

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



**TESIS**

---

**“Frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre en paciente edentulo parcial que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022”**

---

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORA: Santiago Aguirre, Shendy Angelica

ASESOR: Ibazeta Rodríguez, Phaemyn Baudilio

HUÁNUCO – PERÚ

2023

# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública en odontología

**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)**

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Medicina clínica

**Disciplina:** Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

# D

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Cirujano Dentista

Código del Programa: P04

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 48875514

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 44187310

Grado/Título: Maestro en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0001-8186-0528

# H

### DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Preciado Lara, María Luz	Doctora en ciencias de la salud	22465462	0000-0002-3763-5523
2	Ortega Buitron, Marisol Rossana	Doctora en ciencias de la salud	43107651	0000-0001-6283-2599
3	Benites Valencia, Julio Enrique	Cirujano dentista	21541164	0000-0003-0813-3142



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
http://www.udh.edu.pe

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**



## **ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la Ciudad de Huánuco, siendo las **11:00 AM** del día 02 del mes de marzo dos mil veintitrés en la Facultad de Ciencia de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- Dra. C.D. María Luz Preciado Lara **PRESIDENTE**
- Dra. C.D. Marisol Rossana Ortega Buitrón **SECRETARIA**
- C.D. Julio Enrique Benites Valencia **VOCAL**
- MG. C.D. Sergio Abraham Fernández Briceño **JURADO ACCESITARIO**

**ASESOR DE TESIS** Mg. C.D. Phaemyn Baudilio Ibazeta Rodríguez

Nombrados mediante la Resolución **N°185\_2023-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulada: **"FRECUENCIA DEL TIPO DE REBORDE RESIDUAL CON EXTREMO LIBRE EN PACIENTE EDENTULO PARCIAL QUE ACUDEN AL CENTRO MEDICO DENTAL TRUJILLO, HUANUCO 2022"**, presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. **SHENDY ANGELICA SANTIAGO AGUIRRE** para optar el Título Profesional de **CIRUJANA DENTISTA**. Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **APROBADA** por **UNANIMIDAD** con el calificativo cuantitativo de **1.8**... y cualitativo de **MUY BUENO**

Siendo las **12:00 P.M.** del día 02 de marzo del año 2023, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

.....  
**Dra. C.D. María Luz Preciado Lara**  
**PRESIDENTE**

.....  
**DRA. C.D. Marisol Rossana Ortega Buitrón**  
**SECRETARIO**

.....  
**C.D. Julio Enrique Benites Valencia**  
**VOCAL**

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Yo, **MG. CD. FHAEMYN BAUDILIO IBAZETA RODRIGUEZ**, asesor del PA Odontología y designado mediante documento **RESOLUCION N° 658 - 2022-D-FCS-UDH** de la estudiante **Bach. Shendy Angelica SANTIAGO AGUIRRE** de la investigación titulada "**FRECUENCIA DEL TIPO DE REBORDE RESIDUAL CON EXTREMO LIBRE EN PACIENTE EDENTULO PARCIAL QUE ACUDEN AL CENTRO MEDICO DENTAL TRUJILLO, HUÁNUCO 2022.**"

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 20% verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Antiplagio Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

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

Huánuco 3 de marzo de 2023



Mg. Cd. Fhaemyn B. Ibazeta Rodriguez  
Docente UDH

---

Mg CD. IBAZETA RODRIGUEZ, Fhaemyn B.  
DNI N° 44187310  
Código ORCID N° 0000-0001-8186-0528

# Santiago Aguirre, Shendy Angelica - Segunda revisión

## INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[distancia.udh.edu.pe](http://distancia.udh.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

2

[repositorio.udh.edu.pe](http://repositorio.udh.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

3

[repositorio.uladech.edu.pe](http://repositorio.uladech.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

4

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

2%

5

[www.dspace.uce.edu.ec](http://www.dspace.uce.edu.ec)

Fuente de Internet

1%

6

[dspace.unitru.edu.pe](http://dspace.unitru.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

7

[repositorio.uwiener.edu.pe](http://repositorio.uwiener.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

8

[repositorio.uap.edu.pe](http://repositorio.uap.edu.pe)

Fuente de Internet


1%

9

[repositorio.ug.edu.ec](http://repositorio.ug.edu.ec)

Fuente de Internet

1%



Mg. Cd. Phaemyn B. Ibazeta Rodriguez

Docente UDH

DNI N° 44187310

Código ORCID N° 0000-0001-8186-0528

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación tesis se la dedico en primer lugar a nuestro Dios Padre Todopoderoso, misericordioso por protegerme, guiarme y brindarme la sabiduría para poder completar mi trabajo de tesis y así También dedicarla a mis amados Padres que con tanto amor me forjaron y velaron por mí, con su amor infinito el cual permiten que hoy tenga la oportunidad de lograr este gran objetivo.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a nuestro divino Dios y al santísimo del altar por darme la vida llena de mucho amor y bendecirme con una buena salud.

Agradezco a la vez infinitamente con mucho amor a mi madre Marleny y mi padre Esayis por apoyarme de manera incondicional en cada paso de mi vida que doy. Y por brindarme su apoyo en los buenos y malos momentos de mi vida, de esta manera agradecer a mis hermanos Robinson y Jhonatan por ayudarme y ser un claro ejemplo para mi formación como personal y profesional. Cada logro que adquiero es para cada uno de ellos.

Agradecer a cada institución educativa en la cuales forme parte como estudiante y a cada uno de los docentes que aportaron a mi formación profesional.

Agradezco a mi asesor por dedicar su tiempo y guiarme en mi presente trabajo de investigación de tesis, Agradezco a la vez a cada doctor que me dio la oportunidad y confianza para poder crecer profesionalmente Agradezco también por encontrarme con compañeros y colegas que me brindaron su apoyo incondicionalmente.

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	VI
ÍNDICE DE FIGURA .....	VII
RESUMEN .....	VIII
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I .....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2.1. PROBLEMAS GENERAL.....	14
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	14
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL .....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA .....	17
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA .....	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA .....	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPITULO II.....	19
MARCO TEÓRICO .....	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....	19
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES .....	21
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	25
2.2. BASES TEÓRICAS.....	26
2.2.1. EDENTULISMO .....	26



2.2.2.	REBORDE RESIDUAL.....	33
2.2.3.	EXTREMO LIBRE .....	39
2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES .....	41
2.4.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN .....	42
2.4.1.	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN .....	42
2.4.2.	HIPÓTESIS NULA.....	42
2.5.	VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
CAPÍTULO III.....		44
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....		44
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	44
3.1.1.	ENFOQUE.....	44
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL .....	44
3.1.3.	DISEÑO .....	45
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	45
3.2.1.	POBLACIÓN .....	45
3.2.2.	MUESTRA.....	46
3.3.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	46
3.3.1.	TÉCNICAS .....	46
3.3.2.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
3.3.3.	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
3.4.	PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS .....	48
3.4.1.	PLAN DE TABULACIÓN .....	48
3.4.2.	PLAN DE ANÁLISIS.....	48
CAPÍTULO IV.....		49
RESULTADO .....		49
4.1.	PROCESAMIENTO DE DATOS .....	49
CAPITULO V.....		56
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		56
CONCLUSION .....		59
RECOMENDACIÓN.....		60
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....		61
ANEXOS .....		65

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes con reborde residual de acuerdo a la clase de Seibert .....	49
Tabla 2. Distribución de los pacientes que presenta extremo libre según la clasificación de Kennedy.....	50
Tabla 3. Distribución de los pacientes de acuerdo al tiempo de edentulismo .....	51
Tabla 4. Distribución de pacientes según los antecedentes protésica .....	52
Tabla 5. Distribución de los pacientes parcialmente edéntulos según su posición dentaria.....	53
Tabla 6. Distribución de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parciales según el rango de edad .....	54
Tabla 7. Clasificar según el sexo de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parcial .....	55

## ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Distribución de los pacientes con reborde residual de acuerdo a la clase de Seibert .....	49
Figura 2. Distribución de los pacientes que presenta extremo libre según la clasificación de Kennedy.....	50
Figura 3. Distribución de los pacientes de acuerdo al tiempo de edentulismo .....	51
Figura 4. Distribución de pacientes según los antecedentes protésica.....	52
Figura 5. Distribución de los pacientes parcialmente edéntulos según su posición dentaria.....	53
Figura 6. Distribución de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parciales según el rango de edad .....	54
Figura 7. Clasificar según el sexo de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parcial .....	55

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**METODO:** Investigación es de tipo básico porque esto incrementa el conocimiento teórico, Es de tipo prospectivo por que se trabaja con modelo de estudio e historias, es de corte transversal y de tipo observacional. Es de enfoque cuantitativo. Está constituido por 80 pacientes edéntulo parcial de lo cual presentaran reborde residual con extremo libre que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**RESULTADOS:** Obtenidos de los pacientes según clasificación Seibert, el 40% de pacientes atendidos presenta la Clase II, 32.5% la Clase III y el 27.5% la Clase I, de la misma manera obtendremos los resultados de la clasificación según Kennedy, el 68.75% de pacientes asistidos presenta la Clase II y 31.25% la Clase I. Según el tiempo de edentulismo; el 45% de pacientes atendidos perdió su primer diente mayor de 6 años, el 31.25% de 4 años a 6 años, el 17.50% de 1 año a 3 años y por último el 6.25% menor de 1 año. Pacientes que no presentaban antecedente protésico es el 63.25% y un 36.25% de pacientes atendidos si presentaba. Nos muestra los pacientes con edentulismo parcial según su ubicación en la arcada dental; el 56.25% en el maxilar inferior, el 27.5% la arcada superior y el 10% restante en ambas arcadas.

**CONCLUSION:** La clasificación de Seibert según los tipos de reborde residual que se llegó a encontrar fue la Clase II entre el intervalo de edad de 25 a 43 años y de los cuales las mujeres predominan esta clasificación. Y a la vez que la clase II de Kennedy predomina en este estudio que se encontraba mayormente en maxilar inferior. El tiempo de edentulismo que presentaban es de 4 años a 6 años según la edad y según el sexo femenino mayor de 6 años. Los pacientes que llegaron ser parte del estudio no presentaban antecedentes protésicos.

**Palabras clave:** Reborde Alveolar Residual, Edentulismo, Factores de edentulismo, clasificación de Kennedy, cambio dimensionales.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the most frequent types of residual ridges with free end presented by partial edentulous patients attending the Trujillo Dental Medical Center, Huánuco 2022.

**METHOD:** Research is of a basic type because this increases theoretical knowledge. It is of a prospective type because it works with a study model and stories, it is cross-sectional and observational. It is quantitative approach. It is reformed by 80 partially edentulous patients of which they will present a residual ridge with a free end who attend the Trujillo Dental Medical Center, Huánuco 2022.

**RESULTS:** Obtained from patients according to Seibert classification, 40% of patients attended have Class II, 32.5% Class III and 27.5% Class I, according to the Kennedy classification, 68.75% of patients treated have Class II and 31.25% Class I. According to the time of edentulism; 45% of patients attended lost their first tooth older than 6 years, 31.25% from 4 years to 6 years, 17.50% from 1 year to 3 years and finally 6.25% under 1 year. Patients who had no prosthetic history are 63.25% and 36.25% of patients attended if presented. It shows us patients with partial edentulism according to their location in the dental arch; 56.25% in the lower jaw, 27.5% in the upper jaw and the remaining 10% in both arches.

**CONCLUSION:** The classification of Seibert according to the types of residual ridge that was found was Class II between the age range of 25 to 43 years and of which women predominate this classification. And at the same time that the Kennedy class II predominates in this study that was mostly in the lower jaw. The time of edentulism that they presented is from 4 years to 6 years according to age and according to the female sex over 6 years. The patients who became part of the study had no prosthetic history.

**Keywords:** Residual Alveolar Ridge, Edentulism, Edentulism Factors, Kennedy Classification, Dimensional Change.

## INTRODUCCIÓN

La realización de la investigación, apunto a que el problema de edentulismo parcial o total es un problema cada vez más frecuente en la población mundial de tal motivo las personas con bajos y medido recurso económico tengan un ayuda por medio de programas para que de esta manera evitar padecen enfermedades bucodentales que actualmente optan por extraer la pieza dentaria. Las causas o factores principales que trae este periodo patológico de edentulismo es la lesión cariosa del diente y la enfermedad periodontal que al no diagnosticar y tratar tempranamente se llega a perder la pieza dental y de los cuales empieza la reabsorción del reborde residual que es un proceso crónico, progresivo e irreversible. este proceso de reabsorción progresiva se puede disminuir realizando estrategias a futuro para ayudar a los pacientes realizando una rehabilitación protésica reemplazando los dientes perdidos.

Por lo tanto este contexto de la investigación identificaremos la constancia de alveolo residual con extremo libre en paciente edéntulo parcial que acuden al centro médico dental Trujillo, Huánuco 2022 de los cuales tomaremos esta frecuencia mediante encuesta y muestra de los modelos de estudio definitivo, para que de esta identificar cual es la clasificación más frecuente según Seibert y la edad más concurrida que las personas pierden la pieza dental para así abarcar ese grupo de paciente y poder cada profesional odontológico concientizar mediante promoción de salud para que de esta manera ayudar a que no sea frecuente la perdida de diente. La muestra de nuestro estudio mayormente fue en pacientes que presentan extremo libre la clasificación I y clasificación II de Kennedy.

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se hizo en cinco capítulos de los cuales tenemos:

En el primer capítulo se enfocará principalmente en los problemas de la investigación de los cuales son describir el problema, formulación del general del problema, los objetivos, la justificación, limitación y su viabilidad. En el capítulo dos se enfocará en el marco teórico de los cuales referencia nivel

(Internacional, Nacional y Regional) base teórica de los cual desarrollaremos el concepto general del reborde residual, edentulismo y un poco de extremo libre; las hipótesis, la variable y nuestra operacionalización de variable. En el capítulo tres hablaremos de los métodos que usaremos en nuestro proyecto así el tipo de investigación, y nuestra investigación una perspectiva cuantitativa, el estudio será de tipo descriptivo, con una población que acuda al Centro Médico Dental Trujillo que muestra solo será las personas con extremo y usaremos métodos y recolección de la muestra. En el capítulo cuatro se plantea los resultados obtenidos mediante la recolección de muestra mediante los tablas y gráficos obtenidos y por terminar el del capítulo cinco se planteó una discusión de los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de acuerdo a los objetivos estudiado para así de esta manera presentar una recomendación.



# CAPÍTULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El edentulismo parcial es una condición de salud oral que corresponde a la pérdida de fragmentos de dientes. Este es un evento que se presenta con frecuencia y puede deberse a diversas causas como, por ejemplo: caries dentaria, periodontitis, algún traumatismo o falta de erupción. La falta de dientes puede conducir a una disminución de la función masticatoria, lo que provoca diversas enfermedades del sistema digestivo. <sup>(1)</sup>.

Según el MINSA (Ministerio de Salud del Perú) en el 2012 las personas empiezan a perder dientes de forma temprana, lo que se vincula con la prevalencia de factores de riesgo como caries y periodontitis en la mayoría de la población peruana, ya que al menos 90 de cada 100 personas la padecen <sup>(2)</sup>.

Los rebordes parcialmente edéntulos pueden retener parcialmente la morfología del reborde. Tradicionalmente, una cresta que retiene las dimensiones bucolingual y mesiodistal del proceso alveolar después de la pérdida o extracción del diente se define como una cresta alveolar normal. Sin embargo, dado que el ápice de la raíz y las papilas interdentes ya no están presentes, surge la pregunta de si realmente puede tratarse de una cresta mandibular "normal". <sup>(3)</sup>.

La reabsorción del reborde alveolar residual es un proceso de pérdida ósea constante que ocurre en todos los pacientes parcialmente desdentados, con diferencias individuales en el grado de pérdida ósea tras la extracción y uso de prótesis completa, con un aumento de 4 veces en la mandíbula. En el Perú no existen datos nacionales oficiales sobre la incidencia del desdentado total, pero la evidencia empírica indica que es alta, especialmente entre los adultos mayores. <sup>(4)</sup>.

Por tal motivo, la presente investigación tiene como propósito determinar cuál de los tipos de rebordes residuales según Seibert es más frecuente en pacientes edéntulos parciales con extremo libre, tener un adecuado diagnóstico y pronóstico y de esta manera a futuro crear estrategias para ayudar rehabilitación protésica.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMAS GENERAL**

¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

#### **Pe. 01.**

¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes según clasificación de Seibert con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

#### **Pe. 02.**

¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según Clase I y II de Kennedy que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

#### **Pe. 03.**

¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según el tiempo de edentulismo que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

**Pe. 04.**

¿Cuáles son los tipos rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según antecedentes protésicos que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

**Pe. 05.**

¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según su ubicación de la arcada dental que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

**Pe. 06.**

¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según edad y sexo que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?

**1.3. OBJETIVOS**

**1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Oe. 01.**

Identificar los tipos de rebordes residuales más frecuentes según clasificación de Seibert con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**Oe.02.**

Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según Clase I y II de Kennedy que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**Oe. 03.**

Identificar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según el tiempo de edentulismo que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**Oe.04.**

Determinar los tipos rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según antecedentes protésicos que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**Oe.05.**

Identificar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según su ubicación de la arcada dental que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

**Oe. 06.**

Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según edad y sexo que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

El reborde residual es una consecuencia de la pérdida dental de lo cual esto desencadena alteraciones oclusales y a su vez asociado con una baja calidad de vida desde muy temprana edad y la desnutrición. Es necesario identificar el estado en el que se encuentra la cavidad bucal de dicho paciente; para así de este modo brindar una atención odontológica óptima y una atención de la más alta calidad.

Teniendo esto en cuenta, este informe evalúa la naturaleza de la frecuencia del reborde residual en pacientes parcialmente edéntulos con extremos libres y considera las características como base para el correcto desarrollo del diagnóstico y pronóstico en rehabilitación protésica del paciente.

### **1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

Los resultados del presente estudio permitirán proponer mejoras como muestra para obtener datos adecuados de la cavidad bucal de los adultos jóvenes y mayores; también determinar la influencia de la edad promedio que el paciente presenta y a su vez el género, para que los pacientes adquieran un hábito responsable debemos por medio de prevención primaria capacitarlos y también tener políticas de salud adecuada para lograr reducir el problema del Edentulismo parcial.

Y de la misma manera poder elaborar a futuro estrategias que podrá ayudar a la satisfacción del paciente al realizar una rehabilitación protésica reemplazando los dientes perdidos a una prótesis funcional.

### **1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

Los métodos aplicados en la investigación están definidos por reglamentos y normas; de los cuales nos proporcionará conocimientos reales y actuales del tipo de rebordes residuales de la población de Huánuco una vez realizado su validez y su confiabilidad de los métodos

aplicados y así que podrá servir como base para la realizar nuevos trabajos de investigación ya que la presente investigación tiene métodos teórica de fuentes bibliográficas y artículos científicos relacionados con el tema a tratar, otorgando a su vez una mejor calidad de vida a los usuarios.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La principal limitación para realizar esta investigación es que se encontró mínima información del presente trabajo respecto al planteamiento de los antecedentes locales.

Y a la vez que nuestro país recién acaba de pasar un estado de emergencia y estamos en una etapa de estabilización. Que por esta razón nuestra investigación se encontrará de población limitada de esta manera tener un adecuado protocolo de atención y una adecuada bioseguridad a cada paciente.

### **1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

- Teórico: El trabajo de investigación cuenta con disponibilidad de recursos teóricos tanto físicos (libros, tesis y revistas) como digitalmente con respecto al tema de investigación.
- Económico: El estudio es viable para su ejecución, así mismo se cuenta con los recursos económicos en su totalidad; que será autofinanciado por el investigador.
- Social: A nivel personal se cuenta con las herramientas y el tiempo necesario que requiera el proyecto de investigación. A la vez el consultorio privado Dental Trujillo nos brinda la oportunidad y apoyo para poder desarrollar el proyecto de investigación. De los cuales los pacientes atendidos nos colaboraran brindando un lapso de tiempo para realizar la entrevista.
- Tecnológico: la disponibilidad de la tecnología que requerimos para poder realizar en el proyecto de investigación son computadoras, cámara y libreta de encuesta.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

##### 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Almusallam S, et al. Arabia Saudita, 2020. “La prevalencia del edentulismo parcial y el edentulismo completo entre adultos y por encima de la población de la Ciudad de Riyadh en Arabia Saudita”.** **Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo total y parcial entre la población adulta y anciana de la ciudad de Riyadh, en función del sexo, edad y nivel educativo de cada persona. La información se refiere a la ausencia de las piezas dentarias, que nos ayudará a tomar medidas para mejorar la salud bucodental en el futuro. **Metodología:** El estudio se realizó en diferentes centros dentales de la ciudad de Riad en 2018-2019 utilizando un método de conglomerados estratificado. Se seleccionó un total de 618 sujetos de 35 a 74 años mediante muestreo por conveniencia y se recopiló información sobre el edentulismo, seguida de evaluación clínica. **Resultados:** en base del resultado obtenido de la muestra general, 349 (56,5%) eran hombres y 261 (43,5%) mujeres. Una evaluación general del edentulismo encontró que a la mayoría de los sujetos 426 (69%) les faltaba uno o más dientes. Entre estos sujetos se encontraban (2,6 %) sujetos totalmente desdentados que constituían (1,8 %) de la muestra total. **Conclusiones:** Lo cual concluyendo con un alto porcentaje de pacientes adultos les faltaban dientes, y el edentulismo completo se encontró principalmente en los ancianos <sup>(5)</sup>.

**Quilumbaqui D. Ecuador, 2019. “Edentulismo Parcial y Total en pacientes que acudieron al Centro de Salud tipo C Tabacundo durante los periodos 2014 -2018”.** **Objetivo:** Determinación del número de pacientes con edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy y edentulismo completo superior e inferior en pacientes mayores de 20 años en el Centro de Salud de Tabacundo Tipo C para

los periodos 2014-2018. Para ello se registraron casos en los que se requirieron prótesis; utilizando un diseño metodológico descriptivo, transversal y retrospectivo en el análisis de historias de casos. Reviso atentamente la ficha dental del Centro de Salud de Tabacundo Tipo C 1801. **Metodología:** la investigación se llegó a rendir una identificación de conceptos de datos demográficos incluyendo la codificación de la recopilación de historias clínica, el sexo, edad, arcada, y pacientes que es completamente desdentado o edentulismo parcial con respecto a la clasificación de Kennedy y su modificación que se encuentre. Emplearemos estadística se lo realizó a través del software SPSS 24. **Resultados:** Los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos para las variables examinadas. La presencia de pacientes con falta de piezas dentarias la población de estudio fue del 45%; 44,1% para hombres y 46,3% para mujeres, aunque no se puede decir que estas proporciones muestren una diferencia estadísticamente significativa. La presencia de brecha dental parcial en el maxilar superior ocurrió en el 67,8% de los casos, y en la mandíbula inferior - en el 82,7%, además, hubo brecha dental parcial en ambas mandíbulas en el 52,4% de los casos. El 4,3% de la muestra presentó edentulismo completo en el maxilar superior y solo el 1,8% en el maxilar inferior. En el maxilar predominó la clase III (78,8%), seguida de la clase II (12%). En la mandíbula también predominó la clase III (73,9 %), seguida de la clase II (14,8 %). La clase 1 (33,7 %) dominó las modificaciones del maxilar superior, seguida por el tipo 2 (11,4 %). Se observó una tendencia similar para la mandíbula, predominó el tipo 1 (43,7 %), luego el tipo 2 (9,2 %). El tipo de espacio entre dientes, ni en la dentición superior ni en la inferior, no fue dependiente del sexo sino asociado a la edad. **Conclusiones:** Se concluyó que las distintas modificaciones tampoco dependen del género sino mayormente del promedio de la edad, siendo los tipos I y II más frecuentes en los grupos de edad más jóvenes, 3 y 4, en el segmento de mayor edad <sup>(6)</sup>.

**Manimarán P, et al. India, 2017. “Edentulismo Parcial en una población rural según la clasificación de Kennedy: estudio**



**epidemiológico”.** **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas del desdentado parcial en el grupo de edad de 30 a 60 años en una población rural con base que nos proporciona Kennedy. Se hizo un estudio. **Metodología:** En este presente estudio se llevó a cabo una encuesta transversal entre 1000 pacientes de la población rural en JKK Nataraja Dental College, Komarapalayam, Namakkal District, Tamilnadu, India. En este estudio se utilizó un cuestionario previamente probado. **Resultados:** Se realizó la prueba de chi-cuadrado y lo que se llegó a conseguir en los resultados y Pvalor <0,05 se consideró estadísticamente significativo. **Conclusiones:** En esta tesis se ha realizado estudios que reveló que la condición parcialmente edéntula Clase III de Kennedy era más común que otras condiciones. Existe una correlación significativa entre la falta de conciencia, educación y estatus socioeconómico en relación con la pérdida de dientes entre la población<sup>(7)</sup>.

### 2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

**Mamani Y, et al. Perú - Juliaca, 2019. “Nivel de Reabsorción del Reborde Alveolar Residual y su influencia con la Prótesis Total en paciente de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca 2018”.** **Objetivo:** Evaluar la extensión de la reabsorción alveolar residual y su influencia con las prótesis totales. **Metodología:** El presente estudio fue de manera observacional de lo cual será descriptivo y que se tomara en un solo punto de lo cual se llamara de manera transversal, y la población estuvo conformada por pacientes adultos del complejo II y III sujetos a los criterios de exclusión e inclusión vigentes y una muestra de 39 pacientes utilizando la técnica observacional utilizando vernier digital como herramientas y anamnesis Enfermedad en el que se realizó la entrevista y se observó clínicamente la llegada. **Resultados:** En base al resultado obtenido por el grado de reabsorción del proceso alveolar remanente, estadísticamente no tiene efecto directo sobre la prótesis total según las tablas (7, 9, 10, 12, 13 y 14), pero clínicamente observamos en la tabla 10 el superior sector posterior izquierdo es alto el porcentaje de

reabsorción alveolar residual es del 76,90%. **Conclusiones:** Referido a los resultados de la tabla 10, la reabsorción alveolar residual del sector posterior superior izquierdo el proceso alveolar remanente del sector posterior superior izquierdo repercutirá en la elaboración de una prótesis completa funcional realiza en la clínica odontología de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez Juliaca 2018<sup>(8)</sup>.

**Marrón S. Perú - Lima, 2018. “Frecuencia de tipos de Rebordes Residual en Paciente Edéntulos Totales de la Clínica de la de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2017”.** **Objetivo:** Determinar la incidencia del reborde residual de manera como le clasifica Seibert en pacientes desdentados completos con y sin prótesis total funcional de la Clínica Básica de la Facultad de Odontología de la UNMSM en relación al intervalo de la edad y si presenta antecedente con algún aparato protésico. **Metodología:** Este estudio es de tipo descriptivo observacional y se tomara de un solo punto del tiempo, la muestra estuvo conformada por 30 pacientes. Durante el examen clínico intraoral, la información obtenida fue ingresada en el formulario de recolección de datos. Se analiza mediante estadística descriptiva con el paquete estadístico SPSS 21.0. **Resultado:** Para el grupo de edad 51-67 años de la arcada superior tipo 2 (N=11; 84,6%) 68-84 años 3er grado (N=11; 78,6%). Cresta alveolar residual inferior 51-67 años Grado 2 (N=11;84. 6%). 68-84 años, 3° grado (N=11; 78,6%). Una cresta superior con antecedentes de dentaduras postizas completas; Tipo 1 y los que usaban prótesis total funcional (N=7; 77,8%) nunca tuvo una antecedente prótesis total (N=2; 22,2%). Tipos de proceso alveolar inferior Tipo 1 y si hizo uso de antecedente prótesis completa (N=2; 66,7%) nunca usó prótesis total (N=1; 33,3%). **Conclusiones:** Finalmente, se concluye que la cresta residual según Seibert tipo 2 fue la más representada en la muestra. La reabsorción del proceso alveolar residual aumenta en pacientes mayores y la prótesis es un factor que influye <sup>(4)</sup>.

