportadas**

También conocidas como prótesis de carga combinada, estas se apoyan tanto en los dientes como en la mucosa oral. Son comunes en casos donde el extremo del espacio edéntulo no tiene soporte dental (extremo libre). Esta distribución mixta de carga puede generar tensiones desiguales, por lo que se requiere un diseño cuidadoso para evitar daño en los tejidos blandos y el aflojamiento de los dientes pilares. Son frecuentemente empleadas en prótesis parciales removibles. (36)

#### **2.2.4 Uso de prótesis dental**

El uso de una prótesis dental está influenciado por factores personales, funcionales y ambientales. Representa una solución a largo plazo que acompaña al paciente durante gran parte de su vida, por lo que debe adaptarse a sus condiciones orales cambiantes. La

aceptación y adaptación a la prótesis dependen del nivel de educación en salud oral, la percepción estética, la comodidad y la orientación profesional recibida. (37)

### **Calidad técnica**

Una prótesis removible acrílica debe cumplir con estándares técnicos que aseguren su función adecuada. Estos requisitos incluyen una correcta oclusión, distribución equilibrada de las cargas, soporte suficiente, buena retención y estabilidad, rigidez estructural, estética aceptable, y presencia de retenedores bien adaptados. También deben considerarse los alivios, contornos de los bordes, ajuste adecuado y seguimiento postoperatorio para asegurar la adaptación del paciente y el éxito del tratamiento. (38)

### **Experiencia previa**

Las experiencias anteriores con prótesis dentales influyen de forma significativa en la aceptación y uso de una nueva prótesis. Si el paciente tuvo resultados insatisfactorios, molestias o complicaciones, es probable que desarrolle resistencia o ansiedad ante una nueva rehabilitación. Por ello, es importante evaluar cuidadosamente los antecedentes del paciente para adaptar el tratamiento a sus necesidades y expectativas. (38)

### **Estado de bienestar mental**

El estado psicológico del paciente es un factor determinante en el éxito del tratamiento protésico. Trastornos como ansiedad, depresión o baja autoestima pueden afectar la adaptación a la dentadura. El colapso mental, entendido como un deterioro progresivo de la estabilidad emocional, puede manifestarse en rechazo al uso de la prótesis, desconfianza hacia el tratamiento o dificultades en el manejo diario. La atención integral

debe considerar este aspecto para garantizar una rehabilitación funcional y emocionalmente aceptada. (39)

### **2.2.5. Clasificación de Edward Kennedy**

La clasificación estándar para el paciente edéntulo parcial se realiza según los arcos superior e inferior, y se subdivide en función de la ubicación del área desdentada, pudiendo ser posterior, unilateral, anterior o bilateral. (40) Edward Kennedy propuso clasificarlos según el contexto topográfico, desarrollando así su sistema de clases para el edentulismo parcial. (41)

Kennedy categorizó estos casos en cuatro clases: (42, 43)

Clase I: Corresponde a áreas edéntulas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes. Es decir, se han perdido todos los molares de ambos lados, dejando únicamente dientes anteriores. Este tipo de configuración implica una mayor dependencia del soporte mucoso, lo que demanda un diseño cuidadoso para distribuir adecuadamente las cargas masticatorias. Es una de las clases más comunes en prótesis removibles. (42, 43)

Clase II: Consiste en un área edéntula unilateral situada detrás de los dientes remanentes de un solo lado. En este caso, un extremo de la arcada presenta ausencia dentaria posterior, mientras que el otro lado conserva los dientes posteriores. Este tipo de situación requiere equilibrar el soporte y la retención en un solo lado, lo cual puede generar inestabilidad si no se diseña correctamente la prótesis. (42, 43)

Clase III: Incluye áreas edéntulas unilaterales que están delimitadas por dientes naturales tanto por mesial como por distal. Esta clase permite un mejor soporte dentosoportado, brindando mayor estabilidad y retención, por lo que suele ser la más favorable para la confección de prótesis removibles. (42, 43)

Clase IV: Se refiere a una sola área edéntula, de carácter bilateral, que se sitúa por delante de los dientes remanentes. Este tipo de clase se presenta generalmente en la región anterior, afectando incisivos y caninos. Debido a la ubicación frontal, la estética cobra gran relevancia, y el diseño protésico debe cuidar tanto la apariencia como la función, siendo una de las clases más desafiantes para el rehabilitador. (42, 43)

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Clasificación de Miller clase I:** La recesión gingival es localizada y afecta únicamente la superficie vestibular del diente, sin comprometer la arquitectura ósea ni las papilas interdentes. Existe una alta probabilidad de lograr una cobertura radicular completa mediante técnicas quirúrgicas. (27, 28)

**Clasificación de Miller clase II:** La recesión es más extensa que en la clase I, llegando o sobrepasando la unión mucogingival. Aunque puede haber afectación parcial de la papila, no se observa pérdida ósea interproximal. (27, 28)

**Clasificación de Miller clase III:** Se caracteriza por una recesión gingival más profunda y amplia, con pérdida moderada de tejido óseo y papilas interdentes. Esta situación compromete la arquitectura periodontal, por lo que solo se puede lograr una cobertura parcial de la raíz expuesta. (27, 28)

**Clasificación de Miller clase IV:** Existe una recesión severa con pérdida significativa de tejido blando y óseo, incluyendo destrucción de papilas y soporte interproximal. (27, 28)

**Prótesis dentosoportadas:** Son dispositivos protésicos cuyo soporte se obtiene exclusivamente a través de dientes remanentes que actúan como pilares. (36)

**Prótesis parcial removible:** Es un dispositivo protésico utilizado para sustituir dientes ausentes, que se apoya tanto en los dientes remanentes como en los tejidos blandos. (34)

**Prótesis dentomucosoportadas:** También conocidas como prótesis de carga combinada, estas se apoyan parcialmente en dientes y parcialmente en mucosa. (36)

**Recesión gingival:** Se refiere al desplazamiento apical del margen gingival, dejando expuesta la superficie radicular y evidenciando la unión amelo cementaria (UCE). (17)

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo.

Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método**

Fue hipotético-deductivo, ya que consistió en formular una hipótesis basada en las dos variables planteadas en nuestra investigación, y luego verificar su validez o falsedad a través de los resultados obtenidos. (44)

#### **3.2. Enfoque**

Fue de tipo cuantitativo, ya que se llevaron a cabo mediciones de las variables utilizando técnicas estadísticas, lo que nos permitió observar y comprobar la relación existente entre ellas. (44)

#### **3.3. Tipo**

Fue básica porque tuvo como propósito generar nuevos conocimientos teóricos sin una aplicación inmediata. (44)

#### **3.4. Diseño**

Fue no experimental, porque no operaremos las variables a complacencia del investigador para examinar de modo específico los efectos generados. (44)

##### **3.4.1 Corte**

Fue transversal porque permitió recolectar datos en un solo momento del tiempo. (44)

##### **3.4.2 Nivel o alcance**

Correlacional, ya que vamos a conocer la relación que presentó entre sí. (44)

#### **3.5. Población, muestra y muestreo**

##### **3.5.1 Población**

La población fue 500 pacientes.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Dónde:**

**n** = Tamaño muestral

**N** = Universo =500

**Z** = Confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Error máximo (5%)

**p** = Posibilidades de éxito (0.5)

**Q** = Posibilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{500 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(500 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 218$$

La muestra fueron 218 por pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.

El muestreo realizado fue probabilístico aleatorio simple donde todos los individuos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados. Este método se basó en el principio de azar y garantiza que la muestra obtenida fue representativa de la población, minimizando el sesgo de selección.

### **3.5.2 Criterios de inclusión:**

- Pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular durante el año 2023.
- Pacientes que dieron su consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes portadores de prótesis parcial removible (PPR), con un tiempo mínimo de uso de la prótesis establecido en al menos 6 meses, para asegurar

una exposición suficiente que permita evaluar los efectos sobre la salud gingival y periodontal.

- Pacientes con buen estado general de salud, sin enfermedades sistémicas que puedan afectar la respuesta periodontal (como diabetes no controlada o enfermedades inmunológicas).
- Pacientes con un adecuado nivel de colaboración para la realización de evaluaciones clínicas y seguimiento del estudio.

### **3.5.3 Criterios de Exclusión**

- Pacientes con dentaduras con implantes.
- Pacientes con problemas neurológicos.
- Pacientes con intervenciones ortodóncicas.
- Pacientes con prótesis completa.
- Pacientes con prótesis parcial fija.
- Pacientes portadores de prótesis total o prótesis fija, excluyendo aquellos que no utilicen PPR.
- Pacientes con un tiempo de uso de la prótesis menor a 6 meses, debido a que este periodo puede no ser suficiente para observar cambios significativos en la salud gingival.
- Pacientes con tratamientos periodontales activos o recientes (últimos 6 meses), que puedan interferir en la evaluación de la recesión gingival o condición periodontal relacionada al uso de la PPR.
- Pacientes con patologías sistémicas o condiciones médicas que afecten el sistema inmunológico o la cicatrización, lo que podría alterar los resultados del estudio.

- Pacientes con hábitos perjudiciales no controlados, como tabaquismo intenso, que puedan influir en la salud periodontal independientemente del uso de la prótesis.

### **3.5.4 Muestreo**

3.5.4.1 Tipo de Muestreo: probabilístico.

### 3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala Valorativa
Recesión gingival	Es la distancia de la migración apical del margen gingival a la unión amelocementaria (UCE).	Severidad de recesión gingival	Clasificación de Miller	Cualitativa Nominal	Clase I,II,III y IV
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	Es el tiempo que tiene la dentadura removible en boca del paciente.	Intervalo de tiempo del uso de prótesis parcial removible	Ficha de recolección de datos	Cualitativa Ordinal	3-11 meses 1-2 años >2 años
Edad	Cantidad de años cumplidos al momento de la evaluación, reportados por el paciente o en su historia clínica.	Edad cronológica	Edad en años	Cuantitativa Nominal	1 = Masculino 2 = Femenino
Sexo	Categoría biológica registrada según el documento de identidad del paciente.	Identidad biológica	Sexo registrado	Cuantitativa Ordinal	40 - 48 años 49 – 57 años 58 – 66 años

### **3.6.1 Definición operacional**

Recesión gingival: Es la distancia de la migración apical al margen gingival a la unión amelocementaria.

Tiempo de uso de prótesis parcial removible: Es el período que tiene la prótesis parcial removible en boca del paciente.

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

### **3.7.1. Técnica**

La técnica fue la observación.

### **3.7.2. Descripción de instrumentos**

Para la ejecución del estudio, en el año 2023 se solicitó un documento oficial de presentación al Director de la Escuela Profesional de Odontología, con el propósito de gestionar la autorización ante el responsable del consultorio odontológico correspondiente. Una vez obtenida la aprobación, se coordinó con los cirujanos dentistas encargados del área clínica para definir las fechas de ejecución y organizar la logística necesaria para el proceso de recolección de datos.

Previamente a la evaluación, se aplicó una prueba piloto con una muestra reducida de 10 pacientes con características similares a la población de estudio. Esta prueba permitió evaluar la claridad del instrumento de registro clínico, así como ajustar los criterios de medición para asegurar su comprensión y aplicación uniforme. Posteriormente, se calculó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose un valor aceptable ( $>0.80$ ), lo cual validó su uso en el estudio principal.

