

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

TEMA: “Estado Periodontal, de Embarazadas que ingresaron al Programa del control pre -natal de los centros de Salud del Municipio de León septiembre 2011 a mayo 2012”.

Elaborado por:

- ❖ **Br. Merlui Verónica Picado Argeñal.**
- ❖ **Br. Kenia Maciel Sánchez Sánchez.**
- ❖ **Br. Helen Juniette Silva Zapata.**

Tutora: Dra. Melquidia Paredes Rivas.

Asesor Metodológico: Dr. Humberto Altamirano Reyes.

León 06 de Julio de 2012.

DEDICATORIA

A Dios padre todo poderoso y a la Virgen por acompañarnos a lo largo de nuestra carrera e iluminarnos y guiarnos durante toda la vida.

A nuestras familias por ser fuente de amor, comprensión, apoyo y alegría.

A los doctores de la facultad por habernos transmitido su conocimiento y ayudado a formar profesionalmente en especial a nuestra tutora Dra. Melquidia Paredes Rivas por el apoyo incondicional, tiempo y dedicación para la elaboración de nuestro trabajo monográfico.

Y todas las personas que de una u otra manera nos ayudaron a la elaboración de este trabajo monográfico.

INDICE

Resumen.....	1-2
Introducción.....	3-5
Objetivos.....	6-7
Marco Teórico.....	8-23
❖ Normativas del C.P.N (Control Pre-natal del Ministerio de Salud).	
❖ Embarazo	
❖ Etapas del embarazo	
❖ Placa dental o Biopelícula	
❖ Relación de la enfermedad periodontal y el embarazo	
❖ Clasificación de la enfermedad y lesiones periodontales	
❖ Índice de placa dental de O" Leary	
❖ Nivel educacional	
❖ Referencias y resultados	
Diseño Metodológico.....	24-32
Resultados.....	32-41
Discusión de resultados.....	42-46
Conclusiones.....	47-48
Recomendaciones.....	49-50
Bibliografía.....	51-52
Anexos.....	53-57



RESUMEN



RESUMEN.

Este trabajo de investigación se realizó en los centros de salud Enrique Mantica Berio, Félix Pedro Picado y Perla María Norori de la ciudad de León en el período de Septiembre 2011-Mayo 2012, se estudió haciendo cortes trimestrales, el estado periodontal en embarazadas que ingresaron al programa de control prenatal que brinda el Ministerio de Salud de Nicaragua C.P.N.

Las pacientes embarazadas que aceptaron ser parte del estudio se encontraron en el período de la cuarta a la décimo segunda semana de gestación al momento de ingresar al C.P.N. cumpliendo con los criterios de inclusión establecidos, se totalizó 18 embarazadas, el 66.7% de ellas eran primigesta y el 33.3% multíparas; respecto al nivel educacional el 50% perteneció al nivel de secundaria y el grupo etareo que presentó mayor porcentaje en número de embarazadas y en presencia de afectación a los tejidos periodontales fue el grupo de 15-22 años.

El nivel de higiene oral aplicando los criterios establecidos por O'Leary fue de deficiente en el 100% del universo de las mujeres embarazadas, sin embargo se les brindó instrucciones en la importancia de control de placa dentobacteriana desde su primer control, llegando a alcanzar disminución en el porcentaje de acumulo de placa pero manteniéndose en el rango de deficiente a lo largo de su embarazo.

El diagnóstico periodontal más frecuente fue gingivitis simple para un 55.6% en el primer trimestre y un 72.2% en el segundo y tercer trimestre.



INTRODUCCION



INTRODUCCION.

Las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo-(a) alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbi - mortalidad materna y perinatal. El embarazo constituye un período de grandes modificaciones fisiológicas en el organismo durante el cual se pueden presentar alteraciones en el estado de salud bucal, pero el embarazo por sí solo no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de factores relacionados con el estilo de vida que junto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de enfermedades bucales. (1)

La gestación ha sido rodeada de una serie de tabúes y creencias alrededor de la salud bucal de la embarazada que se van transmitiendo de generación en generación. Es común escuchar “el embarazo descalcifica los dientes”, “Enferma las encías”, “Que cada embarazo cuesta un diente” etc. Las mujeres embarazadas se consideran un grupo en riesgo de padecer enfermedad periodontal debido a los cambios hormonales y metabólicos por los que atraviesa a lo largo del embarazo, los microorganismos que causan la enfermedad periodontal, pudiendo entrar al torrente sanguíneo pueden afectar la unidad placenta- feto de esta manera se cree que la enfermedad periodontal puede afectar al bebé. (2)

La promoción de la salud bucal durante el embarazo es una de las medidas que contribuye a mejorar la calidad de vida de la embarazada y de su hijo. Existen evidencias científicas que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas. Los cambios hormonales que se efectúan durante el embarazo incluyen la elevación de progesterona y estrógeno, se ha demostrado que la influencia hormonal por el sistema inmune contribuye significativamente a la etiología y patogénesis de la gingivitis del embarazo. (3)



En el 2010 se realizó una investigación por estudiantes de la facultad de odontología de la UNAN-LEON que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de enfermedad periodontal en embarazadas en el centro de salud de Sutiaba del Municipio de León y los centros de salud de los Municipios Telica, El sauce y Jalapa en los meses de octubre 2010- enero 2011 obteniéndose que el diagnóstico periodontal más frecuente fue la periodontitis crónica, con un nivel de higiene oral deficiente , un nivel educacional de primaria en los grupos etareos correspondiente a 15-19 y 25-29 años. (4)

En nuestro país existen estudios epidemiológicos en mujeres embarazadas y enfermedad periodontal; poco se conoce sobre el comportamiento de los tejidos periodontales durante el embarazo, siendo interesante realizar el seguimiento desde las primeras semanas del embarazo. Nuestra investigación se propuso observar con cortes trimestrales como evolucionaban los tejidos periodontales y el nivel de higiene oral según índice de O’Leary, en las embarazadas que ingresaban en el control prenatal que brindan los centros de salud de la ciudad de León en los meses de septiembre del 2011 hasta mayo 2012.



OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL

Conocer el estado periodontal en embarazadas que ingresan al control prenatal (C.P.N) que brinda el Ministerio de salud de Nicaragua (MINSa) en los Centros de Salud: Enrique Mantica Berio, Perla María Norori y Félix Pedro Picado (Sutiaba) de la Ciudad de León en el período de septiembre 2011 –mayo 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el diagnóstico periodontal más frecuente por trimestre de embarazo.
2. Especificar el nivel educacional de las gestantes.
3. Mencionar el nivel de higiene oral de las gestantes por trimestre de embarazo según el índice de higiene oral de O’Leary.
4. Evaluar qué grupo etario de embarazadas presenta con mayor frecuencia la enfermedad Periodontal.



MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO

El Ministerio de Salud en virtud de las facultades dadas en los Artos. 2 y 4 de la Ley No. 423, Ley General de Salud, considera imperante establecer la normativa que determine los criterios y pautas para vigilar la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, institucionalizando prácticas sanitarias seguras y efectivas en establecimientos de distintos niveles de capacidad de resolución, para lograr la reducción de la morbilidad materna y perinatal.(1)

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA:

PRIMERO: se prueba el documento denominado “ Normas y protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo, el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.(1)

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Servicios de Salud, para que dé a conocer el presente acuerdo ministerial y el referido documento a los directores de establecimiento de salud públicos y privados, que brindan atención a las mujeres en edad fértil, embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos.(1)

El objetivo de este protocolo es estandarizar las técnicas de atención prenatal de Bajo Riesgo que se brindarán a la embarazada a fin de realizar la vigilancia del proceso de la gestación, prevenir, detectar, tratar o anular factores de riesgo, iniciar manejo de las complicaciones y, referir al nivel de mayor resolución cuando corresponda.(1)

Dimensiones de la calidad. Acceso a los servicios y oportunidad.

Atención Prenatal: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del/a recién nacido/a., la atención debe ser precoz. (1).



La Atención Prenatal será realizada por personal médico o de enfermería, que se encuentre capacitado por el Órgano rector, según disponibilidad de recursos. (1)

El personal de salud garantizará que el 80% de los embarazos de la población de su territorio, sean captados en un período de tiempo no mayor de doce semanas después de la concepción y que obtengan un mínimo de cuatro atenciones prenatales en los siguientes períodos de gestación: menos de 12 semanas, entre las 20 y 24 semanas; entre las 28 y 32 semanas; entre las 36 y 38 semanas. (1)

Actividades básicas para todas las atenciones prenatales.

