



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

FRECUENCIA DEL EDENTULISMO Y LAS ALTERNATIVAS DE
REHABILITACIÓN PROTÉSICA SOBRE IMPLANTES EN LOS PACIENTES
DE LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA, DEL 2017 AL 2025

FREQUENCY OF EDENTULISM AND IMPLANT-SUPPORTED
PROSTHETIC REHABILITATION ALTERNATIVES IN PATIENTS OF THE
TEACHING DENTAL CLINIC OF THE PERUVIAN UNIVERSITY
CAYETANO HEREDIA, FROM 2017 TO 2025

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES

FIGRELLA LIZETH SALOMÉ ALIAGA
KATHERINE RUTH VELOZ SANTOS
ROMINA NICOLE ORTEGA MARCHISIO

ASESOR

DIANA ESMERALDA CASTILLO ANDAMAYO

LIMA - PERÚ

2025

JURADO

Presidente: MG. ESP. FREDY AGUSTIN GUTIERREZ VENTURA
Vocal: MG. ROBERTO ANTONIO LEON MANCO
Secretario: MG. DANIEL KEVIN PEREZ ALVAREZ

Fecha de Sustentación: 23 de diciembre de 2025

Calificación: APROBADO

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MG. ESP. DIANA ESMERALDA CASTILLO ANDAMAYO

Departamento académico de Rehabilitación Oral

ORCID: 0000-0002-9579-2906

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mis pasos y permitirme alcanzar mis sueños.

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser el pilar fundamental que me permitió formarme como persona y futura profesional.

A mi novio, por su amor, paciencia y motivación durante todo este proceso, y por estar siempre a mi lado en los momentos más importantes.

Fiorella Lizeth Salomé Aliaga

Dedico el presente trabajo, en primer lugar, a Dios, por brindarme salud, fortaleza y perseverancia para culminar esta etapa de mi formación profesional.

A mis padres, por su amor incondicional, apoyo constante y sacrificio diario, que han sido el pilar fundamental para alcanzar este logro.

A mi familia y seres queridos, quienes con palabras de aliento y confianza me impulsaron a no rendirme ante las dificultades.

Katherine Ruth Veloz Santos

A mis padres, Raúl Ortega Egúsquiza y Zoila Marchisio Tarazona, por ser el mayor apoyo de toda mi vida, por haberme dado la oportunidad de estudiar una carrera tan demandante y gratificante como esta. Agradezco profundamente las enseñanzas y

valores que me han dado, gracias por el apoyo que me brindaron durante los meses en los que estuve trabajando en esta investigación y por la confianza que tuvieron en mí. Dedico este trabajo también a mi hermano, Raúl Ortega Marchisio, por ser cansadamente insistente en que lo terminara y por darme ánimos para culminar la carrera en esos momentos en los que sentía que era una meta imposible. Por último, a mi pareja, Alfredo Aucca Limas, por ser la persona con la cual pude contar en cada momento de mi carrera, por permitirme desahogar mis frustraciones y por ser la voz que siempre me brindó una visión más clara en situaciones muy complicadas.

Romina Nicole Ortega Marchisio

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestra asesora de tesis, Dra. Diana Castillo, por su acompañamiento y apoyo durante el desarrollo del presente trabajo. Asimismo, agradecemos a los Dres. que nos brindaron guía y motivación para culminar la tesis oportunamente. Gracias por todo su apoyo.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Autofinanciada

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	SALOMÉ ALIAGA FIORELLA LIZETH
2.	VELOZ SANTOS KATHERINE RUTH
3.	ORTEGA MARCHISIO ROMINA NICOLE

Pertencientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA** autores del trabajo titulado: **FRECUENCIA DEL EDENTULISMO Y LAS ALTERNATIVAS DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA SOBRE IMPLANTES EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, DEL 2017 AL 2025** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	CASTILLO ANDAMAYO DIANA ESMERALDA	ESTOMATOLOGÍA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **21 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3468979009**; fecha de entrega: **30-01-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 30 de enero del 2026.

Firma del asesor
N° DNI: 43543833
ORCID: 0000-0002-9579-2906



TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
III. MATERIAL Y MÉTODOS	11
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
VIII. TABLAS	47
ANEXOS	54

RESUMEN

Antecedentes: El edentulismo es un problema de salud pública que afecta la función oral, la estética y la calidad de vida. Las prótesis sobre implantes constituyen una alternativa terapéutica predecible y ampliamente utilizada.

Objetivo: Determinar la frecuencia del edentulismo y las opciones de rehabilitación protésica sobre implantes en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre 2017 y 2025. **Materiales y Métodos:**

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron 140 historias clínicas digitales de pacientes con prótesis sobre implantes en las sedes San Isidro y San Martín, incluyendo variables sociodemográficas, clasificación del edentulismo, zona edéntula, alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, uso de provisionales y su tiempo de permanencia. Se calcularon frecuencias y se aplicó Chi-cuadrado ($p < 0.05$). **Resultados:** Predominó el edentulismo parcial (96,43%). La prótesis unitaria fue la más usada (58,57%), seguida de la múltiple (29,29%). Hubo asociación significativa entre edad y tipo de prótesis ($p < 0.001$) y entre alternativa protésica y servicio ($p = 0.005$). La duración del uso de prótesis provisionales fue mayor en prótesis múltiples ($7,00 \pm 7,07$ meses) que en unitarias ($4,33 \pm 3,15$ meses). **Conclusión:** El edentulismo parcial es la condición predominante, siendo la prótesis unitaria la opción más frecuente. La edad influye en la complejidad protésica y la duración de los provisionales aumenta con la extensión del tratamiento.

Palabras claves: Carga Inmediata del Implante Dental, Prótesis Dental de Soporte Implantado, Rehabilitación Bucal (DeCS).

ABSTRACT

Background: Edentulism is a public health problem that affects oral function, aesthetics, and quality of life. Implant-supported prostheses represent a predictable and widely used therapeutic alternative. **Objective:** To determine the frequency of edentulism and the prosthetic rehabilitation options on implants in patients treated at the Teaching Dental Clinic of the Peruvian University Cayetano Heredia between 2017 and 2025. **Materials and Methods:** Descriptive, cross-sectional, and retrospective study. A total of 140 digital clinical records of patients with implant-supported prostheses at the San Isidro and San Martín campuses were analyzed, including sociodemographic factors, classification of edentulism, edentulous area, prosthetic rehabilitation alternatives on implants, use of provisional restorations and their duration of use. Frequencies were calculated, and the Chi-square test was applied ($p < 0.05$). **Results:** Partial edentulism was the most frequent condition (96.43%). Single-unit prostheses were the most commonly used (58.57%), followed by multiple-unit prostheses (29.29%). A significant association was observed between age and type of prosthesis ($p < 0.001$), and between prosthetic option and service ($p = 0.005$). The duration of use of provisional prostheses was longer in multiple prostheses (7.00 ± 7.07 months) than for single-unit prostheses (4.33 ± 3.15 months). **Conclusion:** Partial edentulism is the predominant condition, with single-unit prostheses being the most frequent rehabilitation option. Age influences prosthetic complexity, and the duration of provisional prostheses increases with the extent of the treatment.

Keywords: Dental Implant-Supported Prosthesis, Immediate Dental Implant Loading, Mouth Rehabilitation (DeC

I. INTRODUCCIÓN

El edentulismo es una condición de la salud oral que se define como la pérdida de piezas dentarias, pudiendo ser total o parcial, tanto en la dentición decidua como en la permanente (1). Esta condición trae como consecuencias alteraciones psicológicas, como efectos emocionales y cambios de conducta, en el ámbito fisiológico, afecta a los tejidos duros y blandos, así como a la mucosa, y causa alteraciones estéticas. Funcionalmente, repercute en la articulación del habla, la masticación, la fonética y puede llevar a una deficiencia nutricional (2).

El edentulismo, aunque no es exclusivo de la población mayor, es especialmente común entre los adultos mayores en América Latina, con una prevalencia que puede alcanzar hasta el 81,7%. Esto destaca la urgencia de mejorar el acceso a la atención odontológica desde edades tempranas en la región (3). En el Perú, la prevalencia del edentulismo en adultos mayores es alta, con un promedio del 82,35%, aunque los valores varían significativamente, desde el 23,30% y el 100%. El edentulismo parcial es más común, con una prevalencia promedio del 49,99%, con un intervalo del 18,20% y el 83,60%. Por otro lado, la prevalencia promedio del edentulismo total es del 44,77%, con valores entre el 4,80% y el 86,80% (4) Diversos factores pueden provocar diferentes patologías dentales que resultan en la pérdida de dientes. Principalmente, una higiene oral inadecuada puede llevar a enfermedades comunes como la caries y enfermedades periodontales,

en el Perú estas dos representan una seria preocupación para la salud pública. En principio, la caries dental es la enfermedad oral más prevalente en el Perú, alcanzando un 90,4% (5). Entre tanto, la periodontitis mal tratada resulta en una infección irreversible que puede causar reabsorción ósea, pérdida de inserción y eventualmente la pérdida de dientes (6-8). Según el Ministerio de Salud, el 85% de la población sufre de enfermedades periodontales, lo cual indica una alta prevalencia de este problema de salud bucal (5). Además, existen otras causas no tan frecuentes, como traumatismos dentoalveolares, bruxismo, tabaquismo, tratamientos dentales deficientes, enfermedades sistémicas (9)

Por un lado, las lesiones por traumatismos dentoalveolares, pueden variar desde fracturas simples de esmalte hasta avulsiones dentales completas, ya que, resultan de un trauma externo, comprometen la integridad de los dientes, el periodonto y los tejidos blandos circundante (10). Por otro lado, el bruxismo es una causa que se manifiesta de diversas formas, afectando tanto a estructuras dentales, musculares y articulares (11). Otro tipo común de desgaste son las lesiones no cariosas, entre ellas la abfracción, la cual puede originarse por el uso de cepillos de cerdas duras o por una técnica de cepillado incorrecta, lo que contribuye a su deterioro, de no tratarse a tiempo, podrían eventualmente desencadenar en la pérdida de dientes (12).

