



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS
DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN
PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA
DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025**

TESIS PRESENTADA POR

Bach. BRADLEY GUTIERREZ LAZO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS
DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL
EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA
DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025**

TESIS PRESENTADA POR

Bach. BRADLEY GUTIERREZ LAZO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
CIRUJANO DENTISTA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:



Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

PRIMER MIEMBRO

:



Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

SEGUNDO MIEMBRO

:



Dra. EDITH CARI CHECA

ASESOR DE TESIS

:



Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

Odontología, cirugía oral, medicina oral – P31



SE APRUEBA LA FECHA Y HORA DE SUSTENTACION PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 222-2025-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 30 de setiembre de 2025

VISTOS:

El expediente N° 8523/CU-2025, presentado por el (la) Bachiller: **GUTIERREZ LAZO, BRADLEY**; quien solicita nominación de jurados, fecha y hora de sustentación, para rendir el examen de Sustentación y defensa de la Tesis: Titulado: **RELACION ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025**

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 8° numeral b) del Reglamento General de Grados y Títulos de la UANCV vigente, es procedente acceder a la petición del interesado:

Que, Al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R; de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca,

Que, el director de Investigación y el Decano de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, han revisado el expediente del interesado, y;

Estando, a la opinión favorable del director de la Unidad de Investigación y del Decano de la Facultad de Odontología y en uso de las atribuciones que confiere el artículo 28 del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - DECLARAR APTO, para la sustentación presencial del Informe Final de Investigación, del (la) Bachiller: **GUTIERREZ LAZO, BRADLEY**; para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA, en virtud a los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS, para la sustentación presencial y defensa de la Tesis a los siguientes docentes ordinarios:

PRESIDENTE	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
PRIMER MIEMBRO	: Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI
SEGUNDO MIEMBRO	: Dra. EDITH CARI CHECA
ASESOR	: Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA



ARTÍCULO TERCERO. - PROGRAMAR FECHA Y HORA,

de sustentación de tesis según se detalla:

LUGAR : SALA DE GRADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FECHA : VIERNES 10 DE OCTUBRE 2025
HORA : 2:00 P.M.

ARTÍCULO CUARTO. - Realizado el Examen de Sustentación de Tesis, el Jurado levanta el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el (la) Bachiller que se somete al examen.

ARTÍCULO QUINTO. - DISPONER que la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad, secretaria académica y administrativa, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dr. Wilfredo Páez Tapia Condor
DECANO

DISTRIBUCION:
F Odontología (1)
Asesor (1)
Interesada (1)
Jueces (3)
RPTC/cch

Universidad Andina
"Néstor Cáceres Velásquez"

SE APRUEBA INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 070-2025-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 2025 mayo 12

VISTOS:

El Expediente N° 2622/CU de fecha 25 de abril de 2025, presentado por (el), (la) Bach. **GUTIERREZ LAZO BRADLEY**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación y del Anexo (04 o 05) FICHA DE OPINIÓN DE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

Que, (el), (la) Bach. **GUTIERREZ LAZO BRADLEY**, quien solicita Revisión del Informe Final de Investigación, del tema titulado: **RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DEL EJÉRCITO AREQUIPA 2025**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; el Comité de Investigación emitió su opinión favorable al Informe Final de Investigación, para que pueda ser aprobado por Resolución;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, corrobora el asesoramiento del Informe Final de Investigación del **ASESOR DE TESIS: DR. EDUARDO LUJAN URVIOLA**, y;

Estando, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNING**, del tema titulado: **RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DEL EJÉRCITO AREQUIPA 2025**



ARTÍCULO SEGUNDO: RECONOCER, como ASESOR DE TESIS:
al **DR. EDUARDO LUJAN URVIOLA.**

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Dr. Rildo Pineda Tapia Condora
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada (1)
Gabby H.



SE APRUEBA LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

RESOLUCIÓN N° 020-2025-D-F.OD-UANCV-J

Juliaca, 2025 enero 9

VISTOS:

El Expediente N° 19555-24 de fecha 27 de diciembre de 2024, presentado por (el), (la) Bach. **GUTIERREZ LAZO BRADLEY**, quien solicita Revisión de la Propuesta de Investigación y el Anexo (02 o 03) FICHA DE OPINIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVO DEL MIEMBRO DEL COMITÉ REVISOR, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios;

Que, el (la) Bach. **GUTIERREZ LAZO BRADLEY**, quien solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: **RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025**. Para optar el título profesional de **CIRUJANO DENTISTA**;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R / de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

Que, el Comité de Investigación dio su opinión favorable a la Propuesta de Investigación, el mismo que ha emitido el dictamen para que pueda ser aprobado por Resolución;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología, nomino como **ASESOR DE TESIS**: al **DR. EDUARDO LUJAN URVIOLA**, quien debe de estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración del Trabajo de Investigación (Tesis), y;

Estando, el opinión favorable del comité de Investigación, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, aprobado por Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria y el estatuto de la UANCV, que confiere a facultades de la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, titulado: **RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025**. Presentado por el (la) **Bach. GUTIERREZ LAZO BRADLEY**; en virtud de los considerandos expuestos.

Jr. Loreto N° 450 -Central Telefónica (051) 321192 - Juliaca - Puno-Perú - Pág. Web: www.edu.pe





Presentado por el (la) Bach. **GUTIERREZ LAZO BRADLEY, ;** para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA, en virtud a los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO: RECONOCER, como ASESOR DE TESIS: al DR. EDUARDO LUJAN URVIOLA.

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que, la Facultad y las secretarías académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dr. *Ricardo Paul Tapia Condeo*
DECANO

DISTRIBUCION:
F. Odontología, (1)
Asesor (1)
Interesada, (1)
Gabby.



21% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 19% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.




Metadatos complementarios - UANCV



TITULO	
<p align="center">RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJERCITO AREQUIPA 2025</p>	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	BRADLEY GUTIERREZ LAZO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	48337542
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-0355-2871
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	EDUARDO LUJAN URVIOLA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02374488
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-2022-1260
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4793-9053
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	RILDO PAUL TAPIA CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	30859137
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6195-2932



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	EDITH CARI CHECA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01556817
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6100-1099
Datos de investigación	
Línea de investigación	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral - P31
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJERCITO País: PERÚ Departamento: AREQUIPA Provincia: AREQUIPA Distrito: MARIANO MELGAR Coordinadas. Latitud: -16.402007 Longitud: -71.511392 https://maps.app.goo.gl/zYR9U8a92kMoodPn9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	ENERO 2025 - SETIEMBRE 2025
URL de disciplinas OCDE	<p>Odontología, Cirugía oral, Medicina oral http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</p> <p>Salud pública http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>
	<p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford [concytec-pe.github.io] - Librería</p>



Dr. Eduardo Lujan Urviola
 DIRECTOR
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo BRADLEY GUTIERREZ LAZO, identificado con DNI Nro. 48337542 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

ODONTOLOGÍA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJERCITO AREQUIPA 2025

Asesorado por: Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 19 de Noviembre del 2025

FIRMA (Asesor)

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, por iluminar mis conocimientos y brindarme valentía y bendición para lograr mis objetivos trazados, a mis queridos padres, por brindarme el soporte y el apoyo incondicional por ser mi motivación y mi ejemplo a seguir con perseverancia, valentía y humildad en todo el proceso de mi etapa universitaria, gracias a su apoyo incondicional subo un escalón más a nivel profesional.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por la formación académica que me brindo en los años formados en mi facultad.

Asimismo, quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día.

De igual forma agradezco a mis jurados quienes fueron corrigiendo mi trabajo de investigación, asimismo a mi asesor quien en el transcurso de este proceso de investigación fue guiándome y corrigiendo cada uno de mis errores.

A mi familia por compartir conmigo las necesidades, sacrificios, triunfos y alegrías.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
1.5 HIPÓTESIS.....	19
1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	19
1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	20
1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20



CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 BASES TEÓRICAS 21
 2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 21
 2.1.2 MARCO TEÓRICO 29
2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 45

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN 46
3.2 ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN 46
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA 46
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN 47
3.5 RECOGIDA DE DATOS 48

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN 49
4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS 67

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÉNDICES



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1	GRUPO ETARIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO, AREQUIPA 2025.....	49
TABLA Nº 2	GÉNERO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	51
TABLA Nº 3	TIPO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	53
TABLA Nº 4	TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	55
TABLA Nº 5	TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	57
TABLA Nº 6	RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	59
TABLA Nº 7	RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	61



TABLA Nº 8	RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	63
TABLA Nº 9	RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025.....	65



ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1	GRUPO ETARIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO, AREQUIPA 2025.....	50
FIGURA Nº 2	GÉNERO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	51
FIGURA Nº 3	TIPO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	53
FIGURA Nº 4	TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	55
FIGURA Nº 5	TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	57
FIGURA Nº 6	RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	59
FIGURA Nº 7	RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....	61



FIGURA N° 8 RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO.....63

FIGURA N° 9 RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025.....65



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025. **Materiales y métodos:** enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel relacional, diseño no experimental y método cuantitativo. La muestra 100 pacientes portadores de prótesis dental removible parcial y total, seleccionados por muestro no probabilístico por conveniencia. Las técnicas fueron la entrevista y observación. El instrumento la ficha de recolección de datos, se consideró el tiempo de uso de la prótesis dental removible y la clasificación de Seibert, la ficha fue validada por expertos. **Resultados:** del 26.00% de los pacientes que presentaron reborde residual clase I; el 5.00% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 21.00% de 2 a 5 años. Del 43.00% de los pacientes que presentaron reborde residual clase II; el 10.00% usaron prótesis de 2 a 5 años, el 27.00% de 6 a 10 años, y el 6.00% de 11 a más años. Del 31.00% de los pacientes que presentaron reborde residual clase III; el 2.00% usaron prótesis de 2 a 5 años, el 9.00% de 6 a 10 años y el 20.00% de 11 a más años. A la prueba ji cuadrado se obtuvo $p=0.0000$. **Conclusión:** existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar.

Palabras clave: dentadura parcial removible, prótesis dental total, reabsorción alveolar.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the time of use of the removable dental prosthesis and the type of residual ridge in patients of the Military Hospital Third Division of the Army Arequipa 2025. **Materials and methods:** quantitative approach, prospective, cross-sectional, observational, relational level, non-experimental design and quantitative method. The sample 100 patients with partial and total removable dental prostheses, selected by non-probabilistic sampling by convenience. The techniques were interview and observation. The instrument was the data collection form, the time of use of the removable dental prosthesis and the Seibert classification were considered, the form was validated by experts. **Results:** 26.00% of patients who presented class I residual ridge; 5.00% used prostheses from 0 to 1 year and 21.00% from 2 to 5 years. Of the 43.00% of patients who presented class II residual ridge; 10.00% wore prostheses for 2 to 5 years, 27.00% for 6 to 10 years, and 6.00% for 11 years or more. Of the 31.00% of patients with a Class III residual ridge, 2.00% wore prostheses for 2 to 5 years, 9.00% for 6 to 10 years, and 20.00% for 11 years or more. The chi-square test yielded a $p=0.0000$. **Conclusion:** There is a significant relationship between the length of time a removable dental prosthesis was worn and the type of residual ridge in patients at the Military Hospital.

Keywords: removable partial denture, complete dental prosthesis, alveolar resorption.



INTRODUCCIÓN

La pérdida de piezas dentarias continúa siendo un desafío significativo en el campo odontológico, afectando tanto la estética como la funcionalidad oral de las personas. (1) En respuesta a esta problemática, las prótesis dentales removibles han sido ampliamente utilizadas como una solución accesible y efectiva para restituir la función de masticación, fonética y social de pacientes edéntulos. Sin embargo, el uso prolongado de estas prótesis puede generar transformaciones estructurales en los tejidos de soporte, especialmente en el reborde alveolar residual, lo que puede impactar directamente en la estabilidad y funcionalidad del aparato protésico. (2)

El reborde residual sufre modificaciones morfológicas con el tiempo, influenciado por una variedad de causas, tales como la carga oclusal, el ajuste de la prótesis y el tiempo de uso. Estas modificaciones pueden derivar en atrofas óseas progresivas, dificultando la adaptación futura de nuevas prótesis y disminuyendo la calidad de vida de las personas. (3) En ese sentido, la evaluación de los tipos de rebordes residuales en relación al tiempo en que se está con las prótesis resulta fundamental para establecer protocolos de control y seguimiento clínico más efectivos.

En tal sentido, la actual investigación propone analizar las relaciones dadas por el tiempo en que se usa una prótesis dental removible, con el tipo de reborde residual en los individuos que recibieron atención en el Hospital Militar Tercera División de Ejército en Arequipa. Ésta investigación buscó aportar información



relevante para la mejora en la planificación de tratamientos protésicos, con miras a preservar en la mayor medida posible los tejidos de soporte.



CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Diversas investigaciones realizadas en contextos internacionales han evidenciado que el uso prolongado de prótesis removibles puede desencadenar alteraciones en el reborde alveolar, lo cual compromete la retención y estabilidad de los dispositivos. De acuerdo a diversos estudios, se ha identificado una correlación significativa entre la pérdida ósea del borde residual y el tiempo de uso continuo de las prótesis, especialmente en personas de la tercera edad. Esta problemática, si bien es conocida, aún carece de protocolos clínicos unificados que consideren la evolución del reborde óseo como parte del tratamiento integral del edentulismo.

En el Perú, los estudios sobre el estado del reborde residual en usuarios de prótesis removibles aún son escasos, a pesar de que este tipo de rehabilitación sigue siendo una alternativa ampliamente utilizada, sobre todo en sectores de bajos recursos. Investigaciones realizadas en hospitales públicos de nuestro país han evidenciado en muchas personas que usaban prótesis dental por más de 5 años sin controles periódicos, lo que incrementa el riesgo de alteraciones anatómicas en los tejidos de soporte. A ello se suma el limitado acceso a la atención odontológica



especializada en zonas alejadas, lo que impide el diagnóstico y tratamiento oportuno de los cambios óseos asociados al uso protésico.

En la ciudad de Arequipa, particularmente en el Hospital Militar Tercera División de Ejército, se halló una cantidad creciente de individuos que portan una prótesis dental removible. Muchos de ellos acuden por problemas relacionados con la mala adaptación de sus prótesis, molestias al masticar o inestabilidad al hablar. Sin embargo, no se cuenta con un estudio que relacione el tiempo de uso de estas prótesis con el tipo de reborde residual presentes en los individuos. Esta falta de información limita la posibilidad de establecer pautas clínicas adecuadas para el seguimiento y mantenimiento de las prótesis, así como para prevenir complicaciones futuras.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE1: ¿Cuál es la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual?

PE2: ¿Cómo es la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual?

