

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TIPO DE CIRUGÍA PERIODONTAL BÁSICA, EFECTUADA POR LOS ALUMNOS DEL NOVENO SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA U.C.S.M AREQUIPA 2015”

Tesis presentada por el Bachiller

GABRIEL JONATHAN LAURENTE CRUZ

para optar el Título Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

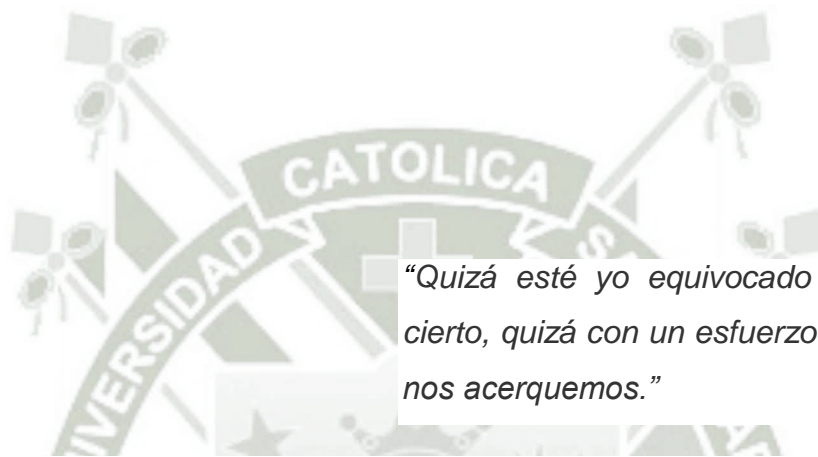
AREQUIPA-PERÚ

2015

A mis padres por tener siempre su confianza apoyo, a todas esas personas que sin saberlo me dieron consejos para seguir adelante.



A todas las personas que asumen la vida y van en contra del destino.



“Quizá esté yo equivocado y tú en lo cierto, quizá con un esfuerzo a la verdad nos acerquemos.”

Karl Popper



ÍNDICE

RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del Problema.....	2
1.2. Enunciado del Problema	2
1.3. Descripción del Problema	2
a. Área del Conocimiento	2
b. Operacionalización de variables.....	3
c. Interrogantes Básicas	4
d. Taxonomía de la investigación	4
1.4. Justificación	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Conceptos básicos	6
3.1.1. Protocolos para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales 6 a. Destartaje previo. 6	

b. Historia	
clínica	
9	
3.1.2. Curetaje de	
bolsa.	12
3.1.3.	
Gingivectomía	
15	
3.1.4. Operación a colgajo no	
desplazado	
19	
3.1.5. Apósitos	
periodontales	
23	
3.1.6. Instrucciones para el paciente después de la cirugía	
periodontal	
24	
3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos	26
4. HIPÓTESIS.....	28
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	29
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES.....	30
1.1. Técnica	30
1.2. Instrumentos	31
1.3. Materiales	32
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	32
2.1. Ubicación Espacial	32
2.2. Ubicación Temporal	32
2.3. Unidades de Estudio	32

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.1. Organización	33
3.2. Recursos	34
a. Recursos Humanos	34
b. Recursos Físicos	34
c. Recursos Económicos	34
d. Recursos Institucionales.....	34
3.3. Validación del instrumento.....	34
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	34
4.1. Nivel de sistematización	34
4.2. Plan de análisis.....	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	36
* PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	37
* DISCUSIÓN.....	59
* CONCLUSIONES.....	61
* RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63
HEMEROGRAFÍA	64
INFORMATOGRAFÍA	65
ANEXOS	
• Anexo N° 1: Modelo del formulario	67
• Anexo N° 2: Matriz de Sistematización	71
• Anexo N° 3: Cálculos estadísticos.....	77
• Anexo N° 4: Formato de consentimiento informado	81
• Anexo N° 5: Constancia de investigación	83



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1	Nivel de conocimiento sobre el destartaje previo a la cirugía periodontal.	37
TABLA Nº 2	Nivel de conocimiento sobre la Historia Clínica previo a la cirugía.	39
TABLA Nº 3	Nivel de conocimiento sobre la Operación propiamente dicha.	41
TABLA Nº 4	Nivel de conocimiento sobre el post operatorio.	43
TABLA Nº 5	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas.	45
TABLA Nº 6	Nivel de conocimiento sobre el Curetaje de bolsa.	47
TABLA Nº 7	Nivel de conocimiento sobre la gingivectomia.	49
TABLA Nº 8	Nivel de conocimiento sobre la operación a colgajo no desplazado.	51
TABLA Nº 9	Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre el curetaje de bolsa.	53
TABLA Nº 10	Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre la gingivectomia. .	55
TABLA Nº 11	Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre la operación a colgajo no desplazado.	57

ÍNDICE DE GRAFICAS

GRAFICA Nº 1	Nivel de conocimiento sobre el destartaje previo a la cirugía periodontal.....	38
GRAFICA Nº 2	Nivel de conocimiento sobre la Historia Clínica previo a la cirugía.	40
GRAFICA Nº 3	Nivel de conocimiento sobre la Operación propiamente dicha.....	42
GRAFICA Nº 4	Nivel de conocimiento sobre el post operatorio....	44
GRAFICA Nº 5	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas.....	46
GRAFICA Nº 6	Nivel de conocimiento sobre el Curetaje de bolsa.....	48
GRAFICA Nº 7	Nivel de conocimiento sobre la gingivectomia.....	50
GRAFICA Nº 8	Nivel de conocimiento sobre la operación a colgajo no desplazado.....	52
GRAFICA Nº 9	Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre el curetaje de bolsa.....	54
GRAFICA Nº 10	Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre la gingivectomia.	56
GRAFICA Nº 11	Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre la operación a colgajo no desplazado.	58

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de Intervenciones quirúrgicas Periodontales básicas y el nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía Periodontal básica en alumnos de noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM.

Se trata de una investigación comunicacional perspectiva transversal descriptiva de campo y nivel relacional. Con tal objeto se conformó un universo conjunto de 110 alumnos de dicho semestre con matrícula regular a los que se le aplicó la técnica de cuestionario para recoger información de las variables mencionadas. El nivel de conocimiento sobre ambos tópicos fue tratado categóricamente, por tanto se aplicaron frecuencias absolutas y porcentuales como técnicas estadística descriptiva; y el χ^2 de independencia como prueba estadística.

Los resultados de esta investigación muestran que el nivel de conocimiento mostrados por estos alumnos respecto al protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas fue mayormente bueno con el 60.91%, en tanto que el nivel sobre las técnicas específicas de la cirugía periodontal básica exhibida por dichos alumnos fue bueno con el 44.55%. La prueba χ^2 indica no haber una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas y el nivel de conocimiento sobre curetaje de bolsa, gingivectomía y operación a colgajo no desplazado. En consecuencia se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna con un nivel de significación de 0.05.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, Protocolo quirúrgico periodontal, Cirugía periodontal básica.

ABSTRACT

The present investigation has the objective to determinate the existent relation between the level of knowledge about the general protocol for the realization of Basic Periodontal Surgical Interventions, and the level of knowledge about the type of Basic Periodontal surgery in students of the 9th semester from the Dental Clinic of the UCSM.

It's about a perspective, transversal, descriptive, and communicational investigation of field and rational level. With this objective a universe set of 110 students from this semester was conformed with regular tuition, to whom was applied the questionnaire technique to pick up information of the mentioned variables. The level of knowledge about both topics was treated categorically, so, absolute and percentage frequencies were applied, as descriptive statistic techniques, and the X^2 of independence like statistic test.

The results of this investigation show that the level of knowledge showed by these students about the general protocol for the realization of Basic Periodontal Surgical Interventions was mostly good with the 60.91%; meanwhile the level about the specific techniques of the Basic Periodontal Surgery exhibited by the students was good with the 44.55%. The X^2 test indicates not to exist a significant statistic relation between the level of knowledge about the general protocol for the realization of Basic Periodontal Surgical Interventions and the level of knowledge about bag curettage, gingivectomy and operation to not displaced flap. In consequence a null hypothesis is accepted, and the alternative hypothesis is rejected with a signification level of 0.05.

Key words: Level of knowledge, Periodontal surgical Protocol, Basic periodontal surgery.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de competencias cognitivas en alumnos del noveno semestre de la Facultad de Odontología constituye un imperativo categórico, puesto que están al borde de iniciar una nueva etapa de su vida profesional en la práctica privada, en la que asume un rol fundamental de dichas competencias para el tratamiento correcto y consciente de sus pacientes .

Disponer de un protocolo quirúrgico periodontal es importante pero más importante aún es conocerlo, dominarlo, aplicarlo, entenderlo y sobre todo correlacionarlo con el nivel de conocimiento sobre los protocolos específicos que la técnica quirúrgica periodontal básica tiene.

El objeto de esta investigación es determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas con tal objeto la tesis consta de 3 capítulos en el capítulo 1 se aborda el planteamiento teórico consistente en el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis. En el capítulo 2 se aborda el planteamiento operacional que comprende las técnicas, instrumentos y materiales así como la estrategia de recolección y la estrategia para manejar los resultados. En el capítulo 3 se presenta los resultados de la investigación, consignadas en las tablas, interpretaciones y graficas elaboradas en congruencia estricta con los objetivos y la hipótesis de la investigación, considerando la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Finalmente se presenta la bibliografía, hemerografía, informatografía y los anexos correspondientes.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Este tema en mi despierta un interés por la periodoncia y en el énfasis sobre el interés de los alumnos hacia la periodoncia ya que están a puertas de afrontar una vida profesional en la que deben de tener los fundamentos correctos para la atención de sus pacientes.

Principalmente se basa en determinar la relación que existe sobre los conocimientos de los protocolos que deben de realizar para una intervención quirúrgica periodontal por tal motivo se realizara un estudio a los alumnos del IX semestre de la facultad de la U.C.S.M.

1.2. Enunciado del problema

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TIPO DE CIRUGÍA PERIODONTAL BÁSICA, EFECTUADA POR LOS ALUMNOS DEL NOVENO SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM AREQUIPA 2015.

1.3. Descripción del problema

a. Área del conocimiento

a.1. Área General : Ciencias de la Salud

a.2. Área Específica : Odontología

a.3. Especialidades : Periodoncia

a.4. Línea o Tópico : Tratamiento periodontal

b. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>Variable independiente</p> <p>Nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre Destartaje previo.</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 11 a 14</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>
	<p>Nivel de conocimiento sobre Historia clínica.</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 11 a 14</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>
	<p>Nivel de conocimiento sobre Operación propiamente dicha.</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 11 a 14</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>
	<p>Nivel de conocimiento sobre Post operatorio.</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 10 a 15</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>

<p>Variable dependiente</p> <p>Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre Curetaje de bolsa periodontal.</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 11 a 14</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>
	<p>Nivel de conocimiento sobre Gingivectomía.</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 11 a 14</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>
	<p>Nivel de conocimiento sobre Operación a colgajo no desplazado</p>	<p>-Excelente de 18 a 20</p> <p>-Bueno de 15 a 17</p> <p>-Regular de 11 a 14</p> <p>-Malo =10 ó menor a 10</p>

c. Interrogantes básicas

- c.1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales de los alumnos del noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M?
- c.2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los tipos de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas efectuadas

por los alumnos del noveno semestre de la clínica Odontológica de la U.C.S.M?

- c.3. ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y sobre los tipos de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas realizadas por los alumnos del noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M?

d. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el n° de mediciones de la variable	Por el n° de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	Descriptivo Prospectivo	Relacional

1.4. Justificación

a. Originalidad:

El estudio se considera justificable por su originalidad no habiéndose registrado antecedentes investigativos con el mismo enfoque cuando menos a nivel regional y nacional.

b. Relevancia:

El estudio planteado tiene una relevancia científica y contemporánea. En el primer caso por ayudar a esclarecer el nivel de conocimiento de los protocolos para intervenciones quirúrgicas periodontales. En el segundo para ayudar a esclarecer el nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal.

c. Factibilidad:

La ejecución del estudio está garantizada por tener disponibilidad de unidades de estudio, de tiempo, medios económicos, recursos, literatura especializada y conocimiento metodológico.

d. Interés:

Existe motivación personal de incrementar conocimientos al respecto. En lo inmediato para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para intervenciones quirúrgicas periodontales.
- 2.2. Establecer el nivel de conocimiento sobre el tipo de intervención quirúrgica periodontal básica.
- 2.3. Relacionar el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para intervenciones quirúrgicas periodontales y el nivel de conocimiento sobre el tipo de intervenciones quirúrgicas básicas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Protocolos para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales.

Son el conjunto de acciones, procedimientos y exámenes auxiliares solicitados para un paciente con características determinadas para brindar una óptima atención al paciente dentro de las cuales les presento las siguientes pautas a seguir antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

a. Destartaje previo.

a.1 Concepto.

El destartaje es la instrumentación de las superficies tanto de la corona como de la raíz de los dientes. Tiene como fin la eliminación de la placa, cálculos, cemento patológico y manchas extrínsecas.¹

Los instrumentos periodontales están diseñados para propósitos específicos, como retirar cálculos, raspar las superficies radiculares, el curetaje de la encía y la eliminación de tejido enfermo.²

a.2 Finalidad.

El objetivo principal del curetaje es restaurar la salud gingival al eliminar los elementos que producen inflamación gingival de las superficies dentarias.

Se ha demostrado que en dicha instrumentación reduce el número de microorganismos subgingivales y produce un cambio en la composición de la placa subgingival.³

Preparar el periodonto para los fines quirúrgicos, el destartaje debe ser un procedimiento de norma antes de realizar cualquier tipo de cirugía periodontal.⁴

a.3 Instrumental para destartaje.

La gran cantidad de instrumentos que se utilizan para el destartaje son diseñados para cumplir una determinada finalidad en el cual se incorporan hojas afiladas de corte, junto a dispositivos de adaptación que aseguran la sujeción en instrumentos con mangos anatómicos. Las hojas de una cureta o raspador radicular pueden estar construidas de acero, acero inoxidable o acero en aleación con carburo de tungsteno.⁵

¹ ROSADO, Larry. *Periodoncia*. Pág. 43.

² WOLF, Herbert. *Atlas a color de Periodontología*. Pág. 749

³ CARRANZA, Fermin. *Periodontología Clínica*. Pág. 776

⁴ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 117.

⁵ ROJAS, Christian. *Remoción de Placa y Cálculo*. Pág. 68

Sonda periodontales.

Son instrumentos diseñados para medir la profundidad del surco gingival y detectar cálculos subgingivales e irregularidades. Consta de mango, cuello y la parte activa calibrada de 1, 2, 3, 5, 7,9 y 10 mm.⁶

Instrumentos de raspado y curetaje.

Raspadores en forma de hoz tienen una superficie plana y con dos bordes. Se usa en especial para remover cálculos supragingivales. Los raspadores en forma de hoz se usan con un movimiento de tracción.⁷

Curetas son instrumentos a elegir para remover cálculos subgingivales profundos y para remover el tejido blando que recubre la bolsa periodontal. Cada extremo activo posee filo en ambos lado de la hoja y una punta redondeada.⁸

Raspadores en forma de azadón se usan para el raspado de rebordes o anillos de cálculos. La hoja está un poco arqueada de modo que puede mantener contacto en dos puntos sobre una superficie convexa.⁹

Las limas tienen una serie de hojas en una base, su principal función es fracturar o aplastar los depósitos grandes de cálculos tenaces o películas con brillo de cálculos. No son adecuadas para el raspado fino y alisado radicular en ocasiones se usan para remover los márgenes desbordantes de las restauraciones dentales.¹⁰

Raspadores en cincel están diseñados para las superficies proximales de los dientes, se inserta partir de la parte vestibular su curva ligera en la hoja hace posible la estabilización contra la superficie proximal.¹¹

a.4 Técnica de destartaje.

