



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la clínica odontológica especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

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

Presentado por:

Autor: Gil Castillo, Jose Angel


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4569-9445>

Asesora: Mg. Villacorta Molina, Mariela Antonieta

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5284-1907>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Jose Angel GIL CASTILLO egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "PREVALENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN LAS ZONAS DENTARIAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA PNP ANGAMOS EN EL DISTRITO DE SURQUILLO DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024"

Asesorado por el docente: MARIELA ANTONIETA VILLACORTA MOLINA, **DNI** 10081274 **ORCID** 0000-0002-5284-1907 tiene un índice de similitud de (9) (NUEVE) % con código OID:14912:488137297 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
 JOSE ANGEL GIL CASTILLO
 DNI: 44305900.....

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



.....
 Firma
 MG. MARIELA VILLACORTA MOLINA - Asesor
DNI:10081274

Lima, 28.....de...OCTUBRE..... de...2025.....

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, con profunda gratitud y amor, a mis padres Francisco Gil y Agustina Castillo, por ser el pilar fundamental de mi vida. Su sacrificio, apoyo incondicional y fe en mí han sido la fuerza que me impulsó a culminar esta etapa. A mi familia, por acompañarme en los momentos difíciles y celebrar conmigo cada logro. Y a todas aquellas personas que, de una u otra manera, me inspiraron a seguir adelante, gracias por formar parte de este camino.

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a Dios, por permitirme llegar hasta aquí con perseverancia y determinación.

A la Mg, Mariela Villacorta Molina mi asesora, por su constante guía, paciencia, y valioso conocimiento compartido durante el desarrollo de esta tesis. Su experiencia y orientación han sido claves para alcanzar este logro académico.

A los docentes de la Facultad de Estomatología, quienes a lo largo de estos años sembraron en mí no solo conocimientos, sino también vocación y compromiso profesional.

A mis amigos y compañeros, por su apoyo, camaradería y por haber sido una parte importante en esta travesía universitaria.

Finalmente, gracias a la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, por brindarme el espacio y los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Índice.....	4
Índice de tablas.....	7
Índice de gráficos	8
Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción	11
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. EL PROBLEMA	12
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación.....	15
1.5 Delimitación.....	17
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes	18

2.2	Bases teóricas	20
2.3	Definición de términos básicos	30
2.4	Hipótesis.....	30
2.4.1	Hipótesis general.....	30
2.5	Variables	30

CAPÍTULO III: DISEÑO Y METODOS

3.	DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1	Tipo y nivel de investigación	31
3.2	Población y muestra	31
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.4	Procesamiento de datos y análisis estadísticos	35
3.5	Aspectos éticos.....	35

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
4.1	Resultados	37
4.4	Discusión.....	41

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.	Conclusiones	46
5.1	Conclusiones	46
5.2	Recomendaciones.....	47

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
---	-----------

ANEXOS

1. Anexo.....	55
2. Anexo.....	56
3. Anexo.....	57
4. Anexo.....	58
5. Anexo.....	59
6. Anexo.....	60
7. Anexo.....	61
8. Anexo.....	64
9. Anexo.....	67
10. Anexo.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

PÁG.

Tabla N°1: Prevalencia de la alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	37
Tabla N°2: Prevalencia de alveolitis según zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	38
Tabla N°3: Prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	39
Tabla N°4: Prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PÁG.

Gráfico N°1: Prevalencia de la alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	37
Gráfico N° 2: Prevalencia de alveolitis según zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	38
Gráfico N° 3: Prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	39
Gráfico N° 4: Prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024	40

RESUMEN

La tesis tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la alveolitis según zonas dentarias en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024. Se efectuó un estudio hipotético – deductivo, cuantitativo, observacional, básica, prospectivo, transversal, descriptivo y no experimental. La muestra fueron 278 pacientes. Se utilizó la técnica de la observación empleando una ficha de recolección de datos. En los resultados la prevalencia de alveolitis fue de 82,7% en alveolitis, mientras que el 17,3% no presentaron dicha complicación. La prevalencia de alveolitis según la zona dentaria post exodoncia fue mayor en el cuadrante III, correspondiente al sector inferior izquierdo con un 47,5% de alveolitis. La prevalencia de alveolitis según el maxilar fue mayor en el inferior con un 60,4% de alveolitis y en el superior fue solo de 22,3%. La prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria fue mayor en los molares representando un 51,4% de los casos con alveolitis. Concluyendo que la prevalencia de la alveolitis según zonas dentarias fue altamente significativa en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

Palabras clave: Alveolitis, dientes molares, maxilar superior, maxilar inferior edentado.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the prevalence of dry socket according to dental areas in patients at the PNP Angamos Specialized Dental Clinic in the Surquillo district of Lima in the first quarter of 2024. A hypothetical study was carried out - deductive, quantitative, observational, basic, prospective, cross-sectional, descriptive, and non-experimental. The sample consisted of 278 patients. The observation technique was used using a data collection form. The results showed an 82.7% prevalence of dry socket, while 17.3% did not present this complication. The prevalence of dry socket according to the post-extraction dental area was higher in quadrant III, corresponding to the lower left sector, with 47.5% of dry socket. The prevalence of dry sockets by jaw was highest in the lower jaw, with 60.4% of cases, and only 22.3% in the upper jaw. The prevalence of dry sockets by tooth type was highest in molars, representing 51.4% of cases with dry sockets. The conclusion is that the prevalence of dry sockets by tooth type was highly significant in patients at the PNP Angamos Specialized Dental Clinic in the Surquillo district of Lima in the first quarter of 2024.

Keywords: Perception, aesthetics, smile, sex, age.

Introducción

La exodoncia dental, uno de los procedimientos más comunes en la práctica odontológica, conlleva una serie de complicaciones postoperatorias, siendo la alveolitis una de las más frecuentes y dolorosas. A pesar de los avances en técnicas quirúrgicas y en medidas preventivas, la incidencia de esta complicación continúa siendo clínicamente relevante.

La prevalencia de la alveolitis varía en función de múltiples factores como el estado sistémico del paciente, la técnica operatoria, la presencia de infecciones previas, el hábito de fumar. Desde el punto de vista clínico, el grado de dificultad quirúrgica, el tiempo operatorio, la técnica empleada, la presencia de infección previa, y especialmente la zona dentaria intervenida generan alveolitis seca. Los terceros molares inferiores presentan una mayor incidencia de esta complicación, debido a su posición anatómica profunda, menor irrigación y complejidad en la extracción. Sin embargo, no se descarta la aparición de esta condición en otras zonas dentarias, como premolares o molares superiores, donde intervienen diferentes patrones de vascularización, densidad ósea y técnica quirúrgica.

En ese sentido, esta investigación busca determinar la prevalencia de alveolitis según la zona dentaria en una población específica de pacientes, aportando datos que pueden ser relevantes tanto en el ámbito clínico como en la formación académica de los profesionales de la salud bucal. A su vez, proporciona evidencia clínica útil para la toma de decisiones, y reforzando el enfoque preventivo en procedimientos de exodoncia. Los hallazgos permitirán optimizar protocolos clínicos y reducir las tasas de morbilidad postoperatoria en la consulta odontológica.

1.- EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente, los dientes que exhiben elevada incidencia de extracción son aquellas afectadas por lesiones cariosas profundas, infecciones o malformaciones, como las terceras molares. Esta última es especialmente relevante, ya que la erupción fallida de estas piezas es la más común. Dado que se encuentran en una zona de difícil acceso, la extracción de estas piezas implica una intervención quirúrgica más compleja y prolongada en comparación con otras exodoncias. Por este motivo, las secuelas postoperatorias son más recurrentes en estos casos que en otros procedimientos quirúrgicos bucales.¹

La exodoncia se aprecia como una intervención odontológica que más urgencias genera, y está frecuentemente acompañada de complicaciones dolorosas que pueden afectar la adecuada cicatrización del alveólo. Diversas investigaciones han señalado que la alveolitis es uno de los inconvenientes postoperatorios más comunes. En nuestro país, cuantiosos autores también han confirmado que esta afección es la complicación más recurrente tras una extracción dental.²

Esta complicación tiene un impacto considerable, ya que, aunque el dolor asociado puede ser moderado, suele ser constante, insoportable y de carácter irradiado. La afección persiste durante varios días y, en muchos casos, interfiere con las actividades cotidianas del paciente, limitando su rendimiento laboral y social, incluso durante hasta 20 días. Si la alveolitis no es abordada de manera adecuada desde el comienzo, ostentan surgir contratiempos adicionales como la osteomielitis maxilar.³

El manejo inapropiado de la alveolitis puede conllevar varios riesgos, tales como osteomielitis, hemorragias, daños temporales o permanentes en el nervio dentario inferior o nervio lingual, fisuras inferiores y anormalidades periodontales en los segundos molares mandibulares.tratamiento.³

La alveolitis es una secuela, que no exhibe un causal único, pero sí constituyentes predisponentes que aumentan la susceptibilidad a su desarrollo. Estos constituyentes exhiben clasificarse en locales, como la clase de diente extraído y los períodos de la cirugía, la edad y sexo del paciente. Su manifestación suele ser retardada, entre dos y cuatro días posteriores a la exodoncia, y puede perdurar entre diez y quince días, con o sin intervención.⁴

En la actualidad, varios factores predisponentes al desarrollo de esta afección han sido identificados, y se considera que tiene un origen multifactorial. Entre los constituyentes de peligro más evidentes se hallan el tabaquismo, diabetes mellitus, los traumas extremos en los contornos del alveólo, hundimiento óseo, exodoncia de piezas con inflamaciones agudas periodontales, inadecuado aseo bucodental, la presencia de segmentos raros en el alveólo, remanentes esiduales, y subsistencia de quistes.⁵

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?

¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?

¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?

¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la alveolitis según zonas dentarias en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

Determinar la prevalencia de alveolitis según zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

Determinar la prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

Determinar la prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La exodoncia dental es la intervención quirúrgica más invasivas que opta el cirujano dentista o el especialista cirujano bucal y maxilofacial, donde el trabajo a realizar es en boca del paciente , hoy comúnmente descrita como “un fracaso en la odontología conservadora “ por ser un tratamiento en el cual se ejecuta directamente en el periodonto, provocando a presentar diversas complejidades , muy frecuentemente la alveolitis ”. Este trabajo de investigación se motivó por la necesidad de generar nuevos conocimientos, ya que fue el primero realizado en esta institución y hospital. Con ello, se buscó contribuir al avance de la comunidad odontológica, proporcionando resultados que pudieron ser utilizados para mejorar la práctica clínica y el abordaje de las problemáticas identificadas.

1.4.2 Metodológica

La escasez de estudios en el Perú motivó la producción de esta investigación, que sirvió como base para futuras investigaciones en el área. De este modo, se buscó generar un antecedente epidemiológico tanto a nivel nacional como en la institución, contribuyendo así a la formación y capacitación de cirujanos dentistas y estudiantes de odontología.

1.4.3 Práctica

En la práctica odontológica diaria, es frecuente la realización de exodoncias, tanto en procedimientos programados como en casos de urgencias, cuando los pacientes acuden al Departamento de Odontoestomatología de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos por diversas razones. Muchos de estos pacientes, al experimentar dolor dental, eligen y en algunos casos insisten en someterse a este procedimiento, sin ser conscientes de los factores que motivaron esta investigación. La decisión de llevar a cabo la exodoncia recae en el Cirujano Dentista, quien, a partir de los datos obtenidos, identificó los factores predisponentes para la aparición de complicaciones, como la alveolitis. Con esta información, se pudo desarrollar un plan de tratamiento adecuado, evaluando las probabilidades de que se presentaron complicaciones y, en consecuencia, optimizando el beneficio para el paciente.

1.4.4 Social

Es de gran importancia para la sociedad que la comunidad odontológica conozca la frecuencia de esta condición, ya que nos permitió entender mejor la realidad nacional y las características particulares de los casos. Sabemos que las prevenciones el mejor tratamiento, por lo que fue fundamental que los odontólogos esten al tanto de estos datos para poder identificar y aproximarse clínicamente a los pacientes que pudieron estar en riesgo. La alveolitis, siendo una complicación de procedencia multifactorial, fue

relativamente común en la práctica odontológica, y su tratamiento adecuado puede ayudar a prevenir uno de los dolores más intensos y estadísticamente apreciados por los pacientes.

1.5 Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La tesis se efectuó en Enero del 2025.

1.5.2 Espacial

La tesis se consignó en la Clínica Odontológica Especializada PNP ANGAMOS (archivos) Periodo 2024 de Lima, ubicada en Perú.

1.5.3 Recursos

El trabajo de investigación no tuvo limitaciones a nivel de recurso ya que se realizó mediante encuestas virtuales y fue auto financiado por autor.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Franqui A, Pallerols M, Mayán G. (2025) tuvo como objetivo describir el comportamiento de la alveolitis en pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la Clínica Estomatológica Docente “Siboney” durante el periodo 2023-2024. El estudio, realizado en la Clínica Estomatológica Docente “Siboney” (2023-2024), analizó 57 pacientes con alveolitis. Se encontró mayor frecuencia en mujeres (59,64%) y en el grupo de 35-59 años (61,40%). La alveolitis seca fue la más común (57,89%), afectando principalmente a molares en la mandíbula (68,42%). La extracción traumática se identificó como el principal factor de riesgo (56,14%) y el dolor fue el síntoma predominante (96,49%), apareciendo sobre todo entre 48 y 72 horas postextracción.⁶

Domínguez J. (2023) ejecutó un estudio en Trujillo para identificar la frecuencia de aparición de alveolitis posterior a procedimientos de extracción dental en clínicas privadas. Se desarrolló un estudio de enfoque descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, cuyo. La muestra incluyó a 196 personas, distribuidas en 120 varones y 76 mujeres, utilizando como instrumento una ficha de registro previamente validada por especialistas. Los hallazgos revelaron una prevalencia reducida de alveolitis, alcanzando un 13,3%. El grupo con mayor afectación correspondió a adultos mayores de 60 años, con un 31% de los casos. No obstante, se evidenció una mayor proporción de casos en pacientes con patologías endocrinas (35,3%) y con alteraciones hematológicas o musculoesqueléticas (83,3%). Concluyendo que la alveolitis fue más frecuente en extracciones quirúrgicas y no se encontraron diferencias estadísticamente relevantes en cuanto al sexo ni en relación con la ubicación del diente extraído.⁷

Guevara JJ. (2024) efectuó un estudio para evaluar la frecuencia de complicaciones

posteriores a la extracción de terceros molares erupcionados en un consultorio odontológico especializado en Jaén durante el año 2022. Se empleó un diseño metodológico descriptivo, transversal y retrospectivo, analizando 169 historias clínicas. Entre los hallazgos más destacados se encontró alveolitis con (48,6%) distribuyéndose en alveolitis seca que fue la complicación más común (37,9%), seguida por la alveolitis húmeda (10,7%), edema (30,8%), enfisema (11,8%) y parestesia (8,9%). Estas complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de entre 18 y 25 años, en mujeres y en la arcada inferior. Se concluyó que la alveolitis seca fue la complicación postoperatoria más prevalente tras la exodoncia de terceros molares erupcionados.⁸

Tobar I. (2021) realizó un estudio para identificar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la aparición de alveolitis en los pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la Universidad Diego Portales (UDP). Se desarrolló un estudio descriptivo entre los meses de agosto y noviembre del 2020 en la clínica odontológica de la UDP. Se revisaron los casos de alveolitis post exodoncia registrados en las clínicas de cirugía I y II de la universidad durante el periodo 2015-2019. Para el análisis se consideraron variables como edad, sexo, presencia de alveolitis, tipo de exodoncia y anestesia local utilizada, enfermedades sistémicas relacionadas, hábito tabáquico y los días transcurridos desde la extracción. En los resultados se revisaron 1524 historias clínicas, correspondientes a unas 3500 exodoncias realizadas entre 2015 y 2019, hallándose una prevalencia de alveolitis del 1.6%. Entre los factores de riesgo identificados, la edad promedio fue de 36 años, con mayor frecuencia en mujeres (77%). La localización más afectada fue el maxilar, siendo el diente 4.6 el más comprometido. La técnica anestésica de elección fue la troncular, y el anestésico más empleado correspondió a los que contenían vasoconstrictor.⁹

Amador C, Andrade S, Cortés M. (2021) el estudio tuvo como finalidad comparar la

frecuencia de complicaciones posteriores a exodoncias en los cursos de Cirugía II (2018-2019) y Cirugía e Implantología (2019-2020) de la Universidad Viña del Mar. Se llevó a cabo una investigación descriptiva y transversal basada en la revisión de 309 fichas clínicas. Se halló una prevalencia de complicaciones del 8%, predominando la alveolitis seca (40%), seguida de complicaciones no especificadas (36%) y alveolitis húmeda (24%). La mayoría de los casos se localizaron en el maxilar (75%) y fueron más comunes en pacientes masculinos (60%). Concluyendo que la alveolitis constituye la complicación post-extracción de mayor intensidad dolorosa, con aparición predominante entre las 48 y 72 horas. La forma clínica más común fue la alveolitis seca, localizándose principalmente en la mandíbula y en molares.¹⁰

2.2. Bases teóricas

Exodoncia

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer un diente de la boca. La finalidad esencial es optimizar el bienestar bucodental del paciente, eliminando dientes que han perdido su funcionalidad o que pueden suponer un peligro para la salud general de la cavidad bucal.¹¹ Esta referida a casos de padecimientos dentales como la caries, dolencias periodontales crónicas, cuando se requiere por razones protésicas u ortodónticas, o en piezas con irregularidades dentarias.¹¹

Exodoncia compleja

Es aquella extracción que no puede realizarse mediante la técnica convencional con fórceps y elevadores, y que requiere un enfoque quirúrgico, que incluye el levantamiento de colgajo, osteotomía y/o odontosección.¹⁴

Cicatrización alveolar

Fases:

Fase inflamatoria

Esta fase comienza de manera próxima tras la degradación de la continuación de los tejidos y tiene una persistencia aproximada de 5 días. Esta fase es el primer paso en el procesamiento de cicatrización de una lesión e involucra tanto componentes celulares como vasculares. La degradación de los tejidos y el desorden de los vasos sanguíneos activa el factor de Hageman (XII), lo que propicia la cascada de coagulación.¹⁷

Los neutrófilos son las células originarias de defensa del cuerpo, y su actividad comienza entre las 6 y 12 horas después de la lesión. Su función principal es prevenir infecciones fagocitando bacterias y destruyendo tejidos muertos mediante la remisión de proteasas y enzimas lisosómicas. Para realizar estas funciones, los neutrófilos dependen de un idóneo abastecimiento de oxígeno para confeccionar radicales de oxígeno intracelulares necesarios para matar bacterias. Los neutrófilos tienen una vida útil breve, solo unas pocas horas después de eliminar bacterias y restos necróticos. Aunque son esenciales en la cicatrización de heridas infectadas, su presencia no es necesaria en heridas asépticas, donde la cicatrización sigue su curso normal.¹⁸

Por otro lado, los macrófagos juegan un rol crucial en la fase tardía de la cicatrización. A diferencia de los neutrófilos, los macrófagos tienen una vida más prolongada y son fundamentales en la reparación tisular. Se hallan en las heridas transcurridas los períodos finales al cicatrizar y son probablemente las células inflamatorias más trascendentales

en este desarrollo. Los macrófagos exhiben una funcionabilidad metabólica requerida en la restauración histológica, ya que fagocitan constituyentes y excretan los elementos digeridos al entorno.¹⁸

Las prostaglandinas juegan un papel clave en el proceso inflamatorio, ya que actúan como mediadores inflamatorios, promoviendo la vasodilatación, aumentando la osmosis de vasos sanguíneos y favoreciendo la atracción de neutrófilos hacia el área lesionada mediante un efecto quimiotáctico.¹⁸ Esto facilita la migración de los neutrófilos hacia la lesión a través de un proceso denominado diapédesis, en el cual los neutrófilos atraviesan la pared vascular y invaden el sitio de la lesión.¹⁸