Examen Físico General Completo.

Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de mamas y revisar genitales externos. (1)

Cuando la paciente es remitida a el área de odontología, se elabora una nueva Historia Clínica la cual consiste en anamnesis (desde datos generales hasta revisión de órganos y sistemas), revisión de la cavidad bucal, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento; posteriormente si la paciente necesita algún tipo de tratamiento al alcance de los servicios que se brindan en los centros de salud se le otorga el número de citas necesarias para cumplir con este.

Embarazo: Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.(1)



Es considerado un evento que obliga al organismo de la futura madre a realizar ciertos ajustes fisiológicos. La cavidad bucal es, sin duda, un sitio que no escapa a dichos cambios, por lo que se requiere de una revisión constante durante esa etapa, bajo el enfoque de una atención multidisciplinaria integral. (5)

El embarazo de Bajo Riesgo: es aquel en donde la madre y su hijo-a tienen bajas probabilidades de enfermarse antes, durante y después del parto.

ETAPAS DE EL EMBARAZO.

PRIMER TRIMESTRE: Durante el primer mes de gestación a penas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y a partir del tercer mes feto. Durante el segundo mes de gestación comienza a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo, se presentan los primeros vómitos y náuseas. La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer para la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. (14)

En las ocho primeras semanas el embrión se desarrolla con rapidez y hacia el final del primer trimestre ya es un feto totalmente formado, que pesa entre $\frac{1}{2}$ onza y una onza, y tiene una longitud promedio tres a cuatro pulgadas. (14)

A medida que el embrión se implanta en la pared uterina, ocurren muchos desarrollos entre los que se incluyen bolsas amnióticas este es un líquido que produce el feto, en la placenta y que protege al feto contra las lesiones y contribuye a regular la temperatura. (14)

La placenta es un órgano en forma de pastel plano que crece solo durante el embarazo. Se pega a la pared del útero por medio de pequeñas proyecciones llamadas vellosidades. Los vasos sanguíneos fetales que salen del cordón umbilical llegan hasta esas vellosidades e



intercambian alimento y desechos con la sangre de la madre. Los vasos sanguíneos del feto están separados de la corriente sanguínea de la madre por una membrana delgada. (14)

El cordón umbilical es similar a una cuerda que conecta al feto con una placenta el cordón umbilical tiene dos arterias y una vena que le lleva oxígeno y nutrientes al feto, y saca los productos que el feto desecha. (14)

El primer trimestre es el período en el cual el feto es más susceptible al daño provocado por sustancias como el alcohol, ciertos medicamentos y por enfermedades como la rubeola. La futura madre sufre muchos cambios dentro de los cuales tenemos que: se agrandan las glándulas mamarias lo cual hace que los senos se inflamen y duelan preparándose para la lactancia esto debe de ser el aumento de la cantidad de las hormonas estrógenos y progesterona. Debe usarse un sostén especial. Las areolas (la zona pigmentada que rodea los pezones) se agranda y se oscurece es posible que se cubran los bultos pequeños, de color blanco, llamados tubérculos de Montgeremy. Las venas superficiales de los senos se vuelven prominentes. El útero está creciendo y empieza a presionar la vejiga por lo que necesita orinar con frecuencia en parte a causa de los aumentos en los niveles de hormonas. (14)

SEGUNDO TRIMESTRE: El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan aunque existen casos, muy raros en los que persisten durante toda la gestación, pueden aparecer trastornos a causa de la progesterona. (14)

A partir de aquí la madre generalmente empieza a sentirse mejor y el embarazo empieza a hacerse visible y se desarrollaron los órganos y sistemas del feto, que ahora comenzará a crecer en tamaño y peso, durante el segundo trimestre el cordón umbilical sigue engrosándose mientras transporta alimento al feto a través de él, de modo que se debe evitar el alcohol, el tabaco y otras sustancias peligrosas conocidas. (14)



Todos los órganos y sistemas principales del feto ya se encuentran formados y los próximos seis meses estarán dedicados a crecer, su peso se multiplicará más de siete veces en los pocos meses que siguen hasta que se convierta en un bebe capaz de sobrevivir fuera del útero. Hacia el final del segundo trimestre tendrá una longitud de entre 13 y 16 pulgadas y pesará entre 2 y 3 libras. (14)

Para la mayor parte de las embarazadas el segundo trimestre es el de mayor comodidad física las náuseas matutinas suelen desaparecer para esta época, y en general disminuye la fatiga pronunciada y el dolor de senos estos cambios puede atribuirse a la disminución en los niveles de la hormona ganotrofina coriónica humana y la adaptación a los niveles de estrógenos y progesterona. (14)

Hay un posible aumento del apetito la madre, puede sentir los movimientos del feto por primera vez (como a las 20 semanas) el útero llega a la altura del ombligo y el embarazo se hace visible puede presentarse comezón de la piel en el abdomen así como dolor en los lados del cuerpo debido al estiramiento del útero es posible que la necesidad de orinar con frecuencia disminuya debido a que el útero ha crecido y ya no se encuentra en la cavidad pélvica con el consiguiente alivio de la presión sobre la vejiga.(14)

TERCER TRIMESTE: Durante los últimos meses la piel de la embarazada sufre cambios debido a los niveles hormonales, empiezan a aparecer manchas de color café con leche en la frente y en las mejillas también hay aumento en la pigmentación de los genitales externos ninguno de estos cambios es motivo de preocupación ya que desaparecen por si solos después del parto. (14)

Constituye la recta final del embarazo cuando la futura madre se empieza a preparar para dar a luz al bebe el feto sigue aumentando de tamaño y peso y sus sistemas corporales terminan de madurar la madre puede sentir molestias pues sigue aumentando de peso y empieza a sentir falsas contracciones. (14)



El feto sigue aumentando de peso y tamaño. Los pulmones están aún madurando y empiezan a colocarse de cabeza. Hacia el final del tercer trimestre, mide entre 19 a 21 pulgadas y pesa, como promedio, de seis a nueve libras. (14)

Placa Dental o Biopelícula.

La inflamación es la característica patología central de la enfermedad periodontal y la placa bacteriana es el factor causal que induce el mecanismo inflamatorio del huésped. En el huésped sano, sus mecanismos de defensa regulan cantidades variables pero pequeñas de placa bacteriana sin que haya destrucción neta. Es probable que las bacterias específicas de la placa intervengan en la destrucción periodontal. El aumento de acumulación de placa es secundaria a factores locales y sistémicos. (6)

La placa dental es una biopelícula relacionada con el huésped; la comunidad de la biopelícula se forma en un principio por interacciones bacteriana con el diente y luego mediante interacciones físicas y fisiológicas entre especies diferentes en la masa microbiana. Se puede considerar que la salud periodontal es un estado de equilibrio cuando la población de las bacterias coexiste con el huésped y no hay daño irreparable tanto de las bacterias como del huésped. La ruptura de este equilibrio genera alteraciones que pueden conllevar a que se destruyan los tejidos conectivos del periodoncio. (6)

Relación entre enfermedad periodontal y el embarazo.

En la encía se han reconocido receptores de estrógeno y progesterona. Esto explica, entre otros factores, la respuesta gingival incrementada a la placa. También hay aumento de la permeabilidad capilar gingival y así un aumento del flujo de líquido crevicular (Loe, 1965). Más aún, la composición bacteriana de la misma se modifica por los niveles incrementados de progesterona, que favorecen al desarrollo de microorganismos. (9)



Se ha establecido por mucho tiempo que los mediadores de la inflamación están directamente relacionados con la gingivitis y la enfermedad periodontal.