1.3 JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Teóricamente, este trabajo se basó en la biomecánica protésica y la fisiología ósea. La correlación entre el uso prolongado de la prótesis removible y los cambios en el reborde alveolar se encuentra documentada en diversas publicaciones científicas, sin embargo, la evidencia sigue siendo insuficiente en poblaciones específicas como la del Hospital Militar. Explorar esta relación permite profundizar en el conocimiento sobre los efectos del uso crónico de dispositivos protésicos en los tejidos de soporte, favoreciendo la actualización de conceptos clínicos y la aplicación de estrategias preventivas.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

En el plano práctico, esta investigación brinda herramientas valiosas a los Cirujanos Dentistas para mejorar el abordaje clínico de los pacientes edéntulos. Identificar la correlación entre el tiempo que usaron la prótesis y el tipo de reborde a nivel residual, permite establecer pautas claras para el reemplazo o ajuste de las prótesis, así como diseñar protocolos de seguimiento personalizado que eviten el deterioro progresivo de la estructura ósea. Además, los resultados son útiles para implementar campañas informativas dirigidas a los pacientes sobre la importancia del control protésico periódico.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La investigación aborda un enfoque cuantitativo, de nivel relacional, lo cual permitió establecer con mayor precisión la correlación entre las variables

planteadas. La elección del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa responde a la accesibilidad del investigador y al interés de la institución por conocer y mejorar el estado protésico de su población atendida. La recopilación de datos se hizo mediante la ficha de recolección de datos y exámenes intraorales, asegurando rigurosidad en la evaluación de los rebordes residuales y la duración del uso protésico.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Identificar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual.

OE2: Especificar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

H_a: Existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025.

H₀: No existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025.

1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

HE1: Existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual.

HE2: El tiempo de uso de la prótesis dental total removible tiene relación significativa con el tipo de reborde residual.

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
V.X. TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DENTAL REMOVIBLE	- Prótesis dental parcial - Prótesis dental total	Años	- De 0-1 año - De 2 a 5 años - De 6 a 10 años - De 11 a más años
V.Y. TIPO DE REBORDE RESIDUAL	Clase de reborde residual	Clasificación de Seibert	- Clase I - Clase II - Clase III



CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 BASES TEÓRICAS

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- A NIVEL INTERNACIONAL

Aristizábal JA, et al. Colombia 2022. El propósito fue evaluar los cambios en altura ocurrido en el reborde residual alveolar posterior en el maxilar inferior luego de 7 años de usar prótesis total inferior. La metodología, estudio transeccional, evaluaron a 17 adultos entre 44 años a 75 años, portadores de prótesis total. Los resultados, la reabsorción residual de mayor severidad grado III se presentó en el reborde alveolar posterior del lado derecho. El promedio del área ósea fue de 431.6 mm². Concluyendo que la reabsorción residual posterior se mantuvo en los parámetros normales, no existiendo efectos nocivos de la prótesis dental sobre el reborde residual. (4)

Montañez D, et I. Córdova 2020. El propósito fue analizar la pérdida ósea alveolar en pacientes edéntulos portadores de prótesis dental. Metodología: tipo transversal, la muestra 115



pacientes, edéntulos. Se recabaron datos sobre prótesis dental. Los resultados: el 71% usaron prótesis (28,09% varones y 71,91% mujeres). Existiendo diferencia significativa en ambos géneros, así también entre el uso y el no uso de prótesis y reabsorción de reborde residual (RRR) por lado, derecho $p=0,0173$ e izquierdo $p=0,0153$. No se observó asociación significativa con el grupo etario ni con patologías sistémicas. Concluyendo que aumentó la pérdida ósea en desdentados de mayor edad, ocasionando pérdida de función debido a que el hueso percibe que lo estimulan. Las mujeres pierden mayor cantidad de hueso en comparación a los varones, debido a factores de nivel hormonal.(5)

Alsaggaf A, Fenlon M. Londres 2020. El fin fue evaluar el efecto del uso de la prótesis total dental en la reabsorción del reborde residual en pacientes desdentados portadores de prótesis dental en comparación con los pacientes que no usan prótesis dental. La metodología, los pacientes edéntulos por menos de 5 años y que no usaron prótesis dental, fueron emparejados con casos control de pacientes que llevaron prótesis dental. Mediante la prueba de X^2 de Person de realizó el análisis estadístico. Los resultados, se encontró 30 pacientes con edentulismo que no usaron prótesis dental removible durante los últimos 5 años y compararon con los 30 casos control. Todos los casos control estaban dentro del mismo grupo



etario y eran edéntulos por el mismo tiempo en años que los edéntulos casos control. Los portadores de prótesis dental presentaban mayor reabsorción residual en los maxilares a diferencia de los que no usaban prótesis dental. Concluyendo que los pacientes que usaban prótesis dental total > a 5 años, tenían significativamente mayor reabsorción residual que los edéntulos que no usaban prótesis dentales.(6)

Pescio JJ, et al. 2020. El fin fue identificar el reborde residual en pacientes con edentulismo que usaban y no usaban prótesis dental. La metodología, evaluaron a 115 pacientes, entre 41 años a 88 años, de ambos sexos, edéntulos. Se cuantificó la altura ósea vertical crestal. Se recogieron datos respecto a la edad, género, uso de prótesis dental. Los resultados: el 71% de pacientes usaron prótesis. La pérdida ósea predominó en las mujeres luego de la menopausia y en los varones adultos mayores de 70 años. En conclusión: aumentó la pérdida del reborde residual en desdentados.(7)

- A NIVEL NACIONAL

Aguirre BG. Chimbote 2022. El propósito fue identificar el tipo de reborde residual en pacientes de la clínica estomatológica de la ULADECH. La metodología: tipo observacional, prospectivo, descriptivo, transeccional, método cuantitativo y de nivel descriptivo. La muestra 39 pacientes portadores de prótesis



dental total. Se evaluó clínicamente el reborde residual según clasificación de Seibert. Los resultados: el tipo de reborde residual predominante fue la clase I en 21,79%, clase II en 57,69% y clase III en 20,51%. En las mujeres en el 38,46% prevaleció el reborde clase II, en los varones presentaron reborde residual clase II en 19,23%. Concluye que prevaleció el reborde residual Clase II.(8)

Moscoso AM. Lima 2022. El fin fue analizar la correlación del tiempo de uso de las prótesis dentales totales y el reborde residual en pacientes de la consulta dental privada. La metodología, tipo transeccional, prospectivo y relacional; evaluó a 205 pacientes de ambos géneros. Se observó el reborde residual y se le preguntó el tiempo que usa la prótesis. En los resultados, en el 68,8% usaron la prótesis dental total de 2 años a 5. Respecto al reborde residual el 66,3% presentó un tamaño medio. A la prueba de χ^2 se halló el valor de $p < 0.05$. Concluye que existió correlación significativa entre el tiempo que se usó la prótesis dental total y el tamaño del reborde residual de los pacientes.(9)

Santiago SA. Huánuco 2022. El propósito fue especificar los tipos de rebordes residual en pacientes con edentulismo parcial del consultorio dental Trujillo de la ciudad de Huánuco. La metodología: estudio básico, evaluó a 80 pacientes edéntulos



parciales con reborde residual con extremo libre, el reborde residual fue evaluado mediante la clasificación de Seibert. Los resultados: en los pacientes el 40% presentaron reborde residual clase II, seguido de la clase III en 32.5% y en 27.5% la clase I: en cuanto al edentulismo parcial, el 68.75% presentó edentulismo de Kennedy clase II y 31.25% clase I. Pacientes que nunca usaron prótesis dental fueron el 63.25% y un 36.25% si usaban. Concluyendo que, el reborde residual Clase II se presentó en edades de 25 a 43 años y predominó en las mujeres. Asimismo prevaleció el edentulismo clase II de Kennedy. (10)

Mamani YY, Ochochoque N. Juliaca 2020. El propósito fue identificar la severidad de la reabsorción residual en usuarios de la clínica odontológica de la UANCV en Juliaca, que portaban prótesis dental total. La metodología, tipo descriptivo, observacional, prospectivo, transeccional y evaluaron a 39 pacientes, la técnica fue la observación, el instrumento la ficha clínica donde los datos se obtuvieron con la ayuda de un vernier digital. Concluyendo que la prótesis dental no influyó estadísticamente en el la severidad de reabsorción de reborde residual $p \Rightarrow 0.05$, sin embargo en la zona postero-superior lado izquierdo prevaleció la reabsorción residual clase III en 76.90%. (11)



Jiménez YD. Pimentel 2020. El propósito fue identificar la correlación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total y el reborde residual en adultos mayores de la Clínicas estomatológica de la Universidad Señor de Sipán. La metodología, enfoque cuantitativo, transeccional, evaluaron a 220 pacientes de odontogeriatría, la técnica fue la observación y el instrumento la ficha de datos dónde se consideró la ficha de prótesis dental total. Los resultados, el reborde residual predominante fue de tamaño medio en ambos maxilares en 44%. Los pacientes que usaron la prótesis dental total en un período de 6-10 años y en edad de 60-74 años fue de 22.7%, al igual que los pacientes que usaban la prótesis dental total de 2 años a 5 años e el grupo etario de 60 años a 74 en 22.7%. Concluye que existió significativamente correlación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total y el estado del reborde residuales ($p < 0,01$). (12)

Marrón SK. Lima 2020. El propósito fue identificar la prevalencia del tipo de rebordes residuales en pacientes edéntulos totales que usaban y no usaban prótesis total, en la clínica dental de la Universidad San Marcos asociado a edad. La metodología, tipo transeccional, observacional, correlacional, evaluó clínicamente a 30 pacientes. Se realizó el examen clínico intraoral mediante la clasificación de Seibert y los datos se registraron en la ficha de recolección de datos. En los resultados: en el maxilar superior



en el grupo etario de 51^a 67 años presentaron un reborde residual clase II en 84. 6%. De 68-84 años de clase III en 78.6%. En la mandíbula, el reborde residual en pacientes de 51-67 años fue clase II 84. 6%. En pacientes de 68-84 años de clase III en 78.6%. Concluyendo que el reborde residual clase II fue el que predominó en las unidades de estudio y que la reabsorción residual aumenta con la edad sobre todo en adultos mayores siendo la prótesis dental un factor influyente de la pérdida ósea.
(13)

- A NIVEL LOCAL

Choque EM. Arequipa 2020. El fin fue precisar la asociación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total y el tipo de reborde residual en usuarios de la Clínica dental de la Universidad Católica de Arequipa. La metodología, estudio prospectivo, observacional, las técnicas la observación y la entrevista sobre el tiempo que vino usando la prótesis dental; y la observación para evaluar el reborde residual. En los resultados el tiempo de uso de la prótesis influyó de manera directa en los rebordes residuales, y a la prueba Ji^2 se halló correlación estadísticamente significativa de las variables estudiadas. ($p < 0,05$). Concluyendo que existió correlación entre el tiempo de uso de la prótesis y los rebordes residuales.(14)



Palaco VA. Arequipa 2020. El propósito fue identificar el tipo de reabsorción del reborde residual (RRR) en la mandíbula en pacientes edéntulos totales de la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, y su correlación con factores género, edad, usuarios de prótesis removible, tipo de reborde. La metodología, investigación prospectiva, transeccional, observacional; evaluó clínicamente a 70 pacientes. La técnica la observación Clínica, el instrumento fue la Ficha clínica. Los resultados: la gran mayoría de pacientes presentó RRR Tipo III-grado severo. La reabsorción tuvo un promedio de 6.23 mm y 7.60mm, sobre todo en la zona posterior de ambos lados. También se halló que, a mayor edad, mayor reabsorción. El género, el nivel de educación y si usaba o no prótesis dental removible, no evidenciaron correlación con la RRR $p > 0.05$. Concluye que el tipo de reborde residual clase III fue el que presentó mayor severidad en la reabsorción. (15)

Banda MJ. Arequipa 2019. El fin fue identificar la asociación entre el edentulismo parcial y la configuración de los rebordes residuales, en pacientes portadores de prótesis removible parcial. La metodología, tipo prospectivo, transeccional, observacional y nivel correlacional. La técnica la observación clínica intraoral. La muestra fueron 43 maxilares con edentulismo parcial usuarios de prótesis parcial removible. Los resultados, el edentulismo parcial predominó en el 20.23%, y el

reborde residual clase III se predominó en 66.07%. Concluyendo que existió asociación significativa entre el edentulismo parcial y la configuración de los rebordes residuales ($p < 0.05$). (16)

2.1.2 MARCO TEÓRICO

2.1.2.1 EDENTULISMO

La existencia de las piezas dentales tiene un diseño para permanecer en la cavidad oral, el edentulismo o en palabras simples la pérdida de estas es un proceso que sucede a lo largo de la edad de los individuos. Sin embargo, el edentulismo se puede prevenir, es irreversible y se considera mutilador.(1)

- TIPOS DE EDENTULISMO:

La falta de las piezas dentarias suele ocurrir por dos formas:

- a) **EDENTULISMO PARCIAL:** Sucede cuando hay una ausencia de uno o más dientes de una sola maxila. La terapéutica adecuada para este estado de patología la realiza el odontólogo, protesista o profesional con especialidad de rehabilitación oral, por lo general mediante la construcción de prótesis fijas o removibles, y en ocasiones por medio de implantes dentarios. (17)

La selección de una adecuada terapéutica está dada por el profesional, éste evalúa la condición de la



cavidad bucal en general, considerando el tamaño de la zona edéntula, el estado de las piezas dentarias remanentes, la salud de los tejidos de sostén, y otros. Así también, se considera factores como el nivel económico del paciente, la estética, niveles de higiene, etc. (17)

Considerar la prevalencia del edentulismo parcial es una guía sobre el éxito o fracaso que pueda tener la atención odontológica para la población, así también reflejan el fracaso o éxito de las políticas de prevención o los tratamientos que se implementan en los sistemas de salud. (18)

b) EDENTULISMO TOTAL, Es cuando hay una ausencia total de las piezas dentales.