Los neutrófilos son las primeras células del sistema inmunológico que responden a una lesión. Su actividad comienza entre 6 y 12 horas después de la lesión. Estos tienen como función principal prevenir infecciones mediante la fagocitosis de microorganismos y la eliminación de tejidos muertos.¹⁹

Por otro lado, los macrófagos tienen un papel crucial en las etapas tardías de la cicatrización. A diferencia de los neutrófilos, los macrófagos tienen una vida más prolongada y son fundamentales en la reparación tisular. Además, en la fase inflamatoria también se presentan otras células, como los linfocitos, que llegan a la herida entre 6 y 7 días sucesivos a la lesión. Aunque no son tan fundamentales como los macrófagos, los linfocitos influyen al cicatrizar la herida a través de las secreciones de linfocinas como el constituyente que prohíbe desplazamientos. Los linfocitos también ostentan estimular la producción de fibroblastos, favoreciendo la síntesis de colágeno y contribuyendo al proceso de reparación del tejido.²⁰

Fase de granulación

La fabricación de tejido de granulación emprende de manera inmediata después de la fase inflamatoria, y se caracteriza por una acumulación densa de macrófagos, fibroblastos, vasos sanguíneos recién formados y una matriz edematosa. Esta matriz incluye fibrina residual, fibronectina, glucoproteínas, colágeno y glucosaminoglicanos. Estas células tienen características peculiares, como una alta concentración de filamentos de actina, que les confiere propiedades contractiles y de migración hacia el área afectada. La fibronectina actúa como un adhesivo estructural, facilitando la migración de los fibroblastos y la formación de colágeno en etapas posteriores.²¹

Las células endoteliales juegan un papel crucial en la creación del tejido granular, que acontece simultáneamente con la migración y multiplicación de los fibroblastos.²¹

En las fases iniciales de confección del tejido granular, ácido hialurónico desempeña un papel destacado en la matriz de la herida. Este compuesto no solo mantiene la herida hidratada, sino que también intercepta en los procesos de migración, proliferación y diferenciación celular, facilitando la reparación tisular.²¹

Fase de formación de matriz

El proceso arranca con la fibroplasia, donde los fibroblastos llegan al sitio de la herida aproximadamente dos días después de que se haya producido la lesión. Los constituyentes de crecimiento provenientes de plaquetas y macrófagos estimulan fibroblastos proliferados y favorecen el colágeno sintetizado.²¹

Remodelación

La fase final en el proceso de cicatrización de los tejidos lesionados emprende al mismo tiempo que la confección del tejido de granulación y continúa de modo progresivo transcurrido varios meses.²¹

Hemostasia

Es el suceso fisiológico encargado de regular la carencia de sangre de los vasos sanguíneos, asegurando al mismo tiempo que la sangre siga fluyendo adecuadamente.²²

a) Respuesta del vaso

La vasoconstricción es la reacción hemostática inicial que ocurre tras herir el vaso sanguíneo, siendo principalmente el resultado de la contracción muscular lisa de dicho vaso.²²

b) Actividad plaquetaria

Las plaquetas son células sanguíneas sin núcleo que tienen una vida útil en la circulación de entre 8 y 12 días aproximadamente. Transcurrido esta fase, las plaquetas sueltan gránulos que atraen más plaquetas hacia el área lesionada, lo que contribuye a estabilizar el coágulo inmaduro. Los gránulos que se liberan incluyen gránulos densos, gránulos alfa y tromboxano A₂, como parte de este mecanismo.²³

c) Cascada de la coagulación

La hemostasia puede desglosarse para un mejor entendimiento, se trata de un proceso único que acontece de modo sinérgico. En la coagulación intervienen varios componentes y etapas, conocidos colectivamente como la cascada de coagulación.²⁴

Se subdivide en dos vías:

1. Extrínseca
2. Intrínseca

Estas dos vías se unen en un punto común, donde se activa el factor X, lo que culmina en la confección de fibrina.²⁴

Vía extrínseca:

Es una vía acelerada que se activa inmediatamente después de una lesión en los tejidos, dispensando el factor III, el cual interactúa con el factor VII y provoca la activación del

factor X, lo que inicia la vía común. El complejo formado por los factores III y VII también activa el factor IX.²⁴

Vía intrínseca:

Fase de contacto: cuando un área extraña entra en fricción con la sangre, se confecciona un complejo en ese sitio englobado por factor XII, K-APM y prekalicreína.²⁵

Activación intrínseca del factor XI: La fase de proximidad termina al activar el factor XI. De este modo, el constituyente XIA, junto con el factor VII, los fosfolípidos plaquetarios y el calcio, se une al constituyente IX para formar un complejo (IXA + VII + Fosfolípidos + Ca⁺⁺), que es idóneo de acelerar el factor X.²⁵

Vía común:

Cuando el factor X (Stuart Power) se activa, se une al constituyente V, calcio y fosfolípidos plaquetarios para convertir la protrombina en trombina.²⁵

d) Sistema fibrinolítica

Es un aspecto crucial de la hemostasia. Su primordial objetivo es prevenir la obstrucción trombótica de los vasos sanguíneos y extensión de la coagulación a lo largo del sistema vascular. Este proceso comienza tempranamente durante la coagulación e involucra activar el plasminógeno.²⁶

Complicaciones

La extracción dental es un procedimiento quirúrgico que, cuando se efectúa siguiendo los regímenes idóneos y sin apresuramiento, suele generar solo molestias leves que se resuelven rápidamente. Clínicamente, las complicaciones asociadas son raras y generalmente de poca gravedad.^{27,28} Sin embargo, los accidentes o secuelas ostentan surgir debido a equivocaciones en el diagnóstico, indicaciones incorrectas, una planificación inadecuada, problemas en la técnica, ejecución incorrecta de instrumentos,

afán excesivo de fuerza, no evaluar correctamente la zona quirúrgica antes de actuar, o factores relacionados con el propio paciente.²⁹

Se clasifican de acuerdo con el momento en que ocurren durante el proceso quirúrgico o su evolución, en: secuelas inmediatas que exhiben perjudicar tanto a los tejidos blandos como duros, y secuelas mediatas, que se desenvuelven horas o días después de la intervención.^{30,31}

2.2.2 Alveolitis

Es una complicación postexodoncia que causa dolor en los pacientes, que varía de moderado a intenso, y suele manifestarse entre dos y tres días después de la extracción dental. Durante la exploración, se observa la degradación parcial o total del coágulo sanguíneo, lo que deja el hueso expuesto a la cavidad oral.³²

La alveolitis seca primaria ocurre cuando, tras una exodoncia, no se evidencia un coágulo en el alvéolo. Esta complicación puede ser consecuencia de isquemia localizada o del uso excesivo de vasoconstrictores. Si el examinado experimenta dolencia, se debe administrar un anestésico local no troncular, o bien aumentar la capacidad vasoconstrictora del paciente.^{33,34}

Por otro lado, la alveolitis seca secundaria se diferencia de la primaria en que inicialmente se forma un coágulo en el alvéolo, pero éste se pierde posteriormente. Esta situación suele ser el resultado de no seguir las indicaciones postoperatorias después de la extracción dental.^{33,34}

Epidemiología

Según diversas investigaciones sobre la aparición de la alveolitis seca, se observa que su frecuencia varía entre el 5% y 70% de los reportes, dependiendo del área y el instante en que se realice.³⁵

En las mujeres, la subsistencia de alveolitis seca ha sido asociada con factores hormonales, como los estrógenos, así como con el uso de ciertos medicamentos. Estos factores pueden activar el sistema fibrinolítico, lo que favorece la disolución temprana del coágulo y la formación de la alveolitis.³⁵

El riesgo de desarrollar alveolitis seca incrementa en 20% en personas que fuman más cigarrillos al día, y 40% si la examinada fuma el día de extraer. El uso de soluciones anestésicas con vasoconstrictores, una técnica incorrecta al administrar la anestesia (como depositarla directamente en el alvéolo), o anestesia intraligamentosa, pueden reducir el riesgo sanguíneo del alvéolo y favorecer la aparición de la complicación. .³⁵

Algunos estudios sugieren que el aumento en la incidencia de alveolitis seca podría estar relacionado con la difusión de patógenos dentro del ligamento periodontal.³⁵

Los sujetos de mayor edad también son más propensos a desarrollar alveolitis, debido a la disminución de la función inmunológica y la presencia de dolencias sistémicas crónicas, como diabetes, que pueden obstaculizar las curaciones de las heridas y hacerlas más vulnerables a esta complicación.³⁵

Etiología

Se han registrado diversos constituyentes adheridos con la aparición de alveolitis seca.³⁶

Edad: Se considera que la edad avanzada podría aumentar la predisposición a desarrollar alveolitis.³⁶

Sexo y terapéutica hormonal: Las investigaciones muestran que el acontecimiento de alveolitis es más alto en mujeres que en hombres.³⁶

Zona operatoria: La alveolitis tiene una elevada incidencia en las piezas dentarias mandibulares, siendo 2.5 veces más frecuente que en las piezas maxilares.³⁶

Tipo de cirugía: La cantidad de traumatismo durante la extracción dental está relacionada con la aparición de alveolitis.³⁶

Infecciones previas: Condiciones como periodontitis y pericoronaritis pueden inducir a los pacientes a desarrollar alveolitis después de la extracción.³⁶

Uso de anestésicos: Aunque no subsiste hallazgo de que la clase de anestésico influya directamente en la aparición de alveolitis.³⁶

Fisiopatología de la alveolitis

Teoría fibrinolítica

El sistema fibrinolítico desempeña un papel en diversos procesos fisiológicos y patológicos, como contestaciones inflamatorias locales, invasiones neoplásicas, la remodelación tisular, y particularmente en la activación del plasminógeno, lo que genera una poderosa actividad enzimática.³⁷

La fibrinólisis es el proceso mediante el cual se activa el plasminógeno. Este puede ser activado por factores directos (fisiológicos) o indirectos (no fisiológicos).³⁷

Teoría bacteriana

Las bacterias son habitantes habituales de la cavidad bucal, y ciertos especímenes liberan toxinas de forma continua en niveles bajos.³⁸

Signos y síntomas

Los síntomas suelen aparecer entre 2 y 4 días después de la extracción dental, aunque en algunos casos pueden comenzar en las primeras horas o manifestarse de manera más tardía, después de 4 días. La dolencia es intensa, invariable y muy perturbador, empeorando con la masticación, lo que dificulta las actividades cotidianas del examinado, incluyendo el sueño.³⁹

La particularidad esencial se observa al examinar el alvéolo es que está desprovisto de coágulo sanguíneo, dejando el hueso expuesto, pálido, seco y muy sensible al contacto.

