



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN
ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025

Línea de investigación:
Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista

Autor

Figueroa Yañac, Joao Alexander

Asesor

Manrique Guzmán, Jorge Adalberto

ORCID: 0000-0003-3221-8998

Jurado

Perez Alvarado, Otto Alex

Chuna Espinoza, Jorge Dante

Canassa Torres, Manuel

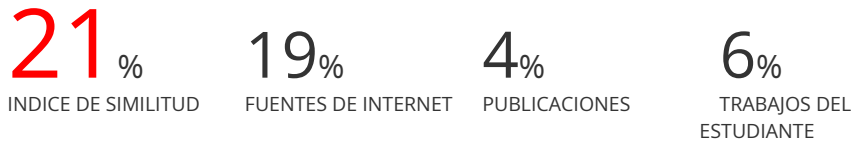
Lima - Perú

2026



ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
4	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
5	Ruelas Mamani, Renato Rogelio. "Enfermedades bucodentales prevalentes asociadas al estado nutricional en niños de la Institución Educativa Primaria 70537 - Cabanillas, 2024", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Peru) Publicación	1%
6	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1%
7	www.mindmeister.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.unfv.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1%



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN
ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autor

Figuroa Yañac, Joao Alexander

Asesor

Manrique Guzmán, Jorge Adalberto

ORCID: 0000-0003-3221-8998

Jurado

Perez Alvarado, Otto Alex

Chuna Espinoza, Jorge Dante

Canassa Torres, Manuel

Lima – Perú

2026

DEDICATORIA

A Dios, quien me guía paso a paso.

A mi familia, quienes me han apoyado incondicionalmente durante toda mi formación personal y académica, motivándome a mejorar día a día.

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a mi familia por su apoyo incondicional y constante motivación a lo largo de mi formación académica.

Agradezco a mi casa de estudios y a mis docentes por los conocimientos y experiencias transmitidos durante mi trayectoria universitaria.

ÍNDICE

RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	2
1.2. Antecedentes	3
1.3. Objetivos.....	6
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	6
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	6
1.4. Justificación	7
1.5. Hipótesis	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	9
2.1.1. <i>Salud oral</i>	9
2.1.2. <i>Embarazo y salud oral</i>	9
2.1.3. <i>Cambios fisiológicos durante el embarazo</i>	11
2.1.4. <i>Enfermedades bucodentales relaciones con el embarazo</i>	14
III. MÉTODO	15
3.1. Tipo de investigación.....	15
3.2. Ámbito temporal y espacial	15
3.3. Variables	15
3.3.1. <i>Operacionalización de variables</i>	15
3.4. Población y muestra.....	17
3.4.1. <i>Criterios de selección</i>	19

3.5. Instrumentos.....	19
3.5.1. <i>Calibración</i>	20
3.5.2. <i>Ficha de recolección de datos</i>	21
3.5.3. <i>Índice periodontal de Ramfjord</i>	22
3.5.4. <i>Calibración</i>	24
3.5.5. <i>Ficha de recolección de datos</i>	24
3.6. Procedimientos.....	24
3.7. Análisis de datos	25
3.8. Consideraciones éticas	25
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
VI. CONCLUSIONES.....	42
VII. RECOMENDACIONES	43
VIII. REFERENCIAS.....	44
IX. ANEXOS	48
9.1. Anexo A.....	48
9.1.1. <i>Consentimiento informado</i>	48
9.2. Anexo B	49
9.2.1. <i>Ficha de recolección de datos</i>	49
9.3. Anexo C	52
9.3.1. <i>Constancia de calibración</i>	52
9.4. Anexo D.....	56
9.4.1. <i>Carta de presentación</i>	56
9.5. Anexo E	57

9.5.1. <i>Constancia de ejecución</i>	57
9.6. Anexo F.....	58
9.6.1. <i>Fotografía de recolección de datos</i>	58
9.7. Anexo G.....	62
9.7.1. <i>Matriz de consistencia</i>	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas gestantes.....	28
Tabla 2. Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas no gestantes.....	29
Tabla 3. Grado de gingivitis según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y edad en adultas jóvenes gestantes	31
Tabla 4. Grado de gingivitis según índice gingival de Loe y Sillines simplificado y edad en adultas jóvenes no gestantes	32
Tabla 5. Grado de periodontitis según índice periodontal de Ramfjord, edad y trimestre de gestación en adultas jóvenes gestantes	34
Tabla 6. Gingivitis según índice periodontal de Ramfjord y edad en adultas jóvenes no gestantes.....	35
Tabla 7. Correlación del grado de caries dental, gingivitis y periodontitis en gestantes y no gestantes.....	36
Tabla 8. Comparación del grado de caries dental, gingivitis y periodontitis en adultas jóvenes gestantes y no gestantes.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas gestantes.....	30
Figura 2. Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas no gestantes.....	30
Figura 3. Grado de gingivitis según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y edad en adultas jóvenes gestantes.....	32
Figura 4. Grado de gingivitis según índice gingival de Loe y Sillines simplificado y edad en adultas jóvenes no gestantes.....	33
Figura 5. Grado de periodontitis según índice periodontal de Ramfjord, edad y trimestre de gestación en adultas jóvenes gestantes.....	35
Figura 6. Gingivitis según índice periodontal de Ramfjord y edad en adultas jóvenes no gestantes.....	36
Figura 7. Comparación del grado de caries dental, gingivitis y periodontitis en adultas jóvenes gestantes y no gestantes	38

RESUMEN

Objetivo: Comparar el grado de severidad del índice CPOD, el grado del índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y Periodontal de Ramfjord en gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte. **Método:** Se realizó un estudio comparativo, prospectivo, transversal, observacional. La población fue conformada por 56 pacientes, 28 gestantes y 28 no gestantes, a quienes se les evaluó las lesiones de caries dental, gingivitis y periodontitis, según índice de CPOD, Loe y Sillines simplificado y de Ramfjord. Se recolectaron los datos según examen clínico, sumado al trimestre de gestación y edad. **Resultados:** El estudio evidenció una alta prevalencia de caries dental (90,2 % de severidad muy alta), predominante en mujeres de 25 a 29 años. Las gestantes presentaron mayores valores de CPOD que las no gestantes ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Al comparar el grado de severidad del índice CPOD, el índice Gingival de Loe y Silness Simplificado, y el índice Periodontal de Ramfjord, se determinó que las gestantes adultas jóvenes presentan mayores valores de caries y enfermedad periodontal que las no gestantes, evidenciando una peor condición bucodental durante el embarazo.

Palabras clave: embarazo, caries dental, gingivitis, periodontitis

ABSTRACT

Objective: To compare the severity of the DMFT index, the Simplified Loe-Saddles Gingival Index, and the Ramfjord Periodontal Index in young adult pregnant women from the Micaela Bastidas Health Center I-III, Ate-Vitarte. **Method:** A comparative, prospective, cross-sectional, observational study was conducted. The population consisted of 56 patients, 28 pregnant and 28 non-pregnant, who were evaluated for dental caries, gingivitis, and periodontitis lesions according to the DMFT, Simplified Loe-Saddles, and Ramfjord indexes. Data were collected based on clinical examination, pregnancy trimester, and age. **Results:** The study showed a high prevalence of dental caries (90.2% very high severity), predominantly in women aged 25 to 29 years. Pregnant women had higher DMFT values than non-pregnant women ($p < 0.05$). **Conclusions:** When comparing the severity of the CPOD index, the Simplified Loe and Silness Gingival Index, and the Ramfjord Periodontal Index, it was determined that young adult pregnant women have higher rates of caries and periodontal disease than non-pregnant women, demonstrating a worse oral condition during pregnancy.

Keywords: pregnancy, dental caries, gingivitis, periodontitis

I. INTRODUCCIÓN

Durante la gestación, el cuerpo de la mujer atraviesa múltiples cambios fisiológicos, hormonales, inmunológicos y microbiológicos. Estos procesos, necesarios para el desarrollo del embarazo, pueden manifestarse en diversos signos y síntomas que afectan tanto a la madre como al feto. El sistema estomatognático no es ajeno a estas modificaciones: variaciones en la saliva, en la respuesta inflamatoria o en la microbiota oral pueden favorecer la aparición de problemas bucales, siendo la caries dental y la gingivitis las alteraciones más comunes en esta etapa. (Gupta y Acharya, 2016)

La investigación que se presenta a continuación será un estudio de las enfermedades bucodentales más prevalentes durante el embarazo por medio de los casos vistos de gestantes y no gestantes que acudieron a consulta odontológica de rutina en el centro de salud I-III Micaela Bastidas en el año 2025; estas mujeres fueron sometidas a una evaluación completa y plasmado en una ficha de recolección de datos, reflejando así una comparativa entre las gestantes de distintos trimestres y pacientes no gestantes, mostrando la necesidad de estudios exhaustivos que aporten a mejorar las condiciones de las mismas.

La salud bucal constituye un componente esencial del bienestar general. Durante el embarazo, los cambios fisiológicos propios de esta etapa hacen que las gestantes sean especialmente vulnerables a presentar alteraciones orales (Hartnett et al., 2016). Desde la fecundación, el organismo experimenta transformaciones fisiológicas, hematológicas y anatómicas que, junto con variaciones hormonales y del microbiota, pueden repercutir en la cavidad bucal. Si bien estas afecciones no suelen representar un riesgo directo para el feto, sí pueden comprometer la salud oral de la madre. En este contexto, las gestantes pueden desarrollar manifestaciones bucales características, influenciadas por cambios hormonales,

hábitos alimentarios, modificaciones microbiológicas y variaciones en la respuesta inmune propias del embarazo. (Lárez et al., 2005)

1.1. Descripción y formulación del problema

La evidencia científica señala que, durante la gestación, ocurren múltiples alteraciones fisiológicas que también impactan la cavidad oral. Estas modificaciones no solo predisponen a las gestantes a desarrollar problemas bucales, sino que incluso pueden asociarse con complicaciones como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, preeclampsia e incluso pérdida gestacional (Núñez et al., 2013). En este contexto, los cambios hormonales propios del embarazo pueden influir negativamente en la salud bucodental, favoreciendo la aparición de diversas alteraciones y aumentando el riesgo de enfermedades orales. (González et al., 2018)

Por ello, es fundamental que tanto las gestantes como los profesionales de salud cuenten con información clara y actualizada sobre los múltiples cambios que se producen en la cavidad bucal durante el embarazo (Hartnett et al., 2016). En este marco, el presente estudio tiene como propósito determinar la relación entre las enfermedades bucodentales en gestantes y mujeres no gestantes atendidas en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, en Ate-Vitarte, durante el año 2025.

El Centro de Salud Micaela Bastidas, ubicado en el distrito de Ate en Lima, Perú, brinda atención continua a una población materna que, por sus características socioeconómicas, presenta altos niveles de vulnerabilidad. En esta comunidad, las tasas de caries dental y gingivitis suelen ser elevadas, lo que representa un riesgo considerable para la salud bucal de las gestantes. De mantenerse esta tendencia, podrían desencadenarse consecuencias más severas a mediano y largo plazo.

Por ello, la presente investigación busca aportar evidencia que permita comprender mejor la situación actual de las enfermedades bucodentales, promoviendo prácticas preventivas adecuadas y estrategias de intervención que contribuyan a reducir su incidencia. Además, se aspira a que estos conocimientos trasciendan el contexto inmediato del centro de salud, generando un impacto sostenido en la población. A partir de lo expuesto, surge la siguiente interrogante central: ¿Existe diferencia en la prevalencia de patologías bucales entre gestantes y mujeres no gestantes adultas jóvenes atendidas en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte, en 2025?

1.2. Antecedentes

Tutacano (2023) en Perú, desarrolló un estudio con el propósito de identificar la prevalencia de caries dental y gingivitis en gestantes del Centro de Salud Ciudad de Dios, en Yura (Arequipa). Se trató de una investigación observacional, descriptiva y transversal realizada en 80 gestantes atendidas en consulta médica. Los resultados revelaron una realidad preocupante: el 92.5% presentó caries dental, con un índice CPOD promedio de 9.7, y el 88.75% mostró un nivel de severidad muy elevado. Asimismo, la prevalencia de gingivitis alcanzó el 100%, sin diferencias significativas según trimestre de gestación ni nivel educativo.

Guerrero (2022) en Perú, se enfocó en evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal en gestantes adolescentes. La población estuvo conformada por 57 adolescentes gestantes, evaluadas mediante un cuestionario estructurado. Los hallazgos mostraron que solo el 7.02% presentó un buen nivel de conocimiento sobre desarrollo dental, mientras que el 45.61% demostró un nivel deficiente respecto a enfermedades dentarias. La mayoría obtuvo un nivel regular de conocimiento, especialmente aquellas con educación secundaria (52.37%), primigestas (55%) y en el tercer trimestre (55.56%). Se concluyó que el nivel de conocimiento preventivo en salud bucal fue predominantemente regular (54.39%).

