



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN RELACIÓN AL
TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DENTAL
SEGURA – 2022”**

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

PRESENTADO POR

Bach. JARA SALCEDO, JESSICA GABRIELA

<https://orcid.org/0000-0002-6470-7203>

ASESORA

Mg. CUENTAS DE POSTIGO, EMMA AURORA

<https://orcid.org/0000-0001-7261-887>

**LIMA - PERU
2022**

DEDICATORIA

A mis padres por guiarme e instruirme en lo trascendental de la vida.

A mis hermanos por motivarme a perseguir nuestros propósitos juntos.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Mg. Cuentas De Postigo Emma por atenderme en la elaboración de la tesis, a todos los doctores que apoyaron incondicionalmente.

A Dios, por fortificarme en ejecutar la misión.

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento	ii
Dedicatoria	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Formulación del problema	13
1.2.1 Problema principal	13
1.2.2 Problemas específicos	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivo principal	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4. Justificación de la investigación	14
1.4.1. Importancia de la investigación	14
1.4.2. Viabilidad de la investigación	15
1.5. Limitaciones de estudio	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.1.1 Internacionales	16
2.1.2 Nacionales	17
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Definición de términos básicos	26

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	28
3.2. Variables	28
3.2.1 Definición de las variables	28
3.2.2 Operacionalización de las variables	29
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	30
4.1. Diseño metodológico	30
4.2. Diseño muestral	30
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	31
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	32
4.5. Aspectos éticos	33
CAPITULO V: RESULTADOS	34
5.1 Análisis descriptivo	34
5.2 Análisis Inferencial	39
5.3 Comprobación de hipótesis	39
5.4 Discusión	40
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
FUENTES DE INFORMACIÓN	45
ANEXOS	49
Anexo 1: Carta de presentación	50
Anexo 2: Constancia de desarrollo	51
Anexo 3: Consentimiento informado	52
Anexo 4: Instrumento de recolección de datos	53
Anexo 5: Fotografías	55
Anexo 6: Base de datos	57

ÍNDICE DE TABLAS	Pág.
Tabla N° 1: Tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	34
Tabla N° 2: Prevalencia de recesión gingival en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	35
Tabla N° 3: Prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	36
Tabla N° 4: Prevalencia de recesión gingival en relación a 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	37
Tabla N° 5: Prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	38
Tabla N° 6: Comprobación de prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1: Tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	34
Gráfico N° 2: Prevalencia de recesión gingival en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	35
Gráfico N° 3: Prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	36
Gráfico N° 4: Prevalencia de recesión gingival en relación a 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	37
Gráfico N° 5: Prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022	38

RESUMEN

La actual tesis tuvo como objetivo definir la prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022. Creandose un estudio no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional cuya muestra fue 218 pacientes de ambos sexos. En los resultados la prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible, presentó un mayor porcentaje de recesión gingival clase III con 5,5%. Mientras que la prevalencia de recesión gingival en relación de 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible, presentó un porcentaje superior de recesión gingival clase II con 12,8%. No obstante, la prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible presentó un mayor porcentaje de recesión gingival clase III con 34,4%. Al efectuar el chi cuadrado, encontramos ($p < 0,05$) aceptándose la hipótesis alterna. Concluyendo que la prevalencia de recesión gingival está relacionada significativamente al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Palabras clave: Recesión gingival, prótesis parcial removible, tiempo.

ABSTRACT

The current research aimed to define the prevalence of gingival recession in relation to the time of use of removable partial dentures in patients treated at the Segura dental office - 2022. A non-experimental, descriptive, cross-sectional, prospective, and correlational study was developed whose sample was 218 patients of both sexes. In the results we observed that the prevalence of gingival recession in relation to 3 to 11 months of use of removable partial dentures, presented a higher percentage of class III gingival recession with 5.5%. While the prevalence of gingival recession in relation to 1 to 2 years of use of removable partial dentures, presented a higher percentage of class II gingival recession with 12.8%. However, the prevalence of gingival recession in relation to more than 2 years of use of removable partial dentures presented a higher percentage of class III gingival recession with 34.4%. When applying the chi square statistical test, to the main variables found ($p < 0.05$) and the alternative hypothesis is accepted. Concluding that the prevalence of gingival recession is significantly related to the time of use of removable partial dentures in patients treated at the Segura dental office - 2022.

Keywords: Gingival recession, removable partial denture, time.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022” busca como finalidad conocer la prevalencia de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible que han usado de 3 meses hasta más de 2 años. La enfermedad periodontal es una problemática de bienestar pública y una de las preocupaciones habituales relacionadas a la condición de recesión gingival. No obstante, la recesión gingival es una condición común que plantea algunas dificultades para los profesionales de la odontología debido a la etiología incierta, aunque se ha encontrado que varios factores predisponentes, incluidos el trauma mecánico, la inflamación en el tejido periodontal y la dehiscencia ósea, juegan un rol transcendental para desarrollarse esta patología.

Ciertos estudios, que han examinado a las prótesis parcial removible como factor detonante del bienestar gingival y periodontal siendo apreciado que las piezas que abarcan el diseño crean más padecimientos periodontales asemejandolos con aquellos que no están incluidos. Las prótesis parciales removibles esta soportadas en las piezas dentarias y mucosa, o una mezcla de ambos conllevando a soportar fuerzas adicionales a las fuerzas de la masticación. Confeccionar las prótesis removibles acrecentan los depósitos de biofilm sobre piezas pilares por lo que se requiere implementar métodos exactos de aseo para el bienestar periodontal no se vea perjudicada, la cual debe efectuarse de modo idóneo para impedir la afección.

A continuación, se describe todos los segmentos de mi tesis que comprende:

Capítulo I: Planteándose mi problema, describiendo los objetivos lo cual se formuló frente un requerimiento problemático, del mismo modo mi justificación, describiendo la importancia y la viabilidad para realizar la tesis, por lo último, las limitaciones en busca de tiempo e información.

Capítulo II: Describiendo puntualmente los precedentes internacionales y nacionales y todas las bases teóricas que respaldan mi investigación, incluyendo

definiciones básicas.

Capítulo III: Se propone la hipótesis general y se identificó las variables y su definición, y también el cuadro de operacionalización.

Capítulo IV: Se describió el diseño, metodología, diseño muestral, instrumento de recolección de los datos, validez y confiabilidad, las técnicas de procesamiento de información y estadística aplicada para procesar los resultados.

Capítulo V: Describe mi análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos con la comprobación de hipótesis y a su vez la discusión de mi estudio.

Finalizando, se presentó mis conclusiones y recomendaciones obtenidas en mi investigación. De tal modo, se mencionó las fuentes de mi información y en anexos lo realizado en la tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Las recesiones gingivales son evidencias cotidianas en el ejercicio clínico, varios problemas pueden estar correlacionados con el desplazamiento apical del margen gingival, como hipersensibilidad dentinaria, caries radicular, lesiones cervicales no cariosas y compromiso estético. A pesar de la observación frecuente en sujetos adultos, la recurrencia, generalización y cronicidad de las recesiones gingivales presenta diferencias considerables entre las poblaciones. La prevalencia indica los casos u ocurrencias de recesión gingival; la extensión corresponde a la cifra de piezas perjudicadas por dichas alteraciones; y la severidad las exposiciones.

La angustia por estas variaciones esta referida en las probables secuelas que exhiben acarrear, perjudicando no sólo al bienestar bucodental sino también al bienestar en general. Este argumento, la transcendencia clínica de la recesión gingival se ha correlacionado con diversas condiciones como hiperestesia dentinaria cervical; preocupaciones estéticas, particularmente afecciones perjudican las piezas delanteras; elevado peligro de caries radicular y afecciones por abrasión y/o erosión por exposición de las facetas radiculares al contexto bucodental, además de un incremento en el almacenamiento de biofilm y últimamente la relación que pueda tener con los movimientos mandibulares, del cual existe poca información sobre los desplazamientos laterales, y la asociativa con la existencia de recesiones gingivales.

No obstante, otro factor importante en referencia a la recesión gingival es el edentulismo que representa una de las problemáticas mayormente extenso en bienestar estatal a nivel global. En la comunidad peruana y en específico la agrupación de adultos mayores el edentulismo sigue creciendo. Es por ello, que los grandiosos avances en las técnicas y elementos de rehabilitación oral en los últimos años han admitido un perfeccionamiento importante de las alternativas restaurativas que se ostentan sugerir a cada paciente. No obstante, la destreza de otorgar una supervivencia a las piezas pilares y la influencia de su desempeño no se ha

desarrollado por igual, lo que limita el alcance de dichos avances. Además de un diagnóstico exitoso, la planificación del caso debe partir de un pronóstico adecuado, de modo que las alternativas restaurativas abarcan a las soluciones predecibles en cada caso.

El campo de la prostodoncia ha evolucionado a lo largo de diversos años de hábito clínico; la problemática con este modo de desarrollo profesional es que se basa en la experiencia anecdótica, considerada extensamente como la forma más leve de hallazgo clínico. El empleo de PPR condiciona a variantes trascendentales en la cifras y aspectos del biofilm próximo a piezas remanentes. Estos individuos al emplear sus prótesis entre períodos prolongados como de 1 a 10 años provocan enfermedades periodontales donde los pilares naturales acumulan elevada placa bacteriana con una media mayormente elevada en lo hondo de sondaje (3 a 5 mm) y la media mayormente elevada de recesión gingival (2 mm) generando una problemática asociada a las medidas de higiene.

Diversas veces las PPR al actuar mecánicamente sobre los tejidos, dan sitio a variantes de cuantiosos índoles que están en proximidad con la destreza de los tejidos y el modo de agresión que cultive las dentaduras. Los descubrimientos en los documentos en referencia a la PPR y sus secuelas periodontales presentando resultantes nocivos. Por lo cual, las alternativas de tratamiento no quirúrgicos para fallas de recesión gingival engloban el restablecimiento de un manejo optimizado óptimo del biofilm, la exclusión de las rehabilitaciones subgingivales desbordantes y el uso de agentes desensibilizantes. En nuestro contexto académico existen pocos trabajos de investigación referente a ello, por tal motivo se determinó la prevalencia de recesión gingival correlacionada al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura - 2022?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuál es la prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022?

