

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGIA



“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD
BUCAL EN RELACIÓN A ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017”

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. HERNAN LEONIDAS YAPU QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

TESIS

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN
RELACIÓN A ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017”

PRESENTADA POR:

Bach. HERNAN LEONIDAS YAPU QUISPE

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

APROBADA POR:

PRESIDENTE:



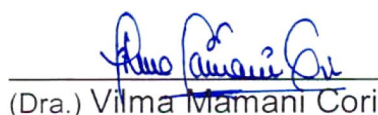
(CD.) Cesar Augusto Molina Delgado

PRIMER MIEMBRO:



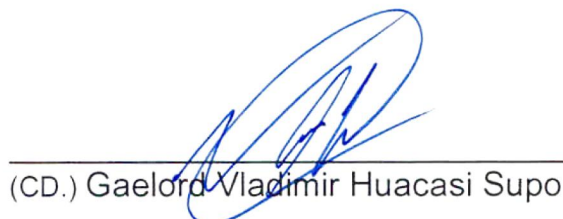
((Mg.) Emmanuel Luque Merma

SEGUNDO MIEMBRO:



(Dra.) Vilma Mamani Cori

DIRECTOR / ASESOR:



(CD.) Gaelord Vladimir Huacasi Supo

Área : Ciencias de la Salud

Tema : Periodoncia e implantología.

Fecha de sustentación: 05 – 07 – 18

ÍNDICE GENERAL:

RESUMEN:.....	1
ABSTRACT:.....	2
I. INTRODUCCIÓN:	3
II. REVISIÓN DE LITERATURA:.....	5
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:	5
Antecedentes internacionales:	5
Antecedentes nacionales:	6
Antecedentes locales:	7
MARCO TEÓRICO:.....	8
2.1. SALUD BUCAL:	8
2.2. CONOCIMIENTO:.....	12
2.3. EMBARAZO:	13
2.4. PERIODONTO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL:	19
2.5. ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (CPTIN):	23
2.6. CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL (anexo B):.....	26
OBJETIVOS DEL ESTUDIO:.....	27
OBJETIVO GENERAL:	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	27
III.MATERIALES Y MÉTODOS:	28
NIVEL DEL ESTUDIO:.....	28
TIPO DE ESTUDIO:	28
POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA:	28
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	28
SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	29
RECURSOS NECESARIOS:	29
Recursos Humanos:.....	29

Recursos Materiales:	29
Recurso Institucional:.....	29
TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS:.....	30
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:	31
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....	32
RESULTADOS:.....	32
RESULTADO DE LA HIPOTESIS ESTADISTICA:.....	38
DISCUSIÓN:	39
V. CONCLUSIONES:	41
VI. RECOMENDACIONES:	42
VII. REFERENCIAS:.....	43
VIII. ANEXOS:	46

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Técnica de cepillado Bass modificado.....	10
Figura 2 Códigos según grado de enfermedad periodontal.	25

ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017	32
TABLA N° 2: COMPARACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017	33
TABLA N° 3: GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017.....	34
TABLA N° 4: COMPARACIÓN ENTRE EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017.	35
TABLA N° 5: COMPARACIÓN ENTRE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017.....	36
TABLA N° 6: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017	37

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS:

CPITN : Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

FDI : Federación Dental Internacional.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la relación entre la enfermedad periodontal y el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de ginecología obstetricia del hospital Manuel Núñez Butrón Puno diciembre, 2017.

Materiales y métodos: La investigación es de tipo observacional, descriptivo, analítico y de corte transversal, se realizó un muestreo probabilístico sistemático con 74 gestantes; 37 primigestas (50,00 %) y 37 multigestas (50,00 %), para lo cual se aplicó un cuestionario estructurado validado en estudios anteriores, con 12 preguntas para medir el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y se realizó la evaluación clínica para determinar el grado de enfermedad periodontal mediante el índice de necesidad de

tratamiento periodontal comunitario en las gestantes de tercer trimestre. **Resultados:** El nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con 39 gestantes (52,70 %) entre primigestas y multigestas, y el menos frecuente fue el deficiente con 17 gestantes (22,97 %) entre primigestas y multigestas; en relación al grado de enfermedad periodontal se obtuvo que el más frecuente fue el grado 2 con 30 (40,54 %) primigestas y multigestas, y el menos frecuente fue el grado 4 con 4 (5,41 %) primigestas y multigestas. Las primigestas tuvieron con mayor predominancia un nivel de conocimiento regular con 22 (29,73 %) y una enfermedad periodontal más frecuente de grado 2 con 17 (22,97 %); las multigestas tuvieron con mayor frecuencia un nivel de conocimiento regular con 17 (22,97 %) y una enfermedad periodontal más frecuente de grado 2 con 13 (17,57 %).

Conclusión: Respecto al objetivo general del estudio se obtuvo un p – valor de 0.046; por lo que se afirma que con una probabilidad de error de 4.6 % el nivel de conocimiento condiciona el grado de enfermedad periodontal en las gestantes, comprobándose que existe relación entre el grado de enfermedad periodontal y el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de ginecología obstetricia, del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Diciembre del 2017.

Palabras Clave: Enfermedad Periodontal, Multigestas, Nivel de Conocimiento Prevención y Primigestas.

ABSTRACT:

Objective: To determine the relationship between periodontal disease and the level of knowledge about oral health prevention in pregnant women who attend the gynecology obstetrics service of the Manuel NúñezButrón Puno Hospital December, 2017. **Materials and methods:** The research is of observational type, descriptive, analytical and cross-sectional, a systematic probabilistic sampling was carried out with 74 pregnant women; 37 primigestas (50.00%) and 37 multigestas (50.00%), for which a structured questionnaire with 12 questions was applied to measure the level of knowledge in oral health prevention and the clinical evaluation was carried out to determine the degree of periodontal disease through the index of need for community periodontal treatment in pregnant women in the third trimester. **Results:** The most frequent level of knowledge was regular with 39 pregnant women (52.70%) between primigestas and multigestas, and the least frequent was the deficient one with 17 pregnant women (22.97%) between primigestas and multigestas; in relation to the degree of periodontal disease it was found that the most frequent was grade 2 with 30 (40.54%) primigestas and multigestas, and the least frequent was grade 4 with 4 (5,41%) primigestas and multigestas. The primigestas had more predominantly an regular level of knowledge with 22 (29, 73%) and a more frequent periodontal disease of grade 2 with 17 (22.97%); multigestas had an regular level of knowledge more frequently with 17 (22.97%) and a more frequent periodontal disease of grade 2 with 13 (17.57%). **Conclusion:** Regarding the general objective of the study, a p - value of 0.046 was obtained; so it is stated that with a probability of error of 4.6% the level of knowledge conditions the degree of periodontal disease in pregnant women, proving that there is a relationship between the degree of periodontal disease and the level of knowledge on prevention in oral health in pregnant women who attend the gynecology obstetrics service of the Manuel NúñezButrón Regional Hospital in Puno, December 2017.

Keywords: Multigesta, Level of Knowledge, Periodontal Disease, Prevention and Primigestas.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN:

En el período del embarazo la existencia de ciertas creencias y mitos populares en relación con la salud bucal influyen en las actitudes que asumen las gestantes hacia el proceso salud enfermedad. La modificación de la conducta individual con el fin de reducir el riesgo de enfermar, o de aumentar la salud y el bienestar, es hoy el objetivo común de las diferentes concepciones de la salud pública.¹

La prevención en salud bucal dentro de la planificación de la salud, se proyecta a lograr en el futuro una disminución y en lo posible la erradicación de la enfermedad de caries, enfermedad periodontal, dentro de ella la gingivitis y la periodontitis, que son las enfermedades bucales más frecuentes.

El embarazo es un momento sublime en la vida de una mujer, está acompañado de una serie de cambios fisiológicos y psíquicos que las convierten en pacientes especiales, por lo que la promoción de la salud bucal durante este período es particularmente importante.²

Para promover comportamientos saludables debemos tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. Hace falta fomentar la información científica para la aparición de nuevas creencias que incluyan las causas de las enfermedades bucales durante la gestación o en la vida cotidiana, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos.¹

La gestación ha sido rodeada de una serie de tabúes y creencias alrededor de la salud bucal de la embarazada que se van transmitiendo generación tras generación. Es común escuchar en nuestras pacientes que el embarazo "descalcifica los dientes", "enferma las encías", "que cada embarazo cuesta un diente", entre otros mitos. También existen creencias y prácticas que relegan los cuidados estomatológicos debido a las molestias que ocasiona el tratamiento y los temores que existen a su alrededor relacionados a los daños que pudiera ocasionar al bebé.

Debido a estos criterios fuertemente arraigados en la población, las embarazadas han aprendido a aceptar todas aquellas alteraciones que indiscutiblemente pueden surgir en la cavidad bucal, considerándolas como un fenómeno "normal e inevitable" en esta etapa de la mujer, todo lo cual determina las conductas en relación a la demanda de los servicios estomatológicos por parte de las gestantes.

La Enfermedad Periodontal afecta a hombres y mujeres pero para estas últimas, la amenaza es mayor ya que ellas experimentan muchos cambios hormonales. En la etapa del embarazo por ejemplo, se da una reacción gingival acentuada ante la placa y se modifica la situación clínica resultante, esto sucede en dos puntos máximos: durante el primer trimestre cuando hay sobreproducción de gonadotropinas, y en el transcurso del tercero cuando los valores de estrógenos y progesterona se encuentran en un punto máximo.³

Siendo necesario e importante conocer el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud bucal en gestantes, considerando que esta población tiene un elevado riesgo de presentar problemas de salud bucal y siendo mínima la posibilidad que apliquen medidas preventivas para sus futuros hijos.⁴

Se deben proponer, realizar programas de educación sobre las enfermedades bucales y cómo prevenirlas, al sector con menor conocimiento, logrando de esta forma socializar el conocimiento sobre dichas medidas preventivas que van dirigidas a la mujer peruana.

En consecuencia todo lo expuesto ha motivado a la realización de un estudio donde se evalúe el nivel de conocimientos sobre la prevención en salud bucal y su relación con la enfermedad periodontal; ya que el hecho de tener conocimiento sobre las medidas de prevención en salud bucal no basta si no se aplica, pueda ser por diversos motivos.