Apolo (2021) realizó un estudio en el Centro de Salud Andrés Araujo Morán, en Perú, para analizar la relación entre patologías dentogingivales y hábitos de higiene bucal en gestantes. Con un diseño no experimental y enfoque descriptivo-relacional, se evaluó a 51 gestantes. Se encontró que el 63% tenía hábitos inadecuados de higiene bucal. Además, el 53% presentó alta prevalencia de caries y un 25% mostró prevalencia moderada. La asociación entre patologías dentales y hábitos de higiene fue estadísticamente significativa ($p = 0.000$), concluyéndose que la caries y la gingivitis están directamente relacionadas con los hábitos de higiene oral.

Guerra (2021) en Perú, describió el nivel de conocimiento sobre salud bucal en 85 gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho. Aplicando un cuestionario validado, se observó que el 21% tenía un nivel alto de conocimiento, mientras que el 29% mostró un nivel regular y otro 29% un nivel deficiente. Los autores subrayaron la importancia de fortalecer la educación sobre higiene bucal y el reconocimiento de patologías orales durante esta etapa.

Ferreira (2020) en Perú, analizó la relación entre higiene bucal y enfermedad periodontal en 47 gestantes del Centro de Salud Santa Rosa, en Loreto. Se aplicaron los índices IHOS y el periodontal de Ramfjord. La mayoría presentó una higiene bucal deficiente (74.47%) y altos niveles de enfermedad periodontal: 44.68% con periodontitis moderada, 27.66% severa y 14.89% leve. Un porcentaje menor presentó formas de gingivitis. La investigación concluyó que existe una clara relación entre mala higiene oral y mayor presencia de enfermedad periodontal.

Kaura (2021) en Nigeria, buscó determinar la prevalencia de enfermedad gingival en gestantes atendidas en el Hospital Universitario Aminu Kano. En este estudio transversal participaron 350 gestantes, evaluadas mediante cuestionarios y el índice gingival de Silness y

Löe. Se encontró que el 82.3% presentaba gingivitis, evidenciando un nivel notablemente alto de enfermedad gingival en esta población.

Guerra (2023) en Cuba, evaluó el nivel de conocimiento de gestantes y de un familiar sobre la relación entre salud bucal y embarazo. De una población de 100 gestantes, la muestra final estuvo compuesta por 32 mujeres y un familiar cada una. Aunque la mayoría reconoció la importancia de la lactancia materna y la necesidad de atención odontológica durante el embarazo, persistieron creencias erróneas, como subestimar el impacto de las enfermedades gingivales en el feto o considerar normal la pérdida dentaria durante la gestación. El nivel de conocimiento se clasificó como regular, destacándose la necesidad de reforzar la educación en salud bucal.

Anum (2022) en Pakistán, realizó un estudio transversal durante la pandemia por COVID-19 para evaluar el estado de salud bucodental de 90 gestantes atendidas entre noviembre de 2019 y julio de 2020. Se halló una alta prevalencia de lesiones cariosas (92.2%), sangrado gingival (82.2%) y placa dental (85.6%). Se concluyó que la adecuada higiene oral durante el embarazo es esencial para prevenir alteraciones que puedan perjudicar tanto a la gestante como al desarrollo fetal.

Wen Qi (2022) en China, investigó la salud bucal y el nivel de conocimiento de 224 gestantes entre 24 y 30 semanas de gestación. El índice CPOD promedio fue de 2.27; el 69.8% tenía caries, el 45.4% presentaba piezas restauradas y se observó un aumento de dientes ausentes a mayor edad ($p < 0.001$). La investigación concluyó que existe una salud bucodental deficiente en esta población, señalando la necesidad de fortalecer la atención preventiva multidisciplinaria.

Rio (2020) en Portugal, realizó un estudio longitudinal no aleatorizado con 27 gestantes y 25 mujeres no gestantes para analizar si el embarazo incrementa el riesgo de lesiones cariosas

cavidades y si estas se relacionan con cambios en saliva y hábitos de salud oral. Los resultados evidenciaron una disminución de superficies libres de lesiones ($p = 0.004$) y un aumento significativo de lesiones precavidades ($p = 0.011$). Se concluyó que, durante la gestación, el esmalte dental es más susceptible a desmineralizarse, favoreciendo la aparición de lesiones similares a la caries.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Comparar el grado de severidad del índice CPOD en presencia de las lesiones cariosas, el grado del índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y Periodontal de Ramfjord respectivamente en enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) en gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el grado según índice CPOD en gestantes adultas jóvenes según su edad y trimestre de gestación en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

- Identificar el grado según índice CPOD en no gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

- Identificar el grado según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado en gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

- Identificar el grado según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado en no gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

- Identificar el grado según índice Periodontal de Ramfjord en gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

- Identificar el grado según índice Periodontal de Ramfjord en no gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.

1.4. Justificación

El embarazo produce cambios fisiológicos, hormonales e inmunológicos que incrementan la susceptibilidad a caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal. Estas condiciones pueden afectar tanto la salud materna como el bienestar fetal, por lo que resulta fundamental estudiar su prevalencia en gestantes y compararla con mujeres no gestantes.

La presente investigación se justifica teóricamente al aportar evidencia actualizada sobre cómo el estado gestacional influye en la salud bucodental, identificando las patologías más frecuentes y fortaleciendo el conocimiento científico en este campo. Desde el punto de vista metodológico, el estudio utiliza un enfoque cuantitativo y un diseño comparativo que permitirá obtener datos precisos y contrastables entre ambos grupos, generando información confiable que puede servir de base para futuras investigaciones.

En cuanto a la relevancia social, las gestantes del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas constituyen una población vulnerable, con altos índices de caries y enfermedad periodontal. Conocer su situación real permitirá visibilizar la problemática y promover estrategias preventivas, educativas y asistenciales que mejoren su salud bucodental. Finalmente, la justificación práctica radica en que los resultados podrán orientar intervenciones y programas dirigidos al cuidado oral durante el embarazo, contribuyendo a reducir complicaciones y a mejorar la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.

1.5. Hipótesis

Dado que las gestantes experimentan cambios hormonales significativos durante el embarazo, especialmente en los niveles de estrógeno y progesterona, tiene un mayor riesgo de desarrollar enfermedades periodontales y caries dental debido a la alteración de la flora oral y

la disminución de la respuesta inmune, es probable que exista diferencia estadísticamente significativa en la presencia de caries dental y enfermedad periodontal (Gingivitis y Periodontitis) en las pacientes gestantes adultas jóvenes vs las no gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte, 2025.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Salud oral*

La salud bucal no se limita únicamente a tener dientes blancos, alineados o encías de buen aspecto. Se entiende más bien como un estado integral en el que todas las estructuras de la cavidad oral contribuyen al bienestar físico, mental y social de las personas. Gracias a una adecuada salud bucal, es posible realizar actividades esenciales como hablar, masticar, percibir sabores y alimentarse correctamente, lo que repercute directamente en la calidad de vida. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Mantener una buena higiene oral es fundamental para preservar la salud general. Por ello, es necesario que la población tome conciencia de la importancia del cuidado bucodental a lo largo de todas las etapas de la vida, ya que las enfermedades de la boca representan un verdadero problema de salud pública debido a su alta prevalencia y al impacto que generan en distintos grupos sociales. (Guerrero, 2021) En este sentido, la educación para la salud se convierte en una herramienta clave, pues busca promover cambios positivos en las actitudes y conductas tanto a nivel individual como colectivo.

Esta estrategia parte de identificar las necesidades reales de la población, con la finalidad de contribuir a mejorar sus condiciones de salud y la de sus comunidades. (Guerrero, 2021) Además, se reconoce que mediante una adecuada educación sanitaria es posible fomentar hábitos saludables en distintos grupos poblacionales. Muchos de los factores de riesgo que afectan la salud bucal están estrechamente relacionados con los conocimientos, actitudes y comportamientos que las personas incorporan desde edades tempranas. (Aguilar, 2018)

2.1.2. *Embarazo y salud oral*

Durante el embarazo se generan condiciones que incrementan el riesgo de caries dental. Aunque la relación exacta aún no está completamente definida, se sabe que los cambios en la composición de la saliva, las variaciones en la microbiota oral, los episodios de vómitos por reflujo, la higiene deficiente y las modificaciones en los hábitos alimentarios favorecen la aparición de esta enfermedad. Asimismo, la gingivitis gestacional está directamente vinculada con el aumento de hormonas como los estrógenos y la progesterona. (Navarro, 2022). La frecuencia de estas patologías puede variar según la etapa del embarazo: la gingivitis gravídica suele ser más común en el segundo trimestre y alcanza su máximo alrededor del octavo mes; mientras que el granuloma del embarazo se observa con mayor frecuencia durante el primer y segundo trimestre, sobre todo en mujeres con su primer embarazo. Debido a estos factores, es fundamental que las gestantes tomen medidas preventivas contra la caries y la gingivitis, pues ambas se consideran factores de riesgo para parto prematuro o bajo peso al nacer. (Rodríguez, 2013)

La madre desempeña un rol esencial dentro del núcleo familiar, especialmente en temas relacionados con la salud. En este sentido, la embarazada puede convertirse en una promotora de prácticas saludables para su familia, difundiendo información y guiando conductas preventivas. Paralelamente, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de influir de forma positiva en el bienestar general de la gestante y acompañarla durante este proceso. (Antunes, 2013)

Desde el año 1983, la Organización Mundial de la Salud reconoció formalmente, mediante la resolución WHA3614, que la salud bucal constituye un componente fundamental del bienestar integral. A lo largo del tiempo, múltiples investigaciones han respaldado esta afirmación. El embarazo, por su naturaleza, exige al organismo materno una serie de ajustes fisiológicos que repercuten en diferentes sistemas, incluida la cavidad oral. (Díaz, 2014)

Por ello, la boca debe ser evaluada y atendida bajo un enfoque interdisciplinario e integral. El odontólogo tiene un papel clave en este proceso, ya que debe estar preparado para manejar las particularidades y posibles complicaciones asociadas a la gestación, además de promover medidas preventivas que protejan la salud bucal antes, durante y después del embarazo. (Díaz, 2014)

Como respuesta a esta necesidad, tanto a nivel nacional como internacional se han implementado programas orientados a fortalecer las políticas de salud materna y perinatal, con el propósito de evitar complicaciones físicas y mentales en la madre y el bebé. Estas iniciativas se sostienen en dos pilares principales (Díaz, 2014):

Prevención primaria: Incluye todas las acciones destinadas a evitar la aparición de enfermedades o alteraciones que puedan poner en riesgo a la madre o generar defectos congénitos. Idealmente, estas medidas deben comenzar antes del embarazo.

Prevención secundaria: Consiste en identificar de manera temprana cualquier afección y brindar el tratamiento oportuno para evitar complicaciones tanto en la gestante como en el feto. Estas acciones deben realizarse durante la gestación, especialmente si existen signos clínicos o resultados de análisis que sugieran alguna patología.

2.1.3. Cambios fisiológicos durante el embarazo

2.1.3.1. Sistema cardiovascular. Durante el embarazo, el volumen de sangre aumenta porque las cavidades izquierdas del corazón se dilatan y se hipertrofian. Esto hace que el corazón bombee más sangre con cada latido y, en consecuencia, su peso llega a incrementarse hasta unos 30 gramos. También se eleva la frecuencia cardíaca y, con ello, el gasto cardíaco, mientras que la resistencia vascular sistémica experimenta cambios. Debido a estas adaptaciones, es común que hasta el 90% de las gestantes presenten un soplo funcional y

taquicardia, situaciones que forman parte de la fisiología normal y no deben confundirse con una enfermedad cardíaca que requiera profilaxis.