La ausencia parcial o completa de las piezas dentarias, se puede presentar en cualquier lapso de edad. Daña particularmente a los individuos que superan los 40 años, llegando a su mayor expresión en personas de 60 años.(19)

Algunas de las causas del edentulismo total o parcial suelen ser las lesiones cariosas, patologías



periodontales, traumatismos, bruxismos, patologías sistémicas o metabólicas, etc. (19)

El edentulismo no se considera como un fenómeno fortuito o saludable en la población adulta. Por lo general, es la resultante de excesivas extracciones dentarias por causas de procesos patológicos en conjunto a lesiones cariosas, periodontitis o a causa de una reducción de costos relacionados a los tratamientos dentales. Por ende, la principal causa de una pérdida total de piezas dentarias va en relación directa a la edad de las personas, siendo la tasa promedio de individuos en adultes temprana de desdentados se incrementa un 4% al año, según décadas incrementa en más de un 10% posterior a los 70 años. Generalmente a los 60 años la tasa promedio de piezas dentales pérdidas es de un 20%.(20)

Las PR o prótesis removibles son uno de los tratamientos de mayor requerimiento en la rehabilitación bucal de los individuos adultos, especialmente en los adultos mayores. Reemplazar las piezas dentarias ausentes permite al individuo reestablecer la función de masticación, mejorando



su fonética, así como su estética; siendo todas las funciones de gran importancia en el desarrollo de sus rutinas diarias. Por lo cual el uso de prótesis dentaria es imprescindible en la calidad de vida de los sujetos, puesto que existe una mejora en los aspectos funcionales, alterando la calidad de vida positivamente.(18)

2.1.2.2 PRÓTESIS DENTAL

Prostodoncia es una terminología odontológica que se aplica en relación a las prótesis en áreas de ausencia de dientes, donde el objetivo es recuperar estética y funcionalidad, así también dar confort a los individuos. Las prótesis empleadas en odontología son fijas porque se apoyan en piezas dentarias naturales o pueden estar apoyados en implantes dentales que se oseointegran, llegando a ser las prótesis removibles en casos con números importantes de dientes faltantes. (21)

La prostodoncia es la responsable de restaurar la salud de la boca por medio de una variedad de tratamientos protésicos, ya sea en prótesis removibles o fijas; siendo estas las más idóneas para la resolución de problemas de pérdidas considerables, ausencia de pieza dentarias, pérdidas considerables de estructuras del diente o defectos



antiestéticos. De igual forma permite resolver los desórdenes temporo-mandibulares por medio de procedimientos como ajustes de oclusión o el uso de férulas. (18)

La falta de piezas dentarias es uno de los principales motivos de uso de prótesis dentales en las poblaciones, las cuales poseen la función de restituir las piezas dentarias ausentes por dientes artificiales, mediante una variedad de procesos que cambian según su condición oral de cada paciente. (18)

Para la odontología preventiva y conservadora que existe actualmente, es raro que un paciente dentado se convierta en edéntulo. Sin embargo, existen casos en que la extracción de piezas dentarias y la terapéutica, mediante prótesis total en real. Se debe estar listos para ayudar a un individuo a realizar la transición de forma menos traumática. (22)

Las prótesis dentarias son consideradas como una alternativa en la ausencia de piezas dentales, pero aún no se consideran una solución óptima, ya que no carecen de producir daños, lo cual en conjunto con la sensibilidad de los tejidos por envejecimiento o por estilos de vida inadecuados, pueden generar cambios de importancia en



las mucosas y zonas óseas de la boca, especialmente en la aparición de lesiones que van desde simples hasta malignas, generando una gran problemática para la salud de un individuo y la sociedad.(23)

La finalidad de la prostodoncia dentaria es el reemplazo de la corona y tejidos asociados, mediante la aplicación de compuestos protésicos que restauran la forma de masticar, diálogo y estética de los individuos.(24)

Los fracasos, así como los éxitos terapéuticos protésicos, tienen relación con causas como la relación interpersonal dada entre paciente y profesional, los procesos de adaptación individual y la condición de salud oral. (9)

- PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE

En la especialidad de Rehabilitación Oral el tratamiento que con mayor frecuencia se realiza para sustituir las piezas dentarias perdidas es la prótesis removible, esta puede ser de dos formas, prótesis removible total o parcial. (18)

Las prótesis removibles, forman parte de la Rehabilitación oral, siendo su función primordial reemplazar dientes ausentes y los tejidos adyacentes; el diseño mediante aparatología puede ser fija o removible. El diseño de las



prótesis tiene el objetivo de satisfacer la necesidad estética y de función de los pacientes, así también dar protección a la integridad de las piezas remanentes y estructuras de sostén. (2)

La prótesis removible parcial es la indicada en personas con pérdida de varias piezas dentales y requieren la reconstrucción de su dentición, sosteniéndose de las piezas remanentes. Las prótesis totales son indicadas en individuos que tuvieron la pérdida completa de las piezas dentales. (18)

Una prótesis total se considera una prótesis removible que se soporta en el tejido de los maxilares tanto superior como inferior. Esta prótesis se elabora cuando existe la pérdida completa de dientes, ya sea por lesiones cariosas, reabsorción, traumatismos, entre otras causas. (9)

Las prótesis totales se consideran móviles según su apoyo en el tejido maxilar. Particularmente, la existencia de la lengua continua a la prótesis mandibular genera un mayor movimiento a comparación que la prótesis maxilar. (9) Las prótesis dentales totales impulsan a las personas con los maxilares desdentados a rehabilitar su salud al recuperar vocalización, estética y función. Por tanto, recupera la



función del sistema Estomatológico, las prótesis totales son funcionalmente firmes y convenientes para los individuos, no perjudicando el desplazamiento de los músculos.(25,26)

Las mucosas orales adheridas a los maxilares, o denominada también como superficie corporal, es un punto de apoyo primordial para el aparato protésico, absorbiendo la fuerza generada por las estructuras óseas, y por ende sosteniéndolas. Las mucosas delgadas y atróficas obviamente poseen una desventaja en relación a la resistencia mecánica ante una mucosa gruesas y vascularizada.(27)

Dentro de los tipos de mucosa tenemos:

- ❖ **MUCOSA RESILIENTE:** Es el tipo de mucosa con un espesor adecuado, el cual permite ligeramente ser comprimida y de esta manera transformar la fuerza de masticación de las restauraciones, consiguiendo un mejor pronóstico. (27)
- ❖ **MUCOSA FIRME:** Es la mucosa delgada y no comprimible, la cual con frecuencia se irrita en las zonas donde los aparatos protésicos generan mayor fuerza oclusal. (27)
- ❖ **MUCOSA FLÁCIDA:** Es el tipo de mucosa extremadamente engrosada, móvil y blanda. Estas



mucosas son desventajosas ya que brindan el movimiento a los aparatos protésicos. Dificulta la resistencia de los esfuerzos de masticación. (27)

- USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE

La estabilidad de la función de los aparatos protésicos se va determinar primordialmente de la adecuada adaptación a los relieves de la mandíbula y de una correcta interrelación de ambos maxilares. Los individuos con prótesis total que excedan los 5 años, pierden o varían las orientaciones anatómicas, y la restauración de las adherencias normales intermaxilares y piezas artificiales se torna más complicada.(28)

Existe una variedad de estudios que demuestran porcentajes considerables de individuos insatisfechos con sus aparatos protésicos removibles por diversas condiciones en relación a la estructura de la prótesis o a efectos producidos en los pacientes. Shaghaghian S. et al.(29) encontraron a un 35% de individuos insatisfechos con sus PPR, resultados similares a los de Reinoso (30), el cual determina que un 55% de los individuos que usan PPR en los dos maxilares se encuentran insatisfechos con esos aparatos.



Entre las causas que pueden influenciar en la existencia de inconvenientes al usar prótesis removible se considera al tiempo en que se usa una prótesis, la ubicación, así como los materiales de los que se fabricaron la prótesis. En relación al tiempo de uso de la prótesis, una gran variedad de autores de los estudios revisados concuerda en que a un mayor lapso de tiempo usando la prótesis, se verá aumentada la frecuencia en que aparecen los problemas para un paciente. (31–33)

En relación a la ubicación de los aparatos protésicos, Etman y Bikey (34) describen tasas altas en el desempeño clínico de las prótesis parciales removibles superiores en relación a las inferiores. Por último, Ramos (33) en su investigación concluye que las PPR de acrílico generan una mayor alteración clínica.

2.1.2.3 REBORDE RESIDUAL

Las pérdidas de los componentes dentales generan mediante la remodelación mucosa y ósea, estructuras anatómicas nuevas a las cuales denominamos como RR o rebordes residuales. Significa que el hueso alveolar posterior a una extracción dentaria, será cubierto y remodelado por la mucosa cicatrizada (35). Por tanto, los



rebordes residuales son las estructuras óseas remanentes de los procesos alveolares. (3)

La pérdida dentaria, relacionada a una variedad de causas, promueve procesos de reabsorción del hueso en los rebordes residuales, ocasionando problemas de función como falta de estabilidad, ausencia de retención en los aparatos protésicos removibles, variaciones estéticas y psicológicas. Estos defectos varían dependiendo de la cantidad de pérdida ósea y de tejido blando que abarca.(36)

La reabsorción del reborde residual son procesos crónicos, progresivos, irreversibles en todos los individuos en general. Esto tiene relación al déficit volumétrico de extensión limitante en los tejidos óseos y mucosos de los procesos alveolares, los cuales se tratan frecuentemente por medio de prótesis parciales, ya sean únicas o múltiples, como también por prótesis fijas. La reabsorción mandibular severa tiene relación a causas sistémicas, como corticoterapias en individuos asmáticos y déficit de estrógenos en féminas post menopausia.(37)

Las remodelaciones del hueso se basan en dos hechos principales, uno que es la reabsorción y otro la formación,



mediante dos células bien diferenciadas a las que se denominan como osteoblastos y osteoclastos, mientras que sus precursores actúan como mediadores de estos eventos.(38)

Los huesos corticales y trabeculares dependen de los metabolismos óseos, los cuales se regulan por las hormonas paratiroideas (38,39). Las reabsorciones alveolares pueden tener origen sistémico, tales como patologías, desequilibrios de las hormonas o metabólicos, así también como resultante de algún trauma o stress.

En relación a las reabsorciones del maxilar se asocian al estado de la boca y a los factores de las prótesis, así como el uso de prótesis parcial removible con antelación. Estos casos son ampliamente aceptados como un proceso que se induce mediante las cargas funcionales alteradas, que se transmiten a los tejidos y continúan por un tiempo. En cuanto a la pérdida de hueso, los músculos de vestibular se ven disminuidos y crean interferencias en la musculatura de esa región. (37)

Los aspectos que interfieren en la rehabilitación oral son la anatomía de los rebordes alveolares residuales, puesto que estas estructuras pueden sufrir procesos de



reabsorción progresiva y de forma irreversible posterior a una pérdida dental, condiciones que comprometen los requisitos de función en retención y estabilidad de los aparatos protésicos. (9)

Por ende, las zonas de reborde usado para soportar el peso completo de la prótesis son restringidas y minimizadas por los rebordes restantes, los cuales son reabsorbidos con una mucosa de menor capacidad para tolerar y adaptarse, lo cual puede depender de un conjunto de afecciones, así como carencias de nutrición, hipertensión, diabetes y otros. Las zonas alveolares reducidas crean problemas circunstanciales que afectan más a las restauraciones dentarias, construcción de las prótesis enteras, generando problemas de tratamiento relacionado. (9)

Los rebordes de los alveolos edéntulos que son sometidos a cargas funcionales, como pasa al usar aparatos protésicos removibles, generan reabsorciones biológicas de menor o mayor grado, los cuales dependen del tipo y diseño de cargas oclusales, así también, otras causas pueden incrementar la exacerbación de estos cuadros como el estado sistémico, estado de nutrición, edad, uso de la prótesis, sexo y otras. (32)



En el caso de reabsorciones severas, el reborde alveolar puede encontrarse disminuido al nivel que la inserción muscular y de frenillos, estando insertadas muy próximas a las crestas alveolares, lo cual hace más difícil la colocación de las prótesis totales o en la instalación interviene de manera negativa a la estabilidad. Una solución para tratar esta alteración es la cirugía, ya que presenta técnicas que incrementan los rebordes del alveolo o profundizan la zona vestibular, de tal manera que existe una mayor retención y estabilidad para las prótesis totales. Respecto a las cirugías reconstructivas son más frecuentes en el maxilar inferior a comparación con el superior. (40)

2.1.2.4 TIPO DE REBORDE RESIDUAL

Los rebordes alveolares residuales hacen referencia a él volumen o cantidades de hueso alveolar que permanece posterior a una extracción dentarias. Los rebordes pierden sus funciones primarias al extraerse las piezas dentarias, ya que inician su reducción total, así como su forma trabecular interna. En cuanto a las estructuras de soporte, las crestas alveolares de la zona edéntula, al no tener un estímulo de función masticatoria, se empiezan a disminuir sus volúmenes tanto en lo alto, como en lo ancho. (41)



Estos procesos se hacen de mayor notoriedad en los maxilares inferiores a comparación con los superiores, por ende, los individuos que pierden una gran cantidad de eventos donde se presentarán discrepancias importantes entre ambos maxilares. (41)

- **CLASIFICACIÓN DE SEIBERT**

Según Seibert, (42,43) al producirse los defectos debido a un colapso de los rebordes alveolares, pudiendo calificarse en relación a la pérdida de dimensiones vestíbulo-linguales o ápice-coronarias:

En 1983 Seibert, clasifica a defectos de los rebordes residuales en 3 clases en base al componente vertical y horizontales:

- ❖ **Clase I:** La pérdida de las dimensiones vestibulolinguales, manteniéndose la altura ápice-corona.
- ❖ **Clase II:** La disminución del alto de ápice-corona, manteniéndose la dimensión vestíbulo-lingual.
- ❖ **Clase III:** Se pierde el alto y el espesor de las cresta.
(42,43)

Las reabsorciones en relación a la altura, generan que los tejidos blandos acompañen a las reabsorciones,



marcándose en ello la reducción del tono muscular, aumentando las líneas expresivas y lleva a incrementar los signos de envejecimiento. (44)



2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **EDENTULISMO:** Pérdida dentaria ocasionada a lo largo de la vida, siendo prevenible, no reversible y es mutilador.(1)
- **PROSTODONCIA:** Terminología en Odontología que se refiere a la aplicación de aparatos protésicos en áreas de ausencia dentaria, teniendo como objetivo recuperar la funcionalidad, estética y dar confort a los pacientes. (21)
- **PRÓTESIS DENTAL:** dispositivos fabricados de una variedad de materiales como metal, acrílico y otros.(45)
- **PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:** Dispositivo que tiene la función de reemplazar las piezas dentales que faltan en la boca y tejidos circundantes, mediante aparatos protésicos que pueden colocarse y removerse a voluntad. (2)
- **PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE:** Dispositivo que sustituyen a todas las piezas dentales ausentes en la boca y tejidos circundantes. (2)
- **REBORDE RESIDUAL:** Volumen o porción de hueso en el alveolo que permanece posterior a una extracción dentaria. (41)



CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Enfoque cuantitativo, porque describe fenómenos, prueba hipótesis y establecer asociaciones entre variables a través de datos numéricos. Es sistemático, estructurado para llegar a conclusiones objetivas(46)

Tipo prospectivo porque se recogieron datos primarios. Transversal, la medición de las variables se realizó una sola vez. Y no se realizó una intervención para modificar la situación existente. (46)

Nivel relacional porque el fin fue conocer la correlación entre las variables de estudio.(47)

Diseño no experimental ya que no se manipuló las variables. (47)

Método cuantitativo porque se desarrolló el procesamiento estadístico.(48)

3.2 ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

Hospital Militar Tercera División de Ejército en Arequipa

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población constituida por 250 adultos del Hospital Militar.