La relación entre enfermedad periodontal y embarazo fue analizada por Offenbacher y cols. (1996) quienes concluyen que nacimientos de niños prematuros con bajo peso pueden estar en un porcentaje de un 18,2% como atribuible a la enfermedad periodontal y que la periodontitis es un factor de riesgo mucho mayor que el uso de alcohol o el acto de fumar y que hasta entonces era un factor de riesgo de importancia clínica desconocido. Indica que las infecciones periodontales pueden servir como reservorios de organismos patógenos, mediadores inflamatorios que pueden ser una amenaza potencial para la unidad feto-placentaria ya que pueden determinar la magnitud del retardo del crecimiento. (9); (10)

Durante el embarazo, la secreción de hormonas como el estrógeno aumenta treinta veces más de lo normal y la progesterona diez veces más, en comparación con lo que ocurre en el ciclo sexual normal de la mujer. La influencia hormonal ocurre como una respuesta inflamatoria intensa con un aumento en la permeabilidad vascular y la exudación que provoca el éxtasis de la micro-circulación, lo cual favorece la filtración de líquidos en los tejidos peri-vasculares. (8)

En relación con la embarazada, los cambios más frecuentes y marcados radican sobre el tejido gingival, dando lugar a la llamada gingivitis del embarazo, también al granuloma del embarazo, que es otra alteración del tejido gingival. En el segundo mes de gestación comienzan los síntomas y signos inflamatorios, que se mantiene o aumentan durante el segundo trimestre, llegan al máximo al octavo mes, descienden durante el último y remiten después del parto. (8)

Es imprescindible tener un conocimiento profundo de las características del periodonto, sus componentes, límites anatómicos y su función en estado de salud y normalidad, para



tener un punto claro de referencia para manejar en tanto al conocimiento de las patologías periodontales como para también llegar a un diagnóstico. (7)

El periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente (encía, ligamento periodontal, cemento, hueso alveolar). Se divide en dos partes: la encía, cuya función principal es proteger los tejidos subyacentes, y el aparato de inserción, compuesto de ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Se considera que el cemento es parte del periodonto dado que, junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras del ligamento periodontal. (6)

Debemos comprender las características clínicas normales de la encía, por lo general el color de la encía insertada y marginal es rosa pálido y se debe al aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como a la presencia de células que contiene pigmentos; su tamaño corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su irrigación. El contorno de la encía varía de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y de la alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal así como las dimensiones de los espacios interproximales. La encía marginal envuelve a los dientes a manera de collar y sigue un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales. (6)

La forma de la encía está regida por el contorno de las superficies dentales proximales, tanto la localización y forma de los espacios interproximales. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más próximas entre sí en sentido mesiodistal, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos. (6)

La consistencia es firme y resiliente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. (6)

La textura superficial de la encía es similar a la de una cascara de naranja y se le alude a ella como graneada y esto solo corresponde a la encía insertada y no la marginal. El



graneado es una forma de especialización adaptativa o de refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana, la reducción o pérdida del graneado es un signo frecuente de enfermedad gingival. La posición de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente. Las características que demuestren un patrón diferente al periodonto normal son signos de afectación en los tejidos periodontales. (6)

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal son producto de una compleja interacción entre el agente causal, en este caso las bacterias específicas de la placa dental, y los tejidos del huésped. Existen factores locales y sistémicos que influyen en la evolución de la enfermedad al modificar los mecanismos propios de la interacción bacterias-huésped. (6)

La enfermedad periodontal es un hallazgo común en nuestro medio, la cual presenta una variedad de signos y síntomas. Tradicionalmente, la enfermedad periodontal se ha dividido en dos categorías: la enfermedad gingival y la enfermedad periodontal; la primera se limita solo a encía y la segunda resulta de la extensión del proceso inflamatorio que se ha iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte por lo tanto se da la siguiente clasificación. (6)

Clasificación de las enfermedades y lesiones periodontales.

Enfermedades Gingivales:

- Enfermedades gingivales Inducidas por placa.
- Enfermedades gingivales no inducidas por placa.

Periodontitis crónica:

- Generalizada.
- Localizada.

Periodontitis agresiva:

- Generalizada.
- Localizada.



➤ Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.

+ Enfermedades periodontales necrosantes:

- Gingivitis Ulcerativa Necrosante (GUN)
- Periodontitis Ulcerativa Necrosante (PUN)

+ Abscesos del periodonto:

- Absceso Gingival.
- Absceso Periodontal.
- Absceso Pericoronario.
- Periodontitis relacionada con lesiones endodónticas:
- Lesión endodónticas- periodontal.
- Lesión periodontal-endodónticas.
- Lesión combinada.

+ Malformaciones y lesiones congénitas y adquiridas:

- Factores localizados relacionados con un diente que predisponen a enfermedades gingivales inducidas placa o periodontitis.
- Deformidades mucogingivales y lesiones en torno a dientes.
- Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados.
- Trauma oclusal.(6)

Gingivitis inducida por placa dental.

Es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped. La interacción placa-huésped puede alterarse por los factores locales, generales o ambos.



Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos.

Los factores sistémicos como alteraciones hormonales, la pubertad, ciclo menstrual y embarazo pueden exacerbarse por alteraciones en la respuesta inflamatoria gingival a la placa debido al efecto que generan sobre las funciones celulares e inmunológicas del huésped. Tales modificaciones son más evidentes durante el embarazo, cuando la prevalencia y la intensidad de la inflamación se incrementan incluso con poca cantidad de placa. El agrandamiento y la hemorragia gingivales son signos frecuentes en los tejidos tumefactos y blandos por la infiltración excesiva de células sanguíneas.

Manifestaciones gingivales sistémicas.

Aparecen como lesiones descamativas, ulceraciones de la encía, o ambas. Las reacciones alérgicas que se manifiestan como alteraciones gingivales son poco frecuentes pero se observan en relación con diversos materiales de restauración, dentífricos, enjuagues bucales, goma de mascar y alimentos.

Periodontitis crónica.

El rasgo sobresaliente de la periodontitis es la pérdida de inserción de tejido conectivo al diente. Numerosas formas de las enfermedades periodontales se hallan en poblaciones de adultos. Se vincula con la acumulación de placa dental y cálculos, suele tener un ritmo de progresión lento a moderado, pero se observan períodos de destrucción más rápida. Las aceleraciones del ritmo de la enfermedad pueden deberse al impacto de los factores locales, sistémicos y ambientales que influyen en la interacción normal entre huésped y bacteria.

Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.

Varias alteraciones hematológicas y genéticas se relacionan con periodontitis en individuos afectados, el mayor efecto de estas alteraciones se debe a alteraciones en los



mecanismos de defensa del huésped que se describen con claridad para trastornos como la neutropenia y las deficiencias de adhesión de leucocitos. Las manifestaciones clínicas de muchos de estos trastornos pueden confundirse con formas agresivas de periodontitis con pérdida rápida de inserción y potencial para la pérdida temprana de dientes.

La periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica es un diagnóstico aplicable cuando la enfermedad general es el factor predisponente o principal, y factores locales como grandes cantidades de placa y cálculos no son evidentes.

Índice de placa dental de O' Leary.

Las caras Mesial, Distal, Vestibular y Palatino-Lingual son los lados que constituyen al diente, excluyendo la cara Oclusal para este índice. (8)

El cumplimiento de una secuencia al realizar la evaluación es crucial a la hora de observar la placa dental revelada. Para anotarla correctamente en la ficha del control; se pinta en la ficha la cara del diente revela en el paciente, revisándose las caras proximales dos veces: una por vestibular y la otra por palatino-lingual marcándose solo una vez la cara afectada. (10)

El puntaje final, se determinara contando el número total de caras reveladas dividiendo este número por el número de caras presente en boca y multiplicando este resultado por cien para obtener un porcentaje y si comparar en las visitas sucesivas. (11)

Valore clínicos del índice O' Leary.

- 0: Excelente.
- 1-14: Bueno.
- 15-100: Deficiente.(10)



Nivel educacional.

Es el grado de conocimientos y actitudes que se adquieren en la formación básica como es la educación primaria, secundaria y educación superior.

Educación primaria comprende seis grados escolares divididos en dos ciclos abarca edades aproximadas desde 6-12 años de edad. (15)

Educación secundaria es para jóvenes y adultos, es aquí en donde se convierte de gran importancia para el estudiante ya que este nivel es un requisito importante para optar por la educación superior. (15)

La educación superior es el estudio en las Universidades para optar por un título profesional así como también se considera educación superior a las carreras técnicas; brinda una amplia gama de carreras a fines con el mejoramiento de la calidad de vida de cada individuo en cada ámbito que sea requerido. (15)

Estudios Anteriores.