En el segundo y tercer trimestre, la presión arterial y el gasto cardíaco tienden a disminuir. Esto activa los barorreceptores, que funcionan como un mecanismo de compensación para mantener estable la función circulatoria. Como resultado, muchas mujeres experimentan episodios de hipotensión, náuseas, mareos e incluso desmayos. (Lara, 2016)

2.1.3.2. Cambios en el sistema respiratorio. A medida que el feto crece y aumentan las necesidades de oxígeno tanto de la madre como del bebé, el cuerpo debe realizar varios ajustes. El crecimiento del útero empuja el diafragma hacia arriba, lo que eleva la presión dentro del tórax y reduce la capacidad residual funcional (CRF). Como consecuencia, durante el primer trimestre es común que aparezcan episodios de disnea e hiperventilación. En algunos casos puede presentarse una hipoxemia leve, y ciertas gestantes desarrollan un gradiente alveolo-arterial de oxígeno alterado cuando se colocan en posición supina. Esta postura, especialmente en las etapas finales del embarazo, también puede afectar el buen funcionamiento de las vías respiratorias. (Lara, 2016)

2.1.3.3. Cambios hematológicos. Durante el embarazo se produce una ligera disminución de las plaquetas, conocida como trombocitopenia gestacional. Al mismo tiempo, aumenta la cantidad de eritrocitos, la velocidad de sedimentación, los leucocitos y la mayoría de los factores de coagulación. Todo esto genera un estado de hipercoagulabilidad que eleva hasta cinco veces el riesgo de tromboembolismo. El incremento de la masa de glóbulos rojos produce un fenómeno de “hemodilución”, también llamado anemia fisiológica del embarazo. Esta adaptación tiene un propósito protector: ayuda a la madre a enfrentar mejor posibles pérdidas de sangre y reduce el riesgo de eventos trombóticos. (Lara, 2016)

2.1.3.4. Cambios en el sistema gastrointestinal. Aproximadamente dos tercios de las gestantes presentan náuseas y vómitos. El reflujo gastroesofágico también es frecuente, ya que el crecimiento del feto aumenta la presión dentro del estómago, lo que puede generar además sensación de ardor o pirosis. En los casos de hiperémesis, es recomendable evitar programar citas en las primeras horas del día. Durante la atención odontológica, la paciente debe colocarse en posición supina. Si durante el procedimiento comienza a sentir náuseas, se debe detener de inmediato y ayudarla a sentarse o colocarse en posición vertical para aliviar el malestar. (Lara, 2016)

2.1.3.5. Cambios renales y genitourinarios. El cambio más importante durante el embarazo a nivel urinario es la dilatación de los uréteres. Además, aumenta el flujo plasmático renal y el filtrado glomerular, lo que incrementa la producción de orina y reduce su densidad. Estos cambios, junto con la dilatación ureteral, elevan el riesgo de infecciones urinarias. Asimismo, debido a la mayor velocidad de filtración y eliminación, la excreción de muchos fármacos se vuelve más rápida. (Lara, 2016)

2.1.3.6. Cambios endocrinos. El aumento de estrógeno, progesterona y gonadotropina coriónica humana es el principal responsable de muchos de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo. Cerca del 45% de las gestantes no logra producir suficiente insulina para contrarrestar el efecto antagonista que ejercen estas hormonas. Como consecuencia, se desarrolla resistencia a la insulina y, en algunos casos, esto puede llevar a la aparición de diabetes gestacional. (Lara, 2016)

2.1.3.7. Sistema inmune. Como parte de la adaptación del cuerpo materno al embarazo, el sistema inmunológico se suprime parcialmente para evitar el rechazo del feto. Esta disminución de la respuesta inmune hace que la gestante sea más susceptible al crecimiento local de bacterias y a una progresión más rápida de ciertas infecciones. Esta reducción en la

defensa inmunológica se relaciona con una respuesta más lenta en la quimiotaxis, una menor actividad de los neutrófilos, una disminución en la inmunidad celular y una menor acción de las células NK. (Lara, 2016)

2.1.4. Enfermedades bucodentales relacionadas con el embarazo

Durante la gestación, las mujeres atraviesan cambios físicos, biológicos y psicológicos que influyen directamente en su salud bucal, generando necesidades especiales de atención odontológica (Gaszyńska, 2015). Estos cambios hacen que las gestantes se conviertan en un grupo especialmente vulnerable, ya que su estado bucal puede impactar su bienestar general y, por ende, su calidad de vida. Por esta razón, en muchos países se consideran una población prioritaria dentro de las políticas de salud pública. Las modificaciones que experimentan durante el embarazo suelen reflejarse en la cavidad oral, ya sea como alteraciones pasajeras y reversibles, como agravamiento de patologías preexistentes o como la aparición de manifestaciones clínicas particulares de este periodo. (Luengo, 2018; Gambhir et al., 2015)

Además, muchas gestantes reconocen que pueden experimentar problemas bucales durante el embarazo y comprenden que estas condiciones podrían tener efectos negativos no solo en su salud oral y sistémica, sino también en la de sus futuros hijos. Por ello, entender estos cambios y adaptarse a ellos es esencial para recibir una atención odontológica adecuada y oportuna. (Luengo, 2018)

En este contexto, la falta de higiene oral o el cuidado inadecuado pueden debilitar el sistema inmunológico, favoreciendo la aparición de enfermedades como gingivitis, periodontitis, lesiones benignas como el granuloma gravídico y una mayor susceptibilidad a infecciones orales (Radha, 2013).

III.MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo comparativo, ya que el investigador no interviene ni controla el factor en análisis. Es también prospectivo, pues la información se obtendrá en el momento en que ocurran los hechos, es decir, en tiempo presente. Asimismo, se clasifica como transversal porque los datos serán recolectados en una única ocasión, y observacional, dado que no se manipularán las variables, solo se registrarán tal como se presentan.

3.2. Ámbito temporal y espacial

- El ámbito temporal es el año 2025.
- El ámbito espacial es el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas.

3.3. Variables

- Variables Dependientes: Caries dental, Gingivitis y Periodontitis.
- Co - variable: Edad cronológica y Edad Gestacional.
- Variable Independiente: Estado de gestación y no gestación.

3.3.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Caries	Es una enfermedad infectocontagiosa de origen multifactorial, determinada por un proceso de	Índice CPOD (OMS)	Ordinal	1: Muy bajo 2: Bajo 3: Moderado 4: Alto 5: Muy alto

	desminerañización que puede desencadenar en una cavidad.			
Gingivitis	Es una patología ora ocasionada por el acúmulo de placa bacteriana entre los dientes, generando inflamación y sangrado de encías.	Índice Gingival de Loe y Silness Simplificado	Ordinal	0: Gingival clínicamente sana 1: Inflamación Leve 2: Inflamación Moderada 3: Inflamación Severa
Periodontitis	Patología oral crónica que se origina a consecuencia de las bacterias anaerobias las cuales crecen en el surco gingival. En su fase inicial se conoce como	Índice Periodontal de Ramfjord	Ordinal	0: Sin bolsa 1: Bolsa hasta 3mm 2: Bolsa entre 3 y 6mm 3: Bolsa mayor a 6mm

	Gingivitis y, en estado más avanzado, Periodontitis.			
Estado de Gestación	Periodo durante el cual una mujer está embarazada, desde la concepción hasta el parto	Historia Clínica	Nominal	1: Gestante 2: No gestante
Edad cronológica	El tiempo que ha pasado desde tu Nacimiento.	Años	Razón	
Edad gestacional	Término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste.	Trimestre	Nominal	1: Trimestre 1 2: trimestre 2 3: trimestre 3

3.4. Población y muestra

La población estará conformada por gestantes y no gestantes que acudirán al Servicio de Odontología del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate – Vitarte 2025.

El tipo de muestreo será probabilístico aleatorio simple, respetando los criterios de inclusión y exclusión, con un nivel de confianza al 90%.

Para encontrar el número de pacientes a evaluar se aplica la fórmula para comparación de proporciones, la cual es de la siguiente manera.

$$\text{Donde: } n = (Z_a + Z_b)^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2) / (p_2 - p_1)^2$$

n = Tamaño mínimo de muestra por grupo, total $2n$

$p_1 = 0,96$: Proporción esperada del grupo de gestantes adultas jóvenes con enfermedades bucodentales

$q_1 = 1 - p_1 = 0,04$: Proporción no esperada del grupo de gestantes adultas jóvenes con enfermedades bucodentales

$p_2 = 0,72$: Proporción esperada del grupo de no gestantes adultas jóvenes con enfermedades bucodentales

$q_2 = 1 - p_2 = 0,28$: Proporción no esperada del grupo de no gestantes adultas jóvenes con enfermedades bucodentales.

$Z_a = 1,960$: Nivel de confianza de 95%, de forma bidireccional.

$Z_B = 1,645$: Poder estadístico, margen de error aceptable ($>0,05$).

$p_1 - p_2 = e = 0,058$: Error de muestreo o diferencia de proporción de pacientes.

Desarrollando: $n = [(1,96 + 1,645)^2 \times ((0,96 \times 0,04) + (0,72 \times 0,28))] / [0,96 - 0,72] = 54,150$

Se ajusta el tamaño de muestra teniendo en cuenta que se tienen 110 pacientes registradas en el Centro de Salud Micaela Bastidas, en el 2025, que cumplen los criterios de inclusión del presente trabajo. Por lo que, se aplica la fórmula de corrección de tamaño de muestra con la especificación de la población.

Se aplica la siguiente fórmula: $1/N_f = 1/N_i + 1/N$.

Donde:

N_f = Tamaño de muestra corregida final a tomar.

$N_i = 2n = 108,3$ Tamaño de muestra inicial, considerando que serán dos grupos.

N= 110: Pacientes registradas en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Reemplazando: $1/N_f = 1/108,3 + 1/110$, $N_f = 54,57$

Hallando como resultado un número total de pacientes a evaluar de 54,57, siendo redondeado al inmediato par superior, obteniendo 56 pacientes como muestra total mínima a evaluar, que serán distribuidas en dos grupos de forma equivalente, por lo que, el presente trabajo evaluará a 28 pacientes como mínimo por cada grupo, es decir, 28 pacientes gestantes y 28 pacientes no gestantes que cumplan los criterios de inclusión.

3.4.1. Criterios de selección

3.4.1.1. Criterios de inclusión. Se incluirá a las gestantes y no gestantes adultas jóvenes que cumplirán con los siguientes parámetros:

- Gestantes y no gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud Publico Micaela Bastidas que estén de acuerdo en participar en el estudio de manera voluntaria.
- Gestantes y no gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud Publico Micaela Bastidas que hayan firmado el consentimiento informado.
- Gestantes y no gestantes adultas jóvenes en ABEG, ABEN, ABEH y LOTEPE.

3.4.1.2. Criterios de exclusión. Se excluirá a las gestantes y no gestantes adultas jóvenes que sigan los siguientes parámetros:

- Gestantes y no gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud Publico Micaela Bastidas que no firmen el consentimiento informado.
- Gestantes y no gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud Publico Micaela Bastidas que presenten algún diagnóstico sistémico, físico o mental.

3.5. Instrumentos

La evaluación de las gestantes y no gestantes adultas jóvenes se llevará a cabo en el consultorio del Servicio de Odontología del Centro de Salud Público Micaela Bastidas. Para el

examen clínico se utilizarán espejos bucales, explorador dental, sonda periodontal y una fuente de luz artificial. Cada participante será evaluada una sola vez, con el objetivo de identificar el grado de caries dental, la severidad de la inflamación gingival y el nivel de reabsorción ósea alveolar. Para ello, se aplicarán los criterios del índice CPOD, el índice gingival de Løe y Silness y el Índice Periodontal de Ramfjord.

3.5.1. Índice CPOD

El CPOD se determinó mediante la observación directa de cada diente. El examen se inició en el segundo molar superior derecho y continuó hacia el lado izquierdo; luego se evaluó la arcada inferior comenzando en el segundo molar izquierdo hasta concluir en el segundo molar derecho. Para el registro se tomaron en cuenta las siguientes categorías:

Diente cariado: Se clasificó así a todo diente que presentaba esmalte socavado, superficies con reblandecimiento o restauraciones temporales.

Diente obturado: Se consideró obturado a cualquier diente con una o más superficies restauradas de manera permanente, sin evidencia actual de caries. También se incluyeron aquí dientes con coronas colocadas por caries previas.

Diente perdido por caries: Se registró en esta categoría a los dientes permanentes extraídos debido a lesiones cariosas.

Extracción indicada: Se clasificaron como extracción indicada los dientes con destrucción extensa o total de la corona dental y signos de pérdida de vitalidad pulpar.

Diente sano: Se consideró sano al diente sin caries ni tratamientos por caries, aun cuando presentara características como: manchas blancas, yesosas o decoloradas, irregularidades ásperas en el esmalte, áreas oscuras, brillantes o punteadas propias de fluorosis moderada a severa, fisuras teñidas sin reblandecimiento en piso o paredes.

No aplicable: Se utilizó esta categoría únicamente en dientes permanentes no erupcionados, en ausencia de un diente primario, en casos de agenesis dental o cuando existían dientes supernumerarios.

Permanentes	Condición
1	Cariado
2	Obturado
3	Perdido por caries
4	Extracción indicada
5	Sano
0	No aplicable

El valor del índice CPOD individual se determinó utilizando los datos registrados en los dientes permanentes que presentaban los códigos 1, 2, 3 y 4, ya que estos representan todas las posibles condiciones asociadas a la experiencia de caries dental. Para calcularlo, se sumaron los valores correspondientes a esos códigos y luego se dividieron entre el número total de piezas dentarias evaluadas. Los criterios utilizados para este procedimiento fueron los siguientes:

Nivel de severidad de caries	
0.0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
6.6 a +	Muy alto

3.5.2. Índice Gingival de Løe y Silness Simplificado

Este índice permite registrar el nivel de inflamación gingival en los dientes 16, 21, 24, 36, 41 y 44. Si alguno de estos dientes no está presente, se evaluará la pieza consecutiva. Para

cada diente se examinarán cuatro áreas: la papila disto-vestibular, el margen vestibular, la papila mesio-vestibular y todo el margen lingual. Con ayuda de una sonda periodontal se valorará la presencia de sangrado o la tendencia a presentar sangrado. (Morales, 2017)

El valor del índice gingival (IG) se obtendrá promediando las puntuaciones registradas en las cuatro zonas evaluadas por diente. Finalmente, el IG del paciente corresponderá al promedio de las valoraciones de las seis piezas dentarias examinadas. (Morales, 2017)

$$IG = \frac{\sum \text{Índice de cada diente}}{6}$$

Valores:

IG= 0	Gingival clínicamente sana
IG= 1	Inflamación Leve
IG= 2	Inflamación Moderada
IG= 3	Inflamación Severa

Criterios de evaluación:

0	Grado	Las encías son de color coral o rosa claro, con distintos grados de puntos.
1	Grado	Ligero cambio de color (rojo), leve edema en el borde de las encías, sin sangrado durante la detección.
2	Grado	Hay enrojecimiento y edema moderados, el tejido se vuelve brillante y liso y hay sangrado al detectarlo.
3	Grado	Gingival enrojecida y edema marcado, ulceración y tendencia al sangrado espontaneo.