¿Cuál es la prevalencia de recesión gingival en relación a 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022?

¿Cuál es la prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar la prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

1.3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Determinar la prevalencia de recesión gingival en relación a 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Determinar la prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Tuvo relevancia práctica porque reforzó la relación con las variables investigadas generando una reflexión y debate del conocimiento ya existente sobre ese tema de y contrastado de los resultados del estudio para optimizar el aprendizaje.

Presentó relevancia teórica, nos dió nuevos enfoques en el conocimiento de retracciones gingivales sustentadas en estudios con proximidad científica a estudios próximos donde generó nuevas formas de evaluación en base a los resultados obtenidos.

Presentó relevancia social, desarrollar nuevas estrategias para solucionar problemas reales que se va acrecentando de manera progresiva la recesión gingival en atendidos con uso de prótesis parcial, con beneficios a los ciudadanos que necesitan una óptima salud bucal.

Presentó importancia metodológico

Presentó interés personal, brinda una noción de la capacidad diagnóstica que cada profesional de odontología donde pudo manejar adecuadamente a estos pacientes.

1.4.2. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Fue realizable porque dispuso de períodos requeridos para registrar los datos. A su vez establecieron recursos humanos y económicos, porque la investigadora financió cada elemento aplicado para efectuar las exámenes.

1.5. LIMITACIONES DE ESTUDIO

Demostó limitaciones en el tiempo para acceder presencialmente a los sujetos que fueron examinados debido a los tiempos pandémicos, no obstante, se prosiguió las normativas de bioseguridad admitidas por el MINSA y el Colegio Odontológico para ejecutar la tesis.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Rossis M, Reyes Y. (2019) Republica Dominicana; ejecutó un estudio cuyo propósito fue corroborar la recurrencia de recesión gingival en personas con dentaduras parciales removibles en el establecimiento dental Dr. Rene Puig Bentz. El diseño fue descriptivo - observacional y transversal, con 33 pacientes, Los resultados fueron la recurrencia de recesión gingival en personas de dentadura parcial removable con 78.78%, damas fue 48.48%, y atendidos que ostentaban dicha dentadura superior a 2 años son mayormente perjudicados. Concluyendo que ostenta la preservación el aseo bucodental a los individuos que van a ser restablecidos periodontalmente.¹

Castro M, Conejeros M. (2017) Chile; desarrolló una tesis ccuyo propósito fue ratificar la existencia y grados de recesiones gingivales en piezas anteroinferiores adheridos a constituyentes como etariedad, género, biotipo gingival y aplicación previamente en la clínica dental de la Universidad Andrés Bello. La metodología fue observacional y analítico. Examinándose 60 pacientes. Resultados 30,2% exhibiendo recesiones gingivales en la agrupación 5. Entre los constituyentes examinados siendo mayormente influenciado sobre la subsistencia de recesiones al empleo previo de dispositivos ortodóncicos. Concluyendo que la recurrencia y cronicidad de recesiones gingivales estando adheridos con los constituyentes adheridos, pero es requerido un porcentaje superior exhibir relevancia estadística.²

Catuto E. (2020) Ecuador; confeccionó un estudio cuyo propósito fue corroborar la recurrencia de padecimientos periodontales por empleo de dentadura parcial removable en atendidos en la clínica del adulto y adulto mayor IV. La metodología fue transversal. Resultados donde 94% exhibió padecimiento periodontal por aplicar de prótesis parcial removable, los padecimientos de elevada recurrencia es periodontitis (60%), femenino (60, %), 50 a 59 años (40%). Constituyentes que modifican la creación del padecimiento periodontal: aseo bucodental inadecuado: nunca aplican seda dental (62%), recurrencia de cepillado 2 veces al día (50%),

nunca aplican colutorios bucales (54%). Inadecuado empleo de dentadura: períodos de empleo de dentadura 10 o más años (40%), no retiro de las dentaduras nocturnamente (58%), aplicación de dentadura acrílicas (94%). Concluyendo que, al emplear la prótesis parcial removible con costumbres de aseo bucodental precario, inapropiado diseño, inadecuado apropiado de esté traerá como secuelas periodontales.³

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Mamani M. (2019) Puno; confeccionó un estudio cuyo propósito es corroborar el estatus periodontal de pacientes que ostentan dentaduras parciales removibles de la Clínica Odontología de la UNAP. La metodología fue descriptivo, observacional y transversal; con 24 casos. Resultando que 62,5 % son damas y 37,5% son varones; 45.8% emplearon PPR en arcada inferior y 16,7% emplearon PPR en ambas arcadas; en referencia a Kennedy de PPR la totalidad fue 41,7% de clase I; en referencia al estatus periodontal en piezas pilares un 83.3% exhibieron cierta anomalía; en referencia a la cronicidad de los padecimientos periodontales con 70.8% exhibiendo dichas anormalidades y en contexto a la gravedad de la periodontitis en piezas pilares exhibían un 83,4% exhibiendo cierta cronicidad. Concluyendo que la totalidad de los pacientes emplean PPR, con 83.3% de ciertos padecimientos periodontales en asociativa con las piezas pilares próximas con los ganchos protésicos, siendo la gingivitis mayormente recurrente.⁴

Dávalos Y. (2021) Cusco; confeccionó un estudio cuyo propósito fue corroborar los exámenes periodontales de piezas pilares en atendido de 30 a 90 años atendidos con dentaduras parciales removibles que concurrieron al Establecimiento de Salud Clas Tito. La metodología fue descriptivo observacional. La muestra fueron 169 colaboradores. Resultados: el 59,8% fueron femenino. El 100% exhibió padecimientos periodontales, siendo la Gingivitis mayormente recurrentes con 78,1%. Un 92,3% exhibió recesión gingival. Un 45,6% exhibió sondaje leve. A nivel de inserción con 57.4% exhibió nivel severo. En movilidad dental con 66,9% exhibió Grado 0 de movilidad. Sangrado gingival con 58%. Índice de placa de O'leary con 92,3% exhibió un aseo oral precario además 91,1% exhiben costumbres de aseo regular. Concluyendo que el estatus periodontal de piezas pilares de los atendidos

con PPR ostenta cierta precariedad periodontal, donde 100% exhiben padecimientos periodontales (gingivitis – periodontitis).⁵

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. RECESIÓN GINGIVAL

Recorrido apical del contorno gingival a la unión amelo cementaria (UCE). Estando representada por variantes periodontales atróficas. El término "atrofia" hace reseña a todos los procesos de lesión celular caracterizados por reducción en el volumen y población celular de un determinado órgano o tejido.⁶

PREVALENCIA

Esta adherida con la presencia de cálculo supragingival y subgingival y mostró que los planos linguales de las piezas anteriores inferiores se vieron perjudicadas con elevada recurrencia en edades de 20 a 34 años en la población adulta.⁷

FACTORES PREDISPONENTES DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Reducción del grosor de la cresta ósea alveolar, mezclado con un contorno gingival fino.⁸

Dehiscencia. El grosor reducido de la cresta ósea bucal podría estar asociado con áreas donde la placa ósea bucal está ausente, lo que peculiariza la dehiscencia.⁹

Con dehiscencia y fenestración, las probabilidades de generar una recesión gingival son mayormente superior.¹⁰

Inserción del frenillo próximo al territorio cervical de la encía: Los frenillos labiales y linguales en movimiento, así como las adherencias cicatriciales, exhibiendo predisponer al territorio de la retracción gingival.¹¹

ASPECTOS CLÍNICOS DE LA RECESIÓN GINGIVAL

La recesión gingival exhibe existir en ciertos dientes por separado; no obstante, siempre que está existente, suele afectar a toda una fracción de la arcada dentaria, retrayendo horizontalmente el tejido periodontal insertado, abarcando las papilas gingivales.¹²

Recesión gingival local

Exhibe tener figuras en V o de U.^{13,14}

En figura de V se adhiere a piezas sujetas a trauma oclusal, particularmente en pacientes con bruxismo y hábito de rechinar.^{13,14}

En figura de U cotidianamente se adhiere con padecimientos periodontales inflamatorios crónicos, cepillados dentales inapropiados o inserciones inadecuadas del frenillo.^{13,14}

Recesión generalizada u horizontal

Contexto generalizado u horizontal, la recesión gingival se adhiere con hallazgos periodontales destructivas inflamatorias crónicas.¹⁵

Causas principales

Traumatismo crónico, particularmente provocado por cepillado cotidiano inapropiado, y perjudica físicamente los tejidos gingivales.¹⁶

Trauma oclusal, primario induce hallazgos peculiarizados por padecimientos difusos mezclando un modesto acrecentamiento en el desplazamiento dental, que perdura días, semanas o incluso meses.¹⁶

Estas evidencias radiográficas ocurren como resultante del requerimiento de fibras periodontales mayormente gruesas y largas, para dar soporte al aumento de la función, en otras palabras, para asimilar las intensas fuerzas oclusales. Como resultado, aumenta el grosor del ligamento periodontal.¹² Por su parte, las fibras periodontales requieren de una inserción igualmente mayor, lo que conduce a un aumento de la placa cortical alveolar, para suplir tal necesidad. Este proceso también se aplica al cemento; sin embargo, sus cambios no se revelan mediante un examen de imágenes.¹⁶

Enfermedad periodontal inflamatoria crónica, la destrucción tisular resultante de padecimientos periodontitis englobando la degradación ósea gradual que ostenta conllevar al recorrido gingival apical y exhibición de raíces.¹¹

Siempre que ocurre el proceso mencionado, el tercio cervical de la raíz queda expuesto, lo que estéticamente puede ser considerado extraño por el paciente en el postoperatorio inmediato, a pesar de que los tejidos periodontales se encuentran en este punto perfectamente sanos.¹²

Abordaje periodontal, diversas estipulaciones de abordaje periodontal abarcan una degradación apreciable de tejido debido a una enfermedad periodontal extensa donde la necesidad de extirpar tejido quirúrgicamente.¹³