A la vez existe el desconocimiento por falta de experiencia en primigestas que en las multigestas, por lo que se hará una comparación entre los dos grupos, tanto como el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el grado de enfermedad periodontal que pudieran tener, para esto se utilizará en Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario, aprovechando sus características para determinar la necesidad de tratamiento que requieran las gestantes.

CAPÍTULO II

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

Antecedentes internacionales:

Norambuena P. (2015). El objetivo fue determinar la necesidad de tratamiento periodontal de embarazadas de la ciudad de Frutillar, Chile, durante el año 2015. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante los meses de julio a octubre del 2015. Se evaluó a 66 embarazadas. Para determinar la necesidad de tratamiento, se utilizó el índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad. Se aplicó el test chi cuadrado, asumiendo un nivel de significación estadística $p < 0,05$. Del total de las embarazadas evaluadas, el 97% presentó necesidad de tratamiento periodontal. El valor promedio desviación estándar del índice de necesidad de tratamiento periodontal de la comunidad fue $2,51 \pm (1,48)$, no teniendo diferencias estadísticamente significativas entre grupo etario ($p > 0,05$). La necesidad de tratamiento periodontal de embarazadas de la ciudad de Frutillar es alta. La detección de enfermedad periodontal debe ser una parte fundamental del examen dental integral de las embarazadas, para mantener un estado de salud y prevenir futuras complicaciones en su condición de embarazo.³

Almarales C. (2008). El objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal y su relación con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, así como la demanda de servicios estomatológicos por parte de las embarazadas, cuba. Se aplicó una encuesta a 71 gestantes de los policlínicos Moncada, Plaza y Rampa que fueron captadas en el período de septiembre a diciembre del 2006, la habana Cuba. Se aplicó el índice periodontal de Russell. Se encontró un predominio de las embarazadas con nivel de conocimiento insatisfactorio (59,1%). La prevalencia de la enfermedad periodontal en el grupo estudiado fue alta (87,3 %), no así la gravedad. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y la prevalencia de la enfermedad ($p=0,01586$), no siendo así con la gravedad. En conclusión la demanda de atención estomatológica por parte de las embarazadas fue baja 36,6 % y no estuvo relacionada con la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal, ni con el nivel de conocimientos sobre salud bucal.¹

Antecedentes nacionales:

Travezan M. (2014). Su objetivo fue determinar la relación entre la Enfermedad Periodontal y Nivel de Conocimientos sobre Salud Oral y Dieta, en las Primigestas atendidas en el Centro de Salud Vista Alegre del Distrito de Víctor Larco entre mayo y julio del 2010, Trujillo. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 167 primigestas. Se realizó el examen basándose en el índice periodontal de Ramfjord. Con respecto al nivel de la enfermedad periodontal; de las 169 primigestas, 71, 6% presentó gingivitis y el 24,8% presentó periodontitis. Con respecto al nivel de conocimiento; de las 169 primigestas, 86,4% presentó un nivel de conocimiento regular, 13,6% presentó un nivel de conocimiento malo. Relacionando la enfermedad Periodontal con el nivel de conocimiento hallamos asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), de las primigestas que presentó un nivel de conocimiento regular en salud bucal, el 68,5 % presentó gingivitis y el 31,5% presentó periodontitis; en el grupo de primigestas con el nivel de conocimiento malo en salud bucal el 91,3% presentó gingivitis y el 8,7% presentó periodontitis. El 71,6% de las primigestas presento gingivitis y el 28,4% presento periodontitis. El grupo mayoritario de primigestas al realizar la encuesta expreso un nivel de conocimiento regular acerca de la salud oral (86,4%).⁵

Sotomayor J. (2012). El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue y San José, 2011. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 249 gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue y 158 pacientes que acudieron al hospital San José. Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal, enfermedades bucales y relación entre atención odontológica y gestación. El 84 % no reporta atención odontológica. Solo el 14 % tiene conocimientos sobre los elementos de higiene bucal, y menos del 50 % tiene conocimiento sobre alimentación durante el embarazo y su efecto en los dientes del niño. El 64 % posee un nivel de conocimiento bueno sobre medidas preventivas; sin embargo acerca de enfermedades bucales y gestación en relación a la atención odontológica, el nivel de conocimientos es malo; por lo que el nivel de conocimiento general en las gestantes sobre medidas de prevención de salud bucal es malo.²

Antecedentes locales:

Fasabi S. (2017). Su objetivo fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal e Índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del Centro de Salud Bellavista Nanay, Punchana, 2016. La muestra estuvo conformada por 130 gestantes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un test/prueba validado por Juicio de expertos. Dándose un punto por cada respuesta correcta, y mediante regla de tres simple se agruparon los resultados en los siguientes intervalos: Malo (0 – 7 puntos). Regular (8 – 14 puntos). Bueno (15 – 22 puntos). El segundo instrumento que se utilizó fue el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Las 130 (100,0%) gestantes atendidas en el consultorio, en ellos se observa que el 76,2% (99 gestantes) obtuvieron nivel conocimiento regular, 12,3% (16 gestantes) nivel de conocimiento malo y 11,5% (15 gestantes) nivel de conocimiento bueno. Con respecto a la evaluación del Índice Higiene Oral en las 130 (100%) gestantes, se tiene como resultado que, el 48,5% (63 gestantes) presentaron Índice Higiene Oral bueno, el 40,8% (53 gestantes) Índice de Higiene Oral Regular y el 10,7% (Índice de Higiene Oral deficiente respectivamente).⁶

Condori M. (2017). El objetivo de este estudio fue determinar las necesidades de tratamiento periodontal en el embarazo de acuerdo con el trimestre de embarazo, así como la vinculación trimestre de embarazo con las necesidades de tratamiento periodontal. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal. Se evaluaron 120 pacientes embarazadas entre 15 y 30 años de edad, divididas según el trimestre: primer trimestre (1-13 semanas) 40 pacientes; segundo trimestre (14-26 mujeres) 40 pacientes; tercer trimestre (27-40 semanas) 40 pacientes. El parámetro clínico para evaluar fue el índice periodontal de las necesidades de tratamiento periodontal de la comunidad (CPTIN). Se observó que en el primer y tercer trimestre del embarazo la mayoría no necesita tratamiento periodontal, pero en el segundo trimestre existe una relación definida con el hecho de que el embarazo tiende a necesitar cualquier forma de tratamiento periodontal que se observó en los sextantes 2 ($p = 0,001$), 3 ($p = 0,009$) y 6 ($p = 0,000$), $p < 0,05$, estadísticamente significativo. Se concluye que el segundo trimestre del embarazo afecta más a las necesidades de tratamiento periodontal en mujeres embarazadas estudiadas.⁷

Marconi A. (2017). El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en primigestas y multigestas que acuden al Centro de Salud José Antonio Encinas Puno 2017. El estudio fue de nivel descriptivo, con diseño relacional y transversal. El tamaño de muestra fue 50 madres primigestas y 50 multigestas entre 15 a 43 años. Se aplicó un cuestionario sobre salud bucal. El análisis estadístico utilizado fue descriptivo con tablas de frecuencia absoluta y porcentual, la prueba estadística de Ji cuadrado fue utilizada para analizar la relación entre variables. El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en multigestas fue bueno en 60%, regular 30% y deficiente un 10%, en primigestas bueno un 28%, regular el 32% y deficiente 12%, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.853$). El nivel de conocimiento sobre higiene oral en multigestas, fue bueno en 34%, regular 32% y deficiente 34%, en primigestas con bueno 12%, regular el 28% y deficiente 60%, existiendo diferencia estadística significativa entre ambos grupos ($p=0.0001$), presentando un mayor porcentaje de nivel deficiente en las madres primigestas. Se determinó la no existencia de relación estadística ($p>0.05$) entre la edad, estado civil, trimestre de embarazo y grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, tanto en madres primigestas y multigestas. El nivel de conocimiento general sobre salud bucal en multigestas es bueno en 16%, regular 66% y deficiente 18%, en primigestas bueno un 14%, regular 58% y deficiente el 28%, no existe diferencia estadística entre ambos grupos ($p=0.289$) en gestantes que asistieron al Centro de Salud J.A.E de Puno en el 2017.⁸

MARCO TEÓRICO:

2.1. SALUD BUCAL:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental es la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros, que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial. La misma OMS habla de la salud bucal como un elemento esencial de la salud general y del bienestar, que impacta significativamente en la calidad de vida.⁸

La salud bucal está referida a la condición del proceso Salud – enfermedad del sistema estomatognático.⁶

2.1.1. Prevención en Salud Bucal:

Es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales.⁹

La prevención en salud bucal son aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales, por ende la prevención no solo trata de evitar la enfermedad sino también detenerla una vez que ha aparecido e impedir su avance, convirtiéndose así en un papel fundamental en el cuidado de la cavidad oral.⁸

2.1.2. Medidas preventivas de salud bucal:

Son aquellas actividades encaminadas a mantener la higiene bucal para prevenir enfermedades bucales, las que pueden realizarse cotidianamente en casa son:

2.1.2.1. Cepillado dental:

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:⁸

- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

El cepillado dental se debe realizar después de ingerir los alimentos durante el día, ya sean 3 o más veces.⁹

TÉCNICAS DE CEPILLADO:

Son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.

Técnica de Shaters: El cepillo con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. La técnica de Shaters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido Interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.¹⁰

Técnica de Stillman: Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.¹⁰

Técnica de Bass modificado: Consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás .mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía .cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.¹¹



Figura 1: Técnica de cepillado *Bass modificado*

Fuente: Rodríguez M, (2002)

Cepillado de la lengua: El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área.¹⁰

Un correcto cepillado debe tener una duración de 3 a 5 minutos, el tiempo ideal para obtener una mayor eficacia de la pasta dental.