3.5.3. Índice periodontal de Ramfjord

Este índice permite evaluar el nivel de inserción clínica en los dientes 16, 21, 24, 36, 41 y 44. Si alguno de estos dientes no está presente, se examinará la pieza adyacente. El nivel

de inserción clínica (CIN) se registra midiendo la distancia desde la línea amelocementaria (LAC) hasta la punta de la sonda periodontal colocada dentro del surco o bolsa, aplicando una presión moderada. (Morales, 2017)

El CIN se mide una sola vez en seis puntos alrededor de cada diente, correspondientes a las siguientes superficies: mesio-vestibular, vestibular, disto-vestibular, mesio-palatina/lingual, disto-palatina/lingual y palatina/lingual. (Morales, 2017)

$$\text{Índice Periodontal} = \frac{\sum \text{valores máximos de cada pieza dentaria}}{6}$$

Valores:

IP=3	Sin bolsa
IP=4	Bolsa hasta 3mm
IP=5	Bolsa entre 3 y 6mm
IP=6	Bolsa mayor a 6mm

Criterios de calificación:

Grado menor a 4	NAC se ubica en la UCE, no se evidencia desgaste de adhesión de los tejidos periodontales.
Grado 4	Si el epitelio se adhiere a cualquier área de medición, su punta se extiende hasta un máximo de 3 mm.
Grado 5	Si el epitelio se adhiere en cualquier área de medición, se extiende de 3 mm a 6 mm con respecto a la parte superior de la unión del esmalte.
Grado 6	Si la adhesión epitelial se extiende más de 6 mm, estará en la parte superior de cualquier área medida hasta la unión del esmalte.

3.5.4. Calibración

Para el recojo de los datos el instrumento será verificado por expertos, calibrado para cada patología, se procederá a calibrar con un experto en el área de periodoncia como también en el área de operatoria dental.

3.5.5. Ficha de recolección de datos

Se empleará la técnica de investigación de campo que se realizará directamente en el medio donde se presenta el fenómeno de estudio; nos apoyaremos de las fichas de recolección de datos para evaluar a las gestantes y no gestantes adultas jóvenes.

Se aplicará dicha ficha de recolección de datos (Anexo 2) en donde se apuntará todas las enfermedades bucodentales que se hallen tanto en las gestantes como en las no gestantes adultas jóvenes, que afectan durante estos trimestres de embarazo en nuestras gestantes de 21 a 35 años de edad.

3.6. Procedimientos

Para llevar a cabo este proyecto, primero se solicitó la autorización del jefe del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, en el distrito de Ate, junto con la carta de presentación emitida por la universidad (Anexo 3).

A cada mujer, gestante o no gestante, que cumplió con los criterios del estudio, se le explicó de manera clara el propósito de la investigación y los procedimientos que se realizarían. Solo después de asegurarnos de que comprendiera toda la información, se le pidió su consentimiento para participar (Anexo 1).

Luego, se revisó la historia clínica estomatológica de cada participante para confirmar que cumplía con los requisitos establecidos y obtener los datos necesarios para el estudio. Durante todo el proceso, se registraron los hallazgos clínicos respetando estrictamente las normas de bioseguridad.

El examen se realizó en el consultorio del Servicio de Odontología del Centro de Salud. Para ello se utilizaron espejos bucales, un explorador, la sonda periodontal “Carolina del Norte” y una fuente de luz artificial. La evaluación consistió en una revisión detallada de la cavidad oral de cada participante, con el fin de identificar el estado y la severidad de posibles enfermedades bucodentales. Toda la información obtenida se anotó con exactitud en la ficha correspondiente (Anexo 2).

Finalmente, una vez concluida la evaluación, se brindó a cada mujer una charla de orientación y prevención en salud oral, explicándole de manera sencilla y personal la importancia y los objetivos del estudio.

3.7. Análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó en un ordenador Intel Core i5, con el sistema operativo Windows 10, creando una base de datos sistematizada en Microsoft Excel, desarrollando la codificación de las variables propuestas y la estadística descriptiva, mediante medidas de tendencia central y gráficos interactivos.

Para el análisis inferencial se usó el programa estadístico SPSS Versión 27.0 donde se desarrolló la prueba de hipótesis para la evaluación de variables cualitativas y la interacción entre ellas, encontrando recuentos esperados <5 , se optó por la prueba exacta de Fisher, complementado con la prueba Lambda para evaluar la intensidad de asociación entre variables, a su vez, se optó por evaluar la correlación entre el promedio de los índices con la prueba de Spearman para evaluar relación entre cada situación bucal.

3.8. Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrollará cumpliendo rigurosamente todas las normas éticas establecidas tanto por los comités de ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal como por el centro de salud donde se llevó a cabo la investigación. A dicha institución se remitirá

toda la documentación requerida, incluyendo el consentimiento informado, el cual detalla de manera clara y completa el propósito del estudio y la participación voluntaria de cada gestante y no gestante adulta joven atendida en el área de odontología.

La selección de la muestra comprende a mujeres gestantes y no gestantes adultas jóvenes que acuden al servicio odontológico; a todas ellas se les entregará el consentimiento informado para asegurar que su participación sea libre, consciente y voluntaria. Los procedimientos elegidos serán sencillos, no invasivos y totalmente seguros, garantizando que ninguna de las participantes esté expuesta a riesgos o daños. Asimismo, los instrumentos de recolección de datos han sido diseñados con precisión para cumplir con los objetivos planteados de forma clara, objetiva y respetuosa.

En concordancia con los principios de la Declaración de Helsinki, esta investigación resguarda la salud, la vida, la confidencialidad y la integridad de todas las participantes, asegurando que su inclusión en el estudio no genere consecuencias negativas en su vida personal o clínica. Finalmente, se declara que este trabajo no presenta conflictos de interés, ni personales ni económicos, pues su finalidad es exclusivamente académica y científica.

IV.RESULTADOS

En el presente estudio se exponen los hallazgos obtenidos a partir de la evaluación clínica de 56 adultas jóvenes gestantes y no gestantes atendidas en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte, durante el año 2025. El análisis se centra en la comparación del estado de salud bucodental entre ambos grupos, considerando como variables dependientes la presencia de caries dental, gingivitis y periodontitis, evaluadas mediante los índices CPOD, Gingival de Løe y Silness, Simplificado de Higiene Oral y Periodontal de Ramfjord. Asimismo, se tomó en cuenta la edad cronológica y trimestre gestacional como covariable, con el fin de determinar su influencia en la distribución de dichas enfermedades.

Los resultados se presentan a nivel descriptivo, mostrando las características de la población y los principales indicadores clínicos, y a nivel inferencial, comparando gestantes y no gestantes. Presentándose los resultados en las siguientes tablas y figuras.

Tabla 1

Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas jóvenes gestantes

Edad	n	%	CPOD	Trimestre I (3) (5,60 ± 1,18)					Trimestre II (18) (6,89 ± 5,87)					Trimestre III (7) (6,57 ± 3,95)											
				Media±	MB	B	M	A	MA	MB	B	M	A	MA	MB	B	M	A	MA						
				DE	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%								
			5,70± 3,30	0 - 1	33.3%	1	33,3%	0 - 1	33.3%	2	11.1%	2	11.1%	4	22.2%	3	16.7%	7	38.9%	0 - 2	28.6%	1	14.3%	0 - 4	57.1%
18 a																									
	10	35,7%	4,2±3	0 - 0	-	1	10%	0 - 1	10%	2	20%	1	10%	1	10%	2	20%	1	10%	0 - 0	-	0	-	0 - 1	10%
24																									
25 a																									
	6	21,4%	8,2±7,4	0 - 0	-	0	-	0 - 0	-	0	-	1	16.7%	2	32.3%	1	16.7%	2	32.3%	0 - 0	-	0	-	0 - 0	-
30																									
31 a																									
	12	42,9%	8,0±4,1	0 - 1	8.3%	0	-	0 - 0	-	0	-	0	-	1	8.3%	0	-	4	33.3%	0 - 2	16.7%	1	8.3%	0 - 3	25%
35																									

Nota. MB: Muy bajo, B: Bajo, M: Mediano, A: Alto, MA: Muy alto. En la muestra total de gestantes (n = 28), el CPOD promedio fue 6,68 ± 5,19, con predominio del grado muy alto (39,3%) y moderado

Según la edad, las gestantes de 31 a 35 años presentaron el mayor compromiso ($8,0 \pm 4,09$), predominando el grado muy alto (58,3%). Respecto al trimestre, el valor más elevado se observó en el segundo ($6,89 \pm 5,87$) y tercer trimestre ($6,57 \pm 3,95$), destacando el grado muy alto en este último (57,1%).

Tabla 2

Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas jóvenes no gestantes

Edad	n	%	CPOD	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto	
				n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
	28	100%	$5,75 \pm 3,29$	2	7,1%	1	3,6%	6	21,4%	10	35,7%	9	32,1%
18-24	13	46,4%	$4,31 \pm 2,9$	2	15,4%	1	3,57%	4	14,3%	3	10,7%	3	10,7%
25-30	7	25%	$6,71 \pm 2,36$	0	-	0	-	0	-	5	71,4%	2	28,6%
31-35	8	28,6%	$7,25 \pm 3,91$	0	-	0	-	2	25%	2	25%	4	50%

Nota. En la muestra de no gestantes ($n = 28$), el índice CPOD promedio fue de $5,75 \pm 3,29$, clasificado como alto, con mayor frecuencia en los grados alto (35,7%) y muy alto (32,1%). Según la edad, en el grupo de 18 a 24 años (46,4%) el CPOD fue de $4,31 \pm 2,9$, predominando el grado moderado (14,33%). En el grupo de 25 a 30 años (25%), el CPOD aumentó a $6,71 \pm 2,36$, con predominio del grado alto (71,4%). Finalmente, en las no gestantes de 31 a 35 años (28,6%) el CPOD alcanzó $7,25 \pm 3,91$, destacando el grado muy alto (50,4%).

Figura 1

Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas jóvenes gestantes

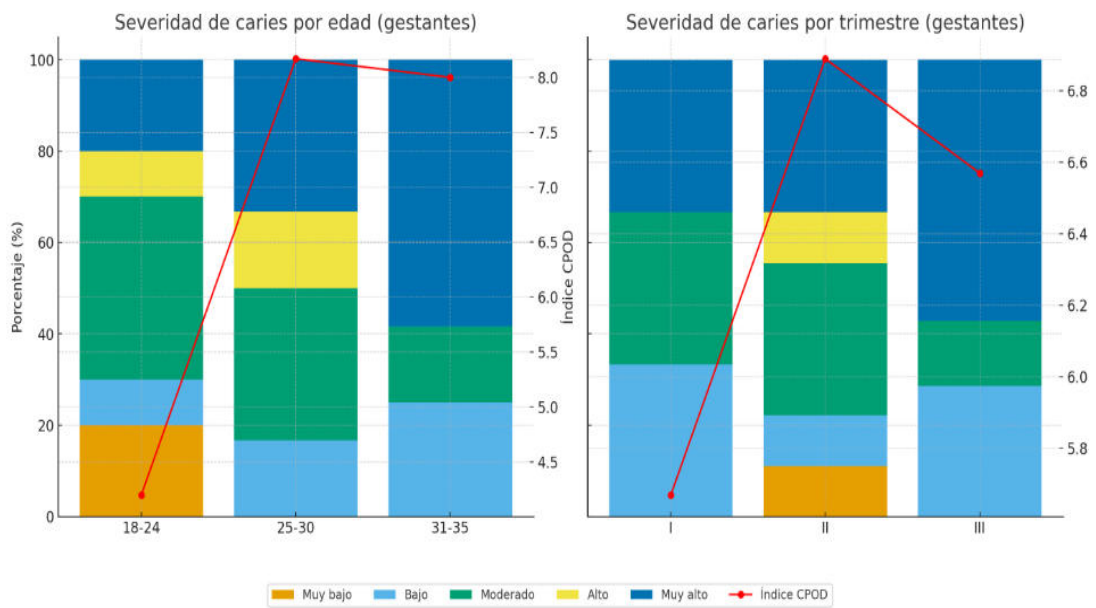


Figura 2

Grado de severidad de caries dental según índice CPOD y edad en adultas jóvenes no gestantes