⁶ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 121

⁷ CARRANZA, Fermin. Ob. Cit. Pág. 751

⁸ Ibid. Pág. 752

⁹ CARRANZA, Fermin. Ob. Cit. Pág. 756

¹⁰ CARRANZA, Fermin Ob. Cit. Pág. 759.

¹¹ Ibid. Pag 759

Técnica de raspado supragingival.

Por lo general es menos tenaz y esta menos calcificado que el cálculo subgingival. Las hoces, curetas, instrumentos se usan con más frecuencia para la eliminación de cálculos supragingivales, los azadones y cinceles se usan con menos frecuencia. Para realizar el raspado supragingival se toma la cureta con una sujeción en bolígrafo modificada y se establece un apoyo digital firme sobre los dientes adyacentes al área de trabajo. Se coloca la hoja con una angulación de menos de 90° el borde cortante debe tomar el margen apical del cálculo supragingival subsiguiente se activan las técnicas de raspado. Se trabaja sobre la superficie dental hasta que esté libre de todos los depósitos supragingivales.

Técnica de raspado subgingival.

Por lo general son más complejos y difíciles de realizar por que suelen ser más duros que el supragingival y con mayor frecuencia está trabado en las irregularidades radiculares.

La mayoría de profesionales prefieren la cureta para el raspado y alisado subgingival debido a las ventajas de su diseño, también se usan hoces, azadones, limas e instrumentos ultrasónicos para el raspado subgingival de cálculos densos.

La relación entre la ubicación del apoyo digital y el área de trabajo es importante porque el apoyo debe colocarse para permitir que el vástago inferior del instrumento este paralelo o casi paralelo a la superficie dental a tratar dicho paralelismo es un requisito fundamental para la angulación óptima para el trabajo y que permita al operador usar movimientos de muñeca y brazo para activarlos movimientos. Conforme se procede a la instrumentación de un diente a otro por lo general debe de ajustar la posición del cuerpo y la ubicación del apoyo digital para permitir el paralelismo.¹²

a.5 Valoración del destartaje.

¹² CARRANZA, Fermin. Ob. Cit. Págs. 777, 778 y 779

La valoración se da en la recuperación tisular a 2 semanas realizado el destartaje.

b. Historia clínica.

La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

b.1 Anamnesis.

Es el primer paso del examen y proporciona al profesional, la oportunidad de establecer una relación entre paciente y operador.

- Datos personales.
- Molestia principal o motivo de la consulta.
- Antecedentes de enfermedades periodontales.
- Antecedentes de problemas dentales.
- Antecedentes enfermedad actual
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Antecedentes hereditarios
- Higiene bucal.¹³

b.2 Examen clínico general.

Es el conjunto de destrezas y habilidades que aprende y desarrolla el médico para reconocer por la inspección, palpación, percusión y auscultación, características de normalidad y detectar la presencia de signos que identifican enfermedad.

Examen físico general. Proporciona datos que se obtienen con la sola observación o inspección del paciente. Examen físico especial. Estudia

¹³ VALDIVIA, Patricia. *Historia Clínica Periodontal*. Pág. 5

aparatos o sistemas distribuidos en todo el organismo. Examen físico segmentario. Comprende el examen de regiones, aparatos o sistemas en forma individual.

b.3 Examen clínico periodontal.

Examen de encías.

Descripción de la gingiva, se examina la encía buscando alteraciones y la posición del margen gingival teniendo presente la unión amelo cementaria, la zona de encía adherida, la presencia de sangrado o exudado. Los puntos a revisar son el color de la encía, la textura, forma o contorno marginal, borde marginal, consistencia, movilidad dentaria y el sangrado.¹⁴

b.4 Ficha clínica Periodontal – Periodontograma.

El periodontograma se utiliza para registrar los datos obtenidos por la información durante la entrevista al paciente y las características clínicas de su encía con enfermedad periodontal o sin ella.

b.5 Indicaciones de Análisis de Laboratorio.

En periodoncia se indican los análisis de sangre con un hemograma completo, hematocrito, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, colesterol, triglicéridos, enfermedades venéreas. Exámenes de orina completos los resultados son anotados y archivados en la Historia Clínica.

b.6 Examen Radiográfico.

La lectura de las imágenes radiográficas serán anotadas en la historia clínica se hace una descripción pieza por pieza y del hueso alveolar adyacente. Nos va a mostrar la relación corono raíz, espacio periodontal, presencia de cálculo subgingival, márgenes de restauraciones defectuosas, caries periapicales.¹⁵

b.7 Diagnostico

¹⁴ VALDIVIA, Patricia. Ob. Cit. Pág. 18

¹⁵ VALDIVIA, Patricia. Ob. Cit. Pág. 38

El diagnóstico se da luego de hacer un estudio evaluativo de la información proporcionada por el paciente, de los exámenes y pruebas clínicas de laboratorio. Se debe tener habilidad clínica para distinguir y diferenciar una enfermedad de otra, tratando de reconocer la naturaleza, ubicación y la causa de la enfermedad.

Sirve para reconocer la etiología de la enfermedad, el tipo de enfermedad para evaluar el pronóstico y diseñar el plan de tratamiento.¹⁶

b.8 Pronóstico.

El pronóstico, generalmente de una enfermedad, es el conjunto de datos que posee la ciencia médica sobre la probabilidad de que ocurran determinadas situaciones en el transcurso del tiempo o historia natural de la enfermedad. Es la predicción de los sucesos que ocurrirán en el desarrollo de una enfermedad en términos estadísticos. Es un tipo de juicio clínico.

b.9 Plan de tratamiento.

El objetivo del tratamiento periodontal es detener el progreso de la enfermedad y devolver la salud de los tejidos periodontales.

3.1.2. Curetaje de bolsa.

a. Curetaje gingival y subgingival.

Existe una diferenciación entre el curetaje gingival y el subgingival. El gingival incluye la eliminación de tejido blando inflamado lateral a la pared de la bolsa, el subgingival alude al procedimiento realizado en sentido apical a la inserción epitelial, seccionando la inserción de tejido conectivo en dirección de la cresta ósea.

¹⁶ Ibid. Pág. 70

El curetaje logra la eliminación de tejido de granulación crónicamente inflamado que se forma en la pared lateral de la bolsa periodontal. Cuando la raíz se alisa de manera minuciosa, desaparece la principal fuente de bacterias y se resuelven los cambios patológicos de la bolsa sin necesidad de eliminar el tejido de granulación inflamado por medio del curetaje. Dicho tejido se reabsorbe poco a poco.

El curetaje también elimina todo o la mayor parte del epitelio que cubre la pared de la bolsa y el epitelio de unión subyacente.¹⁷

Las ventajas del curetaje de bolsa son la remoción del epitelio del saco y tejido conectivo subepitelial infiltrado.

Las desventajas son que no es una terapia definitiva, cuando es usada solo en combinación con tartrectomía subgingival o procedimientos quirúrgicos.¹⁸

b. Indicaciones.

- El curetaje debe realizarse como parte de intentos por establecer una nueva inserción de bolsas intraóseas moderadamente profundas.
- Para la eliminación de la inflamación.
- Puede realizarse como un tratamiento de método de mantenimiento para áreas de inflamación y profundidad de bolsa recurrentes.¹⁹

c. Contraindicaciones

- La eliminación de bolsas supraóseas de pared gingival firme y fibrotica.
- La eliminación de bolsas complejas y lesiones de furcación severas en que la remoción de irritantes locales demande técnicas de colgajo abiertas.
- En caso de una cirugía ósea.

¹⁷ CARRANZA, Fermin. Ob. Cit. Págs. 909 y 910

¹⁸ WOLF, Herbert. Ob. Cit. Pág. 300

¹⁹ CARRANZA, Fermin. Ob. Cit. Pág. 910

d. Técnica básica

- **Desinfección y anestesia.**

El uso de anestesia local infiltrante para el raspado y alisado radicular es opcional. Pero para el curetaje de bolsa siempre requiere cierto tipo de anestesia local. El campo operatorio puede ser desinfectado con algún antiséptico como isodine o mertiolate.

- **Curetaje de la pared blanda de bolsas.**

El instrumento se inserta de forma de tal que contacte el revestimiento interno de la pared de la bolsa y se le desplace sobre el tejido blando, así siempre con un movimiento horizontal.

Se puede sostener la pared de la bolsa con una presión digital ligera sobre la superficie externa.

Entonces se coloca la cureta debajo del borde cortante del epitelio de unión para socavarlo.²⁰

- **Lavado del área intervenida.**

Se lava la zona con suero o con clorhexidina para quitar los residuos que puedan quedar.

- **Compresión de la encía.**

Se adapta de manera parcial al diente por medio de presión digital ligera para lograr la adaptación de la encía y formación de un pequeño coágulo sanguíneo.

- **Sutura y apósito.**

En algunos casos puede estar indicada la sutura de la papila separada y la aplicación del apósito periodontal.

²⁰ CARRANZA Fermin. Ob. Cit. Pág. 911

Normalmente el curetaje de bolsa no requiere sutura solo basta con un apósito o un cemento quirúrgico.

- **Curetaje ultrasónico.**

Es efectivo para el desbridamiento del recubrimiento epitelial de las bolsas periodontales produce una banda estrecha de tejido necrótico que desprende el revestimiento estrecho de la bolsa.²¹

e. Cicatrización después del curetaje.

Después del curetaje, un coagulo de sangre ocupa el área de la bolsa, que es despojada de manera completa o parcial de recubrimiento epitelial. Después de esto hay una proliferación rápida de tejido de granulación, con un aumento en el número de vasos sanguíneos pequeños conforme el tejido.

Por lo general, la restauración y epitelización del surco requieren entre 2 a 7 días, y la restauración del epitelio de unión en animales se da en tan solo cinco días después del tratamiento. Aparecen fibras inmaduras de colágeno en 21 días. Durante el proceso de cicatrización se reparan las fibras gingivales sanas separadas inadvertidamente del diente y los desgarres en el epitelio.

Después de una semana, la encía muestra estar reducida en altura debido a un cambio apical en la posición del margen gingival. La encía también muestra un color más rojo de lo normal, pero menos roja que en los días anteriores. Después de dos semanas y con una buena higiene bucal del paciente, se obtiene un color, consistencia, textura, y contorno normal de la encía.²²

3.1.3. Gingivectomía.

Gingivectomía significa la escisión de la encía. Al remover la pared de la bolsa, la gingivectomía proporciona visibilidad y accesibilidad para la eliminación completa de los cálculos y un alisado minucioso de las raíces, creando un

²¹ LINDHE Jan. *Periodontología clínica e Implantología Odontológica*. Pág. 417

²² CARRANZA, Fermin Ob. Cit. Pág. 912

ambiente favorable para la cicatrización gingival y la restauración de un contorno gingival fisiológico.²³

a. Indicaciones.

Está indicada para los siguientes casos.

- La eliminación de bolsas supraóseas, sin importar su profundidad, si la pared de la bolsa es firme y fibrosa.
- Para la eliminación de agrandamientos gingivales.
- Para la eliminación de abscesos periodontales supraóseos.

b. Contraindicaciones.

Incluyen los siguientes casos.

- La necesidad de cirugía ósea o el examen de la forma y morfología ósea.
- En situaciones en las que el fondo de la bolsa está en sentido apical hacia la unión mucogingival.
- Consideraciones estéticas, con mayor importancia en el maxilar inferior.²⁴

c. Ventajas.

- La eliminación de los sacos, recontorneado gingival sobre todo indicado en casos de hiperplasia gingival.
- Los resultados estéticos son muy notorios.
- Es una técnica quirúrgica sencilla.

d. Desventajas.

- Solo es posible en la región de la gingiva adherida, herida abierta, cicatrización por segunda intención, posibles problemas estéticos.

²³ Ibid. Pág. 912

²⁴ WOLF, Herbert. Ob. Cit. Pág. 301

- No trata de defectos óseos.
- La gingivectomía tiene indicaciones limitadas.
- Al exponer la superficie radicular se corre el riesgo de hipersensibilidad post quirúrgica.

e. Técnica.

- **Desinfección y anestesia.**

La anestesia regional con bloqueo de nervio y la anestesia por infiltración emplean la epinefrina como vasoconstrictor. Se suele usar la lidocaína con epinefrina como anestésico local.²⁵

El campo operatorio puede ser desinfectado con algún antiséptico como isodine o mertiolate.

- **Sulcometria.**

Este paso está referido a la medición de la profundidad de las bolsas, empleando una sonda periodontal la cual es marcada de modo paralelo al eje longitudinal de los dientes en superficies libres e inclinándola discretamente hacia vestibular, lingual o palatino en áreas interproximales.²⁶

- **Demarcación de las bolsas.**

Se efectúa con un marcador de bolsa se marca cada bolsa en muchas áreas y se delinea su curso en cada superficie, las bolsas se marcan de distal hacia mesial, tanto en vestibular como en lingual o palatino, mediante una serie de puntos hemorrágicos que son la exteriorización de la posición gingival real.²⁷

- **Incisión.**

²⁵ PRICHARD, Jhon. *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general*. Pág. 259

²⁶ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 134

²⁷ CARRANZA, Fermin. Ob. Cit. Pág. 913

La incisión se inicia en sentido apical a los puntos que marcan el curso de la bolsa y se dirige en sentido coronal haciendo entre la base de la bolsa y el hueso sin exponerlo, para remover el tejido blando en sentido coronal respecto al hueso. No se busca la exposición de hueso pero si se da la cicatrización no suele ser problema si el área está cubierta de manera adecuada con un apósito periodontal. Suelen usarse incisiones discontinuas y continuas, la incisión debe biselarse a casi 45° con respecto a la superficie dentaria y debe recaer, lo más posible. La mala aplicación de biselar deja una meseta fibrosa amplia que toma más tiempo del necesario para desarrollar un contorno fisiológico. En el día a día la acumulación de placa y alimentos puede llevar a la recurrencias de bolsas.²⁸

- **Excisión gingival.**

Se desprende a la encía marginal y papilar de distal del ultimo diente, se coloca una azada quirúrgica o un raspador o cureta profundamente hasta el diente y se tracciona el tejido hacia la corona con movimiento lento y firme.

- **Apreciación del campo operatorio.**

Luego de haber eliminado la encía patológica y de haber limpiado el campo, se observa tejido de granulación, cálculos sugingivales residuales y una zona radicular clara donde se insertaba la bolsa.²⁹

- **Eliminación de tejido de granulación.**

Se realiza un curetaje cuidadoso del tejido de granulación y se eliminan los cálculos remanentes y el cemento necrótico. Para dejar una superficie limpia y lisa.³⁰

²⁸ Ibid. Pág. 913

²⁹ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 139

³⁰ CARRANZA, Fermín. Ob. Cit. Pág. 913

- **Gingivoplastia.**

La gingivoplastia es muy similar a la gingivectomía, pero su propósito es diferente. La gingivectomía se realiza para eliminar bolsas periodontales e incluye el remodelado como parte de la técnica.

Es un procedimiento de remodelado de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos, con el propósito de volver a contornear la encía en ausencias de bolsas.

La gingivoplastia puede realizarse con un bisturí periodontal, un bisturí desechable piedras de diamante rotatorias de grano grueso.