Pasta dental o dentífrico: Los principales ingredientes de los dentífricos son:⁸

- **Abrasivos:** Se emplean para dar un máximo de limpieza con un mínimo de marcas o rayas sobre la superficie de los dientes, entre los más comunes se encuentran el pirofosfato cálcico, fosfato de calcio bibásico, fosfato tricalcico, ortofosfato cálcico, carbonato de calcio, hidróxido de aluminio.
- **Humectantes:** Previenen que la pasta se seque y también proporcionan un cierto grado de plasticidad. Los más usados son glicerina, propilen glicol y sorbitol.
- **Agua:** Sin ella, la pasta sería demasiado espesa para utilizarse normalmente.
- **Detergentes.-** Son agentes espumantes que sirven para limpiar la superficie y que actúen mejor los abrasivos, los más usado son el lauril sulfato de sodio y de magnesio.
- **Espesantes.-** Se usan para mantener y mejorar la consistencia de la pasta, previenen la separación de los ingredientes bajo condiciones extremas; se usan la goma de tragacanto y musgo de Irlanda. Otros ingredientes son saborizantes como el aceite de menta, eucalipto, edulcorantes como la sacarina, aromatizantes y agentes colorantes.

2.1.2.2. Cepillo dental:

Es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental. En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias. Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca. Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.⁸

2.1.2.3. Uso de hilo dental:

Cepillarse los dientes de forma adecuada y consistente ayuda a eliminar la mayor parte de la placa dental, pero el cepillado sólo no puede eliminar la placa que está localizada en lugares que el cepillo no puede alcanzar, especialmente en los espacios entre los dientes. Además de eliminar la placa, la limpieza con hilo dental también ayuda a lo siguiente:¹²

- Eliminar los restos de alimentos que se adhieren a los dientes y encías entre los dientes.

- Pulir la superficie del diente.
- Controlar el mal aliento.

2.1.2.4. Colutorios o enjuagues bucales:

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante.⁸

2.2. CONOCIMIENTO:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de la introspección, expresados de manera cualitativa, (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 20).⁶

El conocimiento es una actividad esencial de los seres humanos para obtener una nueva información, desarrollar su vida y obtener certeza de la realidad, tanto de su entorno como de sus propias experiencias.⁹

Básicamente el conocimiento tiene distintos niveles, acorde a su forma de adquisición. El conocimiento vulgar llega con la experiencia, el conocimiento científico llega a través de métodos, el filosófico con la reflexión y el teológico llega con la religión.⁸

2.2.1. Nivel de conocimiento:

Es un instrumento de medición de la cantidad de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).¹³

2.2.2. Fases entre el conocimiento y la conducta:

- ✚ En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.¹³
- ✚ Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.¹³
- ✚ La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.¹³
- ✚ Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.¹³

2.2.3. Conocimiento sobre prevención en salud bucal:

El conocimiento sobre prevención en salud bucal consiste en el entendimiento sobre los métodos y técnicas existentes para prevenir enfermedades bucales.

Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones); además de los aspectos preventivos.¹¹

2.3. EMBARAZO:

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.⁸

El embarazo comienza cuando un espermatozoide fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo se implanta en la pared del útero. Durante este período, hasta el parto, suceden una serie de acontecimientos totalmente nuevos llamados gestación o embarazo, los cuales pueden llevar consigo la perturbación de la salud bucal de la futura mamá.¹⁰

El embarazo no ocasiona por sí solo mayor incidencia de enfermedad oral, pero sí predispone a que ésta sea más severa debido al cambio hormonal que se produce en el organismo y al aumento de a esto se suma la falta de conocimiento sobre cómo mantener la salud oral, hábitos de higiene oral inadecuados, ausencia de visitas preventivas al estomatólogo, consumo de dietas azucaradas carentes de fibra y adicciones como tabaquismo, todos estos son factores de riesgo para desarrollar enfermedad periodontal severa, no solo en la mujer gestante, sino en población general.¹⁴

La gestación según el número de embarazos es:

- **Primigravida o Primigesta:** Es la mujer que se embaraza por primera vez.
- **Multigravida o Multigesta:** Es la mujer que se ha embarazado dos o más veces.⁸

2.3.1. Etapas del embarazo:

2.3.1.1. Primer trimestre:

Durante el primer trimestre, el cuerpo pasa por muchos cambios. Los cambios hormonales afectan prácticamente a todos los sistemas de órganos. Estos cambios pueden manifestar

síntomas incluso en las primeras semanas de embarazo. El retraso menstrual es un signo evidente de embarazo. Tiene una duración desde la semana 1 a la semana 12.¹⁵

2.3.1.2. Segundo trimestre:

La gran parte de las mujeres siente que el segundo trimestre de gestación es más fácil de llevar que el primero. De todas maneras, es igual de importante mantenerse informada sobre el embarazo durante estos meses. Notarás que algunos síntomas, como las náuseas y la fatiga, desaparecerán. Pero ahora se presentarán nuevos cambios en el cuerpo que serán más evidentes. El abdomen se expandirá de acuerdo con el crecimiento del bebé. Y antes de que termine este trimestre, sentirás que el bebé comienza a moverse. Tiene una duración desde la semana 13 a la semana 28.¹⁵

2.3.1.3. Tercer trimestre:

Algunas de las molestias propias del segundo trimestre continúan. Además, muchas mujeres sienten dificultad para respirar y necesitan ir al baño con mayor frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo más y más y ejerce más presión sobre los órganos. Cuanto más se aproxima a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave (a este proceso se lo conoce como borramiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda a que el canal de parto (vagina) se abra durante el trabajo de parto. Tiene una duración desde la semana 29 a la semana 40.¹⁵

2.3.2. Gestación y cambios fisiológicos:

2.3.2.1. Cambios hormonales durante el primer trimestre del embarazo:

Durante el primer trimestre del embarazo, la primera hormona en actuar es la gonadotropina coriónica humana (gCH). Ésta es segregada por las membranas placentarias y se puede detectar a partir de los 8 días de la fecundación e interviene hasta la semana 12 del embarazo, con un pico máximo en la semana 10. Su función es mantener el embarazo, impidiendo el rechazo del embrión. Ésta hormona actúa sobre los ovarios, suprimiendo la menstruación y produciendo progesterona. La gonadotropina es la causante de las típicas náuseas y mareos del primer trimestre. La hormona denominada lactógeno placentaria, empieza a actuar en la 6ª semana de embarazo y sigue presente hasta el final del mismo. Estimula el crecimiento fetal, y ayuda a preparar las glándulas mamarias para producir leche para la alimentación del bebé. Durante el primer trimestre, las alteraciones fisiológicas más frecuentes son la fatiga, acompañada de náuseas y/o vómito, así como una tendencia hacia la hipotensión postural.¹⁶

2.3.2.2. Cambios hormonales durante el segundo trimestre del embarazo:

Al principio del segundo trimestre, los niveles de gCH bajan, mientras que los estrógenos y la progesterona se elevan; la progesterona es primero secretada por el cuerpo lúteo y después por la placenta. La progesterona es la encargada de preparar el útero para la gestación. Inicialmente participa en el engrosamiento del endometrio para que pueda implantarse el embrión. También colabora en estimular las glándulas mamarias que producirán leche y controla la respuesta inmune de la madre ante el feto. La progesterona aumenta la temperatura corporal en 0.5 °C y también induce el incremento del volumen sanguíneo para alimentar al bebé. Paralelamente, empieza a relajar los músculos del cuerpo y las paredes endoteliales para acomodar el exceso de sangre. Por otro lado, el estrógeno ayuda al funcionamiento de la placenta y al crecimiento de los huesos y los órganos del producto. No es sorprendente que tanta actividad hormonal tenga su lado negativo, ya que también puede relajar la válvula entre el conducto alimenticio y el estómago, ocasionando trastornos estomacales e intestinales. En el segundo trimestre las pacientes generalmente manifiestan una sensación de bienestar (por la mejoría o la desaparición de los síntomas iniciales de náusea y vómito), sin embargo, los efectos relajantes de la progesterona pueden disminuir el tránsito intestinal, haciendo a la mujer embarazada más propensa a la indigestión y al estreñimiento.¹⁶

2.3.2.3. Cambios hormonales durante el tercer trimestre del embarazo:

La progesterona y los estrógenos durante el último trimestre llegan a su pico máximo, mientras que la hormona relaxina suaviza el cartílago de las articulaciones para que la pelvis se dilate durante el parto (a veces ocasiona dolor por la llamada separación de la sínfisis del pubis). En las últimas semanas del embarazo la hormona del parto, la oxitocina, empieza a preparar al útero para el alumbramiento, haciéndose presentes las contracciones de BraxtonHicks. Los niveles de la hormona de la lactancia, la prolactina, también aumentan gracias, a la progesterona, el volumen de sangre sube a su nivel máximo a la semana 32. Debido a esto y a que las venas no son tan eficientes como en el estado no gestante, se tiende a retener líquidos y la mujer embarazada presenta los tobillos y los pies edematizados. Antes del parto, los niveles de progesterona y estrógeno, que han estado subiendo a lo largo de todo el embarazo, bajan repentinamente. No se sabe a qué se debe exactamente, pero puede ser el efecto de la presión que el producto hace en el interior del útero sin la progesterona para relajar el útero, la oxitocina desencadena las contracciones y se inicia el parto. En éste trimestre se incrementan la fatiga y la

incomodidad, pudiéndose observar una moderada depresión emocional. También suele presentarse lo que se conoce como síndrome de hipotensión supino, el cual está caracterizado por una abrupta caída en la presión sanguínea, bradicardia, sudoración, náusea y sofocamiento cuando la paciente se encuentra en posición supina; dichos síntomas se deben al difícil regreso de sangre venosa al corazón asociada a compresión sobre la vena cava inferior por parte del útero grávido, lo que tiende a disminuir la presión sanguínea, a reducir el gasto cardiaco y ocasionalmente a causar una breve pérdida de la conciencia. En éste sentido, es importante tomar en cuenta que la paciente puede presentar un síndrome de compresión de vena cava inferior durante los procedimientos estomatológicos, principalmente cuando éstos son realizados después de la semana gestacional. Es recomendable considerar corregir la posición para mantener a la paciente en semisupino para prevenir el síndrome de hipotensión supino, y en caso de que éste se presente, la paciente se debe colocar en decúbito lateral izquierdo para liberar la presión sobre la vena cava inferior y así, provocar una recuperación inmediata.¹⁶