La muestra fueron 100 pacientes portadores de prótesis dental removible parcial y total que acudieron al Hospital Militar en el mes de enero a febrero. Seleccionados por muestro no probabilístico por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes adultos de 50 a 70 años de ambos géneros.
- Portadores de prótesis dental parcial removible en la zona posterior
- Portadores de prótesis dental total removible
- Que dieron su autorización mediante el consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

- Pacientes < 50 años y > 70
- Portadores de prótesis fija
- Que no desearon participar,

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

VARIABLE	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Tiempo de uso de la prótesis dental removible	Entrevista y observación	Ficha de recolección de datos
Tipo de reborde residual	Observación	

- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:

En una ficha de recolección de datos se consignaron ítems concernientes a la edad, género, tiempo de uso de la prótesis dental removible (12) y el tipo de reborde residual en base a la clasificación de

Seibert(43). El instrumento fue validado por 03 expertos con grado de Magister.

3.5 RECOGIDA DE DATOS

- Se tramitó el permiso al coronel del Hospital Militar Tercera División de Ejército para recoger datos.
- Se observó que tipo de prótesis dental utilizaba el paciente (removible parcial o total).
- Inmediatamente se le preguntó sobre el tiempo (en años) que viene usando la prótesis.
- Luego se evaluó clínicamente el reborde residual, para ello el paciente se retiró la prótesis y se identificó el tipo de reborde residual que presentaba el paciente, basada en la clasificación de Seibert y se registró en la ficha de datos si era:
 - ✓ Clase I,II,III.
- La relación entre las variables se contrastó con la χ^2 de Pearson

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

- En el paquete SPSS se procesaron los datos y mediante estadística descriptiva e inferencial se obtuvieron los resultados.



CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

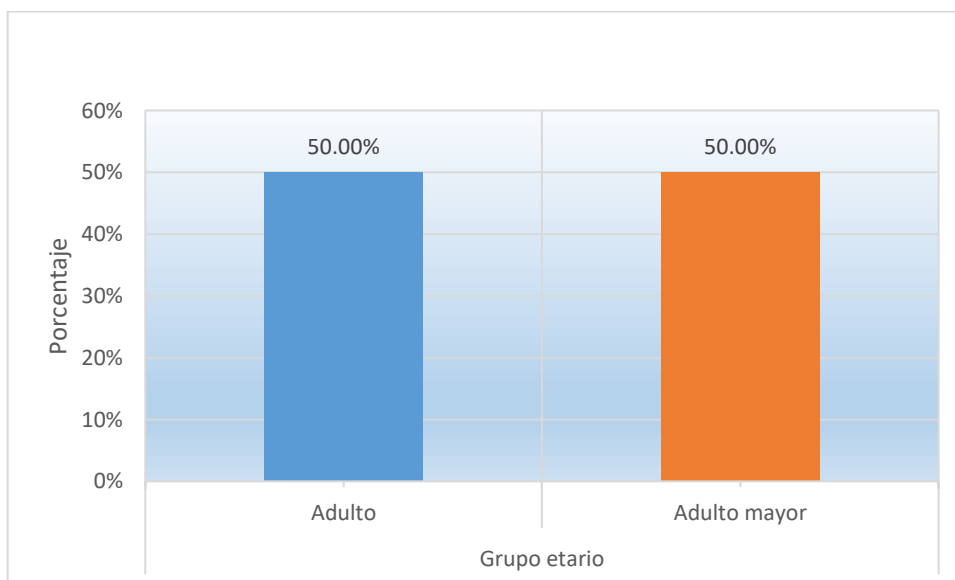
4.1 PRESENTACIÓN

TABLA N° 1
GRUPO ETARIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA
DIVISIÓN DE EJÉRCITO, AREQUIPA 2025

Grupo etario	<i>f</i>	%
Adulto	50	50.00
Adulto mayor	50	50.00
Total	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 1
GRUPO ETARIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA
DIVISIÓN DE EJÉRCITO, AREQUIPA 2025



Fuente: Tabla N° 1

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

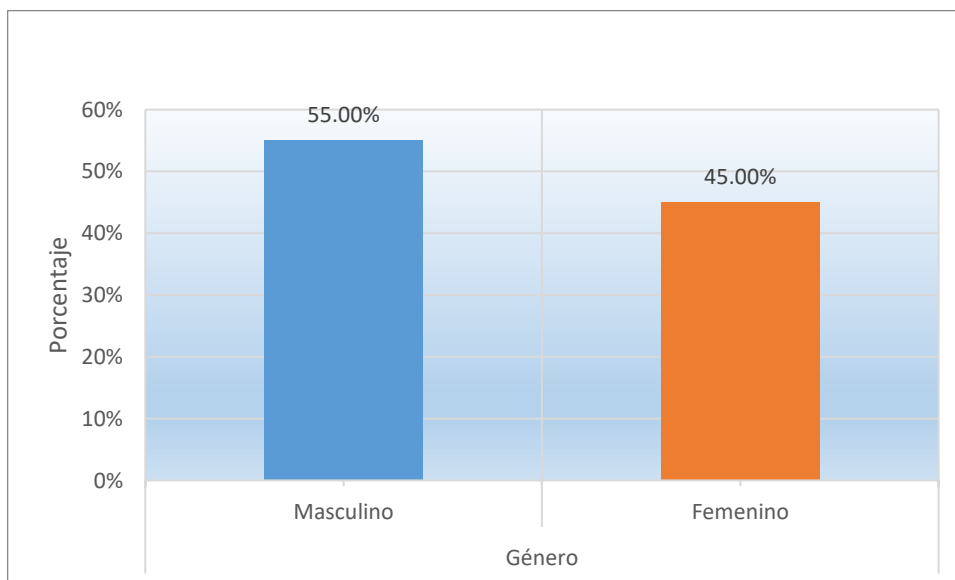
La tabla N° 1 muestra el grupo etario de 100 pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército, 2025, y se halló que el 50.00% eran adultos y el 50.00% adultos mayores.

TABLA N° 2
GÉNERO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓ DE
EJÉRCITO

Género	f	%
Masculino	55	55.00
Femenino	45	45.00
Total	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 2
GÉNERO DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓ DE
EJÉRCITO



Fuente: Tabla N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

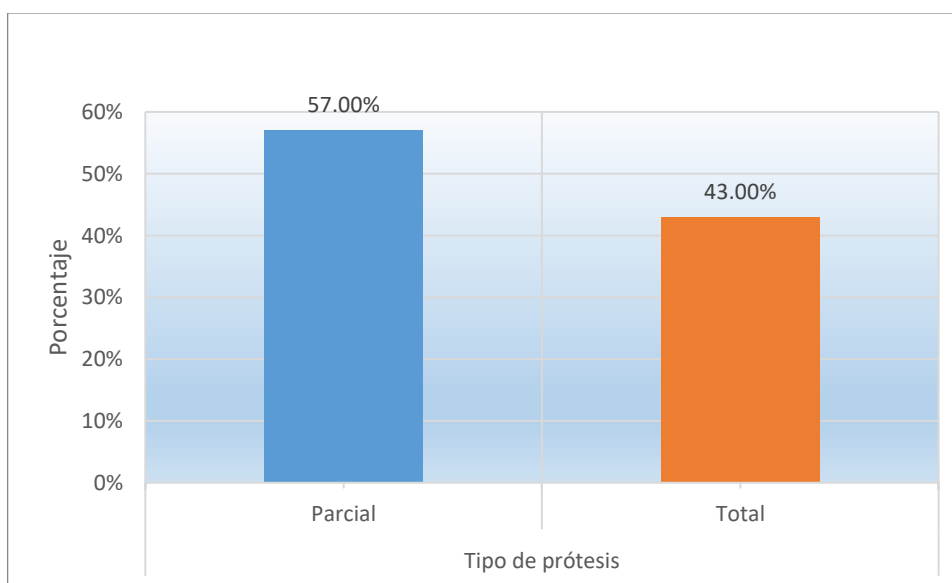
La tabla N° 2 muestra el género de pacientes, y en una muestra de 100 pacientes, el 55.00% eran del género masculino y el 45.00% femenino.

TABLA N°3
TIPO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO

Tipo de prótesis	f	%
Parcial	57	57.00
Total	43	43.00
Total	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 3
TIPO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO



Fuente: Tabla N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

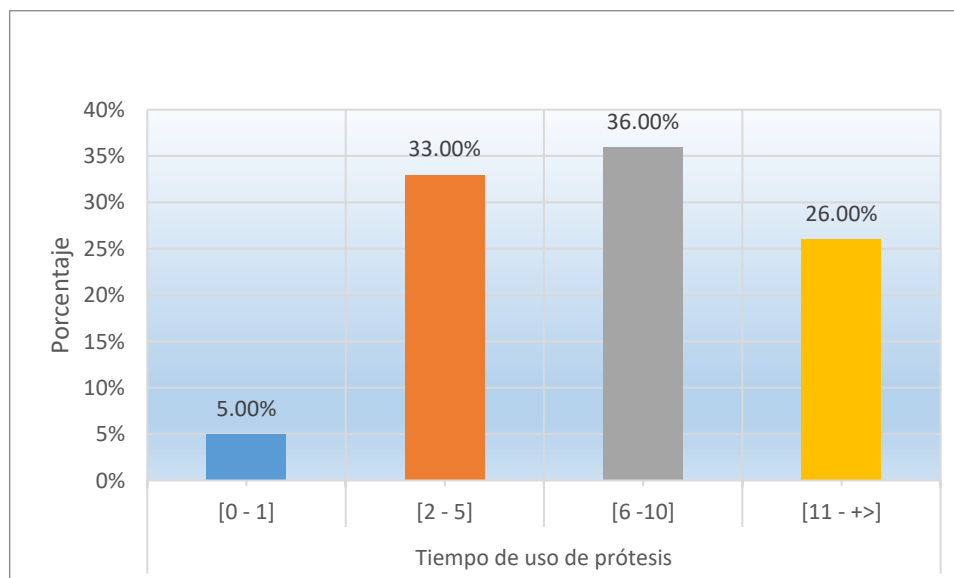
La tabla N° 3 muestra el tipo de prótesis dental removible de 100 pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército, y se halló que el 57.00% usaban prótesis parcial y el 43.00% prótesis total.

TABLA N° 4
TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES
DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO

Tiempo de uso de prótesis	<i>f</i>	%
[0 - 1]	5	5.00
[2 - 5]	33	33.00
[6 -10]	36	36.00
[11 - +]	26	26.00
Total	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 4
TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE DE PACIENTES
DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO



Fuente: Tabla N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

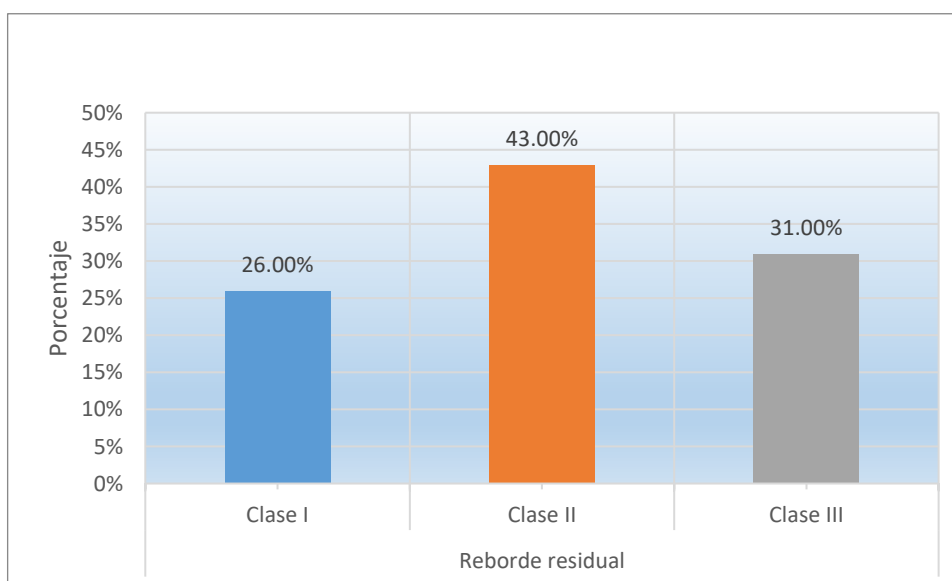
La tabla N° 4 muestra el tiempo de uso de prótesis dental removible de 100 pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército, y en una muestra de 100 pacientes, el 36.00% usaron la prótesis de 6 a 10 años, el 33.00% de 2 a 5 años, el 26.00% de 11 años a más, el 5.00% usaron prótesis de 0 a 1 año,

TABLA N° 5
TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR
TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO

Reborde residual	<i>f</i>	%
Clase I	26	26.00
Clase II	43	43.00
Clase III	31	31.00
Total	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

FIGURA N° 5
TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR
TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO



Fuente: Tabla N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 5 muestra el Tipo de Reborde residual de pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército, y en una muestra de 100 pacientes, el 26.00% presentó reborde residual clase I, la clase II se presentó en 43.00% y la clase III en 31.00%.

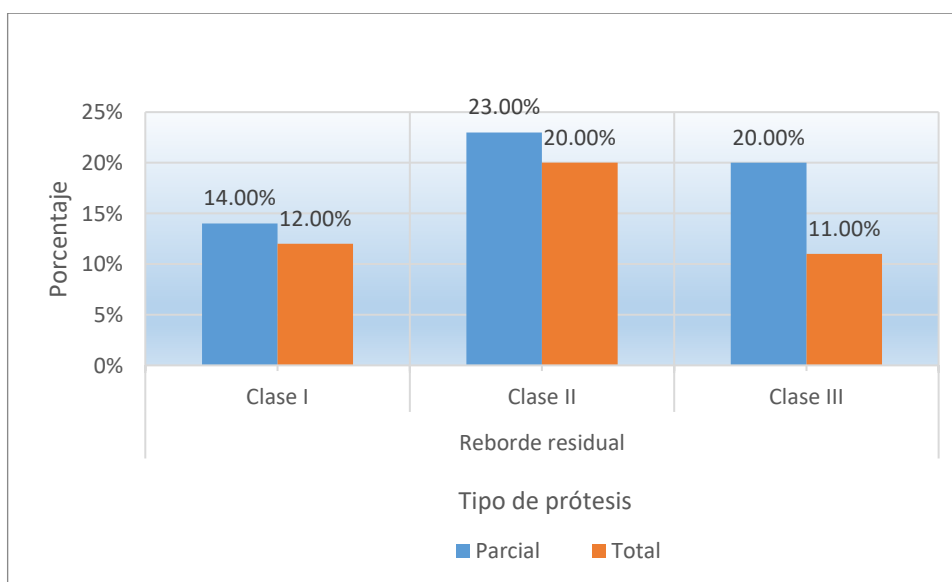
TABLA N° 6
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO

Tipo de prótesis	Tipo de reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Parcial	14	14.00	23	23.00	20	20.00	57	57.00
Total	12	12.00	20	20.00	11	11.00	43	43.00
Total	26	26.00	43	43.00	31	31.00	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$\alpha = 0.05$ $gl = 2$ $X_c^2 = 1.0360$ $X_t^2 = 5.9915$ $p = 0.5956$

FIGURA N° 6
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO



Fuente: Tabla N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 6 muestra la relación entre el tipo de prótesis y tipo de reborde residual de 100 pacientes, y se observó:

En cuanto al tipo de prótesis; el 57.00% usaban prótesis parcial y el 43.00% usaban prótesis total.