Debe realizarse un afinado margen gingival, creación de un contorno marginal festoneado, adelgazamiento de la encía insertada y creación de surcos interdentes verticales y modelados de las papilas interdentes para dejar vías de escape para el paso de los alimentos.³¹

- **Limpieza previa al apósito.**

Se lava la zona intervenida con agua suero fisiológico y se corta la hemorragia mediante presión. El coágulo debe ser mínimo para obtener la protección y neoformación tisular. En cambio el coágulo voluminoso interfiere la retención del apósito y aumenta la posibilidad de infección y retarda la cicatrización.³²

- **Colocación del apósito.**

Se coloca 2 rodillos de cemento quirúrgico sobre la superficie vestibular, lingual o platino según sea el caso. El apósito no debe de permanecer más de 7 días en boca.³³

f. Cicatrización después de la gingivectomía.

³¹ Ibid. Pág. 914

³² LINDHE, Jam. Ob. Cit. Pág. 583

³³ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 140

Después de la gingivectomía la respuesta inicial es la formación de un coagulo protector en la superficie, el tejido subyacente presenta inflamación aguda, con cierta necrosis. A las 24 horas hay un aumento en las células nuevas de tejido conectivo, sobre todo angioblastos, justo por debajo de la capa superficial de inflamación y necrosis, para el tercer día hay numerosos fibroblastos nuevos en el área. Después de 5 a 14 días por lo general se completa la epitelización de la superficie. Durante las primeras cuatro semanas después de la gingivectomía. La queratinización es menor que antes de la cirugía. La reparación epitelial completa toma casi un mes.³⁴

3.1.4. Operación a colgajo no desplazado

Un colgajo periodontal es un corte de la encía o mucosa, separado quirúrgicamente de los tejidos para proporcionar visibilidad y acceso hacia el hueso y la superficie radicular. El colgajo también permite desplazar la encía a un sitio diferente en pacientes con lesiones mucogingivales.³⁵

a. Indicaciones generales.

Los colgajos se usan para el tratamiento de bolsas con el fin de alcanzar la facilidad de acceso a los depósitos radiculares, eliminar la profundidad de las bolsas por medio de resección de la pared de la bolsa, exponer el área para llevar a cabo las técnicas regenerativas.³⁶

b. Clases de colgajo.

- Por su espesor tenemos los colgajos de espesor total o completos llamados también colgajos mucoperiosticos, son decolados por disección roma empleando legras, periostomos o elevadores periostios, reflejándolos hacia mesial, distal y apical y están indicados en una cirugía ósea.

Los colgajos de espesor parcial o dividido también son llamados mucosos porque están constituidos por epitelio y una delgada capa de tejido

³⁴ CARRANZA, Fermín. Ob. Cit. 914

³⁵ Ibid. Pág. 926

³⁶ CARRANZA, Fermín. Ob. Cit. Pág. 937

conectivo. Son obtenidos por disección aguda empleando bisturís Bard Parker N° 11 ó 15, están indicados cuando se ha previsto su desplazamiento.³⁷

c. Técnica colgajo no desplazado.

Se miden las bolsas con la sonda periodontal y se produce un punto de hemorragia sobre la superficie exterior de la encía, se realiza la incisión inicial o bisel interna después de festonear los puntos de hemorragia sobre la encía. Por lo general se realiza la incisión hasta el punto apical respecto a la cresta alveolar, dependiendo del espesor del tejido. Mientras más grueso sea el tejido, mas apical será la terminación de la incisión, la realización de la segunda incisión o crevicular, desde el fondo hasta el hueso para separar el tejido conectivo del hueso, se levanta el colgajo con un elevador periostico de la incisión de bisel interna, por lo general no hay necesidad de incisiones verticales porque el colgajo no está desplazado en sentido apical.

Se realiza la tercera incisión o interdental con un bisturí interdental separando el tejido conectivo del hueso, se elimina con una cureta la cuña triangular de tejido creada por las tres incisiones, se elimina todos los restos de tejidos y el tejido de granulación con curetas afiladas.

Después del raspado y alisado radicular necesarios el borde del colgajo debe descansar en la unión de la raíz con el hueso. Si este no fuese el caso debido a la mala ubicación de la incisión inicial o la necesidad inesperada de cirugía ósea, se vuelve a festonear o cortar el colgajo para que el borde termine al final de la unión entre la raíz y el hueso. Se emplea una sutura suspensoria continua para asegurar el colgajo vestibular y lingual o palatino, este tipo de sutura que usa al diente como anclaje tiene ventajas en la colocación y el sostén de los bordes del colgajo en la unión entre la raíz y el hueso. Se cubre el área con un apósito periodontal.³⁸

d. Colgajo Widman Modificado.

³⁷ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 143

³⁸ CARRANZA, Fermín. Ob. Cit. Págs. 940 y 942.

Esta técnica de colgajo ofrece la posibilidad de establecer una adaptación post operatoria íntima de tejido conectivo colagenoso sano a las superficies dentales y proporciona acceso para la instrumentación adecuada de las superficies radiculares y un cierre inmediato del área.

- **Indicaciones.**

En periodontitis leve moderada con sacos de 4 a 6 mm de profundidad. En algunos defectos interproximales no muy profundos. Como tratamiento combinado con otras técnicas colgajos más extensos, gingivectomía, cuña gingival, amputación y hemisección radicular y osteoplastia.

- **Contraindicaciones.**

En defectos óseos demasiado profundos y cuando la encía adherida es muy angosta.

- **Técnica.**

La incisión inicial es de bisel interna en relación con la cresta alveolar y comienza 0.5 a 1 mm de separación del margen gingival. El festoneado sigue el margen gingival, no suelen requerirse incisiones liberadoras. Se separa la encía con un elevador periostico, se realiza una incisión crevicular desde el fondo de la bolsa hasta el hueso, lo que circunscribe la cuña triangular de tejido que contiene el recubrimiento de la bolsa, después de separar el colgajo se realiza una tercera incisión en los espacios interdentes en sentido coronal con respecto al hueso con una cureta o un bisturí interproximal y se elimina el collar gingival.

Se eliminan los excedentes de tejido y el tejido de granulación con una cureta. Se revisan las superficies radiculares, entonces se realiza el raspado y alisado si es necesario. No se corrige la estructura ósea excepto si evita la buena adaptación del tejido al cuello de los dientes. Se debe de hacer todo el esfuerzo para adaptar el tejido interproximal vestibular y lingual adyacentes entre sí de tal forma que el hueso interproximal permanezca expuesto durante la sutura, se colocan suturas

directas interrumpidas en cada espacio interdental y se cubren con un ungüento de tetraciclina y un apósito periodontal.³⁹

e. Cicatrización después de la cirugía a colgajo.

Después de la realización de la sutura a las 24 horas se establece una conexión entre el colgajo y el diente o superficie ósea por medio de un coágulo de sangre, que es un retículo de fibrina. Uno a tres días después el espacio entre el colgajo y el diente o hueso es más delgado y las células epiteliales migran sobre el borde del colgajo.

Una semana después de la cirugía se ha establecido una inserción epitelial a la raíz por medio de hemidesmosomas y una lámina basal. Dos semanas después a la cirugía empiezan a aparecer fibras de colágeno paralelas a la superficie dental, la unión del colgajo con el diente sigue siendo delgada debido a la presencia de fibras de colágeno inmaduras aunque el aspecto clínico puede ser casi normal.⁴⁰

3.1.5. Apósitos periodontales.

a. Funciones básicas.

El apósito minimiza la probabilidad de infecciones y hemorragias post operatorias, facilita la cicatrización al evitar el trauma a las superficies durante la masticación.

En general los apósitos no tienen propiedades curativas, ayudan a proteger al tejido más que proporcionar factores de cicatrización.⁴¹

b. Requisitos biomecánicos.

³⁹ CARRANZA, Fermín. Ob. Cit. Pág. 938 y 940.

⁴⁰ Ibid. Pág. 935

⁴¹ CARRANZA Fermin. Ob. Cit. Pág. 891

El apósito debe ser de fácil manipulación en la preparación, modelo y adaptación, inocuidad y tolerancia biológica al no causar daño tisular, adhesividad y adaptabilidad comprobadas, producir una comodidad al paciente, fácil remoción por el operador.

c. Apósitos con eugenol.

Actualmente está en desuso. Se componen básicamente de óxido de zinc, eugenol y agregados como acetato de Zinc, asbesto y ácido tánico. Están contraindicados por que se ha asociado al asbesto con enfermedades pulmonares y al ácido tánico con lesiones hepáticas, además por el potencial alergénico, vesicante e irritativo del eugenol.⁴²

d. Apósitos sin eugenol.

La reacción entre un óxido metálico y los ácidos grasos es la base del Coe-Pak, que es el apósito más utilizado en Estados Unidos. Se distribuye en dos tubos, cuyo contenido se mezcla inmediatamente antes de emplearse hasta que se obtiene un color uniforme. Un tubo contiene óxido de zinc, un aceite, una goma y lorotidol; el otro tubo contiene ácidos grasos líquidos de coco engrosados con resina colofonia y clorotimol.

Este apósito no contiene asbestos o eugenol, evitando así los problemas relacionados con estas sustancias.⁴³

e. Perio bond.

Constituye una pasta periodontica sin eugenol, de sabor agradable estable y de dureza elástica, viene en tubos cada uno de ellos contiene la base compuesta por óxido de zinc, el otro contiene acelerador, se mezclan hasta obtener una mezcla consistente. El apósito no debe interferir en la oclusión ni la movilidad de los frenillos ni permanecer más de 7 días en boca.⁴⁴

3.1.6. Instrucciones para el paciente después de la cirugía periodontal.

⁴² ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 150.

⁴³ CARRANZA, Fermín. Ob. Cit. Pág. 891

⁴⁴ ROSADO, Larry. Ob. Cit. Pág. 150

a. Del apósito.

Explicar al paciente sobre los beneficios del apósito periodontal y la necesidad de mantenerlo en su sitio cuando menos por una semana.

Se puede colocar un nuevo apósito después de una semana, cuando el paciente presente bajo umbral de dolor y lentitud en el proceso de cicatrización.

b. Medicación analgésica.

Al paciente se le debe recetar un analgésico para prevenir el dolor post operatorio, dependiendo del criterio del profesional es de libre elección el fármaco.

c. Medicación antibiótica.

Complementando la acción analgésica se indica un antibiótico oral para prevenir futuras infecciones post operatorio, dependiendo del criterio del profesional es de libre elección.

d. La dieta.

La dieta debe ser blanda por lo menos 3 días evitando comidas irritantes y condimentadas, no consumir alcohol ni tabaco por que afectan la cicatrización.

e. Higiene bucal.

La higiene bucal no debe ser interrumpida, el paciente debe de cepillarse con mucho cuidado sin afectar el apósito puede añadir el uso de colutorios como la clorhexidina.

f. Reposo.

El reposo es relativo sin someterse a ejercicios extenuantes y sin exponerse al sol.

g. Complicaciones.

Si existiera alguna complicación, el paciente debe de llamar al profesional que le realizó el acto operatorio y hacer lo que indique para solucionar la complicación.

En caso de sangrado indicar al paciente presionar con un rollo de algodón por 20 minutos para formar el coágulo.



3.2. Análisis de antecedentes investigativos

a. Título: Barreras básicas de bioseguridad: estudio comparativo entre la aplicación y nivel de conocimiento de los alumnos del último semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador y de la Universidad Internacional del Ecuador 2015.

Autor: Bermeo Gómez, Daniel Israel

Resumen: Esta investigación buscó determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de las barreras de bioseguridad para reducir el riesgo de contagio de enfermedades. En este estudio participaron 60 alumnos, de los cuales 30 fueron de la Universidad Central de Ecuador y 30 de la Universidad Internacional del Ecuador.

Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento acerca de las barreras básicas de bioseguridad como el uso de gorro, mascarilla, guantes, gafas, bata, pechera, dique de goma, etc. En el cual constaron 20 preguntas que se evaluaban con 1 punto si era correcto y 0 si no lo era. Además se les observó por tres ocasiones para evaluar su actitud frente al uso de barreras de bioseguridad durante su práctica clínica, obteniendo los resultados “si cumple” y “no cumple”. Se obtuvo como resultado que el nivel de conocimientos mostró una asociación estadísticamente significativa con la aplicación de las medidas de bioseguridad, siendo estas dos de un nivel medio en las dos universidades.

b. Título: Nivel de conocimiento sobre Profilaxis Antibiótica de Endocarditis Infecciosa previa a procedimientos odontológicos en internos de odontología de tres universidades de Lima – 2013

Autor: Aguirre Montes, Patricia Milagros

Resumen: El siguiente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, se realizó con el objetivo de determinar el Nivel de conocimiento sobre Profilaxis Antibiótica de Endocarditis Infecciosa previa a procedimientos odontológicos en internos de odontología. La muestra fue estratificada, constituida de 117 internos de tres universidades de Lima que se encontraban finalizando su internado hospitalario correspondiente en el año 2013. Para determinar el nivel de conocimiento se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró una encuesta/cuestionario que constaba de 20 preguntas cerradas que fue validado mediante juicio de expertos. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento de cuatro secciones: Epidemiología, etiopatogenia, indicación y farmacología de profilaxis antibiótica para prevenir El en pacientes de riesgo previa a procedimientos odontológicos y los califico como bajo regular y alto, según la escala establecida. El 53,85% de los estudiantes participantes de la investigación tenían un nivel bajo de conocimientos sobre profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa previo a procedimientos odontológicos. En el nivel de

conocimientos, regular, se distribuyó el 32.48% de la población y en el nivel de conocimientos, bueno, se encontró el 13,68% de la población. Las secciones donde los internos obtuvieron los mayores puntajes fueron epidemiología de Endocarditis Infecciosa y farmacología de la profilaxis antibiótica de EI. En cambio las secciones de etiopatogenia de EI e indicación de profilaxis antibiótica fueron donde se obtuvieron los menores puntajes. Con el estudio se concluye que existe un déficit en el conocimiento sobre profilaxis antibiótica para prevenir EI en pacientes de riesgo previo a procedimientos odontológicos y que se deben de tomar medidas educativas para mejorar los aspectos que muestran necesidades de aprendizaje, debido a la importancia del rol que cumplen los odontólogos en la prevención de esta potencialmente mortal infección, en beneficio de la población que podrán ser atendido por los futuros odontólogos.

4. HIPÓTESIS.

Dado que la práctica de toda técnica quirúrgica presupone un dominio absoluto de dicho procedimiento.

Es probable que exista relación directa entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas y el nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal, efectuada por los alumnos del noveno semestre de la clínica odontológica de la U.C.S.M.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Para esta investigación se utilizó la técnica de Cuestionario para recoger información de las variables.

b. Esquematización

VARIABLES	TÉCNICAS
Nivel de conocimiento sobre el protocolo para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas.	Cuestionario.
Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal.	

c. Descripción de la técnica.

- Instrucción previa antes de desarrollar el formulario.
- Entrega de formularios.
- Recojo de formularios.

1.2. Instrumentos

a. Instrumento documental.

a.1. Precisión del instrumento

Se utilizó el Formulario Impreso, que fue estructurado en función a las variables e indicadores.

a.2 Estructura del instrumento.

VARIABLE	EJES	INDICADORES	SUB EJES
Nivel de conocimiento sobre el protocolo para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales.	1	Nivel de conocimiento sobre destartaje previo	1.1
		Nivel de conocimiento sobre Historia clínica.	1.2
		Nivel de conocimiento sobre operación propiamente dicha.	1.3
		Nivel de conocimiento sobre post operatorio.	1.4
		Nivel de conocimiento sobre curetaje de bolsa.	2.1

Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal básicas.	2	Nivel de conocimiento sobre gingivectomía	2.2
		Nivel de conocimiento sobre operación a colgajo	2.3

a.3 Modelo del instrumento.