La mucosa alrededor del alvéolo se encuentra inflamada.^{39,40}

En los casos de alveolitis supurada, la dolencia es mínimamente intensa y se presenta de forma espontánea, siendo especialmente inducido al contacto. Los bordes del alvéolo están hinchados, con tejido granulomatoso en su interior, sangrante y con exudado purulento.^{41,42}

Tratamiento

El tratamiento inicial consiste en inyectar la cavidad solución fisiológica estéril tibia, un elemento diluido de peróxido de hidrógeno o pasta de solución yodo-fórmica, seguida de la aplicación de un anestésico tópico.⁴³

Tratamiento local

La limpieza del alvéolo debe realizarse mediante irrigaciones con suero fisiológico estéril a temperatura templada, eliminando restos de coágulos, comida y otros fragmentos presentes en el alvéolo.⁴⁴

No se debe realizar curetaje del alvéolo seco, ya que esto podría propagar la infección.

Se recomienda aplicar un apósito local, como una gasa impregnada con bálsamo del Perú u otras sustancias.⁴⁵

Tratamiento sistémico

La maniobra del dolor dependerá de su intensidad; en casos severos, se ostenta considerar la aplicación de barbitúricos o neurolépticos. Los antibióticos ostentan administrarse para prevenir una probable infección en el alvéolo, aunque su uso no es estrictamente requerido, sino más bien como medida para mejorar la evolución de la alveolitis seca.⁴⁶

En cuanto a los antihistamínicos, las inyecciones de novocaína (procaína) en la zona

peritemporal o perifacial tienen efectos variables y de corta duración, por lo que ya no se recomiendan.^{46,47}

Antibióticos

Los antibióticos más comúnmente aplicados para abordar infecciones odontogénicas previa y posterior a la extracción son los proveídos por conducción oral. Entre estos abarca: penicilina, clindamicina, eritromicina, cefadroxilo, metronidazol y tetraciclinas.^{48,49}

2.3 Definición de términos básicos

Exodoncia: Es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer un diente de la boca.¹¹

Hemostasia: Es el suceso fisiológico encargado de regular la carencia de sangre de los vasos sanguíneos, asegurando al mismo tiempo que la sangre siga fluyendo adecuadamente.²²

Alveolitis seca: Es una complicación postexodoncia que causa dolor en los pacientes, que varía de moderado a intenso, y suele manifestarse entre dos y tres días después de la extracción dental.³²

Remodelación: La fase final en el proceso de cicatrización de los tejidos lesionados emprende al mismo tiempo que la confección del tejido de granulación y continúa de modo progresivo transcurrido varios meses.²¹

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Este trabajo de investigación no necesita hipótesis al ser un estudio descriptivo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3. METODOLÓGICO

3.1. Método de la investigación

El método hipotético-deductivo requiere que el científico combine el razonamiento lógico con la contemplación empírica.⁵⁰

3.2. Enfoque de la investigación

Fue cuantitativa donde recolectó y analizó datos numéricos.⁵⁰

3.3. Tipo de investigación

Tipo básica: porque amplió los conocimientos.⁵⁰

Nivel de la investigación

Observacional: Se observó para registrar adecuadamente sus características.⁵⁰

Transversal: La investigación fue de tipo transversal, ya que los instrumentos que se aplicaron en un momento específico, según el cálculo de la variable a estudiar.⁵⁰

Descriptiva: Permitió describir, medir y evaluar las variables que se estuvieron investigando.⁵⁰

3.4. Diseño de la investigación

Según los parámetros fue no experimental, porque no maniobró las variables.⁵⁰

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Estuvo englobado por 1000 pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

Muestra

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

Dónde:

n = Tamaño muestral

N = Universo =1000

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

e = Error (5%)

p = Posibilidad de éxito (0.5)

Q = Posibilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{1000 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(1000 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$\mathbf{n = 278}$$

La muestra fue 278 pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.

Criterios de inclusión:

Pacientes del servicio de odontología de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes que aceptaron el consentimiento informado.

Pacientes con referencia de extracción dentaria.

Criterios de exclusión:

Pacientes con tratamiento de ortodoncia.

Pacientes con prótesis completa.

Pacientes con tratamiento farmacológico.

Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	ESCALA	VALORES
Alveolitis	Catagórica Cualitativa	Visualización de la ausencia de coágulo	Nominal	Presencia Ausencia
Zona dentaria	Catagórica Cuantitativa	Según el cuadrante	Nominal	Cuadrante I Cuadrante II Cuadrante III Cuadrante IV
Maxilar	Catagórica Cualitativa	Según la ubicación del diente	Nominal	Superior Inferior
Tipo de pieza dentaria	Numérica Cuantitativa	Según el grupo dentario que pertenezca	De razón	Pieza 11,12,13,14,15,16,17,18 Pieza 21,22,23,24,25,26,27,28 Pieza 31,32,33,34,35,36,37,38 Pieza 41,42,43,44,45,46,47,48

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La tesis utilizó una ficha propia para recopilar datos como instrumento que fue verificado por juicio de expertos mediante 3 profesionales en el área donde se obtuvo de 0.70 a 1.00 siendo aplicable. Además se utilizó la técnica documental basada en la revisión de fichas clínicas e historias odontológicas registradas en la Clínica Especializada Odontológica PNP Angamos.

1. Se solicitó una documentación para presentar al Director de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Norbert Wiener para la ejecución, la cual se encontró en el Anexo N° 1.
2. Se entregó una carta dirigida al Director General de DIRSAPOL, con copia al Director de la "CLÍNICA ESPECIALIZADA ODONTOLÓGICA PNP ANGAMOS", con el propósito de solicitar autorización para recoger data y coordinar los días y horarios laborales, asegurando que no interfieran con las actividades diarias normales. Esto estuvo detallado en el anexo N° 2.
3. Se procedió a examinar las historias clínicas del hospital.
4. Se procedió a evidenciar las anotaciones en la historia clínica para transcribir en la ficha la siguiente información.

Nombres: Permite identificar al paciente en el registro clínico. Puede codificarse (ej. paciente 001, 002) para preservar la confidencialidad.

Edad: Para evaluar el grupo etareo más predisponente de alveolitis.

Género: Para evaluar el género más predisponente de alveolitis.

Tiempo cuantificable de exodoncia: indica si el procedimiento fue corto o prolongado. A mayor tiempo quirúrgico, existe más manipulación del tejido, lo cual puede aumentar el riesgo de alveolitis.

Examinación de manejo post- exodoncia: Evalúa si el paciente siguió correctamente las

recomendaciones post-operatorias (no fumar, no enjuagarse de inmediato, mantener higiene, uso de analgésicos/antibióticos si corresponde). El incumplimiento puede favorecer complicaciones.

Presencia o escasez de alveolitis: Registra si la complicación se presentó o no.

5. Se verificó la intervención de la exodoncia anotando la examinación en referencia a la zona dentaria, según el maxilar del paciente, según tipo de pieza dentaria en cada paso de la técnica respectiva.
6. Se evidenció indicar a los atendidos postexodoncias cotidianos y manejo a los 7 días para contrastar la subsistencia o escasez de alveolitis.

No obstante el instrumento obtuvo las siguientes valoraciones de validación (0,98) y confiabilidad (0,90) respectivamente.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se aplicó el paquete estadístico IBM SPSS Statistic 25, del cual se utilizó tablas y gráficos de los resultados.

3.9 Aspectos éticos

Se basó en las normas de autonomía y compromiso personal, siempre orientados a la comodidad del individuo, y nunca en contra de su voluntad.

Al evidenciar los resultados para su difusión, se garantizó que la información sea veraz, sin alteraciones ni plagio, y se declaró cualquier posible conflicto de interés.

Se siguieron y respetaron las pautas establecidas por el comité de ética de la Facultad de Odontología. Durante el desarrollo de este estudio, se garantizó el anonimato de los participantes, respetando las normativas de igualdad y justicia.

Es importante recalcar que en esta investigación se protegió el consentimiento informado, asegurando que los datos se mantuvieron en anonimato.

4.1. Resultados

Tabla 1. Prevalencia de la alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

Presencia de alveolitis		
	Fi	%
Ausencia	48	17,3
Presencia	230	82,7
Total	278	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Se evidenció que el 82,7 % de los pacientes presentaron alveolitis, mientras que el 17,3 % no la desarrollaron. Estos resultados evidencian una alta prevalencia de alveolitis en la población estudiada.

Gráfico 1. Prevalencia de la alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

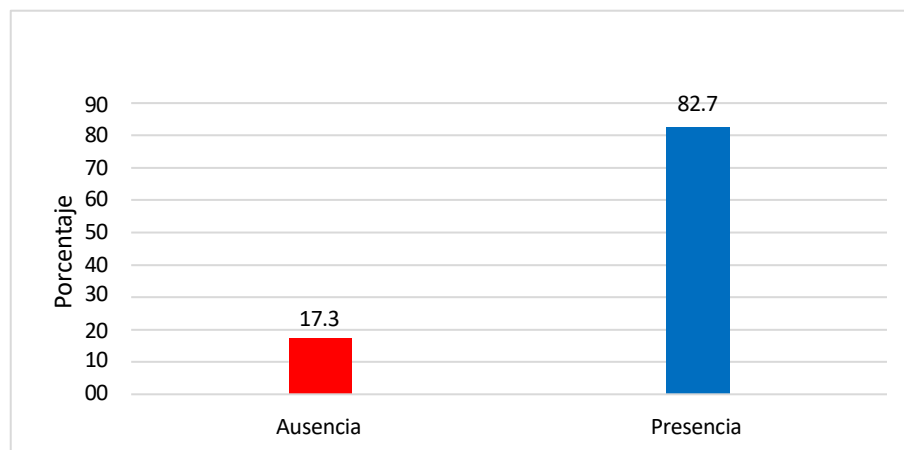


Tabla 2. Prevalencia de alveolitis según zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

		Presencia de alveolitis					
		Ausencia		Presencia		Total	
		Fi	%	Fi	%	Fi	%
Zona dentaria	Cuadrante I	0	0,0	24	8,6	24	8,6
	Cuadrante II	6	2,2	13	4,7	19	6,8
	Cuadrante III	15	5,4	132	47,5	147	52,9
	Cuadrante IV	27	9,7	61	21,9	88	31,7
	Total	48	17,3	230	82,7	278	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Se evidenció una mayor prevalencia de alveolitis en el Cuadrante III, correspondiente al sector inferior izquierdo, donde se reportaron 132 casos, lo que representa el 47,5 % del total de pacientes afectados. Este hallazgo sugiere que esta zona dentaria es la más propensa al desarrollo de dicha complicación postoperatoria.