1-Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes

El propósito de este trabajo fue explorar los conocimientos y actitudes de las embarazadas de los distintos sectores del sistema de salud de Tucumán, en relación con los cambios orales producidos durante la gestación. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario de auto- administración y respuestas cerradas en 258 embarazadas de los sectores privados y seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (Grupo II) en Tucumán, Argentina. El promedio de edad del Grupo I fue 23 años, el 42,6% tenía estudios secundarios y el 61,1% eran primíparas. El Grupo II de 19 años de edad promedio, el 61,9% tenía estudios primarios, el 74% dos o más hijos previos. Un reducido porcentaje de madres fue derivado por el obstetra al examen odontológico al durante el control prenatal en el Grupo II; en el



Grupo I fue significativamente mayor el porcentaje que reconoció poder recibir, sin riesgos para el feto, atención odontológica. Sin embargo, en ambos grupos fue reducido el número que recibió cuidados a pesar de haber sufrido deterioro en la salud oral. La mayoría desconoce las causas del incremento de caries y del sangrado gingival durante el embarazo así como las prácticas que puede realizar el odontólogo durante la consulta. Los resultados evidencian que, a pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, son escasos los conocimientos acerca del origen y posibles causas del deterioro oral durante el embarazo. La demanda de atención a pesar del deterioro sufrido fue escasa. (12)

2-Prevalencia de enfermedad periodontal en mujeres embarazadas en la ciudad de Guatemala y su efecto sobre el bajo peso natal.

La edad promedio de las madres fue de 25-18 años. El porcentaje de madres primerizas fue de 45%. El tiempo promedio de embarazo a la hora de hacer el examen período clínico fue de 7 meses con 2 semanas. De 100 mujeres embarazadas examinadas el 40% se hizo una limpieza dental hace mas de 12 meses, 48% habían perdido piezas dentarias, el 70% refirió formar calculo alrededor de los dientes, el 64% le sangran las encías espontáneamente o por algún estímulo, el 100% no había recibido tratamiento periodontal con anterioridad y el 54% refirió algún cambio en las encías durante su embarazo. (13)



3-Prevalencia de enfermedad periodontal en mujeres embarazadas en la ciudad de Guatemala y su efecto sobre el bajo peso natal.

La prevalencia de la enfermedad periodontal encontrada en las mujeres gestantes de la Maternidad Mariana de Jesús fue del 80% , de ese porcentaje la patología periodontal más frecuente fue la gingivitis con un 69% , luego periodontitis moderada con el 11% y periodontitis avanzada con el 20%, en resumen podemos decir que el 69% presenta gingivitis y el 31% presenta periodontitis, sin embargo su incidencia es de 0,03% en aquellas mujeres libre de placa al inicio del embarazo y con buenos hábitos de higiene oral durante el mismo. (14)

4-Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en Mujeres Embarazadas en el centro de salud Sutiaba del municipio de León y en los centros de salud de Telica, El Sauce y Jalapa, en los meses de octubre 2010- enero 2011.

Este estudio realizado por Amador, Velásquez y Zepeda en el 2010, en el que se examinaron 93 pacientes embarazadas se obtuvo como resultado que la enfermedad periodontal más frecuente en el municipio de León fue la periodontitis crónica con un 65% seguido de la gingivitis modificada por factores hormonales con un 35% . Las embarazadas presentaron un nivel de higiene oral deficiente con un 95%; de toda la población estudiada el 50% pertenecía al nivel educacional de primaria y las edades más afectadas fueron fue el grupo de 25-29 años para un 35%. (4)



DISEÑO METODOLÓGICO



DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo con cortes transversales por trimestre de embarazo en el período de septiembre 2011- Mayo 2012.

ÁREA DE ESTUDIO: Nuestro estudio se llevó a cabo en los Centros de Salud Félix Pedro Picado en el Barrio Sutiaba contiguo al asilo de ancianos, Perla María Norori en Reparto Emir Cabezas esquina de la cuarta sección una cuadra al sur, dos cuadras al oeste y Enrique Mantica Berio sobre la avenida de baile de la Ciudad de León.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Toda embarazada que ingresó al programa del control pre-natal (CPN) que brinda el Ministerio de salud, en los Centros de Salud de la Ciudad de León en el periodo que va de septiembre a octubre del 2011.

UNIVERSO: Todas las embarazadas que asistieron por primera vez al programa de control prenatal en los períodos de septiembre-octubre del 2011 encontradas en el primer trimestre de embarazo y que aceptaron ser parte de nuestro estudio.

UNIDAD DE ESTUDIO: Toda paciente embarazada que se presentó a los Centros de Salud ingresando a su primer control prenatal C.P.N, múltipara o primigesta.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

1. Que la paciente acepte ser parte de nuestro estudio.
2. Los nombres de las embarazadas no serán revelados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Que pertenezcan al C.P.N programa de control prenatal que brinda el Ministerio de Salud.
2. Que las embarazadas estuvieran de la 4 a 12 semanas de embarazo.



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- 1)** Toda paciente que este en alto riesgo obstétrico según su expediente del programa del control pre-natal.
- 2)** Toda paciente que discontinuó su cita al C.P.N en su Centro de Salud establecido.
- 3)** Si se traslada de domicilio durante los respectivos controles del C.P.N.

MATERIALES UTILIZADOS

1. Sillón dental con lámpara.
2. Equipo Básico
3. Sonda Periodontal de Williams
4. Gabacha
5. Naso Bucal
6. Gorro
7. Lente de Protección
8. Cepillo Dental
9. Crema Dental
10. Lapiceros (rojo, azul, negro, verde)
11. Sustancia reveladora de Biopelícula (Butler G.U.M)
12. Ficha recolectora de datos.



METODO DE RECOLECCION DE DATOS



MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una ficha recolectora de datos que se validó a través de una prueba piloto realizada en seis pacientes, supervisada por la tutora donde cada investigadora procedió a levantar los datos y luego a comparar la información entre las tres investigadoras, con el fin de estandarizar los criterios clínicos y los ajustes de la información recopilada para validar nuestro instrumento de recolección de datos, basados en los objetivos de la investigación.

Se procedió a solicitar autorización a los directores de los centros de salud y el encargado del área de odontología para exponerles en qué consistía nuestro estudio, una vez que se obtuvo una respuesta positiva, se comenzó a asistir a las instalaciones de los centros de salud. A las embarazadas se les expuso formar parte de la prueba explicándoles en qué consistía la misma, le informamos detalladamente qué era la enfermedad periodontal y la relación con el embarazo, luego de obtener su consentimiento, se procedió a tomar los datos de las pacientes, seguidamente se realizó el examen periodontal que consistió en la medición con una sonda periodontal(Sonda de Williams –HU-FRIEDY) iniciando con el último molar superior derecho hasta llegar al último molar inferior derecho presente en boca en seis puntos de cada unidad dental empezando por vestibular, luego por palatino y lingual, medimos el margen gingival y el fondo del surco para obtener el nivel de inserción; para medir el margen gingival colocamos la sonda con una ligera inclinación y para el fondo del surco colocamos la sonda paralela al eje longitudinal del diente, todas estas mediciones las anotamos en el periodontograma que se utiliza en nuestra facultad de odontología, según los valores y las características clínicas obtuvimos el diagnóstico según la clasificación actual luego le indicamos a la paciente que se cepillara los dientes de la forma habitual a como ella acostumbra hacerlo seguidamente indicamos que colocara su lengua en el paladar y así depositar dos gotitas de solución reveladora de placa dentobacteriana y luego esparcirla por todas las superficies de los dientes para proceder a contar el número de caras pintadas con la solución, dividiendo este número por la



cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicado por 100 según el índice de higiene oral de O’Leary que según la clasificación los valores son:

0%.....Excelente.

1-14%.....Bueno.

15-100%.....Deficiente.