Otro causante es el tabaquismo, que se caracteriza como una condición crónica, recurrente y adictiva que surge debido al consumo excesivo de

tabaco (13). El hábito de fumar es un factor de riesgo asociado a la pérdida de dientes, siendo los individuos del género masculino, que incluso tras la cesación tabáquica, presentan una probabilidad incrementada de padecer edentulismo (14). Además, se ha observado una asociación entre fumar y varias condiciones periodontales, así como una disminución en el nivel de inserción periodontal, la presencia de bolsas periodontales más profundas y una pérdida de hueso alveolar más significativa, incluso, se ha identificado un deterioro en los tejidos conectivos y la matriz, lo que aumenta el riesgo de desarrollar periodontitis (15). Asimismo, en la actualidad, la mala ejecución de tratamientos odontológicos sigue siendo una causa significativa de pérdida de dientes. Por ejemplo, los tratamientos endodónticos mal realizados pueden provocar complicaciones más graves, al igual que los procedimientos de ortodoncia (16). Por otra parte, a nivel sistémico en enfermedades crónicas, se ha observado una asociación con condiciones como hipertensión, diabetes, enfermedad arterial periférica, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y mortalidad, así como sobrepeso y obesidad, enfermedad renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, demencia, deterioro cognitivo y cáncer de hígado (3). La pérdida de piezas dentarias, al ser extraídas, ocasiona reabsorción del hueso alveolar, un proceso continuo en el cual el hueso pierde altura y anchura con el tiempo. Cuando se pierden múltiples dientes, ya sea con o sin prótesis para reemplazarlos, puede producirse una notable pérdida ósea

en el hueso maxilar. Esto a veces conduce a dificultades para usar una dentadura removible; a medida que el hueso se reabsorbe, la encía que lo recubre también se contrae, formando una depresión tanto en altura como en anchura que puede resultar antiestética y favorecer la acumulación de alimentos debajo de los dientes adyacentes. Además, la interacción entre las arcadas dentales se verá comprometida debido a la migración de los dientes hacia las zonas edéntulas y la extrusión de las piezas dentarias antagonistas. Esto puede aumentar la probabilidad de desarrollar interferencias oclusales, lo que podría provocar problemas en la articulación temporomandibular (ATM) (13).

La prótesis dental es mucho más que una simple reposicionadora de los elementos dentales, tiene un impacto integral en la vida familiar y social, contribuyendo a la salud general y aumenta la expectativa de vida al restaurar la estabilidad oclusal, además de permite a las personas mayores formar el bolo alimenticio de manera adecuada, evitando la disminución en la consistencia de los alimentos y así previniendo deficiencias proteicas (17).

En la actualidad, se cuentan con diversas alternativas de prótesis dentales de gran relevancia en el ámbito odontológico para la calidad de vida de los pacientes, las cuales se categorizan en dos grupos: prótesis tradicionales o convencionales y prótesis sobre implantes o implantosoportadas (18,19), no obstante, en el marco de este estudio se ha categorizado a la prótesis sobre implantes. En las prótesis sobre implantes, la aparatología protésica está asegurada y sostenida mediante

implantes osteointegrados, por lo tanto, además de examinar el número de dientes restantes, es indispensable evaluar la calidad/cantidad del hueso de soporte, considerando su estructura, densidad, orientación trabecular, tamaño (20) y la condición de los tejidos blandos, incluyendo volumen, contorno, color y textura. Cuanto más se acerquen estas estructuras a la condición ideal, mejores resultados se obtendrán tanto en términos funcionales como estéticos (21). La implantología ha evolucionado hasta convertirse en una técnica estándar y predecible, siendo el referente terapéutico de excelencia para la restauración dental, los implantes dentales proporcionan una fijación estable de las prótesis bucales al hueso, garantizando su inmovilidad ante los movimientos de la masticación, resultando en una mayor comodidad para el paciente, manteniendo la integridad y conservación de la altura y espesor del óseo, además de ofrecer ventajas psicológicas y sociales (20). Es esencial comprender las diferencias en los tejidos adyacentes y las características de los dispositivos y dientes para lograr resultados óptimos; ya que el tener dientes fijos de manera inmediata contribuye a una mejor conformación gingival, preservación ósea y calidad de vida del paciente. (22). El rendimiento de la restauración mediante implantes en personas mayores es alto. Un estudio de investigación indica en una revisión sistemática que a partir de los 65 años, la tasa de éxito al año es del 98 % y del 91 % a los 10 años. A pesar de variaciones menores en los índices de éxito, queda claro que este procedimiento es eficaz en la rehabilitación de adultos mayores, al igual que en otros grupos de edad

(23). Hoy en día, el empleo de implantes dentales en la restauración de pacientes parcialmente edéntulos se considera un enfoque ampliamente aceptado en la práctica clínica, con una supervivencia y éxito a largo plazo predecibles. (Nissan, Narobai, Gross, Ghelfan, & Chaushu., 2011)

(24). La rehabilitación de estos pacientes ofrece notables ventajas frente a las prótesis convencionales. En comparación con otras técnicas de implantes, proporciona la posibilidad de un abordaje mínimamente invasivo, con menos intervenciones requeridas, costos reducidos y una mayor aceptación por parte de los pacientes (25).

En el marco del sistema de la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), se implementan diversas alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes. La clínica cuenta con servicios de posgrado en Rehabilitación Oral (RO) e Implantología Oral Integral (IOI), donde se atiende a pacientes que requieren prótesis convencionales y prótesis sobre implantes, adaptando los tratamientos a las características de la zona edéntula. Asimismo, en el posgrado de Rehabilitación Oral de FAEST-UPCH se destacó un estudio realizado recientemente los cuales determinaron la frecuencia de tipos de prótesis sobre implantes en la Clínica Dental Docente de Facultad de Estomatología - UPCH. La investigación mencionada definió los tipos de prótesis sobre implantes mediante observaciones clínicas, análisis y recopilación de datos, clasificándolas según la cantidad de dientes a reemplazar, las características anatómicas de la zona edéntula y las necesidades específicas de cada paciente. Los tipos

de prótesis identificados en el estudio incluye prótesis unitarias, prótesis múltiples, prótesis sobre dentadura, prótesis híbridas y prótesis totales. Las prótesis unitarias, según lo señalado por el autor del estudio, son comúnmente utilizadas en casos donde la pérdida dental es limitada y se requiere una restauración individualizada. Por otro lado, las prótesis múltiples abarcan la sustitución de dos o más dientes ausentes. Este tipo de prótesis, como se menciona en el estudio, es frecuentemente seleccionado cuando existe una pérdida dental moderada y se necesitan múltiples restauraciones. La prótesis sobre dentadura, también conocida como prótesis mucosoportada, es otra alternativa importante en rehabilitación oral. Según explica el autor del estudio, este, combina el soporte mucoso con el anclaje proporcionado por los implantes dentales o dientes remanentes, ofreciendo una mayor estabilidad y funcionalidad. En cuanto a las prótesis híbridas, también denominadas mixtas o combinadas, se señala que estas prótesis ofrecen una solución fija y parcialmente removible. Este tipo de prótesis es ampliamente utilizado en casos donde se requiere una restauración que combine la estabilidad de las prótesis fijas con la posibilidad de remoción para la limpieza y mantenimiento. Por último, las prótesis totales o dentaduras completas, como se indica, están diseñadas para reemplazar todos los dientes en un maxilar y son esenciales en pacientes edéntulos totales para restaurar la estética y la función masticatoria (18). Desde otra perspectiva, se realizó un estudio llevado a cabo por Solano Angeldonis, en Lima, Perú, que presenta una visión detallada de la prevalencia y distribución de

distintos tipos de tratamientos de prótesis dental convencional y sobre implantes en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) en el año 2016. El análisis detallado de la frecuencia y distribución de los tipos de prótesis proporciona información valiosa sobre las preferencias de tratamiento en la población estudiada, así como su relación con variables sociodemográficas como la edad, el nivel educativo y el lugar de residencia (26).