2.3.3. Gestación y salud bucal:

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido sigue la creencia de que la caries se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, en estudios realizados con anterioridad han demostrado que a diferencia del esqueleto, en esta etapa no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida.¹⁷

En la población del mundo entero, existe la creencia errada de que el embarazo le cuesta un diente o más a la embarazada. Ciertamente, podemos afirmar que durante el estado de gestación se producen cambios en los tejidos orales y cambios de conducta que pueden iniciar enfermedades bucodentales o agravar las ya establecidas, todo lo cual no valida la creencia antes señalada.⁸

Los cambios hormonales, salivales, microbiológicos e inmunológicos, referidos por varios investigadores, constituyeron factores que aumentaron el riesgo de padecer estas enfermedades. También describieron que los cambios desfavorables en la saliva se correspondieron con el aumento de la caries durante el embarazo. Sin embargo estos autores no dispusieron de información concluyente que permitiera cerrar la página de la investigación científica al respecto.¹⁸

2.3.4. Influencia de las hormonas sexuales con el periodonto:

Las hormonas en los diferentes estadios fisiológicos de la mujer (pubertad, embarazo, menopausia) ejercen en forma conjunta o separadamente efectos no sólo sobre los órganos reproductores de la mujer sino también en otros sitios, como es el caso del tejido gingival.¹⁹

Los cambios gingivales producidos durante el embarazo, están asociados a una deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales y vasculares que provocan una exagerada respuesta inflamatoria que acentúa la reacción de los tejidos gingivales ante la placa bacteriana. Según Carranza, ante la ausencia de factores locales, no se observan cambios notables en la encía durante el embarazo.¹⁹

La inflamación gingival se mantiene o aumenta durante el segundo trimestre, llegando al máximo al octavo mes, descendiendo progresivamente después del parto para luego remitir. Normalmente tres meses después del parto se produce una remisión de los signos inflamatorios, sin secuelas en los tejidos periodontales, pese a las variaciones sufridas durante el embarazo.¹⁹

2.3.5. Atención Odontológica durante el embarazo:

El tratamiento estomatológico debe ser tan seguro para el feto como para la madre, así, tendremos limitados determinados tratamientos. El segundo trimestre es el período más seguro para proporcionar cuidados dentales habituales. Incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operatorios simples. Lo más importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del embarazo.⁴

2.3.6. Tratamientos preventivos realizados por el profesional:

- Fluorizaciones:
- Sellantes:
- Profilaxis:

En un estudio determinaron que las gestantes no habían asistido a la consulta odontológica. Las investigaciones mencionan que las razones que afectan, son las siguientes: No sentir dolor ni molestia; nervios y miedo; falta de tiempo; no les atienden en su estado; descuido; no tienen dinero. Los tratamientos que se recomiendan al respecto por cada trimestre son: ⁴

2.3.6.1. Primer trimestre:

- Tratamientos dentales de emergencia.
- Enseñanza de higiene oral, control de placa.
- Tratamiento periodontal conservador.

2.3.6.2. Segundo trimestre:

- Tratamientos de emergencia y electivos.
- Radiografías con protección.
- Enseñanza de higiene oral, control de placa.
- Tratamiento periodontal conservador.
- Momento ideal para el tratamiento dental.

2.3.6.3. Tercer trimestre:

- Tratamientos de emergencia.
- Evitar la posición supina durante tiempo prolongado. Visitas cortas.
- Se aconseja una posición semi-incorporada y con cambios de posición frecuentes.
- Radiografías con protección.
- Enseñanza de higiene oral, control de placa.
- Tratamiento periodontal conservador.
- Evitaremos al máximo cualquier tratamiento en las últimas semanas debido a la posibilidad de que presente un parto prematuro en el gabinete dental.

2.3.7. Diabetes asociada al embarazo.

La diabetes es la enfermedad endocrina más frecuente en el mundo. La verdadera incidencia es difícil de determinar, pero probablemente oscila entre el 3 y el 6 % de la población. Es considerado como un síndrome que involucra diferentes entidades nosológicas. El nexo común entre ellas es la hiperglucemia y sus complicaciones específicas.²⁰

La diabetes es una enfermedad sistémica caracterizada por la ausencia de insulina o la incapacidad de ser utilizada, como consecuencia a nivel bucal trae como consecuencias el enrojecimiento y zonas de sangrado gingival.

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con pruebas de sangre o examen de orina en ayuna, para determinar la presencia de diabetes. El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan

los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.¹⁹

2.4. PERIODONTO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL:

2.4.1. Periodonto sano:

En la encía clínicamente sana, de aspecto puntillado, color rosa coral. Histológicamente, el epitelio de unión está en todas partes contactando con el esmalte y no hay proyecciones reticulares, sólo existe unas pocas células epiteliales de unión y dentro del tejido conectivo subyacente. Estas características de encía sana se emplean como línea basal para el estudio de los cambios relacionados con la acumulación de placa dental.²¹

2.4.2. Placa bacteriana:

Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentales. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedades periodontales.

2.4.3. Gingivitis:

La gingivitis se define como una inflamación de la encía marginal que normalmente es producida por un cúmulo de placa bacteriana sobre las encías.²²

GINGIVITIS DEL EMBARAZO: La gingivitis del embarazo es la patología más frecuente. Las piezas más afectadas son las molares, los que presentan una inflamación severa, y dientes anteriores, que presentan una inflamación moderada. Debido al aumento del volumen gingival durante el embarazo, la profundidad de la bolsa y líquido gingival está aumentada, al igual que la movilidad dentaria.¹⁹

Estos signos y síntomas comienzan en el segundo mes de gestación lo que coincide con el aumento en los niveles de estrógenos y progesterona. Durante el embarazo se observa un aumento significativo de los niveles plasmáticos de estrógenos y progesterona, la placenta produce grandes cantidades de estrógenos (hasta 100 veces los valores normales) y progesterona (hasta 10 veces más).¹⁹

2.4.4. Periodontitis:

Cuando la inflamación de la encía marginal sobrepasa las fibras supracrestales del periodonto y produce la destrucción del hueso alveolar que da soporte al diente, se habla de periodontitis.²²

Se refiere a un conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de soporte del diente (encía, cemento radicular, ligamento periodontal y hueso alveolar). Se considera el resultado del desequilibrio entre interacción inmunológica del huésped y flora de la placa dental que coloniza surco gingival.²³

2.4.4.1. Etiopatogenia:

En un modelo sobre la etiopatogenia de la enfermedad periodontal adaptado de OFFENBACHER postula tres formas como los tejidos periodontales pueden ir cambiando de la normalidad hasta la enfermedad:²¹

- ✚ La microflora puede convertirse, ante la mala higiene bucal o presencia de bacterias exógenas, en una microflora patogénica, aparece entonces, la primera línea de defensa: PMN y anticuerpos. Si es efectiva, vamos a tener una enfermedad limitada, una gingivitis.
- ✚ Ante el estímulo producido por la presencia de una microflora patogénica, el organismo responde con la acción de la primera línea de defensa (PMN, anticuerpos y complemento). Los microorganismos periodontopáticos son, en ciertas circunstancias, capaces de eludirla o son tan virulentos que pueden vencerla. Se produce la penetración de bacterias y/o sus productos en los tejidos, en ese caso comienza a actuar una segunda línea de defensa representada por el eje monocito – linfocito. Estos procesos llevan a la liberación de citoquinas y factores pro inflamatorio en la zona injuriada que genera un aumento de la inflamación y de la destrucción tisular. Hay en consecuencia formación de bolsa y pérdida ósea; todo esto favorece el aumento de la patogenicidad de la microflora. El resultado es la instalación de una Periodontitis, ya sea leve, moderada o severa.²¹
- ✚ Ante una microflora patogénica aparece la primera línea de defensa (PMN, anticuerpos y complemento). Pero pueden existir factores de riesgo, como por ejemplo la genética, el tabaquismo, la diabetes, el estrés, etc., que la alteran disminuyendo su capacidad defensiva. Se activa, entonces, una segunda línea de defensa representada por el eje monocito – linfocito, caracterizada por una mayor

liberación de citoquinas y factores por inflamatorios del medio, esto genera un aumento de la inflamación y de la destrucción tisular, con la consecuente formación de bolsa y pérdida de tejido óseo. El resultado es una periodontitis severa.²¹

2.4.4.2. Características clínicas:

- ✚ Inflamación gingival.
- ✚ Hemorragia gingival.
- ✚ Tumefacción de encías.
- ✚ Enrojecimiento de encías.
- ✚ Pérdida de inserción periodontal.
- ✚ Reabsorción del hueso alveolar.
- ✚ Movilidad dentaria.
- ✚ Formación de bolsas periodontales.
- ✚ Generalmente indolora.
- ✚ Impactación alimentaria
- ✚ Sequedad de la boca.
- ✚ Formación de abscesos periodontales.²³

2.4.5. Enfermedad periodontal y el embarazo:

2.4.5.1. Factores de riesgo de enfermedad periodontal en la embarazada:

La enfermedad periodontal se incrementa por varios factores de riesgo como: fumar tabaco, enfermedades sistémicas, medicamentos como esteroides, antiepilépticos, medicamentos durante la terapia de cáncer, mala colocación de puentes dentales, apiñamiento dental, falta de dientes, embarazo y el uso de anticonceptivos.²⁴

2.4.5.2. Respuestas gingivales a niveles elevados de estrógeno y progesterona durante el embarazo:

Composición de la placa subgingival.

- ✚ Aumento en el índice anaerobios/aerobios.
- ✚ Mayores concentraciones de Prevotella intermedia (sustituye hormonas sexuales por vitamina K factor de crecimiento).
- ✚ Mayores concentraciones de Bacteroides Melaninogenicus.
- ✚ Mayores concentraciones de Porphyromonas gingivalis.¹⁹

Respuesta inmune materna.

- ✚ Depresión de la inmunidad mediada por células.