Para finalizar se le impartió una charla en salud oral haciendo énfasis en la técnica de cepillado recomendada para que la paciente lo realizara; el proceso duró aproximadamente de 30-40 minutos por paciente, alternándose como operador, asistente y anotadora de los datos cada una de las investigadoras; realizándose este procedimiento en cada trimestre de embarazo aplicando los siguientes criterios:

1. **Se clasificó como Periodonto sano:** cuando la encía marginal cubre el cuello anatómico de los dientes, no se observó evidencia clínica de inflamación ni sangrado dentro de los primeros treinta segundos después del sondeo suave.
2. **Periodonto disminuido:** cuando clínicamente se observa que la encía marginal no cubre el cuello anatómico del diente, no hay evidencia clínica de inflamación, bolsa periodontal ni sangrado al sondeo suave.
3. **Gingivitis con pérdida de inserción preexistente:** se presenta cuando clínicamente se observa el sangrado al sondeo suave, hay inflamación y cuando la encía marginal no cubre el cuello anatómico del diente.
4. **Periodontitis Crónica:** existe presencia de bolsa periodontal de más de 4mm, inflamación, pérdida de inserción y puede o no presentar movilidad dental.



Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO
1. Estado Periodontal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sano es la condición de salud en la cual se encuentra el periodonto(4) 2. Enfermo cuando clínicamente encías color rojo, brillante, lisas, papilas agrandadas, pérdida de resiliencia y puede presentar sangrado provocado o espontaneo, también puede encontrarse bolsa y pérdida de inserción 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No existe evidencia clínica de inflamación, sangrado después del sondeo suave, ni de pérdida de inserción. 2. Presencia de pérdida de inserción, no hay sangrado, clínicamente no hay inflamación 3. Sangrado después del sondeo suave, áreas de inflamación, no hay pérdida de inserción 4. Sangrado, inflamación y presencia de pérdida de inserción 5. Bolsas periodontales de más de 4mm sangrado, inflamación, pérdida de inserción, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periodonto sano 2. Periodonto disminuido 3. Gingivitis simple 4. Gingivitis simple con pérdida de inserción preexistente 5. Periodontitis crónica 	Examen clínico bucal y Periodontograma
2. Nivel Educacional	Acción y efecto de educarse	<ul style="list-style-type: none"> • Persona que no sabe leer ni escribir ➤ Dícese de la primera enseñanza • Corresponde al actual bachillerato o educación media ➤ Persona que curso sus 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta ➤ Primaria • Secundaria ➤ Universitaria 	Encuesta



		estudios en la universidad o que ha adquirido en ella un grado		
3. Higiene Oral	Hábitos de limpieza oral para mantener dientes y encías limpias y saludables para prevenir los problemas dentales y gingivales mediante el control de la biopelícula;	Índice de O’Leary: Se aplica una sustancia revelante a la superficie dental, examinando si existen o no superficies teñidos en cuatro de las cinco caras de cada diente; no se incluye examinar las caras oclusales, contando el número total de caras pintadas con la sustancia reveladora dividiéndolas entre el número de caras presentes en boca y multiplicándolas por 100 dando los siguientes valores	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente 0% • Bueno 1-14% • Deficiente 15-100% 	Examen clínico y ficha de control de biopelícula
4. Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Se consideran cuatro estadios o periodos: infancia, adolescencia, juventud y senectud.	<p>15-22 años</p> <p>23-30 años</p> <p>31-37 años</p>	Encuesta



RESULTADOS



TABLA 1. Relación entre los datos de las embarazadas que ingresaron al programa de control pre-natal de los centros de salud de la Ciudad de León en septiembre 2011 mayo 2012.

DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES		N	%
CENTRO DE SALUD	PERLA	6	33.3%
	MANTICA	6	33.3%
	SUTIAVA	6	33.3%
GESTACIONES	PRIMIGESTA	12	66.7%
	MULTIPARA	6	33.3%
EDAD	15-22	10	55.6%
	23-30	7	38.9%
	31-37	1	5.6%
NIVEL DE EDUCACION	ANALFABETA	1	5.6%
	PRIMARIA	3	16.7%
	SECUNDARIA	9	50.0%
	UNIVERSITARIA	5	27.8%

Fuente Primaria



Resultados Tabla # 1:

En esta tabla podemos observar la distribución de las embarazadas que aceptaron ser parte de nuestro estudio al ingresar al Programa del Control Prenatal en los tres centros de salud de la Ciudad de León que estuvieran dentro de las 4-12 semanas de gestación, obteniendo seis pacientes por cada Centro de Salud, para un total de 18 embarazadas en su primer trimestre a las que se le dio el seguimiento durante su embarazo haciendo cortes trimestrales; a su vez podemos observar que 12 pacientes eran primigesta para un porcentaje de 66.7% y 6 de las pacientes eran multíparas para un porcentaje de 33.3%.

En cuanto a grupos etareos obtuvimos 10 pacientes entre las edades de 15-22 años con 55.6% siendo importante destacar que este grupo presenta un mayor porcentaje, siguiéndole en porcentaje el grupo de 23-30 años con 7 pacientes con 38.9% ; llegando así, al grupo de 31-37 años con una sola paciente, siendo el 5.7%.

Para el nivel educacional que presentaron las encuestadas el mayor porcentaje fue el nivel secundaria con 9 pacientes para un porcentaje de 50.0% seguido de educación universitaria con 5 pacientes para un porcentaje de 27.8%, siguiendo el nivel primaria con 3 pacientes y un porcentaje 16.7%, y una sola paciente con un porcentaje de 5.6% con un nivel de analfabeta.



TABLA2. Estado periodontal por grupo etareo de mujeres embarazadas que ingresaron al C.P.N en los centros de salud de la ciudad de León.

EDAD/ESTADO PERIODONTAL		I TRIMESTRE		IITRIMESTRE		III TRIMESTRE	
		n	%	N	%	n	%
15-22	SANO	2	20.0%	1	10.0%	1	10.0%
	ENFERMO	8	80.0%	9	90.0%	9	90.0%
23-30	SANO	2	28.6%	1	14.3%	1	14.3%
	ENFERMO	5	71.4%	6	85.7%	6	85.7%
31-37	SANO	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	ENFERMO	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%

Fuente Primaria.



Resultados tabla #2:

En este cuadro se observa el estado periodontal de las embarazadas durante el seguimiento de sus trimestres de embarazo donde el grupo de 15-22 años en su primer trimestre posee el mayor porcentaje con algún tipo de afección en los tejidos gingivales y periodontales representado el 80% del universo esto equivale a 8 mujeres embarazadas y solo 2 embarazadas que tienen el 20% mostró evidencias clínicas de estar sanas.

Sin embargo en el grupo de 23-30 años se observa un 71.4% de tejidos periodontales afectados y solamente el 28.6% se encontraron tejidos periodontales sanos y nuestra única paciente del grupo de 31-37 años se encontraba enferma en los 3 trimestres de su embarazo.

En el segundo y tercer trimestre en el grupo etareo de 15-22 años tenemos 9 pacientes con un estado periodontal enfermo representado por el 90% y una paciente con tejidos periodontales sanos con el 10%; en el grupo etareo de 23-30 años se encontró en su segundo y tercer trimestre 6 pacientes con un porcentaje de 85.7% que presentaron un periodonto enfermo y una paciente con 14.3% que resultó con sus tejidos periodontales sanos.

Como podemos observar al inicio del embarazo en el grupo etareo de 15 – 22 años y el de 23 -30, 2 embarazadas estaban sanas clínicamente y al pasar al segundo trimestre 1 de cada grupo presenta sus tejidos periodontales afectados.



TABLA 3. Diagnóstico Periodontal más frecuente por trimestre en las embarazadas que ingresaron al programa de control prenatal de los centros de salud de la ciudad de León en Septiembre 2011.

DIAGNOSTICO PERIODONTAL	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	N	%	n	%	N	%
PERIODONTO DISMINUIDO	1	5.6%	1	5.6%	1	5.6%
GINGIVITIS SIMPLE	10	55.6%	12	66.6%	12	66.6%
GINGIVITIS S.P.I.P	1	5.6%	1	5.6%	1	5.6%
PERIODONTITIS CRONICA	2	11.1%	2	11.1%	2	11.1%
SANA	4	22.2%	2	11.1%	2	11.1%

Fuente Primaria.