Debido a ello, el objetivo del presente trabajo es determinar la frecuencia de edentulismo según características de sexo, grupo etario, servicio y sede; y las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, según zona edentula, clasificación del edentulismo y permanencia, a saber, mediante el reporte de casos clínicos de los pacientes edentulos, atendidos en los servicios de Posgrado de Rehabilitación Oral e Implantología Oral Integral de la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima - Perú en el periodo de 2017-2025.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia del edentulismo y las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes en los pacientes de la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) durante los años 2017-2025.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la frecuencia del edentulismo en pacientes, según sexo, grupo etario, servicio y sede, atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017-2025.
2. Determinar la frecuencia del edentulismo en pacientes, según clasificación de edentulismo, zona edéntula y las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017-2025.
3. Determinar la frecuencia de las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes en pacientes, según sexo, grupo etario, servicio y sede, atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017-2025.
4. Determinar la frecuencia del uso de prótesis provisionales según la clasificación de edentulismo y las

alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017-2025.

5. Determinar el periodo de permanencia en boca de los tratamientos protésicos provisionales según las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes utilizados, en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017-2025.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Este estudio es descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Población

La población del presente estudio incluyó un registro digital de 140 historias clínicas de pacientes que recibieron alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes atendidos en los servicios de Implantología Oral y Rehabilitación Oral, quienes asistieron a la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de Lima, en las sedes de San Isidro y San Martín, desde enero de 2017 hasta enero de 2025.

Muestra : Se empleó la población total, sin muestra.

Criterios de selección:

1. Criterios de inclusión:

- Historias clínicas digitales pertenecientes a la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Se tomaron en cuenta las sedes de San Martín de Porres y San Isidro.
- Historias clínicas registradas entre los años 2017 a 2025.
- Con datos completos y correctamente registrados de los pacientes.
- Historias clínicas con un plan de tratamiento aprobado que contenga alternativas de rehabilitación protésica sobre

implantes.

2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos para las variables de estudio.
- Historias clínicas con planes de tratamiento fuera de aquellos en relación con implantes.
- Se excluyeron aquellas historias con planes de tratamiento no aprobados que tenían alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes.

Definición operacional de variables (anexo 1)

a. **Clasificación de edentulismo:** Consiste en categorizar la pérdida dental en individuos mediante criterios estandarizados, que evalúan tanto la cantidad y ubicación de los dientes ausentes como la gravedad de la condición. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cualitativa y nominal, en las cuales las opciones incluyen:

1. Edéntulo total, 2. Edéntulo parcial.

b. **Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes:** Se refiere a la extensión, soporte y biomecánica de Prótesis existentes en el Maxilar y en la Mandíbula. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH),

ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cuantitativa de escala nominal y politómica, en la que se enumeran las posibles respuestas: Extensión: Unitaria =1; Múltiple = 2, Soporte: Sobredentadura=3, Biomecánica: Híbrida =4, Total =5; Prótesis provisional=6.

c. **Sexo:** Como concepto taxonómico útil para clasificar la especie, tipo o taxonomía a la que pertenece alguien o algo; Como un grupo de personas del mismo sexo. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cualitativa de escala nominal y dicotómica, con múltiples opciones: 1: Femenino y 2:Masculino

d. **Grupo etario:** Subgrupo de una población clasificada según la edad que tenga el paciente. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cuantitativa de escala nominal y politómica, cuyas opciones de respuesta son: Los años en números enteros con valores: 1: de 20 a 29 años, 2 : de 30 a 39 años, 3: de 40 a 49 años, 4: de 50 a 59 años, 5: de 60 a 69 años, 6: de 70 a 79 años, 7: de 80 a 95 años.

e. **Servicio:** Se refiere a las actividades y procedimientos proporcionados por una organización, institución o entidad según su

área de especialidad. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cualitativa de escala ordinal y politómica, con múltiples opciones: 1: Rehabilitación Oral 2: Implantología Oral.

f. **Sede:** Se refiere al espacio físico donde el paciente recibe los servicios prestados por los profesionales médicos. Se registró la sede de atención en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cualitativa de escala nominal y dicotómica, con múltiples opciones: 1: Sede San Martín, 2: Sede San Isidro.

g. **Zona edéntula:** Se define como el área específica dentro del arco dental de un individuo donde existe ausencia de uno o varios dientes naturales. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cualitativa y nominal, donde las posibles respuestas son:

1: Maxilar superior 2. Maxilar inferior 3. Maxilar superior e inferior.

h. **Permanencia:** Se refiere al tiempo transcurrido (en meses) desde la colocación de la prótesis provisional sobre implantes hasta la

instalación de la prótesis definitiva. Se registró en la base de datos de historias clínicas de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025. Es una variable cuantitativa de razón, obtenida a partir del registro clínico del tiempo de uso documentado en las historias clínicas digitales.

Procedimientos y técnicas:

Para llevar a cabo el estudio, fue necesario cumplir con los procedimientos administrativos correspondientes. En primer lugar, se inscribió el proyecto de investigación en SIDISI (anexo 2). Una vez evaluado y aprobado por las entidades pertinentes, se procedió a solicitar los datos digitales de los pacientes que recibieron alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, estos pacientes fueron atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), ubicado en las sedes de San Isidro y San Martín, durante el periodo 2017-2025, específicamente en los servicios de Rehabilitación Oral e Implantología Oral. Posteriormente se elaboró una ficha de registro de datos (anexo 3) en formato de una hoja de cálculo, tomando en cuenta las variables del estudio, donde se registró la información de las historias clínicas; finalmente se transfirieron a un programa de estadística dónde se elaboraron tablas

para su análisis final.

Aspectos éticos del estudio

Este estudio se llevó a cabo previa aprobación de la Unidad de Gestión Integrada de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería, así como del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI-UPCH) (anexo 4).

Asimismo, se solicitó un permiso para poder entrar a las plataformas de la institución (anexo 5); recién teniendo este aprobado, se procedió a la recolección de información de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) durante el periodo 2017-2025, siguiendo el protocolo y asegurando la confidencialidad de los participantes, los datos personales fueron codificados para anonimizar las historias clínicas, empleando únicamente la información relevante a las variables de interés.

Finalmente, el estudio será sometido a un proceso de verificación mediante el software Turnitin, con el fin de asegurar la originalidad del contenido y prevenir cualquier coincidencia indebida con otras fuentes. (anexo 6).

Plan de análisis

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa estadístico STATA versión 19.0. La información se obtuvo a través de la revisión retrospectiva de 140 historias clínicas, las cuales fueron previamente filtradas y depuradas para asegurar la pertinencia con los objetivos del estudio. Para garantizar la confidencialidad de los pacientes, la base de datos se manejó de forma anónima y todas las variables cualitativas fueron codificadas. El análisis se inició con la estadística descriptiva, calculando las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) de las variables de estudio. Adicionalmente, se incluyó el promedio (X) y la desviación estándar (D.E.) para la tabla que así lo requirió. Posteriormente, se realizó el análisis bivariado para explorar la asociación entre las variables, empleando la prueba Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), y aplicando la corrección de Yates en los casos pertinentes; se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$ para todas las pruebas. Los resultados finales se presentaron exclusivamente en tablas que detallan la frecuencia absoluta, el porcentaje y el p-valor.

IV. RESULTADOS

Los resultados se basaron en el análisis de 140 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) durante el periodo 2017-2025. El análisis de la población reveló que el Edentulismo Parcial fue el diagnóstico predominante, constituyendo el 96,43% (n=135) de los casos, mientras que el Edentulismo Total representó solo el 3,57% (n=5). Al relacionar esta clasificación con las alternativas de rehabilitación utilizadas, se observó que la Prótesis Unitaria representó la opción más frecuente, con un 58,57% (n=82) de los casos, seguida por la Prótesis Múltiple, con un 29,29% (n=41). Ambas alternativas se asociaron exclusivamente al edentulismo parcial. En menor proporción, se registraron la Prótesis Híbrida (7,14%, n=10) y la Sobredentadura (1,43%, n=2), también empleadas en pacientes parcialmente edéntulos. En contraste, el Edentulismo Total mostró una baja representación, registrándose únicamente cinco casos (3,58%), un caso correspondiente a la Sobredentadura y cuatro a prótesis híbrida (**Tabla 1**).

Se estudió la clasificación de edentulismo según las características de los pacientes, observando que el Edentulismo Parcial fue más frecuente en el sexo femenino (61,43%, n=86). Respecto a los grupos etarios, el Edentulismo Parcial se concentró en los rangos de 60 a 69

años (23,57%, n=33) y 50 a 59 años (22,86%, n=32). En cuanto al servicio de atención, el Edentulismo Parcial se distribuyó de forma similar entre Rehabilitación Oral (49,29%, n=69) e Implantología Oral (47,14%, n=66). Finalmente, la sede de San Isidro reportó una frecuencia ligeramente superior de Edentulismo Parcial (55%, n=77) en comparación con San Martín de Porres. Cabe destacar que la clasificación del edentulismo no mostró asociación significativa con ninguna de las variables sociodemográficas analizadas (sexo, edad, servicio o sede), dado que todos los valores de p obtenidos fueron mayores a 0.05 (**Tabla 2**).

Al evaluar las Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, se determinó que la Prótesis Unitaria y la Prótesis Híbrida se asociaron significativamente con el Edentulismo Parcial ($p= 0.007$ y $p <0.001$, respectivamente), utilizándose de forma preferencial en este tipo de pacientes (58,57% para la Unitaria y 7,14% para la Híbrida). La distribución de las prótesis según la zona edéntula mostró que la Prótesis Unitaria y la Prótesis Híbrida predominaron en la zona Superior (30% y 12,70%), mientras que la Prótesis Múltiple fue más frecuente en la zona Inferior (50%, n=20). A pesar de estas concentraciones, la zona edéntula no presentó asociación significativa con ninguna alternativa protésica ($p>0.05$) (**Tabla 3**).