Clasificación de Miller

Clase I Recesión dentro de la encía adherida. Sin pérdida de hueso interdental y papilas de tejido blando que cubren el hueso interdental en toda su altura.^{14,15}

Clase II Recesión ampliada superiormente a la adherencia mucogingival. Sin degradación de hueso Inter dentario y papilas de tejido blando que cubren el hueso.^{16,17}

Clase III: extendiéndose superiormente al MGJ. Se exhibe degradación ósea o de segmentos blandos en los territorios interdenciales.^{18,19}

Clase IV: extendiéndose superiormente al MGJ. La degradación de hueso interdental y/o inapropiada posición de las piezas son crónicas que no se exhibe recubrimiento de las raíces.^{20,21}

2.2.3. PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE

Exhiben un complejo comportamiento biomecánico, esencialmente cuando están sobrellevadas las piezas y mucosa en clase Kennedy I.^{22,23}

Toda área desdentada advierte una rehabilitación protésica siendo previamente posible para así impedir efectos colaterales.^{24,25} Al confeccionar las prótesis se ostenta referenciar las siguientes pautas: dimensión de área edéntula, clase de territorio (extremo libre o interdental) y hallazgo del espacio; etariedad del paciente, constituyentes específicos en modo de subsistir del paciente, englobando la disposición de aseo bucodental así como el consumismo de tabaco.²⁶

Clasificación de la Prótesis Parcial Removible (PPR)

En contexto al soporte y repartición de las cargas a los tejidos orales remanentes, la PPR se categoriza de la subsiguiente forma²⁷:

Prótesis dentosoportadas

Son aparatos protésicos cuya vía de carga dependerá únicamente de los dientes (pilares). Esto se da cuando subsiste zonas desdentadas delimitadas en ambos lados por dientes.²⁷

Prótesis dentomucosoportadas

También designadas dentaduras de vía de carga combinada, siendo el soporte lo otorgan tanto los dientes como tejidos blandos próximos. En este caso, hay al menos un extremo libre.²⁷

CLASIFICACIÓN DE EDWARD KENNEDY

La categorización universal al paciente edéntulo parcial es según arcos superiores e inferiores, según la ubicación del territorio edéntulo o desdentado se subdivide en Posterior, Anterior, Unilateral y Bilateral.^{28,29,30}

Edward Kennedy referida su clasificarlos según el contexto topográfico.³¹ confeccionando por sus clases el edentulismo parcial.³²

Las categorizó en cuatro: clase I, clase II, clase III y clase IV. ³²

Clase I: Territorios edéntulos bilaterales halladas posteriormente a los dientes remanentes.³³

Clase II: Territorios edéntulos unilateral halladas posteriormente a las piezas naturales remanentes.³³

Clase III: Territorios edéntulos unilateral con piezas naturales a cada lado de ella.³³

Clase IV: Territorios edéntulos simples o únicos y bilaterales hallado anteriormente a las piezas naturales remanentes.³³

ELEMENTOS DE LA PPR

La creación idóneo de los constituyentes de una ppr genera un rol primordial por el otorgamiento superior de fiabilidad para lograr la finalidad trazada al momento de abordar a un paciente edéntulo parcial.³⁴

En referencia a su creación exhibe ser de figura triangular con referencia al contorno marginal y piezas delanteras confeccionándose en el segmento superior incisal y caninos estos apoyos exhiben grosores idóneos, al menos 1 mm.³⁴

Retenedor: constituyente retentivo, cuyo propósito es adherir las dentaduras fija o removible. Las funcionalidades del retenedor tenemos³⁵:

Soporte: frena que la dentadura se hunda dirigido a los tejidos.³⁵

Retención: hallado en el territorio retentivo del diente pilar.³⁵

Estabilidad: será la seguridad que ostentará el retenedor ante un segmento horizontal de una dentadura que impulsa a un deslizamiento en este sentido.³⁵

Circunvalación: es la rango de las tres cuartos segmentos de la periferia del pilar que será englobado por el retenedor con la finalidad de impedir que desplazen el pilar fuera de la estructuración.³⁵

Pasividad: es una estipulación del retenedor que le ostenta a todos los constituyentes preservarse inactivos.³⁵

Brazo retentivo: puesto cotidianamente en el segmento bucodental de la pieza pilar, ostentando un régimen que admite ser elástico.³⁶

Brazo opositor: aplicándose en la faz contrapuesta del brazo retentivo y supra ecuatorial.³⁶

Apoyo oclusal: segmento del retenedor situado oclusalmente, cingulo y/o contorno incisal.³⁶

Cuerpo de un retenedor: procedente a la totalidad de segmentos del retenedor, ostentando ser rígido y hallándose supra ecuatorial en el territorio contiguo del pilar sin generar interferencias oclusales, dando solidez a la ppr.³⁶

Conector de un retenedor: encargándose de adherir el retenedor con la estructura metálica.³⁶

CLASES DE RETENEDORES

Retenedor directo: elemento de una ppr que se adhiere a una pieza pilar con la finalidad de sobrellevar la transferencia del ppr remotamente del tejido.³⁷

Retenedor Intracoronario: hallado internamente en la corona del pilar.³⁷

Retenedor extracoronario: abarcando al crear una corona sobre el pilar.³⁷

Retenedores extracoronaes: entrando por el segmento supra ecuatorial del pilar.³⁷

Los más efectuados son:

Retenedor Acker, referenciándose en clase III, clase IV en los pilares traseros y en premolares o molares del territorio dentado en la clase II de Kennedy.³⁸

Retenedor de acción posterior: referenciándose en premolares o caninos con territorios edéntulos.³⁸

Retenedor seccionado: Indicados en premolares inclinados, rotados o aislados.³⁸

Retenedor en horquilla o anzuelo; creado para cuando subsiste territorios retentivos distobucuales tanto en caninos como premolares.³⁹

Retenedor doble acker; referenciándose en territorios que no subsiste edentulismo.³⁹

Retenedores Infraecuatoriaes: designados a referencias de proximidad o, tenemos:

Retenedor en T; designado así por sus extremidades en T, los cuales ostentan hallarse ambos en el territorio retentivo.³⁹

Retenedor en C; ostenta semejantes referencias al retenedor anterior, salvo que sea mayormente agradable y aplica maxilar superior premolares.³⁹

Retenedor en I o DPI; labora en adherencia a una placa contigua y reposo mesial.³⁹

Retenedor indirecto; comprometido en los desplazamientos de la base de una ppr.⁴⁰

Apoyo oclusal, efectuándose en la totalidad de los casos probables e ira insertado al conector menor.⁴⁰

Placa lingual, alternativa en circunstancias que no se exhiba efectuar un apoyo oclusal.⁴⁰

Retenedor continuo o barra de Kennedy, abarcará localizar un alivio de modo lineal sobre cingulos de los incisivos.⁴⁰

Los conectores mayores; son los constituyentes que se encargan de enlazar todos los fragmentos de la dentadura hallándose en el sector derecho e izquierdo del maxilar.

Dentro de las clases de conectores mayores en la maxila superior exhibimos⁴¹:

Barra palatina: conector apreciado como primera alternativa en territorios edéntulos pequeños y mayormente sencillos en el maxilar superior.⁴¹

Barra palatina doble: abarca dos barras una trasera y otra delantera adheridas por los contornos.⁴¹

Banda o cinta palatina: céntricamente en el paladar con una confección en franja, es mayormente gruesa, preferibles en clase III, I y II.⁴¹

En Herradura: exhibe una figura de U, con dos extensiones posteriores y una barra en anterior.⁴¹

Placa palatina parcial: este conector será de aspecto mayormente amplio otorgando elevado soporte y estabilidad, referidas a clase I y Iil.⁴¹

Placa palatina total: conectándose con el paladar.⁴¹

En conectores mayores de la mandíbula, ostentamos:

Barra lingual: Conector de primera alternativa.⁴¹

Doble barra lingual: conjugándose una barra lingual con una barra Kennedy.⁴¹

Placa lingual: abarca la extensión de dicha placa por todas las piezas anteroinferiores, exhibiendo proximidad directa con las superficies linguales sobre el cíngulo.⁴¹

Conectores menores: Abarcan el enlace con conectores mayores y constituyentes adicionales de la ppr.⁴¹

Base de la prótesis: Material que reposa en los tejidos blandos, dando retenciones, estabilidades, soportes para ppr.⁴¹

Recesión gingival y prótesis parcial removible

Según diversos estudios los resultantes para la recurrencia de afecciones con recesión gingival en contexto al período de empleo de la dentadura parcial removible nos refieren que subsiste una extensa influencia a los perjuicios reflejados en el periodonto.⁴²

El estatus periodontal de piezas pilares en atendidos con dentaduras removibles que usan la prótesis parcial removible de uno a dos años son más afectados.⁴²

PERIODONTOGRAMA

Es un documento esencial que requerimos en la clínica para poder ejecutar un diagnóstico periodontal, ya sea este con el propósito un abordaje periodontal primordial o para un abordaje periodontal quirúrgico.^{43,44}

Además, este documento, para el diagnóstico esenciales se determinan de las placas periapicales. El rellenado del periodontograma y la toma de placas periapicales deben siempre aplicarse aun cuando el paciente viene por intervenciones periodontales, esto debido a que en la evaluación podemos hallar indicios de un abordaje periodontal incipiente que si es abordada a tiempo se frena su evolución y perjudica a nuestro paciente.⁴⁴ El periodontograma, hace referencia a guías periodontales, como: depresión de sondaje, nivel de inserción clínica,

desplazamiento dental, afecciones de furcación, bolsas periodontales, ausencia de dientes, recesiones gingivales, posición del contorno gingival, sangrado al sondaje. Subsistencia de biofilm dental, existencia de supuraciones, etc.⁴⁴

USO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE Y RECESIÓN GINGIVAL

La recesión gingival es un problema que perjudica a la comunidad adulta, tanto con abordajes periodontales como en una comunidad saludable periodontalmente. Muchos han sido apreciados como causantes de su subsistencia y evolución, pero el trauma generado por la presión excesiva ejercida al cepillarse y las lesiones gingivales adheridas a biofilm siendo apreciadas los precedentes más significativos.⁴⁵