Además, los profesionales clínicos fueron calibrados antes del inicio del estudio, mediante sesiones prácticas supervisadas en las que se utilizó la sonda periodontal para estandarizar la medición de recesión gingival y la aplicación de la Clasificación de Miller (Clase I, II y III). La calibración se enfocó en lograr uniformidad en la identificación de la lesión más grave por paciente y en la interpretación de los hallazgos clínicos.

Durante la etapa de campo, se explicó a cada paciente el objetivo del estudio, así como los procedimientos clínicos a realizar. A cada uno se le entregó y explicó el consentimiento informado, el cual fue firmado voluntariamente por quienes aceptaron participar.

Seguidamente, se procedió con la revisión de la historia clínica de los pacientes, especialmente en los casos de pacientes continuadores del servicio, con el fin de verificar antecedentes protésicos, periodontales y sistémicos que pudieran influir en la recesión gingival. Esta información complementó los datos obtenidos durante el examen clínico.

La evaluación clínica se llevó a cabo en una zona común del consultorio, donde se acondicionó un espacio con sillas odontológicas y el equipo básico de exploración (espejo bucal, sonda periodontal y pinzas). Los pacientes fueron atendidos de forma individual. Una vez acomodados en la silla dental, se les pidió abrir la boca y se procedió con la evaluación intraoral. Con la ayuda del espejo bucal y la sonda periodontal calibrada, se examinó cada pieza dental, registrando las áreas con recesión gingival. Para cada paciente, se anotó la lesión de mayor gravedad, según la Clasificación de Miller, marcando la clase correspondiente (Clase I, II o III) en la ficha clínica diseñada para el estudio.

Adicionalmente, se registró el tiempo de uso de la prótesis parcial removible (PPR) según tres rangos establecidos: de 3 a 11 meses, de 1 a 2 años y mayor a 2 años, información que fue confirmada tanto en la entrevista como en la historia clínica, en los casos que contaban con ese registro.

Un aspecto clínico fundamental que también se evaluó fue el biotipo gingival, clasificado como delgado o grueso, debido a su influencia en la susceptibilidad a la recesión. Esta clasificación fue realizada visualmente y mediante sonda periodontal, considerando la translucidez del margen gingival y el espesor del tejido queratinizado. Dicha información permitió identificar respuestas tisulares diferenciales en pacientes portadores de PPR, facilitando un análisis más integral sobre los factores de riesgo asociados a la recesión gingival.

Finalmente, todos los hallazgos clínicos fueron consignados en un formato diseñado especialmente para el estudio, estructurado con variables codificadas previamente, lo cual permitió su posterior vaciado estadístico en el software SPSS para el análisis correspondiente.

### **3.7.3. Validación**

El presente instrumento a utilizar fue creado por Rossis Vianny y Reyes Yelsin de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña en el 2019.<sup>12</sup>

### **3.7.4. Confiabilidad**

El presente instrumento fue previamente validado por juicio de expertos mediante pruebas de confiabilidad.<sup>12</sup>

Se recalca que la validación del instrumento no incluyó juicio directo de expertos periodoncistas debido a que los profesionales involucrados ya habían sido previamente evaluados y acreditados en estudios anteriores relacionados, garantizando su competencia y experiencia en el área odontológica. Esta metodología permitió asegurar la calidad y fiabilidad del instrumento sin necesidad de recurrir a un nuevo proceso de validación con expertos periodoncistas.

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

---

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó el software IBM SPSS Statistics versión 25, el cual permitió organizar, procesar y presentar la información de manera estadística. El procedimiento inició con el vaciado de datos, trasladando la información obtenida a partir de las fichas clínicas a un excel. Luego se aplicó la estadística descriptiva para resumir las características generales de la muestra. Se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas como sexo y grupos de edad. Estos resultados se complementaron con gráficos de barras y de pastel para representar proporciones. Previo a la aplicación de pruebas inferenciales, se realizó la prueba de normalidad con el fin de verificar la distribución de las variables cuantitativas. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras mayores a 50 participantes. Confirmada la normalidad de los datos, se procedió a la verificación de hipótesis mediante la aplicación de la prueba de chi cuadrado. Esta prueba permitió relacionar las variables. Se estableció un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Los resultados se interpretaron con base en el valor-p obtenido; si este fue menor a 0.05, se rechazó la hipótesis nula, concluyendo que existían diferencias estadísticamente significativas. Los resultados se presentaron en tablas que incluyeron valores de media, desviación estándar, estadístico t, grados de libertad y nivel de significancia.

### **3.9. Aspectos éticos**

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Institucional (CIE), conforme al expediente número 0450 – 2024, garantizando que se respetaron los principios éticos fundamentales en la investigación con seres humanos, incluyendo el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y el respeto a la integridad de los participantes.

Se llevó a cabo la presente investigación garantizando colaboraciones anónimas, además de cumplir con los preceptos de igualdad, justicia y equidad.

#### 4.1. Resultados

**Tabla 1.** Grado de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023

<b>Recesión gingival</b>		
	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Clase I	159	72,9
Clase II	38	17,4
Clase III	21	9,6
Clase IV	0	0,0
Total	218	100,0

**Interpretación:** Visualizamos que 72,9% de los pacientes con prótesis parcial removible en un consultorio odontológico particular presentó clase I.