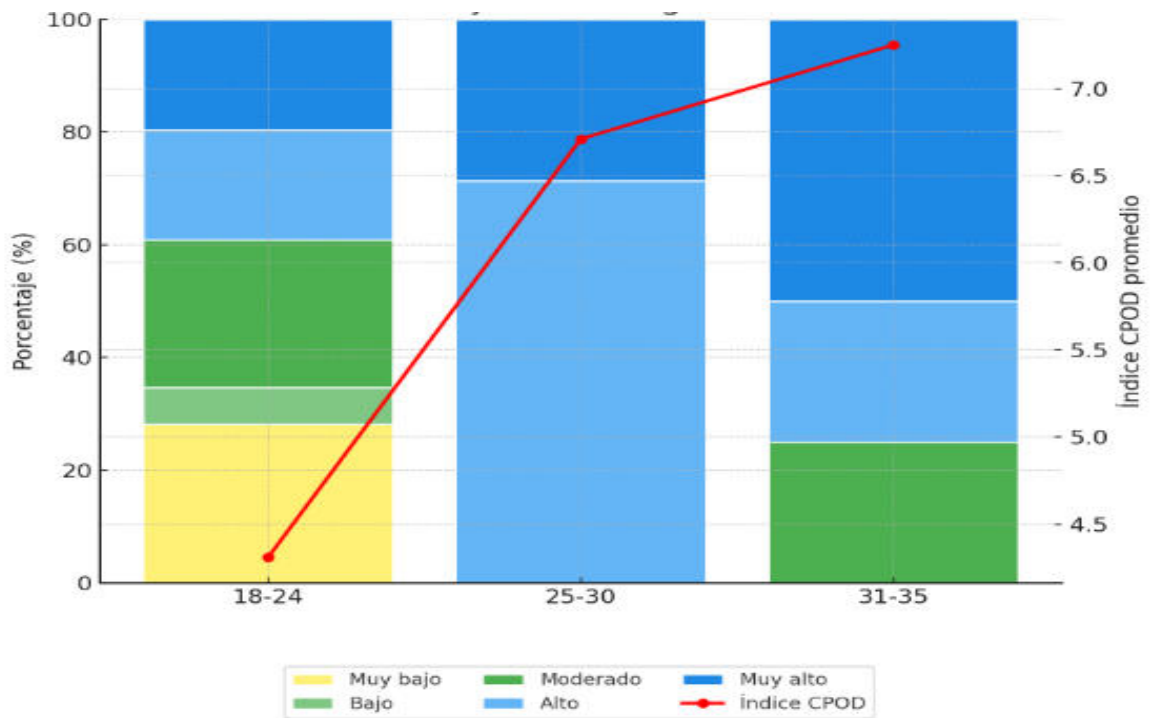


Tabla 3

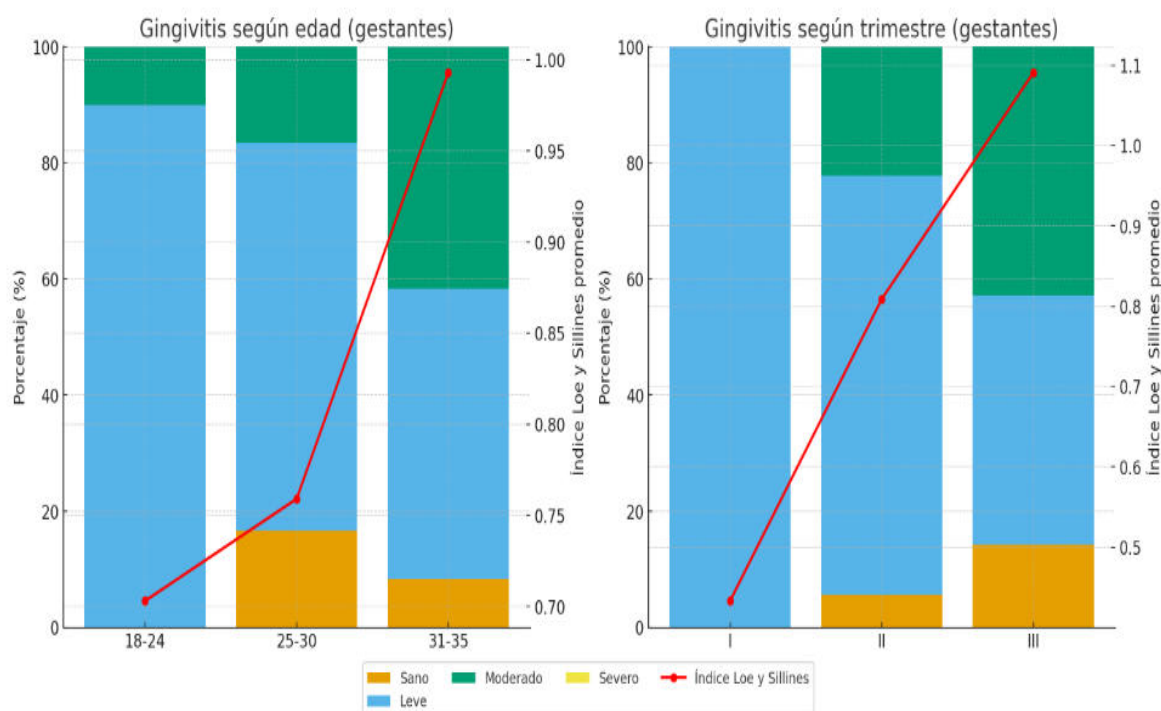
Grado de gingivitis según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y edad en adultas jóvenes gestantes

Edad	n	%	Loe y Sillines	Trimestre I (3) (0,433±0,17)				Trimestre II (18) (0,809± 0,44)				Trimestre III (7) (1,091± 0,61)											
				S	L	M	Se	S	L	M	Se	S	L	M	Se								
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%								
	28	100%	0,84±0,4	3	100%	0	0	0	1	5%	15	90%	2	5%	0	1	14%	4	57%	2	29%	0	-
18-24	10	35,7%	0,70±0,3	2	20%	0	0	0	0	-	6	60%	1	10%	0	0	-	1	10%	0	-	0	-
25-30	6	21,4%	0,76±0,4	0	-	0	0	0	1	16%	4	68%	1	16%	0	0	-	0	-	0	-	0	-
31-35	12	42,9%	0,99±0,5	1	8.3%	0	0	0	0	-	5	41.7%	0	-	0	1	8.3%	3	25%	2	16%	0	-

Nota. S: Sano, L: Leve, M: Moderado, Se: Seero. En las gestantes (n = 28), el índice de Loe y Sillines fue de $0,839 \pm 0,41$, con predominio de gingivitis leve (67,9%) y ausencia de casos severos. Según la edad, las de 31 a 35 años presentaron el mayor valor ($0,993 \pm 0,59$), con más casos moderados (41,7%). Por trimestre, el promedio más alto se registró en el tercero ($1,091 \pm 0,61$), donde leve y moderado tuvieron igual frecuencia (42,9%). En general, la gingivitis en gestantes fue principalmente leve, aunque aumentó en severidad con la edad y el avance de la gestación.

Figura 3

Grado de gingivitis según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y edad en adultas jóvenes gestantes

**Tabla 4**

Grado de gingivitis según índice gingival de Loe y Sillines simplificado y edad en adultas jóvenes no gestantes

Edad/	n	%	Loe y Sillines	Sano	Leve	Moderado	Severo
Trim.				n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	28	100%	0,235± 0,25	11 39,3%	17 60,7%	0	- 0 -
18-24	13	46,43%	0,196± 0,21	6 46,15%	7 53,85%	0	- 0 -
25-30	7	25%	0,321± 0,33	1 14,29%	6 85,71%	0	- 0 -
31-35	8	28,57%	0,26± 0,28	4 50%	4 50%	0	- 0 -

Nota. En las no gestantes ($n = 28$), el índice de Loe y Sillines fue de $0,235 \pm 0,25$, evidenciando predominio de gingivitis leve (60,7%), sin casos moderados ni severos. En el grupo de 25 a 30 años se observó el valor más alto ($0,321 \pm 0,33$), con predominio de gingivitis leve (85,71%). En general, la mayoría de no gestantes presentó solo grados leves, manteniendo mejores condiciones periodontales respecto a las gestantes.

Figura 4

Grado de gingivitis según índice gingival de Loe y Sillines simplificado y edad en adultas jóvenes no gestantes

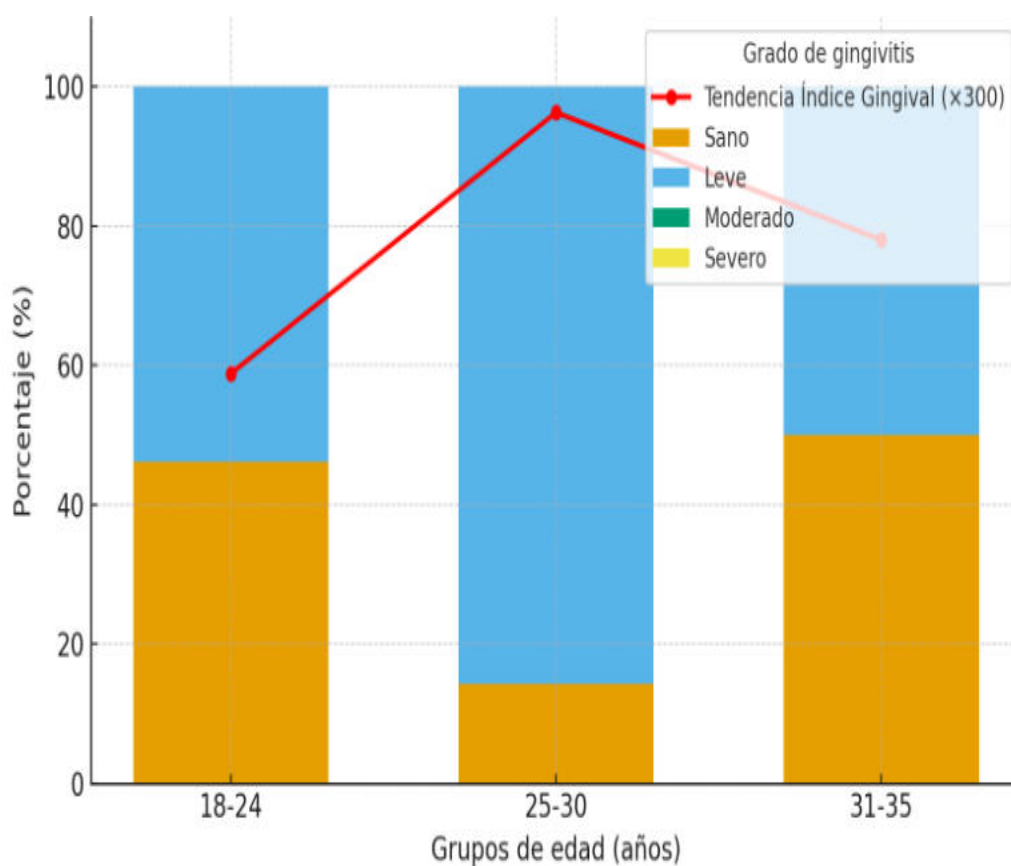


Tabla 5

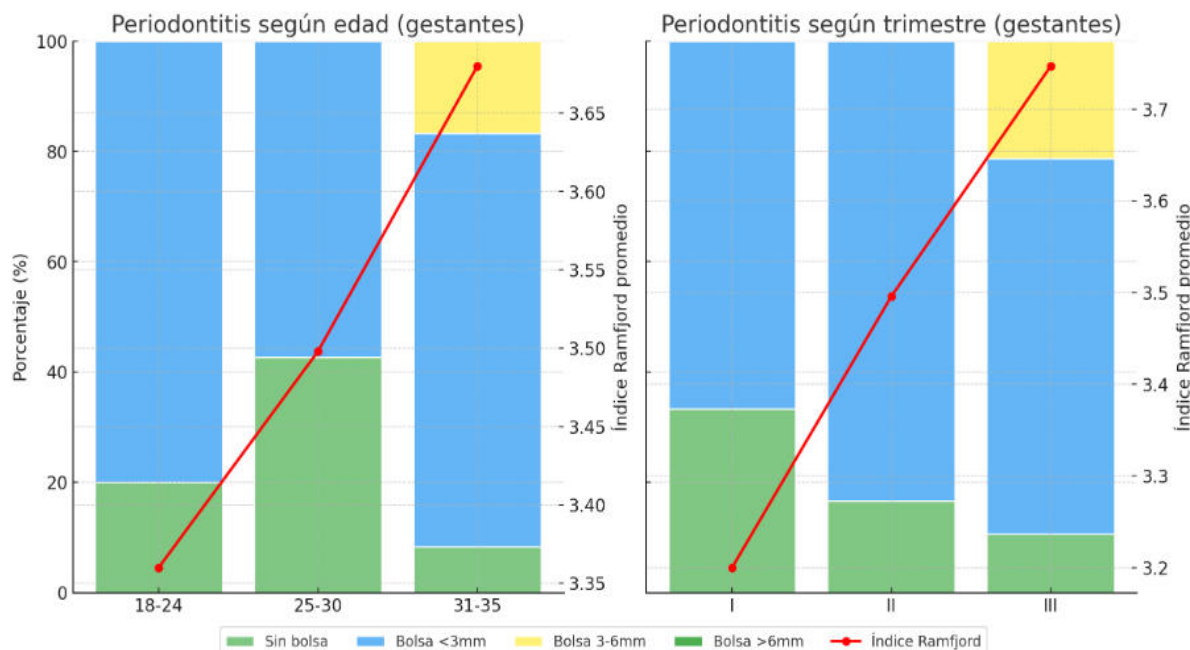
Grado de periodontitis según índice periodontal de Ramfjord, edad y trimestre de gestación en adultas jóvenes gestantes

Edad	n	%	I.P de R.	Trimestre I (3) (3,200± 0,17)				Trimestre II (18) (3,496± 0,33)				Trimestre III (7) (3,747± 0,55)														
				0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3											
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%											
	28	100%	3,52± 0,4	1	33%	2	67%	0	-	0	-	3	16%	13	73%	2	11%	0	1	14%	3	43%	3	43%	0	
18-24	10	35,7%	3,36± 0,3	1	10%	1	10%	0	-	0	-	1	10%	6	60%	0	-	0	-	0	1	10%	0	-	0	
25-30	6	21,4%	3,49± 0,4	0	-	0	-	0	-	0	-	2	33%	4	67%	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	
31-35	12	42,9%	3,68± 0,5	0	-	1	8%	0	-	0	-	0	-	3	25%	2	17%	0	-	1	8%	2	17%	3	25%	0

Nota. 0: Sin bolsa, 1: Bolsa <3mm, 2: Bolsa 3-6mm, 3: Bolsa >6mm. En las gestantes (n = 28), el índice periodontal de Ramfjord fue de 3,52 ± 0,41, observándose mayor frecuencia de bolsas < 3 mm (75%), seguidas de ausencia de bolsas (17,9%) y en menor proporción bolsas de 3 a 6 mm (7,1%). El grupo de 31 a 35 años presentó los valores más altos (3,68 ± 0,5), con presencia de bolsas de 3 a 6 mm en 16,7%. Según trimestre, en el III trimestre se evidenció el promedio más elevado (3,74 ± 0,55), con casos de bolsas periodontales más profundas.