La alternativa protésica más utilizada fue la Prótesis Unitaria (n=82), seguida por la Prótesis Múltiple (n=41). Se encontró asociación

significativa entre la alternativa de rehabilitación y el servicio ($p=0.005$), donde la Prótesis Unitaria fue la única más frecuente en Implantología Oral (54,88%), mientras que las Prótesis Múltiples, Sobredentaduras e Híbridas se concentraron en Rehabilitación Oral. Además, se encontró una asociación altamente significativa con los grupos etarios ($p < 0.001$). Específicamente, la Prótesis Unitaria fue más frecuente en los rangos de 40 a 49 años (21,95%) y 30 a 39 años (19,51%), mientras que la Prótesis Múltiple predominó en el grupo de 50 a 59 años (34,15%), la Sobredentadura se distribuyó equitativamente y por último, la prótesis Híbrida tuvo una mayor cantidad de pacientes en el rango de 70 a 79 años ($n=5$, 36%) . Respecto al sexo y la sede, no se encontró asociación significativa con el tipo de rehabilitación protésica sobre implantes; sin embargo, cabe mencionar que hubo una mayor cantidad de pacientes de sexo femenino en general ($n= 88$, 62,85%) y específicamente en cada una de las alternativas de rehabilitación a excepción de la prótesis Sobredentadura (**Tabla 4**).

El uso de Prótesis Provisionales no presentó asociación significativa con la clasificación del edentulismo ($p=0.937$) ni con las alternativas protésicas utilizadas ($p=0.376$). El mayor uso de provisionales se dio en casos de Edentulismo Parcial (19,29%, $n=27$) y se aplicó principalmente en tratamientos de Prótesis Unitaria (14,28%, $n=20$), siendo el NO uso la práctica predominante. Sin embargo, el uso de provisionales sí se asoció significativamente a los grupos etarios

($p=0.0023$), concentrándose en el rango de 50 a 59 años (39,29%, $n=11$) (**Tabla 5**).

Finalmente, al evaluar el periodo de permanencia de los provisionales, se observó que aquellos asociados a tratamientos de Prótesis Múltiple presentaron un promedio mayor de 7 meses ($DE=7.07$), en comparación con los provisionales asociados a tratamientos Unitarios, cuyo promedio fue de 4.33 meses ($DE=3.15$). No se encontró asociación significativa entre el uso de provisionales y la alternativa de rehabilitación protésica utilizada ($p=0.143$) (**Tabla 6**).

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó una población de 140 pacientes, caracterizada principalmente por adultos de mediana y avanzada edad, con una mayor representación del sexo femenino y una mayor concentración de casos en el maxilar superior. El diseño de la investigación permitió evaluar la frecuencia del edentulismo y de las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes en función de variables sociodemográficas y clínicas, así como identificar patrones clínicos relevantes en un escenario real de atención en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

En cuanto a la clasificación del edentulismo, la presente investigación evidenció que la condición predominante en la población estudiada fué el edentulismo parcial (E.P.). Un hallazgo que coincide dentro de la tendencia mundial conocida como transición epidemiológica, ampliamente reportada en diversas investigaciones de Latinoamérica (3, 27) . Según Vega et al. (4) En el Perú , a nivel nacional, la prevalencia del edentulismo en adultos mayores es del 82,35% predominando el edentulismo parcial con 49.99% ante el edentulismo total. Tradicionalmente, las poblaciones de adultos mayores presentaban un predominio del edentulismo total; sin embargo, las tendencias recientes reflejan una mayor conservación de la dentición debido a la expansión del enfoque preventivo, la mejora en los hábitos

de higiene oral y el incremento del acceso a terapias conservadoras (28). Esto ha modificado el perfil de la pérdida dentaria, haciendo que el patrón parcial sea el más habitual en la población adulta, justificando el porqué este estudio encontró una tasa tan baja de pacientes con edentulismo total (29) . La persistencia del E.P. en entornos clínicos universitarios peruanos sugiere que, aunque el edentulismo total puede aumentar en adultos mayores, su prevalencia ha disminuido progresivamente gracias a las mejoras en los servicios odontológicos y en las políticas de prevención; además, se subraya que la pérdida dentaria suele ser localizada y está fuertemente vinculada a hábitos, edad y condiciones de salud oral previas, reforzando que el perfil de paciente actual demanda una planificación protésica focalizada en la rehabilitación de brechas parciales (30, 31). El edentulismo, en su conjunto, es un problema de salud pública de etiología multifactorial, originado por causas como caries avanzadas, enfermedad periodontal, traumatismos y factores socioeconómicos que modulan el acceso a la atención dental (32).

Al evaluar las alternativas de rehabilitación sobre implantes se reveló un claro predominio de las prótesis unitarias implanto-soportadas, seguidas por las rehabilitaciones múltiples. Este patrón se encuentra en plena consonancia con la Odontología Restauradora, que ha evolucionado hacia la implementación de enfoques de tratamiento mínimamente invasivos y menos extensos (21, 22). La elección de prótesis unitarias en pacientes parcialmente edéntulos está

directamente relacionada con la filosofía clínica de preservar los dientes remanentes y evitar intervenciones más invasivas cuando no son estrictamente necesarias (33). Las restauraciones unitarias ofrecen una solución altamente predecible, de menor complejidad biológica y técnica, y se asocian con tasas de complicaciones significativamente más bajas en comparación con las prótesis de tramos extensos, siendo esta información corroborada por Alhammadi et al. donde se evaluaron ambas alternativas de rehabilitación en 454 pacientes, dando como resultados una pérdida ósea crestal marginal significativamente mayor aquellos con puentes implanto-soportados (34). También se constató un uso reducido de sobredentaduras y prótesis híbridas., las cuales por protocolo suelen emplearse principalmente en casos de edentulismo total o casos severos, por lo que su indicación es naturalmente menor en una población donde predomina el edentulismo parcial (35-38).

Se observó la clasificación del edentulismo con relación a las características de la población estudiada y la investigación evidenció que además de tener el edentulismo parcial como condición predominante, la mayoría de los casos fueron de mujeres adultas especialmente bordeando los 50 y 69 años, este hallazgo se alinea con lo revisado en estudios previos, coincidiendo con Díaz Montes et al. al revisar una muestra de 180 historias clínicas de la UNMSM en el año 2009 y con el estudio de Rodríguez Colina al determinar las características de los pacientes edéntulos parciales que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano

Heredia en el año 2000 (32).

Del mismo modo, Ruiz de la Ossa et al. En Colombia identificaron al E.P. como la forma predominante de pérdida dentaria en pacientes adultos y cómo incrementa conforme avanza la edad, especialmente después de la quinta década de vida, destacando su mayor frecuencia en mujeres (39). Sin embargo, en esta investigación no se pudo encontrar asociación alguna en cuanto el sexo; si bien se ha reportado que las mujeres tienden a presentar una mayor pérdida dentaria en términos absolutos, las diferencias por sexo suelen atenuarse cuando se consideran factores conductuales, sistémicos y socioeconómicos (39). Al analizar el sexo como variable, se confirma que el edentulismo es una condición multifactorial cuyo comportamiento no depende únicamente de esta (40, 41).

Respecto a la zona edéntula, se observó una mayor frecuencia de edentulismo en el maxilar superior, siendo esta distribución aleatoria debido a que no hay relación documentada sobre la pérdida dentaria y los maxilares; sin embargo, pueden haber algunos factores que hayan influenciado en estos resultados como la estética ya que la afectación de esta motiva una búsqueda más temprana de rehabilitación por parte del paciente. “Los principales efectos ante la pérdida dentaria especialmente en aquellos casos en los que el diente altera la estética de la persona, va directamente relacionado con la pérdida de la autoestima y la insatisfacción del aspecto físico personal, hasta el

punto que algunas personas evitan el contacto social, salen poco de la casa, hablan lo mínimo posible, demostrando ansiedad, y timidez” (2)

La edad del paciente demostró ser la variable que ejerce la asociación más marcada con la alternativa de rehabilitación protésica seleccionada. La mayor frecuencia de planificación de prótesis unitarias se observa en adultos jóvenes y de mediana edad. Esto se debe a que estos pacientes generalmente presentan una mejor calidad y densidad ósea, así como un biotipo gingival más favorable; además, a edades más avanzadas se espera una exposición prolongada a caries, enfermedad periodontal y comorbilidades sistémicas lo que termina en pérdida múltiple de piezas dentarias (42).

En contraste, la predominancia de prótesis múltiples y las configuraciones más complejas, como sobredentaduras e híbridas, en los rangos de edad avanzada (a partir de los 50 años), es un reflejo del impacto acumulado de la pérdida dental y el compromiso periodontal crónico (43). El proceso de envejecimiento se asocia con una disminución progresiva de la densidad mineral ósea y una mayor reabsorción alveolar (44) estas condiciones periodontales y del hueso alveolar condicionan la necesidad de rehabilitaciones con mayor soporte tisular, lo que explica la indicación de tratamientos más extensos y complejos en este grupo etario (45).