**Arévalo L. Perú - Lima, 2017. “Tipos de Reborde y su relación con el consumo de Bisfosfonato en paciente Edéntulos Completos, de la tercera edad de los Asilos en la Ciudad de Lima”. Objetivo:** Determinar el tipo de reborde residual y su asociación con la ingesta de bisfosfonatos en adultos mayores desdentados de residencias de ancianos de la ciudad de Lima, 2016. **Metodología:** la investigación abarcara 2 formas uno en un solo tiempo y el siguiente en varios puntos del tiempo, será parte de la investigación un total de 385 pacientes, 55 personas por Asilo, de la tercera edad que corresponde los de 60 años hacia adelante, en 7 Asilos diferentes como son: Albergue Central “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”, Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul, Asociación Religiosa Casa Hogar Santa Toribio de Mogrovejo, Casa de las Hermanitas de los Ancianos desamparados, Albergue Temporal Fraternidad Cristiana, Hogar San Francisco de Asís y Hogar Matilde Pérez Palacio; a los cuales a cada paciente que es parte de la muestra en esta investigación se les realizo el examen clínico intraoral correctamente para la evaluación de esta manera la frecuencia del reborde que presente en cada arcada maxilar, luego se le realizo una encuesta como parte de la anamnesis para registrar la información necesaria, finalmente se le tomo una impresión con alginato de cada arcada para el corte transversal de dicho modelo de estudio y la respectiva medida de la altura del reborde, desde la zona basal a apical. **Resultados:** Existe una asociación altamente adecuada entre los tipos de cresta residual y la clínica de bisfosfonatos en pacientes desdentados totales de tres años en residencias de ancianos de la ciudad de Lima. El predominio del tipo cresta residual tanto en la parte superior como inferior fue el tipo cresta en forma de SA con una proporción de 57,5% en la parte superior y 63,2% en la parte inferior. **Conclusiones:** Se recomienda desarrollar programas médicos adecuados para realizar medidas preventivas por medio de prevención primaria tanto a nivel farmacológico como odontológico y así brindarlas durante el tratamiento médico y rehabilitación <sup>(9)</sup>.

**Salazar L. Perú - Lima, 2017. “Frecuencia de Edentulismo Parcial en pacientes atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central año 1999-2016”.** **Objetivo:** Determinación de la frecuencia de maloclusiones parciales de mandíbula en pacientes atendidos en el departamento de odontología del Hospital Militar Central en los años 1999-2016. **Metodología:** En este estudio se llegó a generar datos de la frecuencia de paciente con piezas ausentes basado al estudio de Kennedy y sus modificaciones; para la recolección de datos se utilizó una ficha donde se plasmará todo lo observado por cada historia clínica que. estuvo conformada por 2,007 historias clínicas; y el estudio que nos enfocaremos será parte de nuestro estudio la investigación fue de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. **Resultados:** Después de haber obtenido los datos se logró descubrir una mayor frecuencia de ausencia dentaria parcial clase III estricto de Kennedy en la arcada superior e inferior. De lo cual la parte superior el sexo masculino presentó mayor incidencia de piezas ausentes parcial clase III respecto a Kennedy con 20,7%; y la parte inferior fue de 15,7%; el intervalo de las edades de 40-49 años presentaron mayor frecuencia de Edentulismo parcial con la clase III según clasificado por Kennedy en ambos maxilares, la ocupación Militar presentó Edentulismo parcial con la clase III estricto de Kennedy en el maxilar superior con 18,1% y en el maxilar inferior 12,2%. **Conclusiones:** De lo cual la teoría es que la conferencia III de Kennedy fue el grado más habitual encontrada en ambos maxilares de los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central <sup>(10)</sup>.

**Palaco V. Perú - Arequipa, 2016. “Grado de Reabsorción de Reborde Residual del Maxilar Interior en pacientes con Edentulismo Total tratados en la Clínica Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa-2016”.** **Objetivo:** Determinar el grado de reabsorción del proceso alveolar residual de la mandíbula en pacientes con ausencia total de las piezas dentarias, a la vez la relación de varias variables, como el sexo, la edad, el nivel educativo, con antecedente protésica, el tipo de reborde y el diámetro vestíbulo-lingual con la

reabsorción del proceso alveolar, fue examinado. **Metodología:** La población que conformo la investigación está compuesta por pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica Universitaria Alas Peruanas de Arequipa entre el intervalo de los meses de mayo y julio del 2016. Finalmente, se trataron 70 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos. **Resultado:** La gran mayoría de los pacientes de este estudio contaban con reabsorción de la cresta residual de la mandíbula de tipo IV (menos de 10 mm) independientemente de su ubicación (anterior: 92,9 %, derecha: 97,1 % e izquierda: 97,1 %). La reabsorción medio balanceado es entre 6,23 y 7,60 mm, siendo mayor en la región posterior (tanto derecha como izquierda). También se llegó a observar que la reabsorción es mayor cuanto mayor es la edad del paciente. **Conclusiones:** Qué, el género, el nivel de educación y si presentaba antecedente protésico no mostraron asociación con la reducción alveolar. De esta manera, el reborde tipo VI mostró más reducción alveolar que el tipo III, estas diferencias fueron estadísticamente significativas <sup>(11)</sup>.

### 2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

**Villanueva M. Perú - Huánuco, 2015. “Impacto del cuidado de Salud Bucal sobre el Grado de Edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el Distrito de Pillco Marca – Huánuco. 2015”.**  
**Objetivo:** Determinar el adecuado dominio del cuidado de la cavidad bucal sobre el grado de ausencia dentaria en personas de 20 a 60 años de la región Pilco-Marca-Huánuco. 2015. **Metodología:** El tipo de investigación que se llegó utilizar es de tipo cuantitativo inicial, se llegó evaluar la cavidad bucal y a la vez recolectar los datos a 390 personas, 202 mujeres y 188 hombres, se evaluó a residentes en una zona demográfica urbana y rural y se examinó la cavidad oral. Se utilizó una ficha de observación y cuestionario, y para plasmarlo nuestro paquete estadístico en Office Program y SPSS 20, prueba chi-cuadrado de Pearson, contraste de Fisher, prueba de Kruskal-Wallis y U Mann-Whitney. **Resultado:** en general los datos obtenidos de las personas examinadas tenían un grado de edentulismo del 100%, de los cuales el

31,8% (124) tenían un grado de reborde alveolar de 1°, 22,6% (88) 2°, 20,8% (81) 3°, 13, 3% ( 52) 0° y 11,5% (45) 4°. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos de este proyecto de investigación indican que el riesgo de pérdida de dientes está asociado a la falta de orientación, higiene personal y las campañas para la salud bucal; Por lo que se propone implementar un programa de promoción y prevención de la salud bucal para mejorar la calidad de vida <sup>(12)</sup>.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. EDENTULISMO**

#### **2.2.1.1. DEFINICIÓN**

La presencia de piezas dentarias está diseñada para que se conserve en la cavidad bucal por vida, su pérdida o edentulismo (parcial o total) es un proceso que se da a lo largo de la existencia. El edentulismo es prevenible, irreversible y mutilador. <sup>(13)</sup>. la capacidad de soportarlo hombres y mujeres sin restricción de edad, nacionalidad o color de piel <sup>(14)</sup>.

El andar desdentado es un ataque a la virtud del sistema masticatorio, que tiene problemas estéticas y funcionales adversas que cada paciente afectado percibe de diferentes aspectos. Se define como obstinado edéntulo, o desdentado a las personas que presencia ausencia de piezas dentaria generalizada o solo por sectores también conocido modificaciones. Es más prevalente en los adultos mayores por el tiempo e ambigüedad en toda la creación de la tierra y a la vez que presentan un escaso recurso económico. En varios formación epidemiológicos muestran que los adultos mayores con altura asociado barato con y sin altura educativo presentan más ausencia dentaria que las personas adultas mayores con mejor altura asociado barato y con instrucción más prevalente en los adultos mayores en toda la creación y está asociada a personas con altura asociado barato <sup>(15)</sup>.

Como se mencionó anteriormente, la ausencia parcial o completa se puede observar a cualquier intervalo de edad en la que ha habido una mordida permanente. Afecta principalmente a personas mayores de 40 años y alcanza su mayor expresión a partir de los 60 años, por lo que esta presencia la dentición parcial que esto es más frecuente que la total <sup>(14)</sup>.

#### **2.2.1.2. EPIDEMIOLOGIA**

La población de adultos con una edad avanzada en el Perú va aumentando proporcionalmente a lo largo de los años debido a las diferencias en las tasas de natalidad, mortalidad y esperanza de vida propias del desarrollo de las naciones. Por ello, se aprecian diferencias entre las pirámides la extensión de la población es de los años 1950 y 2015, aumentando significativamente el grupo de mayores de 60 años. Actualmente, las personas adultas mayores conforman el 10% de la población del Perú, pero se estima que para el 2025 constituirán el 13% de la población total (Instituto Nacional de Estadística, 2015). El crecimiento de este grupo va acompañado de una creciente necesidad de servicios sanitarios en este grupo poblacional, por lo que nuestros sistemas sanitarios deben estar adecuadamente preparados para hacer frente a esta propensión. Dentro de los principales problemas de salud que aquejan a las personas con avanzada edad, la ausencia total o parcial de las piezas dentarias supone uno de los mayores retos de salud pública a nivel mundial y local por las consecuencias funcionales, psicológicas, sociales y económicas que plantea, así como por su efecto sobre la salud integral de las personas que lo padecen. de esta enfermedad <sup>(16)</sup>.

Se presentó la Resolución Ministerial N° 619-2019/MINSA. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las personas mayores de 60 años tienen un promedio de 19 a 27 dientes con signos de caries, y el 80% de estos son extraídos o muestran signos de extracción, es decir, 16 a 24 La pérdida, o

caries avanzada, causa problemas en el habla y la masticación en una persona y afecta gravemente su capacidad para absorber nutrientes importantes más adelante en la vida.

Las enfermedades de cavidad bucal, como la caries dental, las enfermedades periodontales o la pérdida de piezas dentarias, ocupan la tercera causa de morbilidad en la población adulto mayor en los últimos 5 años, que además se asocian a enfermedades crónicas no transmisibles. Debido a la causa existente la presencia de factores de riesgo comunes que son debido (mala higiene bucal, dieta azucarada, dieta desequilibrada, consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol). Los adultos mayores son una ciudadanía propensa a la morbilidad y mortalidad por enfermedades incurable no transmisibles. De estas, la caries, la gingivitis o la periodontitis son enfermedades de evolución lenta y larga duración en este grupo de edad.

En el Perú, caries dental, incluida la enfermedad periodontal, que es la segunda causa de atención de adultos de 60 años y más en las consultas externas de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Prevalencia y gravedad de la enfermedad, que ocurre en los primeros años de vida. A nivel nacional, la prevalencia de inflamación gingival en niños de 3 a 9 años fue de 46,4% y de enfermedades periodontales de 52,5%. A nivel regional, la prevalencia de inflamación gingival entre escolares de 3 y 9 años superó el promedio nacional en 12 de 25 regiones:

Huánuco (79,9%), Madre de Dios (72,6%), Cusco (66,5%), Amazonas (64,8%), Ucayali (61,3%), La Libertad (61%), Puno (60,8%), Ancash (59,7%), Lambayeque (56,5%), San Martín (52,7%), Apurímac (52%) y Cajamarca (49,2%) <sup>(17)</sup>.



### 2.2.1.3. CAUSAS DEL EDENTULISMO

Algunas de las causas o factores del edentulismo parcial o total pueden ser los siguientes:

- Deficiencia de hábitos de limpieza bucal.
- Lesión cariosa
- periodontitis
- Traumatismos
- Rehabilitación deficiente y Tratamientos curativo
- Bruxismo
- Endocrino-metobolicas y Enfermedades sistema.
- Farmacoterapia (medicamento que provocan hiposalivacion)
- toxicomano<sup>(14)</sup>.

- **Lesión cariosa**

Se considera por ser una enfermedad contagiosa, pandémica, progresiva e de manera irreversible, con etiologías moderadoras como la salud general, el nivel socioeconómico y el nivel educativo. Estos factores aumentan las condiciones deplorables en la cavidad oral, aumentando la severidad de la caries y el riesgo de pérdida de dientes.

Mayormente los grupos sociales con escasos recursos, la pérdida dental se ve como algo común desde la edad infante, El motivo principal de la extracción dental es la caries, que marca la tendencia a la caída de los dientes permanente.

- **Periodontitis**

Es una enfermedad que su principal causa es de origen bacteriano que provoca infección de baja intensidad, con importantes consecuencias metabólicas y una reacción inflamatoria local que destruye los tejidos dentarios, situación que se agrava cuando se presenta una escasa producción salival (por

enfermedades sistémicas, efectos de fármacos, entre otros), tabaquismo, así como mala higiene bucal, las que favorecen la colonización bacteriana y sus efectos. Con el avance de la edad y la presencia de enfermedades sistémicas, estas predisponen a la pérdida del aparato de soporte y, por lo tanto, al edentulismo <sup>(13)</sup>.

#### **2.2.1.4. TIPOS DE EDENTULISMO**

La ausencia de la pieza dentaria se puede presentar de dos maneras:

- a) Edentulismo parcial.
- b) Edentulismo total.

##### **a) Edentulismo Parcial**

Las personas mayores de 60 años que eran parcialmente edéntulos perdieron una aproximado de 10 dientes, e incluso los ancianos perdieron 3 dientes más que este grupo. Las estadísticas de dientes perdidos parcialmente son las mismas para hombres y mujeres. En un estudio de 1987, la mayor transición de arcada completa a parcialmente edéntulo se observó en personas de 35 a 54 años. Otros estudios muestran que, entre los civiles estadounidenses no institucionalizados, uno de cada cinco usa algún tipo de rehabilitación protésica. El número total de pacientes potenciales a los que les faltaba al menos un cuadrante posterior en el estudio de EE. UU. fue de más de 44 millones.