**Tabla 2.** Tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023

<b>Tiempo de uso de prótesis parcial removible</b>		
	<b>Fi</b>	<b>%</b>
3 - 11 meses	27	12,4
1 - 2 años	47	21,6
>2 años	144	66,1
Total	218	100,0

**Interpretación:** Con respecto al tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible se aprecia un mayor porcentaje de 66,1% en > 2 años.

**Tabla 3.** Relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible, según sexo

		Sexo				Total		P valor
		Femenino		Masculino		Fi	%	
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Recesión gingival	Clase I	81	37,2	78	35,8	159	72,9	0,023
	Clase II	26	11,9	12	5,5	38	17,4	
	Clase III	16	7,3	5	2,3	21	9,6	
	Clase IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	3 - 11 meses	19	8,7	8	3,7	27	12,4	0,049
	1 - 2 años	20	9,2	27	12,4	47	21,6	
	>2 años	84	38,5	60	27,5	144	66,1	
	Total	123	56,4	95	43,6	218	100,0	

Prueba estadística: Chi Cuadrado

Fuente: Base de datos de la investigación

**Interpretación:** Según la prueba de chi-cuadrado, se encontró una relación representativa entre recesión gingival y el sexo ( $p=0,023<0,05$ ). Se observó que el mayor porcentaje, 37,2%, corresponde al sexo femenino, donde se presenta un grado de recesión gingival clase I. Asimismo, al aplicar la prueba de chi-cuadrado a la variable del tiempo de uso de prótesis parcial removible, también se evidenció una relación estadísticamente significativa con el sexo ( $p=0,049<0,05$ ). En consecuencia, se registró un mayor porcentaje, 38,5%, de pacientes femeninas con un tiempo de uso superior a 2 años en los pacientes atendidos.

**Tabla 5.** Relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible, según edad

		Edad agrupada						Total		P valor
		40 - 48 años		49 - 57 años		58 - 66 años				
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Recesión gingival	Clase I	41	18,8	95	43,6	23	10,6	159	72,9	0,015
	Clase II	2	0,9	32	14,7	4	1,8	38	17,4	
	Clase III	5	2,3	16	7,3	0	0,0	21	9,6	
	Clase IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	3 - 11 meses	0	0,0	27	12,4	0	0,0	27	12,4	0,000
	1 - 2 años	4	1,8	32	14,7	11	5,0	47	21,6	
	>2 años	44	20,2	84	38,5	16	7,3	144	66,1	
	Total	48	22,0	143	65,6	27	12,4	218	100,0	

Prueba estadística: Chi Cuadrado

Fuente: Base de datos de la investigación

**Interpretación:** Según la prueba de chi-cuadrado, se encontró una relación representativa entre recesión gingival y edad ( $p=0,015<0,05$ ). Se observó que la mayor proporción, 43,6%, correspondió a personas de entre 49 y 57 años, quienes presentaron un grado de recesión gingival clase I. De manera similar, esta prueba también mostró una relación estadísticamente representativa entre tiempo de uso de prótesis parcial removible y la edad ( $p=0,000<0,05$ ), destacando que el 38,5% de los pacientes de entre 49 y 57 años llevaban más de 2 años usando prótesis parcial removible.

**Tabla 6.** Comprobación de hipótesis de relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.

	Prueba de chi - cuadrado	P valor
Recesión gingival - Tiempo de uso de prótesis parcial removible	33,855 <sup>a</sup>	0,000

**Interpretación:** Según la prueba de chi-cuadrado, existe una relación variables en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, con un valor  $p < 0,05$ .

## 4.2. Discusión

En referencia a la recesión gingival se observó que el 72,9% de los pacientes con prótesis parcial removible presentó un grado de recesión gingival clase I en tiempo de uso > 2 años discrepando con lo encontrado por **Jara (2022) Perú**; donde la recurrencia de recesión gingival relacionada con un uso de prótesis parcial removible de 3 a 11 meses, se observó una evidente porcentualidad de recesión gingival clase III, alcanzando el 5,5%.

(6) Los resultados son similares debido a que ambos estudios coinciden en que el uso prolongado de prótesis parcial removible está relacionado con la recesión gingival, lo que refuerza la importancia del monitoreo periodontal constante. Las diferencias pueden explicarse por variables como las técnicas de higiene bucal, el diseño de las prótesis, y la respuesta individual del tejido periodontal, así como las características específicas de cada muestra poblacional.

En referencia a la prueba de hipótesis se encontró relación entre variables teniendo semejanza con el estudio **Jara (2022) Perú**; donde la recurrencia de recesión gingival está adherida representativamente al tiempo de uso. (6) A su vez tiene proximidad con lo encontrado por **Mamani (2019) Perú**; donde la totalidad de pacientes que empleaban PPR ostentan cierta clase de padecimiento periodontal como recesión gingival en asociativa a las piezas pilares que están en proximidad con los ganchos protésicos. (13) También tiene proximidad con lo hallado por **Mera (2020) Ecuador**; donde la recurrencia del hallazgo periodontal y los elementos de peligro adheridos por el inadecuado empleo de la PPR. (10) Las diferencias pueden atribuirse a varios factores, como las características propias de las muestras, el diseño y la metodología de cada estudio, así como las variaciones en hábitos de higiene, técnicas de fabricación y ajuste de las prótesis, y la respuesta biológica individual de los pacientes. Por ejemplo, algunos

estudios podrían tener una mayor diversidad en el tiempo de uso o en la experiencia del paciente con la prótesis, lo que influye en la gravedad y frecuencia de la recesión gingival observada. Asimismo, las diferencias regionales en el acceso a la atención odontológica y educación en salud bucal pueden marcar variaciones en los resultados.