Hay diversos constituyentes que podrían ser los causantes etiológicos de esta patología siendo una inadecuada adaptación de un dispositivo protésico parcial una de ellas. Por ello, estas pueden estar soportadas por dientes denominados pilares, mucosa o por una mezcla de ambos lo que conlleva a que estos dientes que la soportan otorguen una fuerza adicional a las fuerzas masticatorias.⁴⁶

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Recesión gingival: Recorrido apical del contorno gingival a la asociación amelocementaria (UCE).⁶

Prótesis dentales: Exhiben el remplazo placentero de las coronas de las piezas y tejidos adheridos cuando se hallan ausentes.³⁰

Prótesis dental removible: Dispositivo que ostentan un complejo comportamiento biomecánico, esencialmente cuando están faltan piezas como clase de Kennedy.³¹

Retracción local en forma de V: Esta adherido a piezas sujetas a trauma oclusal.¹⁹

Clasificación de Kennedy: Aplicada en definir el estatus de edentulismo parcial.³¹

Clase I de Kennedy: Cuando el segmento trasero de ambos lados es edéntulo, superior o inferior.³⁸

Clase II de Kennedy: Es un sector posterior edéntulo, superior o inferior.³⁸

Clase III de Kennedy: Territorio edéntulo posterior con un único diente al final, superior o inferior.³⁸

Clase IV de Kennedy: Territorio edéntulo que se amplía dirigido a la derecha e izquierda de la línea media, superior o inferior.³⁸

Clase I de Miller: Que no se amplió a la adherencia mucogingival (MGJ).^{21,22}

Clase II de Miller: Ampliándose superiormente al MGJ.^{21,22}

Clase III de Miller: Extendiendo hasta o más allá de la MGJ.^{23,24}

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

3.1.1 HIPÓTESIS PRINCIPAL

La prevalencia de recesión gingival está relacionada significativamente al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

3.2. VARIABLES, DEFINICIONES CONCEPTUALES

V1: Recesión gingival.

Definición conceptual: Recurrencia del desplazamiento apical del contorno gingival a la asociación amelocementaria (UCE).⁶

V2: Tiempo de uso de prótesis parcial removible.

Definición conceptual: Tiempo de dispositivo que exhiben un complejo comportamiento biomecánico, esencialmente cuando están faltan piezas como en clase de Kennedy.³¹

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Variable 1: Recesión gingival	Migración apical del contorno gingival a la unión amelocementaria (UCA).	Recesión gingival	Cuantitativo Continua	Clase I Clase II Clase III Clase IV
Variable 2: Tiempo de uso de prótesis parcial removible	Clase de Kennedy	Clase I Clase II Clase III Clase IV Subindicador Tiempo de uso	Cualitativo Ordinal	3 a 11 meses 1 a 2 años Mayor a 2 años Prótesis parcial removible

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Fue descriptivo porque narró una circunstancia de un fenómeno estudiado.⁴⁷

Es no experimental porque aquella variable no manipulada.⁴⁷

Fue prospectivo porque se documentó en un período establecido a medida que se dio las evaluaciones.⁴⁷

Fue transversal, porque recopiló datos de diversos individuos en un instante definido.⁴⁷

Fue correlacional porque reveló la adherencia entre variables.⁴⁷

4.2. DISEÑO MUESTRAL

POBLACIÓN

La población fueron 500 pacientes de atendidos de marzo hasta julio en el consultorio dental Segura – 2022.

MUESTRA

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

Dónde:

n = Tamaño muestral

N = Universo=500

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

e = Error máximo (5%)

p = Posibilidad de éxito (0.5)

Q = Posibilidad de fracaso (0.5)

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

$n = 218$

La muestra fueron 218 pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes con prótesis parcial removible dentosoportadas o dentomucosoportadas que usan de 3 meses a más.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes portadores de prótesis con implantes.

Pacientes con dolencias sistémicas.

Pacientes con tratamientos ortodónticos.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE DATOS

4.3.1 TÉCNICAS

Para efectuar esta tesis fue mediante una encuesta validada en otros estudios.²

4.3.2 PROCEDIMIENTOS

Se solicitó un documento al Director de la Escuela Profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas para efectuar la investigación para presentarlo ante el encargado al consultorio dental Segura en el año 2022.

Se coordinó con los cirujanos dentistas encargados para coordinar los horarios y para ejecutar la investigación.

A los pacientes atendidos se les informo sobre la investigación y el objeto de trabajo de investigación, para lo cual se pidió la firma en el consentimiento informado a aquellos pacientes que iban a participar en la investigación.

Se procederá a examinar al paciente sentado en el sillón dental evaluándolo con el siguiente instrumenta: espejos bucales, pinza para algodón, explorador, sonda

periodontal, algodón y porta residuos. Se tuvo comunicación constante con el paciente para comunicarle previamente cómo fue el procedimiento por realizar. El operador estará utilizando todas las barreras de bioseguridad (gorra, mandilón, mascarillas y guantes, etc).

Se indicó al paciente que abra la boca para que se examine la cavidad bucal con la dentadura parcial removible y luego retirar la prótesis parcial removible. Se realizó el examen clínico con el respectivo registro del periodontograma.

Previamente se realizó el examen clínico periodontal donde se dio una visión y análisis general de la condición de los tejidos, donde evaluaremos eritema edema o engrosamiento del margen gingival, aumento de fluido crevicular, aumento de humedad en la zona afectada, sangrado luego introducimos el espejo y realizamos la evaluación periodontal con una presión necesaria de 15 y 20 grados, el evaluar la presión garantizará medidas exactas evitando una sobre valoración, para lo cual realizamos primero una evaluación en nuestra uña y evaluamos zona isquémica.

En referencia a la recesión gingival se registró la clasificación de Miller y en el periodontograma se marcó si presentó movilidad de acuerdo con Miller (clase I, clase II, clase III, clase IV, clase V).

La examinación del tiempo de uso de dentadura parcial removible fue de 3 – 11 meses, 1 – 2 años y mayor a 2 años.

C. Validación del instrumento

El instrumento fue confeccionado por los bachilleres Rossis M, Reyes Y. de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2019.²

4.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Ejecutándose el SPSS Statistic 25, donde los datos y gráficos refieren resultantes y contrastan hipótesis con Chi cuadrado de Pearson.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Efectuaron pautas establecidas por el código de ética del Colegio Odontológico del Perú.

En referencia a las pautas éticas no se infringió los datos, salvaguardando la confiabilidad de las personas.

Respetándose el consentimiento informado de los colaboradores donde no engloba ningún daño.

CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRÁFICOS, DIBUJOS, TABLAS, ETC

Tabla N° 1

Tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

Tiempo de uso de prótesis parcial removible		
	n	%
3 - 11 meses	24	11,0
1 - 2 años	54	24,8
> 2 años	140	64,2
Total	218	100,0

Fuente: propia del investigador

Visualizamos en la presente tabla que exhibió un elevado porcentaje de 64,2% con un tiempo de uso > 2 años.

Gráfico N° 1

Tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura

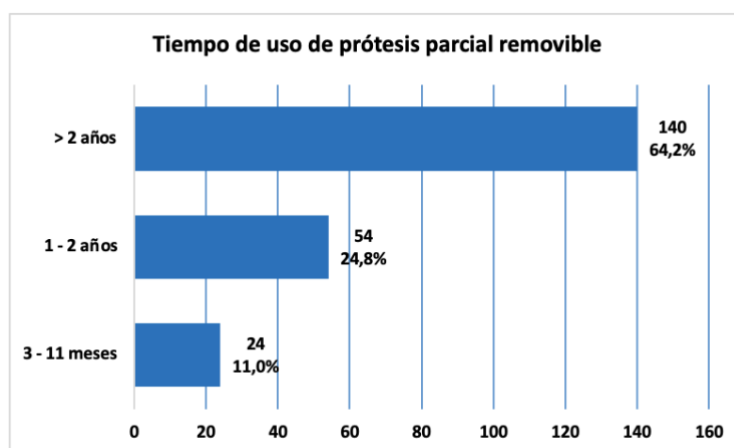


Tabla N° 2

Prevalencia de recesión gingival en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

Prevalencia de recesión gingival		
	n	%
Clase I	34	15,6
Clase II	74	33,9
Clase III	110	50,5
Clase IV	0	0,0
Total	218	100,0

Fuente: propia del investigador

Visualizamos en la presente tabla que exhibió un elevado porcentaje de 50,5% con una prevalencia de recesión gingival clase III.

Gráfico N° 2

Prevalencia de recesión gingival en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

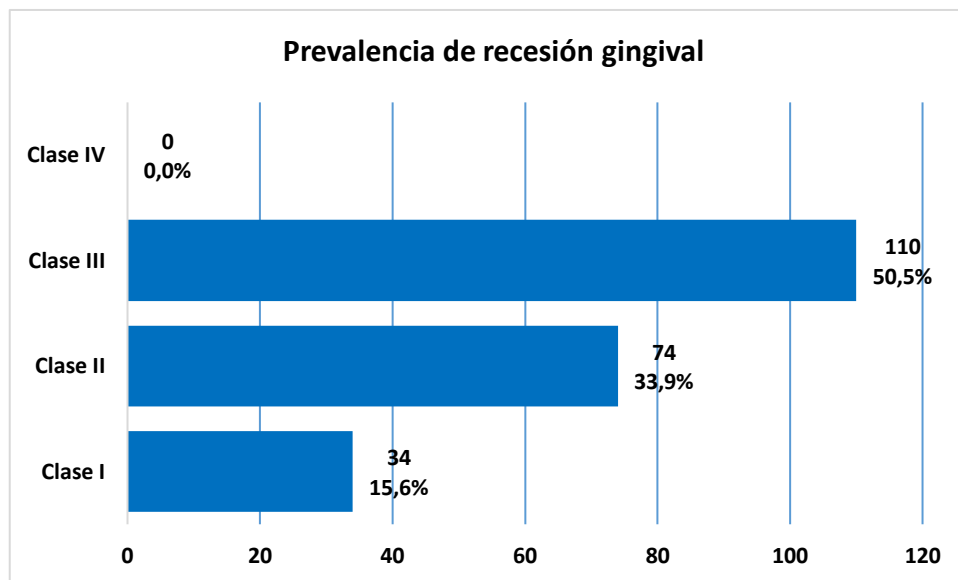


Tabla N° 3

Prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

		Prevalencia de recesión gingival									
		Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	3 - 11 meses	7	3,2	5	2,3	12	5,5	0	0,0	24	11,0

Fuente: propia del investigador

Visualizamos una elevada porcentualidad de 5,5% siendo mayormente perjudicados con una prevalencia recesión gingival clase III con un tiempo de uso de 3 a 11 meses en prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura.