Gráfico 2. Prevalencia de alveolitis según zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

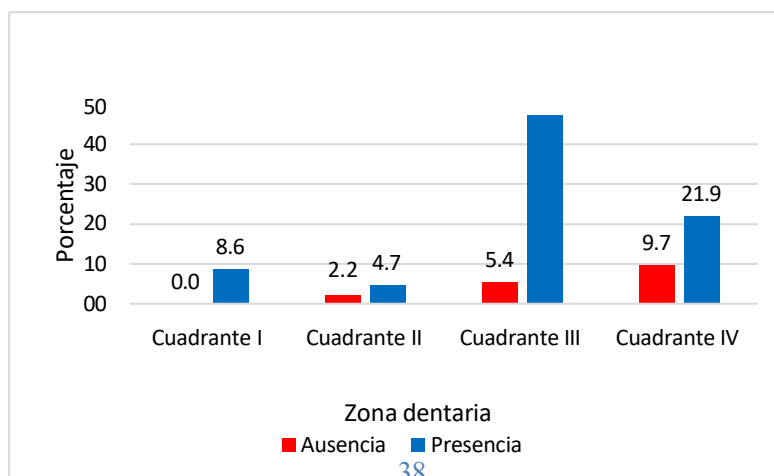


Tabla 3. Prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

		Presenci de alveolitis					
		Ausencia		Presencia		Total	
Zona del maxilar		Fi	%	Fi	%	Fi	%
	Inferior	41	14,7	168	60,4	209	75,2
	Superior	7	2,5	62	22,3	69	24,8
	Total	48	17,3	230	82,7	278	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: Los resultados evidenciaron que la alveolitis fue considerablemente más frecuente en el maxilar inferior, donde se registró el 60,4 % del total de casos, en comparación con el maxilar superior, que representó solo el 22,3 %

Gráfico 3. Prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

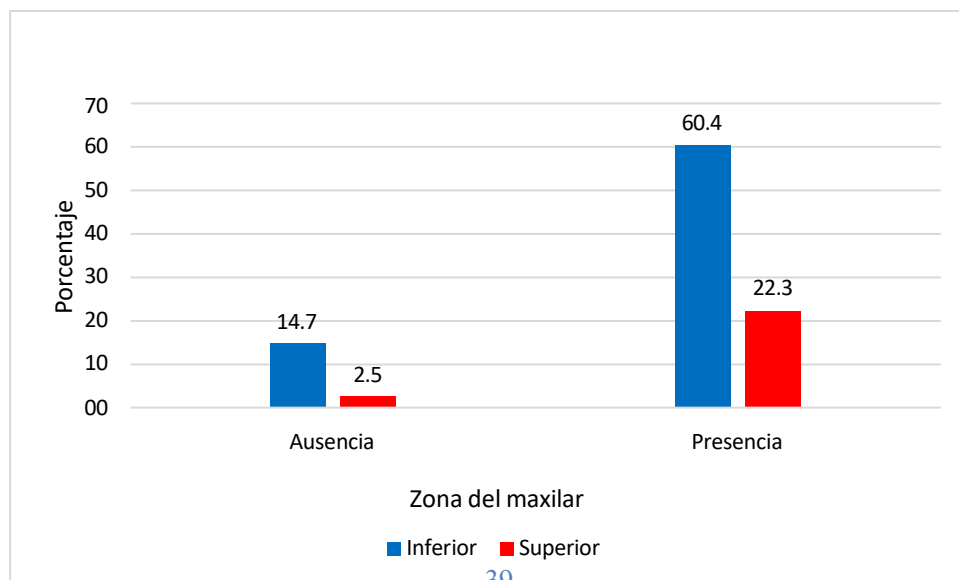


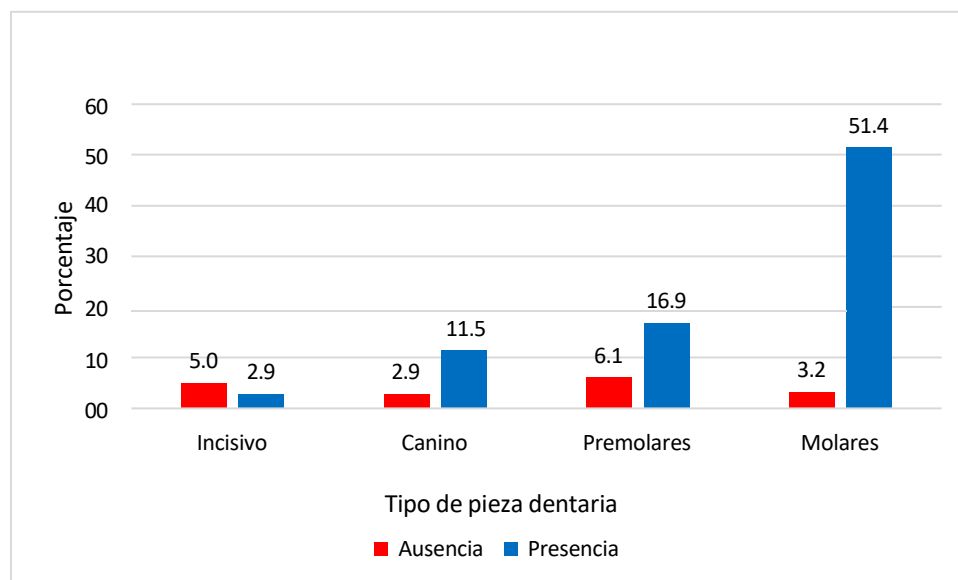
Tabla 4. Prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024

		Presencia de alveolitis					
		Ausencia		Presencia		Total	
Tipo de pieza dentaria		Fi	%	Fi	%	Fi	%
	Incisivo	14	5,0	8	2,9	22	7,9
	Canino	8	2,9	32	11,5	40	14,4
	Premolares	17	6,1	47	16,9	64	23,0
	Molares	9	3,2	143	51,4	152	54,7
	Total	48	17,3	230	82,7	278	100,0

Fuente: Base de datos de la investigación

Interpretación: El análisis de los datos indicó que los molares fueron las piezas dentarias con mayor incidencia de alveolitis, representando el 51,4% del total de casos registrados.

Gráfico 4. Prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024



4.2. Discusión

En los resultados la prevalencia de alveolitis fue de 82,7% en alveolitis, mientras que el 17,3% no presentaron dicha complicación. La prevalencia de alveolitis según la zona dentaria post exodoncia fue mayor en el cuadrante III, correspondiente al sector inferior izquierdo con un 47,5% de alveolitis. La prevalencia de alveolitis según el maxilar fue mayor en el inferior con un 60,4% de alveolitis y en el superior fue solo de 22,3%. La prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria fue mayor en los molares representando un 51,4% de los casos con alveolitis.

En el presente estudio se encontró una prevalencia de alveolitis del 82,7%, cifra que resulta considerablemente mayor a la reportada por **Franqui et al. (2025)**, quienes identificaron un 57,89% de alveolitis seca, con mayor frecuencia en molares mandibulares y asociada principalmente a extracciones traumáticas.⁶ Esta diferencia puede explicarse por diversas razones. En primer lugar, las características de la población estudiada podrían haber influido, ya que en este trabajo la muestra pudo incluir pacientes con factores predisponentes como tabaquismo, enfermedades sistémicas o deficientes condiciones de higiene oral, mientras que en el estudio de Franqui la población tenía un perfil distinto. Asimismo, la localización anatómica desempeña un papel relevante, pues en nuestra investigación la mayor frecuencia se observó en el cuadrante III y en el maxilar inferior (60,4%), lo cual concuerda con lo descrito en la literatura, que señala que la alveolitis se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula debido a su menor irrigación sanguínea y mayor densidad ósea, factores que dificultan la estabilidad del coágulo sanguíneo. El tipo de pieza dentaria también influye, ya que los molares fueron los más afectados (51,4%), hallazgo coincidente con otros estudios,

lo que se explica por la mayor complejidad y trauma asociado a su exodoncia. A su vez, los factores operatorios relacionados con la técnica quirúrgica y la experiencia del operador pueden justificar la elevada prevalencia encontrada, ya que intervenciones más prolongadas o con mayor manipulación tisular incrementan el riesgo de complicaciones. Finalmente, las condiciones postoperatorias y el cumplimiento de las indicaciones también resultan determinantes, puesto que conductas como fumar, enjuagarse bruscamente o no mantener una adecuada higiene favorecen la aparición de alveolitis. En conjunto, aunque ambos estudios coinciden en identificar la mandíbula y los molares como las zonas más afectadas, las diferencias en la prevalencia se atribuyen a las características de la población, las condiciones operatorias y el autocuidado post-exodoncia, lo que refuerza la necesidad de aplicar técnicas quirúrgicas menos traumáticas y de fortalecer la educación al paciente como medidas clave para disminuir la incidencia de esta complicación.