Con respecto al reborde residual; el 26.00% presentó reborde residual clase I, la clase II se presentó en 43.00% y la clase III en 31.00%.

Además, del 26.00% de pacientes que presentaron reborde residual clase I; el 14.00% usaban prótesis parcial y el 12.00% usaban prótesis total.

Del 43.00% con reborde clase II; el 23.00% usaban prótesis parcial y el 20.00% usaban prótesis total.

Del 31.00% con reborde residual clase III; el 20.00% usaban prótesis parcial y el 11.00% usaban prótesis total.

También, se determina que no existe correlación significativa entre el tipo de prótesis y el tipo de reborde residual de pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército, donde el nivel de probabilidad de error de la prueba ji cuadrado fue $p = 0.5956$.

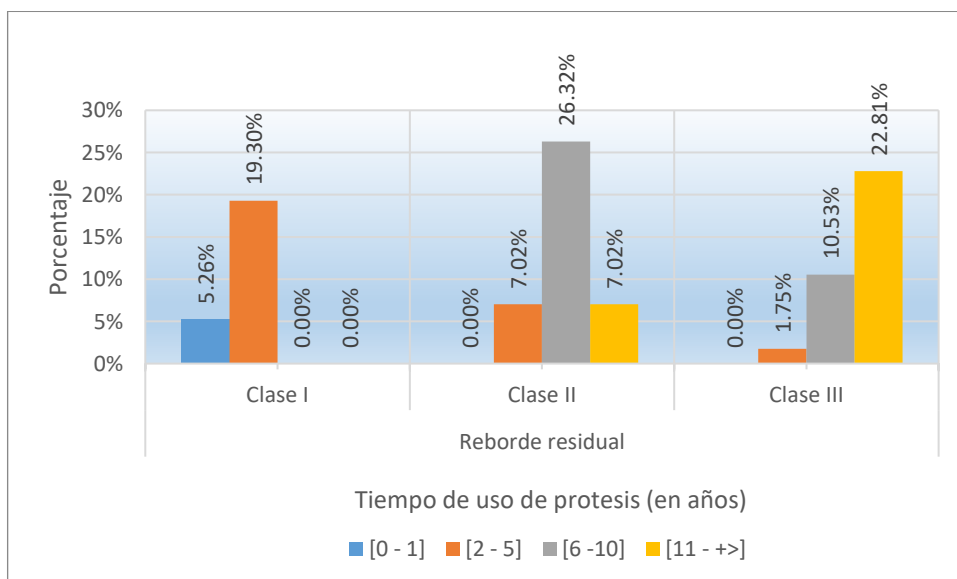
TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO

Tiempo de uso de prótesis (en años)	Tipo de reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III			
	f	%	f	%	f	%	f	%
[0 - 1]	3	5.26	0	0.00	0	0.00	3	5.26
[2 - 5]	11	19.30	4	7.02	1	1.75	16	28.07
[6 -10]	0	0.00	15	26.32	6	10.53	21	36.84
[11 - +]	0	0.00	4	7.02	13	22.81	17	29.82
Total	14	24.56	23	40.35	20	35.09	57	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$\alpha = 0.05$ $gl = 6$ $X_c^2 = 50.764$ $X_t^2 = 12.5916$ $p = 0.0000$

FIGURA N° 7
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO



Fuente: Tabla N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 7 muestra la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual de pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército, y en 57 pacientes se halló:

Sobre el tiempo de uso de prótesis dental parcial removible; el 36.84% usaron la prótesis de 6 a 10 años, el 29.82% de 11 años a más, el 28.07% de 2 a 5 años, el 5.26% usaron de 0 a 1 año.

Con respecto al reborde residual; el 24.56% presentó reborde residual clase I, el 40.35% presentó clase II y el 35.09% presentó clase III.

Además, del 24.56% de pacientes con reborde residual clase I; el 5.26% han usado prótesis de 0 a 1 año y el 19.30% de 2 a 5 años.

Del 40.35% con reborde residual clase II; el 7.02% han usado prótesis de 2 a 5 años, de 6 a 10 años usaron prótesis en el 26.32%, y de 11 a más años en 7.02%.

Del 35.09% con reborde clase III; el 22.81% usaron prótesis de 11 a más años, el 10.53% de 6 a 10 años y el 1.75% de 2 a 5 años,

Se determina que existió relación significativa entre el tiempo de uso de prótesis dental parcial removible y el reborde residual de los pacientes, $p = 0.0000$.

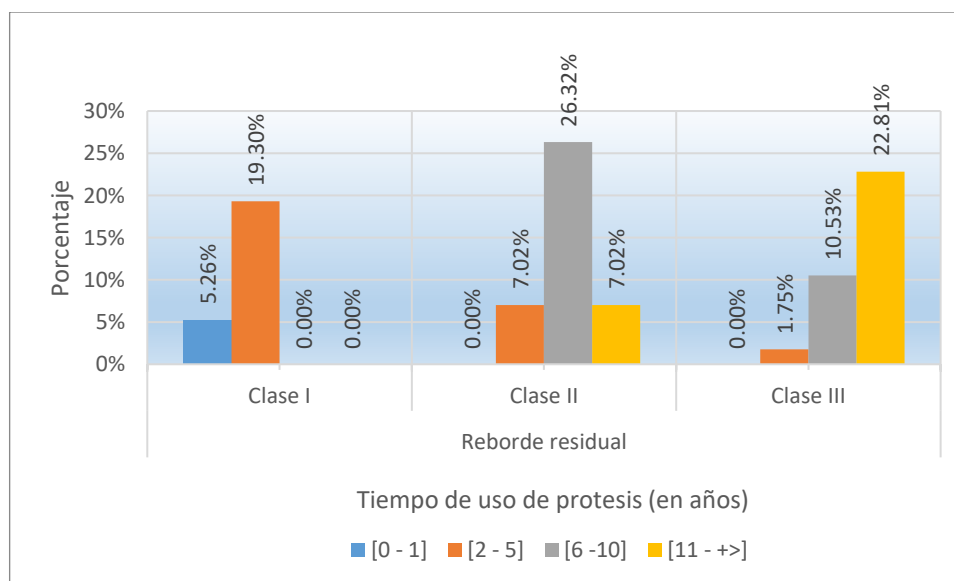
TABLA Nº 8
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO

Tiempo de uso de prótesis (en años)	Tipo de reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III			
	f	%	f	%	f	%	f	%
[0 - 1]	2	4.65	0	0.00	0	0.00	2	4.65
[2 - 5]	10	23.26	6	13.95	1	2.33	17	39.53
[6 -10]	0	0.00	12	27.91	3	6.98	15	34.88
[11 - +]	0	0.00	2	4.65	7	16.28	9	20.93
Total	12	27.91	20	46.51	11	25.58	43	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$\alpha = 0.05$ $gl = 6$ $\chi^2_c = 35.2520$ $\chi^2_f = 12.5916$ $p = 0.0000$

FIGURA Nº 8
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO



Fuente: Tabla Nº 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 8 muestra la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual de los pacientes y en 43 pacientes se encontró:

Sobre al tiempo de uso de prótesis total; el 4.65% usaron prótesis de 0 a 1 año, el 39.53% de 2 años a 5 , el 34.88% de 6 años a 10 y el 20.93% de 11 años a más.

Sobre el reborde residual; el 27.91% presentó reborde residual clase I, el 46.51% presentó clase II y el 25.58% presentó clase III.

Además, del 27.91% de pacientes con reborde residual clase I; el 4.65% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 23.26% de 2 a 5 años.

Del 46.51% con reborde residual clase II; el 13.95 usaron prótesis de 2 años a 5 y el 27.91% de 6 años a 10, y el 4.65% de 11 años a más.

Del 25.58% con reborde residual clase III; el 2.33% usaron prótesis de 2 años a 5, el 6.98% de 6 años a 10 y el 16.28% de 11 años a más.

También, se ha determinado que existe relación significativa entre el tiempo de uso de prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual, $p = 0.0000$.

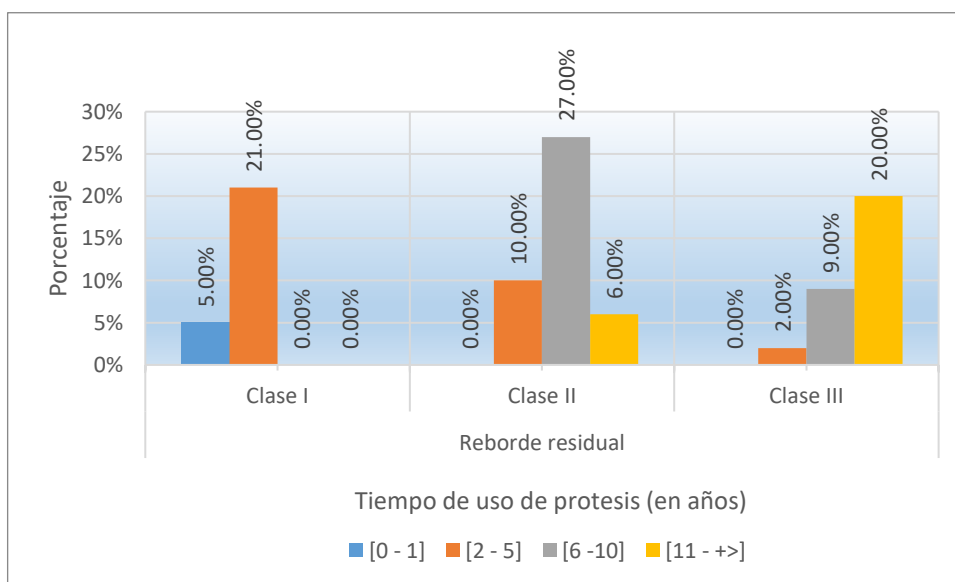
TABLA N° 9
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025

Tiempo de uso de prótesis (en años)	Reborde residual							
	Clase I		Clase II		Clase III		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
[0 - 1]	5	5.00	0	0.00	0	0.00	5	5.00
[2 - 5]	21	21.00	10	10.00	2	2.00	33	33.00
[6 -10]	0	0.00	27	27.00	9	9.00	36	36.00
[11 - +]	0	0.00	6	6.00	20	20.00	26	26.00
Total	26	26.00	43	43.00	31	31.00	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$\alpha = 0.05$ $gl = 6$ $X_c^2 = 85.2670$ $X_t^2 = 12.5916$ $p = 0.0000$

FIGURA N° 9
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025



Fuente: Tabla N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La tabla N° 9 muestra la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual de los, y en 100 pacientes se encontró:

Respecto al tiempo de uso de prótesis dental removible; el 5.00% usaron prótesis de 0 a 1 año, el 33.00% de 2 años a 5, el 36.00% de 6 años a 10 y el 26.00% de 11 años a más.

Con respecto al reborde residual; el 26.00% presentó reborde residual clase I, la clase II se presentó en 43.00% y se presentó clase III en 31.00%.

Además, del 26.00% de pacientes con reborde residual clase I; el 5.00% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 21.00% de 2 a 5 años.

Del 43.00% con reborde residual clase II; el 10.00% usaron prótesis de 2 años a 5, el 27.00% de 6 años a 10, y el 6.00% de 11 años a más.

Del 31.00% con reborde residual clase III; el 2.00% usaron prótesis de 2 años a 5, el 9.00% de 6 años a 10 y el 20.00% de 11 años a más.

También, se determina que existe relación significativa entre el tiempo de uso de prótesis dental removible y el reborde residual de pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército de Arequipa, $p = 0.0000$.



4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los datos resultantes del actual estudio evidencian la correlación evidente dada por el tiempo en que se usa una prótesis dental removible y las características de los rebordes residuales en los individuos evaluados. Se evidenció que la clase II fue el tipo de reborde más común representando un 43.00% de los casos, seguida con 31.00% por la clase III y 26.00% con la clase I. Este patrón sugiere una tendencia hacia la reabsorción moderada, lo cual es consistente con el uso prolongado de prótesis removible en la muestra estudiada.

Este resultado guarda coincidencia con el estudio de Aguirre BG (8), quien encontró que los tipos de rebordes residuales con mayor prevalencia fueron también la clase II (57.69%), seguido por clase I (21.79%) y clase III (20.51%). Aunque los porcentajes exactos difieren, la coincidencia en la prevalencia de la clase II refleja una tendencia regional que podría estar influenciada por factores similares, como el tiempo de uso protésico, la calidad del ajuste o la ausencia de controles periódicos.

Asimismo, el estudio de Santiago SA (10), respalda estos resultados al mostrar que el 40% de los pacientes edéntulos parciales presentaron rebordes clase II, mientras que el 32.5% correspondía a las clases III y un 27,5% a clases I, manteniendo el mismo patrón predominante. Además, en respecto al tipo de edentulismo, se halló una frecuencia alta de Clase II



según la clasificación de Kennedy, lo que demuestra una posible correlación entre el tipo de reborde y la distribución del edentulismo.

Por otra parte, el trabajo de Montañez D, et al (5); proporciona evidencia adicional al demostrar que los pacientes usuarios de prótesis removible presentó una pérdida ósea del reborde residual significativamente mayor en comparación con los no usuarios. En su investigación, se observó diferencia estadísticamente significativa en la reabsorción del reborde, tanto en la zona derecha con un $p=0,0173$ como en el área izquierda con un $p=0,0153$, lo cual apoya la hipótesis de que el uso continuado de prótesis removibles está directamente vinculado a la reabsorción del hueso alveolar.

Comparando estos hallazgos con los obtenidos en la actual investigación, se puede determinar que un patrón de desgaste óseo descrito en la literatura se repite en los pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa, lo cual subraya la importancia de establecer estrategias clínicas para el control periódico de las prótesis, así como para la identificación temprana de signos de reabsorción.

En conjunto, los datos analizados en éste trabajo como en trabajos previos, refuerzan la necesidad de considerar el tiempo de uso de la prótesis como un factor determinante en la evaluación del reborde residual. Además, resaltan la utilidad clínica de clasificaciones como la de Seibert para la adecuada planificación del tratamiento protésico y el diseño de nuevas prótesis con mejor adaptación.



Los resultados de esta investigación no solo permitieron identificar el tipo de reborde residual, sino también establecer con claridad que existe una correlación significativa entre el tiempo que se usa la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual observado ($p=0.0000$). Esta evidencia respalda que, a mayor duración del uso protésico, mayor es la probabilidad de encontrar rebordes con signos de reabsorción avanzados, especialmente del tipo clase III.