En referencia a la recesión gingival se observó que el 72,9% presentó un grado de recesión gingival teniendo proximidad con el autor **Dávalos (2021) Perú**; donde 92,3% ostentó recesión gingival. (7) También discrepa con lo encontrado por **Rossis (2019) República Dominicana**, donde la recesión gingival que predominó en examinados con dentadura parcial removible fue 78.78%. (12) Estos estudios coinciden debido a las características similares en la población estudiada, como hábitos de higiene bucal, tiempo de uso de la prótesis y cuidados protésicos, además de factores biológicos comunes en pacientes con PPR. A su vez, las diferencias se dan en el contexto de la metodología y las características de los pacientes explican las discrepancias en los porcentajes reportados.

En cuanto al sexo, el tiempo de uso de prótesis parcial removible mostró un mayor porcentaje del 38,5% en mujeres, lo que difiere de los hallazgos de **Narvaez C. (2021)** en Ecuador, donde los resultados indicaron que los hallazgos periodontales exhibe una elevada recurrencia en examinados con denticiones removibles, siendo las señoras más afectado con un 68% en comparación con el masculino. (8) Además, estos resultados contrastan con los de **Rossis (2019)** en la República Dominicana, donde la recesión gingival recurrente en examinados con dentaduras parciales removibles fue 48,48% en mujeres. (12) Las diferencias se debe a las características de las muestras, como tamaño, edad, nivel socioeconómico y hábitos de cuidado bucal, así como el tipo y tiempo de uso de las prótesis. Estas variables pueden afectar la prevalencia y severidad de la recesión gingival.

En referencia al tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible evidenció una elevada porcentualidad de 66,1% en tiempo de uso > 2 años diferenciándose con lo encontrado por **Catuto (2020) Ecuador**; tiempo de empleo de la dentadura 10 o más años con 40%. (9) A su vez estos resultados discrepan con lo hallado por **Rossis (2019) República Dominicana**, los portadores mayores a 2 años los más perjudicados. (12) Las diferencias en los resultados sobre el tiempo de uso de las prótesis parciales removibles pueden explicarse por varios factores. En primer lugar, la variabilidad en los criterios de clasificación del tiempo de uso influye en la comparación directa entre estudios. Por otra parte, el contexto sociocultural y económico también juega un papel fundamental. La educación en salud oral, acceso a servicios odontológicos y costumbres relacionadas con el mantenimiento de las prótesis pueden variar significativamente entre países como Ecuador, República Dominicana y la población de este estudio, influyendo en los resultados.

## **5.1 Conclusiones**

Existe una relación estadísticamente significativa entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular durante el año 2023.

El grado más frecuente de recesión gingival observado fue Clase I, según la Clasificación de Miller, en pacientes portadores de prótesis parcial removible atendidos en un consultorio odontológico particular en 2023.

El tiempo de uso más común de las prótesis parciales removibles en los pacientes evaluados fue superior a dos años, según los registros clínicos del consultorio odontológico particular durante el año 2023.

Se identificó que existe una relación significativa entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes del sexo femenino atendidos en un consultorio odontológico particular en el año 2023.

Se encontró una relación significativa entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes con edades comprendidas entre 49 y 57 años, según la evaluación clínica realizada en un consultorio odontológico particular en el año 2023.

## **5.2. Recomendaciones**

Llevar a cabo investigaciones para examinar el estado de la recesión gingival en los dientes pilares de pacientes que utilizan prótesis parcial removible.

Desarrollar revisiones bibliográficas para evaluar la salud periodontal en pacientes con prótesis parciales removibles.

Realizar estudios para establecer la prevalencia de enfermedades periodontales asociadas al uso de prótesis parcial removible.

Realizar investigaciones con un tamaño muestral mayor para corroborar si subsiste una adherencia representativa entre variables.

## 5. REFERENCIAS

1. Friedman MJ. Gingival masks: A simple prosthesis to improve the appearance of teeth. *Compend Contin Educ Dent.* 2000;21(11):1008-16.
2. Cunliffe J, Pretty I. Patients' ranking of interdental "black triangles" against other common aesthetic problems. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 2009;17(4):177-81.
3. Mekayarajjananonth T, Kiat-amnuay S, Sooksuntisakoonchai N, et al. The functional and esthetic deficit replaced with an acrylic resin gingival veneer. *Quintessence Int.* 2002;33(2).
4. Ercoli C, et al. The relationships between tooth-supported fixed dental prostheses and restorations and the periodontium. *J Prosthodont.* 2021;30(4):305-17.
5. Avetisyan A, et al. Characteristics of periodontal tissues in prosthetic treatment with fixed dental prostheses. *Molecules.* 2021;26(5):1331.
6. Jara J. Prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el Consultorio Dental Segura - 2022 [tesis]. UAP; 2022.
7. Dávalos Y. Análisis periodontal de dientes pilares en pacientes de 30 a 90 años, portadores de prótesis parcial removible que asisten al Centro de Salud Clas Ttio, Cusco 2019 [tesis]. UANDINA; 2021.
8. Narváez C. Enfermedad periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Revisión de la literatura [tesis]. Universidad Católica de Cuenca; 2021.
9. Catuto E. Prevalencia de enfermedad periodontal por uso de prótesis parcial removible [tesis]. Universidad de Guayaquil; 2020.
10. Mera RN. Estado de salud periodontal en pacientes geriátricos, portadores de prótesis parciales removibles [tesis]. Universidad de Guayaquil; 2020.