A su vez el resultado de alveolitis del 82,7% es una cifra considerablemente superior a la reportada por **Domínguez (2023)**, quien identificó una frecuencia de apenas 13,3%. Esta diferencia puede explicarse por distintos factores.⁷ En primer lugar, la población de estudio no fue homogénea, ya que Domínguez trabajó con un grupo mayoritariamente conformado por adultos mayores de 60 años, en quienes la cicatrización tiende a ser más lenta pero el riesgo de alveolitis no necesariamente es más alto, mientras que en nuestra investigación participaron pacientes en edades más jóvenes, lo que coincide con la literatura que describe una mayor susceptibilidad a la alveolitis en personas de 20 a 40 años, probablemente por características anatómicas y por la frecuencia de extracciones de molares en estas edades. Otro aspecto relevante es la presencia de comorbilidades, ya que Domínguez reporta que los casos se concentraron en pacientes con patologías endocrinas, hematológicas y

musculoesqueléticas, condiciones que afectan la respuesta inflamatoria y la cicatrización, pero que no siempre derivan en prevalencias tan elevadas. En nuestro estudio, en cambio, el principal factor de riesgo estuvo relacionado con la zona anatómica y el tipo de pieza dentaria, observándose mayor afectación en el cuadrante III, en la mandíbula (60,4%) y específicamente en molares (51,4%), lo cual se asocia a la dificultad técnica de estas exodoncias, al mayor trauma quirúrgico y a las características del hueso mandibular, que posee menor irrigación y, por ende, mayor predisposición a la desintegración del coágulo. También se debe considerar la influencia de factores operatorios y del manejo post-exodoncia, pues el incumplimiento de indicaciones como evitar el tabaco, mantener higiene adecuada y no realizar enjuagues bruscos puede elevar significativamente la incidencia de la complicación. De esta manera, aunque ambos estudios analizan la misma entidad clínica, las diferencias en las poblaciones estudiadas, los factores de riesgo predominantes, las características anatómicas y las condiciones operatorias explican las marcadas variaciones en la prevalencia de alveolitis.

También discrepa con los encontrados por **Guevara (2024)**, quien reportó un 48,6% de esta complicación post-exodoncia.⁸ La diferencia en los resultados puede explicarse, en primer lugar, por el tipo de población analizada. Mientras Guevara centró su investigación en pacientes jóvenes de entre 18 y 25 años, principalmente sometidos a la extracción de terceros molares erupcionados, en nuestro caso la muestra incluyó un espectro más amplio de piezas dentarias, lo que incrementó la probabilidad de encontrar cuadros de alveolitis, especialmente en molares mandibulares que requieren procedimientos más complejos y traumáticos. Asimismo, la mayor prevalencia encontrada en este estudio podría relacionarse con la distribución anatómica de los casos, dado que el 60,4% correspondió a la mandíbula y el

47,5% específicamente al cuadrante III, lo cual coincide con la literatura que reconoce al maxilar inferior como la región más susceptible debido a su menor irrigación sanguínea y a la densidad ósea, factores que dificultan la cicatrización adecuada. Por otro lado, Guevara identificó a la alveolitis seca como la complicación más frecuente (37,9%), seguida de alveolitis húmeda y otras alteraciones como edema, enfisema y parestesia. Esta diferencia en la diversidad de complicaciones puede deberse a que su estudio se centró en un tipo particular de cirugía la extracción de terceros molares que suele conllevar un mayor riesgo de edema y complicaciones asociadas al trauma quirúrgico, mientras que en nuestro estudio la variable principal fue la presencia o ausencia de alveolitis en distintas piezas dentarias, siendo los molares los más afectados (51,4%). Además, la alta prevalencia registrada podría estar vinculada con factores operatorios y con el grado de adherencia de los pacientes a las indicaciones postoperatorias, los cuales no siempre se cumplen de manera estricta y tienen un papel determinante en la aparición de alveolitis. En conjunto, aunque ambos estudios coinciden en señalar la mandíbula y los molares como las localizaciones más afectadas y a la alveolitis seca como la forma clínica predominante, las diferencias en la población estudiada, el tipo de piezas dentarias extraídas, la complejidad quirúrgica y las condiciones postoperatorias explican la variación en los porcentajes de prevalencia obtenidos.

Asimismo, en este estudio se encontró una prevalencia de alveolitis del 82,7%, valor que contrasta ampliamente con los reportes de **Tobar (2021)**, quien identificó un 1,6% tras analizar más de 3500 exodoncias⁹, y con los hallazgos de **Amador, Andrade y Cortés (2021)**, quienes registraron un 8% de complicaciones post-extracción, de las cuales la alveolitis seca representó el 40%.¹⁰ Estas diferencias pueden atribuirse a la metodología y al tamaño muestral, ya que Tobar evaluó un número considerablemente mayor de casos en un

periodo prolongado de tiempo, lo cual pudo generar una tasa global más baja al diluir la frecuencia de la complicación. Por su parte, el presente estudio estuvo enfocado en una población más reducida y específica, donde factores como la técnica quirúrgica, el control postoperatorio y la variabilidad en la adherencia a las indicaciones podrían haber favorecido la elevada prevalencia encontrada. En cuanto a la localización, mientras en nuestro estudio la mandíbula, especialmente el cuadrante III y los molares, fue la zona más afectada, Tobar (2021) y Amador et al. (2021) reportaron una mayor frecuencia en el maxilar. Esta diferencia puede explicarse porque la densidad ósea mandibular y su menor irrigación suelen predisponer al desarrollo de alveolitis; sin embargo, la variabilidad puede depender del tipo de piezas extraídas, siendo los molares inferiores los más susceptibles a trauma quirúrgico, mientras que en las series revisadas se incluyeron diferentes tipos dentarios y en mayor proporción piezas maxilares. No obstante, el predominio del sexo femenino en el estudio de Tobar (77%) frente a la mayor frecuencia en varones en el de Amador et al. (60%) también refleja la influencia de factores individuales, como el umbral de dolor, la respuesta inflamatoria y los hábitos de autocuidado. Finalmente, la coincidencia entre todos los estudios radica en que la alveolitis seca constituye la forma clínica más prevalente y en que el dolor entre las 48 y 72 horas posteriores a la exodoncia es el síntoma cardinal, lo que refuerza su caracterización como la complicación post-extracción más relevante desde el punto de vista clínico.

CONCLUSIONES

La prevalencia de alveolitis, según zonas dentarias, correspondió principalmente a casos de alveolitis en molares del Cuadrante III ubicados en el maxilar inferior en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, en el distrito de Surquillo, Lima, durante el primer trimestre del año 2024.

Se evidenció una alta prevalencia de alveolitis en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, ubicada en el distrito de Surquillo, Lima, durante el primer trimestre del año 2024.

La prevalencia de alveolitis post exodoncia, según zonas dentarias, fue mayor en el Cuadrante III correspondiente al sector inferior izquierdo en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, ubicada en el distrito de Surquillo, Lima, durante el primer trimestre del año 2024.

La prevalencia de alveolitis, según el maxilar comprometido, fue mayor en el maxilar inferior en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, ubicada en el distrito de Surquillo, Lima, durante el primer trimestre del año 2024.

La prevalencia de alveolitis según el tipo de pieza dentaria se evidenció principalmente en molares en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, ubicada en el distrito de Surquillo, Lima, durante el primer trimestre del año 2024.

RECOMENDACIONES

Se sugiere brindar capacitación periódica al personal de salud bucal sobre técnicas de exodoncia menos traumáticas, manejo del tejido blando y óseo, así como actualizaciones en el manejo preventivo de alveolitis, para mejorar la calidad del procedimiento quirúrgico y reducir complicaciones.

Se recomienda reforzar la educación al paciente sobre cuidados postoperatorios, informando de forma clara y personalizada sobre los cuidados necesarios después de una exodoncia, incluyendo evitar el enjuague vigoroso, el tabaquismo, succión con pajillas y alimentos muy calientes durante los primeros días.

Se recomienda realizar una evaluación sistemática de factores predisponentes como tabaquismo, higiene oral deficiente, antecedentes de alveolitis, uso de anticonceptivos orales o enfermedades sistémicas, a fin de tomar medidas preventivas específicas en pacientes con mayor riesgo.

Implementar un sistema de vigilancia clínica para el seguimiento de los casos de alveolitis en la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos, lo cual permitirá identificar patrones de riesgo, evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas y ajustar estrategias de forma continua.

Promover campañas educativas dentro de la clínica dirigidas tanto al personal como a los pacientes, con el fin de sensibilizar sobre la importancia de la prevención de complicaciones postoperatorias y el seguimiento adecuado tras las exodoncias.

Referencias bibliográficas

1. Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. *Niger J Clin Pract.* 2013; 16(4):1-8.
2. Nápoles I, Batista X, Rivero O, Díaz S, Fernández N. Incidencia de la alveolitis. *Rev. Arch. Med. Camagüey.* 2009 ;13(2):1-5.
3. Suárez N, Hidalgo CR, Suárez NT, Rodríguez GM, Fernández N. Tratamiento homeopático vs Alvogyl en la alveolitis dental. *Arch. Méd. Camagüey* 2008; 12(3): 1-7.
4. Berrio Y, Rey ME. Factores asociados a la alveolitis en mayores de 18 años. *Medicentro Electrón.* 2013; 17(1):1.
5. Bestard J, Ocaña N, López AC, García IM, Escalona M. Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario «Josué País García». *MEDISAN.* 2011; 15(6):1-5.
6. Franqui A, Pallerols M, Mayán G. Comportamiento de la alveolitis en pacientes mayores de 19 años. Clínica “Siboney”. Municipio Playa. 2023-2024 [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2024.
7. Domínguez JA. Prevalencia de Alveolitis post exodoncia en consultorios privados de Trujillo período marzo-mayo, 2023 [tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2023.
8. Guevara JJ. Frecuencia de complicaciones post exodoncia de terceros molares erupcionados en un consultorio odontológico especializado, Jaén 2022 [Tesis de licenciatura]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Estomatología; 2024.