Al contrastar estos hallazgos con los reportes de Jiménez YD (12), se encuentra una coincidencia importante. En su investigación, el reborde residual de tamaño medio fue el más frecuente en ambos maxilares (44%), pero también se observó que el tiempo de uso de la prótesis entre 6 a 10 años se asoció con cambios notables en el reborde residual, lo cual resultó estadísticamente significativo ($p < 0,01$). Esta relación guarda una estrecha similitud con el presente estudio, donde se identificó que dentro del grupo con reborde clase II (43%), la mayoría de individuos que usaban aparatos protésicos entre 6 años a 10 (27%). Asimismo, un reborde clase III, vinculado con mayor reabsorción, se presentó principalmente en pacientes con más de 11 años de uso (20%).

Por otra parte, en el estudio realizado por Mamani YY (11), si bien concluye que no halló una correlación estadísticamente importante entre el uso de las prótesis y las reabsorción del reborde alveolar ($p > 0.05$), se observó una concentración importante de reabsorción avanzada (grado III) en el sector posterior superior izquierdo, con un 76.90%. Este hallazgo puntual



concuera con el presente estudio en el sentido de que ciertos sectores anatómicos pueden ser más vulnerables a la reabsorción, aun cuando el análisis general no arroje significancia. Lo anterior pone a relucir la necesidad de análisis segmentados por zonas, pues podría ocultarse un patrón clínico relevante bajo los promedios globales.

Además, al examinar detalladamente los datos obtenidos, se observa que los rebordes clase I están más asociados con tiempos de uso recientes: el 5.00% usaban prótesis de 0 a 1 año y el 21.00% de 2 a 5 años, lo cual reafirma que una menor duración del uso protésico tiende a conservar mejor la estructura del reborde. En cambio, los pacientes con reborde clase III, que indica mayor reabsorción, mostraron una clara asociación con periodos de uso superiores a los 10 años (20.00%), lo que se alinea con la hipótesis central de este estudio y con los resultados estadísticos obtenidos.

Este patrón progresivo de desgaste óseo también guarda coherencia con el modelo clínico ampliamente documentado en la literatura, donde el uso continuo de prótesis removibles sin seguimiento profesional favorece la pérdida gradual del reborde óseo, comprometiendo la retención, adaptación y la estabilidad de la futura prótesis.

En conjunto, la evidencia recopilada tanto por los autores revisados como en la presente investigación fortalece la recomendación clínica de realizar controles periódicos, ajustes oportunos e incluso reemplazos protésicos



cada cierto número de años, como parte de una estrategia preventiva frente a la reabsorción alveolar progresiva.

El estudio de Marrón SK (13) proporciona datos relevantes al reportar una alta prevalencia del reborde residual clase II según la clasificación de Seibert, con un 84.6% en la población evaluada, así como un 78.6% para clase III. Este patrón concuerda con las evidencias estadísticas de éste trabajo, donde los tipos de rebordes residuales más común son también la clase II (43%), seguido por el clase III (31%) y, en menor proporción, el clase I (26%). Esta coincidencia no solo valida la tendencia observada, sino que también refuerza el papel determinante que ejerce el tiempo de uso protésico en la modificación progresiva del reborde. En ambos estudios se reconoce que el proceso de reabsorción se ve acelerado por el uso prolongado de prótesis, lo que corrobora que estos factores actúan de manera conjunta en el deterioro óseo.

Además, la mayoría de los pacientes con reborde clase III son mayores y han usado su prótesis removible por más de 11 años. Este dato refuerza la hipótesis de que los cambios óseos asociados a la edad se ven agravados por la presión mecánica continua de prótesis mal ajustadas o no renovadas.

En conjunto, al considerar la evidencia de Marrón y la presente investigación, se refuerza la importancia de monitorear con regularidad tanto el estado de las prótesis como las condiciones anatómicas del reborde residual. Esto no solo permitiría prevenir complicaciones



funcionales, sino también preservar la morfología ósea residual, especialmente en pacientes mayores que podrían estar más expuestos a este tipo de deterioro.

Se halló que tanto en usuarios de prótesis parcial (57.00%) como total (43.00%), existe una relación estadísticamente significativa con la configuración del reborde residual ($p=0.0000$), lo que respalda la hipótesis planteada y permite establecer una relación clara entre el desgaste óseo progresivo y la duración del tratamiento protésico.

Esta evidencia se alinea con lo señalado por Choque EM (14), quien identificó que el tiempo de uso de la prótesis removible dental total influye de manera directa sobre la morfología del reborde, presentando un valor de $p<0.05$. Sus conclusiones respaldan que el contacto continuo de la prótesis sobre el hueso residual genera modificaciones estructurales que se intensifican con el paso de los años, lo cual también ha sido observado en esta investigación, especialmente en los casos con más de 11 años de uso, donde predomina el reborde tipo III.

En contraste, Palaco VA (15) reportó una elevada prevalencia de reabsorción severa (tipo III), aunque sin encontrar la relación significativa entre usar la prótesis y una reabsorción ósea ($p>0.05$). No obstante, al igual que en el presente estudio, su análisis reconoce que el tipo III fue el más afectado, lo que confirma que, independientemente del tipo de prótesis, este patrón anatómico está relacionado con mayor desgaste del reborde.



Asimismo, los datos presentados por Banda MJ (16), refuerzan la correlación entre el edentulismo parcial y la configuración clínica del reborde residual. Su hallazgo de una alta prevalencia del reborde tipo III (66.07%) en portadores de prótesis parcial removible coincide con los resultados del Hospital Militar, donde también se evidenció una correlación importante entre los tipos de rebordes y el tiempo en que se usa este tipo aparatos protésicos. La presencia prolongada de zonas edéntulas sin renovación protésica o sin ajuste clínico contribuye progresivamente a la pérdida del volumen óseo.

En síntesis, los datos de este estudio concuerdan con las literatura revisadas, tanto a nivel local como internacional, al mostrar que las reabsorciones de los rebordes alveolares residuales no son fenómenos aislados, sino una consecuencia acumulativa del uso continuado de prótesis removibles, influenciada además por factores como los tipos de edentulismo, la edad del portador de la prótesis y los ajustes de las bases protésicas.

Este conocimiento refuerza la importancia de establecer protocolos de control periódico en usuarios de prótesis, así como la necesidad de educar al paciente sobre la importancia del recambio oportuno del aparato protésico, con el objetivo de perpetuar una mayor cantidad de tejidos óseos y asegurar una adecuada funcionalidad protésica a largo plazo.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Del 26.00% de pacientes que presentó reborde residual clase I; el 21.00% usaron prótesis de 2 a 5 años. Del 43.00% con reborde residual clase II; el 27.00% usaron prótesis de 6 a 10 años. Del 31.00% con reborde residual clase III; el 20.00% usaron prótesis de 11 a más años. Existiendo relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en los pacientes del Hospital Militar Tercera División $p=0.0000$. (Tabla N° 9)

SEGUNDA: Del 24.56% de los pacientes con reborde residual clase I; el 19.30% usaron prótesis de 2 a 5 años. Del 40.35% que presentó reborde residual clase II; el 26.32% usaron prótesis de 6 a 10 años. Del 35.09% que presentó reborde residual clase III; el 22.81% usaron prótesis de 11 a más años. Existiendo correlación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual, $p=0.0000$. (Tabla N° 7)

TERCERA: Del 27.91% de pacientes con reborde residual clase I; el 23.26% usaron prótesis de 2 a 5 años. Del 46.51% con reborde residual clase II; el 27.91% usaron prótesis de 6 a 10 años. Del 25.58% con reborde residual clase III; el 16.28% usaron prótesis de 11 a más años. Concluyendo que el tiempo de uso de la prótesis total removible tiene relación significativa con el tipo de reborde residual de los pacientes, $p=0.0000$. (Tabla N° 8)



RECOMENDACIONES

PRIMERA: A los Cirujanos Dentistas: se recomienda implementar protocolos de evaluación periódica del reborde residual en pacientes portadores de prótesis dental removible, con especial énfasis en aquellos que superan los cinco años de uso continuo. Esto permitirá identificar tempranamente signos de reabsorción ósea y ajustar o renovar la prótesis de manera oportuna, favoreciendo la conservación del tejido de soporte.

SEGUNDA: A los pacientes portadores de prótesis dental removible: es fundamental que los usuarios acudan a controles odontológicos cada seis a doce meses, incluso si no presentan molestias evidentes, ya que la reabsorción del reborde puede avanzar de forma silenciosa. Asimismo, deben ser informados sobre la necesidad de reemplazar sus prótesis después de un periodo de uso prolongado para evitar complicaciones funcionales y anatómicas.

TERCERA: A los investigadores, se recomienda desarrollar estudios longitudinales y controlados que analicen con mayor precisión la correlación entre el tiempo de uso de prótesis dentales removibles y las alteraciones morfológicas del reborde residual. Asimismo, se sugiere explorar nuevas metodologías de medición clínica y radiográfica del reborde residual que permitan una evaluación más objetiva, precisa y replicable. Estos estudios contribuirán a



enriquecer la base científica disponible y a establecer protocolos clínicos actualizados para la prevención de la reabsorción ósea en pacientes con edentulismo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luengas M, Sáenz LP TG, Garcilazo G DM. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de la sin equidades en salud.2015. [8 paginas]. Disponible en: URL: <http://elsevier.es/index.php?p=revista> &pRevista=pdfsimple&pii=S1665138316300027.
2. Rendón R. Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. 1st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
3. Nissan J, Barnea E, Zeltzer C CH. Relationship between the craniofacial complex and size of the resorbed mandible in complete denture wearers. J Oral Rehabil 2003; 30(12): p. 1173-1176. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14641659/>
4. Aristizábal JA, Mulet J, Agudelo JM, Castillo MF et al. Resorption of the posterior alveolar ridge after 7 years of wearing a mandibular overdenture. Av Odontoestomatol [Internet]. 2022;38(4). Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852022000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Montañez D, Pajón A, Pescio JJ VM. Reabsorción ósea del reborde residual mandibular en desdentados totales. Claves de Odontología 2020; 71: 9-14. Available from: <http://hdl.handle.net/11096/2333>
6. Alsaggaf A FM. A case control study to investigate the effects of denture wear on residual alveolar ridge resorption in edentulous patients. J Dent. 2020 Jul;98:103373. doi: 10.1016/j.jdent.2020.103373. Epub 2020 May 8. PMID: 32389732. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389732/>
7. Pescio J, Vera M, Montañez D PA. Bone resorption of the residual ridge in edentulous patients. Claves odontol [Internet]. 2020;20(71):9–14. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-719597?lang=es>
8. Aguirre BG. Frecuencia del tipo de reborde alveolar residual según evaluación clínica en pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Departamento de Áncash, Provincia



- del Santa, Distrito de Chimbote, año 2019 [Tesis Cirujano . Available from: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/31850>
9. Moscoso AM. "Relación entre tiempo de uso de prótesis totales con el tamaño de rebordes residuales en pacientes atendidos en consultorios odontológicos particulares de Lima 2022" [Tesis Cirujano Dentista] Perú: Universidad Alas Peruanas 2022. [Internet]. 2022. Available from: https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/11596/1/Tesis_Relación entre tiempo de uso de prótesis totales_Tamaño de rebordes residuales_Pacientes consultorios odontológicos particulares de Lima 2022.pdf
 10. Santiago SA. Frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre en paciente edentulo parcial que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022. [Internet]. 2022. Available from: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/3999>
 11. Mamani YY ON. Nivel de reabsorción del reborde Alveolar residual y su Influencia con la Prótesis total en Pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca.[Tesis Cirujano Dentista] Perú: UANCV, 2020. [Internet]. Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4348>
 12. Jiménez YD. Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS. [Tesis Cirujano Dentista] Perú, Universidad Señor de Sipan 2020. Available from: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7314/Jiménez Machuca Yormi Dalí.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Marrón SK. Frecuencia de tipo de reborde residual en pacientes edéntulos totales de la clínica de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.[Tesis Cirujano Dentista] Perú: UNMSM-Lima 2020. [Internet]. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7942/Marrón_cs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 14. Choque EM. Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y la configuración clínica de los rebordes alveolares residuales en pacientes



- edéntulos totales en la clínica odontológica de la UCSM, Arequipa. [Tesis Cirujano Dentista] Perú: UCSM 2020. Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/3300/64.2512.O.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
15. Palaco VA. Grado de reabsorción de reborde residual del maxilar inferior en pacientes con edentulismo total tratados en la clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. Arequipa. [Tesis Cirujano Dentista] Perú, UAP 2020. Available from: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/1211/Tesis_Grado_Reabsorción_Residual_Maxilar_Inferior.pdf?sequence=1
 16. Banda MJ. Relación entre el tipo de edentulismo parcial según Kennedy y la configuración clínica de los rebordes alveolares residuales según la clasificación de Atwood en pacientes portadores de prótesis parcial removible de la clínica odontológica UCSM. Arequipa. [Internet]. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3315/64.2528.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 17. Bratu E, Bratu D AS. Classification systems for partial edentulism. OHDMBSC [Internet]. Dic 2007; 6(4): 50-5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/242245488_Classification_systems_for_partial_edentulism
 18. Cirilo JP. Factores que influyen en el uso de prótesis parcial removible en pacientes del servicio de estomatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis Cirujano Dentista] Perú: UNMSM 2017. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/323351425.pdf>
 19. Sanz G, Llanes C, Valdéz LG VY. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto. Geroinfo [Internet]. 2018;13(3):4-6. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2018/ger183a.pdf>
 20. Mish E. Implantología Contemporánea. 3ra. Ed. España; 2009.
 21. Mallat DE KT. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Madrid, España. Elsevier España. 2008.
 22. Díaz F QM. Prótesis total inmediata como alternativa de tratamiento. 2013;
 23. Ibañez HM ME. Prácticas de higiene y uso de prótesis removible en el



- hogar de ancianos "Mons. Emilio Sosa Gaona" de la ciudad de Concepción. 2022; Available from: <https://revistas.unc.edu.py/index.php/founc/article/view/97>
24. Rodríguez AM. Necesidad de prótesis estomatológica. Policlínico de Santa Rita. Mayo 2008-2009 [tesis bachiller]. Granma: Ministerio de Salud Pública. Policlínico docente "David Moreno Domínguez"; 2009. Available from: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/462/757>
25. Archangelo C, Rocha E, Pereira J, Martin M, Anchieta R FA. Periodontal ligament influence on the stress distribution in a removable partial denture supported by implant: a finite element analysis. J Appl Oral Sci.2012: 20(3):362 – 8. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3881771/>
26. Parimala B PD. A Comparative Study of Mandibular Incisor Relation to the Lingual Frenum in Natural Dentition and in Complete Denture Wearers. J Indian Prosthodont Soc.2012: 12(4): 208 – 15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24293917/>
27. Loyola N. Clasificación de las áreas edéntulas y las características anatómicas de ellas. Evaluación de dientes pilarea y áreas edéntulas. 2012. Available from: <http://seminarioprotesis.blogspot.com/2012/08/clasificacion-de-las-areas-edentulas-y.html>
28. Fonollosa J. Prótesis Completas. España, editorial erupea. 1(1): 78 - 81. 2011;
29. Shaghaghian S, Taghva M, Abduo J BR. Oral health- related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. J Oral Rehabil [Internet]. 2015 Jan; 42(1): 40-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25146999>.
30. Reinoso MC. Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas [Tesis Cirujano Dentista] Quito 2016. Available from: <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6048>
31. Bernal CP. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones



- en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. Kiru [Internet]. 2010; 7(1): 9-12. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1772>
32. Gutiérrez M, Sánchez Y CY. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. Correo Científico Médico [Internet]. Dic. 17(4): 452-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005. 2013;
33. Ramos M, Hidalgo S, Rodríguez M, Lorenzo G DS. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. AMC [Internet]. 2005 Oct; 9(5): 72-84. 2005; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000500009
34. Etman M BD. Clinical performance of removable partial dentures: a retrospective clinical study. Open Journal of Stomatology [Internet]. Set; 2012;2(3); 173-81. Available from: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=22659>
35. Atwood DA. Reduction of residual ridges: A mayor oral disease entity. J Prosthet Dent 1971; 26:266. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4934947/>
36. Simancas MA, Herrera AC, Díaz JA GF. Aumento del reborde alveolar residual mediante técnica de rollo. Rev Cuba Estomatol [Internet]. 2011; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000100013
37. Wennstrom JL. Mucogingival therapy. Ann Periodontol. 2001;1(1);671-701. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9118276/>
38. Mandalunis PM. Remodelación ósea. Actualiz Osteología 2006; 2(1):16-18. Available from: https://osteologia.org.ar/files/pdf/rid7_4.pdf
39. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixedlongitudinal study covering 25 years. J Prosthet Dent. 27(2):120-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4500507/>



40. Oringer RJ IV. Periodontal cosmetic surgery. *J Int Acad Periodontol.* 1(3):83-90. Available from: <https://www.perio.org/for-patients/periodontal-treatments-and-procedures/cosmetic-procedures/>
41. Araujo MG, Sukekava F, Wennstrom JL LJ. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. *J Clin Periodontol.*32(6): 645-52. 2005; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15882225/>
42. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships. , 4 (*Compend Contin Educ Dent*), pp. 549-562. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6321099/>
43. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. , 4 (*Compend Contin Educ Dent*), pp. 437-453. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6578906/>
44. Jacobson TE KA. A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part III: support. *J Prosthet Dent.* 49(3):30613. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6341544/>
45. González G AP. *Rehabilitación protésica estomatológica.* 1o ed. La Habana: Ciencia y Técnica. 2008;
46. Supo J. *Metodología de la Investigación Científica: Niveles de investigación.* 4ta ed. (Spanish Edition) [Internet]. 2024. Available from: <https://bioestadistico.com/libro>
47. Hernandez R MC. *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta.* 2da edic. México: McGraw-Hill Interamericana. 2023;748.
48. Monje CA. *Metodología de la investigación Cuantitativa y cualitativa.* Guía didáctica. Colombia. 2011.



APÉNDICES



APÉNDICE N° 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<p>P. GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025?</p>	<p>O. GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025.</p>	<p>H. GENERAL</p> <p>H_a. Existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025</p> <p>H_o. No existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025</p>	<p>V.X.</p> <p>TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DENTAL REMOVIBLE</p>	<p>- Prótesis dental parcial</p> <p>- Prótesis dental total</p>	<p>Años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De 0-1 año - De 2 a 5 años - De 6 a 10 años - 11 a más años
<p>P. ESPECÍFICOS:</p> <p>PE1: ¿Cuál es la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual?</p> <p>PE2: ¿Cómo es la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual?</p>	<p>O. ESPECÍFICOS:</p> <p>OE1: Identificar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual</p> <p>OE2: Especificar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual</p>	<p>H. ESPECÍFICAS:</p> <p>HE1: Existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental parcial removible y el tipo de reborde residual</p> <p>HE2: El tiempo de uso de la prótesis dental total removible tiene relación significativa con el tipo de reborde residual</p>	<p>V.Y.</p> <p>TIPO DE REBORDE RESIDUAL</p>	<p>Clase de reborde residual</p>	<p>Clasificación de Seibert</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Clase I - Clase II - Clase III



APÉNDICE N° 3

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación

Señor Coronel de Artillería: Edwin Santos Meza Aragón
Director General del Hospital Militar III-DE

Yo, Bradley Gutiérrez Lazo, identificado con DNI N° 48337542, ex interno del **Hospital Militar III - DE**, egresado de la carrera de odontología.

Ante usted respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de **ODONTOLOGIA** en la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de investigación en su institución sobre **"RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL"** para optar el grado de cirujano dentista, realizándolo sin que este afecte ni perjudique las actividades normales de la institución.

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi petición

Arequipa, 13 de enero de 2025

Atentamente




GUTIÉRREZ LAZO BRADLEY
DNI N° 48337542



EJÉRCITO DEL PERÚ

III DIVISIÓN DE EJERCITO

CONSTANCIA



El coronel director del Hospital Militar III DE-Arequipa, hace constar que:

EL señor Bachiller, BRADLEY GUTIERREZ LAZO, identificado con DNI N° 48337542 quien realizó la ejecución de su Propuesta de Investigación titulado: RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR III DIVISION DEL EJERCITO AREQUIPA - 2025. En esta institución prestadora de salud N°00018659 con fecha de inicio 14 de enero al 14 de febrero del 2025.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Arequipa, 14 de febrero del 2025



O-300116571-O+
MEZA ARAGON EDWIN SANTOS
CRL ART

DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DE



APÉNDICE N° 4

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: *Ticona Zela Rogelio Junior*
2. CARGO: *Esp. Cirugía bucal y Maxilofacial del Hospital Militar*
3. GRADO ACADÉMICO: *Magister en Estomatología*
4. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: *15 años*
5. INSTRUMENTO EVALUADO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE EL USO DE PRÓTESIS DENTAL
6. INVESTIGADORA: BACHILLER BRADLEY GUTIERREZ LAZO
7. ASPECTOS A EVALUAR:

Nº	INDICADOR	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	CLARIDAD	✓		
2	OBJETIVIDAD	✓		
3	ORGANIZACIÓN	✓		
4	COHERENCIA	✓		
5	PERTINENCIA	✓		

APLICABLE (X)

NO APLICABLE ()

AREQUIPA, *23* de *diciembre* de 2024

TICONA ZELA ROGELIO JUNIOR
MY SAN ODO
ESP CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL

FIRMA DEL EXPERTO
Y POS FIRMA



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Dueñas Gonzales Yuniza
2. CARGO: Jefe del Dpto. Odontología del Hospital Militar
3. GRADO ACADÉMICO: Magister en Estomatología
4. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: 25 años
5. INSTRUMENTO EVALUADO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
6. INVESTIGADOR: BACHILLER BRADLEY GUTIERREZ LAZO
7. ASPECTOS A EVALUAR:

Nº	INDICADOR	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	CLARIDAD	X		
2	OBJETIVIDAD	X		
3	ORGANIZACIÓN	X		
4	COHERENCIA	X		
5	PERTINENCIA	X		

APLICABLE (X)

NO APLICABLE ()

AREQUIPA 23 de Diciembre de 2024

YUNIZA DUEÑAS GONZALES
TTE CRL SAN ODDON
COP 8595 RNE 854

FIRMA DEL EXPERTO
Y POS FIRMA



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: Calapuja Chura Jose Luis
2. CARGO: ESP. Rehabilitación Oral
3. GRADO ACADÉMICO: Magister en Estomatología
4. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: 11 años
5. INSTRUMENTO EVALUADO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
6. INVESTIGADOR: BACHILLER BRADLEY GUTIERREZ LAZO
7. ASPECTOS A EVALUAR:

Nº	INDICADOR	SI	NO	OBSERVACIÓN
1	CLARIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	OBJETIVIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	ORGANIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	COHERENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	PERTINENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

APLICABLE

NO APLICABLE ()




AREQUIPA, 23 de diciembre de 2024

FIRMA DEL EXPERTO
Y POS FIRMA



APÉNDICE N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento doy mi autorización para ser considerado como unidad de estudio en el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025 presentado por el Bachiller Bradley Gutierrez Lazo.

Arequipa.....de.....2025

Firma

APÉNDICE N° 6

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Foto N° 1: En el Hospital Militar Tercera División De Ejército Arequipa



Foto N° 2: Se evaluó clínicamente el tipo de reborde residual de la paciente.



Foto N° 3: Edentulismo dental parcial removable.



Foto N° 4: Paciente portador de prótesis dental total superior y edentulismo total inferior. removable.

APÉNDICE N° 7

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	Características			Uso de la prótesis dental removible		Clase de reborde residual
	Edad	Grupo etario	Género	Tipo de prótesis dental	Tiempo de uso de la prótesis	
	(en años)	1: Adulto 2: Adulto mayor	1: Masculino 2: Femenino	1: Parcial 2: Total	1: [0 - 1] años 2: [2 - 5] años 3: [6 - 10] años 4: [11 - +>] años	
1	57	1	1	1	2	1
2	56	1	2	1	4	3
3	62	2	1	2	4	3
4	70	2	1	2	4	3
5	59	1	2	1	3	2
6	59	1	2	1	4	2
7	57	1	1	2	3	2
8	53	1	1	1	4	2
9	58	1	1	2	4	2
10	60	2	2	1	3	2
11	57	1	1	1	4	3
12	62	2	2	2	2	2
13	51	1	2	2	2	2
14	63	2	1	1	4	2
15	66	2	1	2	2	2
16	52	1	1	1	2	1
17	70	2	2	1	4	3
18	59	1	1	2	2	3
19	62	2	2	1	3	2
20	52	1	1	2	3	2
21	51	1	1	1	1	1
22	62	2	2	2	2	1
23	67	2	2	2	4	3
24	59	1	2	1	4	3
25	53	1	1	1	3	2
26	59	1	1	1	3	2
27	67	2	2	2	4	3
28	63	2	1	2	3	2
29	52	1	1	1	2	1
30	69	2	2	1	3	3
31	70	2	1	2	4	3
32	70	2	1	1	4	3
33	57	1	2	1	3	3
34	61	2	1	1	3	2
35	53	1	1	1	2	1
36	59	1	2	1	3	2
37	68	2	2	1	4	2
38	61	2	1	2	3	2
39	63	2	2	2	3	2
40	69	2	1	1	4	3



41	70	2	1	2	4	3
42	51	1	1	1	1	1
43	57	1	1	1	3	3
44	61	2	2	1	4	3
45	53	1	1	2	4	2
46	65	2	2	2	3	3
47	50	1	2	2	2	1
48	67	2	1	1	4	3
49	59	1	1	1	3	3
50	63	2	1	2	2	1
51	69	2	2	2	3	2
52	51	1	1	1	2	1
53	63	2	2	1	3	3
54	54	1	1	1	2	1
55	62	2	1	1	3	2
56	59	1	2	1	3	2
57	70	2	2	1	4	3
58	51	1	1	2	2	1
59	60	2	1	1	3	3
60	53	1	2	2	2	1
61	53	1	1	1	2	2
62	64	2	1	1	3	2
63	60	2	2	2	2	2
64	54	1	2	2	2	1
65	60	2	1	2	3	3
66	62	2	2	1	3	2
67	53	1	2	2	1	1
68	55	1	1	1	2	1
69	52	1	2	1	2	1
70	69	2	1	2	3	2
71	51	1	1	1	2	1
72	56	1	2	1	2	2
73	55	1	2	2	2	2
74	61	2	2	2	3	2
75	66	2	2	2	4	3
76	70	2	1	1	4	3
77	51	1	1	2	2	1
78	50	1	2	1	1	1
79	50	1	1	2	2	1
80	66	2	1	2	3	3
81	63	2	2	1	3	2
82	69	2	2	1	4	3
83	61	2	1	1	2	2
84	53	1	2	2	2	1
85	52	1	1	2	1	1
86	56	1	1	2	2	1
87	59	1	2	1	3	2
88	51	1	1	1	2	1
89	50	1	2	1	2	1



90	69	2	1	2	3	2
91	60	2	2	1	3	2
92	54	1	1	2	2	2
93	67	2	2	1	2	3
94	64	2	2	2	3	2
95	53	1	1	1	2	2
96	63	2	1	1	3	2
97	55	1	2	2	3	2
98	61	2	1	1	4	3
99	70	2	2	1	4	3
100	63	2	1	2	3	2



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



ARTÍCULO CIENTÍFICO

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS
DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN
PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN
DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025**

PRESENTADO POR:

BACH. BRADLEY GUTIERREZ LAZO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA



DR. EDUARDO LUJAN URVIOLA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

JULIACA-PERÚ
2025



RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJÉRCITO AREQUIPA 2025

RELATIONSHIP BETWEEN THE DURATION OF USE OF REMOVABLE DENTAL PROSTHESES AND THE TYPE OF RESIDUAL RIDGE IN PATIENTS AT THE THIRD ARMY DIVISION MILITARY HOSPITAL, AREQUIPA, 2025

Gutierrez B.¹

Facultad de Odontología

Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez

Juliaca, Perú

¹Bachiller en Odontología

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar Tercera División de Ejército Arequipa 2025. **Materiales y métodos:** enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel relacional, diseño no experimental y método cuantitativo. La muestra 100 pacientes portadores de prótesis dental removible parcial y total, seleccionados por muestro no probabilístico por conveniencia. Las técnicas fueron la entrevista y observación. El instrumento la ficha de recolección de datos, se consideró el tiempo de uso de la prótesis dental removible y la clasificación de Seibert, la ficha fue validada por expertos. **Resultados:** del 26.00% de los pacientes que presentaron reborde residual clase I; el 5.00% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 21.00% de 2 a 5 años. Del 43.00% de los pacientes que presentaron reborde residual clase II; el 10.00% usaron prótesis de 2 a 5 años, el 27.00% de 6 a 10 años, y el 6.00% de 11 a más años. Del 31.00% de los pacientes que presentaron reborde residual clase III; el 2.00% usaron prótesis de 2 a 5 años, el 9.00% de 6 a 10 años y el 20.00% de 11 a más años. A la prueba ji cuadrado se obtuvo $p=0.0000$. **Conclusión:** existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en pacientes del Hospital Militar.