##### **b) Edentulismo Total**

El edentulismo o la ausencia de dientes no es un fenómeno aleatorio ni saludable en la población adulta. A menudo, esto es el resultado de extracciones dentales excesiva por causa un proceso patológico combinado con lesiones caries, periodontitis o como una forma de reducir los costos asociados con el tratamiento dental. El motivo principal de que se pierdan todos los dientes, que corresponde a las consecuencias patológicas de la enfermedad,

está directamente relacionado con la edad del paciente. La tasa promedio de desdentados en la edad adulta temprana aumenta en un 4% por año. por década y aumenta en más del 10% por década después de los 70 años. En general, el promedio de dientes perdidos en el mundo a la edad de 60 años es del 20%. Los ingresos a menudo están relacionados con el nivel educativo y también pueden afectar las tasas promedio de pérdida de dientes. (18).

Después de la pérdida dental el proceso alveolar pierde su función y va al encuentro de la reabsorción. La magnitud y las modalidades de reabsorción dependerán del espesor de las corticales, de la patología que ha llegado a la extracción del diente, de la técnica de extracción, el tiempo transcurrido después de la extracción dentaria y, por último, el tipo de prótesis utilizado por el paciente (19).

#### **2.2.1.5. CLASIFICACIÓN DE ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULAS**

La clasificación parcialmente de las arcadas desdentada debe presentar los siguientes requisitos:

- Debe permitir del tipo de arcadas que se considere la representación visual inmediata.
- Debe permitir la diferenciación entre las dentaduras parcialmente las dentomucosoportadas y dentosoportadas.
- Debe ser generalmente aceptada.

#### **Clasificación de Kennedy**

Dr. Kennedy clasificó las arcadas semiedéntulas en cuatro tipos básicos, que he modificado, siendo el área edéntula ligeramente diferente de los tipos básicos.

- Tipo I: área desdentado bilateral posterior a los dientes naturales (extremo libre bilateral)
- Tipo II: área desdentado unilateral posterior a los dientes naturales remanente (extremo libre unilateral)
- Tipo III: área desdentado unilateral con dientes naturales remanente delante y detrás del área edéntula.
- Tipo IV: área desdentada única bilateral (que atraviesa la línea media).

Solo la clasificación uno, dos y tres pueden tener modificaciones dado que cualquier área desdentada adicional estará posterior al área que presenta pieza dental de la clasificación bilateral de la Tipo IV.

Applegate da a conocer variaciones de la clasificación tres de Kennedy y las denomina:

- Clase V: área desdentada limitada por dientes posteriores y anteriores donde el diente anterior no es adecuado para ser usado como pilar.
- Clase VI: área desdentada limitada por dientes posteriores y anteriores es apto para poder ser uso protésico.

Las clases tercera, quinta y sexta son soluciones clínicas diferentes y cada una requiere consideraciones de diseño diferentes <sup>(20)</sup>.

#### **2.2.1.6. ÍNDICE DIAGNÓSTICO PROSTODÓNTICO PARA EL PACIENTE DESDENTADO PARCIAL**

El sistema de clasificación oficial de la Academia Estadounidense de Prostoncia para pacientes con dentición completa agrupa la complejidad del tratamiento según dos criterios:

1. El estado de la pieza dental.
2. El esquema oclusal

Se identifican los criterios mencionados en pacientes como

1. Clase 1 (mínimamente comprometidos)
2. Clase 2 (moderadamente comprometidos)
3. Clase 3 (sustancialmente comprometidos)
4. Clase 4 (severamente comprometidos)

**a) Índice diagnóstico protodéntico para el Paciente dentado**

**Clase 1:** Pacientes que tienen (un diente mínimamente dañado con un arco continuo) que requieren tres o menos tratamientos de restauración y ningún tratamiento adicional (periodontal, endodóntico, ortodóntico, etc.)

**b) Índice diagnóstico protodéntico para el Paciente dentado**

**Clase 2:** Presencia (diente moderadamente dañado, ausencia de zonas dentarias, incisivos sanos, patología que afecte a la morfología coronal de 4 o más dientes en el sextante. Cuatro o más dientes) que requiera tratamiento sextante adicional (terapia periodontal, endodoncia, ortodoncia, etc.) <sup>(21)</sup>.

## **2.2.2. REBORDE RESIDUAL**

### **2.2.2.1. DESCRIPTIVO**

La cresta alveolar es un área especializada de la mandíbula; su función principal es dar soporte a los dientes naturales. Constan de una mesa exterior y una mesa interior de hueso compacto (22). Entre los huesos que componen el cuerpo humano, el hueso, que está compuesto principalmente por tejido esponjoso, es el hueso con menor capacidad de reemplazo óseo. Esto se debe al bajo metabolismo de este tejido óseo. En este sentido, la mandíbula se compone principalmente de tejido esponjoso, lo que provoca diversos grados de reemplazo y reabsorción ósea y, en casos graves, conduce a la atrofia de la mandíbula. El proceso de atrofia

ósea y pérdida de hueso alveolar después de la extracción dental está bien descrito <sup>(23)</sup>.

**a) Reborde alveolar residual:**

- Es parte del proceso alveolar que queda después de la pérdida del diente.
- Consta de mucosa, submucosa, periostio y restos de hueso alveolar subyacente.
- Recibe fuertes fuerzas concentradas en un área específica, que es la causa de la pérdida ósea no deseada.
- Se observa la relativa disminución del tamaño transversal del proceso maxilar superior y el aumento del tamaño transversal mandibular a medida que avanza la resorción.

Las propiedades de la base de la dentadura dependen de muchos factores, tales como:

- Morfología del esqueleto existente (biotipo)
- Etiología de la pérdida dentaria.
- Edad a la que se extrajo el diente.
- La técnica quirúrgica utilizada.
- Cualificación en el uso de prótesis removibles.
- La presencia de hábitos funcionales <sup>(22)</sup>.

**2.2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA**

Posterior a la extracción, la reabsorción comienza el día 14, lo que resulta en la pérdida de más del 20 % de la corteza vestibular en las primeras 12 semanas. En la primera fase del proceso de curación, primero se remodela la pared oral en el sitio de extracción <sup>(24)</sup>.

Hubo evidencia de una reducción del 24% (alto) y del 65% (ancho) en la masa ósea en la región anterior del maxilar, lo que resultó en una pérdida ósea total de aprox. 34% en la región posterior del maxilar. , esta pérdida es aún más severa y puede ser necesario un aumento de hueso alveolar antes de la rehabilitación (25). Se ha comprobado que la pared del hueso vestibular suele estar formada únicamente por fascículos o fascículos, que provocan una mayor reabsorción tras la extracción del diente. idéntico. Después de 12 meses, se observó una reducción del ancho bucolingual de aproximadamente un 50 % (24).

### **2.2.2.3. ANATOMÍA**

El reborde alveolar está formado por las caras exterior e interior de cada maxilar y un tabique intraalveolar que se extiende de un lado al otro, delimitando las divisiones alveolares o interradiculares separadas por tabiques a nivel de varios segmentos radiculares. La atrofia ósea, particularmente causada por la pérdida de dientes, da como resultado una pérdida ósea progresiva y rebordes alveolares residuales de origen edéntulo (25).

La mucosa oral adherida al maxilar, también conocida como superficie corporal, es el punto de apoyo principal de la prótesis, absorbiendo las fuerzas generadas por el hueso y, por lo tanto, sosteniéndolo. Una mucosa delgada y atrófica tiene una clara desventaja en términos de resistencia mecánica frente a áreas de la epidermis gruesas y vascularizadas. A menudo se reduce el grosor para alargar la vida de la prótesis como mecanismo de adaptación (27).

#### **a) Tipo de mucosa**

- Resiliente. - Es una mucosa de espesor adecuado que permite una ligera compresión para absorber la fuerza masticatoria de la restauración. mejor pronóstico

- Firme. - Es una mucosa delgada e incompresible que a menudo se irrita en áreas donde la prótesis puede producir fuerzas oclusales más altas.
- Flácido. - Es una mucosa excesivamente gruesa, muy blanda y móvil. Este tipo de mucosa es desventajosa porque permite el movimiento de la prótesis. Dificultad para resistir el esfuerzo de masticar.

## **b) Tuberosidad**

Son bilaterales y pueden variar en forma y tamaño. Suelen ser voluminosos y proporcionan muy buena estabilidad protésica. Es un área reservada si son de suficiente tamaño y forma protésica por excelencia.

- Grande: Estas hipertrofias están formadas por un tubérculo maxilar bien delimitado, que suele ser producto de la extrusión dentaria
- Normal: Consta de puntas maxilares de tamaño normal.
- Pequeña: Los ganglios se reducen de tamaño, lo que puede ser el resultado de una reabsorción grave o una extracción dental traumática <sup>(22)</sup>.

## **c) Apófisis alveolar. Cambios dimensionales posextracción en los tejidos duros y blandos**

La presencia de dientes es de la cual dependa la formación y preservación alveolar depende de la. La pérdida de dientes provoca una serie de cambios adaptativos que afectan tanto a los tejidos duros como a los blandos.

### **• ¿Qué ocurre a nivel de los tejidos duros?**

Los cambios en las crestas alveolares después de la extracción dental se han estudiado ampliamente. Araujo &



Lindhe y Araujo et al. Estudios experimentales con perros. Se ha demostrado que durante los dos o tres primeros meses se producen cambios dimensionales pronunciados en el reborde alveolar, que son más pronunciados en la corteza vestibular. Por lo tanto, el centro de la cresta alveolar se mueve lingual/palatinamente.

La corteza vestibular reabsorbe hasta un 56% horizontalmente, mientras que la corteza lingual reabsorbe hasta un 30%. En general, la superficie superior tiene una tasa de absorción horizontal de hasta el 50%.

Una revisión sistemática reciente basada en ensayos clínicos mostró que el cambio medio en la cresta alveolar fue de 3,8 mm en dirección horizontal y 1,24 mm en dirección vertical a los 6 meses después de la extracción del diente. En los casos más extremos, después de la pérdida de un diente, se puede perder todo el proceso alveolar, en cuyo caso solo quedan los huesos básicos del maxilar y la mandíbula.

- **¿Qué ocurre a nivel de los tejidos blandos?**

Inmediatamente después de la extracción del diente, el alvéolo restante no está cubierto por tejido blando. Se curará por segunda intención. Durante las siguientes semanas, a medida que proliferan las células, aumenta el volumen de tejido blando, cerrando las entradas a los alvéolos. Los cambios en el contorno del tejido blando corresponden a cambios que afectan el contorno del tejido duro subyacente que rodea el sitio de extracción <sup>(28)</sup>.

#### **2.2.2.4. CLASIFICACIÓN**

##### **Clasificación de los defectos del reborde**

**Seibert, en 1983**, clasifica los defectos del reborde alveolar en tres categorías según sus componentes horizontal y vertical:

- Clase I: Pérdida de la dimensión de la faceta, manteniendo la altura normal (tamaño apicoronar) de la cresta.
- Clase II: Pérdida del tamaño de la cresta del borde, manteniendo el ancho normal (tamaño de la boca) de la cresta.
- Clase III: Pérdida de las dimensiones exterior e interior. Pérdida de la altura y el ancho normales de la cresta <sup>(24)</sup>.

#### **2.2.2.5. TIEMPO DE AUSENCIA DE DIENTE**

Las piezas dentales transfieren presión y estrés a los huesos circundantes. Estas fuerzas se han medido como efectos piezoeléctricos sobre los cristales imperfectos de hidroxiapatita que forman la parte inorgánica del hueso. Cuando se pierde un diente, la falta de estimulación en el hueso remanente provoca una disminución de la densidad ósea y trabecular en esa zona, lo que se traduce en una disminución del ancho y alto externo del volumen óseo. En el primer año después de la extracción inmediata de las prótesis, el ancho del hueso disminuyó en un 25% y la altura total disminuyó en 4 mm. En un estudio longitudinal de 25 años de pacientes desdentados, las vistas cefalografías revelaron una pérdida ósea continua durante este período; se observó una pérdida de cuatro veces en la mandíbula. En cualquier caso, la pérdida ósea en el maxilar también es importante en pacientes edéntulos de larga duración, ya que el maxilar inferior tiene el doble de largo que el maxilar.

Una pieza dental es necesario para el crecimiento del hueso alveolar, y la estimulación de este hueso es necesaria para mantener su densidad y volumen. Una prótesis removible (parcial o totalmente) que no estimula ni mantiene el hueso; en cambio, acelera la pérdida ósea. La fuerza de masticación se transmite solo a la superficie del hueso, no a todo el hueso. Como resultado, disminuye el suministro de sangre y se produce una pérdida total de masa ósea. <sup>(18)</sup>.

### **2.2.3. EXTREMO LIBRE**

#### **2.2.3.1. DESCRIPCIÓN**

Las piezas dentarias perdidas más comunes vienen a ser los molares. El edentulismo parcial extendido es motivo de mayor preocupación porque a estos pacientes a menudo se les reemplazan los dientes con prótesis parciales removibles. Esta condición es rara en personas con una edad menor a los 25 años. En todos los grupos de edad, el edentulismo mandibular en el extremo libre fue mayor que en su contraparte maxilar. En los grupos de edad más jóvenes (25-44 años), la extensión unilateral de los arcos maxilar y mandibular fue más común que el edentulismo bilateral. Se estima que 13,5 millones de personas en estos grupos de edad más jóvenes sufren de elongación de los dientes independientemente de la arcada dental <sup>(18)</sup>.