En el contexto de las prótesis implantosoportadas, la ausencia de una

asociación significativa entre el sexo y el tipo de prótesis es congruente con la literatura contemporánea. Aunque se han descrito ligeras variaciones biológicas entre sexos (como el grosor del biotipo gingival), estas por sí solas no son el factor determinante en la elección del tratamiento (46). Los determinantes clave en la planificación del tratamiento siguen siendo los factores clínicos objetivos: una cantidad y calidad de hueso alveolar suficiente, un estado periodontal libre de enfermedad activa, y una relación intermaxilar favorable que garantice la estabilidad biomecánica de la restauración (47, 48).

La distribución de los casos entre Rehabilitación Oral e Implantología Oral es un patrón esperado dada la naturaleza complementaria de los tratamientos que ofrecen. Se observa que la prótesis unitaria tiende a concentrarse en el servicio de Implantología Oral, mientras que las prótesis múltiples, sobredentaduras e híbridas se concentran en Rehabilitación Oral. Esta distribución se interpreta dentro de la dinámica operativa del trabajo interdisciplinario. Según la normativa del Colegio Americano de Prostodoncistas, mientras más complejo y extenso sea el tratamiento a rehabilitar, mayor tiene que ser el conocimiento del operador (49). En este caso los implantólogos, al ejecutar la fase quirúrgica, priorizan la restauración de unidades dentales perdidas de forma aislada mientras que el servicio de Rehabilitación Oral interviene cuando el caso presenta múltiples ausencias, colapso de la dimensión vertical o necesidad de tratamientos rehabilitadores complejos que requieren una

planificación más extensa (50).

Por otro lado, la comparación entre sedes de atención no evidenció una asociación significativa siendo este un hallazgo congruente con la dinámica de movilidad de los pacientes y sugiere que la muestra refleja una distribución heterogénea que mitiga el efecto de la ubicación geográfica específica del establecimiento sobre la decisión clínica. No obstante, es pertinente reconocer que el factor económico es un modulador conocido de las decisiones en la salud dental. La literatura señala que las diferencias geográficas en salud oral suelen estar asociadas a factores socioeconómicos y a la accesibilidad a los servicios, pero estas variaciones pueden no ser significativas cuando los perfiles demográficos son comparables (51).

La provisionalización tras la colocación de un implante ha sido ampliamente estudiada por su potencial para mejorar el confort del paciente, se conoce que estas prótesis inmediatas logran reducir los tiempos clínicos y favorecen el mantenimiento de tejidos periimplantarios; su éxito, sin embargo, depende de múltiples factores como el protocolo de carga, la estabilidad primaria, la morfología del implante y la alternativa de rehabilitación usada. Además ha demostrado que puede favorecer una adecuada respuesta funcional, estética y también a la preservación del hueso alveolar (52).

Aún con todos los beneficios que traen, en la actualidad todavía no lo consideran como un paso importante en la rehabilitación con

implantes. Según Moscovitch, las prótesis provisionales son llamadas “temporales” por el mal concepto que tienen de ellas, las consideran algo de corto tiempo y de poco valor ya que solo sirven para que el paciente pueda realizar sus actividades, sin tomar en cuenta que son de mucha importancia para el éxito del tratamiento, también nos menciona que si bien estas son provisionales, se les debe dar el mismo cuidado e importancia al momento de planificarlo, sin importar cual sea la alternativa de rehabilitación final, pueden ser fijas como removibles (53). Lastimosamente, en este estudio no se vieron los resultados esperados ya que solo una pequeña cantidad de pacientes registraron haber usado prótesis provisionales, siendo la mayoría para la colocación de prótesis unitarias.

Se observó también que las prótesis provisionales asociadas a tratamientos de Prótesis Múltiple presentan un periodo de permanencia promedio significativamente mayor en comparación con los tratamientos unitarios. Esta diferencia en la duración del tratamiento se ajusta a la complejidad biológica de cada caso, siendo que las prótesis múltiples implanto-soportadas exigen un manejo más extenso del tejido blando y óseo, lo que obliga a alargar el tiempo para asegurar el control biológico (54, 55).

La razón principal de esta espera es el acondicionamiento de los tejidos, un proceso terapéutico que puede durar entre 3 y 12 meses, durante este tiempo, la prótesis provisional moldea la encía para crear

contornos críticos y subcríticos, una fase que se extiende en rehabilitaciones complejas para asegurar la estabilidad del borde gingival y la correcta formación de las papilas (56).

Aunque la rapidez es viable en casos de baja complejidad sin cirugía adicional, permitiendo un provisional de corta duración (55), la evidencia advierte que la PI, pese a sus beneficios estéticos, conlleva un riesgo considerable de recesión de la encía y pérdida de hueso vertical (57). Por esta razón, el tiempo de uso extendido del provisional en la mayoría de los casos complejos y múltiples actúa como una fase de seguridad crucial para monitorear estos riesgos y asegurar la estabilidad de los tejidos antes de la colocación de la prótesis definitiva.

Es importante reconocer algunas limitaciones de la presente investigación que pueden haber influido en la interpretación de los resultados. Inicialmente, el rango temporal previsto para la recolección de datos fue menor; sin embargo, debido a la insuficiente cantidad de historias clínicas disponibles, fue necesario ampliarlo, quedando finalmente delimitado al periodo 2017–2025.

Se encontró una gran cantidad de historias clínicas con información incompleta o desordenada, incluyendo la ausencia de presentaciones de caso y odontogramas, con especial descuido en las evoluciones. A pesar de esta situación, la evaluación de la variable principal no se vio comprometida, dado que todas las historias clínicas incluidas contaban

con diagnóstico definitivo y planes de tratamiento aprobados, donde se especificaban claramente las alternativas de rehabilitación sobre implantes, permitiendo complementar los registros faltantes y asegurar la validez del análisis.

Por otro lado, el tiempo de permanencia en boca de las prótesis provisionales presentó valores atípicos (20 y 47 meses), probablemente como consecuencia de registros clínicos poco detallados. Estos valores extremos distorsionaron el comportamiento general de los datos, generando promedios y desviaciones estándar incoherentes; por ello, se decidió excluirlos del análisis estadístico para mantener la integridad de los resultados.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos obtenidos reflejan de manera confiable los patrones clínicos y las tendencias de rehabilitación protésica sobre implantes en la población estudiada, proporcionando información útil para la práctica clínica y la planificación de futuros estudios en contextos similares.

Por lo tanto, en base a los hallazgos obtenidos de esta investigación, se recomienda implementar programas estructurados de educación y prevención dirigidos a adultos jóvenes y mayores, con especial énfasis en la promoción de hábitos de higiene oral, estilos de vida saludables y revisiones odontológicas periódicas, lo cual podría contribuir a reducir la incidencia de edentulismo parcial y total y facilitar la aplicación de tratamientos protésicos menos invasivos.

En el ámbito metodológico y con el fin de optimizar la calidad de los datos para futuras investigaciones, se urge a los profesionales y estudiantes de la Clínica Dental Docente a la disciplina y rigurosidad en el uso de las historias clínicas ya existentes. Es fundamental exigir un registro cronológico estricto en las evoluciones, evitando alteraciones en el orden de las fechas, y un sistema que permita separar claramente la evolución por especialidad para evitar la mezcla de información con otras áreas. Además, se debe hacer obligatorio el registro completo y detallado del odontograma, las evaluaciones iniciales y las presentaciones de caso en la HC antes de iniciar cualquier plan de tratamiento. Asimismo, es fundamental fomentar la realización de investigaciones futuras de carácter prospectivo y multicéntricos que involucren un mayor número de pacientes, con el fin de evaluar la eficacia y durabilidad de las diferentes alternativas protésicas sobre implantes, así como su impacto en la función masticatoria, la estética y la calidad de vida, generando evidencia robusta que sustente la toma de decisiones clínicas.

Finalmente, tras la estandarización y mejora en el registro de las historias clínicas, se recomienda a las autoridades de la Clínica Dental Docente implementar mecanismos de extracción y depuración de datos para permitir a futuros investigadores (de pregrado y posgrado) realizar análisis de frecuencia y tendencias de manera más ágil, eficiente y con mayor rigor metodológico que un estudio retrospectivo basado únicamente en la revisión manual de HC.

VI. CONCLUSIONES

1. El estudio evidenció que el edentulismo parcial fue la condición predominante en la población analizada a comparación del edentulismo total que solo se registró en 5 historias; además, la prótesis unitaria implanto-soportada constituyó la alternativa de rehabilitación más propuesta entre los pacientes atendidos.
2. El edentulismo parcial se presentó con mayor frecuencia en mujeres adultas dentro del rango de 50 a 69 años, mientras que el edentulismo total se registró en pacientes de edades avanzadas.
3. En relación con la zona edéntula, el edentulismo parcial presentó mayor frecuencia en el maxilar superior siendo la alternativa de rehabilitación más presente las prótesis unitarias. Si bien no existe evidencia que establezca una relación directa entre la pérdida dentaria y un maxilar específico, diversos estudios destacan que la afectación estética en sectores visibles suele motivar una búsqueda más temprana de rehabilitación.
4. Se evidenció asociación en cuanto a la alternativa de rehabilitación sobre implantes con el grupo etario y el servicio, siendo que a edades más avanzadas hay una mayor predisposición al uso de rehabilitaciones más complejas. Además no encontró una relación en cuanto al sexo y a la elección del tratamiento.
5. De la baja cantidad de casos dónde se usó prótesis provisional se registró una predominancia en aquellos pacientes planificados para prótesis unitarias.