Gráfico N° 3

Prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

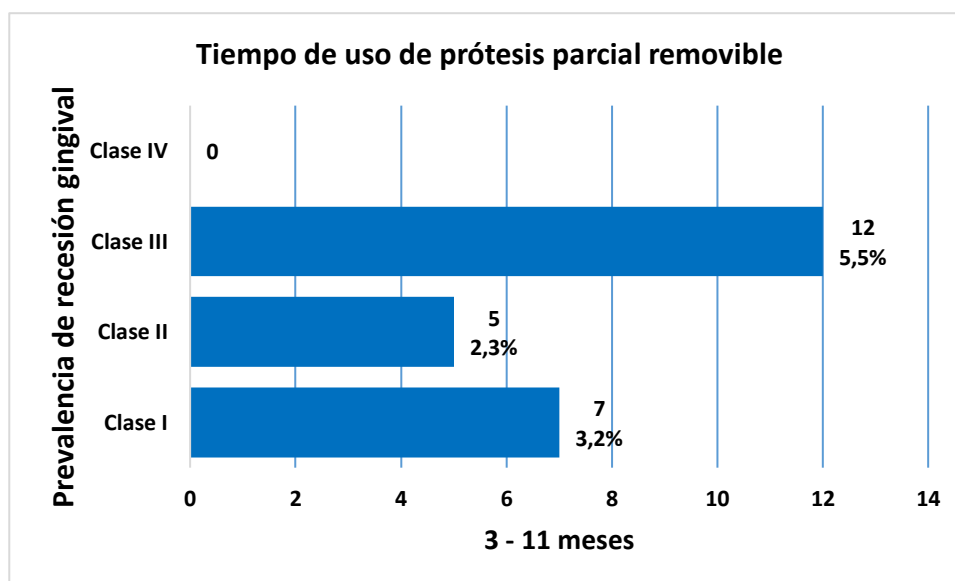


Tabla N° 4

Prevalencia de recesión gingival en relación a 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

		Prevalencia de recesión gingival									
		Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	1 - 2 años	3	1,4	28	12,8	23	10,6	0	0,0	54	24,8

Fuente: propia del investigador

Visualizamos una elevada porcentualidad de 12,8% % son los más afectados con una prevalencia recesión gingival clase II con un tiempo de uso de 1 a 2 años en prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura.

Gráfico N° 4

Prevalencia de recesión gingival en relación a 1 a 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

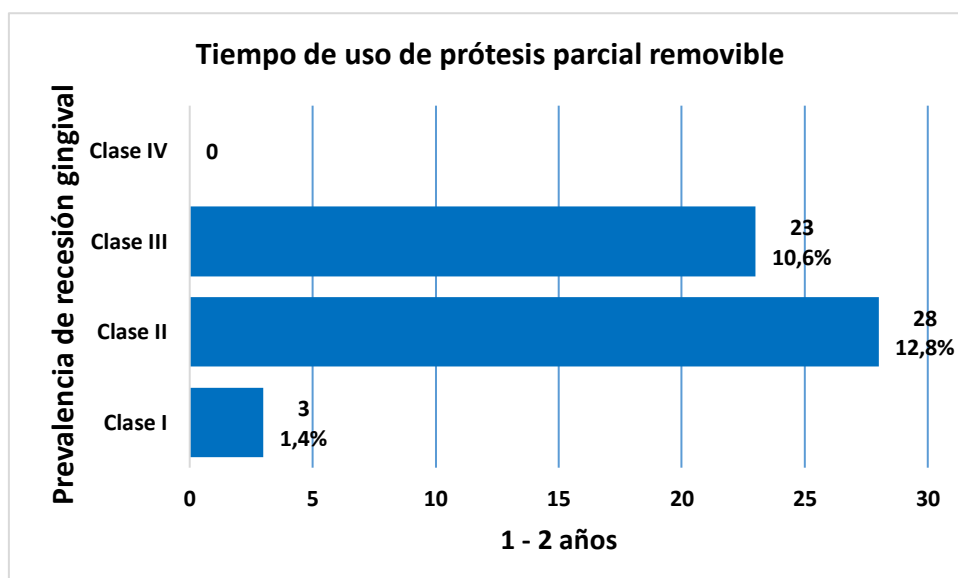


Tabla N° 5

Prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022

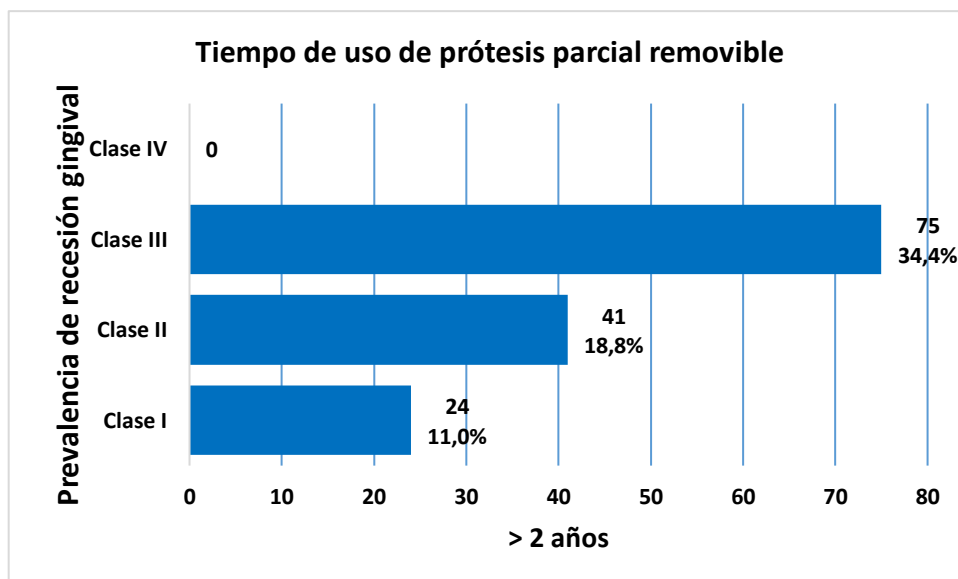
		Prevalencia de recesión gingival									
		Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	> 2 años	24	11,0	41	18,8	75	34,4	0	0,0	140	64,2

Fuente: propia del investigador

Visualizamos una elevada porcentualidad de 34,4% son mayormente perjudicados con una prevalencia recesión gingival clase III con más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura.

Gráfico N° 5

Prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICA, NO PARAMÉTRICAS, DE CORRELACIÓN, DE REGRESIÓN U OTRAS

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Tabla N° 6

Comprobación de prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura

		Prevalencia de recesión gingival									
		Clase I		Clase II		Clase III		Clase IV		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempo de uso de prótesis parcial removible	3 - 11 meses	7	3,2	5	2,3	12	5,5	0	0,0	24	11,0
	1 - 2 años	3	1,4	28	12,8	23	10,6	0	0,0	54	24,8
	> 2 años	24	11,0	41	18,8	75	34,4	0	0,0	140	64,2
Prueba chi x ²										p=0,005	

Fuente: propia del investigador

En contexto al chi cuadrado, hay relación entre la prevalencia de recesión gingival y al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura, donde ($p < 0,05$).

5.4 DISCUSIÓN

La prevalencia de recesión gingival en relación a los 3 a 11 meses de empleo de prótesis parcial removible, presentó un porcentaje superior de recesión gingival clase III con 5,5%. Mientras que la prevalencia de recesión gingival en relación de 1 a 2 años de aplicar prótesis parcial removible, presentó un mayor porcentaje de recesión gingival clase II con 12,8%. No obstante, la prevalencia de recesión gingival en relación a más de 2 años de uso de prótesis parcial removible presentó un mayor porcentaje de recesión gingival clase III con 34,4%. Al efectuar el chi cuadrado, a las variables principales encontramos ($p < 0,05$).

En referencia a la clase de Kennedy en nuestro estudio presentó un elevado porcentaje de 50,5% de prevalencia de recesión gingival en clase III de Kennedy diferenciándose con los resultados de los autores **Rossis M, Reyes Y. (2019) Republica Dominicana**; donde los resultados se observan que la recurrencia de recesión gingival en personas con dentadura parcial removible fue 51,11% en grado III de Kennedy.¹ Estos resultados tienen cercanía debido al predominio de la clase III de Kennedy en ambas muestras por lo cual es un factor clínico relevante en la recesión gingival.

En nuestro estudio se visualizó un elevado porcentaje de 50,5% de prevalencia de recesión gingival en clase III de Kennedy diferenciándose con los resultados de los autores A su vez discrepa con los autores **Castro M, Conejeros M. (2017) Chile**; donde sus resultados 30,2% exhibiendo recesiones gingivales en clase I de Kennedy.² Estos resultados discrepan entre sí debido al predominio de un definido sector de la brecha edéntula en los participantes del estudio.

En nuestro estudio visualizó un elevado porcentaje de 50,5% de prevalencia de recesión gingival en clase III de Kennedy diferenciándose con los resultados de los autores También discrepa con el autor **Dávalos Y. (2021) Cusco**, porque presentó resultados donde el 92,3% presentó recesión gingival en clase III de Kennedy. Estos resultados tienen cercanía por el predomino de las clases de Kennedy de los participantes siendo la clase III la más relevante con recesión gingival.