#### **2.2.3.2. EPIDEMIOLOGIA**

Entre los pacientes de 45 a 54 años, el extremo libre del maxilar inferior edéntulo representó el 31,3 %, el arco del maxilar superior representó el 13,6 %. En el último de los grupos 9,9 millones de personas tenían al menos un cuadrante desdentado, la mitad de los cuales tenían al menos desdentado parcial bilateral. El patrón de ausencia de dientes posterior se desarrolló en el grupo que va desde los 55 a 64 años, donde el 35% de las arcadas mandibulares tenían extensiones dentarias y el 18% de las arcadas maxilares. Por lo tanto, un aproximado de 11 millones de personas dentro de este grupo de edad son las candidatas potenciales para implantes. Otros 10 millones de personas de 65 años o más tienen pérdida parcial <sup>(18)</sup>.

Otros estudios muestran que, entre los civiles estadounidenses no institucionalizados, uno de cada cinco usa algún tipo de prótesis removible. La cantidad total de pacientes

potenciales con tan solo un cuadrante de pérdida de dientes posteriores en el estudio de EE. UU. fue de más de 44 millones <sup>(18)</sup>.

### **2.2.3.3. PROBLEMÁTICA CLÍNICA DEL EXTREMO LIBRE**

El principal problema del tratamiento extendido de la PPR es la diferente respuesta viscoelástica de la columna dentaria a la parte mesial del pilar protésico y de los tejidos blandos a la parte distal; Las fuerzas oclusales tienden a provocar más desplazamiento de la base porque la dentadura posterior no se ve afectada por la protección del pilar. Esto a veces puede provocar desalineación del retenedor, desalineación de la mordida y dolor en el tejido blando debajo de la articulación o la base de la dentadura, a menudo después de un uso prolongado. Además de la reabsorción constante de la cresta alveolar, se requiere mantenimiento, reemplazo de la prótesis o reemplazo de la prótesis debido a la presión constante en el sótano.

Como probablemente la solución a este problema clínico, hace unos 20 años se propone la colocación de implantes en la extensión distal de la base de la prótesis, permitiendo convertir la Clase I o II de Kennedy a Clase III a un precio relativamente bajo <sup>(29)</sup>.

### **2.2.3.4. VÍA DE CARGA EN PPR**

- Dentaria: La fuerza es completamente resistida por los dientes pilares, sin participación de la mucosa.
- Muco-dento soportada: La fuerza se distribuye entre las piezas pilares y la mucosa que soporta la base o silla protésica.

En extremos libres existe disimilitud de la mucosa del extremo libre y resiliencia del ligamento periodontal, esto representa un problema, ya que estas fuerzas generarán movimientos y establecerán una palanca, esto afectará tanto a la mucosa del reborde como al diente en cuestión, sin embargo, no es algo de

suma gravedad. El caso que nos debería concernir está cuando se indica un retenedor en una pieza pilar adyacente al extremo libre, en este caso la palanca va a determinar zonas de intrusión y extrusión de la prótesis <sup>(30)</sup>.

### 2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **Reborde alveolar residual:** Es la pérdida del hueso que rodea completamente el diente <sup>(31)</sup>.
- **Edentulismo:** Es la causa de la pérdida dental de nuestra dentición permanente, que podría ser parcial o total. Esto no es solo un problema de los ancianos, sucede de manera progresiva. La causa podría ser congénito adquirido <sup>(32)</sup>.
- **Edentulismo parcial:** Es un caso de salud bucal que corresponde a la no presencia de un determinado número de dientes en la cavidad bucal <sup>(33)</sup>.
- **Factores de edentulismo** Varios agentes relacionados pueden causar la pérdida de dientes. por ejemplo, estatus socioeconómico, factores sistémicos, educación, uso de drogas, género y edad <sup>(34)</sup>.
- **Clasificación de Kennedy:** Clasificación de arcos escasamente ausentes en cuatro categorías. La clase I es el espacio dental posterior bilateral, la clase II es el espacio edéntulo posterior unilateral, la clase III es el área edéntula y la clase IV es el área anterior fuera de la línea media. <sup>(18)</sup>.
- **Cambios dimensionales:** El óseo fascicular se remodela, lo que resulta en una disminución de las dimensiones vertical y horizontal de la cresta alveolar; las paredes alveolares se reabsorben y remodelan gradualmente, mientras que el trombo se reemplaza por una matriz temporal y tejido óseo. La extensión de la reabsorción de tejidos duros y blandos es mayor en las superficies bucales o bucales que en las superficies linguales o palatinas <sup>(35)</sup>.

## **2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

La frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre es alta en pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

### **2.4.2. HIPÓTESIS NULA**

La frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre es baja en pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

## **2.5. VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN.**

Frecuencia del tipo de reborde residual en extremo libre.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Frecuencia del tipo de reborde residual en extremo libre	Es la porción del proceso alveolar después de la extracción de los cuales se observa relativamente disminuido de los rebordes alveolares.	Tipo de reborde según clasificación Seibert	Clase I Clase II Clase III	Cualitativo	Politómica Nominal	Ficha de observación
		Extremo libre según clasificación de Kennedy	Clase I Clase II	Cualitativo	Dicotómica Nominal	Ficha de observación
		Tiempo de edentulismo del paciente	menor a 1 año de 1 año a 3 años de 4 años a 6 años mayor a 6 años	Cualitativo	Politómica Ordinal	Ficha de observación
		Antecedentes protésicos	Usa prótesis No usa prótesis	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Ficha de observación
		Ubicación de la arcada dental	arcada superior arcada inferior Ambos	Cualitativa	Politómica Nominal	Ficha de observación
VARIABLES INTERVINIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Edad	Tiempo recorrido de a vivido de una persona de nacimiento.	Años	25 – 43 44 – 62 63 - 80	Cuantitativa	Discreto Razón	Ficha de observación
Sexo	Es características biológicas, física y fisiológicas.	DNI	Femenino Masculino	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Ficha de observación

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta presente investigación es de **tipo básico** porque esto incrementa los juicios teóricos de futuras investigaciones de cual es tipos de reborde residual con extremo libre más frecuente en la ciudad de Huánuco. Es de **tipo prospectivo** por que se trabajó recolectando los datos con modelos de estudio e historias clínicas de paciente que presentan reborde residual con extremo libre. Es de **corte trasversal** por que el presente trabajo realizado se tomara en un solo punto del tiempo. Es de **tipo observacional** porque se puede descrita y analizada tipos de rebordes residual con extremo libre es más en los modelos obtenidos.

##### 3.1.1. ENFOQUE

El presente trabajo de investigación es de **enfoque cuantitativo**, ya que de este modo por este método cuantitativo desarrollamos preguntas e hipótesis de los distintos tipos de reborde residual con extremo libre antes, durante o después de la recolección de los distintos datos que obtendremos en pacientes edéntulos parciales.

Según Hernández et al <sup>(36)</sup>; indica que “Enfoque cuantitativo Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías”.

##### 3.1.2. ALCANCE O NIVEL

La esencia de la investigación presenta un **alcance descriptivo**, de acuerdo a Hernández et al <sup>(36)</sup>; “Un alcance descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.”



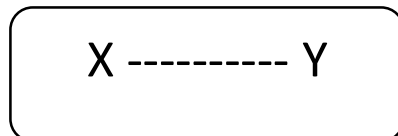
La investigación es un estudio descriptivo cuyo propósito es revelar y verificar las características que presentan los diferentes tipos de reborde residuales en extremo libre, y a la vez encontré el modo de describir a detalle las clasificaciones de cuál es la más adecuada a la inadecuada para una rehabilitación protésica.

### 3.1.3. DISEÑO

La metodología de esta investigación tiene un **diseño no experimental** por que se basa fundamentalmente en la parte observacional a pacientes edéntulos parcial que acudió al Centro Médico Dental Trujillo. Debido a las múltiples recolecciones de datos obtenidos para la variable de “La frecuencia del tipo de reborde residuales con extremo libre”.

Según Hernández et al <sup>(36)</sup>; indica “Investigación no experimental Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”.

El esquema de diseño de investigación es el siguiente.



X: Paciente edéntulo parcial.

Y: tipos de reborde residual con extremo libre.

## 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.2.1. POBLACIÓN

Según Hernández et al <sup>(36)</sup>; “Población o universo Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones”.

El conjunto de este presente trabajo de este estudio estuvo conformado por pacientes que acudieron con Edentulismo parcial y que acudieron al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.

### **3.2.2. MUESTRA**

La muestra evaluada es la del tipo no probabilístico intencionada; de lo cual este estudio estuvo constituido por 80 pacientes edéntulo parcial de lo cual presentaron reborde residual con extremo libre que acudieron al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022 cumpliendo con los criterios adecuado de exclusión e inclusión.

#### **Criterios inclusión**

- Los pacientes con edentulismo de reborde residuales con extremo libre que eran media arcada o ambas arcadas dentarias.
- Los pacientes con edéntulo parcial que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio.
- Modelos de estudio de los pacientes atendidos voluntariamente.

#### **Criterios exclusión**

- Paciente que presentaron edentulismo total.
- Historias clínicas de paciente que presentaron datos errados o ambiguos.
- Paciente que estuvieron en un proceso de ortodoncia.
- Paciente que presentaron enfermedad periodontal avanzada.
- Paciente que presentaron torus.

### **3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.3.1. TÉCNICAS**

El método usado es la técnica de **encuesta** en pacientes edéntulo parcial que acudieron al Centro Médico Dental "TRUJILLO". Y de tipo **observacional** sobre la toma de los modelos obtenidos para que de esta manera saber cuál es el tipo de reborde residuales con extremo libre más frecuente.

### 3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la encuesta, realizamos una recolección de datos mediante **cuestionario** donde se obtuvo los datos actuales del paciente edéntulos parcial que acudieron al Centro Médico Dental “TRUJILLO”. Que presento reborde residual con extremo libre, y una **guía de observación** donde se observar los distintos tipos de reborde residuales con extremo libre según Seibert.

### 3.3.3. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para ejecutar el presente trabajo de investigación seguimos el siguiente procedimiento:

- Lo primero que se realizo es elaborar el instrumento de recolección de datos según los objetivos y variables de esta investigación mediante cuestionario. de lo cual fue revisado y validado la ficha de recolección de datos por tres expertos
- Se realizo un permiso bajo una solicitud dirigida al Centro Médico Dental “TRUJILLO”. Donde se recolecto los datos necesarios para esta investigación.
- Los pacientes que fueron seleccionado para que formen parte de este estudio fueron informados del proyecto a realizar de esta manera. Se prosiguió a realizar la encuesta a pacientes Edentulismo parcial que acudieron en Centro Médico Dental “TRUJILLO”, de los cuales obtenidos datos confiables.
- Se clasifico a los pacientes según su sexo y edad.
- Proseguimos recolectando los modelos de estudios de los pacientes que forman parte de la investigación con cubetas de impresión stock S, M, L y XL con alginato de lo cual se obtuvo una reproducción negativa cavidad oral, de lo cual proseguiremos a vaciar el yeso tipo IV en los modelos negativos para así tener una muestra positivo.
- Se determino la clasificación de los rebordes residuales según Seibert (que lo clasifica en tres tipos de los rebordes alveolares residuales), a la vez se identificó el reborde residual en extremo

libre que lo clasifica Kennedy de la Clase 2 y la Clase uno, el tiempo de edentulismo, si presentaba o no aparato protésico y la arcada dental más concurrida con este reborde residual.

- Luego se obtuvo por medio del instrumento los datos actuales.
- Y terminando con la tabulación y la estadística de los mismo.

### **3.4. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS**

#### **3.4.1. PLAN DE TABULACIÓN**

Luego de obtener los datos del instrumento mediante el cuestionario en paciente edéntulo parcial que acudieron al Centro Médico Dental “TRUJILLO” que presentaron reborde residual con extremo libre, que se fue recopilado estos datos procedimos a la tabulación y plasmamos sobre plantillas en los programas computarizados de Excel.

#### **3.4.2. PLAN DE ANÁLISIS**

Se calculo estadística descriptiva de tipo distribución o medida de frecuencia del tipo de reborde residual según sexo y edad lo cual expresamos en gráficos de barras simples.

La siguiente estadística de la investigación es inferencial para que de esta manera contrastar la hipótesis mediante el análisis de no paramétrico con **CHI CUADRADO** porque esta investigación presento la escala de medición nominal.