6. El tiempo de permanencia de las prótesis provisionales fue más prolongado en aquellos pacientes que usaron prótesis múltiples con un tiempo promedio de 7 meses, en comparación con las rehabilitaciones unitarias.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas-Gómez PN, Mazzini-Torres MF, Romero-Rojas K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dominio Las Ciencias* [Internet]. 2017 [citado el 29 de abril de 2024];3(2):702–18. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/44>.
2. Lee JS, Weyant RJ, Corby P, Kritchevsky SB, Harris TB, Rooks R, et al. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. *Am J Clin Nutr*. 2004 Feb;79(2):296–303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/79.2.295>.
3. Vizcaíno Karla, Armas Ana. Prevalencia de edentulismo en adultos mayores en América Latina. Revisión de literatura. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2022 Oct [citado el 29 de Abril de 2024] ; 32(4): 420-427. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552022000400420&lng=es.%20%20Epub%2015-Dic-2022.%20%20http://dx.doi.org/10.20453/reh.v32i4.4383.
4. Vega Manga BJ, Mercado Mamani SL. Integrando evidencia científica: prevalencia del edentulismo en adultos mayores en el Perú. Revisión de literatura. *Odontología Activa Revista Científica* [Internet]. 2023 [citado el 5 de diciembre de 2025]; 8(3):17–26. Disponible en: <https://doi.org/10.31984/oactiva.v8i3.940>.
5. Ministerio de Salud. El 90.4% de los peruanos tiene caries dental

- [Internet] [Consultado 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental>
6. Pérez Hernández LY, de Armas C, Fuentes A, Rosell F, Urrutia D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 Jun [citado 29 Abr 2024];15(2):53–64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561
 7. Gutiérrez R, Dávila B, Palacios M, Johelsy I, Arteaga S, Paris I. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos en la clínica de periodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes durante 2009–2014. Acta Odontol Venez [Internet]. 2019 [citado 29 Abr 2024];57(2):7–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7195536>.
 8. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev Clin Periodoncia Implant Rehabil Oral [Internet]. 2016 Aug [citado 29 Abr 2024];9(2):177–83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-clinica-periodoncia-implantologia-rehabilitacion-200-articulo-enfermedades-periodontales-como-un-problema-S0718539116300337>
 9. Taco Mamani EM, Quispe Paz MV. Relación entre el edentulismo y la calidad de vida en pacientes adultos de un consultorio privado,

- Arequipa 2021 [Tesis en línea]. Huancayo: Universidad Continental; 2022. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11251>
10. Jacobsen I, Modeer T. Lesiones traumáticas en odontopediatría: enfoque clínico. 1ra ed. España: Editorial Médica Panamericana; 1994. p. 167–85.
 11. Hernández-Reyes B, Lazo-Nodarse R, Díaz-Gómez SM, Hidalgo-Hidalgo S, Rodríguez-Ramos S, Bravo-Cano O. Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. AMC [Internet]. 2019 Jun [citado 29 Abr 2024];23(3):309–18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300309&lng=es.
 12. Leyva-Samuel L, Ledesma-Céspedes N, Fonte-Villalón M. La pérdida dentaria. Sus causas y consecuencias. Rev Med Isla de la Juventud [Internet]. 2018 [citado 29 Abr 2024];19(2). Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/212/331>.
 13. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D, Guerra Sevilla ME, Martínez Abreu J. Condición periodontal en relación con la práctica del tabaquismo Boquerón Monagas, Venezuela 2009. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2012 Mar [citado 29 Abr 2024];11(1):65–75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000100009&lng=es.
 14. Villarroel-Dorrego M, et al. Asociación entre tabaquismo y

- edentulismo en un grupo de individuos venezolanos: estudio clínico transversal [Internet]. Actaodontologica.com. [citado 29 Abr 2024]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art-1/>.
15. Sundar IK, Javed F, Romanos GE, Rahman I. E-cigarettes and flavorings induce inflammatory and pro-senescence responses in oral epithelial cells and periodontal fibroblasts [Internet]. Oncotarget. 2016 Nov 22;7(47):77196–204. doi:10.18632/oncotarget.12857. PMID:27791204; PMCID:PMC5363580. [citado 14 Abr 2023]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5363580/>.
16. Leonardo E, Zambrano B, Alcira D, Solórzano A. Factores socio-económicos que incidieron en pérdida de piezas dentales de habitantes del Barrio Santa Martha [Internet]. Facultad de Odontología, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; 2017 [citado 29 Abr 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/159378849.pdf>.
17. Fonseca Brunetti R, Brunetti Montenegro L. Odontogeriatría: una nova opção de trabalho no século XXI [Internet]. [citado 13 May 2024]. Disponible en: <https://site.crosp.org.br/uploads/paginas/ca4313abeebedef32e56a8f01553ce09.pdf>.
18. Balarezo Razzeto JA, Díaz Sarabia EA, Brignardello Cedrón FÍ, Paz Mayurí CA, Santos Escalante CC, Ronquillo Herrera WJ, et al.

- Tipos de prótesis sobre implantes en pacientes edéntulos planificados en la clínica dental docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Revista Estomatológica Herediana*. 2019 Dec 12;29(4):267–76.
19. Gaviria L, Salcido JP, Guda T, Ong JL. Current trends in dental implants. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2014;40(2):50.
 20. Misch C. Prosthetic options in implant dentistry. In: *Dental Implant Prosthetics*. 2nd ed. Mosby; 2014. p. 40–49.
 21. Gbenou Morgan Y, Freixas Piñero Y, Camacho Reymon AE. Prótesis sobre implantes: la nueva sonrisa del adulto mayor [Internet]. *Medimay*. 2022 [citado 13 May 2024];29(1). Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1702/>.
 22. Sánchez Silot C, Almagro Urrutia ZE, Loran Almagro S. Anciano rehabilitado con prótesis dental sobre implantes de carga inmediata [Internet]. *MEDISAN*. 2018;22(8):795–803. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368457320012>
 23. Srinivasan M, Meyer S, Mombelli A, Müller F. Dental implants in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2017 Aug;28(8):920–30.
 24. Ordoñez Balladares AD, Villarreal Salazar MS, Veintimilla Abril VJ. Comportamiento clínico de la prótesis sobre implantes atornilladas y cementadas. *RECIMUNDO*. 2019 Jan 31;3(1):895–912.
 25. Filipov I, Chirila L, Cristache CM. Rehabilitation of extremely

- atrophic edentulous mandible in elderly patients with associated comorbidities: a case report and proof of concept. *Head Face Med.* 2021 Dec 29;17(1):22.
26. Solano AK. Frecuencia de tipos de tratamientos de prótesis convencional y prótesis sobre implantes de pacientes que acuden al Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú, 2016–2019 [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [citado 4 Dic 2025]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13573/Frecuencia_SolanoAngel
27. Lazarte Hesse PT. Prevalencia y factores asociados al edentulismo parcial en pacientes de la Clínica Estomatológica del Adulto [Internet]. Ica: Universidad Particular Alas Peruanas; 2022 [citado 4 Dic 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/25ef44ad-fca3-4f46-9e6f-dcdfcb3739d>.
28. Chen HM, Shen K, Ji L, McGrath C, Chen H. Global and Regional Patterns in Edentulism (1990-2021) With Predictions to 2040. *Int Dent J.* 2025 Apr;75(2):735-743. doi: 10.1016/j.identj.2024.11.022. Epub 2024 Dec 31. PMID: 39743448; PMCID: PMC11976601.
29. Vega Palomino MP. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes de la Clínica Dental Docente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia atendidos por los alumnos de 4to. y 5to. año de

- facultad (julio - diciembre 2013) [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014 [citado 24 Nov 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1160>.
30. Gutierrez-Vargas Vanessa Leila, León-Manco Roberto Antonio, Castillo-Andamayo Diana Esmeralda. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2015 Jul [citado 2025 Dic 04]; 25(3): 179-186. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000300002&lng=es.
31. Vanegas-Avecillas E, Villavicencio-Caparó E, Alvarado Jiménez O, Ordóñez Plaza P. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica Universitaria de Cuenca. Rev Estomatol Herediana. 2017;26(4):215-223.
32. Díaz Montes PG. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM [Tesis en línea]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009 [citado el 11 de abril de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2180>.
33. Lee D-J, Son J, Ahn K-M. Selection criteria implant-supported prosthetic restoration in edentulous maxilla: a comparative analysis of fixed prostheses and overdentures with consideration of minimum