Dicho modelo figura en anexos.

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. Ubicación espacial.

a. Ámbito general.

UCSM. Arequipa.

b. Ámbito específico.

Clínica Odontológica de Pregrado.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó en los meses de abril y mayo del 2015.

2.3. Unidades de estudio

a. Opción

Universo cuantitativo.

b. Cualificación del universo.

• **Criterios de inclusión.**

- Alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM.
- Alumnos que cuenten con matrícula regular.

• **Criterios de exclusión.**

- Alumnos que no estén cursando el noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM.
- Alumnos que no estén matriculados de forma regular en el noveno semestre de la clínica odontológica de la UCSM.

c. Cuantificación del universo

ALUMNOS	Nº
Alumnos matriculados en el noveno semestre	110

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1. Organización

- Autorización del Director de la clínica odontológica para la recolección de datos.
- Coordinación con los alumnos.

- Preparación de los alumnos para lograr su consentimiento expreso
- Entrega de formularios.
- Aplicación de instrumento.
- Recolección.

3.2. Recursos

a. Recursos humanos

a.1. Investigador : Gabriel Jonathan Laurente Cruz.

a.2. Asesor : Dr. Enrique de los Ríos Fernández.

b. Recursos económicos

Propios del investigador.

c. Recursos físicos

Clínica de Odontología de la U.C.S.M.

d. Recurso institucional

Universidad Católica de Santa María.

3.3. Validación del instrumento

El formulario fue validado por juicio de expertos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS.

4.1. Nivel de Sistematización.

Los datos fueron procesados de manera electrónica (paquete estadístico SPSS 19 For Windows)

4.1.1. Operaciones del procesamiento.

a. Clasificación

Una vez aplicados los instrumentos, la información fue ordenada en una Matriz de Sistematización de doble entrada.

b. Codificación

Por dígitos.

c. Plan de recuento

Matrices de recuento.

d. Plan de tabulación

Se emplearon tablas de entrada doble.

e. Plan de graficación

Gráficos de barras.

4.2. Plan de análisis

a. Tipo de análisis

Cuantitativo bivariado.

b. Tratado estadístico

VARIABLE	CARÁCTER ESTADÍSTICO	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICAS ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	TÉCNICA ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Nivel de conocimiento sobre el protocolo para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas.	Ordinal	Ordinal	Distribución de frecuencias absolutas y porcentuales	X ² de independencia.
Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal.	Ordinal	Ordinal.		





CAPITULO III

RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

TABLA N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESTARTAJE PREVIO A LA
CIRUGÍA PERIODONTAL.

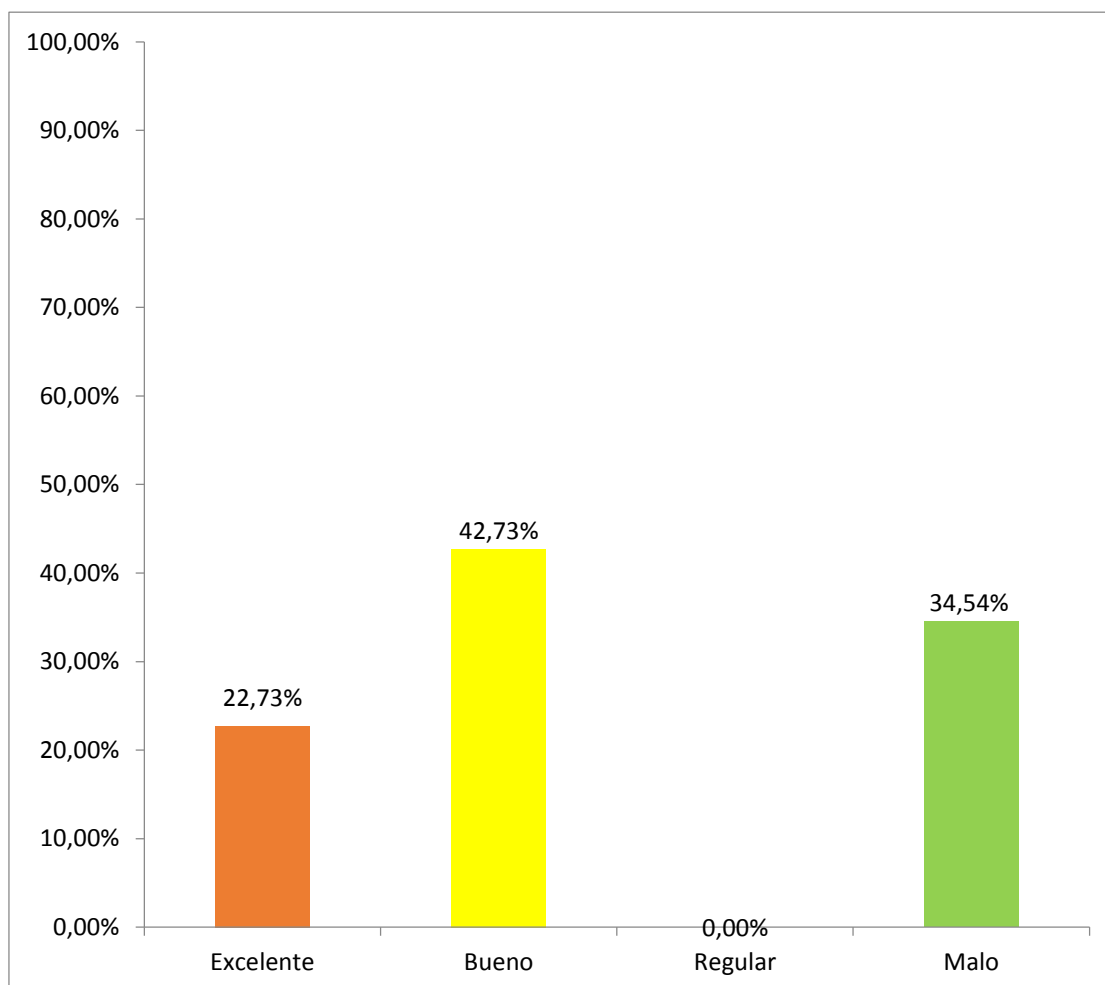
CALIFICACIÓN	Nº	%
Excelente	25	22.73
Bueno	47	42.73
Regular	00	00.00
Malo	38	34.54
Total	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla N° 1 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel bueno de conocimientos sobre el Destartaje Previo a la cirugía periodontal con el 42.73%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento excelente con el 22.73%.

GRAFICO N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESTARTAJE PREVIO A LA CIRUGÍA PERIODONTAL.



Fuente: Elaboracion personal.

TABLA Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA PREVIO A LA
CIRUGÍA.

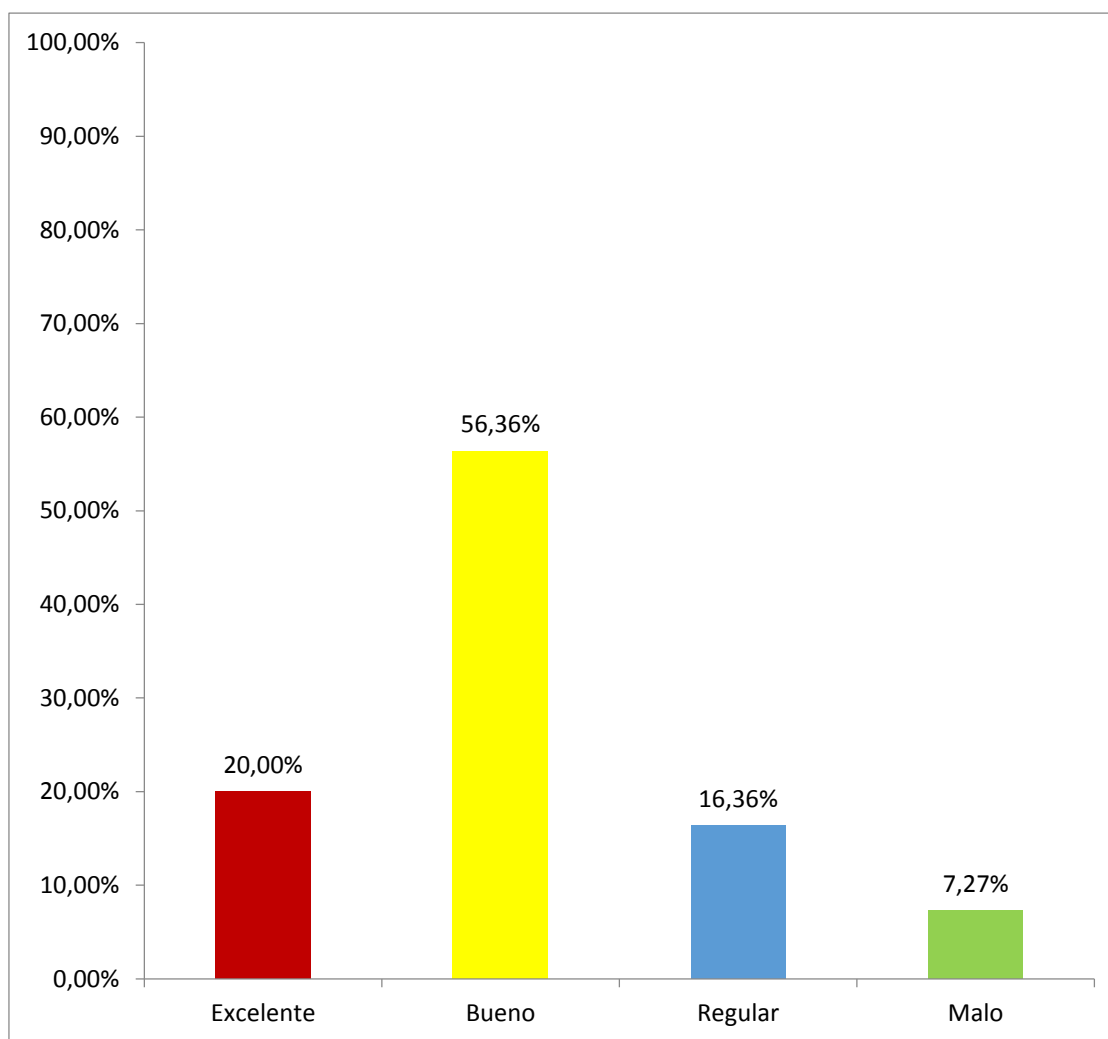
CALIFICACIÓN	Nº	%
Excelente	22	20.00
Bueno	62	56.36
Regular	18	16.36
Malo	8	7.27
Total	110	99.99

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla Nº 2 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel bueno de conocimientos sobre la Historia Clínica previa a la cirugía periodontal con el 56.36%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento malo con el 7.27%.

GRAFICO Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA PREVIO A LA CIRUGÍA.



Fuente: Elaboración personal.

TABLA N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA OPERACIÓN PROPIAMENTE
DICHA.

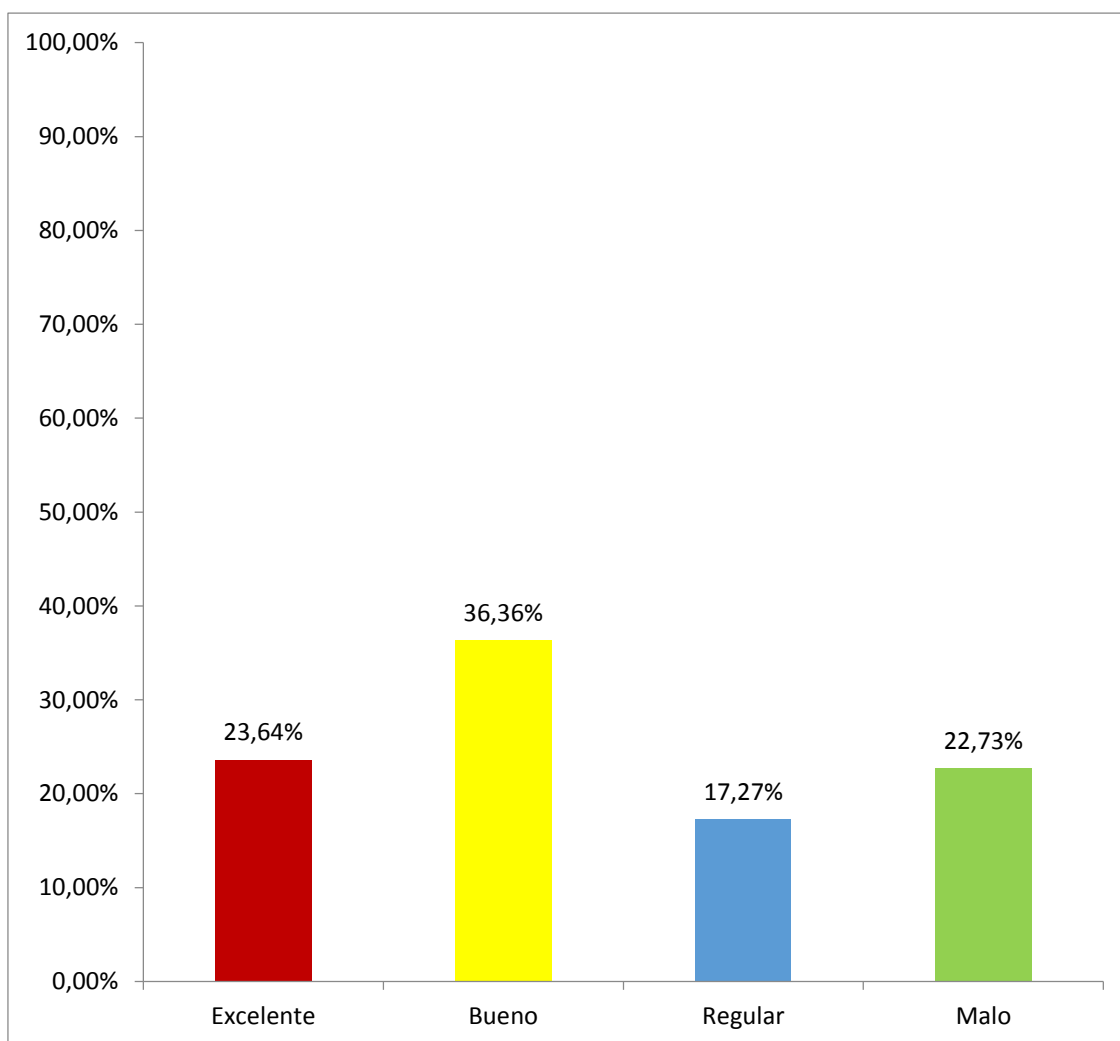
CALIFICACIÓN	N°	%
Excelente	26	23.64
Bueno	40	36.36
Regular	19	17.27
Malo	25	22.73
Total	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla N° 3 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel bueno de conocimientos sobre la Operación propiamente dicha de la cirugía periodontal con el 42.73%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento regular con el 17.27%.

GRAFICO Nº 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA.



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL POST OPERATORIO.