## CAPÍTULO IV

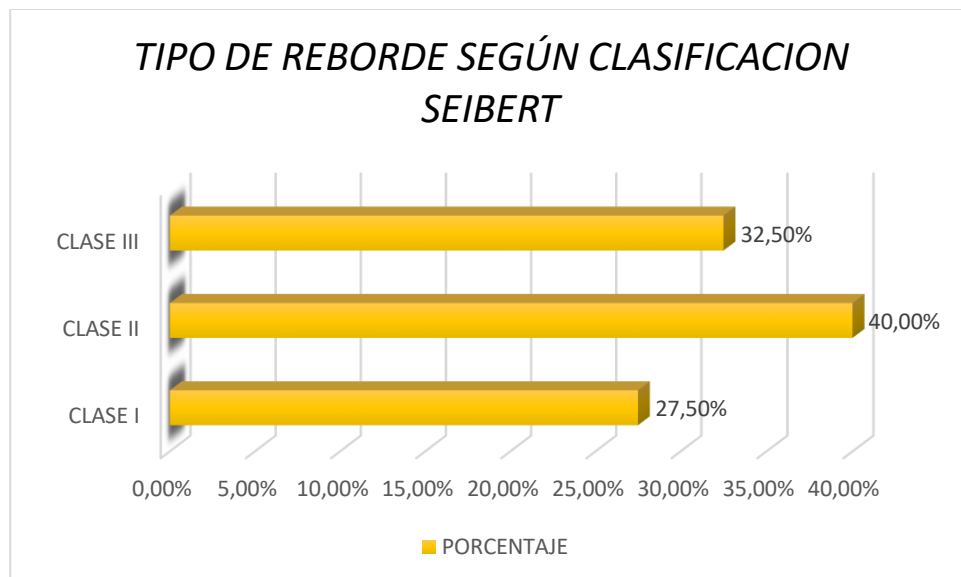
### RESULTADO

#### 4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes con reborde residual de acuerdo a la clase de Seibert

TIPO DE REBORDE SEGÚN CLASIFICACION SEIBERT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLASE I	22	27.50%
CLASE II	32	40.00%
CLASE III	26	32.50%
TOTAL	80	100%

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 1.** Distribución de los pacientes con reborde residual de acuerdo a la clase de Seibert

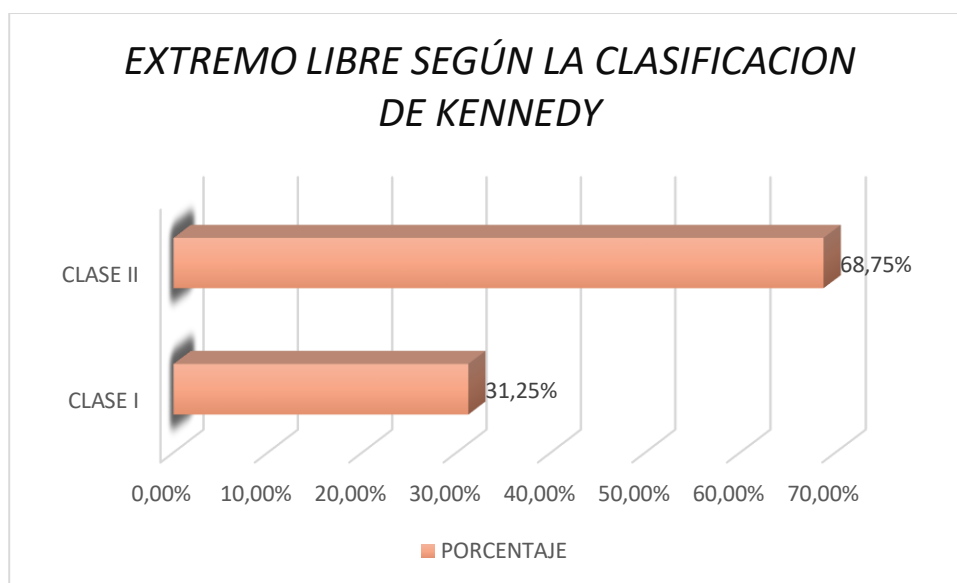
#### Interpretación:

De acuerdo a la Figura y Tabla 1, el producto obtenidos de los pacientes con reborde residuales según la como lo clasifica Seibert, el 40% de pacientes atendidos presenta la clase II, 32.5% presenta clase III y solo el 27.5% de paciente presentan la clase I.

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes que presenta extremo libre según la clasificación de Kennedy

EXTREMO LIBRE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLASE I	25	31.25%
CLASE II	55	68.75%
TOTAL	80	100%

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 2.** Distribución de los pacientes que presenta extremo libre según la clasificación de Kennedy

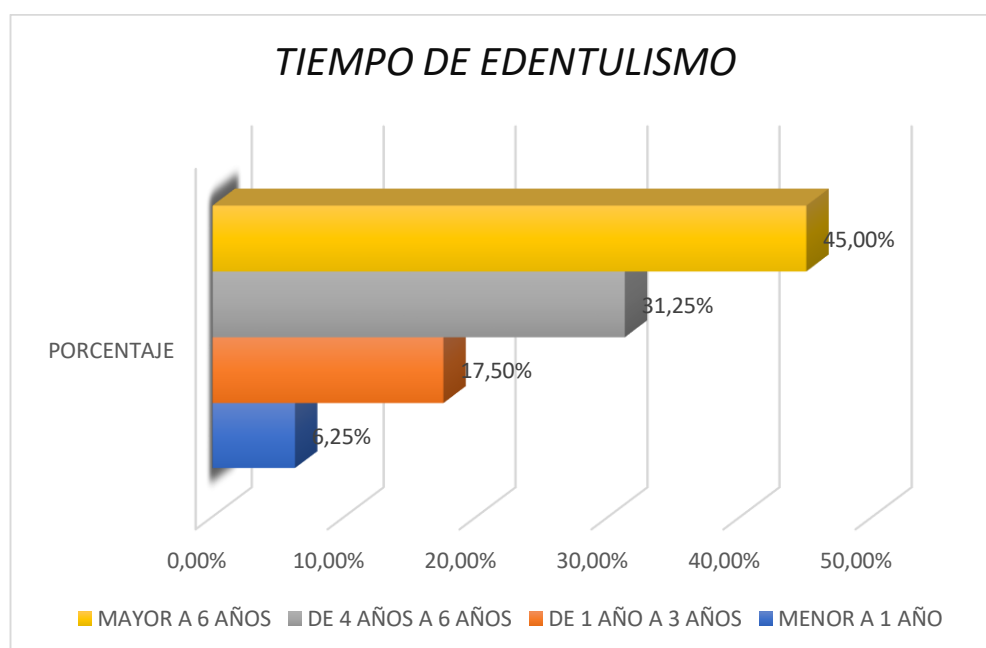
### Interpretación:

De acuerdo a la Figura y Tabla 2, los datos obtenidos de los pacientes con extremo libre de lo cual se tomó en cuenta según la clase de Kennedy, el 68.75% de personas atendidos presenta el tipo dos en mayor frecuencia y 31.25% de los pacientes presenta clase I de frecuencia.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes de acuerdo al tiempo de edentulismo

TIEMPO DE EDENTULISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MENOR A 1 AÑO	5	6.25%	6.25%
DE 1 AÑO A 3 AÑOS	14	17.50%	23.75%
DE 4 AÑOS A 6 AÑOS	25	31.25%	55.00%
MAYOR A 6 AÑOS	36	45.00%	100.00%
TOTAL	80	100%	

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 3.** Distribución de los pacientes de acuerdo al tiempo de edentulismo

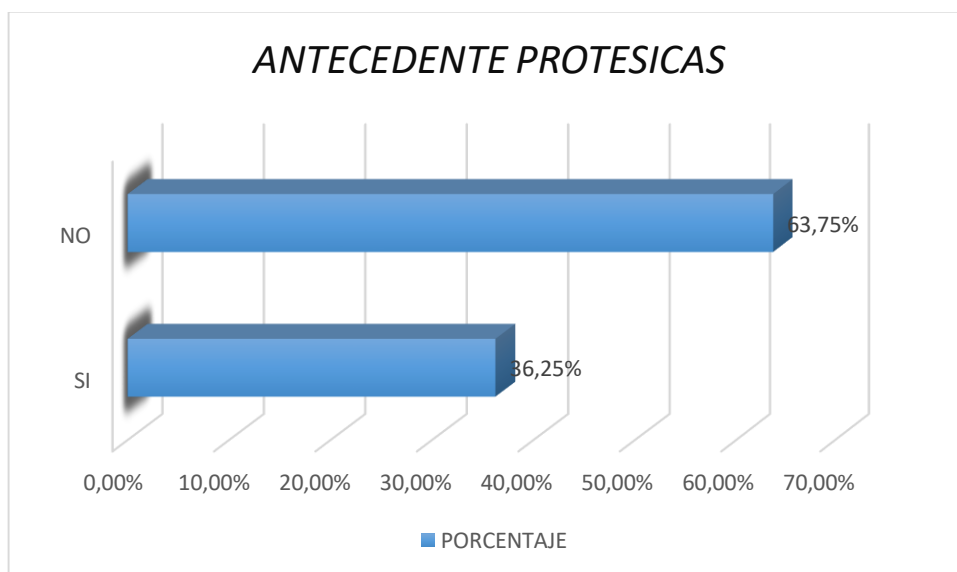
### Interpretación:

De acuerdo a la Tabla y Figura 3, los productos adquiridos de los pacientes según el tiempo de edentulismo; el 45% de pacientes atendidos perdió su primer diente mayor de 6 años, el 31.25% perdió de 4 años a 6 años, el 17.50% a perdido entre la edad de 1 año a 3 años y por último el 6.25% de los pacientes que perdieron su pieza dental menor de 1 año.

**Tabla 4.** Distribución de pacientes según los antecedentes protésica

ANTECEDENTE PROTESICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	36.25%
NO	51	63.75%
TOTAL	80	100%

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 4.** Distribución de pacientes según los antecedentes protésica

### Interpretación:

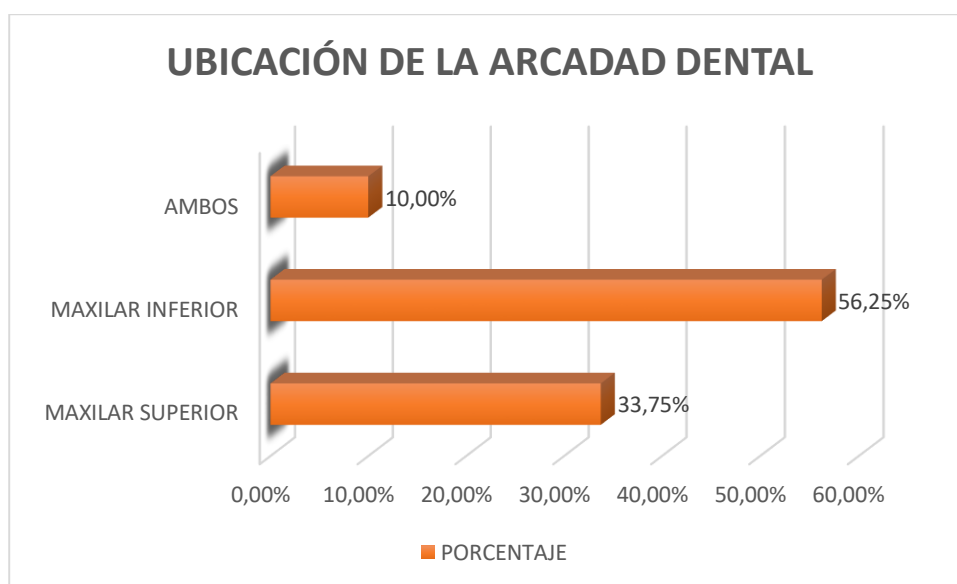
De acuerdo a la Figura y Tabla 4, de los pacientes según el antecedente protésica que presenta es el 63.25% de pacientes atendidos no llego a tener un aparato protésico y un 36.25% de pacientes atendidos si llevaba aparato protésico en boca.



**Tabla 5.** Distribución de los pacientes parcialmente edéntulos según su posición dentaria

UBICACIÓN DE LA ARCADA DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAXILAR SUPERIOR	27	33.75%
MAXILAR INFERIOR	45	56.25%
AMBOS	8	10.00%
TOTAL	80	100%

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 5.** Distribución de los pacientes parcialmente edéntulos según su posición dentaria

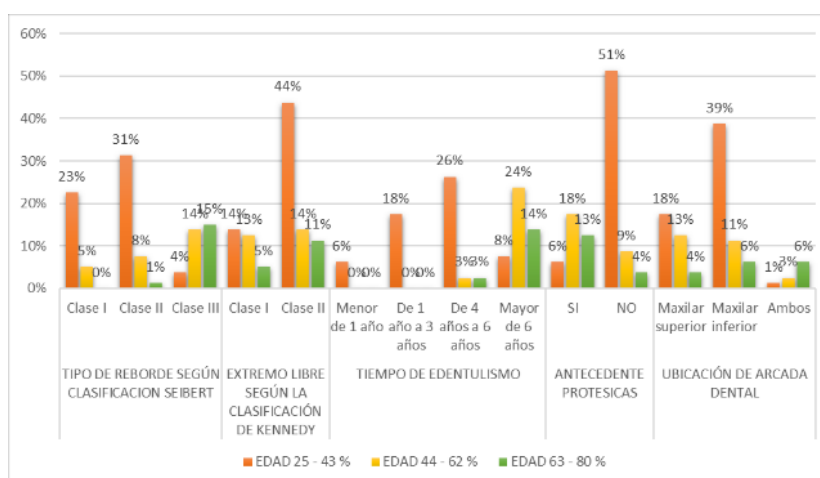
### Interpretación:

De acuerdo a la Tabla y Figura 5, la referente tabla nos muestra los resultados obtenidos de las personas tratadas que presencia ausencia parcial según su ubicación en la arcada dental; el 56.25% de pacientes atendidos la ubicación en la arcada dental es el maxilar inferior, el 33.75% la ubicación es en la arcada superior y el 10% restante de personas atendidos se encuentra en ambas arcadas tanto superior como inferior.