- implant number and placement. *J Implantol Appl Sci* [Internet]. 2025 [citado el 5 de diciembre de 2025]; 29(1):38-45. Disponible en: <https://doi.org/10.32542/implantology.2025004>.
34. Alhammadi SH, Burnside G, Milosevic A. Clinical outcomes of single implant supported crowns versus 3-unit implant-supported fixed dental prostheses in Dubai Health Authority: a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2021 Apr 1;21(1):171. doi: 10.1186/s12903-021-01530-2. PMID: 33794841; PMCID: PMC8017629.
35. Zhou H, Jiao Y, Ma CF, Wang C, Zhao SJ, Tian M, Tay FR, Chen JH. Clinical outcomes of implant-retained mandibular overdentures using the bar and magnetic attachment systems: an up to 5-year retrospective study. *Ann Transl Med*. 2020 Nov;8(21):1360. doi: 10.21037/atm-20-2531. PMID: 33313105; PMCID: PMC7723526.
36. Ogunrinde TJ, Gbadebo SO, Sulaiman AO. Trend in prosthetic rehabilitation of partially edentulous patients in a Nigerian teaching hospital. *J West Afr Coll Surg*. 2015 Apr-Jun;5(2):84-99. PMID: 27830124; PMCID: PMC5036287.
37. Fitzpatrick B. Standard of care for the edentulous mandible: a systematic review. *J Prosthet Dent*. 2006 Jan;95(1):71-8. doi: 10.1016/j.prosdent.2005.11.007. PMID: 16399278.
38. Kwon T, Bain PA, Levin L. Systematic review of short- (5-10 years) and long-term (10 years or more) survival and success of full-arch fixed dental hybrid prostheses and supporting implants. *J Dent*. 2014

- Oct;42(10):1228-41. doi: 10.1016/j.jdent.2014.05.016. Epub 2014 Jun 26. PMID: 24975989
39. Ruiz de la Ossa EJ. Factores asociados al edentulismo en personas mayores. Córdoba (Colombia): Universidad de Córdoba; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstreams/27e79fe9-7c8c-42c4-be59-bff7b24ecb9a/download>.
40. Singh A, Peres MA, Peres KG, Bernardo Cde O, Xavier A, D'Orsi E. Gender differences in the association between tooth loss and obesity among older adults in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49:44. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005590. Epub 2015 Aug 7. PMID: 26270016; PMCID: PMC4544688.
41. Al-Rafee MA. The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *J Family Med Prim Care*. 2020 Apr 30;9(4):1841-1843. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1181_19. PMID: 32670928; PMCID: PMC7346915
42. Hunter E, Congdon N, Brito L, McKenna G, Petrauskiene E, Leles C, Tsakos G, Woodside J, Virgili G, Piyasena P. The global impact of edentulism: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2023;33:ckad160.1134. doi: 10.1093/eurpub/ckad160.1134.
43. Takahashi T, Kihara M, Oki K, Matsuzaki T, Ayukawa Y, Matsushita Y, Koyano K. Prognosis of Implants with Implant-Supported Fixed Dental Prostheses in the Elderly Population: A Retrospective Study with a 5- to 10-Year Follow-Up. *Healthcare*

- (Basel). 2022 Jul 4;10(7):1250. doi: 10.3390/healthcare10071250. PMID: 35885775; PMCID: PMC9317632.
44. Gong T, Wang LQ, Tong X, Zhang Y, Shu LJ. Impact of Age-Related Bone Density Variations on Dental Implant Stability and Success Rates: A Retrospective Analysis. *Int Dent J*. 2025 Dec;75(6):103942. doi: 10.1016/j.identj.2025.103942. Epub 2025 Oct 18. PMID: 41110400; PMCID: PMC12554171.
45. Dahlgren S, Starkhammar Johansson C, Sayardoust S. Long-term outcomes and complication rates of tooth-implant-supported fixed dental prostheses: A retrospective cohort study. *J Prosthodont*. 2024;[citado 4 Dic 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39659027/>.
46. Kim JC, Lee J, Kim S, Koo KT, Kim HY, Yeo IS. Influence of implant-abutment connection structure on peri-implant bone level in a second molar: A 1-year randomized controlled trial. *J Adv Prosthodont*. 2019;11(3):147–54.
47. Alamoush RA, Elmanaseer WR, Matar YW, Al-Omoush S, Satterthwaite JD. Sociodemographic Factors and Implant Consideration by Patients Attending Removable Prosthodontics Clinics. *Biomed Res Int*. 2022 Jul 11;2022:8466979. doi: 10.1155/2022/8466979. PMID: 35860798; PMCID: PMC9293525.
48. Hatim NA, Al-Rawee RY, Tawfeeq BA. Criteria for selection of Implant cases. *9781-Rafidain Dent J*. 2006;6(2):161-170
49. American College of Prosthodontists. Position statement on dental

- implants [Internet]. Chicago (IL): American College of Prosthodontists; 2019 Jun 6 [citado 4 Dic 2025]. Disponible en: https://www.prosthodontics.org/assets/1/7/Dental_Implants_Position_Statement.pdf
50. Cohen M, editor. Interdisciplinary Treatment Planning: Volume II, Comprehensive Case Studies [Internet]. Chicago (IL): Quintessence Publishing Co, Inc.; 2011 [citado 24 Nov 2025]. Disponible en: https://www.quintessence-publishing.com/downloads/b5013_1.pdf
51. Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. BMC Oral Health [Internet]. 2021 [citado 24 Nov 2025];21(1):404. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01765-z>
52. Esposito M, Grufferty B, Papavasiliou G, Dominiak M, Trullenque-Eriksson A, Heinemann F. Immediate loading of occluding definitive partial fixed prostheses vs non-occluding provisional restorations - 3-year post-loading results from a pragmatic multicentre randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol [Internet]. 2018 [citado 24 Nov 2025];11(3):309-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30246184/>
53. Moscovitch M, Saba S. The use of a provisional restoration in implant dentistry: A clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants [Internet]. 1996 [citado 24 Nov 2025];11(3):395-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/14449145_The_use_of_a

[provisional restoration in implant dentistry A clinical report](#)

54. Esquivel J, Gomez Meda R, Villarroel M. Timing implant provisionalization: Decision-making and systematic workflow. *J Esthet Restor Dent* [Internet]. 2024 Jun [citado 24 Nov 2025];36(6):858-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jerd.13197>
55. Fu PS, Tseng FC, Lan TH, Lai PL, Chen CH, Chen JH, et al. Immediate implant placement with and without provisionalization: A comparison of a one-year longitudinal study. *J Dent Sci* [Internet]. 2023 Jul [citado 24 Nov 2025];18(3):1361-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.04.029>
56. González-Martín O, Lee E, Weisgold A, Veltri M, Su H. Contour Management of Implant Restorations for Optimal Emergence Profiles: Guidelines for Immediate and Delayed Provisional Restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent* [Internet]. 2020 Jan/Feb [citado 24 Nov 2025];40(1):61-70. Disponible en: <https://doi.org/10.11607/prd.4422>
57. Chappuis V, Araújo MG, Buser D. Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites. *Periodontol 2000* [Internet]. 2017 Feb [citado 24 Nov 2025];73(1):73-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/prd.12167>

VIII. TABLAS

Tabla 1. Clasificación del edentulismo y las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017 - 2025.

Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes	Clasificación de edentulismo	
	Edentulismo total n (%)	Edentulismo parcial n (%)
Prótesis Unitaria	0 (0)	82 (58,57)
Prótesis Múltiple	0 (0)	41 (29,29)
Prótesis Sobre dentadura	1 (0,71)	2 (1,43)
Prótesis Híbrida	4 (2,86)	10 (7,14)
Prótesis Total	0 (0)	0 (0)
Total	5 (3,58)	135 (96,42)

n: Frecuencia

absoluta.

?: Frecuencia

relativa.

Tabla 2. Clasificación de edentulismo según características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017 - 2025.

Variables	Clasificación de edentulismo		p
	Edentulismo total n (%)	Edentulismo parcial n (%)	
Sexo			
	Masculino	3 (2,14)	0.281*
	Femenino	2 (1,43)	
Grupo etario			
	De 20 a 29 años	0 (0)	0.172*
	De 30 a 3 años	0 (0)	
	De 40 a 49 años	0 (0)	
	De 50 a 59 años	1 (0,71)	
	De 60 a 69 años	1 (0,71)	
	De 70 a 79 años	2 (1,43)	
	De 80 a 95 años	1 (0,71)	
Servicio			
	Rehabilitación oral	5 (3,57)	0.060*
	Implantología oral	0 (0)	
Sede			
	San Martín de Porres	4 (2,86)	0.102*
	San Isidro	1 (0,71)	
Total		5 (3,58)	135 (96,42)

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 3. Clasificación del edentulismo según zona edéntula y las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes, de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017 - 2025.

Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes	Clasificación de edentulismo			Zona Edéntula			p
	Edentulismo total n (%)	Edentulismo parcial n (%)	p	Superior n (%)	Superior e inferior n (%)	Inferior n (%)	
Prótesis Unitaria	0 (0)	82 (58,57)	0.007**	42 (30)	22 (15,71)	18 (12,86)	0.242*
Prótesis Múltiple	0 (0)	41 (29,29)	0.143*	11 (17,46)	10 (27,03)	20 (50)	0.093*
Prótesis Sobre dentadura	1 (0,71)	2 (1,43)	0.104**	1 (1,59)	1 (2,70)	1 (2,50)	0.917*
Prótesis Híbrida	4 (2,86)	10 (7,14)	<0.001* *	8 (12,70)	4 (10,81)	2 (5)	0.439*
Prótesis Total	0 (0)	0 (0)	NR	0 (0)	0 (0)	0 (0)	NR
Prótesis Provisional	1 (0,71)	27 (19,29)	0.937*	17 (12,14)	3 (2,14)	8 (5,71)	0.075*

n: Frecuencia absoluta.

