

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
UNAN – LEÓN**



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**“ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A MUJERES EMBARAZADAS  
CAPTADAS DEL CONTROL PRENATAL PARA EL ÁREA DE  
ODONTOLOGÍA EN LOS CENTROS DE SALUD CABECERA DEL  
DEPARTAMENTO DE LEÓN, EN EL MES DE ENERO DEL 2002.”**

**AUTORES:**

- GEOVANITH TORUÑO CÁLIZ.
- WALTER JARQUÍN LAGUNA.
- MOISÉS GARCÍA RUIZ.
- FREDDY FONSECA GUTIÉRREZ.

**TUTOR:**

- DR. JORGE CERRATO



**MARZO DEL AÑO 2002**

181.185  
c. 1

W  
43  
A864a  
2002



## DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por haberme dado salud y perseverancia en el transcurso de mis estudios.

A mi Abuela : Juana Chavarria (Q.E. P.D)

A mis Padres: Tomas Toruño y Vilma Cáliz con mucho amor.

A mis Hermanos: Freddy, Evelyn y David con cariño.

A mis tios: Fernando, Humberto, Jorge por su apoyo incondicional.

Al Doctor Santos Valladares por toda su ayuda incondicional.

Al Doctor Jorge Cerrato por su disponibilidad para la realización de esta monografía.

A mis amigos y amigas por los buenos momentos que a lo largo de los años me hicieron pasar.

Geovanith Toruño Cáliz.

CS  
CS  
CS  
CS

## *DEDICATORIA*

Doy gracias a Dios y a la Virgencita de los Desamparados por acompañarme y darme la fuerza para seguir adelante.

A mi Madre y Hermanos por estar pendientes y ayudarme sin condición.

A mis amigos por ayudarme incondicionalmente.

Walter Jarquin Laguna.

***DEDICATORIA.***

Doy gracias a Dios, por haberme permitido mi existencia.

A mis padres: Pablo y Angela por su apoyo moral y su esfuerzo para que yo fuera útil en la vida.

A mi hermana Isabel por ser como una segunda madre.

A mi hijo por darme inspiración para seguir adelante.

Al Doctor Jorge Cerrato por brindarnos su tiempo para la realización de esta tesis.

Moisés García Ruiz.

## **DEDICATORIA.**

Doy gracias a Dios por haberme dado la fortaleza de seguir a delante en mis estudios y por haberme dado salud.

A mi Abuelo: Adolfo Fonseca (Q.E.P.D) por haberme brindado todo su apoyo necesario para seguir adelante con mis estudios y servir como fuente de inspiración para seguir siempre por el buen camino, gracias por sus consejos

A mi Abuela: María Antonieta Poveda por su apoyo incondicional.

A mis Abuelos: Nuncio Gutiérrez y María Elena Saénz por su cariño y apoyo.

A mis Padres: Freddy Fonseca y Angela Gutiérrez con mucho cariño.

A mi esposa: Fabiola Pérez Andino.

A mi Hija: Mariangeles Fonseca Pérez por ser la luz que ilumina mi camino.

Al Dr. Jorge Cerrato que por medio de sus consejos me ha enseñado que siempre hay otros caminos para resolver los problemas de la vida y por su apoyo incondicional por la realización de esta monografía.

Freddy Fonseca Gutiérrez.

## INDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>Pág. 1</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>III. MARCO TEORICO</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>IV. DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>Pág. 36</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>Pág. 40</b>
<b>VI. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>Pág. 44</b>
<b>VII. CONCLUSIONES</b>	<b>Pág. 49</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b>	<b>Pág. 50</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>Pág. 51</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>Pág. 52</b>

## INTRODUCCION

Debido a la importancia que tiene la salud bucal dentro del programa de control prenatal, se realizó este estudio, ya que es un programa orientado por el Ministerio de Salud, pero que no se le ha dado la importancia requerida sobre todo en el aspecto preventivo.

En este estudio se trata de valorar el programa de control prenatal en cuanto a sus objetivos y metas propuestas para brindar atención odontológica adecuadas en las mujeres embarazada; el Ministerio de salud en sus políticas ha dado prioridad a las gestantes, por tal razón queremos determinar si esto realmente se cumple en el campo de estos programas en la actualidad.