Se visualizó un elevado porcentaje de 50,5% de prevalencia de recesión gingival en clase III de Kennedy diferenciándose con los resultados de los autores A su vez se diferencia con el autor **Catuto E. (2020) Ecuador**, donde 94% fue clase I de Kennedy exhibiendo padecimiento periodontal por aplicar de prótesis parcial removible.³ Estos resultados difieren entre sí debido a la clase de Kennedy que pertenece cada participante del cual perjudica en la prevalencia de recesión gingival.

Visualizamos que exhibió un elevado porcentaje de 64,2% con un tiempo de uso > 2 años en prótesis parcial removible siendo parecido con los autores **Rossis M, Reyes Y. (2019) Republica Dominicana**; donde los atendidos ostentaban dicha dentadura superior a 2 años siendo mayormente perjudicados.¹ Estos resultados son semejantes debido a que la mayoría de los participantes presentaron un uso de su prótesis parcial removible mayor a dos años que predispone a la aparición de recesión gingival, siendo un predictor de uso promedio para la aparición de esta afección.

En nuestro estudio se observa que a más tiempo que se use prótesis parcial removible se genera recesión gingival teniendo proximidad con el autor **Catuto E. (2020) Ecuador** donde al emplear la prótesis parcial removible con costumbres de aseo bucodental precario, inapropiado diseño, inadecuado apropiado de esté traerá como secuelas periodontales.³ Estos resultados reflejan que a mayor usó de dentadura parcial removible de manera inadecuada en higiene predispone a la aparición de recesión gingival con el tiempo siendo un factor relevante.

En nuestro estudio se observa que a más tiempo que se use prótesis parcial removible se genera recesión gingival teniendo semejanza con el autor **Mamani M. (2019) Puno**; donde la totalidad de los pacientes emplean PPR en clase I de Kennedy, presentan ciertos padecimientos periodontales en asociativa con las piezas pilares próximas con los ganchos protésicos, siendo la gingivitis mayormente recurrente.⁴ Estos resultados reflejan que las clases de Kennedy están asociados directamente a la generación de recesión gingival.

En nuestro estudio se observa que a más tiempo que se use prótesis parcial removible se genera recesión gingival teniendo proximidad con el autor **Dávalos Y. (2021) Cusco**, evidenciándose que el estatus periodontal de piezas pilares de los atendidos con PPR ostentan cierta precariedad periodontal, en referencia con 100% exhiben padecimientos periodontales (gingivitis – periodontitis). Exhiben un aseo bucodental precario en su mayoría.⁵ Estos resultados demuestran que la prótesis parcial removible debe estar en óptimas condiciones para no generar secuelas en el momento que transcurra el tiempo de su uso.

CONCLUSIONES

Se determinó que existe una prevalencia significativa de recesión gingival relacionada estadísticamente al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Existe un hallazgo significativo de recesión gingival en la clase III de Miller en pacientes que usaron habitualmente de 3 a 11 meses una prótesis parcial removible, considerándolo un factor de riesgo en atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Existe un hallazgo significativo de recesión gingival en la clase II de Miller en pacientes que usaron habitualmente de 1 a 2 años una prótesis parcial removible, considerándolo un factor de riesgo en atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

Existe un hallazgo significativo de recesión gingival en la clase II de Miller en pacientes que usaron habitualmente más de 2 años una prótesis parcial removible, considerándolo un factor de riesgo en atendidos en el consultorio dental Segura – 2022.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios para que los profesionales en estomatología evalúen la prevalencia de recesiones gingivales relacionadas a la zona del maxilar donde se usa la prótesis parcial removible.

Aumentar la muestra del estudio para evaluar la variabilidad de resultados en recesión gingival y el período de empleo de dentadura parcial removible registrado por los profesionales en estomatología.

Desarrollar investigaciones para que los profesionales en estomatología analicen diversos constituyentes de peligro que afecten en la generación de recesión gingival en personas con dentadura parcial removible.

Realizar reportes de casos clínicos donde se compare las clases y frecuencias de recesión gingival en personas que usen dentadura parcial removible de diversas zonas de nuestra nación por los expertos dentales.

Efectuar investigaciones para evaluar el manejo de los pacientes que presentan recesión gingival que portan prótesis parcial removible según el tipo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Castro M, Conejeros M. Prevalencia y severidad de recesiones gingivales en dientes anteroinferiores en pacientes de 18 a 40 años de la clínica odontológica de la Universidad Andrés Bello, año 2017. [Internet] [Tesis] Universidad Andrés Bello, 2017.
2. Rossis M, Reyes Y. Prevalencia de recesión gingival en pacientes con prótesis parcial removible en el área de periodoncia de la clínica odontológica Dr. René Puig Betz de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, periodo mayo-agosto 2019. [Internet] [Tesis] Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2019.
3. Catuto E. Prevalencia de enfermedad periodontal por uso de prótesis parcial removible. [Internet] [Tesis] Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2020.
4. Mamani M. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis parcial removible de la clínica odontológica de la EPO de la UNA-Puno 2019. [Internet] [Tesis] UNAP, 2019.
5. Dávalos Y. Análisis periodontal de dientes pilares en pacientes de 30 a 90 años, portadores de prótesis parcial removible que asisten al Centro de Salud Clas Ttio, Cusco 2019. [Internet] [Tesis] UANDINA, 2021.
6. Northway WM. Gingival recession: can orthodontics be a cure? Evidence from a case presentation. *Angle Orthod.* 2013;83(6):1093–1101.
7. Patcas R, Müller L, Ullrich O, Peltomäki T. Accuracy of cone-beam computed tomography at different resolutions assessed on the bony covering of the mandibular anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012,141(1):41– 50.
8. Rana TK, Phogat M, Sharma T, Prasad N, Singh S. Management of gingival recession associated with orthodontic treatment: a case report. *J Clin Diagn Res.* 2014, 8(7): ZD05–ZD07.
9. Renkema A, Fudalej P, Renkema A, Bronkhorst E, Katsaros C. Gingival recessions, and the change of inclination of mandibular incisors during orthodontic treatment. *Eur J Orthod.* 2012; 35(1):249–255.
10. Jati S Furquim L, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. *Dental press journal of orthodontics.* 206, 21 (2): 18-29.

11. Mythri S. et al. Etiology and occurrence of gingival recession-An epidemiological study. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2015, 19 (6): 671.
12. Krishna D, Shetty N, Solomon E. The influence of occlusal trauma on gingival recession and gingival clefts. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2013, 13.1 (1): 7-12.
13. Zaher A, Hachem M, Puhan A. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions: a survey among Swiss dentists. *Journal of Clinical Periodontology*, 2005, 32(4): 375–382.
14. Vassalli I. et al. Orthodontic therapy and gingival recession: a systematic review. *Orthodontics & craniofacial research*. 2010, 13(3): 127-141.
15. Gulati M. et al. Esthetic dentistry for multiple gingival recession cases: Coronally advanced flap with bracket application. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2016, 20.2 (2): 207.
16. Gebistorf M. et al. Gingival recession in orthodontic patients 10 to 15 years posttreatment: A retrospective cohort study. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*. 2018, 153 (5): 645-655.
17. Renkema A. et al. Development of labial gingival recessions in orthodontically treated patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2013, 143.2 (2): 206-212.
18. Chrysanthakopoulos A. Gingival recession: prevalence and risk indicators among young greek adults. *Journal of clinical and experimental dentistry*. 2014, 6 (3): e243.
19. Handelman, Chester S., Anthony P. Eltink, and Ellen BeGole. Quantitative measures of gingival recession and the influence of gender, race, and attrition. *Progress in orthodontics*. 2018, 19.1 (1): 1-10.
20. Slutzkey L. Gingival recession in young adults: occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2008, 134 (5): 652-656.
21. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *Journal of clinical periodontology*. 2011, 38 (3): 243-245.
22. Jain S. Classification systems of gingival recession: An update. *Indian journal of dental sciences*. 2017, 9 (1): 52.
23. Merijohn K. Management and prevention of gingival recession.

- Periodontology. 2016, 21 (1): 228-242.
24. Zaher J, Hachem M. Interest in periodontology and preferences for treatment of localized gingival recessions: a survey among Swiss dentists, *Journal of Clinical Periodontology*. 2005, 32(4): 375–382.
25. González G, Ardanza P. *Rehabilitación protésica estomatológica*. 1o ed. La Habana: Ciencia y Técnica; 2008.
26. Replica techniques. *J Adv Prosthodontic*. 2013, 5(2):179-86.
27. Huang Z, Zhang L, Zhu J, Zhang X. Clinical marginal and internal fit of metal ceramic crowns fabricated with a selective laser melting technology. *J Prosthet Dent*. 2015, 113 (6):623-7.
28. Lucas L, Gennari F, Goiato M, Dos Santos D, Moreno A, Falcón- Antenucci
29. R. Estética en prótesis removibles. *Rev Cubana Estomatológica*. 2010, 47 (2): 224-35.
30. Rodríguez A. Necesidad de prótesis estomatológica. Policlínico de Santa Rita. Mayo 2008-2009 [tesis bachiller]. Granma: Ministerio de Salud Pública. Policlínico docente “David Moreno Domínguez”; 2009.
31. Replica techniques. *J Adv Prosthodontic*. 2013, 5(2):179-86.
32. Setyowati O, kusdarjanti E. Analysis on the pattern of using the service of removable partial denture making in a dental laboratory in Surabaya. *Folia Medica Indonesiana* [Internet]. 2016 [citado el 01 de Mar 2021]; Vol. 52 Issue 4, 270-276.
33. Avendaño E. Prevalencia de edentulismo parcial y necesidad protésica en pacientes que acuden a la clínica de pre grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos del 2013 al 2014. [Tesis pregrado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. [citado el 06 de Ene 2021].
34. Loza D. *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. 2da ed. [Internet]. España: Ripano S.A.; 2007 [citado el 3 de Ene 2021]; 101.
35. Loza D, Valverde R. *Diseño de Prótesis Parcial Removible*. Madrid: Ripano; 2007.
36. Mamani E. Técnica de confección de una prótesis parcial removible. *Revista de actualización clínica*; [Internet]; 2012 [Consultado 13 de Oct 2020]. Disponible en:

37. http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682012000900004&lng=es.
38. Cargua K., Zelaya L, Mora M, *et al*. Análisis de la filosofía del diseño de prótesis parcial metálica removible. RECIAMUC [Internet]; 2019. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/165>.
39. Kim J. Revisiting the Removable Partial Denture. Dent Clin North Am [Internet]; 2019. DOI: 10.1016/j.cden.2018.11.007
40. Mallat E. Prótesis Parcial Removible. Revista Española de odontología. Madrid: 2010; Pag 64.
41. Carr A, Brown D. McCracken. Removable partial prosthodontics. 11ava ed. Madrid: Elsevier; 2016
42. Mallat E, Keogh T. Prótesis parcial removible clínica y laboratorio. Barcelona: Editorial Labor; 1996.
43. Rendón R. Prótesis Parcial Removible: Conceptos actuales, Atlas de diseño, México: Editorial Medica Panamericana; 2006.
44. Arcentales YC, Cuenca ME. Estado periodontal en pacientes portadores de prótesis removible que acuden a la facultad de odontología de la Universidad de Cuenca durante el período de enero a junio 2015. Ecuador: Universidad de Cuenca [Tesis doctoral] 2015.
45. Vega P. Evaluación del estado periodontal del diente pilar en pacientes portadores de prótesis parcial removible que acuden a la facultad de odontología de la Universidad las Américas. Santo Domingo; Universidad de las Américas [Tesis doctoral] 2017.
46. Ardila CM. Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. Av Periodon Implant [Revista internet] 2010. [citado 12 de marzo de 2017];22(2):77-83.
47. Hernández S. Metodología de la investigación. [Internet] 2012, [Consultado 02 de Julio 2022] 2(1): 130 -150.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Carta de presentación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD Escuela Profesional de Estomatología

Pueblo Libre, 18 de Agosto del 2022

CARTA DE PRESENTACION

SR. ALDAHIR PAUCCARA ESTRADA

ADMINISTRADOR CORPORACIÓN DENTAL PERUANA DE FRANQUICIAS.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada JARA SALCEDO JESSICA GABRIELA DNI: 76090985 y código de estudiante 2014236463 Bachiller de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN RELACIÓN AL TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DENTAL SEGURA - 2022"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Le anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

 **UAP** UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

.....
DR. PEDRO MARTIN JESUS APARCANA QUIJANDRIA
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

ANEXO N° 2: Constancia de desarrollo



**CORPORACION DENTAL PERUANA DE
FRANQUICIAS DENTALES SAC RUC 20606688823**

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

AUTORIZACIÓN

Sr. Aldahir Pauccara Estrada


ADMINISTRADOR DE LA CLINICA DENTAL SONRISA SEGURA

Yo, Adahir Pauccara Estrada como Administrador general de la clínica dental Sonrisa Segura sede san juan de Miraflores quien suscribe.

Autorizo:

Al bachiller Jara Salcedo Jessica Gabriela, con DNI 76090985 para realizar trabajo de tesis denominado "Prevalencia de recesión gingival en relación al tiempo de uso de prótesis parcial removible en pacientes atendidos en el consultorio dental Segura-2022.

San Juan de Miraflores, sábado 06 de agosto del 2022.



**CORPORACIÓN PERUANA DE FRANQUICIAS DENTALES SAC
RUC: 20606688823
ALDAHIR PAUCCARA ESTRADA
ADMINISTRADOR**

AV. BELISARIO SUAREZ 923- SAN JUAN DE MIRAFLORES -LIMA
Correo: sedesjm@clinicasonrisasegura.pe Teléfono: (01) 6928068

ANEXO N° 3: Consentimiento informado



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Fecha: _____

Mediante el presente documento, manifiesto que he sido informado (a) por la bachiller Jara Salcedo Jessica Gabriela de la Escuela Profesional de Estomatología, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, de la Universidad Alas Peruanas, sobre el objetivo del estudio **“PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL ASOCIADO AL TIEMPO DE USO DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DENTAL SEGURA - 2022”** y además me ha informado sobre la veracidad de mis respuestas y la importancia del tema. Así mismo que cualquier imagen obtenida se hará protegiendo mi identidad; sobre el manejo de la información obtenida con un carácter de confidencialidad y su no uso para otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento expreso, así como de la posibilidad que tengo para revocar la participación cuando así lo decida.

En caso necesite más información, o tenga una duda sobre esta investigación puede contactarse por teléfono con la investigadora principal al número 952108744.

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

Si acepto ()

No acepto ()

2022

ANEXO N° 4: Ficha de recolección



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Código: _____

Fecha: _____

Sexo: _____

Edad: _____

I. EVALUACION DEL PACIENTE CON RELACION A LA PPR

1. TIEMPO DE USO

3-11 MESES : _____

1-2 AÑOS : _____

>2 AÑOS : _____

ALTERACION RADIOGRAFICA: _____

2. CLASE DE KENNEDY

Clase I : _____

Clase II : _____

Clase III : _____

Clase IV : _____

3. Biotipo periodontal

Fino Grueso

4. Recesión Gingival Presente

Si No

Diente Afectado: _____

5. Tipo de recesión gingival según Miller

Clase I : _____

Clase II : _____

Clase III : _____

Clase IV : _____

PERIODONTOGRAMA

H.C.Nº:

FECHA:...../...../.....

Etapa de Tratamiento: Pre - tratamiento Reevaluación Post - tratamiento

			NIC-SS PS - PL MG
BUCAL			
PALATINO			
DERECHA			MG PS - PL NIC-SS
			NIC-SS PS - PL MG
LINGUAL			
BUCAL			
			MG PS - PL NIC-SS

IZQUIERDA

0 x 832

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

ANEXO N° 5: Fotografías



Imagen N° 1: Evaluación de prótesis parcial removible

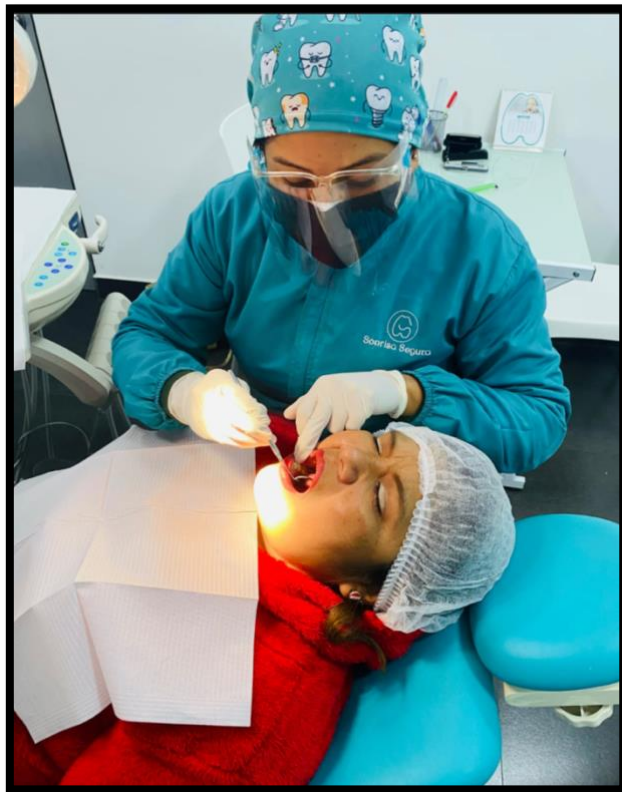


Imagen Nª 2: Evaluación de recesión gingival

ANEXO Nº 6: Base de datos

A	B	C	D	E	F
n	Género	Edad	Tiempo de uso d	Recesión gingiv	Prevalencia de i
1	Masculino	36	> 2 años	Si	Clase II
2	Femenino	58	3 - 11 meses	Si	Clase III
3	Masculino	26	> 2 años	Si	Clase III
4	Masculino	36	> 2 años	Si	Clase II
5	Masculino	59	1 - 2 años	Si	Clase II
6	Femenino	47	> 2 años	Si	Clase III
7	Femenino	48	> 2 años	Si	Clase I
8	Masculino	60	> 2 años	Si	Clase III
9	Femenino	49	1 - 2 años	Si	Clase II
10	Masculino	27	> 2 años	Si	Clase II
11	Femenino	50	3 - 11 meses	Si	Clase II
12	Masculino	37	> 2 años	Si	Clase III
13	Masculino	51	1 - 2 años	Si	Clase III
14	Femenino	25	> 2 años	Si	Clase I
15	Femenino	39	> 2 años	Si	Clase II
16	Masculino	39	> 2 años	Si	Clase III
17	Femenino	52	1 - 2 años	Si	Clase II
18	Masculino	28	> 2 años	Si	Clase II
19	Femenino	40	3 - 11 meses	Si	Clase III
20	Masculino	53	> 2 años	Si	Clase II
21	Femenino	41	1 - 2 años	Si	Clase I
22	Femenino	61	> 2 años	Si	Clase III
23	Masculino	58	> 2 años	Si	Clase II
24	Femenino	26	1 - 2 años	Si	Clase III
25	Femenino	54	> 2 años	Si	Clase I
26	Masculino	43	> 2 años	Si	Clase III
27	Femenino	37	1 - 2 años	Si	Clase II
28	Femenino	30	> 2 años	Si	Clase III
29	Masculino	44	> 2 años	Si	Clase II
30	Femenino	55	3 - 11 meses	Si	Clase I
31	Masculino	56	> 2 años	Si	Clase III
32	Masculino	45	1 - 2 años	Si	Clase III
33	Masculino	59	> 2 años	Si	Clase II
34	Masculino	60	> 2 años	Si	Clase III
35	Femenino	31	1 - 2 años	Si	Clase II
36	Masculino	62	> 2 años	Si	Clase I
37	Femenino	46	> 2 años	Si	Clase II
38	Femenino	57	1 - 2 años	Si	Clase III
39	Masculino	44	> 2 años	Si	Clase III
40	Femenino	47	> 2 años	Si	Clase II
41	Femenino	45	3 - 11 meses	Si	Clase I
42	Femenino	41	> 2 años	Si	Clase III
43	Femenino	32	1 - 2 años	Si	Clase II