‰: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado corregida por Yates.

Tabla 4. Clasificación de las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes según características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017 - 2025.

Variables	Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes				p
	Unitaria	Múltiple	Sobredentadura	Híbrida	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo					
Masculino	28 (35,15)	16 (39)	2 (67)	6 (43)	0.638*
Femenino	54 (65,58)	25 (61)	1 (33)	8 (57)	
Grupo etario					
De 20 a 29 años	9 (10,98)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	<0.001**
De 30 a 39 años	16 (19,51)	3 (7,32)	0 (0)	0 (0)	
De 40 a 49 años	18 (21,95)	4 (9,76)	1 (33,33)	1 (7)	
De 50 a 59 años	16 (19,51)	14 (34,15)	0 (0)	4 (29)	
De 60 a 69 años	18 (22)	13 (32)	0 (0)	3 (21)	
De 70 a 79 años	5 (6)	6 (15)	1 (33,33)	5 (36)	
De 80 a 95 años	0 (0)	1 (2)	1 (33,33)	1 (7)	
Servicio					
Rehabilitación oral	37 (45,12)	23 (56)	2 (67)	12 (86)	0.005*
Implantología oral	45 (54,88)	18 (44)	1 (33)	2 (14)	
Sede					
San Martín de Porres	38 (46,34)	16 (39)	1 (33,33)	8 (47,14)	0.530*
San Isidro	44 (53,66)	25 (61)	2 (66,67)	6 (42,86)	
Total	82 (58,57)	41 (29,29)	3 (2,14)	14 (10)	

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado.

**Prueba de Chi-cuadrado

corregido por Yates.

Tabla 5. Distribución de prótesis provisional según el tipo de edentulismo y la alternativa de rehabilitación protésica, atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017-2025

Variable	Clasificación de edentulismo			Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes			p
	Edentulismo total	Edentulismo parcial	p	Unitaria	Múltiple	Híbrida	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Prótesis Provisional	1 (0,71)	27 (19,29)	0,937*	20 (14,28)	6 (4,28)	2 (1,42)	0,376*

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 6. Periodo de permanencia en boca de los tratamientos protésicos provisionales según las alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), 2017 - 2025.

Variables	Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes				p
	P. Unitaria		P. Múltiple		
	n (%)		n (%)		
Prótesis provisional	18 (22)		2 (4,9)		0.143*
Tiempo de los provisionales en boca (meses)	X= 4.33	DE= 3.15	X= 7.00	DE=7.07	NR

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

X: Promedio.

DE: Desviación estándar.

p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado.

ANEXOS

Anexo 1 : Cuadro de operacionalización de variables

Variabl e	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valor
Clasificación del edentulismo	Consiste en categorizar la pérdida dental en individuos mediante criterios estandarizados, que evalúan tanto la cantidad y ubicación de los dientes ausentes como la gravedad de la condición	Se define como categorización de la condición de pérdida dental en individuos, ya sea parcial o total, que requiere tratamiento protésico.	Clasificación de la condición, registrada en el apartado de diagnóstico definitivo de las historias clínicas.	Cualitativa	Nominal	1. Edéntulo total 2. Edéntulo parcial 3. Edéntulo parcial y total
Alternativas de rehabilitación protésica sobre implantes	Se refiere a la extensión, soporte y biomecánica de Prótesis existentes en el Maxilar y en la Mandíbula.	Refiere a las diferentes opciones de tratamiento protésico disponibles para pacientes que han recibido implantes dentales	El tipo de prótesis sobre implante propuesto, registrado en el plan de tratamiento de las historias clínicas.	Cualitativa	Politémica Nominal	Unitaria =1 Múltiple =2 Sobredentadura=3 Híbrida = 4 Total=5 Prótesis provisional = 6
Sexo	Se define como un concepto taxonómico útil para clasificar a qué especie, tipo o taxonomía a la que pertenece alguien o algo; Como un grupo de personas del mismo sexo.	Estado innato y orgánico que diferencia al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas	Dato de género registrado en el DNI, encontrado en el campo de filiación de las historias clínicas.	Cualitativa	Dicotómica Nominal	1.Femenino 2.Masculino

Grupo Etario	Subgrupo de una población clasificada según la edad que tenga el paciente.	Se refiere a la clasificación de los individuos en grupos basados en rangos específicos de edad.	Edad calculada en años cumplidos, extraída de la fecha de nacimiento registrada en el DNI, encontrado en el campo de filiación de las historias clínicas.	Cuantitativa	Politémica Discreta	Años en números enteros con valores: 1: de 20 a 29 años 2: de 30 a 39 años 3: de 40 a 49 años 4: de 50 a 59 años 5: de 60 a 69 años 6: de 70 a 79 años 7: de 80 a 95 años
Servicio	Se refiere a las actividades y procedimientos proporcionados por una organización, institución o entidad según su área de especialidad.	Referidos a las distintas intervenciones y procedimientos odontológicos ofrecidos en la Clínica Dental Docente (CDD)	Especialidad del CDD que lideró el plan de tratamiento del paciente.	Cualitativa	Politémica Ordinal	1: Rehabilitación Oral 2: Implantología Oral
Sede	Se refiere al espacio físico donde el paciente recibe los servicios prestados por los profesionales médicos.	Información obtenida según lo registrado en su historia clínica (H.C.).	Ubicación geográfica del CDD donde se realizó el registro de la atención	Cualitativa	Dicotómica Nominal	1: Sede San Martín 2: Sede San Isidro

Zona edéntula	Se define como el área específica dentro del arco dental de un individuo donde existe ausencia de uno o varios dientes naturales.	Referido a las áreas específicas dentro del arco dental donde falta al menos un diente natural, según registros clínicos y radiográficos.	Arcada(s) afectada por el edentulismo registrado en el campo de diagnóstico definitivo de las historias clínicas del CDD.	Cualitativa	Nominal	1: Maxilar superior 2: Maxilar inferior, 3. Maxilar superior e inferior
Permanencia	Se refiere al lapso durante el cual un paciente mantiene una prótesis provisional sobre implantes, entendido como el periodo de tiempo transcurrido entre su colocación y el momento en que se instala la prótesis definitiva.	Se refiere al tiempo transcurrido (en meses) desde la colocación de la prótesis provisional sobre implantes hasta la instalación de la prótesis definitiva, registrado en la historia clínica del paciente	La diferencia entre la fecha de colocación del provisional y la fecha de entrega de la prótesis definitiva (expresado en meses), dato obtenido de la evolución de las historias clínicas del CDD.	Cuantitativa	Razón	De 1 a 13 meses

Anexo 2: REGISTRO SIDISI

REGISTRO SIDISI

CÓDIGO DE REGISTRO:

209466

ETAPA DEL PROYECTO:

EJECUCIÓN

ESTADO DEL PROYECTO:

EN EJECUCIÓN

FECHA DE REGISTRO:

11/08/2022 08:58:56 AM

FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:

13/01/2026 03:02:32 PM

TÍTULO:



FRECUENCIA DEL EDENTULISMO Y LAS ALTERNATIVAS DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA SOBRE IMPLANTES EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, DEL 2017 AL 2025.

Anexo 4: Aprobación del comité de ética



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-E-001-03-26

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : "FRECUENCIA DEL EDENTULISMO Y LAS ALTERNATIVAS DE REHABILITACIÓN PROTÉSICA SOBRE IMPLANTES EN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, DEL 2017 AL 2025"

Código SIDISI : 209466

Investigador(a) principal(es) : Salomé Aliaga, Fiorella Lizeth.
Veloz Santos, Katherine Ruth.
Ortega Marchisio, Romina Nicole.

La **enmienda/modificación** corresponde a los siguientes documentos:

1. **Protocolo de investigación**, versión 4.0 de fecha 23 de diciembre del 2025.

Lima, 09 de enero del 2026.

Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/s/

Av. Honorio Delgado 430
San Martín de Porres
Apartado Postal 4314
319 0000 Anexo 201355
orvei.ciei@oficinas-upch.pe
cayetano.edu.pe

Comité Institucional de
Ética en Investigación

Anexo 5: Permiso para revisión de historias clínicas

Lima, 06 de diciembre de 2025

Romina Nicole Ortega Marchisio
Investigadora
Facultad de Estomatología
Presente.-

Se autoriza el uso de historias clínicas de los pacientes atendidos en los servicios de Implantología Oral y Rehabilitación Oral del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, correspondientes a sus sedes de San Martín de Porres y San Isidro, y del periodo 2017–2025.

La información sólo podrá ser utilizada con fines académicos y de investigación, manteniendo siempre la reserva de identidad de los pacientes; para el desarrollo de la tesis:

“Frecuencia del edentulismo en el adulto mayor y la necesidad de prótesis implantosoportada en pacientes de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, del 2017 - 2025”

SIDISI: 209466.

Asesora: CASTILLO ANDAMAYO DIANA ESMERALDA

Integrantes: ORTEGA MARCHISIO ROMINA NICOLE, SALOMÉ ALIAGA FIORELLA LIZETH, VELOZ SANTOS KATHERINE RUTH

Atentamente.



Dr. José Ignacio Chávez Paz
Director clínico
Centro Dental Docente
Universidad Peruana Cayetano Heredia




Anexo 6: Informe de Turnitin



21% Similitud general

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

Fuentes principales

- 21%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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