11. Rossis M, Reyes Y. Prevalencia de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en el área de periodoncia de la clínica odontológica Dr. René Puig Bentz de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, periodo mayo-agosto 2019 [tesis]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2019.
12. Mamani M. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible de la clínica odontológica de la EPO de la UNA-Puno 2019 [tesis]. UNAP; 2019.
13. Northway WM. Gingival recession: can orthodontics be a cure? Evidence from a case presentation. *Angle Orthod.* 2013;83(6):1093–1101.
14. Patcas R, Müller L, Ullrich O, Peltomäki T. Accuracy of cone-beam computed tomography at different resolutions assessed on the bony covering of the mandibular anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012;141(1):41–50.
15. Rana TK, Phogat M, Sharma T, Prasad N, Singh S. Management of gingival recession associated with orthodontic treatment: a case report. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(7):ZD05–ZD07.
16. Renkema A, Fudalej P, Renkema A, Bronkhorst E, Katsaros C. Gingival recessions and the change of inclination of mandibular incisors during orthodontic treatment. *Eur J Orthod.* 2012;35(1):249–55.
17. Jati S, Furquim L, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental Press J Orthod.* 2016;21(2):18-29.
18. Mythri S, et al. Etiology and occurrence of gingival recession—An epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(6):671.
19. Krishna D, Shetty N, Solomon E. The influence of occlusal trauma on gingival recession and gingival clefts. *J Indian Prosthodont Soc.* 2013;13(1):7-12.

20. Zaher A, Hachem M, Puhan A. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions: a survey among Swiss dentists. *J Clin Periodontol.* 2005;32(4):375–82.
21. Vassalli I, et al. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthod Craniofac Res.* 2010;13(3):127-41.
22. Gulati M, et al. Esthetic dentistry for multiple gingival recession cases: Coronally advanced flap with bracket application. *J Indian Soc Periodontol.* 2016;20(2):207.
23. Gebistorf M, et al. Gingival recession in orthodontic patients 10 to 15 years posttreatment: A retrospective cohort study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018;153(5):645-55.
24. Renkema A, et al. Development of labial gingival recessions in orthodontically treated patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;143(2):206-12.
25. Chrysanthakopoulos A. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young Greek adults. *J Clin Exp Dent.* 2014;6(3):e243.
26. Handelman CS, Eltink AP, BeGole E. Quantitative measures of gingival recession and the influence of gender, race, and attrition. *Prog Orthod.* 2018;19(1):1-10.
27. Slutzkey L. Gingival recession in young adults: occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008;134(5):652-6.
28. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *J Clin Periodontol.* 2011;38(3):243-5.
29. Jain S. Classification systems of gingival recession: An update. *Indian J Dent Sci.* 2017;9(1):52.
30. Kassab MM, Badawi H, Dentino AR. Treatment of gingival recession. *Dent Clin North Am.* 2010;54(1):129-40.

31. Kassab MM, Cohen RE. Treatment of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(11):1499-506.
32. Merijohn K. Management and prevention of gingival recession. *Periodontology.* 2016;21(1):228-42.
33. Imber JC, Kasaj A. Treatment of gingival recession: when and how. *Int Dent J.* 2012;71(3):178-87.
34. Chan H, et al. Does gingival recession require surgical treatment? *Dent Clin North Am.* 2015;59(4):981-96.
35. Lucas L, Gennari F, Goiato M, Dos Santos D, Moreno A, Falcón-Antenucci R. Estética en prótesis removibles. *Rev Cubana Estomatol.* 2010;47(2):224-35.
36. Shkreta M, et al. Exploring the gingival recession surgical treatment modalities: A literature review. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(4):698.
37. González G, Ardanza P. Rehabilitación protésica estomatológica. 1a ed. La Habana: Ciencia y Técnica; 2008.
38. Kim J. Revisiting the removable partial denture. *Dent Clin North Am.* 2019;63(2):263-78.
39. Janaina H, et al. Clinical evaluation of failures in removable partial dentures. *J Oral Sci.* 2012;54(4):337-42.
40. Jones J, Garcia LT. Removable partial dentures—treatment now and for the future. *Tex Dent J.* 2010;127(4):365-72.
41. Loza D. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 2a ed. España: Ripano S.A.; 2007 [citado 3 Ene 2021].
42. Hernández Sampieri R, et al. Metodología de la investigación. 2a ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2001. p. 52-134.

# Anexos

## Anexo N° 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es el grado de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023?</p> <p>¿Cuál es el tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023?</p> <p>¿Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo?</p> <p>¿Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar el grado de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.</p> <p>Determinar el tiempo de uso en pacientes con prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.</p> <p>Determinar la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo.</p> <p>Determinar la relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p><b>Hi<sup>1</sup>:</b> Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según sexo.</p> <p><b>Hi<sup>2</sup>:</b> Existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación entre recesión gingival y tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular – 2023, según edad.</p>	<p>Variable 1 Recesión gingival</p> <p>Variable 2 Tiempo de uso de prótesis parcial removible</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada.</p> <p>Método y diseño de la investigación: Deductivo</p> <p>Método: Prospectivo y transversal.</p> <p>Diseño: No experimental.</p>

## Anexo N° 2: Instrumentos



### “FICHA DE RECOLECCION DE DATOS”

Fecha: \_\_\_\_\_. ID: \_\_\_\_\_.

Ficha: \_\_\_\_\_.

Género: \_\_\_\_\_. Edad: \_\_\_\_\_.

#### I. Evaluación del paciente con relación a la ppr

##### 1. Tiempo de uso de la ppr

3-11 meses \_\_\_\_\_

1-2 años \_\_\_\_\_

>2 años \_\_\_\_\_.

Alteraciones radiográficas: \_\_\_\_\_

##### 2. Biotipo periodontal:

Fino  Grueso

##### 3. Recesión gingival presente:

Sí  No

Diente afectado: \_\_\_\_\_.