Palabras clave: dentadura parcial removible, prótesis dental total, reabsorción alveolar.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the time of use of the removable dental prosthesis and the type of residual ridge in patients of the Military Hospital Third Division of the Army Arequipa 2025. **Materials and methods:** quantitative approach, prospective, cross-sectional, observational, relational level, non-experimental design and quantitative method. The sample 100 patients with partial and total removable dental prostheses, selected by non-probabilistic sampling by convenience. The techniques were interview and observation. The instrument was the data collection form, the time of use of the removable dental prosthesis and the Seibert classification were considered, the form was validated by experts. **Results:** 26.00% of patients who presented class I residual ridge; 5.00% used prostheses from 0 to 1 year and 21.00% from 2 to 5 years. Of the 43.00% of patients who presented class II residual ridge; 10.00% wore prostheses for 2 to 5 years, 27.00% for 6 to 10 years, and 6.00% for 11 years or more. Of the 31.00% of patients with a Class III residual ridge, 2.00% wore prostheses for 2 to 5 years, 9.00% for 6 to 10 years, and 20.00% for 11 years or more. The chi-square test yielded a $p=0.0000$. **Conclusion:** There is a significant relationship between the length of time a removable dental prosthesis was worn and the type of residual ridge in patients at the Military Hospital.

Keywords: removable partial denture, complete dental prosthesis, alveolar resorption..

INTRODUCCIÓN

La pérdida de piezas dentarias continúa siendo un desafío significativo en el campo odontológico, afectando tanto la estética como la funcionalidad oral de las personas. (1)

El reborde residual sufre modificaciones morfológicas con el

tiempo, influenciado por una variedad de causas, tales como la carga oclusal, el ajuste de la prótesis y el tiempo de uso. Estas modificaciones pueden derivar en atrofas óseas progresivas, dificultando la adaptación futura de nuevas prótesis y disminuyendo la calidad de vida de las personas. (2)



La selección de una adecuada terapéutica está dada por el profesional, éste evalúa la condición de la cavidad bucal en general, considerando el tamaño de la zona edéntula, el estado de las piezas dentarias remanentes, la salud de los tejidos de sostén, y otros. Así también, se considera factores como el nivel económico del paciente, la estética, niveles de higiene, etc. (3)

En respuesta a esta problemática, las prótesis dentales removibles han sido ampliamente utilizadas como una solución accesible y efectiva para restituir la función de masticación, fonética y social de pacientes edéntulos. (4) En relación al tiempo de uso de la prótesis, diversos estudios concuerdan en que, a un mayor lapso de tiempo usando la prótesis, se verá aumentada la frecuencia en que aparecen los problemas para un paciente. (5)

El uso prolongado de estas prótesis dentales puede generar transformaciones estructurales en los tejidos de soporte, especialmente en el reborde alveolar residual, lo que puede impactar directamente en la estabilidad y funcionalidad del aparato protésico. (4)

La pérdida dentaria, relacionada a una variedad de causas, promueve procesos de reabsorción del hueso en los rebordes residuales, ocasionando problemas de función como falta de estabilidad, ausencia de retención en los aparatos protésicos removibles, variaciones estéticas y psicológicas. Estos defectos varían dependiendo de la cantidad de pérdida ósea y de tejido blando que abarca. (6)

La reabsorción del reborde residual es un proceso crónico, progresivo, irreversible en todos los individuos en general. (7) En 1983 Seibert, clasifica a defectos de los rebordes residuales en 3 clases en base al componente vertical y horizontales: clase I, II y III. (8)

Las reabsorciones en relación a la altura, generan que los tejidos blandos acompañen a las reabsorciones, marcándose en ello la reducción del tono muscular, aumentando las líneas expresivas y lleva a incrementar los signos de envejecimiento. (9)

MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, transversal, observacional, nivel relacional,

diseño no experimental, y método cuantitativo. La muestra 100 pacientes portadores de prótesis dental removible parcial y total que acudieron al Hospital Militar en el mes de enero a febrero 2025. Seleccionados por muestro no probabilístico por conveniencia. Las técnicas la entrevista y observación y el instrumento la ficha de recolección de datos validada por expertos.

RESULTADOS

Del 26.00% de pacientes portadores de prótesis dental removible que presentaron reborde residual clase I; el 14.00% usaban prótesis parcial y el 12.00% prótesis total. Del 43.00% con reborde clase II; el 23.00% usaban prótesis parcial y el 20.00% total. Del 31.00% con reborde residual clase III; el 20.00% usaban prótesis parcial y el 11.00% total. No existiendo correlación significativa entre el tipo de prótesis y el tipo de reborde residual de pacientes $p=0.5956$ (Tabla N° 1)

TABLA N° 1
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRÓTESIS Y TIPO DE REBORDE RESIDUAL DE PACIENTES

Tipo de prótesis	Tipo de reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Parcial	14	14.00	23	23.00	20	20.00	57	57.00
Total	12	12.00	20	20.00	11	11.00	43	43.00
Total	26	26.00	43	43.00	31	31.00	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 2 \quad X^2_c = 1.0360 \quad X^2_f = 5.9915 \quad p = 0.5956$$

Del 24.56% de pacientes con reborde residual clase I; el 5.26% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 19.30% de 2 a 5 años. Del 40.35% con reborde clase II; el 7.02% usaron prótesis de 2 a 5 años, 26.32% de 6 a 10 años, y 7.02% de 11 a más años. Del 35.09% con reborde clase III; el 22.81% usaron prótesis de 11 a más años, el 10.53% de 6 a 10 años y el 1.75% de 2 a 5 años. Determinando que existió relación significativa entre el tiempo de uso de prótesis dental parcial removible y el reborde residual de los pacientes, $p=0.0000$. (Tabla N° 2)

TABLA N° 2
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL

Tiempo de uso de prótesis (en años)	Tipo de reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III		f	%
	f	%	f	%	f	%		
[0 - 1]	3	5.26	0	0.00	0	0.00	3	5.26
[2 - 5]	11	19.30	4	7.02	1	1.75	16	28.07
[6 -10]	0	0.00	15	26.32	6	10.53	21	36.84
[11 - +]	0	0.00	4	7.02	13	22.81	17	29.82
Total	14	24.56	23	40.35	20	35.09	57	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 6 \quad X^2_c = 50.764 \quad X^2_f = 12.5916 \quad p = 0.0000$$

Del 27.91% de pacientes con reborde residual clase I; el 4.65% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 23.26% de 2 a 5 años. Del 46.51% con reborde clase II; el 13.95 usaron prótesis de 2 años a 5 y el 27.91% de 6 años a 10,



y el 4.65% de 11 años a más. Del 25.58% con reborde clase III; el 2.33% usaron prótesis de 2 años a 5, el 6.98% de 6 años a 10 y el 16.28% de 11 años a más. Determinando que existe relación significativa entre el tiempo de uso de prótesis dental total removible y el tipo de reborde residual, $p=0.0000$. (Tabla N° 3)

TABLA N° 3
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL TOTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL

Tiempo de uso de prótesis (en años)	Tipo de reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III		f	%
	f	%	f	%	f	%		
[0 - 1]	2	4.65	0	0.00	0	0.00	2	4.65
[2 - 5]	10	23.26	6	13.95	1	2.33	17	39.53
[6 - 10]	0	0.00	12	27.91	3	6.98	15	34.88
[11 - +]	0	0.00	2	4.65	7	16.28	9	20.93
Total	12	27.91	20	46.51	11	25.58	43	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.
 $\alpha = 0.05$ $gl = 6$ $X^2 = 35.2520$ $X^2_c = 12.5916$ $p = 0.0000$

Del 26.00% de pacientes con reborde residual clase I; el 5.00% usaron prótesis de 0 a 1 año y el 21.00% de 2 a 5 años. Del 43.00% con reborde clase II; el 10.00% usaron prótesis de 2 años a 5, el 27.00% de 6 años a 10, y el 6.00% de 11 años a más. Del 31.00% con reborde clase III; el 2.00% usaron prótesis de 2 años a 5, el 9.00% de 6 años a 10 y el 20.00% de 11 años a más. Determinando que existe relación significativa entre el tiempo de uso de prótesis dental

removible y el reborde residual de pacientes, $p=0.0000$. (Tabla N° 4)

TABLA N° 4
RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES

Tiempo de uso de prótesis (en años)	Reborde residual						Total	
	Clase I		Clase II		Clase III		f	%
	f	%	f	%	f	%		
[0 - 1]	5	5.00	0	0.00	0	0.00	5	5.00
[2 - 5]	21	21.00	10	10.00	2	2.00	33	33.00
[6 - 10]	0	0.00	27	27.00	9	9.00	36	36.00
[11 - +]	0	0.00	6	6.00	20	20.00	26	26.00
Total	26	26.00	43	43.00	31	31.00	100	100.00

Fuente: Matriz de sistematización de datos.
 $\alpha = 0.05$ $gl = 6$ $X^2 = 85.2670$ $X^2_c = 12.5916$ $p = 0.0000$

DISCUSIÓN

Los datos resultantes del actual estudio evidencian la correlación evidente dada por el tiempo en que se usa una prótesis dental removible y las características de los rebordes residuales en los individuos evaluados. Se evidenció que la clase II fue el tipo de reborde más común en 43.00%. Este patrón sugiere una tendencia hacia la reabsorción moderada, lo cual es consistente con el uso prolongado de prótesis removible en la muestra estudiada.

Este resultado guarda coincidencia con el estudio de Aguirre BG (10), quien encontró que los tipos de rebordes residuales con mayor prevalencia fueron también la clase II (57.69%), seguido por clase I (21.79%) y clase III (20.51%).



Aunque los porcentajes exactos difieren, la coincidencia en la prevalencia de la clase II refleja una tendencia regional que podría estar influenciada por factores similares, como el tiempo de uso protésico, la calidad del ajuste o la ausencia de controles periódicos.

Asimismo, el estudio de Santiago SA (11), respalda estos resultados al mostrar que el 40% de los pacientes edéntulos parciales presentaron rebordes clase II, mientras que el 32.5% correspondía a las clases III y un 27,5% a clases I, manteniendo el mismo patrón predominante. Además, en respecto al tipo de edentulismo, se halló una frecuencia alta de Clase II según la clasificación de Kennedy, lo que demuestra una posible correlación entre el tipo de reborde y la distribución del edentulismo.

Por otra parte, el trabajo de Montañez D, et al (12); proporciona evidencia adicional al demostrar que los pacientes usuarios de prótesis removible presentaron una pérdida ósea del reborde residual significativamente mayor en comparación con los no usuarios. En su investigación, se observó

diferencia estadísticamente significativa en la reabsorción del reborde, tanto en la zona derecha con un $p=0,0173$ como en el área izquierda con un $p=0,0153$, lo cual apoya la hipótesis de que el uso continuado de prótesis removibles está directamente vinculado a la reabsorción del hueso alveolar.

Comparando estos hallazgos con los obtenidos en la actual investigación, se puede determinar que un patrón de desgaste óseo descrito en la literatura se repite en los pacientes del Hospital Militar de Arequipa, lo cual subraya la importancia de establecer estrategias clínicas para el control periódico de las prótesis, así como para la identificación temprana de signos de reabsorción.

El estudio de Marrón SK (13) proporciona datos relevantes al reportar una alta prevalencia del reborde residual clase II según la clasificación de Seibert, con un 84.6% en la población evaluada, así como un 78.6% para clase III. Este patrón concuerda con las evidencias estadísticas de este trabajo, donde los tipos de rebordes residuales más común son también la clase II (43%), seguido por la clase III (31%) y, en



menor proporción, la clase I (26%). Esta coincidencia no solo valida la tendencia observada, sino que también refuerza el papel determinante que ejerce el tiempo de uso protésico en la modificación progresiva del reborde. En ambos estudios se reconoce que el proceso de reabsorción se ve acelerado por el uso prolongado de prótesis, lo que corrobora que estos factores actúan de manera conjunta en el deterioro óseo. Además, la mayoría de los pacientes con reborde clase III son mayores y han usado su prótesis removible por más de 11 años. Este dato refuerza la hipótesis de que los cambios óseos asociados a la edad se ven agravados por la presión mecánica continua de prótesis mal ajustadas o no renovadas.

En conjunto, al considerar la evidencia de Marrón y la presente investigación, se refuerza la importancia de monitorear con regularidad tanto el estado de las prótesis como las condiciones anatómicas del reborde residual. Esto no solo permitiría prevenir complicaciones funcionales, sino también preservar la morfología ósea residual, especialmente en pacientes

mayores que podrían estar más expuestos a este tipo de deterioro.

CONCLUSIÓN:

Existe relación significativa entre el tiempo de uso de la prótesis dental removible y el tipo de reborde residual en los pacientes del Hospital Militar Tercera División $p=0.0000$.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luengas M, Sáenz LP TG, Garcilazo G DM. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de la sin equidades en salud. 2015. [8 paginas].
2. Nissan J, Barnea E, Zeltzer C CH. Relationship between the craniofacial complex and size of the resorbed mandible in complete denture wearers. *J Oral Rehabil* 2003; 30(12): p. 1173-1176.
3. Bratu E, Bratu D AS. Classification systems for partial edentulism. *OHDMBSC* [Internet]. Dic 2007; 6(4): 50-5.
4. Rendón R. Prótesis parcial removible: conceptos actuales, atlas de diseño. 1st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
5. Bernal CP. Estado de conservación de la prótesis y presencia de lesiones en mucosas en pacientes portadores de prótesis parcial removible. *Kiru* [Internet]. 2010; 7(1): 9-12.
6. Simancas MA, Herrera AC, Díaz JA GF. Aumento del reborde alveolar residual mediante técnica de rollo. *Rev Cuba Estomatol* [Internet]. 2011.
7. Wennstrom JL. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol*. 2001;1(1);671-701.



8. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships,4.
9. Jacobson TE KA. A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part III: support. J Prosthet Dent. 49(3):30613.
10. Aguirre BG. Frecuencia del tipo de reborde alveolar residual según evaluación clínica en pacientes atendidos en la clínica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Departamento de Áncash, Provincia del Santa, Distrito de Chimbote, año 2019.
11. Santiago SA. Frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre en paciente edentulo parcial que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.
12. Montañez D, Pajón A, Pescio JJ VM. Reabsorción ósea del reborde residual mandibular en desdentados totales. Claves de Odontología 2020; 71: 9-14.
13. Marrón SK. Frecuencia de tipo de reborde residual en pacientes edéntulos totales de la clínica de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.[Tesis Cirujano Dentista] Perú: UNMSM-Lima 2020.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 19/11/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: BRADLEY GUTIERREZ LAZO

Dirección: RESIDENCIAL EL GOLF MZ. G LT. 6 - AREQUIPA

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 48337542

Teléfono: 923494844 email: gutierrez15294@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: ODONTOLOGÍA

Escuela Profesional o Mención: ODONTOLOGÍA

Título o Grado Académico a optar: CIRUJANO DENTISTA

Asesor: Dr. EDUARDO LUJAN URVIOLA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE USO DE LA PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE Y EL TIPO DE REBORDE RESIDUAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR TERCERA DIVISIÓN DE EJERCITO AREQUIPA 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Dentadura parcial removible, prótesis dental total, reabsorción alveolar

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: ODONTOLOGÍA, CIRUGÍA ORAL, MEDICINA ORAL – P31

Firma de Autor



huella digital

19 de noviembre de 2025

Fecha