Códigos: G.S.P.I.P.: Gingivitis simple con pérdida de inserción preexistente

A través de los datos encontrados en esta tabla podemos observar que en el primer trimestre el tipo de enfermedad periodontal más frecuente en embarazadas fue la gingivitis simple en 10 pacientes con un 55.6% ,en el segundo trimestre y tercer trimestre hubo un incremento de 11% con 12 pacientes con un porcentaje de 66.6%; seguida de la periodontitis crónica en 2 pacientes con un 11.1% en todos los trimestres y los diagnósticos que tuvieron el menor porcentaje fueron la gingivitis con pérdida de inserción preexistente y periodonto disminuido, ambos con un 5.6% y con una sola paciente en los tres trimestres de embarazo, con respecto a periodonto sano se obtuvieron 4 pacientes con un 22.2% en el primer trimestre y un descenso de la mitad con 2 pacientes con el 11.1% en el segundo y tercer trimestre .



TABLA 4. Relación entre los grupos etareos y diagnósticos periodontales por trimestre en mujeres embarazadas que ingresaron al Programa del Control Prenatal de los centros de salud de la ciudad de León en Septiembre 2011.

EDAD / DIAGNÓSTICO PERIODONTAL	TRIMESTRE DE EMBARAZO					
	I		II		III	
	n	%	N	%	n	%
15 A 22 AÑOS						
PERIODONTO DISMINUIDO	0	.0%	0	.0%	0	.0%
GINGIVITIS SIMPLE	7	70.0%	8	80.0%	8	80.0%
G.S.P.I.P	1	10.0%	1	10.0%	1	10.0%
PERIODODNTITIS CRONICA	0	.0%	0	.0%	0	.0%
SANA	2	20.0%	1	10.0%	1	10.0%
23 A 30 AÑOS						
PERIODONTO DISMINUIDO	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%
GINGIVITIS SIMPLE	3	42.9%	4	57.1%	4	57.1%
G.S.P.I.P	0	.0%	0	.0%	0	.0%
PERIODODNTITIS CRONICA	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%
SANA	2	28.6%	1	14.3%	1	14.3%
31 A 37 AÑOS						
PERIODONTO DISMINUIDO	0	.0%	0	.0%	0	.0%
GINGIVITIS SIMPLE	0	.0%	0	.0%	0	.0%
G.S.P.I.P	0	.0%	0	.0%	0	.0%
PERIODODNTITIS CRONICA	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
SANA	0	.0%	0	.0%	0	.0%

Fuente Primaria.

Códigos: G.S.P.I.P: Gingivitis con pérdida de inserción preexistente.



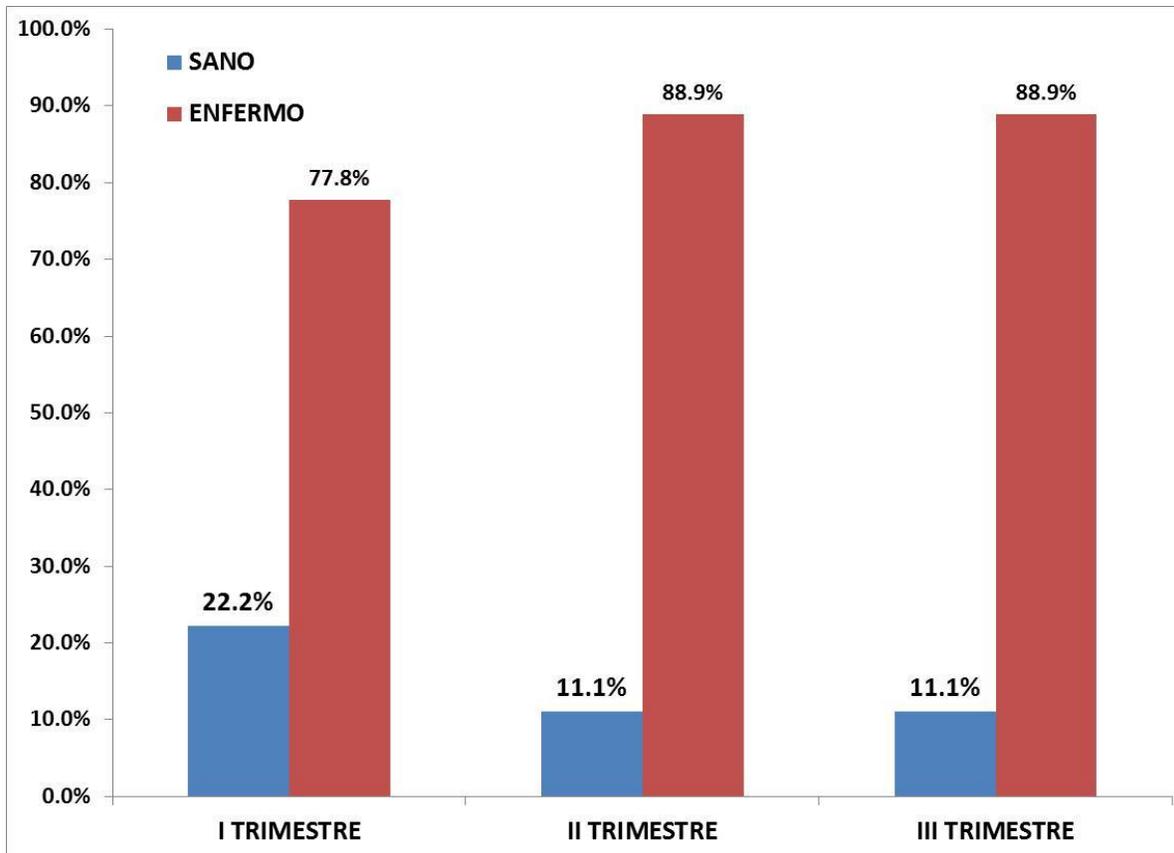
Resultados Tabla # 4:

En este cuadro podemos observar que el grupo etareo que presenta mayor enfermedad periodontal es el comprendido entre los 15-22 años obteniendo gingivitis simple en 7 pacientes con un 70% de porcentaje en el primer trimestre y 8 pacientes con un 80% en el segundo y tercer trimestre; seguido de la gingivitis simple con pérdida de inserción preexistente en una paciente representando el 10% en todo los trimestres. En el grupo de 23 – 30 años predominó la gingivitis simple en 3 pacientes con un porcentaje de 42.9% en el primer trimestre y 4 embarazadas con un 57.1% en el segundo y tercer trimestre; seguido con la periodontitis crónica y el periodonto disminuido ambos con una paciente y con el 14.3% en todos los trimestre y por último en el grupo 31-37 años se encontró periodontitis crónica en su única embarazada representando así el 100% en todos los trimestre del embarazo.



Grafico 1.

GRAFICO 1.Estado periodontal por trimestre en las embarazadas que ingresaron al programa del control prenatal de los centros de salud de la Ciudad de León en septiembre 2011.



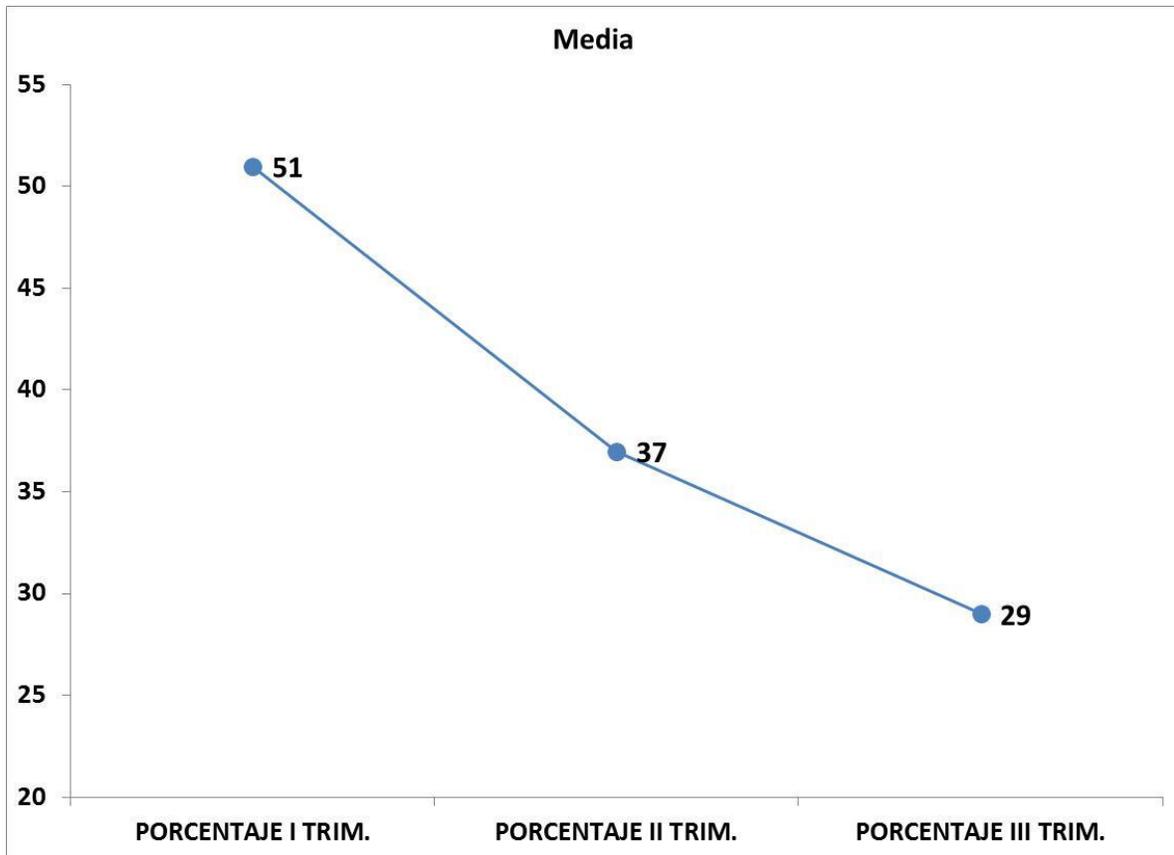
Fuente Primaria.