**Tabla 6.** Distribución de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parciales según el rango de edad

		EDAD					
		25 – 43		44 – 62		63 – 80	
		Fi	%	Fi	%	fi	%
TIPO DE REBORDE SEGÚN CLASIFICACION SEIBERT	Clase I	18	23%	4	5%	0	0%
	Clase II	25	31%	6	8%	1	1%
	Clase III	3	4%	11	14%	12	15%
EXTREMO LIBRE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	Clase I	11	14%	10	13%	4	5%
	Clase II	35	44%	11	14%	9	11%
TIEMPO DE EDENTULISMO	Menor de 1 año	5	6%	0	0%	0	0%
	De 1 año a 3 años	14	18%	0	0%	0	0%
	De 4 años a 6 años	21	26%	2	3%	2	3%
	Mayor de 6 años	6	8%	19	24%	11	14%
ANTECEDENTE PROTÉSICAS	SI	5	6%	14	18%	10	13%
	NO	41	51%	7	9%	3	4%
UBICACIÓN DE ARCADA DENTAL	Maxilar superior	14	18%	10	13%	3	4%
	Maxilar inferior	31	39%	9	11%	5	6%
	Ambos	1	1%	2	3%	5	6%

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 6.** Distribución de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parciales según el rango de edad

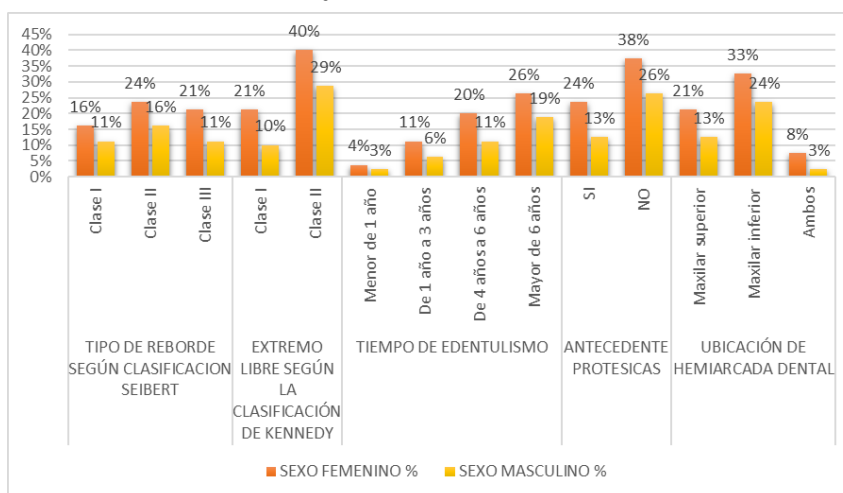
### Interpretación:

De acuerdo a la Tabla y Figura 6, podemos observar un resultado de la edad más frecuente de los pacientes que presentan rebordes residuales. primero Seibert que le clasifica en tres manera que entre la edad de 25 a 43 años se encontró con la Clase II con un 31% (25), a la vez pacientes que presentan extremo libre según Kennedy la edad de intervalo es de 25 a 43 años que presenta la Clase II con un porcentaje de 44% (35), de los cuales se pudo identificar el tiempo de edentulismo de 4 años a 6 años según su rango de la edad que es entre el 25 a 43 años de edad con 26% (21), la edad promedio de los pacientes que tengan antecedente protésicas es entre el rango de 25 a 43 años de los cuales no son portadores un 51% (41) y la edad frecuente de paciente de tipos de reborde residual con la ubicación de la arcada dental es en la mandíbula es entre el intervalo de edad de 25 a 43 años obteniendo un 39% (31).

**Tabla 7.** Clasificar según el sexo de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parcial

		SEXO			
		FEMENINO		MASCULINO	
		fi	%	fi	%
TIPO DE REBORDE SEGÚN CLASIFICACION SEIBERT	Clase I	13	16%	9	11%
	Clase II	19	24%	13	16%
	Clase III	17	21%	9	11%
EXTREMO LIBRE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	Clase I	17	21%	8	10%
	Clase II	32	40%	23	29%
TIEMPO DE EDENTULISMO	Menor de 1 año	3	4%	2	3%
	De 1 año a 3 años	9	11%	5	6%
	De 4 años a 6 años	16	20%	9	11%
ANTECEDENTE PROTÉSICAS	Mayor de 6 años	21	26%	15	19%
	SI	19	24%	10	13%
	NO	30	38%	21	26%
UBICACIÓN DE HEMIARCADA DENTAL	Maxilar superior	17	21%	10	13%
	Maxilar inferior	26	33%	19	24%
	Ambos	6	8%	2	3%

Fuente: Centro Médico Dental Trujillo



**Figura 7.** Clasificar según el sexo de los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes con edentulismo parcial

### Interpretación:

En la referente figura y tabla 7, podemos observar un resultado del sexo más frecuente de los pacientes que presentan rebordes residuales. primero Seibert lo clasifica en tres y lo cual el que predomina es del sexo femeninos con la Clase II un 24% (19), a la vez los pacientes que presentan extremo libre según Kennedy es de sexo femenino con la Clase II un 40% (32), de los cuales se pudo identificar el tiempo de edentulismo de 4 a 6 años dependiendo el género es mayor el sexo femenino con un 26% (21), el sexo de los pacientes que tengan antecedente protésicas es femenino que no se portadores un 38% (30) y la frecuencia según el sexo de paciente de tipos de reborde residual con la ubicación de la arcada dental en el maxilar inferior es femenino obteniendo un 33% (26).

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación su principal objetivo es determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parcial de esta manera ver también a que edad es más trascendida perder la pieza dental. Para que en el futuro tengamos datos fiables sobre la cavidad bucal de cada paciente individual y dar un adecuado diagnóstico y pronóstico para que de esta manera ayudar a la satisfacción del paciente a una rehabilitación protésica reemplazando los dientes perdidos a una prótesis funcional adecuada de los cual ayudara a que sea menos la reabsorción del reborde alveolar.

Se llego a evaluar a 80 pacientes con sus modelos de estudio definitivo de los cuales el resultado obtenido de los pacientes con tipo de reborde residuales según clasificación Seibert. el 40% de pacientes atendidos presenta la Clase II, 32.5% presenta Clase III y solo el 27.5% de paciente presentan la Clase I. de los cuales los resultados concuerda con los estudios realizados por Marrón (4), fueron en su parte la Clase II 48.33%, luego la Clase III 32.67% Clase I 20.0%.

Los estudios obtenidos de los pacientes con extremo libre de lo cual se tomó en cuenta según como lo clasifica Kennedy, se mostró que el 68.75% de personas atendidas presenta del tipo dos en mayor frecuencia y 31.25% de los pacientes presenta Clase I. los resultados obtenidos de Almusallam (5) de lo cual concuerda con la categorización de la población basada en la clasificación de Kennedy de arcadas parcialmente edéntulas resultaron ser 10 % de tipo uno de Kennedy, 16 % del tipo dos de Kennedy, 54 % del tipo tres de Kennedy y 20% de tipo cuatro. De acuerdo entre la Clase I y Clase II, mayor frecuente es la del tipo dos de Kennedy.

Los datos obtenidos de las 80 personas según el tiempo de edentulismo; el 45% de pacientes atendidos perdió su primer diente mayor de 6 años, el 31.25% perdió de 4 años a 6 años, el 17.50% a perdido entre la edad de 1

año a 3 años y por último el 6.25% de los pacientes que perdieron su pieza dental menor de 1 año. De igual manera los resultados obtenidos por Mamani (8), El 5,10% tuvo un periodo de 3 años de pérdida dentaria en el reborde alveolar remanente. Asimismo, el 30,80% indicó que al reborde alveolar remanente le faltaba un diente desde hacía 6 años. el 51,30%, y el último 12,90% de las prótesis remanentes de los rebordes alveolares fueron descartadas a la edad de 13 años.

Los resultados obtenidos de los 80 pacientes según el antecedente protésica que presenta es el 63.25% de pacientes atendidos no llegó a tener un aparato protésico y un 36.25% de pacientes atendidos si llevaba aparato protésico en boca. De esta manera los resultados obtenidos por Marrón (4), no concuerda por que el 76.7% pacientes se portaban prótesis y el 23.3% no portaba prótesis. Tomando otro resultado de Villanueva (13), Se observó que el 31,8% de las personas usaba prótesis, mientras que el 68,2% de los encuestados no usaba prótesis.

Los resultados obtenidos de los pacientes con edentulismo parcial según su ubicación en la arcada dental; el 56.25% de pacientes atendidos la ubicación en la arcada dental es maxilar inferior, el 33.75% la ubicación de edentulismo es en la arcada superior y el 10% restante de las personas atendidas se encuentra en ambas arcadas tanto superior como inferior. De lo cual los resultados obtenidos de Quilumbaqui (2) concuerdan El 67,8% eran parcialmente desdentados en el maxilar superior, el 82,7% lo eran en el maxilar inferior y 943 de los 1801 casos fueron identificados como parcialmente desdentados en ambos maxilares, lo que corresponde al 52,4%.

Podemos observar un resultados de la edad más frecuente de los pacientes que presentan reborde residuales es que según Seibert entre la edad de 25 a 43 años de tipo dos con 31% (25), a la vez los pacientes con extremo libre según Kennedy la edad de intervalo es de 25 a 43 años que presenta la Clase II con un porcentaje de 44% (35), de los cuales se pudo identificar el tiempo de edentulismo de 4 años a 6 años según su rango de la edad que es entre el 25 a 43 años de edad con 26% (21), la edad promedio de los pacientes que tengan antecedente protésicas es entre el rango de 25 a

43 años de los cuales no son portadores un 51% (41) y la edad frecuente de paciente con reborde residual con la ubicación de la arcada dental es en el maxilar inferior es entre el rango de 25 a 43 años obteniendo un 39% (31).

Resultados que fueron diferente a Marrón (4), según la Clasificación de Seibert de los tipos de columna residual del maxilar superior en usuarios desdentados con portadores de un aparato protésico o sin presentar un aparato protésico en el grupo de edad de 51 a 67 años obteniendo un 50%, De 68-84 años se obtuvo un 50%. A diferencia con los resultados de Salazar (10) El grupo de edad con mayor incidencia de edentulismo parcial fue el de 40-49 años, correspondiendo al 33,6%, correspondiente a 537 maxilares; seguido del grupo de edad de 30-39 años, que representa el 23,0%, representando 367 mandíbulas.

Podemos observar un resultados del sexo más frecuente de los pacientes que presentan, en primer lugar según seibert que lo clasifica en tres tipos de reborde y el sexo ms predominante es el femeninos con la Clase II un 24% (19), a la vez los pacientes que presentan extremo libre según la clasificación de Kennedy es de sexo femenino con la Clase II un 40% (32), de los cuales se pudo identificar el tiempo de edentulismo mayor de 6 años dependiendo el género es mayor el sexo femenino con un 26% (21), el sexo de los pacientes que tengan antecedente protésicas es femenino que no se portadores un 38% (30) y la frecuencia según el sexo de paciente de tipos de reborde residual con la ubicación de la arcada dental en el maxilar inferior es femenino obteniendo un 33% (26).

Y los resultados que fueron realizado por Palaco (11), Se observó que la mayoría era de ellos eran del sexo femenino el 71,4% (50 personas) y el 28,6% restante (20 personas) eran hombres. En otro estudio, según los resultados de Quilumbaqui (6), el 44,1% (515) de los hombres y el 46,3% (1286) de las mujeres se observaron de forma relativa similar (en comparación con la población de referencia).

## CONCLUSION

En este presente trabajo se llegó a la siguiente conclusión:

1. De acuerdo a los resultados obtenidos del tipo de reborde residual según como lo clasifica Seibert que se llegó a encontrar fue la de tipo dos que entre el intervalo de edad de 25 a 43 años y de los cuales las mujeres predominan esta clasificación.
2. Según la clasificación de Kennedy, el extremo libre es la clase II, en la que también predominan el sexo femenino.
3. De esta manera se encontró paciente que el tiempo de edentulismo es de 4 años a 6 años según su edad y mayor de 6 años según sexo femenino.
4. Los pacientes femeninos que llegaron a ser parte del estudio no presentaban antecedente protésico.
5. La ubicación más repetida de la arcada dental se observó en maxilares inferiores entre la edad de 25 a 43 años y de los cuales mayor mente se observó del sexo femenino.
6. La edad con el tipo de reborde residual más frecuente con extremo libre es de 25 años a 43 años, y el sexo que mayo predomina es el sexo femenino.

## RECOMENDACIÓN

La principal recomendación es sugerir a los profesionales de odontología que concienticen a los pacientes mediante promoción de la salud y hacerles ver que tan importante es conservar los diente tratándolos tempranamente de los cuales de esta manera evitar el edentulismo que con el pasar del tiempo es mayor la pérdida del reborde residual.

Se recomienda que paciente que ya presenta perdida de las piezas dentarias se realice una rehabilitación protésica remplazando así los dientes perdidos a una prótesis funcional.

De este mismo modo recomendar al MINSA que incluyan en la prevención terciaria la rehabilitación protésica para las personas de bajo recurso para que así disminuir el acelerado reabsorción de los rebordes residuales.



## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Saltos Flor V. Rehabilitación de pacientes edéntulos superior y edéntulos parcial inferior con regularización de hueso alveolar. [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad Internacional de Ecuador; 2015.
2. Huacachino Mallqui R. Frecuencia de Edentulismo Parcial según clasificación de Kennedy en pobladores de 20 a 80 años de edad del distrito de Margos, Huánuco 2018. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019.
3. Sánchez A, Clasificación del paciente parcialmente edéntulo según el método del colegio Americano de Prosthodontia y su relación con el estado periodontal en sujetos tratados en la Universidad Central de Venezuela. Acta Odontol. Venez. 2009; 47 (3): 19-30.
4. Marrón Cama S. 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. año 2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
5. Almusallam, S, AlRafee, A. La prevalencia del edentulismo parcial y el edentulismo completo entre adultos y por encima de la población de la ciudad de Riyadh en Arabia Saudita. J Family Med Prim Care. 2020;9(4):1868-1872.
6. Quilumbaqui Cobacango D. Edentulismo parcial y total en pacientes que acudieron al Centro de Salud Tipo C Tabacundo durante los períodos 2014 - 2018. [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2019.
7. Manimaran, P., Dhinest C., Saisadan, D., Abirami, M., Kumar, N., Mani, J. Edentulismo parcial en una población rural según la clasificación de Kennedy: estudio epidemiológico. J Pharm Bioalias Sci. 2017 (1): 34-36.
8. Mamani Condori Y, Ochochoque Laura N. Nivel de Reabsorción del Reborde Alveolar Residual y su Influencia con la Prótesis Total en Paciente de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca 2018. [Tesis de pregrado]. Juliaca: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"; 2019.