- ✚ Disminución de la quimiotaxis de neutrófilos.
- ✚ Depresión de respuesta de anticuerpos y células T.
- ✚ Disminución en el índice de células T colaboradoras periféricas a células T supresoras-citotóxicas (índice CD4/CD8).
- ✚ La citotoxicidad dirigida contra macrófagos y células T puede tener como resultado una menor respuesta inmune.
- ✚ Disminución en los números absolutos de células CD3+, CD4 Y CD19 + en la sangre periférica durante el embarazo en comparación con el periodo después del embarazo.
- ✚ Estimulación de la producción de prostaglandinas.¹⁹

Concentración de hormonas sexuales:

Estrógeno:

- ✚ Aumento en la proliferación celular.
- ✚ Disminución de la queratinización.
- ✚ Se encuentran receptores específicos en los tejidos gingivales.¹⁹

Progesterona:

- ✚ Aumento de la dilatación vascular y por tanto de la permeabilidad (lo que produce edema).
- ✚ Incremento de la proliferación de capilares recién formados en los tejidos gingivales (mayor tendencia a hemorragia).
- ✚ Se altera el índice y patrón de la producción de colágeno.
- ✚ Aumento de la degradación metabólica del folato (la deficiencia del folato puede inhibir la reparación del tejido).¹⁹

Estrógeno y progesterona:

- ✚ Afecta la sustancia fundamental del tejido conectivo por un aumento de la fluidez.
- ✚ Aumento de la concentración en saliva y líquido con mayores concentraciones en suero.¹⁹

Al principio del embarazo, la progesterona engrosa el revestimiento del útero para nutrir al embrión. También ayuda al útero a relajarse para que no se presente el parto antes de tiempo. Los estrógenos, por su parte ayudan al embrión a crecer y a desarrollarse. Estas dos hormonas también son las responsables de que las mamas crezcan y se sientan adoloridas, y así, se preparan para la lactancia.¹⁶

2.5. ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL (CPTIN):

El diagnóstico de las enfermedades periodontales es posible de realizar después de evaluar la información clínica, radiográfica, de laboratorio (Ej. Microbiología) y de los datos obtenidos en la anamnesis del paciente. Ningún índice puede reemplazar el minucioso procedimiento que realiza el especialista (periodoncista), para llegar a establecer el diagnóstico de la enfermedad periodontal que el paciente necesita. Sin embargo el CPITN, diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal. El realizar este examen periodontal básico, basado en el CPITN, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permitirá a los odontólogos de práctica general establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de sus pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación. Se recomienda repasar como es el procedimiento de sondaje periodontal, para que dicho índice sea lo más efectivo posible.²⁵

PROCEDIMIENTO:

La dentición se divide en 6 sextantes, para cada uno de los cuales se determina un valor. Para determinar las necesidades periodontales de tratamiento de un individuo se examinan todos los dientes presentes:

Registro de datos: Las piezas dentarias a examinar en adultos mayores de 20 años son:

S1: 17-14	S2: 13-23	S3: 24-27
S4: 47-44	S5: 43-33	S6: 34-37

Los 3° molares solo se consideran si reemplazan la función del 2° molar. El sextante con un solo diente se registra como faltante; este diente se incluye en el sector adyacente. No se incluyen los dientes con exodoncia indicada.

Para el registro se selecciona el código que corresponde al diente más afectado del sextante. Esto se debe a que el código máximo incluye los tratamientos correspondientes a los dientes más afectados (códigos menores),

Ejemplo de registro:

S1: 4	S2: 3	S3: 0
S4: -	S5: 3	S6: 3

El paciente necesita tratamiento complejo en el sextante superior derecho, raspaje y alisado radicular en el inferior izquierdo, en los medios superior e inferior. No necesita tratamiento en el sextante superior izquierdo y no tiene dientes en el inferior derecho.

SONDA Y PROCEDIMIENTOS DE SONDAJE:

Se usa la sonda periodontal diseñada por la OMS para el CPITN (Morita, Japón), o sondas periodontales tipo OMS (Hu-Friedy).

Esta sonda está particularmente diseñada para una manipulación suave de los tejidos blandos ubicados alrededor de la pieza dentaria. La sonda presenta una esfera de 0,5 mm. de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm. Debe usarse una fuerza suave para determinar la profundidad de la bolsa y para detectar la presencia de cálculo subgingival. Esta presión no debe ser mayor de 20 gramos. La sonda se introduce entre el diente y la encía, lo más paralelamente posible a la superficie de la raíz. La profundidad del surco gingivodentario se determina observando el código de color o marca, al nivel del margen gingival. El extremo de la sonda debe mantener el contacto con la superficie de la raíz.

CÓDIGOS Y CRITERIOS:

	<p>Código 4: bolsa patológica de 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda no se ve.</p> <p><i>Nota:</i> si el diente examinado se halla con un valor 5,5 mm. o más, este valor se le asigna al sextante.</p>
	<p>Código 3: bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.</p>
	<p>Código 2: presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas.</p>
	<p>Código 1: sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje. Si no hay bolsa o tártaro, pero el sangrado está presente se registra el código 1 en ese sextante.</p>
	<p>Código 0: tejidos periodontales sanos.</p>

Figura 2: Códigos según grado de enfermedad periodontal.

Fuente: American Academy of Periodontology (2000).

NÚMERO DE SONDAJE POR SEXTANTE:

El extremo esférico de la sonda es suavemente insertado, entre la pieza dentaria y la encía hasta la profundidad del surco o bolsa, y la profundidad de sondaje se lee por observación de la posición de la banda negra. Sitios recomendados para el sondaje son mesial y distal en las superficies vestibular y punto medio de la superficie palatina/lingual.

Código 0:	Mantener las medidas de prevención.
Código 1:	Instrucción de higiene bucal
Código 2:	Instrucción de higiene bucal Destartraje Eliminar obturaciones con desajustes
Código 3 y 4:	Instrucción de higiene bucal Destartraje supragingival y subgingival Pulido radicular

2.6. CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL (anexo B):

Consta de 12 preguntas divididas entre:

- Prevención en salud bucal.
- Patologías bucales relacionadas con la higiene bucal.
- Elementos de la higiene bucal.
- Técnicas de higiene bucal.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y enfermedad periodontal en gestantes que acuden al servicio de ginecología obstetricia del hospital regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno, diciembre del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en las gestantes.
- Identificar el grado de enfermedad periodontal en las gestantes.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal entre las gestantes primigestas y multigestas.
- Comparar el grado de enfermedad periodontal entre las primigestas y multigestas.
- Comparar la necesidad de tratamiento periodontal entre las primigestas y multigestas.

CAPÍTULO III

III. MATERIALES Y MÉTODOS:

NIVEL DEL ESTUDIO:

Relacional.

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio fue de tipo observacional al no haber la intervención del investigador en la toma de datos, prospectivo al ser controlados los sesgos de medición por el investigador, analítico al poseer dos variables y de corte transversal ya que la recolección de datos fue única.

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA:

La población de estudio estuvo formada por 300 gestantes entre primigestas y multigestas que acudieron en el mes de diciembre al servicio de ginecología obstetricia del hospital regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno (Programación anual del Hospital Manuel Núñez Butrón, diciembre 2017).

El tamaño de la muestra fue desarrollada a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

- n:** Tamaño de la muestra.
- N:** Población de estudio (300).
- Z_a:** Nivel de confianza 95 % (1.65).
- p:** Proporción esperada (0.9).
- q:** 1 - p (1 - 0.9).
- d:** Error muestral 5% (0.05).

Se obtuvo una muestra de 74 gestantes, entre ellas 37 primigestas y 37 multigestas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Criterios de inclusión:

- ❖ Gestantes con edad cronológica de 20 a 35 años.
- ❖ Gestantes de III trimestre.

Criterios de exclusión:

- ❖ Gestantes con enfermedades sistémicas.
- ❖ Gestantes con amenaza de aborto.
- ❖ Gestantes con tratamiento periodontal en proceso.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Fue de tipo probabilístico sistemático ya que se contaba con la cantidad de población de estudio y la cantidad de la muestra. Se realizó la división entre el tamaño de la población y el tamaño de la muestra.

RECURSOS NECESARIOS:**Recursos Humanos:**

- Pacientes gestantes del servicio de ginecología y obstetricia.
- Bachiller.
- Asesor.
- Personal auxiliar.
- Estadístico.

Recursos Materiales:

- Fichas de recolección de datos del CPITN.
- Fichas de recolección de datos del cuestionario sobre prevención en salud bucal.
- Espejos bucales, pinzas de algodón y exploradores.
- Barbijos.
- Guantes.
- Gasa.
- Algodón.
- Sonda Hu – Friedy.
- Útiles de escritorio.
- Bolígrafos.
- Computadora.
- Impresora.
- Cámara fotográfica.

Recurso Institucional:

- Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Servicio de Ginecología Obstetricia.

TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS:

La técnica que se aplicó fue la observación para la variable enfermedad periodontal, y la encuesta para medir el nivel de conocimiento.

La encuesta se realizó en el pabellón de materno infantil del Hospital Manuel Núñez Butrón en el servicio de consultorios externos de ginecología obstetricia, a las pacientes que estaban en espera. Y la observación del estado periodontal en el servicio de dental 4 perteneciente al mismo pabellón en la cual se atienden a gestantes.

PRIMERO: Se presentó el consentimiento informado explicando las características de la investigación y se aclaró las dudas que se presentaron por parte de las participantes. Aceptada la participación se realizó la recolección de los datos propiamente dicha.

SEGUNDO: Se les entregó a las gestantes un bolígrafo y el respectivo cuestionario validado en estudios anteriores para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal la cual constaba de 12 preguntas con alternativas múltiples.

TERCERO: Terminado el llenado del cuestionario, y una vez estando la gestante en el sillón dental del servicio de ginecología obstetricia se procedió a realizar el examen clínico del estado periodontal registrando todos los hallazgos, para la cual se utilizó una sonda periodontal diseñada por la OMS para el CPITN (Hu – Friedy). La evaluación clínica del estado periodontal se realizó mediante el CPITN avalado por la OMS y la FDI. Los parámetros clínicos se estandarizaron para evaluar la hemorragia, cálculo y bolsa periodontal mediante el CPITN, se obtuvieron cinco medidas previstas.