A	B	C	D	E	F
44	Masculino	42	> 2 años	Si	Clase II
45	Femenino	33	> 2 años	Si	Clase III
46	Masculino	43	3 - 11 meses	Si	Clase III
47	Masculino	45	> 2 años	Si	Clase I
48	Femenino	46	> 2 años	Si	Clase III
49	Femenino	58	1 - 2 años	Si	Clase II
50	Masculino	34	> 2 años	Si	Clase II
51	Femenino	40	> 2 años	Si	Clase III
52	Masculino	48	3 - 11 meses	Si	Clase III
53	Femenino	49	> 2 años	Si	Clase III
54	Masculino	51	> 2 años	Si	Clase I
55	Masculino	39	1 - 2 años	Si	Clase II
56	Masculino	59	> 2 años	Si	Clase III
57	Masculino	35	> 2 años	Si	Clase I
58	Femenino	36	> 2 años	Si	Clase III
59	Masculino	26	1 - 2 años	Si	Clase III
60	Femenino	38	> 2 años	Si	Clase II
61	Femenino	50	3 - 11 meses	Si	Clase II
62	Femenino	52	> 2 años	Si	Clase III
63	Masculino	38	1 - 2 años	Si	Clase III
64	Femenino	27	> 2 años	Si	Clase I
65	Masculino	36	> 2 años	Si	Clase III
66	Femenino	61	> 2 años	Si	Clase II
67	Masculino	64	1 - 2 años	Si	Clase II
68	Femenino	53	> 2 años	Si	Clase III
69	Masculino	54	3 - 11 meses	Si	Clase III
70	Femenino	37	> 2 años	Si	Clase II
71	Femenino	27	1 - 2 años	Si	Clase II
72	Femenino	65	> 2 años	Si	Clase III
73	Masculino	38	> 2 años	Si	Clase II
74	Femenino	39	1 - 2 años	Si	Clase III
75	Masculino	40	> 2 años	Si	Clase I
76	Femenino	55	> 2 años	Si	Clase III
77	Femenino	41	1 - 2 años	Si	Clase III
78	Masculino	66	> 2 años	Si	Clase II
79	Masculino	28	> 2 años	Si	Clase III
80	Masculino	56	3 - 11 meses	Si	Clase I
81	Masculino	68	> 2 años	Si	Clase III
82	Masculino	57	1 - 2 años	Si	Clase II
83	Femenino	44	> 2 años	Si	Clase II
84	Femenino	42	> 2 años	Si	Clase III
85	Masculino	29	1 - 2 años	Si	Clase III
86	Femenino	30	> 2 años	Si	Clase I

A	B	C	D	E	F
87	Femenino	62	> 2 años	Si	Clase III
88	Masculino	31	1 - 2 años	Si	Clase II
89	Femenino	47	> 2 años	Si	Clase II
90	Femenino	63	> 2 años	Si	Clase III
91	Femenino	48	3 - 11 meses	Si	Clase I
92	Femenino	43	> 2 años	Si	Clase III
93	Masculino	61	1 - 2 años	Si	Clase III
94	Femenino	49	> 2 años	Si	Clase III
95	Masculino	32	> 2 años	Si	Clase III
96	Masculino	45	3 - 11 meses	Si	Clase III
97	Femenino	50	> 2 años	Si	Clase I
98	Femenino	51	> 2 años	Si	Clase II
99	Masculino	46	1 - 2 años	Si	Clase II
100	Masculino	33	> 2 años	Si	Clase III
101	Masculino	44	> 2 años	Si	Clase II
102	Masculino	52	3 - 11 meses	Si	Clase III
103	Femenino	34	> 2 años	Si	Clase III
104	Masculino	36	> 2 años	Si	Clase I
105	Femenino	37	1 - 2 años	Si	Clase III
106	Masculino	53	> 2 años	Si	Clase III
107	Femenino	58	> 2 años	Si	Clase I
108	Masculino	59	> 2 años	Si	Clase III
109	Femenino	28	1 - 2 años	Si	Clase II
110	Femenino	39	> 2 años	Si	Clase II
111	Masculino	54	3 - 11 meses	Si	Clase II
112	Femenino	39	> 2 años	Si	Clase III
113	Masculino	25	1 - 2 años	Si	Clase III
114	Femenino	36	> 2 años	Si	Clase I
115	Femenino	55	> 2 años	Si	Clase II
116	Masculino	38	> 2 años	Si	Clase III
117	Masculino	56	1 - 2 años	Si	Clase II
118	Femenino	60	> 2 años	Si	Clase III
119	Femenino	61	3 - 11 meses	Si	Clase III
120	Femenino	26	> 2 años	Si	Clase II
121	Masculino	62	1 - 2 años	Si	Clase I
122	Masculino	39	> 2 años	Si	Clase III
123	Femenino	57	> 2 años	Si	Clase II
124	Masculino	40	1 - 2 años	Si	Clase II
125	Femenino	47	> 2 años	Si	Clase III
126	Femenino	40	> 2 años	Si	Clase II
127	Masculino	29	1 - 2 años	Si	Clase III
128	Masculino	28	> 2 años	Si	Clase III
129	Masculino	42	> 2 años	Si	Clase III

A	B	C	D	E	F
130	Masculino	27	3 - 11 meses	Si	Clase I
131	Masculino	43	> 2 años	Si	Clase II
132	Femenino	48	1 - 2 años	Si	Clase II
133	Femenino	30	> 2 años	Si	Clase III
134	Femenino	63	> 2 años	Si	Clase III
135	Femenino	41	1 - 2 años	Si	Clase III
136	Femenino	45	> 2 años	Si	Clase I
137	Masculino	46	> 2 años	Si	Clase III
138	Femenino	49	1 - 2 años	Si	Clase II
139	Masculino	47	> 2 años	Si	Clase II
140	Femenino	36	> 2 años	Si	Clase III
141	Femenino	64	> 2 años	Si	Clase III
142	Femenino	31	3 - 11 meses	Si	Clase III
143	Femenino	37	> 2 años	Si	Clase III
144	Masculino	32	> 2 años	Si	Clase I
145	Masculino	38	1 - 2 años	Si	Clase III
146	Femenino	48	> 2 años	Si	Clase III
147	Femenino	49	> 2 años	Si	Clase I
148	Masculino	33	> 2 años	Si	Clase III
149	Femenino	39	1 - 2 años	Si	Clase II
150	Femenino	36	> 2 años	Si	Clase II
151	Masculino	65	3 - 11 meses	Si	Clase II
152	Masculino	66	> 2 años	Si	Clase III
153	Masculino	50	1 - 2 años	Si	Clase III
154	Femenino	51	> 2 años	Si	Clase I
155	Masculino	38	> 2 años	Si	Clase III
156	Femenino	34	> 2 años	Si	Clase II
157	Masculino	68	1 - 2 años	Si	Clase II
158	Femenino	35	> 2 años	Si	Clase III
159	Femenino	39	3 - 11 meses	Si	Clase III
160	Femenino	25	> 2 años	Si	Clase II
161	Masculino	52	1 - 2 años	Si	Clase I
162	Femenino	53	> 2 años	Si	Clase III
163	Femenino	67	> 2 años	Si	Clase II
164	Femenino	37	1 - 2 años	Si	Clase III
165	Masculino	54	> 2 años	Si	Clase III
166	Masculino	58	> 2 años	Si	Clase II
167	Femenino	36	1 - 2 años	Si	Clase II
168	Masculino	42	> 2 años	Si	Clase III
169	Femenino	55	> 2 años	Si	Clase II
170	Femenino	26	3 - 11 meses	Si	Clase I
171	Masculino	27	> 2 años	Si	Clase III
172	Femenino	60	1 - 2 años	Si	Clase III

A	B	C	D	E	F
181	Femenino	45	> 2 años	Si	Clase III
182	Femenino	56	3 - 11 meses	Si	Clase III
183	Masculino	47	> 2 años	Si	Clase II
184	Femenino	44	> 2 años	Si	Clase I
185	Femenino	29	1 - 2 años	Si	Clase III
186	Masculino	48	> 2 años	Si	Clase III
187	Femenino	49	> 2 años	Si	Clase I
188	Masculino	30	> 2 años	Si	Clase III
189	Femenino	41	1 - 2 años	Si	Clase II
190	Femenino	50	> 2 años	Si	Clase II
191	Femenino	51	3 - 11 meses	Si	Clase II
192	Femenino	64	> 2 años	Si	Clase III
193	Femenino	65	1 - 2 años	Si	Clase III
194	Masculino	39	> 2 años	Si	Clase I
195	Femenino	36	> 2 años	Si	Clase III
196	Femenino	38	> 2 años	Si	Clase II
197	Femenino	31	1 - 2 años	Si	Clase II
198	Masculino	32	> 2 años	Si	Clase III
199	Femenino	37	3 - 11 meses	Si	Clase III
200	Femenino	52	> 2 años	Si	Clase III
201	Femenino	53	1 - 2 años	Si	Clase II
202	Masculino	36	> 2 años	Si	Clase II
203	Femenino	66	> 2 años	Si	Clase III
204	Masculino	63	1 - 2 años	Si	Clase III
205	Femenino	33	> 2 años	Si	Clase I
206	Femenino	62	> 2 años	Si	Clase III
207	Masculino	37	1 - 2 años	Si	Clase III
208	Femenino	54	> 2 años	Si	Clase III
209	Masculino	38	> 2 años	Si	Clase III
210	Femenino	55	3 - 11 meses	Si	Clase I
211	Femenino	32	> 2 años	Si	Clase II
212	Masculino	56	1 - 2 años	Si	Clase II
213	Femenino	34	> 2 años	Si	Clase III
214	Masculino	39	> 2 años	Si	Clase III
215	Femenino	35	1 - 2 años	Si	Clase III
216	Femenino	31	> 2 años	Si	Clase I
217	Masculino	42	> 2 años	Si	Clase III
218	Masculino	41	1 - 2 años	Si	Clase II