9. Arévalo Murrugarra L. Tipos de Reborde y su relación con el consumo de Bifosfonato en paciente Edéntulos Completos, de la Tercera edad de los Asilos en la Ciudad de Lima - 2016. [Tesis de especialista]. Trujillo: Universidad Nacional De Trujillo; 2017.
10. Salazar Calero L. Frecuencia de Edentulismo Parcial en Atendidos en el Departamento de Estomatología del Hospital Militar Central año 1999-2016. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017.
11. Palaco Riveros V. 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 - 2016. [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Alas Peruanas; 2016.
12. Villanueva Rivera M. Impacto del cuidado de Salud Bucal sobre el Grado de Edentulismo en personas entre 20 a 60 años de edad en el Distrito de Pillco Marca Huánuco. 2015. [Tesis de pregrado]. Huánuco: Universidad Nacional Hemilio Valdizan; 2015.
13. Luengas M. I., Sáenz L. P, Tenorio G, Garcilazo, Díaz Franco, A. Aspecto Sociales y Biologica del Edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. *Ciencia Clinica* 2015; 16(2): 29 -36.
14. Sanz Fernández G, Llanes Molleda C, Gretel Chibás L, Valdés valdéz Y. Consecuencia del Edentulismo Total y Parcial. *Geroinfo*. 2018; 13(3):1-13.
15. Belaúnde M A, Salazar F, Castillo D, Manrique J, Orejuela F, Zavaleta C, López M. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Estomatología Herediana*. 2012; 22(2): 77-88.
16. Azañedo D E. Edentulismo en el Adulto Mayor, un problema de Salud Pública mal atención en el Perú. *Increscendo*. 2016; 7(1): 145-148.
17. Ministerio de salud (Perú). Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral para la Rehabilitación Oral en Personas Adultas Mayores “Perú sonrío”. Lima;(2019 – 2022): 3 - 8.
18. Carl M. *Implantología Contemporánea*. 3 ed España: Elsevier; 1993: 46 - 48.
19. Preti G. *Rehabilitación Protésica*. Italia: Amolca; 2007.

20. Carr A, Brown D. Prótesis parcial removible de McCracken. Canadá: Elsevier; 2015, 17 – 20.
21. Universidad Nacional de Colombia. Guía de Atención en Rehabilitación Oral. Bogotá: Facultad de Odontología Sede Bogotá; 2013; 6 – 7.
22. Aguirre A. Reborde Residual. Ecuador: Universidad de Loja. 2020.
23. Nieto R, Serrato D, Nieto E, Tapia M, Carrillo Magaña, M., Herrera A, Ochoa Figueroa Á. et al. Reabsorción de Bordes Residuales en Hueso Mandibular. Patología y Calidad de Vida. Actual. Med: México 94(777):37-41.
24. Falcon B. Manejo de los defectos Horizontales de los Reborde Alveolar. Jpapo, 2017; 2: 30 -39.
25. Ministerio De Salud. Resumen Ejecutivo Guía De Práctica Clínica Tratamiento Y Rehabilitación Oral En Personas Adultas Y Personas Mayores Con Edentulismo Parcial O Total. Santiago: Minsa; 2020.
26. Universidad central de Venezuela. Anatomía Protética de la superficie de asiento del Maxilar Superior y del Maxilar Inferior (sin fecha). Recuperado de [http://Www.Ucv.Ve/Fileadmin/User\\_Upload/Facultad\\_Odontologia/Imagenes/Portal/DentadurasTotales/Anatomia Protética de la superficie de asiento.pdf](http://Www.Ucv.Ve/Fileadmin/User_Upload/Facultad_Odontologia/Imagenes/Portal/DentadurasTotales/Anatomia Protética de la superficie de asiento.pdf). [consultado el 30 de agosto 2022].
27. Loyola N. Clasificación de las áreas Edéntulas y las Características Anatómicas de ellas. Evaluación de dientes pilarea y áreas edéntulas. 2012[consultado el 30 de agosto 2022]; (13). Disponible en: <http://seminarioprotেসisi.blogspot.com/2012/08/clasificacion-de-las-areas-edentulas-y.html>.
28. García M, Yassin S, Vascones A. Técnica de preservación de alveolo y de aumento del Reborde Alveolar. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2016; 28(2), 71-81.
29. Arellano M, Olivares D, Flores A. Prótesis Parcial Removible con Extensión Distal y Apoyo sobre Implantes, Comportamiento y Consideraciones Clínicas. Int. J. Odontoestomat. [Internet]. 2014; 8(3): 419-424.
30. Palomino S. Impresiones Funcionales en PPR. OIA II.2017.

31. Blanes R. ¿Qué causa la reabsorción dental? ¿cómo se trata? Blog de Salud BD [Internet]. 2018 [Consultado el 09 de noviembre de 2022].
32. Edentulismo: que es, causas y tratamiento. Ruano policlínica dental; 2021[Consultado el 09 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://ruanopoliclinicadental.com/edentulismo-que-es-causas-y-tratamiento/>
33. Huamanciza E, Chávez L, Chacón P, Ayala G. Tipo de edentulismo parcial y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Rev haban cienc méd.2019;18 (2):1-16.
34. Marín A, Chavarría M. Factores sistémicos asociados con el edentulismo, según edad y género, mediante las radiografías panorámicas y expedientes digitales. Odontología Vital [Internet]. diciembre de 2019 [citado el 9 de noviembre de 2022]; (31): 19-22.
35. Castro M, Roldán N, Arismendi J, Calle S. Cambios dimensionales de los tejidos duros y blandos en sitios post-exodoncia. Evaluación de dos biomateriales Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2016; 13(1):14.
36. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2015.

### **COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Santiago S. Frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre en paciente edentulo parcial que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [Consultado ]. Disponible en: <http://...>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DE PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	FUENTE
<p><b>Formulación general</b></p> <p>¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p> <p><b>Formulación específico</b></p> <p>Pe. 1 ¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes según clasificación de Seibert con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p> <p>Pe. 2 ¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según clase I y II de Kennedy que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p> <p>Pe. 3 ¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según el tiempo de edentulismo que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p> <p>Pe. 4 ¿Cuáles son los tipos rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según antecedentes protésicos que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p> <p>Pe. 5 ¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según su ubicación de la arcada dental que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p> <p>Pe. 6 ¿Cuáles son los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según edad y sexo que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p><b>Objetivo específico</b></p> <p>Oe. 1. Identificar los tipos de rebordes residuales más frecuentes según clasificación de Seibert con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p>Oe. 2. Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según clase I y II de Kennedy que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p>Oe. 3. Identificar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según el tiempo de edentulismo que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p>Oe. 4. Determinar los tipos rebordes residuales más frecuentes con extremo libre según antecedentes protésicos que presentan los pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p>Oe. 5. Identificar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según su ubicación de la arcada dental que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p>Oe. 6. Determinar los tipos de rebordes residuales más frecuentes con extremo libre que presentan los pacientes edéntulos parciales según edad y sexo que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p>	<p><b>Hipótesis investigación</b></p> <p>La frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre es alta en pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p><b>Hipótesis nula</b></p> <p>La frecuencia del tipo de reborde residual con extremo libre es baja en pacientes edéntulos parciales que acuden al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p>	<p><b>Variables de la investigación:</b></p> <p>Frecuencia del Tipo de Reborde Residual en extremo libre.</p>	<p>La investigación es de tipo básico, prospectivo, es de corte transversal y del tipo observacional.</p> <p><b>Alcance:</b> Descriptivo</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p>X -----Y</p> <p>Donde.</p> <p>X: Paciente edéntulo parcial. Y: Tipos de Reborde Residual con extremo libre</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>La población de este estudio estuvo constituida por pacientes que presentan edentulismo parcial que acudieron al Centro Médico Dental Trujillo, Huánuco 2022.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>La muestra evaluada es la del tipo no probabilístico intencionada; de lo cual este estudio estaba constituido por 80 pacientes edéntulo parcial de lo cual presentaban reborde residual con extremo libre.</p>	<p><b>Técnicas</b></p> <p>La técnica que usamos será la técnica de encuesta Y observacional</p> <p><b>Instrumento</b></p> <p>Para la encuesta, realizamos una recolección de datos mediante cuestionario y en la técnica de observacional usamos el instrumento de fichas de observación.</p>

## ANEXO 2

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### I. DATOS GENERALES

N° DE FICHA:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

MASCULINO

FEMENINO

TIEMPO DE AUSENCIA

Antes de 1 año

De 1 año a 3 años

De 3 años a 6 años

Después de 6 años

#### II. REBORDE RESIDUAL

##### 1. CLASIFICACION DE SEIBERT

##### MAXILAR SUPERIOR

CLASE I

CLASE II

CLASE III

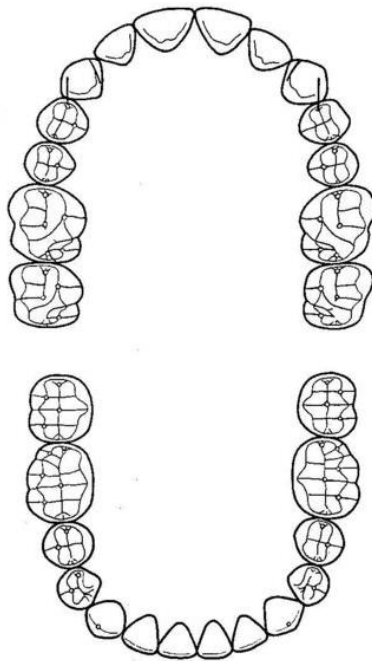
##### MAXILAR INFERIOR

CLASE I

CLASE II

CLASE III

### III. OCLUSOGRAMA



#### 1. CLASIFICACION DE KENNEDY

##### MAXILAR SUPERIOR

CLASE I

CLASE II

##### MAXILAR INFERIOR

CLASE I

CLASE II

#### 2. ANTECEDENTE PROTESICO

USA PROTESIS

NO USA PROTESIS

#### 3. UBICACIÓN DE LA ARCADA DENTAL

MAXILAR SUPERIOR

MAXILAR INFERIOR

AMBOS



# ANEXO 3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
P.A. DE ODONTOLÓGIA



## FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

### Título de la Investigación:

PRECISIÓN DEL TIPO DE RECORD RESIONAL CON EXTREMO LIBRE EN PACIENTE EDENTULO PARCIAL QUE ACUDE AL CENTRO MEDICO DENTAL TRUJILLO, HUANOUCO 2022.

### I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : CASIRO MARTINEZ Saldí  
Cargo o Institución donde labora : C.D en el HOSPITAL REGIONAL HEMICIO VALDIZAN M.  
Nombre del Instrumento de Evaluación : FICHA DE RECOLECCION DE DATOS  
Teléfono : 962 612 868  
Lugar y fecha : HUANOUCO  
Autor del Instrumento : Shendy Angelica SANTIAGO AGUIRRE

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	X	

### III. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

FAVORABLE PARA SU APLICACIÓN

### IV. RECOMENDACIONES

NO REQUIERE

Huánuco, 07 de NOVIEMBRE del 2022.  
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
Dirección Regional de Salud  
Hospital Regional "Hemicio Valdizan"  
Sandra Costes Aguirre  
Esp. en Historia de la Salud y Odontología  
COR 3087 - RNE 1457  
DNI



### FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

**Título de la Investigación:**

FRECUENCIA DEL TIPO DE REBORDE RESIDUAL CON EXTREMO LIBRE EN PACIENTE EDENTULO PARCIAL QUE ACUDEN AL CENTRO MEDICO DENTAL TRUJILLO, HUÁNUCO 2022.

**I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR**

Apellidos y Nombres : WILDER REQUEZ ROBLES  
 Cargo o Institución donde labora : UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
 Nombre del Instrumento de Evaluación : FICHA DE RECOLECCION DE DATOS  
 Teléfono : 962 654 111  
 Lugar y fecha : HUÁNUCO  
 Autor del Instrumento : Shendy Angelica SANTIAGO AGUIRRE

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	X	

**III. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS**

FAVORABLE PARA SU APLICACION

**IV. RECOMENDACIONES**

NO REQUIERE

Huánuco 09 de NOVIEMBRE del 2022 .

*Wilder Requez Robles*  
 Firma del experto  
 DNI 04085027



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación:

FRECUENCIA DEL TIPO DE REBORDE RESIDUAL CON EXTREMO LIBRE EN PACIENTE EDENTULO PARCIAL QUE ACUDEN AL CENTRO MEDICO DENTAL TRUJILLO, HUÁNUCO 2022

I. DATOS INFORMATIVOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos y Nombres : ROMERO MORALES Abel Fernando  
Cargo o Institución donde labora : MINISTERIO DE SALUD  
Nombre del Instrumento de Evaluación : FICHA DE RECOLECCION DE DATOS  
Teléfono : 942 132 709  
Lugar y fecha : HUÁNUCO  
Autor del Instrumento : Shandy Angelica SANTIAGO AGUIRRE

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Valoración	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	X	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas observables.	X	
Contextualización	El problema que se está investigando está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.	X	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	X	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad	X	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias	X	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basados en aspectos teórico científicos	X	
Coherencia	Existe coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su variable	X	
Metodología	La estrategia que se está utilizando responde al propósito de la investigación	X	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado	X	

III. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

FAVORABLE PARA SU APLICACION

IV. RECOMENDACIONES

NO REQUIERE

Huánuco, 09 de NOVIEMBRE del 2022

MINISTERIO DE SALUD  
Abel Fernando Romero Morales  
Firma del experto  
DNI

## ANEXO 2 AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN



SOLICITO: Autorización para acceder a historias clínicas y/o modelo de estudios del año 2022.

**Señor: C.D. JACK TRUJILLO CAMACHO**

**Directo del Centro Médico Dental TRUJILLO – Huánuco.**

**PRESENTE. -**

Yo, **SANTIAGO AGUIRRE, Shendy Angelica**, bachiller de la facultad de ciencia de la salud, escuela profesional de estomatología de la universidad de Huánuco, con el debido respeto que se merece, me dirijo ante Ud. Y expongo: que con finalidad de ejecutar mi proyecto de Tesis **FRECUENCIA DEL TIPO DE REBORDE RESIDUAL CON EXTREMO LIBRE EN PACIENTE EDENTULO PARCIAL QUE ACUDEN AL CENTRO MEDICO DENTAL TRUJILLO, HUANUCO 2022**, solicito la autorización correspondiente para acceder a las historias clínicas y/o modelos de estudio de los pacientes atendidos durante el año 2022 en el Centro Médico Dental Trujillo – Huánuco y de esta manera de causar la información necesaria.

Huánuco – Perú, 20 de noviembre del 2022.

**Jack Trujillo Camacho**  
CIRUJANO DENTISTA  
C.O.P. 35263

---

CD. JACK, TRUJILLO CAMACHO

## ANEXO 2 EVIDENCIAS