Figura 5

Grado de periodontitis según índice periodontal de Ramfjord, edad y trimestre de gestación en adultas jóvenes gestantes

**Tabla 6**

Gingivitis según índice periodontal de Ramfjord y edad en adultas jóvenes no gestantes

Edad/	n	%	Ramfjord	Sin bolsa	Bolsa <3mm	Bolsa 3-6mm	Bolsa >6mm
Trim.				n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	28	100%	3,118± 0,24	21 75%	7 25%	0 -	0 -
18-24	13	46,43%	3,023± 0,08	12 92,3%	1 7,7%	0 -	0 -
25-30	7	25%	3,128± 0,24	5 71,4%	2 28,6%	0 -	0 -
31-35	8	28,57%	3,263± 0,34	4 50%	4 50%	0 -	0 -

Nota. En las no gestantes (n = 28), el índice periodontal de Ramfjord presentó un promedio de 3,118 ± 0,24, con predominio de casos sin bolsa periodontal (75%), seguido de bolsas menores

de 3 mm (25%). El grupo de 18 a 24 años mostró la mejor condición periodontal (92,3% sin bolsas), mientras que en el grupo de 31 a 35 años con 50% de bolsas < 3 mm.

Figura 6

Gingivitis según índice periodontal de Ramfjord y edad en adultas jóvenes no gestantes

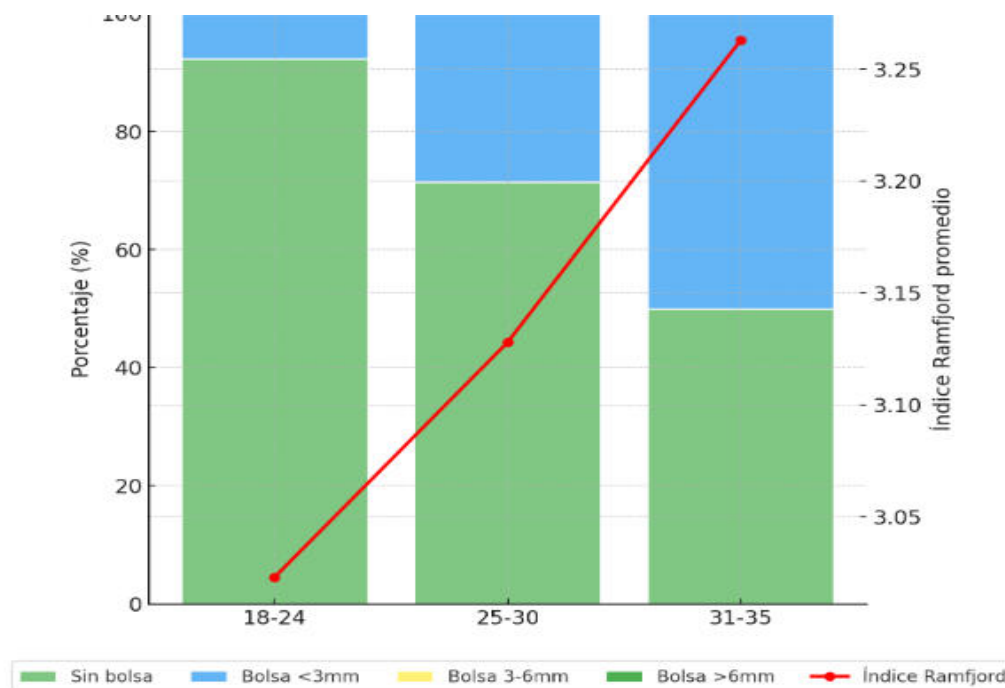


Tabla 7

Correlación del grado de caries dental, gingivitis y periodontitis en gestantes y no gestantes

Índices	Grado	p*	Rho
Gestantes	Caries dental vs gingivitis	0,15	0,28
	Caries dental vs periodontitis	0,34	0,19
	Gingivitis vs Periodontitis	0,00	0,898
No gestantes	Caries dental vs gingivitis	0,175	0,264
	Caries dental vs periodontitis	0,762	0,06
	Gingivitis vs Periodontitis	0,014	0,460

Nota. p* Correlación de Spearman. En las gestantes, se observó una correlación positiva débil entre caries dental y gingivitis (Rho = 0,28) y entre caries dental y periodontitis (Rho = 0,19), aunque sin significancia estadística ($p > 0,05$). En cambio, la asociación entre gingivitis y periodontitis fue alta y significativa (Rho = 0,898; $p = 0,00$). En las no gestantes, se identificó también una correlación débil entre caries dental y gingivitis (Rho = 0,264) y entre caries dental y periodontitis (Rho = 0,06), sin significancia; sin embargo, la relación entre gingivitis y periodontitis resultó moderada y significativa (Rho = 0,460; $p = 0,014$).

Tabla 8

Comparación del grado de caries dental, gingivitis y periodontitis en adultas jóvenes gestantes y no gestantes

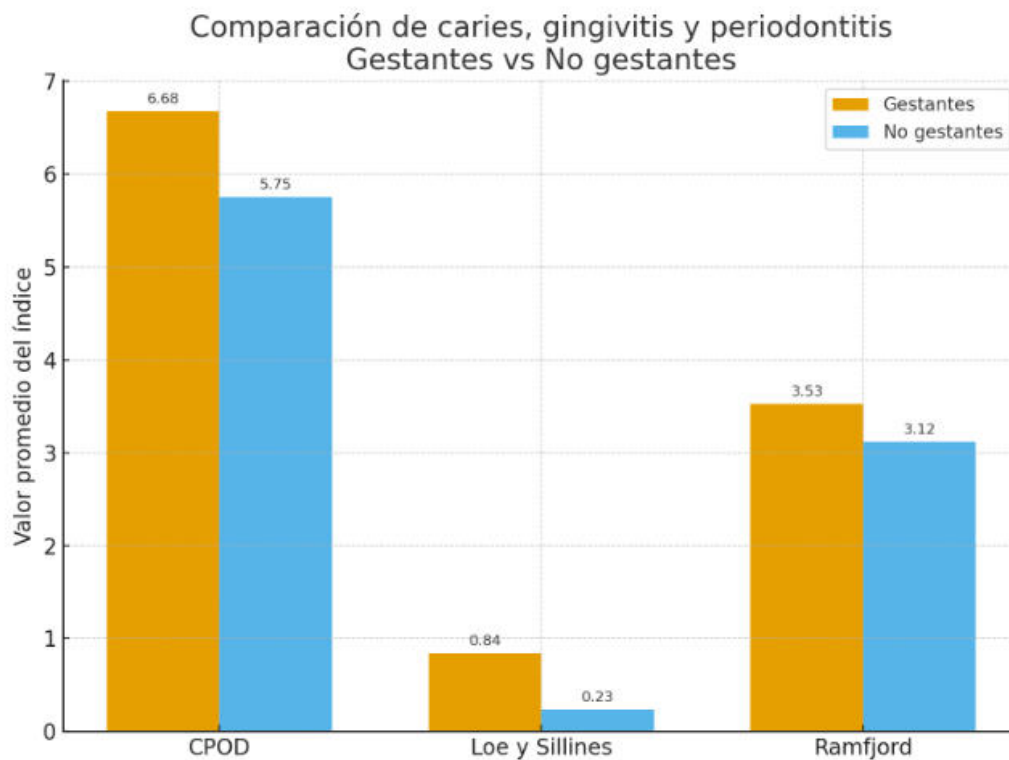
Índices		CPOD	Grado	p*	l*
CPOD	Gestantes	6,678 ± 5,19	Muy alto	0,023	0,141
	No gestantes	5,75 ± 3,29	Alto		
Loe y Sillines	Gestantes	0,839 ± 0,41	Inflamación leve	0,001	0,188
	No gestantes	0,235 ± 0,25	Inflamación leve		
Ramfjord	Gestantes	3,527 ± 0,41	Bolsa de <3mm	0,000	0,536
	No gestantes	3,118 ± 0,24	Sin bolsa		

Nota. p* Prueba exacta de Fisher, l* Lambda. Los resultados muestran que las gestantes presentan un déficit en condiciones de salud bucal en comparación con las no gestantes. El índice CPOD fue significativamente mayor en gestantes ($6,67 \pm 5,19$, muy alto) frente a no gestantes ($5,75 \pm 3,29$, alto) ($p^* = 0,023$). En el índice de Loe y Sillines también se evidenció mayor inflamación en gestantes ($0,839 \pm 0,41$) respecto a no gestantes ($0,235 \pm 0,25$) ($p^* = 0,001$). Asimismo, en el índice de Ramfjord, las gestantes mostraron bolsas periodontales

incipientes (<3 mm), mientras que las no gestantes se clasificaron sin bolsa ($p^* = 0,000$).

Figura 7

Comparación del grado de caries dental, gingivitis y periodontitis en adultas jóvenes gestantes y no gestantes



Nota. En la figura se observa que las gestantes presentan promedios más elevados en todos los índices evaluados: CPOD (6,67 frente a 5,85), Loe y Sillines (0,83 frente a 0,23) y Ramfjord (3,52 frente a 3,12), en comparación con las no gestantes, lo que evidencia mayores niveles de caries dental, inflamación gingival y presencia de bolsas periodontales incipientes.

V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio busca comprender cómo el embarazo influye en la aparición y progresión de las enfermedades bucodentales, considerando los cambios fisiológicos y hormonales propios de esta etapa. Por lo que, los hallazgos con investigaciones nacionales e internacionales recientes, con el fin de situar los resultados dentro de un contexto científico más amplio y resaltar la importancia de la prevención odontológica durante la gestación como parte fundamental del cuidado integral materno.

Los resultados obtenidos en la presente investigación demostraron una alta severidad del índice CPOD, alcanzando un 90,2 % de casos muy altos, con una mayor afectación en las gestantes adultas jóvenes. Este hallazgo permite evidenciar que el embarazo representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de caries dental y enfermedades periodontales, debido a los cambios hormonales, fisiológicos y conductuales propios de esta etapa. Las variaciones en los niveles de estrógeno y progesterona, junto con las modificaciones en los hábitos alimentarios y la disminución de la higiene bucal por náuseas o fatiga, pueden favorecer la acumulación de placa bacteriana y la inflamación gingival. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Tutacano (2023), quien en un estudio encontró una prevalencia de caries del 92,5 % y de gingivitis del 100 % en gestantes, reafirmando que el embarazo altera el equilibrio del ecosistema bucal y aumenta la susceptibilidad a patologías dentales.

Asimismo, los resultados guardan relación con lo señalado por Apolo (2021), quien reportó que el 63 % de gestantes presentaban hábitos de higiene bucal inadecuados, lo cual se asoció significativamente con la presencia de caries y gingivitis ($p=0,000$). En concordancia, el presente estudio también evidenció que las gestantes con mayor severidad de caries presentaban signos de inflamación gingival, demostrando la influencia directa de la higiene oral en la condición bucodental durante la gestación.

Ferreya (2020) halló que el 74,47 % de gestantes presentaban mala higiene bucal y una elevada proporción de periodontitis moderada y severa, lo que concuerda con los resultados obtenidos en el índice Periodontal de Ramfjord de la presente investigación, donde se observaron signos iniciales de periodontitis leve a moderada. Estos hallazgos reafirman la relación entre la deficiente higiene oral y la progresión de enfermedad periodontal en gestantes.