CUARTO: Se procedió seguidamente a explicar a la gestante el estado de salud bucal con los hallazgos obtenidos, y los tratamientos que pudiesen requerir.

QUINTO: Se agradeció la participación en la investigación y se dio las recomendaciones respectivas.

Los grados de enfermedad periodontal fueron asignados con valores de 0, 1, 2, 3 y 4 según la gravedad del estado periodontal y para determinar a necesidad de tratamiento periodontal nos basamos en las normas del CPITN, la cual asigna valores según el estado periodontal y los códigos asignados en cada caso:

GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL
0) Periodonto sano	I) Mantener las medidas de prevención.
1) Hemorragia gingival	II) Requiere instrucciones de mejora de higiene bucal.
2) Presencia de cálculos	III) Requiere mejora de la higiene bucal y raspado profesional.
3) Bolsas periodontales de 3.5 a 5.5 mm	IV) Requiere mejora de la higiene bucal y destartraje supragingival y subgingival, pulido radicular.
4) Bolsas periodontales mayores a 5.5 mm	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ECALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE: ENFERMEDAD PERIODONTAL	Enfermedad infectocontagiosa e inflamatoria que afecta los tejidos Periodontales. ⁵	1. Grado de enfermedad Periodontal. 2. Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario.	Grado 0	Ordinal
			Grado 1	
			Grado 2	
			Grado 3	
			Grado 4	
VARIABLE INDEPENDIENTE: CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL	Aprendizaje adquirido que se estima en una escala. ⁸	Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal	Deficiente	Ordinal
			Regular	
			Suficiente	

CAPÍTULO IV

IV.RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

RESULTADOS:

TABLA N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN
GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN
PUNO, DICIEMBRE 2017**

GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS TOTAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	DEFICIENTE		REGULAR		SUFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	17	22.97 %	39	52.70 %	18	24.32 %	74	100 %

p = 0.002 (p ≤ 0.05) S. S.

FUENTE: Elaboración personal.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla se muestra que el nivel de conocimiento más prevalente fue el aceptable con 39 gestantes (52,70 %), el nivel de conocimiento suficiente en segundo lugar con 18 gestantes (24,32 %) y el menos frecuente fue el nivel deficiente con 17 gestantes (22,97 %).

En la prueba estadística se utilizó el chi – cuadrado, teniendo como resultado un p – valor de (p = 0.002), lo la cual nos indica que estadísticamente existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento deficiente, aceptable y suficiente, es decir, el nivel de conocimiento aceptable es estadísticamente significativa más frecuente en comparación al nivel deficiente y suficiente.

TABLA N° 2

COMPARACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO	DEFICIENTE		REGULAR		SUFICIENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
GESTANTES								
PRIGIMESTAS	7	9.46 %	22	29.73 %	8	10.81 %	37	50 %
MULTIGESTAS	10	13.51 %	17	22.97 %	10	13.51 %	37	50 %
TOTAL	17	22.97 %	39	52.70 %	18	24.32 %	74	100 %

$$\chi^2 = 1.85 < \chi^2_{(2; 0.05)} = 5.99$$

$$p = 0.497 (p \leq 0.05) \text{ N. S.}$$

FUENTE: Elaboración personal.

INTERPRETACIÓN:

Se muestra en la tabla que el nivel de conocimiento regular en primigestas fue de 29,73 % y en multigestas fue el 22,97 %. El nivel de conocimiento suficiente en primigestas fue de 10,81 % y el nivel de conocimiento deficiente en primigestas fue de 9,46 %. El nivel de conocimiento suficiente y deficiente en multigestas se obtuvo el mismo resultado el cual fue de 13,51%.

En la prueba estadística se utilizó el chi – cuadrado, teniendo como resultado un p – valor de (p = 0.497), lo la cual nos indica que estadísticamente no existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento con el tipo de gestación (primigesta o multigesta), es decir, no hay relación entre el nivel de conocimiento con el tipo de gestación (primigesta o multigesta).

TABLA N° 3

**GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES DEL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE
2017**

GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	GESTANTES	
	PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS	
	N°	%
GRADO 0	5	6.76 %
GRADO 1	20	27.03 %
GRADO 2	30	40.54 %
GRADO 3	15	20.27 %
GRADO 4	4	5.41 %
TOTAL	74	100 %

$p = 0.927$ ($p \leq 0.05$) N. S.

Fuente: Elaboración personal.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla se muestra que el grado de enfermedad periodontal más prevalente fue el grado 2 con 30 (40,54 %) gestantes, seguido del grado 1 con 20 (27,03 %), el grado 3 estuvo con 15 (20,27 %) gestantes, el grado 0 con 5 (6,76 %) y el menos frecuente fue el grado 4 con 4 (5,41 %). En la prueba estadística se utilizó el chi – cuadrado, teniendo como resultado un p – valor de ($p = 0.927$), lo la cual nos indica que estadísticamente no existe diferencia significativa entre el grado de enfermedad periodontal 0, 1, 2, 3 y 4.

GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	
GRADO 0	Periodonto sano.
GRADO 1	Hemorragia gingival.
GRADO 2	Presencia de cálculos.
GRADO 3	Bolsas periodontales de 3.5 a 5.5 mm.
GRADO 4	Bolsas periodontales mayores a 5.5 mm.

TABLA N° 4

COMPARACIÓN ENTRE EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017

GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	GESTANTES					
	PRIMIGESTAS		MULTIGESTAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
GRADO 0	3	4.05 %	2	2.70 %	5	6.76 %
GRADO 1	12	16.22 %	8	10.81 %	20	27.03 %
GRADO 2	17	22.97 %	13	17.57 %	30	40.54 %
GRADO 3	5	6.76 %	10	13.51 %	15	20.27 %
GRADO 4	0	0.00 %	4	5.41 %	4	5.41 %
TOTAL	37	50.00 %	37	50.00 %	74	100 %

$$\chi^2_c = 7.18 < \chi^2_{(2; 0.05)} = 9.47$$

$$p = 0.443 (p \leq 0.05) \text{ N. S.}$$

FUENTE: Elaboración personal.

INTERPRETACIÓN:

Se muestra que la enfermedad periodontal de grado 2 de es el más frecuente tanto en primigestas con 22,97 % y en multigestas con 17,57 %. Seguido del grado 1 en primigestas con 16,22 % y e grado 3 en multigestas con 13,51 %. En tercer lugar el grado 3 en primigestas con 6,76 %, y en multigestas el grado 1 con 10,81 %. En cuarta frecuencia está el grado 0 en primigestas con 4,05 %, y el grado 4 en multigestas con 5,41 %. Y el menos frecuente el grado 4 en primigestas con 0,00 %, y en multigestas el grado 0 con 4,05 %. En la prueba estadística se utilizó el chi – cuadrado, teniendo como resultado un p – valor de (p = 0.443), lo la cual nos indica que estadísticamente no existe diferencia significativa entre el grado de enfermedad periodontal con el tipo de gestación (primigesta o multigesta), es decir, no hay relación entre el grado de enfermedad periodontal con el tipo de gestación (primigesta o multigesta).

GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	
GRADO 0	Periodonto sano.
GRADO 1	Hemorragia gingival.
GRADO 2	Presencia de cálculos.
GRADO 3	Bolsas periodontales de 3.5 a 5.5 mm.
GRADO 4	Bolsas periodontales mayores a 5.5 mm.

TABLA N° 5

COMPARACIÓN ENTRE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN GESTANTES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL	GESTANTES					
	PRIMIGESTAS		MULTIGESTAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CODIGO 1	3	4.05 %	2	2.70 %	5	6.76 %
CODIGO 2	12	16.22 %	8	10.81 %	20	27.03 %
CODIGO 3	17	22.97 %	13	17.57 %	30	40.54 %
CODIGO 4	5	6.76 %	14	18.92 %	19	25.68 %
TOTAL	37	50.00 %	37	50.00 %	74	100 %

$$\chi^2 = 5.78 < \chi^2_{(2; 0.05)} = 7.82$$

$$p = 0.327 (p \leq 0.05) \text{ N. S.}$$

FUENTE: Elaboración personal.

INTERPRETACIÓN:

Se muestra que en las primigestas la necesidad de tratamiento más requerido es de código 3 con 22,97 %, seguido del código 2 con 16,22 %, en tercer lugar el código 4 con 6,76 %, y el menos requerido es el código 1 con 4,05 %. En las multigestas la necesidad de tratamiento más requerido es de código 4 con 18,92 %, seguido del código 3 con 17,57 % en tercer lugar el código 2 con 10,81 % y el menos requerido es el código 1 con 2,70 %. En la prueba estadística se utilizó el chi – cuadrado, teniendo como resultado un p – valor de (p = 0.327), lo la cual nos indica que estadísticamente no existe diferencia significativa entre la necesidad de tratamiento periodontal con el tipo de gestación (primigesta o multigesta), es decir, no hay relación entre la necesidad de tratamiento periodontal con el tipo de gestación (primigesta o multigesta).

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL	
CÓDIGO 1	Mantener las medidas de prevención.
CÓDIGO 2	Requiere instrucciones de mejora de higiene bucal.
CÓDIGO 3	Requiere mejora de la higiene bucal y raspado profesional.
CÓDIGO 4	Requiere mejora de la higiene bucal y destartraje supragingival y subgingival, pulido radicular.

TABLA N° 6

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, DICIEMBRE 2017

NIVEL DE CONOCIMIENTO	TABLA DE FRECUENCIA OBSERVADA											
	GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL (INTPC)											
	G 0	G 1	G 2	G 3	G 4	TOTAL						
Deficiente	0	0.00%	1	1.35%	1	1.35%	11	14.86%	4	5.41%	17	22.97%
Regular	2	2.70%	9	12.16%	25	33.78%	3	4.05%	0.00%		39	52.70%
Suficiente	3	4.05%	10	13.51%	4	5.41%	1	1.35%	0.00%		18	24.32%
TOTAL	5	6.76%	20	27.03%	30	40.54%	15	20.27%	4	5.41%	74	100.00%

$\chi^2 = 59.5 > \chi^2_{(8; 0.05)} = 15.50$ $p = 0.046$ ($p \leq 0.05$) S. S.