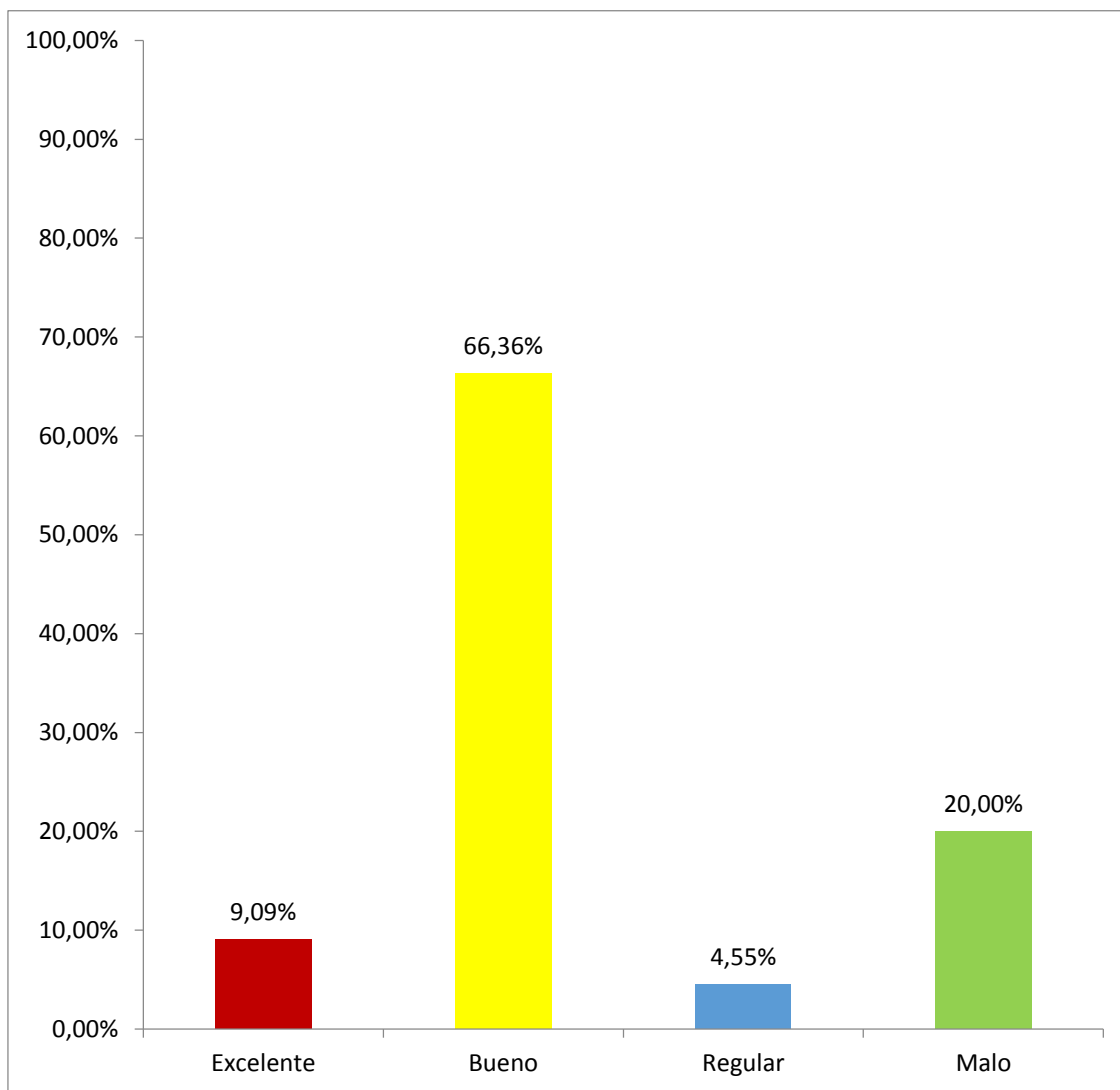
CALIFICACIÓN	N°	%
Excelente	10	9.09
Bueno	73	66.36
Regular	05	4.55
Malo	22	20.00
Total	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla N° 4 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel bueno de conocimientos sobre el Post Operatorio a la cirugía periodontal con el 66.36%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento regular con el 4.55%.

GRAFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL POST OPERATORIO.



Fuente: Elaboración personal.

TABLA Nº 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA
REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES
BÁSICAS.**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	Nº	%
Excelente	14	12.73
Bueno	67	60.91
Regular	19	17.27
Malo	10	9.09
TOTAL	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

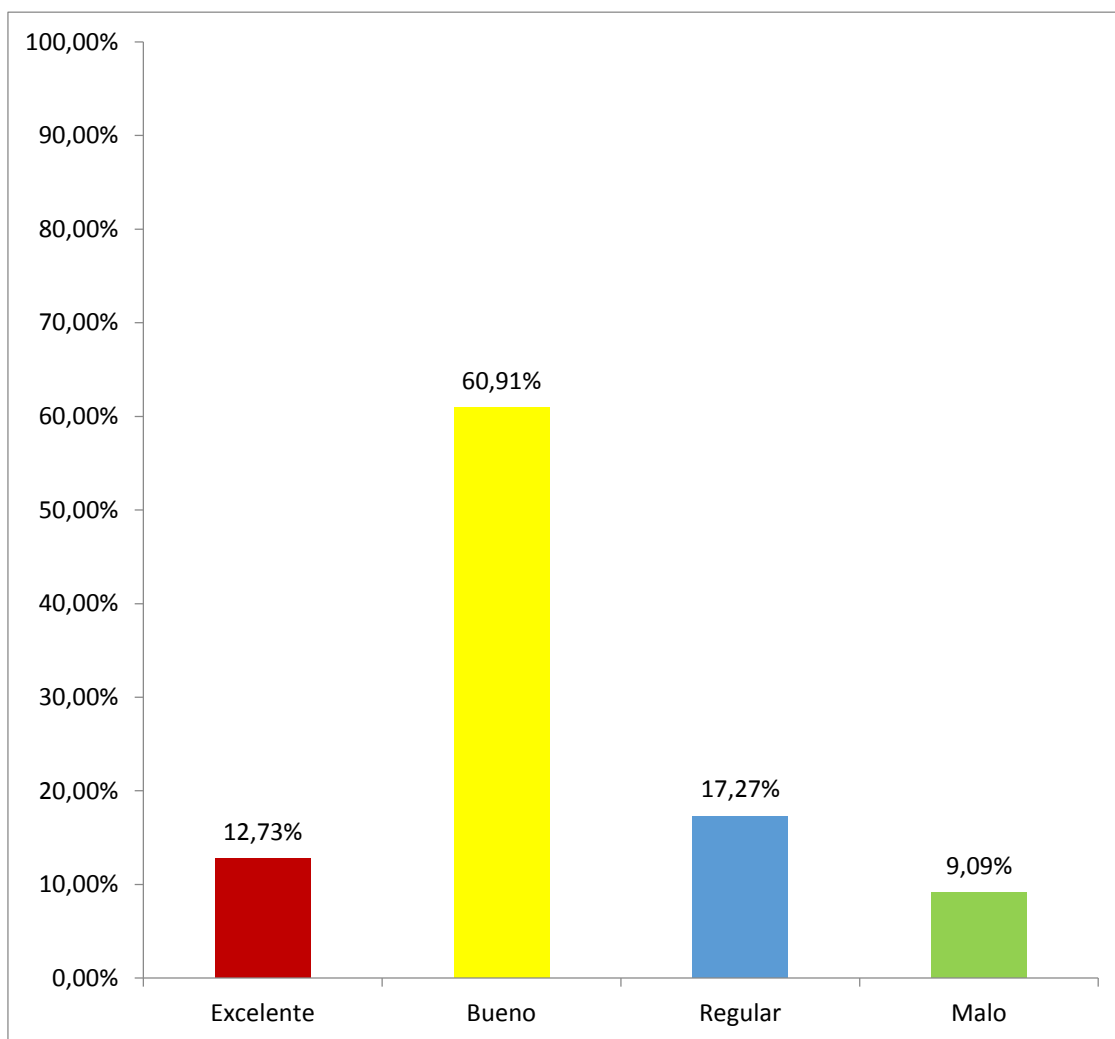
Según la tabla Nº 5 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel bueno de conocimientos sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales

básicas con el 60.91%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento malo con el 9.09%



GRAFICO Nº 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES BÁSICAS



Fuente: Elaboración personal.

TABLA Nº 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CURETAJE DE BOLSA.

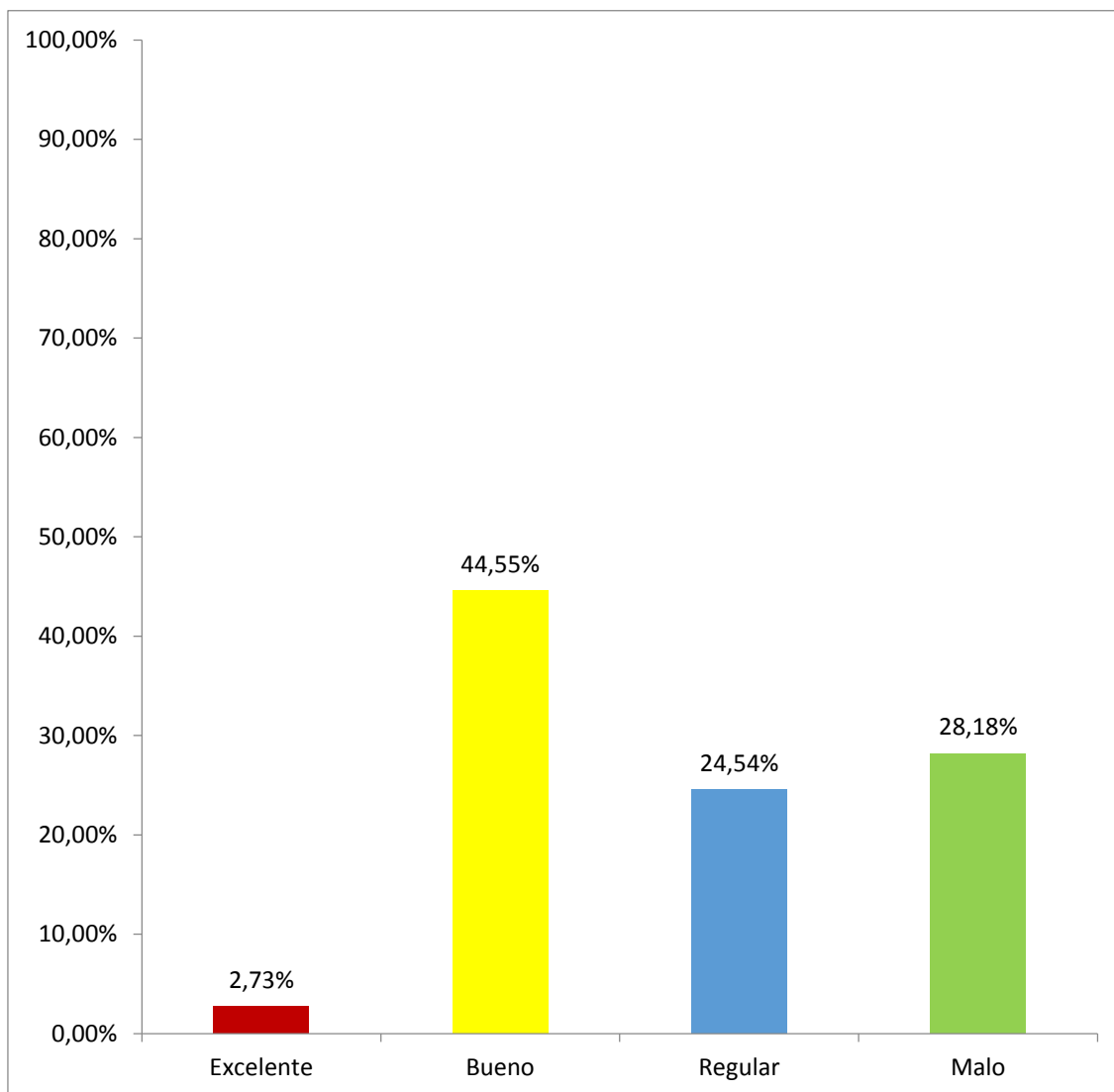
CALIFICACIÓN	Nº	%
Excelente	03	2.73
Bueno	49	44.55
Regular	27	24.54
Malo	31	28.18
Total	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla Nº 6 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel bueno de conocimientos sobre el curetaje de bolsa con el 44.55%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento excelente con el 2.73%

GRAFICO N° 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CURETAJE DE BOLSA.



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GINGIVECTOMIA.

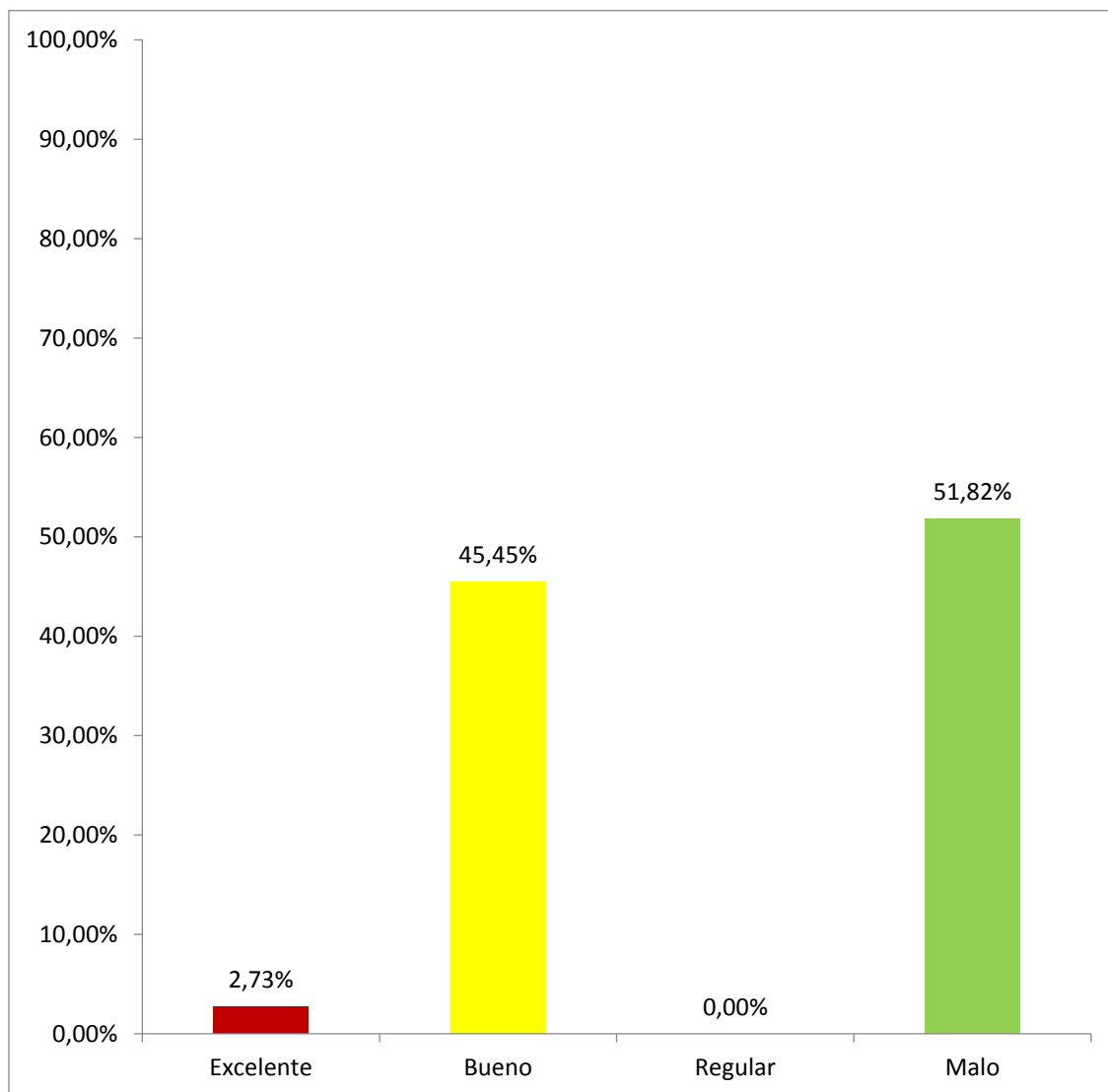
CALIFICACIÓN	N°	%
Excelente	03	2.73
Bueno	50	45.45
Regular	00	0.00
Malo	57	51.82
Total	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla N° 7 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel malo de conocimientos sobre la gingivectomia con el 51.82%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento excelente con el 2.73%