9. Tovar I. Prevalencia y factores de riesgo de alveolitis post exodoncia en pacientes atendidos en la clínica de cirugía de la Universidad Diego Portales [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 2021.
10. Amador C, Andrade S, Cortés M. Prevalencia de complicaciones post-exodoncia en las asignaturas de Cirugía II de cuarto año 2018-2019 en relación con Cirugía e Implantología de quinto año 2019-2020 en la Clínica Odontológica de la Universidad Viña del Mar [Tesis]. Viña del Mar: Universidad Viña del Mar, Escuela de Salud, Odontología; 2021.
11. García G. Frecuencia de urgencias odontológicas en el centro de salud militar Virgen de Fátima, Tumbes, 2017. [Tesis] Perú: Universidad Alas Peruanas; 2018
12. Beltrán C. Técnicas de incision y colgajo en cirugía bucal. Diss. Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología. Escuela de Postgrado Dr. José Apolo Pineda. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Ecuador: Universidad de Guayaquil, 2010
13. Gay C, Berini L. Tratado de cirugía bucal. Ed. Ergon. Barcelona: 2003.
14. Lopez Z. Complicaciones más frecuentes en la exodoncia. Convención salud. 2012, 1(1):1-15.
15. Universidad de Antioquia. Guia de exodoncia simple. 2014. (Consultado , 20 de Noviembre del 2019) Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/141224/mod_resource/content/0/Protocolos_y_guias_de_atencion/GUIA_DE_EXODONCIA_SIMPLE.gemma.pdf. Accessed , Oct, 2017.
16. Aguilera S, Bernal C, Moreno J. Guia de Practica Clinica en Salud Oral - Cirugia Basica. Secretaria Distrital de Salud. 2009, 1(1):81-116.

17. Gay C, Berini L, Sánchez M. Principios Básicos de la Cirugía Oral, Accidentes y complicaciones de exodoncia: Tratado de Cirugía Oral. Madrid, España: Editorial Ergon; 2003, 1(1): 2004 - 339.
18. Peñarocha M, Sanchos J Saenz U, Gay C, Bagán J. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. Oral surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod 2001, 92(1): 260 - 4.
19. Montenegro L. Nivel de conocimientos sobre prescripción y manejo clínico de la alveolitis seca dolorosa por los cirujanos dentistas del cercado de trujillo 2015. [Tesis para optar el título de cirujano] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
20. Hernández K. Prevalencia de exodoncias asociadas a la caries dental y la enfermedad Periodontal en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.
21. Laskin Daniel M. Cirugia Bucal y Maxilofacial Argentina: Panamericana; 2005.
22. Vadillo G. Estudio comparativo de la respuesta tisular al relleno alveolar a base de Aloe Vera en alveolos post exodoncia. [Tesis de bachiller] Perú: Universidad Nacional Sn Marcos. 2010.
23. Romero R. Tratamiento de la gingivitis asociada al embarazo. Universidad San Martin de Porres. 2009, 1(1): 50-64.
24. Hupp J. Cirugia Oral y Maxilofacial Contemporanea Barcenola: Elsevier; 2014.
25. Real Academia Española. [www.rae.es]. España Madrid: 2001 Diccionario Manual de la Lengua Española. Complicación Vigésima Segunda edición. 2001.

26. Pogrel M, Thamby S. Permanent nerve involvement resulting from inferior alveolar nerve blocks. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(7):901-7.
27. Bataineb A. Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2001; 59(9):1012-1017.
28. Romero M, Gutierrez J, Gutiérrez J, Infante P, Romero M. Manual de enseñanzas prácticas en cirugía bucal. Madrid: Pedro Cid S.A.; 2005: 75-94.
29. Tutiven A. Técnica quirúrgica para la exodoncia de terceros molares superiores. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Ecuador: Universidad de Guayaquil, 2011.
30. Montenegro L. Nivel de conocimientos sobre prescripción y manejo clínico de la alveolitis seca dolorosa por los cirujanos dentistas del cercado de trujillo 2015. [Tesis para optar el título de cirujano] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
31. Hernández K. Prevalencia de exodoncias asociadas a la caries dental y la enfermedad Periodontal en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada San Juan Bautista en el año 2016. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.
32. García M, Peñarrocha D. Alveolitis seca: Revisión de la literatura y metaanálisis. *Rev Act Odontoestomatol Esp*. 1994;44:25-34.
33. Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de patología bucal. México, DF: Nueva Editorial Interamericana, 1993, 4(1):627-8.
34. García C. Alveolitis seca dolorosa. Investigación bibliográfica. 2011,1(1):1-30.

35. López J. Frecuencia de complicaciones mediatas en exodoncia simple en la clínica medicina estomatológica y clínica del dolor Universidad Finis Terrae. [Tesis para obtener el título de cirujano dentista] Chile: Universidad Finis Terrae, 2018.
36. Steven L. The Management of Benign Skin Lesions: Continuing Medical Education; 2006.
37. Raspali G. La hemostasia. En cirugía oral e implantología. 2007,2(1): 9.
38. Martín O, Lima M, Zulueta M. Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. Rev Cub Estomatol, 2001; 38(1):176-80.
39. Incidencia J, Ocaña N, López A, García I, Escalona M. Alveolitis como urgencia estomatológica en el Policlínico Universitario Josué País García. Revista Medisan. 2011; 15(6):12.
40. Torres D, Serrera M, Romero M, Infante P, García M, Gutiérrez J. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10(1):77-85.
41. Pérez M. Prevalencia de complicaciones post exodoncias complejas de terceras molares más frecuentes en el servicio de maxilo facial del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins del año 2000 al 2010. Lima, Perú. 2011, 1(1):1-10.
42. Ariza E, González J, Boneu F, Hueto JA, Raspall G. Incidencia de la alveolitis seca tras la exodoncia quirúrgica de terceros molares mandibulares en la Unidad de Cirugía Oral. Rev Esp Cir oral Maxilofac 1999;21(1):214-9.
43. Vergara A. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. Revista española de cirugía oral y maxilofacial 2014, 36(4):169-173.
44. Donado M, Martínez J. Cirugía Bucal: Patología y Técnica. Barcelona: Elsevier. 2014.
Dolci E.. La prevención de la alveolitis seca. Rev. Eur. Odontol. Estomatol. 1992; 5(1):261-

- 70.
45. Rodríguez E, Rodríguez M. Tratamiento antibiótico de la Infección odontogénica. *Inf Ter Sist Nac Salud. Rev Terap Madrid*. 2009; 33(3):67-79.
46. Pérez H. *Farmacología y Terapéutica Odontológica*. Bogotá: Editorial Médica Celsus; 2005.
47. Hupp E, Myron R. Tucker. *Cirugía oral e maxilofacial contemporánea*. Elsevier Brasil, 2015.
48. Ataoglu H, Oz Y, Candirli C, Kiziloglu D. Routine antibiotic prophylaxis is not necessary during operations to remove third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008; 46 (2): 133-5.
49. Kaczmarzyk T, Wichlinski J, Stypulkowska J, Zaleska M, Panas M, Woron J. Single-dose and multidose clindamycin therapy fails to demonstrate efficacy in preventing infectious and inflammatory complications in third molar surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007; 36(5):417-22.
50. Hernández R. *Metodología de la Investigación*. 2a. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Constancia de aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 21 de abril de 2025

Investigador(a)
José Angel Gil Castillo
Exp. N°:0454-2025

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: "Prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024" con **fecha 10/04/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) José Angel Gil Castillo

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. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. 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,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Av. Arequipa 440 - Santa Beatriz
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo: comite.etica@unorbertwiener.edu.pe

ANEXO N° 2: Carta de presentación



Lima, 28 de abril del 2025

Carta N°055-04-2025-EAP-ODON-UPNW

General Médico PNP Jorge Villacorta Ruiz
Director
DIRSAPOL PNP

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Norbert Wiener, con motivo de presentar al Bachiller **Jose Angel Gil Castillo** de la carrera de **Odontología** para que pueda realizar la recolección de datos para su tesis titulada: **"PREVALENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN LAS ZONAS DENTARIAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA PNP ANGAMOS EN EL DISTRITO DE SURQUILLO DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024"**.

Por ello, solicitamos brindar el acceso a vuestra digna Institución al Bachiller para que ejecute las actividades relacionadas a su investigación.

Esperando contar con su apoyo a la formación profesional de nuestros estudiantes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



.....
Dra. Brenda Vergara Pinto
Directora
Programa Académico de Odontología
Universidad Norbert Wiener

ANEXO N° 3: Decreto de Autorización



REF.: Expediente Administrativo con HT SIGE-MIN N°20250367743 de 02MAY2025, relacionado a la solicitud del **S2 SPNP José Ángel GIL CASTILLO**, para realizar Proyecto de Investigación en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG".

DECRETO N° 167 - 2025-COMOPPOL/DIRSAPOL/SEC-OFAD-AREGEPSP.EI

Visto el expediente administrativo de la referencia, relacionado a la solicitud presentada por el S2 SPNP José Ángel GIL CASTILLO, quien peticiona autorización para desarrollar Proyecto de Investigación de Tesis en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG", para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista; **PASE** al señor **Coronel S PNP Miguel Ángel JARAMILLO LANTARON**, Jefe de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG", con la finalidad de comunicarle que esta Dirección **AUTORIZA** al **S2 SPNP José Ángel GIL CASTILLO**, realizar el Proyecto de Investigación titulado "**PREVALENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN LAS ZONAS DENTARIAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA PNP ANGAMOS EN EL DISTRITO DE SURQUILLO DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024**", sin costo para el Estado, con fines académicos a través de la Universidad Privada Norbert Wiener y tenga a bien disponer por quien corresponda, se brinden las facilidades necesarias para la aplicación de instrumentos de investigación; asimismo que el Área de Docencia y Capacitación de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG"-SUBDSP-DIRSAPOL, dispondrá la supervisión y monitoreo de dicha actividad, informando de su resultado, debiendo comunicar al administrado, que deberá presentar una copia del estudio realizado al término de su investigación.

Miraflores, **28 JUL. 2025**

JAVR/PJPM
msp



OS-287529
Jorge Alberto VILLACORTA RUIZ
GENERAL S. PNP
DIRECTOR DE SANIDAD POLICIAL

ANEXO N° 4: Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

Mediante el presente documento, manifiesto que he sido informado (a) por la Bachiller **Gil Castillo José Angel** de la Escuela Académico Profesional de Odontología, de la Universidad Norbert Wiener, sobre el objetivo del estudio **“PREVALENCIA DE ALVEOLITIS SEGÚN ZONA DENTARIA EN PACIENTES DEL LA CLÍNICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA PNP ANGAMOS EN EL DISTRITO DE SURQUILLO DE LA CIUDAD DE LIMA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2024”** y además me ha informado sobre la importancia de la veracidad de mis respuestas para su estudio. Así mismo que el manejo de la información obtenida es con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida.