FUENTE: Elaboración personal.

INTERPRETACIÓN:

El resultado en la tabla muestra que en el grado de enfermedad periodontal 0 se obtuvo a gestantes con nivel de conocimiento; suficiente 4.05 %, regular 2.70 % y deficiente 0.00 %. En el grado de enfermedad periodontal 1 se obtuvo a gestantes con nivel de conocimiento; suficiente 13.51 %, regular 12.16 % y deficiente 1.35 %. En el grado de enfermedad periodontal 2 se obtuvo a gestantes con nivel de conocimiento; suficiente 5.41 %, regular 33.78 % y deficiente 1.35 %. En el grado de enfermedad periodontal 3 se obtuvo a gestantes con nivel de conocimiento; suficiente 1.35 %, regular 4.05 % y deficiente 14.86 %. En el grado de enfermedad periodontal 4 se obtuvo a gestantes con nivel de conocimiento; suficiente 0.00 %, regular 0.00 % y deficiente 5.41 %.

En la prueba estadística se utilizó el chi – cuadrado, teniendo como resultado un p – valor de ($p = 0.046$), lo cual nos indica que estadísticamente existe diferencia significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal con la enfermedad periodontal.

RESULTADO DE LA HIPOTESIS ESTADISTICA:**PRUEBA DE HIPÓTESIS:****1. Planteamiento de la hipótesis:**

H₀: No existe relación entre el grado de enfermedad periodontal y el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de ginecología obstetricia, del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Diciembre del 2017.

H₁: Existe relación entre el grado de enfermedad periodontal y el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en que acuden al servicio de ginecología obstetricia, del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Diciembre del 2017.

2. Nivel de significancia:

$$\alpha = 0.05 = 5 \%$$

3. Estadístico de prueba:

El valor de Chi – cuadrado crítico con 8 grados de libertad a un nivel de significancia de 5 % es $\chi_c^2 = 15.50$ y el chi – cuadrado calculado es $\chi_t^2 = 59.5$

LECTURA DEL P – VALOR:

El valor de p (p – valor) es de 0.046

Por lo tanto se afirma que con una probabilidad de error de 4.6 % el nivel de conocimiento condiciona el grado de enfermedad periodontal en las gestantes.

4. Interpretación:

El valor de $\chi_c^2=59.5$ es mayor de $\chi_t^2=15.50$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, comprobándose que:

Existe relación entre el grado de enfermedad periodontal y el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en que acuden al servicio de ginecología obstetricia, del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Diciembre del 2017.

DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos por Almarales C. fueron que el nivel de conocimiento más frecuente fue el insatisfactorio con un 59,1 % y una prevalencia y gravedad de enfermedad periodontal en un 87,3 % de las gestantes. En comparación a los resultados en el presente estudio el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con 52,70% y el grado de enfermedad periodontal con mayor predominancia fue el grado 2 con 40,54 %; por tanto los resultados difieren en cuanto al nivel de conocimiento, probablemente debido a los rangos de valoración en la escala de puntuación que solo considera 2 grupos (satisfactorio e insatisfactorio) en el estudio de Almarales a comparación de los 3 grupos en este estudio (deficiente, regular y suficiente). Y en relación a la enfermedad periodontal los resultados son similares por presentar en ambos estudios la existencia de un mayor porcentaje gestantes con enfermedad periodontal.

En el estudio de Sotomayor J. el 64 % de las gestantes poseen un nivel de conocimiento bueno sobre medidas preventivas; en cuanto el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales y gestación en relación a la atención odontológica es malo, sin embargo en sus resultados finales indica un nivel de conocimiento malo, en comparación con nuestro estudio los resultados indican el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal fue el regular con 52,70 %, por lo que en comparación con el estudio de Sotomayor los resultados son opuestos, esto debido posiblemente a que Sotomayor J. incluyó resultados del nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales y gestación en relación a la atención odontológica en las cuales encontró tales resultados.

En relación a la necesidad de tratamiento periodontal en nuestro estudio se encontró que el mayor porcentaje de gestantes requiere tratamiento de código 3 (mejora de la higiene bucal y raspado profesional) con 40.54 %; código 4 (mejora de la higiene bucal y destartraje supragingival y subgingival más pulido radicular) con 18.92 %; código 2 (instrucciones de mejora de higiene bucal) con 27.03 % y código 1 (mantener las medidas de prevención) con 6.76 % respectivamente. En comparación con el estudio de Norambuena P. el 46,97 % necesitó de un tratamiento de mayor complejidad de raspado, pulido radicular, el 28,79 % necesitó destartraje, mientras que en los casos más severos, correspondiente al 10,6% necesitó derivación a especialista. Resultados que difieren un poco a nuestro estudio por presentar menor porcentaje en similares necesidades de tratamiento, esto debido posiblemente a que en el estudio de Norambuena se evaluó a

gestantes de los 3 trimestres y en este estudio a gestantes solo del tercer trimestre, ya que en ambos estudios se utilizaron el CPITN.

Fasabi S. encontró que el 76,2 % de gestantes obtuvieron un nivel de conocimiento regular el 12,3 % de gestantes un nivel de conocimiento malo y un 11,5 % gestantes un nivel de conocimiento bueno. En comparación a nuestro estudio los resultados son similares con 52,70 % las gestantes tuvieron un nivel de conocimiento regular, con un 24,32 % de gestantes con nivel de conocimiento suficiente y un 22,97 % de gestantes con un nivel de conocimiento deficiente. Los resultados son similares posiblemente por haber realizado las preguntas en relación a la prevención en salud bucal en general.

Travezan M. encontró con respecto al nivel de conocimiento; de las 169 primigestas, 86,4% presentó un nivel de conocimiento regular, 13,6% presentó un nivel de conocimiento malo. El 71,6% de las primigestas presento gingivitis y el 28,4% presento periodontitis. Relacionando la enfermedad Periodontal con el nivel de conocimiento halló asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el nivel de conocimiento con la enfermedad periodontal. En comparación con el presente estudio el nivel de significancia fue de 0.0046 lo cual nos indica que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal con la enfermedad periodontal, en relación con el nivel de conocimiento más frecuente en el presente estudio fue el regular con 52,70%, suficiente con un 24,32 % y deficiente con 22.97 % respectivamente. El grado de enfermedad periodontal con mayor predominancia fue el grado 2 con 40,54 %; grado 1 con 27.03 %, grado 3 con 20.27 %, grado 0 con 6.76 % y grado 4 con 5.41 % respectivamente. Por lo tanto los resultados de ambos estudios coinciden en relación a ambas variables.

V. CONCLUSIONES:

- ✚ Existe relación directa entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el grado de enfermedad periodontal en la gestantes.
- ✚ El nivel de conocimiento más frecuente entre primigestas y multigestas fue el regular.
- ✚ No existe una diferencia estadísticamente significativa entre primigestas y multigestas en relación al nivel de conocimiento suficiente, regular y deficiente.
- ✚ El grado de enfermedad periodontal más frecuente entre primigestas y multigestas fue el grado 2.
- ✚ No existe una diferencia estadísticamente significativa entre primigestas y multigestas en relación a la enfermedad periodontal de grado 0, 1, 2, 3 y 4.
- ✚ No existe una diferencia estadísticamente significativa entre primigestas y multigestas en relación a la necesidad de tratamiento periodontal de códigos; 1, 2, 3 y 4.

VI. RECOMENDACIONES:

Al jefe de servicio de ginecología obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, que requiere un mayor control y seguimiento del estado de salud bucal de las gestantes, para ello se sugiere realizar una ficha de control donde todas las gestantes asistan a los servicios de odontología independientemente de que requieran o no atención, y en mejor de los casos una atención prenatal reenfocada.

A la cátedra de estomatología de la Universidad Nacional del Altiplano, dar mayor énfasis a la prevención en salud bucal en las gestantes y cuidados bucales de los niños, y personas en general, para así promover calidad de vida a estas personas. Mejorando el estado físico, psíquico y social. Ya que el sistema estomatognático es de suma importancia.

Al profesional de salud Odontólogo, que debe fomentar la prevención, el autocuidado de la salud bucal en cada gestante primigesta, multigesta para que adquiera y modifique su percepción acerca de la salud bucal tanto personal como de su futuro bebe.

A lo estudiantes o egresado que realicen una futura investigación en el campo, en lo posible generar y repartir dípticos, trípticos o cartillas informativas a las mujeres gestantes u otras personas que se encuentre en sala de espera ya que el tiempo es muy limitado para poder dar información a las gestantes.

Mejorar la relación laboral que debe existir entre el servicio de odontología y el servicio de ginecología obstetricia, y diferentes servicios en mejora a la atención a las gestantes.