GRAFICO Nº 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GINGIVECTOMIA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA OPERACIÓN A COLGAJO NO
DESPLAZADO

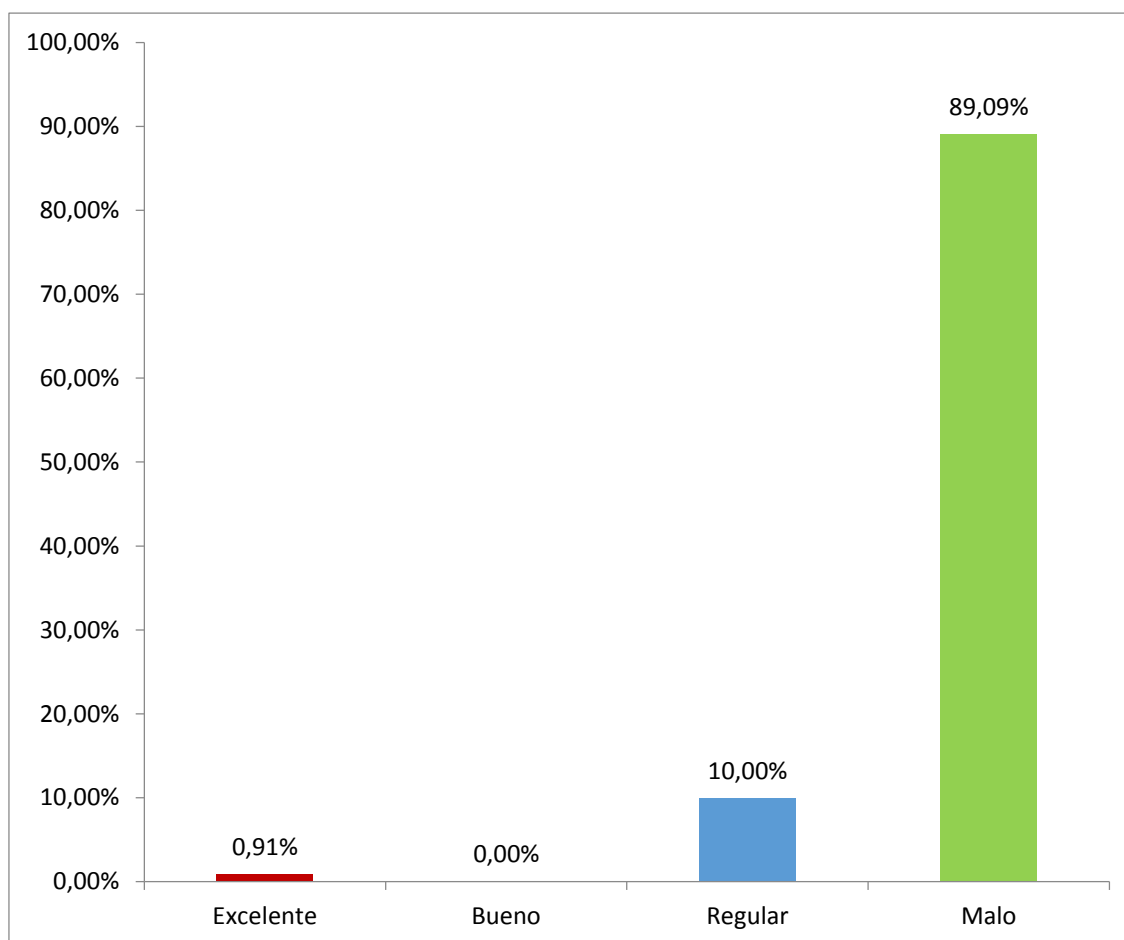
CALIFICACIÓN	Nº	%
Excelente	01	0.91
Bueno	00	0.00
Regular	11	10.00
Malo	98	89.09
Total	110	100.00

Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla N° 8 la mayoría de los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la UCSM mostro un nivel malo de conocimientos sobre la operación a colgajo no desplazado con el 89.09%. En tanto que, la minoría de estos exhibió un conocimiento excelente con el 0.91%

GRAFICO Nº 8

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA OPERACIÓN A COLGAJO NO DESPLAZADO



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA Nº 9

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL
PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EL CURETAJE DE BOLSA**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CURETAJE DE BOLSA								TOTAL	
	Excelente		Bueno		Regular		Malo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Excelente	01	0.91	5	4.55	5	4.54	3	2.73	14	12.73
Bueno	02	1.82	33	30.00	16	14.54	16	14.54	67	60.91
Regular	00	0.00	6	5.45	4	3.64	9	8.18	19	17.27
Malo	00	0.00	5	4.55	2	1.82	3	2.73	10	9.09
TOTAL	03	2.73	49	44.55	27	24.54	31	28.18	110	100.00

$X^2:7.24 < VC: 16.92$

Fuente: Elaboración personal.

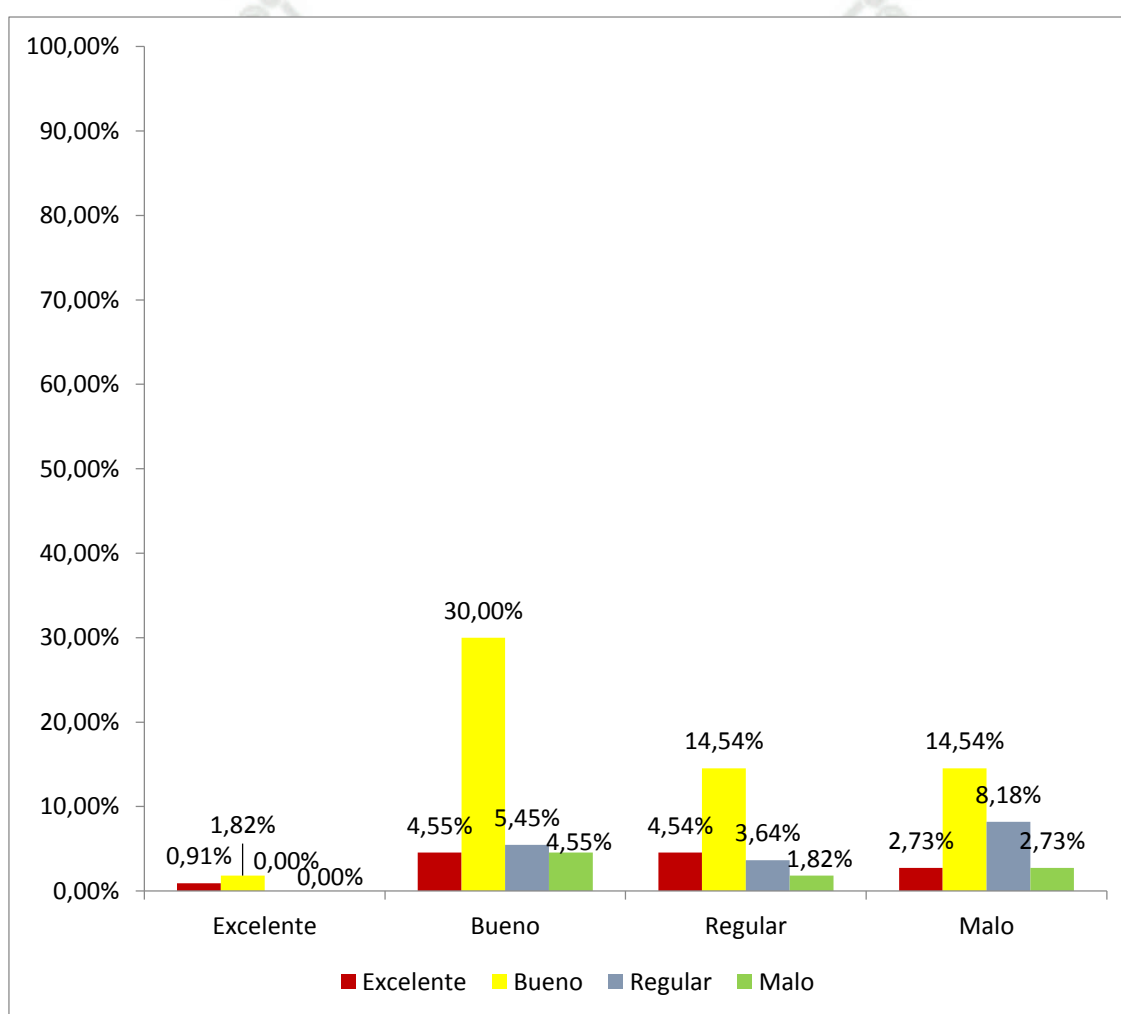
Según la tabla Nº 9 el nivel de conocimiento excelente sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas se relaciona mayormente aunque no exclusivamente con un conocimiento bueno con el curetaje de bolsa con el 4.55%. El conocimiento bueno sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales se vincula mayormente con el conocimiento bueno sobre el curetaje de bolsa con el 30.00%. El conocimiento regular del protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales se asocia mayormente con el conocimiento malo sobre curetaje de bolsa con el 8.18%. El conocimiento malo sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas se relaciona al conocimiento bueno sobre el curetaje de bolsa con el 4.55%.

La prueba X^2 indica no haber diferencia estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones

quirúrgicas periodontales y el nivel de conocimiento sobre curetaje de bolsa, dado que el valor de X^2 es menor que el valor crítico.

GRAFICO Nº 9

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CURETAJE DE BOLSA



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA Nº 10

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GINGIVECTOMIA.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE GINGIVECTOMIA								TOTAL	
	Excelente		Bueno		Regular		Malo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Excelente	01	0.91	07	6.36	00	0.00	06	5.45	14	12.73
Bueno	02	1.82	33	30.00	00	0.00	32	29.09	67	60.91
Regular	00	0.00	07	6.36	00	0.00	12	10.91	19	17.27
Malo	00	0.00	03	2.73	00	0.00	07	6.36	10	9.09
TOTAL	03	2.73	50	45.45	00	0.00	57	51.82	110	100.00

$$X^2: 4.47 < VC: 16.92$$

Fuente: Elaboración personal.

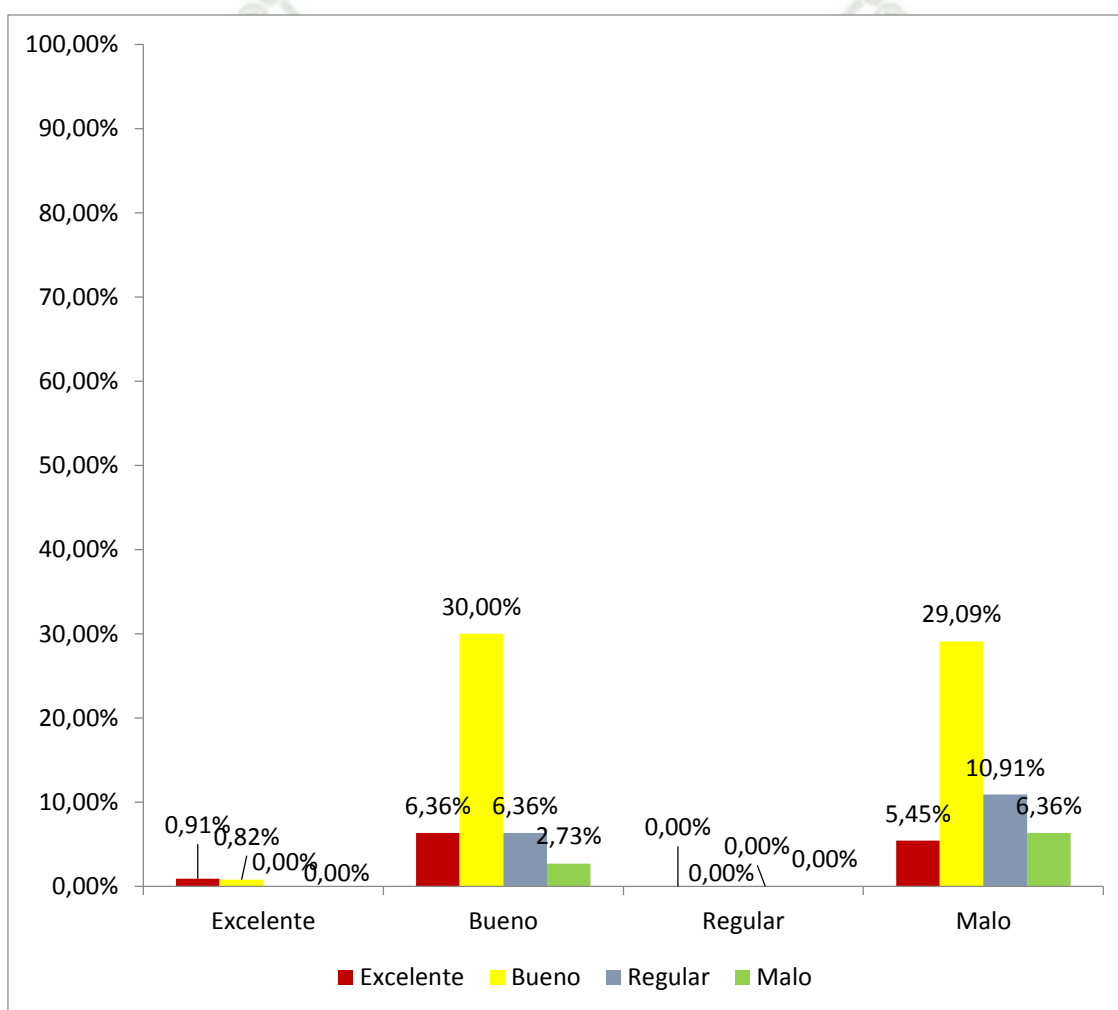
Según la tabla Nº 10 el nivel de conocimiento excelente sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas se relaciona mayormente aunque no exclusivamente con un conocimiento bueno con la gingivectomía con el 6.36%. El conocimiento bueno sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales se vincula mayormente con el conocimiento bueno sobre la gingivectomía con el 30.00%. El conocimiento regular del protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales se asocia mayormente con el conocimiento malo sobre la gingivectomía con el 10.91%. El conocimiento malo sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas se relaciona al conocimiento malo sobre la gingivectomía con el 6.36%.

Dado que el X^2 fue menor que el valor crítico, no existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la

realización de intervenciones quirúrgicas periodontales y el nivel de conocimiento sobre la gingivectomía.

GRAFICO Nº 10

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GINGIVECTOMIA.



Fuente: Elaboración Personal.