Se encontró que en el primer trimestre el 22.2% de las pacientes examinadas presentaron un estado periodontal sano, mientras que un 77.8% de las pacientes presentaron un estado periodontal enfermo, mientras en el segundo y tercer trimestre hubo un descenso en el estado periodontal sano de hasta el 11.1%, por lo consiguiente se dio un incremento del estado periodontal enfermo que resultó con el 88.9%.



GRAFICO2.

Nivel de higiene oral según el índice de O’Leary por trimestre de embarazo.



Fuente Primaria.

Códigos: Índice del Nivel de Higiene Oral de O’Leary tiene como parámetros que: 0%----Excelente; 1-14%----Bueno; 15-100%---Deficiente.

Podemos observar que desde el primer trimestre se obtuvo un nivel de higiene oral deficiente a medida que avanzaba los trimestres de embarazo. Haciéndose evidente un descenso en el segundo y tercer trimestre de embarazo pero nunca se salió del rango de deficiente.



DISCUSION DE RESULTADOS



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer el estado periodontal en embarazadas que ingresaron al C.P.N. de los Centros de Salud de la Ciudad de León en Septiembre 2011. Como bien se sabe, el embarazo es considerado un evento que obliga al organismo de la futura madre a realizar ciertos ajustes fisiológicos. La cavidad bucal es, sin duda, un sitio que no escapa a dichos cambios, por lo que se requiere de una revisión constante durante esa etapa, bajo el enfoque de una atención multidisciplinaria integral, aunque la condición sea temporal, los cambios metabólicos tales como alteraciones en los niveles hormonales pueden afectar la condición oral, a medida que se hicieron los cortes transversales en nuestro estudio pudimos observar que el estado periodontal de las embarazadas desde el primer trimestre presentaron afectación en los tejidos gingivales, siendo la gingivitis simple la enfermedad periodontal más frecuente para un 55.6% en el primer trimestre y 66.6% en el segundo y tercer trimestre. Coincidiendo con los resultados de estudios semejantes a nuestro trabajo, en los cuales observamos que el diagnóstico periodontal más frecuente era también la gingivitis como es el caso de Hasson (1960), Chaikin (1977) que demostraron que el rango de frecuencia era del 35% al 100% de las gestantes (15), Amar y Chung (1994) y Mealey (1996) que sugirieron que el 25% al 100% de las gestantes pueden experimentar gingivitis (11) y Raber-Durlacher y cols. (1994) encontraron una frecuencia en gestantes del 35% al 100%. (16) aunque no se puede comprobar si la presencia de la enfermedad periodontal fue causada por el estado de gravidez pero sí que fue un factor predisponente.

En un estudio realizado en la ciudad de Guatemala la prevalencia de la enfermedad periodontal encontrada en las mujeres gestantes de la Maternidad Mariana de Jesús fue del 80%, de ese porcentaje al igual que en nuestro estudio la patología periodontal más frecuente fue la gingivitis con un 69%, luego periodontitis moderada con el 11% y periodontitis avanzada con el 20%, es importante resaltar que en nuestro estudio el diagnóstico periodontal más frecuente fue la gingivitis simple, seguido de la periodontitis crónica con un 11.1% en los tres trimestres de embarazo a diferencia de los resultados del



estudio realizado por Amador, Velásquez y Zepeda, en el que se medía la Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en Mujeres Embarazadas de los Municipios de León, Telica, El Sauce, Jalapa; en los meses de Octubre 2010 - Enero 2011 en el cual se obtuvo como resultado en el Municipio de León que, la enfermedad periodontal más frecuente fue la Periodontitis Crónica con un 65% seguido de la Gingivitis modificada por Factores Hormonales con un 35%.

En relación a la edad de las embarazadas observamos que a edades temprana del embarazo como el grupo etareo de 15-22 años tenemos 8 pacientes con un estado periodontal enfermo representado por el 80% y dos paciente con tejidos periodontales sanos con el 20% en el primer trimestre, en el segundo y tercer trimestre se obtuvo 90% con afectación periodontal y solo una paciente sanas; en el grupo de 23-30 años se encontró en el primer trimestre que 71.4 tenían algún tipo de afección periodontal y 28.6 presentaban sus tejidos periodontales sanos, y en su segundo y tercer trimestre pasaron a tener un porcentaje de 85.7% que presentaron un periodonto enfermo y una paciente con 14.3% que resultó con sus tejidos periodontales sanos y nuestra única paciente del grupo de 31-37 años se encontraba enferma en los 3 trimestres de su embarazo. Como podemos observar al inicio del embarazo en el grupo etareo de 15 – 22 años y el 23 -30, 2 embarazadas estaban sanas clínicamente y al pasar al segundo trimestre 1 de cada grupo presentó sus tejidos periodontales afectados.

La cavidad oral está llena de microorganismos y lo relacionamos con la higiene oral de las mujeres embarazadas en nuestra población de estudio encontramos que el 100% de mujeres embarazadas presentaron un nivel de higiene oral deficiente, siendo similar al estudio realizado por Amador, Velásquez y Zepeda las embarazadas presentaron un nivel de higiene oral deficiente con un 95% coincidiendo en que el nivel de higiene oral está dentro del rango de deficiente en las embarazadas .Teniendo en cuenta todos los riesgos que se presentan en la etapa del embarazo es nuestro deber como odontólogos y profesionales de la salud instruir y motivar a las embarazadas en el cuidado de su higiene oral al inicio y durante el transcurso del embarazo, ya que se podría evitar secuelas tanto



para la madre como para él, ante este problema es necesario implementar medidas eficaces para reducir considerablemente esta patología que ha venido afectando desde años atrás.

Desde inicio del seguimiento del embarazo, se les brindó educación en salud bucal y su técnica de cepillado a las embarazadas, obsequiándole cepillos dentales, indicándoles que los llevaran a cada cita para realizar nuestro estudio. A pesar de esto tenemos que desde el primer trimestre se obtuvo un nivel de higiene oral deficiente. A medida que avanzaba los trimestres de embarazo, se hizo evidente un descenso en el segundo y tercer trimestre pero nunca salió del rango de deficiente.

También podemos destacar que de toda la población en estudio el 50% de ella pertenece al nivel educacional secundaria, el 27.8% pertenece al nivel educacional universitario, el 16.7% pertenecen al nivel educacional primaria y el 5.6% eran analfabetas. En el estudio de Salud Oral en Embarazadas muestra algunos resultados semejantes en el que el 42.6% de las embarazadas pertenecían al nivel educacional secundaria.

A diferencia del estudio realizado por Amador, Velásquez y Zepeda en el 2010 que se encontró que en el municipio de León el nivel educacional sobresaliente fue el nivel educacional primaria con el 50% seguido del nivel secundaria con el 40%, los niveles universitario y analfabeto tienen el mismo porcentaje con un 5%.