VII. REFERENCIAS:

1. Almarales C, Llerandi Y. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. *Rev. Cubana Estomatol.* 2008; 45 (2).
2. Sotomayor J. Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. *Rev. Odontol Sanmarquina.* 2012; 15 (1): 10 – 13.
3. Norambuena P, Palma I. Necesidad de tratamiento periodontal en embarazadas, Frutillar Chile, 2015. *RevClin Periodoncia ImplantolRehabil Oral.* 2016; 9 (2): 121 – 124.
4. Toledo Sanchez K. Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital Luis Negreiros Vega de Lima en junio del año 2013. Tesis pregrado. Universidad Alas Peruanas; 2013.
5. Travezan Moreyra MA. Enfermedad Periodontal y su relación con el nivel de conocimiento sobre Salud Oral y Dieta en Primigestas del Centro de Salud Vista Alegre del Distrito de Víctor Larco en el Año 2010. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
6. Fasabi cueva S. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal e índice de higiene oral en gestantes atendidas en el consultorio obstétrico del centro de salud bellavista nanay, punchana 2016. Tesis pregrado. Universidad científica del Perú; 2017.
7. Condori M. Repercusión del trimestre de embarazo sobre las necesidades de tratamiento periodontal en gestantes servicio obstetricia centro de salud cuatro de noviembre puno 2017. Tesis pregrado. Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
8. Marconi A. Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en gestantes primigestas y multigestas que acuden al centro de salud José Antonio Encinas puno 2017. Tesis pregrado. Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
9. Ruiz C. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del centro de salud de Paijan agosto – noviembre 2010. Tesis pregrado. Universidad nacional de Trujillo; 2010.
10. YncioLozada SI. Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que se atendieron en

- el policlínico Francisco Pizarro EssaludRimac de marzo a mayo 2008. Tesis pregrado. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2009.
11. RodríguezVargas MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2002. Tesis pregrado. Universidad nacional mayor de San Marcos; 2002.
 12. Barrios Lambruschini D. Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI San Bartolomé – MINSA, en el año 2012. Tesis pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
 13. Nolasco Torres A. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en gestantes del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash – Noviembre 2012. Tesis post grado. Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2013.
 14. Garcia G. Necesidades de tratamiento periodontal en adultos de la región rural Mixteca del Estado de Puebla, México. Rev. Salud pública. 2010; 12 (4): 647 – 657.
 15. Departamento de Salud y Sericios Humanos de EE. UU. Etapas del embarazo [Online] [consultado: 2018 abril. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/stages-pregnancy>
 16. Días R, Robles M, Espino S, Sosa. Prevención de enfermedades bucales durante el embarazo. Ciencias Clínicas. 2013; 14(2): 37 – 44.
 17. Córdova J, Bulnes R. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. Rev. Horizonte Sanitario. 2007; 6 (2): 18 – 25.
 18. Rodríguez A, León M, Arada A, Martínez M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. Rev. Ciencias Médicas. 2013; 17 (5): 51 – 63.
 19. Huete Suazo GA, Lira Duarte DJ. Estado gingival en mujeres embarazadas que acuden a la clínica odontológica del puesto de salud Roberto Clemente, de la ciudad de Masaya durante octubre – noviembre del 2015. Tesis pregrado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN - MANAGUA; 2015.
 20. Allauca Espino FE. Resorción de hueso alveolar en pacientes diabéticos tipo 2 y pacientes no diabéticos, con periodontitis crónica, ciudad de Lima 2003. Tesis pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

21. Chinga Alayo OA. Enfermedad periodontal en pacientes gestantes con alto riesgo obstétrico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
22. Gil Raga L. Enfermedad periodontal y embarazo, influencia de los mediadores inflamatorios y otros factores involucrados. Tesis doctoral. Universidad Cardenal Herrera – CEU; 2014.
23. Dulanto Vargas JA. Enfermedad periodontal de las gestantes en asociación con el término del embarazo y el peso de los neonatos del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé. Tesis pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
24. García G, Espinoza I, Martínez F, Huerta N, Islas A, Medina C. Necesidades de tratamiento periodontal en adultos de la región rural Mixteca del estado de Puebla, México. Rev. Salud pública. 2010; 12 (4): 647 – 657.
25. The American Dental Association and American Academy of Periodontology. www.perio.org. Fec. de ult. visit. 15 may 2018.

VIII. ANEXOS:**ANEXO A****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,he sido informada sobre mi participación en la presente investigación en el hospital regional Manuel Núñez Butrón, que tiene por título *“Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en relación a enfermedad periodontal en gestantes primíparas y multíparas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno, diciembre 2017”*

El investigador me ha esclarecido todas las preguntas al respecto de mi ingreso al estudio, de las características de la misma y de la confidencialidad de mis datos, tengo la libertad de ser informada de cualquier duda que se me presente en cualquier momento y de retirarme del estudio si así lo decido.

Acepto, entonces participar voluntariamente en este estudio para tal efecto firmo en el presente documento.

FIRMA DE LA PARTICIPANTE**DNI N°**

ANEXO B

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

INTRODUCCIÓN:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera.

- Edad:.....años
- Tengo:..... meses de embarazo
- Número de embarazos:

Primer embarazo ()

Dos o más embarazos ()

II. DATOS ESPECIFICOS:

1. Ha ido alguna vez al dentista:
SI () *NO* ()
2. Actualmente recibe tratamiento odontológico:
SI () *NO* ()
3. Responda el motivo de su última visita al dentista (puede marcar más de una respuesta):
 - Examen bucal* ()
 - Limpieza de sarro dental* ()
 - Curaciones* ()
 - Extracción dental* ()
 - Otros* () *Especifique:*
4. Responda el motivo por el cual Ud. no asiste al dentista (Sólo responda esta pregunta, si es que Ud no está asistiendo actualmente al odontólogo):
 - a) *Porque estoy gestando* ()
 - b) *Porque no me duele ningún diente* ()
 - c) *Por miedo* ()
 - d) *Motivos económicos* ()
 - e) *Falta de tiempo* ()
 - f) *No me reciben en mi estado* ()
 - g) *Otros.* () *Especifique:*.....

III. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL:

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 12 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1. ¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en Salud bucal?:
 - a) *Dulces, cepillo dental, pasta dental* ()
 - b) *Flúor, pasta dental, leche* ()
 - c) *Cepillo, hilo dental, sellantes* ()
 - d) *No sé* ()

2. ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?
 - a) *Cada 6 meses* ()
 - b) *Cada 12 meses* ()
 - c) *Cada 3 meses* ()
 - d) *No sé* ()

3. ¿Qué medidas o tratamientos preventivos que se realiza por el Odontólogo conoce?:
 - a) *Fluorización, sellantes, profilaxis* ()
 - b) *Evitar los dulces, cepillado* ()
 - c) *No sé* ()

4. ¿Cuántas veces al día debo cepillarme los dientes?:
 - a) *Dos veces al día* ()
 - b) *Antes de acostarme* ()
 - b) *Después de cada comida* ()
 - d) *No sé* ()

5. ¿Cuánto tiempo debo de cepillarme los *dientes*?:
 - a) *1 minuto* ()
 - b) *2 minutos* ()
 - c) *3 a 5 minutos* ()
 - d) *No sé* ()

6. ¿Por qué *se cepilla los dientes*?
 - a) *Para eliminar la caries* ()
 - b) *Para eliminar la placa bacteriana* ()
 - c) *Para eliminar el sarro* ()
 - d) *No sé* ()

7. Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”

SI () NO ()

8. La placa bacteriana es:
 - a) *Restos de dulces y comida* ()
 - b) *Manchas blanquecinas en los dientes* ()
 - c) *Restos de alimentos y microorganismos* ()
 - d) *No sé* ()

9. La gingivitis es:
- a) *El dolor de diente* ()
 - b) *La enfermedad de las encías* ()
 - c) *Inflamación del labio* ()
 - d) *No sé* ()
10. La enfermedad periodontal es:
- a) *Heridas en la boca* ()
 - b) *La que afecta a los soportes del diente* ()
 - c) *La pigmentación de los dientes* ()
 - d) *No sé* ()
11. ¿En qué periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura?:
- a) *Entre el 1er y 3er mes* ()
 - b) *Entre el 3er y 6to mes* ()
 - c) *Entre el 6to y 9no mes* ()
 - d) *en ningún mes de gestación* ()
12. ¿En qué momento de la vida de la mujer considera que es más propensa a tener caries o enfermedad periodontal?:
- a) *Durante la menarquía (inicio de la menstruación)* ()
 - b) *Durante la gestación* ()
 - c) *Durante la menopausia (cese de la menstruación)* ()
 - d) *No sé* ()

IV. EVALUACION DEL CUESTIONARIO POR EL INVESTIGADOR:

Se calificará a un punto (1) por pregunta, dando una suma total de 12 puntos:

ESCALA DE PUNTUACION	
Puntos	Evaluación
0 – 4	DEFICIENTE
5 – 8	REGULAR
9 – 12	SUFICIENTE

RESPUESTAS CORRECTAS	RESPUESTAS INCORRECTAS	PUNTUACION TOTAL
RESULTADO DE LA EVALUACION		

ANEXO N° C

**FICHA DE REGISTRO DE EXÁMEN CLÍNICO PERIODONTAL
INDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL COMUNITARIO
(CPITN)**

NORMATIVA ESTABLECIDA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): Las piezas dentarias a examinar por sextante son:

S1: 17-14	S2: 13-23	S3: 24-27
S4: 47-44	S5: 43-33	S6: 34-37

Código 0	Tejidos periodontales sanos.
Código 1	Sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje. Si no hay bolsa o tártaro
Código 2	Presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas.
Código 3	Bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm.o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.
Código 4	Bolsa patológica de 5,5 mm.o más, el área negra de la sonda no se ve. Nota: si el diente examinado se halla con un valor 5,5 mm.o más, este valor se le asigna al sextante.

I. DATOS DE LA GESTANTE:

EDAD:

MESES DE EMBARAZO:.....

NÚMERO DE EMBARAZOS:

Primer embarazo ()

Dos o más embarazos ()

II. EXAMEN CLÍNICO DE LA GESTANTE:

EVALUACION POR SEXTANTE		
S1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:

RESULTADO	CODIGO
ESTADO PERIODONTAL	
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	



REGION DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
El Sol N° 1022 – Telefax: 351021 – Telef.: 369696 – 367777

V°B° N° 0291054

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL “MANUEL NUÑEZ BUTRON” - PUNO QUE SUSCRIBE, ESTANDO INFORMADO POR LA UNIDAD DE CAPACITACION.

HACE CONSTAR:

QUE DON: HERNAN LEONIDAS YAPU QUISPE, ESTUDIANTE DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA – FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO, HA REALIZADO LA EJECUCIÓN DE SU PROYECTO DE TESIS TITULADO “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN RELACION A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANATES PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO - DICIEMBRE 2017”, EN FECHA DEL 19 DE DICIEMBRE 2017 AL 12 DE ENERO DEL 2018 EN LOS SERVICIOS DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Y EN EL SERVICIO DE DENTAL 4 ASIGNADO A LA ATENCION ODONTOLOGICA DE GESTANTES.

SE EXPIDE EL PRESENTE A SOLICITUD DEL INTERESADO, PARA LOS FINES QUE ESTIME POR CONVENIENTE.

Puno, 27 de marzo del 2018.