En caso necesite más información, o tenga una duda sobre esta investigación puede contactarse por teléfono con la investigadora principal al número 968954556.

Ante lo explicado, yo, de manera consciente y voluntaria, a continuación aceptó en señal de conformidad.

Si acepto ()

No acepto ()

ANEXO N° 5: Ficha técnica del instrumento:

Registro clínico de complicaciones post-exodoncia

Nombre del instrumento:

Ficha de recolección de datos clínicos post-exodoncia.

Objetivo del instrumento:

Recolectar información sociodemográfica y clínica de los pacientes sometidos a exodoncia, con el fin de identificar la prevalencia y características de la alveolitis post-extracción.

Tipo de instrumento:

Ficha estructurada de registro clínico.

Dimensiones e ítems evaluados:

1. **Datos generales del paciente**
 - **Edad:** clasificada en rangos (18–28, 29–39, 40–50, 51–61 años) para facilitar la categorización epidemiológica.
 - **Género:** Femenino / Masculino.
2. **Datos clínicos de la exodoncia**
 - **Localización dentaria por cuadrante:** I, II, III, IV.
 - **Tipo de pieza dentaria:** especificar (incisivo, canino, premolar, molar).
 - **Maxilar comprometido:** superior / inferior.
 - **Fecha de control postoperatorio:** permite establecer la temporalidad de la complicación.
3. **Complicaciones post-exodoncia**
 - **Presencia de alveolitis:** Sí / No.

Aplicación:

Se completa en el control postoperatorio del paciente en la clínica odontológica, por el profesional responsable o por el investigador capacitado.

Ventajas:

- Permite una recolección estandarizada de datos.
- Facilita la clasificación por edad, género, zona dentaria y maxilar.
- Orientado a la identificación directa de la prevalencia de alveolitis.

Limitaciones:

- Se basa en el correcto registro del clínico y en la asistencia del paciente al control post-exodoncia.
- No incluye otras variables asociadas a factores de riesgo (como antecedentes sistémicos, hábitos o técnica quirúrgica).

ANEXO N° 6: Instrumento de recolección de datos



FICHA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN DE DATOS

Nombre del paciente:

-Edad:

18 – 28 () 29 – 39 ()

40 – 50 () 51 – 61 ()

-Género:

Femenino () Masculino ()

-Exodoncia:

Cuadrante I () Cuadrante II ()

Cuadrante III () Cuadrante IV ()

- Tipo de pieza dentaria:.....

-Maxilar :

-Fecha de control:

-Presencia de alveolitis: Si () No ()

ANEXO N° 7: Validación del instrumento



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. GABY LUZ TASAYCO TORBISCO
- 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
- 1.4 Autor del Instrumento: Jose Angel Gil Castillo.
- 1.5 Título de la Investigación: "Prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la clínica odontológica especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024"

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				✓	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

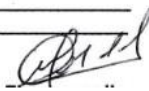
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima.. de del 2023


Gaby Tasayco Torbisco
 MEDICINA Y PATOLOGÍA
 ESTOMATOLOGÍA
 COP 32213

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: CD. Michelle Loli Robles
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
 1.4 Autor del Instrumento: Jose Angel Gil Castillo.
 1.5 Título de la Investigación: "Prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la clínica odontológica especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024"

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				x	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				x	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología			x		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				x	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				x	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				x	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				x	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				x	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				x	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				x	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.78$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

Lima 20 de agosto del 2025

Firma y sello
 COP: Michelle Alejandra Loli Robles
 DNI:
 CIRUJANO DENTISTA
 COP: 55650

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD . Maria del Carmen Bravo Huerta
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente tiempo completo UPNW
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: Ficha de recolección de datos
 1.4 Autor del Instrumento: Jose Angel Gil Castillo.
 1.5 Título de la Investigación: "Prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la clínica odontológica especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024"

ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muybuena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					x
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					x
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} =$$

50

III. **CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

Lima, 20 de agosto del 2025



Firma y sello
 COP:36288
 DNI: 70023708

ANEXO N° 8: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Diseño metodológico
¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?	Determinar la prevalencia de la alveolitis según las zonas dentarias en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.	No tiene.	Prevalencia de alveolitis Zona dentaria Según el maxilar Tipo de pieza dentaria	<p>Método de la investigación</p> <p>El método será hipotético - deductivo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>La investigación será tipo básica.</p> <p>Nivel o alcance de la investigación</p> <p>Observacional: En referente con la metodología será observacional, porque se visualizará el objeto a estudiar para ejecutar a su anotación apropiada.</p> <p>Transversal: Según los calculos de la variable estudiada será transversal, porque los instrumentos serán ejecutados en un instante determinado.</p> <p>Descriptiva: La investigación será descriptiva ya que nos permitirá</p>

				describir, medir y evaluar las variables estudiadas. ⁴
¿Cuál es la prevalencia según el tipo de alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?	Determinar la distribución de alveolitis en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.			
¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según la zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?	Determinar la prevalencia de alveolitis según zonas dentarias post exodoncia en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.			
¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?	Determinar la prevalencia de alveolitis según el maxilar en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.			

<p>el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024?</p>	<p>de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.</p> <p>Determinar la prevalencia de alveolitis según tipo de pieza dentaria en pacientes de la Clínica Odontológica Especializada PNP Angamos en el distrito de Surquillo de la ciudad de Lima en el primer trimestre del año 2024.</p>			
---	--	--	--	--

ANEXO N° 9 : Evidencias de investigación





ANEXO N° 10: Base de datos

A	B	C	D	E	F	G
N	Género	Edad	Zona dentaria	Zona del maxilar	Tipo de pieza dentaria	Presencia de alveolitis seca
1	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
2	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
3	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Premolares	Ausencia
4	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
5	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
6	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
7	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
8	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
9	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
10	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
11	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
12	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
13	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
14	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
15	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
16	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
17	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
18	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
19	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
20	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
21	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
22	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
23	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
24	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
25	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
26	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
27	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Incisivo	Ausencia
28	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
29	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
30	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
31	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
32	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
33	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
34	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
35	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
36	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
37	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
38	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
39	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
40	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
41	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
42	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
43	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Premolares	Ausencia
44	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
45	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
46	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
47	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
48	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
49	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
50	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
51	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
52	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
53	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
54	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
55	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
56	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
57	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
58	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
59	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
60	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
61	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
62	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
63	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
64	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
65	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
66	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
67	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Ausencia
68	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
69	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
70	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
71	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
72	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
73	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
74	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
75	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
76	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
77	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
78	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
79	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
80	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
81	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
82	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
83	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
84	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
85	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
86	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
87	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
88	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
89	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
90	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
91	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Incisivo	Ausencia
92	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
93	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
94	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
95	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
96	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
97	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
98	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
99	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
100	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
101	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
102	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante II	Superior	Canino	Presencia
103	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
104	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
105	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
106	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
107	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Ausencia
108	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
109	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
110	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
111	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
112	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
113	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
114	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
115	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
116	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
117	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
118	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
119	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
120	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
121	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
122	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
123	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
124	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
125	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
126	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
127	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
128	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
129	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
130	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
131	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Incisivo	Ausencia
132	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
133	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
134	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
135	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
136	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
137	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
138	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
139	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
140	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
141	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
142	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
143	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Premolares	Ausencia
144	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
145	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
146	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
147	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
148	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
149	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
150	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
151	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
152	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
153	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
154	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
155	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
156	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
157	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
158	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
159	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
160	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
161	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
162	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
163	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
164	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
165	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
166	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
167	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Incisivo	Ausencia
168	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
169	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
170	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
171	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
172	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
173	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
174	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
175	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
176	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
177	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
178	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante II	Superior	Canino	Presencia
179	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
180	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
181	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
182	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
183	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Ausencia
184	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
185	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
186	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
187	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
188	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
189	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
190	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
191	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
192	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
193	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
194	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
195	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
196	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
197	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
198	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
199	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
200	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
201	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
202	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
203	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
204	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
205	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
206	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
207	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Incisivo	Ausencia
208	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
209	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
210	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
211	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
212	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
213	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
214	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
215	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
216	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
217	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
218	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Superior	Canino	Presencia
219	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
220	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
221	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
222	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
223	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Ausencia
224	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
225	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
226	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
227	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
228	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
229	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
230	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
231	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia

A	B	C	D	E	F	G
232	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
233	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
234	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
235	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
236	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
237	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
238	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
239	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Ausencia
240	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
241	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
242	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia
243	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Presencia
244	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
245	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
246	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Superior	Molares	Presencia
247	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Incisivo	Ausencia
248	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
249	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Presencia
250	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
251	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
252	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
253	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
254	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
255	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
256	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
257	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
258	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Canino	Presencia
259	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Premolares	Ausencia
260	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
261	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
262	Femenino	51 - 61 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
263	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Premolares	Ausencia
264	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Superior	Molares	Presencia

265	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Incisivo	Ausencia
266	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
267	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante I	Superior	Molares	Presencia
268	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Inferior	Canino	Presencia
269	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia
270	Masculino	40 - 50 años	Cuadrante III	Superior	Premolares	Presencia
271	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante II	Inferior	Molares	Presencia
272	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
273	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante IV	Inferior	Canino	Ausencia
274	Masculino	29 - 39 años	Cuadrante III	Inferior	Molares	Presencia
275	Femenino	18 - 28 años	Cuadrante III	Superior	Incisivo	Presencia
276	Femenino	29 - 39 años	Cuadrante I	Inferior	Molares	Presencia
277	Femenino	40 - 50 años	Cuadrante III	Inferior	Premolares	Presencia
278	Masculino	18 - 28 años	Cuadrante IV	Inferior	Molares	Presencia

● 9% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 6% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 0% 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	Universidad Peruana Los Andes on 2019-12-05 Submitted works	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
3	hdl.handle.net Internet	<1%
4	Universidad Alas Peruanas on 2023-09-22 Submitted works	<1%
5	Universidad Continental on 2019-11-29 Submitted works	<1%
6	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-03-12 Submitted works	<1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
8	researchgate.net Internet	<1%