TABLA Nº 11

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA OPERACIÓN A COLGAJO NO DESPLAZADO.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OPERACIÓN A COLGAJO NO DESPLAZADO								TOTAL	
	Excelente		Bueno		Regular		Malo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Excelente	00	0.00	00	0.00	01	0.91	13	11.82	14	12.73
Bueno	01	0.91	00	0.00	05	4.55	61	55.45	67	60.91
Regular	00	0.00	00	0.00	02	1.82	17	15.45	19	17.27
Malo	00	0.00	00	0.00	03	2.73	07	6.36	10	9.09
TOTAL	01	0.91	00	0.00	11	10	98	89.09	110	100.00

$\chi^2: 5.67 < VC: 16.92$

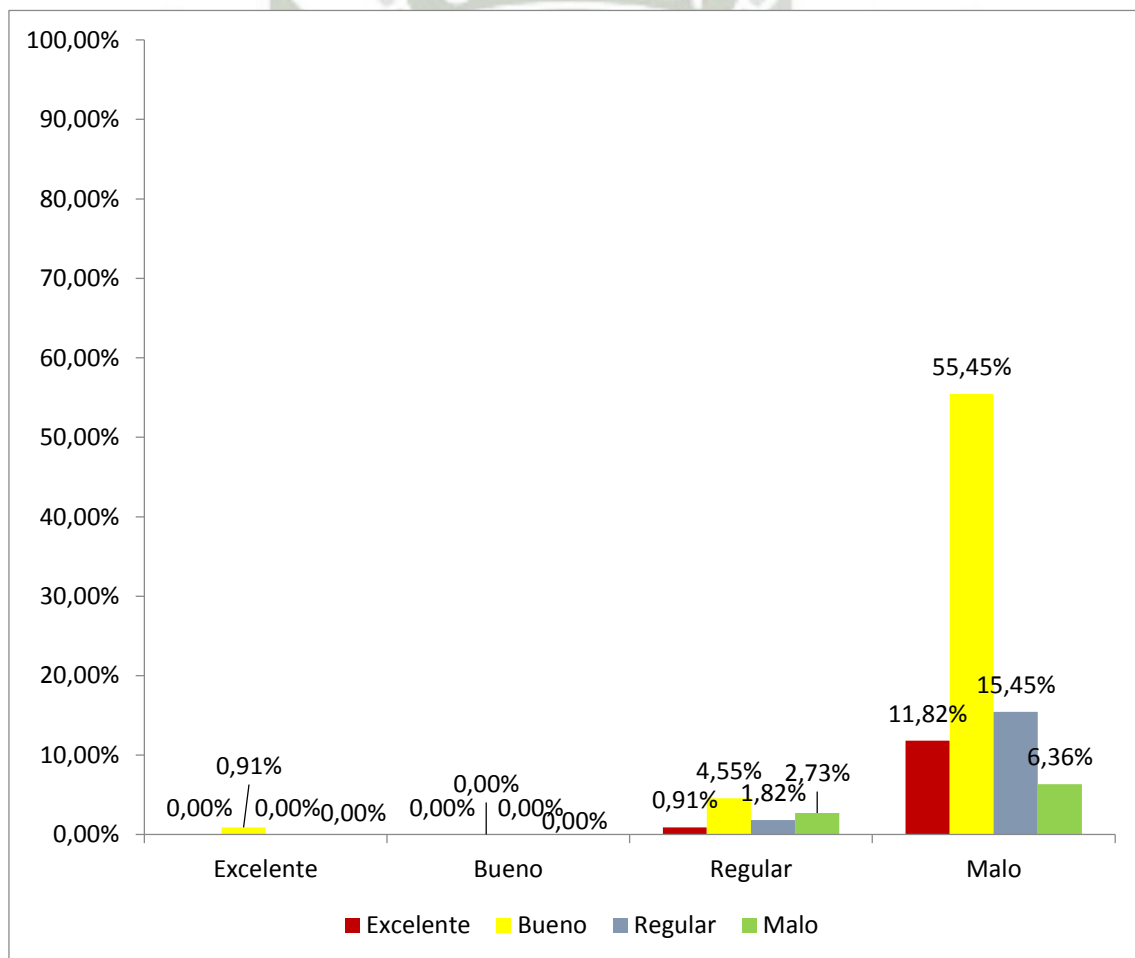
Fuente: Elaboración personal.

Según la tabla Nº 11 el nivel de conocimiento excelente sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas se relaciona mayormente aunque no exclusivamente con un conocimiento malo con la operación a colgajo no desplazado con el 11.82%. El conocimiento bueno sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales se vincula mayormente con el conocimiento malo sobre la operación a colgajo no desplazado con el 55.45%. El conocimiento regular del protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales se asocia mayormente con el conocimiento malo sobre la operación a colgajo no desplazado con el 15.45%. El conocimiento malo sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas se relaciona al conocimiento malo sobre la operación a colgajo no desplazado con el 6.36%.

Teniendo en cuenta que el valor de X^2 fue menor al valor crítico, no existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales y el nivel de conocimiento sobre operación a colgajo no desplazado.

GRAFICO N° 11

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA OPERACIÓN A COLGAJO NO DESPLAZADO.



Fuente: Elaboración Personal.

DISCUSIÓN

El aporte concreto de la presente investigación radica en que el nivel de conocimiento del Protocolo General para la Realización de Intervenciones Quirúrgicas Periodontales Básicas mostrado en alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M. Fue mayormente bueno, con el 60.91%. En tanto el nivel de conocimiento mostrado por dichos alumnos en lo que respecta a Curetaje de Bolsa y Gingivectomía fue mayormente bueno, con el 44.55 % para cada técnica quirúrgica, y mayormente malo en la Operación a Colgajo no Desplazado con el 88.09%. asimismo la prueba X^2 indica que no existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Protocolo General para la Realización de Intervenciones Quirúrgicas Periodontales Básicas y el nivel de conocimiento sobre cada técnica quirúrgica periodontal específica.

Haciendo la comparación del caso entre los resultados obtenidos en la presente investigación y Bermeo (2015) se da discrepancia dado que este autor reporto que el nivel de conocimiento mostro una asociación estadísticamente significativa con la aplicación de medidas de seguridad, siendo estas dos un nivel medio en las universidades donde se realizó dicho estudio.

Al respecto Aguirre (2015) reporto que en su tema de investigación el 53.85% de estudiantes participantes de la investigación muestran un nivel bajo de conocimientos, el 32.48% de la población mostro un nivel regular de conocimientos y el 13.68% mostro un nivel bueno de conocimientos haciendo concordar la prevalencia de un nivel malo de conocimientos en un determinado tema.

La no existencia de relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Protocolo General para la Realización de Intervenciones Quirúrgicas Periodontales Básicas y el nivel de conocimiento mostrado por los alumnos en cada una de las Técnicas de Cirugía Periodontal Básica (Curetaje de bolsa, Gingivectomia, Operación a Colgajo no Desplazado) podría deberse a la falta de estudio de los alumnos en lo que respecta a estos últimos, o en su defecto al hecho concreto de que los profesores de turno mayormente hacen las intervenciones y los alumnos observan.



CONCLUSIONES

PRIMERA

El nivel de conocimiento sobre el Protocolo General para la Realización de Intervenciones Quirúrgicas Periodontales Básicas, mostrado en alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M fue mayormente bueno, con el 60.91%.

SEGUNDA

El nivel de conocimiento sobre Curetaje de Bolsa mostrado por estos alumnos fue mayormente bueno con el 44.55%; el conocimiento predominante sobre Gingivectomía fue bueno con el 44.55%; el conocimiento sobre Operación a Colgajo no Desplazado fue mayormente malo con el 89.09%.

TERCERA

Según la prueba X^2 , no existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre el Protocolo General para la Realización de Intervenciones Quirúrgicas Periodontales y el nivel de conocimiento sobre Curetaje de Bolsa, Gingivectomía y Operación a Colgajo no Desplazado.

CUARTA

Consecuentemente, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna o de la investigación, con un nivel de significación de 0.05.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Se recomienda a los alumnos una mayor internalización de hábitos de estudio consciente, reflexivo, responsable y permanente, con el objeto de que el nivel de conocimiento mostrado por estos alumnos respecto al Protocolo General de Intervenciones Quirúrgicas Periodontales Básicas tenga un correlato estricto con el nivel de conocimiento sobre cada técnica específica sobre Cirugía Periodontal Básica.

SEGUNDA

Se sugiere también a los alumnos del último semestre efectuar investigaciones sobre el nivel de conocimiento sobre diferentes tópicos de cirugía periodontal resectiva, regenerativa, mucogingival, e implantológica, con la finalidad de identificar el nivel de conocimiento sobre estos procedimientos.

TERCERA

Asimismo se recomienda atender nuevas investigaciones respecto al nivel de conocimiento sobre las técnicas terapéuticas quirúrgicas, también se recomienda a estos alumnos medir el nivel de conocimiento sobre técnicas de diagnóstico periodontal, historias clínicas, radiográficas, tomografías, microbiológicas entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

- CARRANZA, Fermín, NEWMAN, TAKEI, Klokkevold. *Periodontología Clínica*, 10a. Edición, Editorial Latinoamericana. México D.F 2010.
- LINDHE, Jam Karring. *Periodontología Clínica e Implantológica Odontológica*. 4ta Edición. Editorial Medica Panamericana 2009
- PRICHARD, Jhon F. *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general*. 2da. Edición. Editorial Médica Panamericana. 1982.
- ROJAS VALENZUELA, Christian. *Remoción de la placa y cálculo*. Editor Impreso en Arequipa. 2010.
- ROSADO LINARES Larry, *Periodoncia*. Arequipa. Edición 2013.
- VALDIVIA PINTO, Patricia Marcela. *Historia Clínica Periodontal*. Primera edición, Editorial Impresiones López. Arequipa 2008.
- WOLF, Herbert F. *Atlas a color de Periodontología* Edición 2008. Editorial Amolca. México 2008.

HEMEROGRAFIA

- RIVADENEIRA OBREGÓN Ana María, *Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental*. Consultorio 1ero de marzo. Febrero- octubre 2009
- Andrés Duque, *Nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en una muestra de empleados en Medellín*. 2011



INFORMATOGRAFIA

- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3521>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113823x2006000200005&script=sci_arttext
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/allende_rp/Fase%20Recoleccion.pdf
- http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/230/115_2013_Laura_Cahuana_JG_FACS_Odontologia_2013_Resumen.pdf?sequence=2
- <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/230>
- <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3754>
- http://www.gacetadental.com/pdf/245_CIENCIA_EnfermedadPeriodontalCardiovascular.pdf
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1608-89212013000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v24n2/v24n2a04.pdf>





FORMULARIO IMPRESO

Marque o complete según corresponda.

1. NIVEL DE CONOCIMIENTO

1.1. Destartaje previo

- a. ¿El destartaje implica técnicas de raspaje y alisado radicular?
Si No..... Ninguno....
- b. ¿El destartaje es un procedimiento de norma antes de realizar cualquier técnica de cirugía periodontal?
Si No...
- c. ¿EL raspaje supragingival es la instrumentación y alisado radicular?
Si.... No....
- d. ¿El pulido es el segundo procedimiento del destartaje?
Si..... No.....

1.2. Historia clínica.

- a. ¿Los exámenes auxiliares son importantes para una intervención quirúrgica?
Si.... No.....
- b. ¿Qué partes tiene la Historia clínica?
.....
.....
.....
- c. ¿La anamnesis lleva datos del paciente?
Si No
- d. ¿Qué es una historia clínica?
.....
.....
.....

1.3. Operación propiamente dicha

- a. ¿Tiene conocimiento de la asepsia que debe realizar?
.....
.....
- b. ¿Conoce los parámetros que se deben de tomar en cuenta en una intervención quirúrgica? Si la respuesta es afirmativa menciónelos
.....
.....
.....
.....
- c. ¿Antes de realizar una intervención repasa las técnicas y formas de realizar una intervención?
Si..... No.....

d. ¿Cuántos tipos de incisión se pueden usar en la gingivectomia?

.....
.....
.....

2.3. Operación a colgajo no desplazado

a. ¿La operación a colgajo se realiza para tener una mejor visibilidad a las zonas radiculares?

Si... No.....

b. ¿Realizo alguna técnica de colgajo y con qué frecuencia?

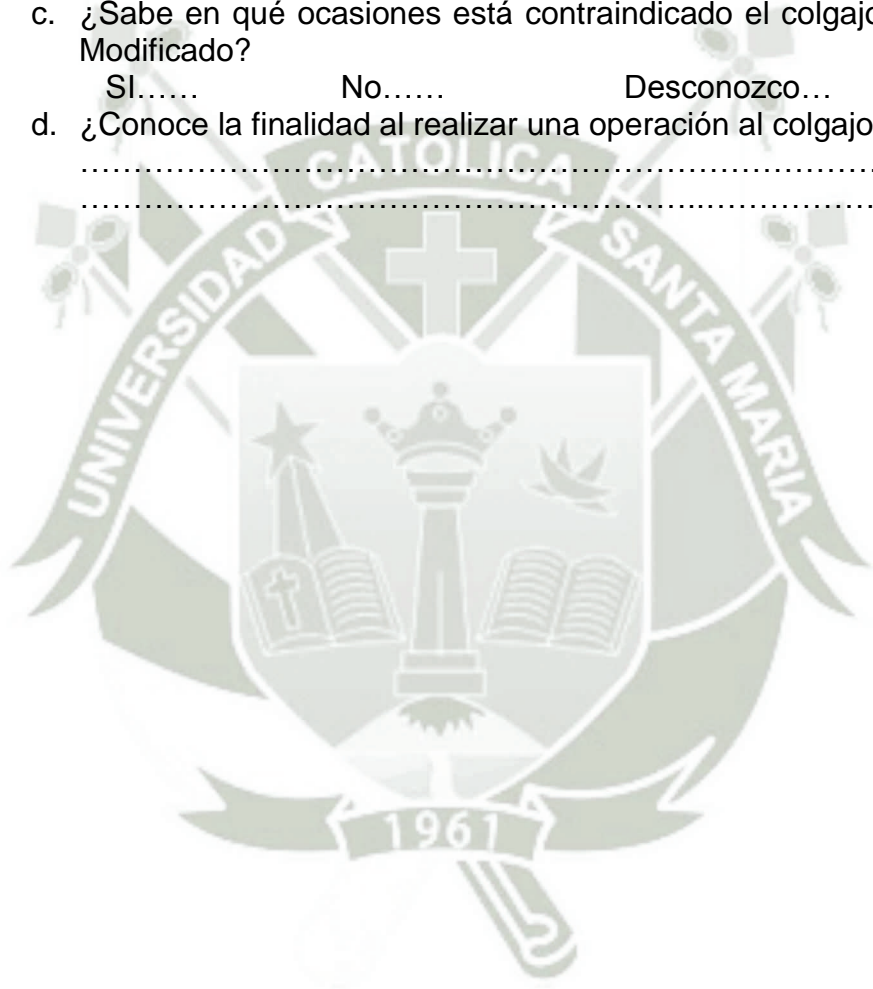
.....
.....

c. ¿Sabe en qué ocasiones está contraindicado el colgajo Widman Modificado?

SI..... No..... Desconozco...

d. ¿Conoce la finalidad al realizar una operación al colgajo?

.....
.....





MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ENUNCIADO: “Relación entre el nivel de conocimiento sobre el protocolo general para la realización de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas y sobre el tipo de cirugía periodontal básica, efectuada por los alumnos del noveno semestre de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M Arequipa 2015”

Unidades de estudio	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general					Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal		
	Destartaje previo	Historia clínica	Operación propiamente dicha	Post operatorio	Nivel de conocimiento general	Curetaje de bolsa	Gingivectomia	Operación a colgajo no desplazado
01	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Excelente	Malo
02	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Regular	Malo	Malo	Malo
03	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Malo
04	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Malo
05	Bueno	Bueno	Malo	Excelente	Bueno	Malo	Malo	Malo
06	Bueno	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo
07	Malo	Malo	Malo	Excelente	Malo	Malo	Bueno	Malo
08	Bueno	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Malo

09	Malo	Bueno	Excelente	Excelente	Excelente	Malo	Malo	Malo
10	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Malo	Malo
11	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
12	Excelente	Excelente	Regular	Bueno	Excelente	Excelente	Malo	Malo
13	Malo	Bueno	Regular	Regular	Regular	Bueno	Malo	Malo
14	Bueno	Regular	Bueno	Regular	Bueno	Malo	Malo	Malo
15	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Malo
16	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo

Unidades de estudio	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general					Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal		
	Destartaje previo	Historia clínica	Operación propiamente dicha	Post operatorio	Nivel de conocimiento general	Curetaje de bolsa	Gingivectomia	Operación a colgajo no desplazado
64	Bueno	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Malo
65	Excelente	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Regular	Malo	Malo
66	Malo	Bueno	Regular	Malo	Malo	Regular	Malo	Malo

Unidades de estudio	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general					Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal		
	Destartaje previo	Historia clínica	Operación propiamente dicha	Post operatorio	Nivel de conocimiento general	Curetaje de bolsa	Gingivectomía	Operación a colgajo no desplazado
17	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Regular	Malo	Malo	Malo
18	Bueno	Excelente	Malo	Regular	Regular	Bueno	Bueno	Malo
19	Excelente	Malo	Malo	Malo	Malo	Malo	Malo	Malo
20	Malo	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
21	Malo	Malo	Excelente	Malo	Malo	Bueno	Malo	Malo
22	Excelente	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Malo
23	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
24	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
25	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Regular	Bueno	Malo	Malo
26	Malo	Regular	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
27	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo

28	Excelente	Excelente	Malo	Malo	Bueno	Malo	Malo	Malo	
29	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Regular	
30	Excelente	Excelente	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Malo	
31	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Malo	
32	Excelente	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	
33	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo	
34	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo	
35	Excelente	Bueno	Regular	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Malo	
36	Bueno	Malo	Regular	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Malo	
37	Bueno	Excelente	Regular	Bueno	Excelente	Malo	Bueno	Malo	
38	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Malo	Regular	
39	Malo	Excelente	Malo	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Malo	
40	Bueno	Excelente	Malo	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	
Unidades de estudio	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general					Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal			

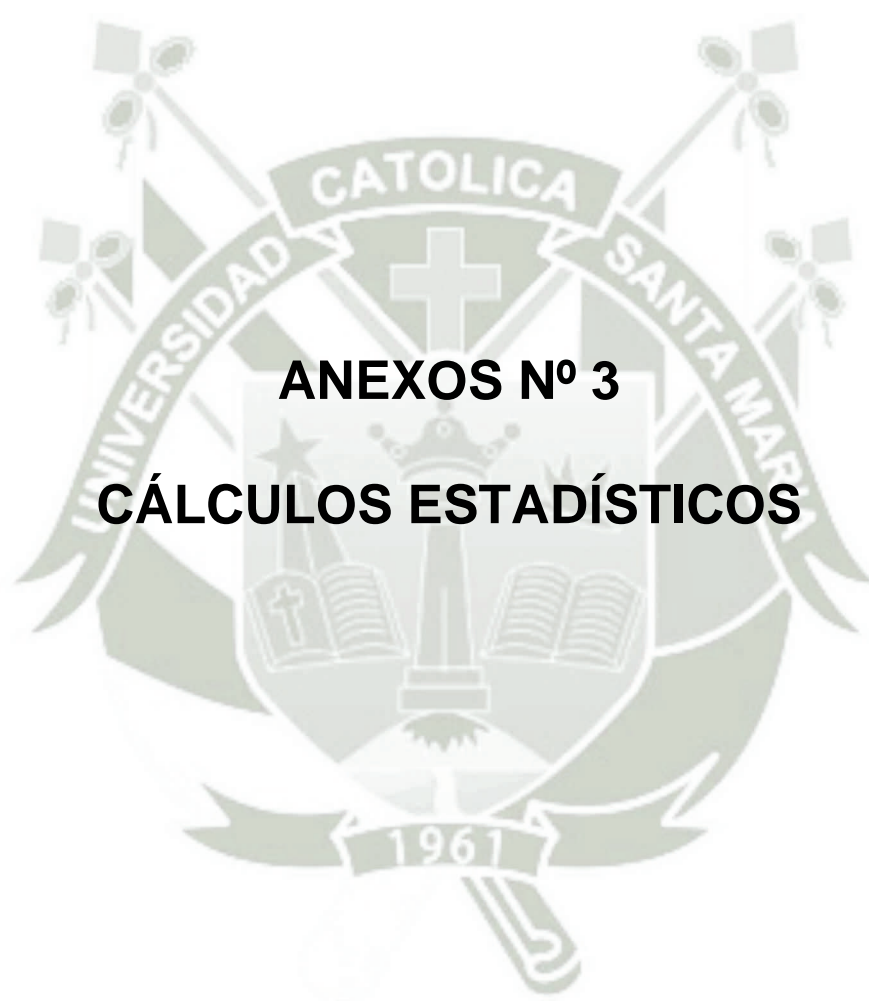
	Destartaje previo	Historia clínica	Operación propiamente dicha	Post operatorio	Nivel de conocimiento general	Curetaje de bolsa	Gingivectomia	Operación a colgajo no desplazado
41	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
42	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Excelente
43	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Regular	Regular	Malo	Regular
44	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Regular
45	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
46	Malo	Bueno	Excelente	Excelente	Excelente	Bueno	Bueno	Regular
47	Malo	Bueno	Malo	Excelente	Regular	Bueno	Malo	Malo
48	Excelente	Bueno	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Malo	Malo
49	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Regular	Bueno	Regular
50	Bueno	Regular	Regular	Malo	Regular	Malo	Bueno	Malo
51	Excelente	Malo	Bueno	Malo	Regular	Malo	Malo	Malo
52	Malo	Bueno	Excelente	Regular	Bueno	Regular	Bueno	Malo
53	Malo	Regular	Malo	Regular	Malo	Bueno	Malo	Malo

54	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Regular	Regular	Malo	Malo
55	Excelente	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Malo	Malo
56	Excelente	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Regular	Excelente	Malo
57	Malo	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Malo	Malo	Malo
58	Excelente	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo
59	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Malo
60	Excelente	Bueno	Malo	Malo	Regular	Malo	Malo	Malo
61	Excelente	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
62	Malo	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Malo
63	Excelente	Bueno	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Bueno	Malo
67	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
68	Bueno	Regular	Malo	Excelente	Regular	Malo	Bueno	Malo
69	Bueno	Bueno	Regular	Excelente	Bueno	Excelente	Malo	Malo
70	Excelente	Malo	Regular	Bueno	Regular	Bueno	Malo	Malo
71	Malo	Regular	Excelente	Malo	Malo	Bueno	Malo	Regular
72	Excelente	Bueno	Excelente	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Malo

73	Malo	Bueno	Regular	Malo	Malo	Bueno	Malo	Regular
74	Malo	Regular	Regular	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Malo
75	Malo	Bueno	Excelente	Malo	Malo	Bueno	Bueno	Malo
76	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo
77	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Malo
78	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo
79	Malo	Regular	Malo	Malo	Malo	Malo	Bueno	Malo
80	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Regular
81	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
82	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Malo
83	Malo	Bueno	Bueno	Malo	Regular	Malo	Malo	Regular
84	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Malo
85	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
86	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
Unidades de estudio	Nivel de conocimiento sobre el protocolo general					Nivel de conocimiento sobre el tipo de cirugía periodontal		

	Destartaje previo	Historia clínica	Operación propiamente dicha	Post operatorio	Nivel de conocimiento general	Curetaje de bolsa	Gingivectomia	Operación a colgajo no desplazado
87	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Malo
88	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Regular	Regular	Malo	Malo
89	Malo	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Malo	Malo
90	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Malo
91	Malo	Excelente	Excelente	Bueno	Excelente	Regular	Bueno	Malo
92	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
93	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
94	Malo	Malo	Malo	Excelente	Malo	Regular	Malo	Regular
95	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
96	Malo	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Regular	Malo	Malo
97	Malo	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
98	Bueno	Regular	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
99	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo

100	Bueno	Excelente	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
101	Malo	Bueno	Regular	Excelente	Regular	Regular	Bueno	Malo
102	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Malo
103	Bueno	Bueno	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
104	Excelente	Bueno	Malo	Bueno	Bueno	Malo	Malo	Malo
105	Bueno	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo
106	Malo	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
107	Excelente	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Malo
108	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Bueno	Malo
109	Excelente	Regular	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo	Malo
110	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Malo



ANEXOS N° 3
CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

CALCULO DEL X²

I. TABLA N° 9

1. Hipótesis estadística.

H₀: El nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas no tiene relación significativa con el nivel de conocimiento sobre el curetaje de bolsa.

H₁: El nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas tiene relación significativa con el nivel de conocimiento sobre el curetaje de bolsa.

2. Tabla de contingencia de 4 x 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CURETAJE DE BOLSA				TOTAL Nº
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	
	Nº	Nº	Nº	Nº	
Excelente	01	5	5	3	14
Bueno	02	33	16	16	67
Regular	00	6	4	9	19
Malo	00	5	2	3	10
TOTAL	03	49	27	31	110

3. Calculo del X².

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	X ² = (O-E) ² E
E+E	1	0.38	0.62	0.38	1.01
E+B	5	6.24	-1.24	1.54	0.25
E+R	5	3.44	1.56	2.43	0.71
E+M	3	3.95	-0.95	0.90	0.23
B+E	2	1.83	0.17	0.03	0.02
B+B	33	29.84	3.16	9.99	0.33
B+R	16	16.45	-0.45	0.20	0.01
B+M	16	18.88	-2.88	8.29	0.44
R+E	0	0.52	-0.52	0.27	0.52
R+B	6	8.46	-2.46	6.05	0.72
R+R	4	4.66	-0.66	0.44	0.09

R+M	9	5.35	3.65	13.32	2.49
M+E	0	0.27	-0.27	0.07	0.26
M+B	5	4.45	0.55	0.30	0.07
M+R	2	2.45	-0.45	0.20	0.08
M+M	3	2.82	0.18	0.03	0.01
TOTAL	110				$X^2= 7.24$

NS= 0.05 VC= 16.92
 $X^2= 7.24$ GL= 9

II. TABLA N° 10.

1. Hipótesis estadística.

H₀: El nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas no tiene relación significativa con el nivel de conocimiento sobre la gingivectomía.

H₁: EL nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas tiene relación significativa con el nivel de conocimiento sobre la gingivectomía.

2. Tabla de contingencia de 4 x 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE GINGIVECTOMIA				TOTAL
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	
	Nº	Nº	Nº	Nº	
Excelente	01	07	00	06	14
Bueno	02	33	00	32	67
Regular	00	07	00	12	19
Malo	00	03	00	07	10
TOTAL	03	50	00	57	110

3. Calculo del X²-

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2= \frac{(O-E)^2}{E}$
E+E	1	0.38	0.62	0.38	1.01

E+B	7	6.36	0.64	0.41	0.06
E+R	0	0	0	0	0
E+M	6	7.25	-1.25	1.56	0.22
B+E	2	1.83	0.17	0.03	0.02
B+B	33	30.45	2.55	6.50	0.21
B+R	0	0	0	0	0
B+M	32	34.72	-2.72	7.40	0.21
R+E	0	0.52	-0.52	0.27	0.52
R+B	7	8.64	-1.64	2.69	0.31
R+R	0	0	0	0	0
R+M	12	9.85	2.15	4.62	0.47
M+E	0	0.27	-0.27	0.07	0.27
M+B	3	4.55	-1.55	2.40	0.53
M+R	0	0	0	0	0
M+M	7	5.18	1.82	3.31	0.64
TOTAL	110				$\chi^2= 4.47$

NS= 0.05
GL= 9
VC= 16.92
 $\chi^2= 4.47$

III. TABLA N° 11.

1. Hipótesis estadística.

H₀: El nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas no tiene relación significativa con el nivel de conocimiento sobre operación colgajo no desplazado

H₁: EL nivel de conocimiento sobre el protocolo general de intervenciones quirúrgicas periodontales básicas tiene relación significativa con el nivel de conocimiento sobre operación a colgajo no desplazado.

2. Tabla de contingencia de 4 x 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE OPERACIÓN A COLGAJE NO DESPLAZADO				TOTAL
	Excelente	Bueno	Regular	Malo	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Excelente	00	00	01	13	14
Bueno	01	00	05	61	67
Regular	00	00	02	17	19
Malo	00	00	03	07	10
TOTAL	01	00	11	98	110

3. Calculo del X^2

Combinación	O	E	O-E	(O-E) ²	$\frac{X^2 = (O-E)^2}{E}$
E+E	0	0.13	-0.13	0.02	0.13
E+B	0	0	0	0	0
E+R	1	1.4	-0.14	0.16	0.11
E+M	13	12.47	0.53	0.28	0.02
B+E	1	0.61	0.39	0.15	0.25
B+B	0	0	0	0	0
B+R	5	6.7	-1.7	2.89	0.43
B+M	61	59.69	1.31	1.72	0.03
R+E	0	0.17	0.17	0.03	0.17
R+B	0	0	0	0	0
R+R	2	1.9	0.1	0.01	0.01
R+M	17	16.93	0.07	0.005	0.00
M+E	0	0.09	-0.09	0.008	0.09
M+B	0	0	0	0	0
M+R	3	1	2	4	4
M+M	7	8.91	-1.91	3.65	0.41
TOTAL	110				$X^2 = 5.67$

NS= 0.05
GL= 9
VC= 16.92
 $X^2= 5.67$





ANEXO N° 4
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO

El que suscribe _____
hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación que presenta el Sr. **GABRIEL JONATHAN LAURENTE CRUZ** de la facultad de odontología titulada: **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PERIODONTALES BÁSICAS Y SOBRE EL TIPO DE CIRUGÍA PERIODONTAL BÁSICA, EFECTUADA POR LOS ALUMNOS DEL NOVENO SEMESTRE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UCSM, AREQUIPA 2015** con fines de obtención del Título profesional de Cirujano Dentista.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de la beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes , durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos

Investigador

Investigado(a)

Arequipa,



ANEXO N° 5
CONSTANCIA DE INVESTIGACIÓN

**SOLICITO: UTILIZACIÓN DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN
DE TESIS**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
S.D.**

GABRIEL JONATAHN LAURENTE CRUZ, con
Código de Matricula N° 2009800341, del Programa
Profesional de Odontología, ante usted, me presento y
digo:

Que, para realizar mi Tesis titulada: “RELACIÓN
ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO GENERAL
PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
PERIODONTALES Y EL TIPO DE CIRUGÍA PERIODONTAL BÁSICA
EFECTUADA POR LOS ALUMNOS DEL IX SEMESTRE DE LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA DE LA UCSM AREQUIPA 2015” requiero contar con el uso de la
Clínica Odontológica, por lo que recorro a usted, a fin que autorice su uso.

POR LO EXPUESTO:

Agradeciendo su atención a la presente pido acceder a mi solicitud.

Arequipa, 29 de abril de 2015

*Recibido
29 / 4 / 15
[Signature]*



GABRIEL JONATAHN LAURENTE CRUZ
Código de Matricula N° 2009800341