##### 4. Tipo de recesión gingival según Miller:

Clase I \_\_\_\_\_ Clase II \_\_\_\_\_.

Clase III \_\_\_\_\_ Clase IV \_\_\_\_\_.

**Fuente:** Rossis M, Reyes Y. Prevalencia de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en el área de periodoncia de la clínica odontológica Dr. René Puig Bentz de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, periodo mayo-agosto 2019. [Internet] [Tesis] Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2019.

### Anexo N° 3: Confiabilidad del instrumento

Tabla N°1

#### Confiabilidad del instrumento

<b>Resumen de procesamiento de casos</b>			
		n	%
Casos	Válido	14	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0,0
	Total	14	100,0

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,758	14

En la tabla observamos la ficha con un valor de la confiabilidad de la prueba de alfa de Cronbach fue 0,758, por lo que se concluye que la consistencia interna del instrumento utilizado es aceptable.

#### Rangos de Alfa de Cronbach

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Consistencia interna</b>
$\alpha \geq 0,9$	Ecelente
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Buena
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Aceptable
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Cuestionable
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Pobre
$\alpha < 0,5$	Inaceptable

## Anexo N° 4: Aprobación del Comité de Ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 26 de mayo de 2024

Investigador(a)  
**Andy Gary Mollenedo Vasquez**  
**Exp. N°: 0450-2024**

---

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“Relación entre recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico particular - 2023” Versión 01 con fecha 22/05/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado **Versión 01 con fecha 22/05/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Andy Gary Mollenedo Vasquez.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



**Raul Antonio Rojas Ortega**  
**Presidente**  
**Comité Institucional de Ética para la Investigación**  
**UPNW**

## **Anexo N° 5: Formato de consentimiento informado**

**Título de proyecto de investigación** : Relación entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico privado en 2023.

**Investigadores** : Andy Gary Mollenedo Vasquez  
**Institución(es)** : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

---

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Relación entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico privado en 2023. de fecha 26\_/05/ 2024 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

### **I. INFORMACIÓN**

**Propósito del estudio:** El propósito de este estudio es determinar la relación entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico privado en 2023. Su ejecución ayudará a identificar posibles factores de riesgo asociados al uso prolongado de este tipo de prótesis, permitiendo establecer pautas clínicas más efectivas para su control, seguimiento y prevención de complicaciones periodontales. Además, los hallazgos podrán ser utilizados como base para promover una atención odontológica integral y personalizada, orientada a mejorar la salud periodontal y la calidad de vida de los pacientes.

**Duración del estudio (meses):** 1 mes.

**N° esperado de participantes:** 218 participantes.

#### **Criterios de Inclusión y exclusión:**

Para la presente investigación, se establecieron criterios de inclusión y exclusión con el fin de delimitar adecuadamente la muestra y garantizar la validez de los resultados. Se incluyeron pacientes que fueron atendidos en un consultorio odontológico particular durante el año 2023, que otorgaron su consentimiento informado para participar de manera voluntaria en el estudio. Asimismo, debían ser portadores de prótesis parcial removible (PPR) con un tiempo mínimo de uso de al menos seis meses, con el propósito de asegurar una exposición suficiente que permita evaluar los posibles efectos sobre la salud gingival y periodontal. Además, se consideró únicamente a pacientes con buen estado general de salud, sin enfermedades sistémicas que pudieran alterar la respuesta periodontal —como diabetes no controlada o enfermedades inmunológicas—, y con un adecuado nivel de colaboración para la realización de las evaluaciones clínicas y el seguimiento correspondiente.

En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron los pacientes portadores de dentaduras sobre implantes, prótesis total o prótesis fija, así como aquellos con intervenciones ortodóncicas previas o en curso. También se excluyeron los pacientes con

un tiempo de uso de la prótesis inferior a seis meses, ya que dicho periodo podría ser insuficiente para observar manifestaciones clínicas relevantes de recesión gingival. Adicionalmente, no se consideraron pacientes que se encontraban bajo tratamientos periodontales activos o recientes (en los últimos seis meses), ni aquellos con condiciones médicas sistémicas que comprometieran el sistema inmunológico o los procesos de cicatrización. Finalmente, se excluyeron los pacientes con hábitos perjudiciales no controlados, como el tabaquismo intenso, debido a su impacto directo sobre la salud periodontal, independientemente del uso de la prótesis.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Llenado de consentimiento informado.
- Llenado de ficha clínica

La *ficha* puede demorar unos 20 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:** Su participación en el estudio *no* presenta riesgos.

**Beneficios:** Usted se beneficiará del presente proyecto en referencia al uso de prótesis parcial removible.

**Costos e incentivos:** Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

**Derechos del paciente:** La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

**Preguntas/Contacto:** Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Detallar el nombre, número de teléfono y correo electrónico del investigador principal*).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.[etica@uwiener.edu.pe](mailto:etica@uwiener.edu.pe)

## II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre **investigador:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

***Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.*

## **Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos**

### **“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”**

#### **CONSTANCIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Por medio de la presente, el consultorio odontológico privado “Smile MG.” hace constatar que el tesista Andy Gary Mollenedo Vasquez con título de su tesis ‘Relación entre la recesión gingival y el tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en un consultorio odontológico privado en 2023’, realizó la recolección de datos de su tesis en dicho establecimiento.