Por otro lado, estudios internacionales, como el de Kaura (2021) en Nigeria, también reportaron una alta prevalencia de gingivitis (82,3 %) en mujeres embarazadas, lo que coincide con los resultados obtenidos mediante el índice Gingival de Löe y Silness Simplificado, en el que se observó gingivitis leve a moderada predominante en gestantes. Este patrón sugiere que la inflamación gingival es una manifestación frecuente y global durante la gestación.

Anum (2022) en Pakistán informó que el 92,2 % de gestantes presentaron lesiones cariosas y 82,2 % sangrado gingival, reafirmando que los problemas bucodentales son comunes en esta población, especialmente cuando no existen adecuados hábitos de higiene o controles preventivos. De igual modo, Wen Qi (2022) en China encontró un índice CPOD promedio de 2,27 y una deficiente salud bucal general, evidenciando que la vulnerabilidad bucodental de las gestantes es un problema persistente incluso en contextos con sistemas de salud más estructurados.

En el ámbito nacional, Guerrero (2022) y Guerra (2021) coincidieron en que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes es mayoritariamente regular o bajo, lo que limita la práctica de medidas preventivas eficaces. Este aspecto se relaciona con los resultados del presente estudio, donde las gestantes con menor conocimiento sobre autocuidado presentaron mayor severidad de caries y gingivitis, reforzando la necesidad de programas educativos odontológicos dirigidos específicamente a mujeres embarazadas.

Rio (2020) en Portugal demostró que durante la gestación se incrementa la desmineralización del esmalte dental, predisponiendo a la formación de lesiones precavitarias. Este fenómeno puede explicar el incremento del CPOD observado en las gestantes de la presente investigación, especialmente en el segundo y tercer trimestre, etapas en las cuales se acentúan los cambios hormonales y la alteración del flujo salival.

Algunas limitaciones presentes fueron a que, la muestra se limitó a un solo centro de salud, lo que restringe la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con diferentes características socioeconómicas o culturales, de la misma forma, el diseño transversal impidió establecer relaciones causales entre el embarazo y la severidad de las enfermedades bucodentales. Pese a ello, el estudio posee fortalezas de gran relevancia, como el uso de índices clínicos validados internacionalmente (CPOD, Løe y Silness Simplificado, Ramfjord), la comparación entre gestantes y no gestantes adultas jóvenes, lo que refuerza su relevancia científica y social.

En conjunto, los resultados confirman que el embarazo constituye un periodo de alta vulnerabilidad bucodental, asociado con mayor severidad de caries, gingivitis y enfermedad periodontal, hallazgos que coinciden con diversas investigaciones nacionales e internacionales. Por ello, se recomienda integrar la atención odontológica preventiva dentro del control prenatal, fortaleciendo la educación en higiene bucal y la promoción de hábitos saludables durante la gestación.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Se encontró que las gestantes adultas jóvenes presentan mayores valores de caries, gingivitis y enfermedad periodontal que las no gestantes, evidenciando una peor condición bucodental durante el embarazo. Encontrando una correlación significativa entre gingivitis y periodontitis en ambos grupos.

6.2. El grado de severidad del índice CPOD en gestantes fue predominantemente muy alto, con mayor frecuencia en el segundo y tercer trimestre de gestación y en el grupo etario de 25 a 29 años, mostrando un aumento progresivo de las lesiones cariosas conforme avanza el embarazo.

6.3. En las no gestantes adultas jóvenes, también se observó una alta severidad de caries, aunque con valores menores que en las gestantes, lo que evidencia que el embarazo incrementa el riesgo de deterioro dental.

6.4. El índice Gingival de Løe y Silness Simplificado en gestantes indicó la presencia predominante de gingivitis leve a moderada, especialmente en el segundo trimestre, asociada a los cambios hormonales propios del embarazo.

6.5. Las no gestantes adultas jóvenes mostraron principalmente índices gingivales normales o con gingivitis leve, lo que refleja una mejor respuesta inflamatoria gingival en comparación con las gestantes.

6.6. El índice Periodontal de Ramfjord en gestantes reveló signos iniciales de periodontitis leve, lo que confirma la influencia de los cambios fisiológicos del embarazo en el tejido periodontal y la necesidad de control odontológico preventivo.

6.7. Las adultas jóvenes no gestantes presentaron buena salud periodontal, predominando los casos sin bolsas, se evidenció una ligera tendencia al deterioro gingival conforme aumenta la edad.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Para futuras investigaciones incrementar la población a estudiar, para tener resultados más certeros con un menor margen de error.

7.2. Se recomienda realizar análisis longitudinales, para evaluar la evolución de las condiciones orales antes, durante y después del embarazo.

7.3. Se recomienda sumar variables a relacionar como comorbilidades presentes durante la gestación o el uso de medicamentos.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar, M. (2018). Conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas. *JOURNAL*, 3(3), 202–214. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2137>
- Amum, M., Khan, M., Atif, M., Lone, M. & Khan, I. (2022). Oral health issues during pregnancy. *Medical Forum*, 33(2). <https://medicalforummonthly.com/index.php/mfm/article/view/525>
- Antunes, F., Teixeira, A., Herrera, A., Fang, L., Orozco, P. & Díaz, A. (2013). Hábitos de higiene oral, alimenticios y perjudiciales para la salud en mujeres embarazadas. *Ciencia y Salud Virtual*, 5(1), 5–17. <https://doi.org/10.22519/21455333.327>
- Apolo, S. (2021). *Relación de las enfermedades dentogingivales y hábitos de higiene oral en gestantes del Centro de Salud Andrés Araujo Morán Tumbes 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio UAP. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/9477>
- Bouza, M., Martínez, J., Carmenate, Y. & Betancourt González, M. (2016). El embarazo y la salud bucal. *Revista Médica Electrónica*, 38(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400013
- Díaz, R., Robles, M. & Espino, S. (2014). Prevención de enfermedades bucales durante el embarazo. *Revista de Ciencias Clínicas*, 14(2), 37–44. <https://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-articulo-prevencion-enfermedades-bucal-durante-el-X1665138314356664>
- Ferreira, L., Toscano, J., Medrano, I. & Minerva, A. (2018). Conocimientos sobre salud bucal en un grupo de gestantes mexicanas. *Acta Universitaria*, 28(3), 65–71. <https://doi.org/10.15174/au2018.1477>

- Ferreya, L. (2020). *Higiene bucal y enfermedad periodontal en pacientes embarazadas del Centro de Salud Santa Rosa en el año 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de los Andes Chimbote]. Universidad Científica del Perú.
- Gambhir, R. S., Nirola, A., Gupta, T., Sekhon, T. S. & Anand, S. (2015). Oral health knowledge and awareness among pregnant women in India: A systematic review. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 19(6), 612–617. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.162196>
- Gaszyńska, E., Klepacz-Szewczyk, J., Trafalska, E., Garus-Pakowska, A. & Szatko, F. (2015). Dental awareness and oral health of pregnant women in Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28(3), 603–611. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00183>
- González, G., Revelo, A., Chiriboga, I., Aldas, J. E. & Armas, A. del C. (2018). Patologías orales en la mujer gestante: Revisión de la literatura. *Odontología Sanmarquina*, 21(3), 215–221. <https://doi.org/10.15381/os.v21i3.15154>
- Guerra, D. (2021). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en las gestantes del Hospital de San Juan de Lurigancho, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de los Andes]. <https://hdl.handle.net/20.500.12848/3783>
- Guerra, W., Fernández, L. & López, Y. (2023). Nivel de conocimientos de las embarazadas sobre la salud bucal y el período de gestación. *Revista Médica Electrónica*, 45(4), 523–533. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000400523
- Guerrero, S. & Tenorio, Y. (2021). Nivel de conocimiento de medidas preventivas en la salud bucal de gestantes adolescentes. *Revista Odontológica Basadrina*, 6(1), 13–20. <https://doi.org/10.33326/26644649.2022.6.1.1264>

- Gupta, R. & Acharya, A. (2016). Oral health status and treatment needs among pregnant women of Raichur District, India: A population based cross-sectional study. *International Journal of Dentistry*, 2016, 9860387. <https://doi.org/10.1155/2016/9860387>
- Hartnett, E., Haber, J., Krainovich-Miller, B., Bella, A., Vasilyeva, A. & Lange Kessler, J. (2016). Oral health in pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 45(4), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.04.005>
- Kaura, M., Bawa, H. & Eukuase, E. (2021). Nivel de higiene bucal y prevalencia de gingivitis entre mujeres embarazadas en un hospital universitario nigeriano. *Revista de Ciencia Dentomaxilo facial*, 6(1). <https://jdmfs.org/index.php/jdmfs/article/view/1119>
- Lara, C. (2016). *Manejo odontológico de mujeres embarazadas*. Medigraphic <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi2016/imi163g.pdf>
- Lárez, L., Benavides, Y., Henríquez, Y. & Moreno, S. (2005). Lesiones bucales vistas en la embarazada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 65(1), 9–13. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000100002
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Cuidados de salud bucal: Madres gestantes y lactantes que sonríen a la nueva vida*. http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/unisalud_uptc/doc/2021/cuidadossalud_bucal_gestantes_y_primera_infancia.pdf
- Morales, A. (2017). *Relación de la enfermedad periodontal con embarazos pretérmino y bajo peso al nacer de niños del Hospital Provincial General Docente de Riobamba* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Digital UNACH. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3495>

- Navarro, L. (2022). La salud bucodental durante el embarazo. *NPunto*, 5(47).
<https://www.npunto.es/revista/47/articulo-de-revision-la-saludbucodental-durante-el-embarazo>
- Núñez, P., Monsalves, M. & Landaeta, S. (2013). Nivel de conocimiento de salud oral y utilización de GES odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 7(1), 39–46.
<https://doi.org/10.4067/S0718-381X2013000100007>
- Radha, G. & Sood, P. (2013). Oral care during pregnancy: Dentists' knowledge, attitude and behavior in treating pregnant patients at dental clinics of Bengaluru, India. *Journal of Pierre Fauchard Academy*. <https://doi.org/10.1016/j.jpfa.2014.01.003>
- Rio, R., Sampaio-Maia, B., Pereira, M., Silva, M. & Azevedo, A. (2020). Pregnancy as a period of enhanced risk for non-cavitated caries lesions. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 18(2), 387–393. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a44445>
- Rodríguez, A., León, M., Arada, A. & Martínez, M. (2013). Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Revista Ciencias Médicas*, 17(5), 51–63.
- Tutacano, M. & Coaquira, M. (2023). *Prevalencia de caries dental y gingivitis en gestantes atendidas en el Centro de Salud Ciudad de Dios, Arequipa – 2022* [Tesis de pregrado, Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt]. Repositorio Roosevelt-Institucional. <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1340>
- Wenqi, H., Yijun, W., Ruyu, C. & Tingting, P. (2022). Oral health status and literacy/knowledge amongst pregnant women in Shanghai. *Revista Dental Internacional*, 73(2), 212–218. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.005>

IX.ANEXOS

9.1. Anexo A

9.1.1. *Consentimiento informado*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... identificado con
DNI/CE....., acepto participar en la investigación:

**ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN
ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025.**

Que viene siendo realizado por el bachiller en odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal Figueroa Yañac, Joao Alexander, asumiendo que las informaciones recolectadas serán solo de conocimiento del investigador.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, sin ser mencionada mi identidad, así mismo teniendo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que este genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas de mi participación podré aclararlos con el investigador.

.....

Firma

9.2. Anexo B

9.2.1. Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES:

- N° de HCLx:
- Edad:años
- Semanas de embarazo:

II. ÍNDICE DE CARIES CPO-D (OMS)

Diente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Condición clínica	_____													
Diente	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Nivel de severidad de caries	
0.0 – 1.1	Muy bajo
1.2 – 2.6	Bajo
2.7 – 4.4	Moderado
4.5 – 6.5	Alto
6.6 a +	Muy alto

$$\text{CPO-D Individual} = \text{C+P+O} / 1$$

$$\text{ICPO-D} = \text{C+P+O} / \text{N}^\circ \text{ de personas examinadas}$$

Permanentes	Condición
1	Cariado
2	Obturado
3	Perdido por caries
4	Extracción indicada
5	Sano
0	No aplicable

Duda	Criterio
Entre sano y cariado	Sano
Entre cariado y obturado	Cariado
Entre si es temporal o permanente	Permanente

Nº:

FECHA:

EDAD:

INDICE GINGIVAL DE LOE Y SILLNES:

Piezas	MV	V	DV	P/L	Total
16					
21					
24					
36					
41					
44					
IG=0					Gingiva clínicamente sana
IG=1					Inflamación Leve
IG=2					Inflamación Moderada
IG=3					Inflamación Severa

IG = $\frac{\sum \text{índices de cada pieza dentaria}}{6}$ = Interpretación:

IG= 0	Gingival clínicamente sana
IG= 1	Inflamación Leve
IG= 2	Inflamación Moderada
IG= 3	Inflamación Severa

INDICE PERIODONTAL DE RAMFJORD:

Piezas	NIC VESTIBULAR			NIC PALATINO/LINGUAL		
	MV	V	DV	M- P/L	P/L	D- P/L
16						
21						
24						
36						
41						
44						

$$IP = \frac{\sum \text{valores maximos de cada pieza dentaria}}{6} = \boxed{} \quad \text{Interpretación:}$$

IP=3	Sin bolsa
IP=4	Bolsa hasta 3mm
IP=5	Bolsa entre 3 y 6mm
IP=6	Bolsa mayor a 6mm

9.3. Anexo C

9.3.1. Constancia de calibración



Universidad Nacional
Federico Villarreal

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN DEL EVALUADOR

Por medio del presente documento se da constancia que el bachiller en Odontología Figueroa Yañac Joao Alexander, previo al inicio de la recolección de datos realizó su calibración como evaluador de los índices CPOD, Índice Gingival de Loe y Sillnes Simplificado e índice Periodontal de Ramfjord, de la tesis "ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025" con el fin de asegurar la consistencia y confiabilidad en la medición de las variables.