En nuestro estudio obtuvimos como resultados que desde el primer trimestre de gestación la mayoría de las embarazadas presentaron enfermedad periodontal así como también desde el inicio del estudio existieron 4 pacientes sanas de las cuales 2 de ellas pasaron a presentar sus tejidos periodontales enfermos a partir del segundo trimestre de embarazo; la gingivitis simple fue la afectación periodontal más frecuente según nuestros hallazgos en las embarazadas, seguida de la periodontitis crónica en todos los trimestres; el periodonto disminuido y la gingivitis simple con pérdida de inserción preexistente obtuvieron el 5.6% en los tres trimestres de embarazo siendo estos los diagnósticos con menos frecuencia encontrados. Con respecto al nivel educacional, la mayoría de las



embarazadas de nuestro estudio se encontraban en el nivel secundaria; el nivel de higiene oral siempre fue deficiente aunque éste fue decreciendo en cada trimestre y el grupo etareo mas afectado fue el de 15-22 años siendo la población más joven dentro de nuestro universo, concordando así con la mayoría de los resultados obtenidos en los estudios anteriores.



CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

1. El diagnóstico periodontal más frecuente encontrado en las embarazadas es la gingivitis simple con un promedio de 55.6% en el primer trimestre y 66.6% en el segundo y tercer trimestre.
2. En las embarazadas se observó que el nivel de higiene oral fue deficiente en los tres trimestres en un 100% de la población de estudio, según el índice de O'Leary; aunque el acumulo de placa disminuyó entre cada trimestre de embarazo.
3. El grupo etareo de embarazadas en el que se concentró más la enfermedad periodontal fue en el de 15-22 años de edad con un número de ocho embarazadas.
4. El 50% de las embarazadas pertenecían el nivel educacional de secundaria y el 66.7% de las embarazadas eran primigestas.
5. La única embarazada en el grupo etareo de 31-37años presentó afectados sus tejidos periodontales en los tres trimestres.
6. Al inicio del embarazo en el grupo etareo de 15 – 22 años y en el de 23-30 años, dos embarazadas estaban sanas clínicamente y al pasar al segundo trimestre 1 de cada grupo presentó sus tejidos periodontales afectados.



RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

1. Hacer énfasis en el cumplimiento de los programas odontológicos por parte del MINSA para la prevención de la enfermedad periodontal en embarazadas que asisten a los centros de salud desde su primer control pre-natal.
2. Implementar campañas de salud bucal con el fin de fomentar, educar, prevenir y hacer conciencia a toda la población sobre los efectos adversos que una pobre salud oral puede traer, no solo a nivel oral sino sistémico.
3. Motivar a la población, especialmente a los jóvenes para mantener una buena higiene oral y así prevenir enfermedades gingivales y periodontales.
4. Facilitarle información al médico ginecólogo encargado de la paciente embarazada para informarle a la misma sobre la enfermedad periodontal y sus consecuencias durante el embarazo.
5. Que en los centros de salud siempre realicen mantenimientos periodontales durante el embarazo por lo menos cada tres meses.



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y RN bajo riesgo. Protocolos del Ministerio de Salud Nicaragua.
2. www.actaodontológica.com.
3. www.perio.org/consume/mbc.sp.baby.atm
4. Velásquez, Cristina et al. Prevalencia de la enfermedad periodontal en mujeres embarazadas en el centro de salud de Sutiaba del municipio de León y los centros de salud de los municipios Telica, El Sauce y Jalapa en los meses Octubre 2010-Enero 2011, Tesis monográfica.
5. Site.ebrary.com/lib/sibulsp/docDetail.action?ID=10212438&p00=embarazo.
6. Carranza, Fermín et al. Periodontología clínica, 9 Edición parte 1
7. Ferro Camargo, María Beatriz et al. Fundamentos de la Odontología, Universidad Pontificia Javeriana de Colombia. Segunda Edición.
8. Rodríguez Chala, Hilda Elia et al. Embarazo: su relación con la salud bucal. Revista cubana de estomatología V:40n2 Ciudad de la Habana, Mayo-Ago. 2003.
9. Maita Veliz I, Castañeda Mosto M. El embarazo y la enfermedad Periodontal. Odontología Sanmarquina 2000; 1(6): 48.
10. Medina Vega M. La infección periodontal como posible factor de riesgo para nacimiento de bajo peso. Tesis monográfica.
11. Rioboo, Rafael. Higiene y prevención en odontología individual y comunitaria ediciones Avances pág. 147-148.
12. <http://www.monografias.com/trabajos904/salud-oral-embarazadas/salud-oral-embarazadas.shtml>.
13. Calderón Kienlings, Karin. Prevalencia de enfermedad periodontal en mujeres embarazadas en la ciudad de Guatemala y su efecto sobre el bajo peso natal. Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Odontología, Guatemala, 2002. Tesis monográfica.
14. Icaza Martínez, José Luis. Prevalencia de enfermedad periodontal en mujeres embarazadas en la ciudad de Guatemala y su efecto sobre el bajo peso natal. Universidad San Francisco de Quito, 2008.
15. García-Pelayo, Ramón et al. El Pequeño Larousse, Lengua y Cultura. 1993.



ANEXOS



Ficha Recolectora de datos.

Nombre: Número de Cédula:

Domicilio: Teléfono:

Fecha de ingreso al C.P.N: Del C/S:

Primigesta: Multípara:

Edad: 15-22 23-30 30-37

Nivel Educacional: Analfabeta Primaria Secundaria Universidad

Estado Periodontal: Sano : IT IIT IIIT

Enfermo: IT IIT IIIT

Diagnóstico:	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre
P.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.S.P.I.P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P.C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Control de Placa Dentobacteriana según el Índice de O' Leary

I T.

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

0%-Excelente 1-14% Bueno 15-100% Deficiente

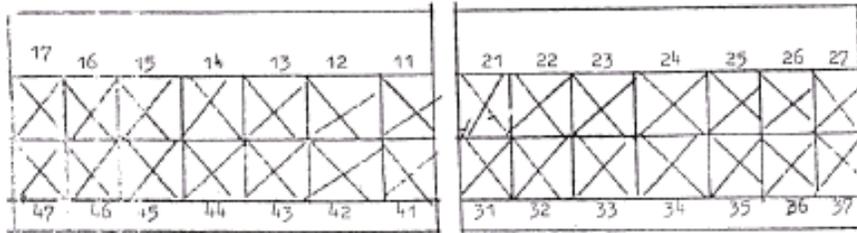
II T.

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

0%-Excelente 1-14% Bueno 15-100% Deficiente



IIIT.



IIIT.0-Excelente

1-14 Bueno

15-100 Deficiente

PERIODONTOGRAMA/ESTADO PERIODONTAL

SUPERIOR

P	IT	Margen																		
		Sondaje																		
A		Nivel de inserción																		
		Dx																		
L	IIT	Margen																		
		Sondaje																		
A		Nivel de inserción																		
		Línea mucogingival																		
T		Dx																		
	I	IIIT	Margen																	
		Sondaje																		
N		Nivel de inserción																		
	O		Línea mucogingival																	
		Dx																		



V	IT	Margen															
		Sondaje															
E		Nivel de inserción															
		Línea mucogingival															
S		Dx															
	IIT	Margen															
T		Sondaje															
		Nivel de inserción															
I		Línea mucogingival															
		Dx															
B	IIIT	Margen															
		Sondaje															
		Nivel de inserción															
		Línea mucogingival															
		Dx															

INFERIOR

L	IT	Margen															
		Sondaje															
I		Nivel de inserción															
		Línea mucogingival															
N		Dx															
	IIT	Margen															
G		Sondaje															
		Nivel de inserción															
U		Línea mucogingival															
		Dx															
A	IIIT	Margen															
		Sondaje															
L		Nivel de inserción															
		Línea mucogingival															
		Dx															



V	IT	Margen															
		Sondaje															
E		Nivel de inserción															
	S	Línea mucogingival															
		Dx															
T	IIT	Margen															
		Sondaje															
I		Nivel de inserción															
	B	Línea mucogingival															
		Dx															
U	IIIT	Margen															
		Sondaje															
L		Nivel de inserción															
	A	Línea mucogingival															
		Dx															
R																	