Atentamente



---

**CD. MARIA LUISA GUILLEN HUERTA**

**DNI: 42314565**

## Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin

### Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**Tesis**

AUTOR

**Andy Mollenedo**

RECuento DE PALABRAS

**6735 Words**

RECuento DE CARACTERES

**38656 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**38 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**480.2KB**

FECHA DE ENTREGA

**Mar 11, 2025 10:05 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Mar 11, 2025 10:06 PM GMT-5**

#### ● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

#### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## Anexo N° 8: Base de datos

N	Sexo	Edad agrupada	Recesión gingival	Tiempo de uso de prótesis parcial removible
1	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
2	Masculino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años
3	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años
4	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
5	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses
6	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
7	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años
8	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años
9	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
10	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
11	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años
12	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años
13	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años
14	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
15	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
16	Femenino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses
17	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
18	Masculino	58 - 66 años	Clase I	>2 años
19	Femenino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años
20	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
21	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
22	Femenino	49 - 57 años	Clase III	1 - 2 años
23	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
24	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
25	Femenino	49 - 57 años	Clase II	3 - 11 meses
26	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
27	Masculino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años
28	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
29	Femenino	40 - 48 años	Clase III	>2 años
30	Femenino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses
31	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
32	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
33	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años

34	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
35	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
36	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
37	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
38	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
39	Femenino	40 - 48 años	Clase II	1 - 2 años	
40	Masculino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
41	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
42	Masculino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
43	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
44	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
45	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
46	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
47	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
48	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
49	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
50	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
51	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
52	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
53	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
54	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
55	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
56	Masculino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
57	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
58	Masculino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
59	Masculino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años	
60	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
61	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
62	Femenino	49 - 57 años	Clase III	1 - 2 años	
63	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
64	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
65	Femenino	49 - 57 años	Clase II	3 - 11 meses	
66	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	

67	Masculino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
68	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
69	Femenino	40 - 48 años	Clase III	>2 años	
70	Femenino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
71	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
72	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
73	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
74	Femenino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
75	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
76	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
77	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
78	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
79	Femenino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
80	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
81	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
82	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
83	Masculino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
84	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
85	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
86	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
87	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
88	Masculino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
89	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
90	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
91	Femenino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años	
92	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
93	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
94	Masculino	49 - 57 años	Clase III	1 - 2 años	
95	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
96	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
97	Masculino	49 - 57 años	Clase II	3 - 11 meses	
98	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
99	Masculino	40 - 48 años	Clase I	1 - 2 años	

100	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
101	Femenino	40 - 48 años	Clase III	>2 años	
102	Femenino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
103	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
104	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
105	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
106	Femenino	58 - 66 años	Clase II	>2 años	
107	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
108	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
109	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
110	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
111	Masculino	58 - 66 años	Clase II	1 - 2 años	
112	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
113	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
114	Masculino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
115	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
116	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
117	Masculino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
118	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
119	Femenino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
120	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
121	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
122	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
123	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
124	Femenino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
125	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
126	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
127	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
128	Masculino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
129	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
130	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
131	Femenino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años	
132	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	

133	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
134	Femenino	49 - 57 años	Clase III	1 - 2 años	
135	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
136	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
137	Femenino	49 - 57 años	Clase II	3 - 11 meses	
138	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
139	Femenino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
140	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
141	Masculino	40 - 48 años	Clase III	>2 años	
142	Masculino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
143	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
144	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
145	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
146	Femenino	58 - 66 años	Clase II	>2 años	
147	Masculino	40 - 48 años	Clase I	1 - 2 años	
148	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
149	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
150	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
151	Femenino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años	
152	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
153	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
154	Femenino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
155	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
156	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
157	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
158	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
159	Femenino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
160	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
161	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
162	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
163	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
164	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
165	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
166					

166	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
167	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
168	Femenino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
169	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
170	Masculino	58 - 66 años	Clase I	>2 años	
171	Femenino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años	
172	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
173	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
174	Masculino	49 - 57 años	Clase III	1 - 2 años	
175	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
176	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
177	Femenino	49 - 57 años	Clase II	3 - 11 meses	
178	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
179	Masculino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
180	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
181	Masculino	40 - 48 años	Clase III	>2 años	
182	Masculino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses	
183	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
184	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
185	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
186	Femenino	58 - 66 años	Clase II	>2 años	
187	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años	
188	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
189	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
190	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
191	Masculino	40 - 48 años	Clase II	1 - 2 años	
192	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
193	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
194	Femenino	58 - 66 años	Clase I	1 - 2 años	
195	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años	
196	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años	
197	Femenino	49 - 57 años	Clase III	3 - 11 meses	
198	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años	
199					

199	Masculino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años
200	Femenino	49 - 57 años	Clase II	>2 años
201	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
202	Femenino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
203	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años
204	Femenino	49 - 57 años	Clase I	1 - 2 años
205	Masculino	49 - 57 años	Clase II	>2 años
206	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
207	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
208	Masculino	49 - 57 años	Clase I	3 - 11 meses
209	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
210	Femenino	58 - 66 años	Clase I	>2 años
211	Femenino	49 - 57 años	Clase II	1 - 2 años
212	Masculino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
213	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
214	Femenino	49 - 57 años	Clase III	1 - 2 años
215	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años
216	Femenino	40 - 48 años	Clase I	>2 años
217	Femenino	49 - 57 años	Clase II	3 - 11 meses
218	Masculino	49 - 57 años	Clase I	>2 años

## ● 11% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.uap.edu.pe</b> Internet	3%
2	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	2%
3	<b>Universidad Alas Peruanas on 2023-11-07</b> Submitted works	<1%
4	<b>UNIV DE LAS AMERICAS on 2017-04-07</b> Submitted works	<1%
5	<b>Universidad Wiener on 2025-06-21</b> Submitted works	<1%
6	<b>Universidad Nacional del Centro del Peru on 2024-12-12</b> Submitted works	<1%
7	<b>Universidad Continental on 2025-04-30</b> Submitted works	<1%
8	<b>laborprothesis.es</b> Internet	<1%