La calibración fue supervisada por CD. Esp. Velasquez Morales, Ricardo Francisco, Especialista en Periodoncia e Implantología Oral, docente de la facultad de Odontología-UNFV, quien realizó una sesión práctica-teórica, validando la correcta aplicación de los índices y los criterios diagnósticos usados. Durante este proceso, el evaluador aplicó los criterios de evaluación establecidos en el estudio, en 5 casos, siguiendo los mismos parámetros técnicos e instrumentales que se utilizarán en la fase de análisis.

La comparación entre ambas evaluaciones, tanto del especialista como el del evaluador, permitió verificar la estabilidad y repetibilidad de los registros, garantizando la confiabilidad del procedimiento. Se analizaron los resultados de ambas sesiones para calcular el grado de concordancia interevaluador utilizando la correlación de Pearson.

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

ATTE:

Pueblo Libre, 5 de Julio del 2025

Especialista

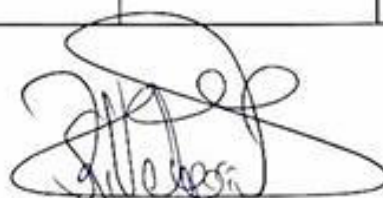
Nombre:
COP: 3106

Calle San Marcos N°351 – Pueblo Libre

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Evaluaciones repetidas para medir concordancia intraevaluador

PACIENTE	ÍNDICE	ESPECIALISTA	EVALUADOR
1	CPOD	4	4
	Índice Gingival	0,416	0,5
	Í. P. de Ramfjord	3,16	3,16
2	CPOD	5	6
	Índice Gingival	1,25	1,08
	Í. P. de Ramfjord	3,66	3,66
3	CPOD	5	6
	Índice Gingival	0,25	0,25
	Í. P. de Ramfjord	3,5	3,66
4	CPOD	14	14
	Índice Gingival	1,041	0,916
	Í. P. de Ramfjord	3,16	3,16
5	CPOD	17	18
	Índice Gingival	0,833	0,833
	Í. P. de Ramfjord	3	3



Especialista

Nombre:

COP: 3106-

Calle San Marcos N°351 – Pueblo Libre

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

CONSTANCIA DE CALIBRACIÓN DEL EVALUADOR

Estudio: Enfermedades bucodentales en gestantes y no gestantes en adultas jóvenes del Centro de Salud Público, Ate-Vitarte, 2025

Evaluador: ...Velasquez Morales, Ricardo Francisco

Especialista clínico: ...Periodoncia e Implantología Oral

Fecha: ...05/07/2025

Evaluando:

- CPOD (Caries, Perdidos, Obturados)
- Índice Gingival de Løe y Silness Simplificado
- Índice Periodontal de Ramfjord

Encontrando:

Correlación de Pearson interevaluador del Índice CPOD

		CPOD- 1	CPOD- 2
CPOD- 1	Correlación de Pearson	1	,996**
	Sig. (bilateral)		0,000277
	N	5	5
CPOD- 2	Correlación de Pearson	,996**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	5	5

Nota. Para evaluar la confiabilidad interevaluador en la medición del índice CPOD, se aplicó la prueba de correlación de Pearson entre dos registros independientes tomados por el evaluador y un especialista en una submuestra (n = 5). Se obtuvo un coeficiente de correlación de $r = 0.996$, con un valor de $p = 0.0002$, lo que indica una correlación altamente significativa y una excelente concordancia interevaluador.

Calle San Marcos N°351 – Pueblo Libre

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Correlación de Pearson interevaluador del Índice Gingival

		IND. GING- 1	IND. GING- 2
IND. GING- 1	Correlación de Pearson	1	,987**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	5	5
IND. GING- 2	Correlación de Pearson	,987**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	5	5

Nota. En la medición del índice Gingival, se encuentra un coeficiente de correlación de $r = 0.987$ en una submuestra ($n = 5$), con un valor de $p = 0.02$, lo que indica una alta correlación significativa.

Correlación de Pearson interevaluador del Índice Periodontal de Ramfjord

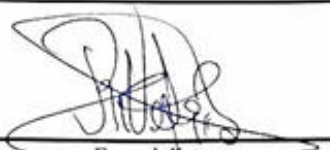
		IND. PERIO- 1	IND. PERIO- 1
IND. PERIO- 1	Correlación de Pearson	1	,978**
	Sig. (bilateral)		,004
	N	5	5
IND. PERIO- 1	Correlación de Pearson	,978**	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	N	5	5

Nota. En la medición del índice Periodontal, se encuentra un coeficiente de correlación de $r = 0.978$ en una submuestra ($n = 5$), con un valor de $p = 0.04$, lo que indica una alta correlación significativa.

Resultados tras evaluación de 5 casos:

- **CPOD:** Correlación de Pearson = 0,996
- **Índice Gingival:** Correlación de Pearson = 0,987
- **Índice Periodontal de Ramfjord:** Correlación de Pearson = 0,978

Los valores obtenidos muestran una **EXCELENTE CONCORDANCIA** según índice de correlación de Pearson, para la aplicación clínica confiable de los índices mencionados.



Especialista

Nombre:

COP: 3106.

Calle San Marcos N°351 – Pueblo Libre

9.4. Anexo D

9.4.1. Carta de presentación



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Pueblo Libre, 23 de junio de 2025

**M.C.
JESÚS ANTONIO ARRIOLA MALLQUI
JEFE - CENTRO DE SALUD "MICAELA BASTIDAS"
ATE VITARTE
Presente.-**

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle al Bachiller en Odontología, Sr. Joao Alexander Figueroa Yañac quien se encuentra realizando el Plan de Tesis titulado:

**«ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN
ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025»**

En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso al Sr. Figueroa quien realizará el siguiente trabajo:

- ✓ *Realizará la recolección de datos de los índices de CPOD, LOE Y SILNESS SIMPLIFICADO Y RAMFJORD, en el área de odontología*

Estas actividades, le permitirán al bachiller, desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente



Se adjunta: Plan de Tesis - folios (46)

051-2025
NT: 047368- 2025

JEMM/Luz V.



9.5. Anexo E

9.5.1. Constancia de ejecución

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Universidad Nacional
Federico Villarreal



CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN

Por medio del presente documento se da constancia que el bachiller en Odontología FIGUEROA YAÑAC JOAO ALEXANDER, realizó la ejecución de su trabajo de tesis titulado "ENFERMEDADES BUCODENTALES EN GESTANTES Y NO GESTANTES EN ADULTAS JÓVENES DEL CENTRO DE SALUD PUBLICO, ATE-VITARTE, 2025" en el Centro de Salud Micaela Bastidas, supervisado por el Jefe del área de Odontología el C.D. Martinez Torres Angel.

En donde se trabajó con las gestantes y no gestantes participantes evaluándolas clínicamente para el registro de los índices CPOD, LOE Y SILNESS SIMPLIFICADO Y RAMFJORD, así mismo se brindó orientación sobre salud bucal mediante charlas y maquetas.

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

Ate, 12 de agosto del 2025

ATTE:

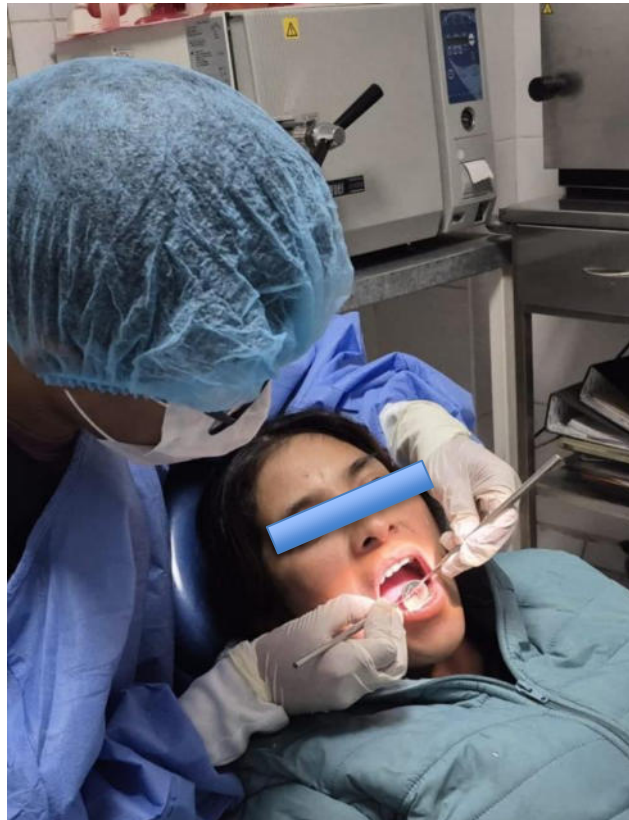
MINISTERIO DE SALUD
MICAELA BASTIDAS ATE
Dr. Angel Martinez Torres
SERVICIO DE ODONTOLOGIA
C.O.P. 6834

Avenida Los Incas – Ate

9.6. Anexo F

9.6.1. Fotografía de recolección de datos









9.7. Anexo G

9.7.1. Matriz de consistencia

Anexo 03: Matriz de consistencia						
Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización de variables			
			Variable	Valor	Indicador	Materiales y método
Problema general: ¿Abra diferencia en la prevalencia de patología bucales en comparación de las gestantes y no gestantes adultas jóvenes del centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte 2025?	Objetivo general: Comparar el grado del índice CPOD en presencia de las lesiones cariosas, el grado del índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado y Periodontal de Ramfjord respectivamente en enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) en gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.	Dado que las gestantes experimentan cambios hormonales significativos durante el embarazo, especialmente en los niveles de estrógeno y progesterona, tiene un mayor riesgo de desarrollar enfermedades periodontales y caries dental debido a la alteración de la flora oral y la disminución de la respuesta inmune. Es probable que exista diferencia estadísticamente significativa en la presencia de caries dental	Dependencia:	1: Muy bajo 2: Bajo 3: Moderado 4: Alto 5: Muy alto	ÍNDICE DE CRIES CPO-D (OMS)	Tipo de estudio: comparativo, observacional, transversal.
			Caries dental.			
			Gingivitis,	1: Leve 2: Moderada 3: Severo	INDICE GINGIVAL DE LOE Y SILLINES	Población: pacientes gestantes y no gestantes adultas jóvenes que asistan al Centro de salud Micaela Bastidas, Ate-Vitarte 2025.
			Periodontitis.	1: Bolsa hasta 3mm 2: Bolsa entre 3 y 6mm 3: Bolsa mayor a 6mm		
			Co-variable: Edad gestacional	1er trimestre 2do trimestre 3er trimestre X Años	Semanas	Criterios de selección: Gestantes y no gestantes adultas jóvenes que estén de acuerdo en participar en el estudio de manera voluntaria.
			Edad cronológica.		DNI	

<p>Objetivos y específicos: Identificar el grado según índice CPOD en gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.</p> <p>Identificar el grado según índice CPOD en no gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte.</p> <p>Identificar el grado según índice Gingival de Loe y Sillines Simplificado en gestantes adultas jóvenes según su edad en el Centro de</p>	<p>y enfermedad periodontal (Gingivitis y Periodontitis) en las pacientes gestantes adultas jóvenes vs las no gestantes adultas jóvenes del Centro de Salud I-III Micaela Bastidas, Ate-Vitarte, 2025.</p>	<p>Independiente Gestantes y no gestantes</p>	<p>1: gestantes 2: no gestantes</p>	<p>Gestantes y no gestantes adultas jóvenes que hayan firmado el consentimiento informado. Gestantes y no gestantes adultas jóvenes en ABEG, ABEN, ABEH y LOTE.</p>
---	--	---	---	---

Salud I-III
Micaela
Bastidas,
Ate-Vitarte.

Identificar
el grado
según
índice
Gingival de
Loe y
Sillines
Simplificad
o en no
gestantes
adultas
jóvenes
según su
edad en el
Centro de
Salud I-III
Micaela
Bastidas,
Ate-Vitarte.

Identificar
el grado
según
índice
Periodontal
de
Ramfjord
en gestantes
adultas
jóvenes
según su
edad en el
Centro de
Salud I-III
Micaela
Bastidas,
Ate-Vitarte.

Identificar
el grado
según
índice
Periodontal
de

Ramfjord
en no
gestantes
adultas
jóvenes
según su
edad en el
Centro de
Salud I-III
Micaela
Bastidas,
Ate-Vitarte.