Debido a que en otros estudios realizados anteriormente se logró captar que este programa las políticas del MINSA no se aplican correctamente, ya que los datos reflejan una disminución en la captación de las mujeres embarazadas y respuestas a sus necesidades odontológicas.

Existen factores que pueden estar incidiendo en la poca productividad de estos programas, los cuales afectan la salud integral de las mujeres gestantes, siendo la atención en salud bucal de estas la mas afectada .

En el departamento de León, no se ha realizado investigaciones sobre esta temática de la atención odontológica en las mujeres embarazadas solamente en el departamento de Chinandega en el año 1998 y en el departamento de Rivas el año 1999, en las cuales se encontró como resultado que el porcentaje de captación de mujeres embarazadas del programa de

control prenatal al área odontológica es deficiente y los odontólogos opinan que la atención odontológica en las mujeres embarazadas es deficiente encontrándose también algunos factores que inciden en la captación de atención odontológica en las mujeres embarazadas en el programa de salud bucal, están: la falta de un adecuado presupuesto del ministerio de salud para la atención odontológica también esta el factor socioeconómico de la población y del personal de salud.

Se hace necesario la realización de este estudio con el objetivo de obtener datos acerca del funcionamiento del área odontológica dentro del programa de atención integral de las mujeres embarazadas para que el Ministerio de Salud, pueda implementar las medidas adecuadas y que introduzcan en sus políticas de salud una correcta atención odontológica a dichas mujeres para que verdaderamente sea un programa de control prenatal de una forma más integral.

## **OBJETIVOS**

### ***OBJETIVO GENERAL***

Identificar algunas características de la captación y atención de mujeres embarazadas en el área de odontología, captadas del programa de control prenatal, en las cabeceras los centros de salud de la ciudad de León en el mes de Enero del 2002.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

1. Determinar el porcentaje de mujeres embarazadas captadas del control prenatal por el área de odontología
2. Identificar los tratamientos que recibieron las mujeres embarazadas que asistieron al programa de control prenatal y que fueron remitidas al área de odontología.
3. Identificar algunos factores que según los odontólogos, puedan influir en la captación de mujeres embarazadas para su atención odontológica.

## MARCO TEÓRICO

### Higiene Oral.

La prevención de las enfermedades puede llevarse a cabo en distinta fases: La prevención primaria es aquella que se dirige a los sujetos sanos antes que se desarrolle la enfermedad. La secundaria en estadios iniciales e implica medidas tales como diagnóstico y tratamiento precoz. Finalmente, la prevención terciaria es aquella que trata de reducir al mínimo los daños producidos por la enfermedad y sus secuelas, abarcando la terapéutica rehabilitadora.

Dentro del contexto de higiene oral podemos decir que existen procedimiento profiláctico y operatorio para mantener una optima higiene oral, estos comprenden desde profilaxis profesional, terapéutica y operatoria dental preventiva hasta control mecánico de placa dental realizado por el mismo paciente por medio de dentífrico y cepillo dental. Con este control se obtiene un buen resultado en prevención de gingivitis y las enfermedades periodontales, pero su poder de inhibición del desarrollo de caries dental en general es más controvertido.

No cabe duda que algunos pacientes, bien motivado y adecuadamente instruidos, que estén dispuesto a invertir tiempo en cepillarse, usar hilo dental y aplicar otro métodos de higiene oral mecánica pueden evitar su aparición.

El objetivo de la higiene oral es la eliminación de la placa dental y el mantenimiento de las superficies dentarias limpias.

## **Importancia de la higiene oral**

Actualmente se conoce una buena salud oral como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. Los dientes son importantes para comer, hablar y por razones estéticas. El tener dientes y encías saludables es esencial para eliminar fuentes de infección que pueden diseminarse hacia otras partes del cuerpo y para eliminar incomodidades sociales como el mal aliento.

Un aspecto saludable es particularmente importante puesto que mejora las oportunidades de empleos. Los dientes cariados y los problemas de salud oral, se encuentran entre los problemas más importantes del ausentismo laboral. Los niños con salud oral pobre o que tiene abscesos y dolor de dientes no pueden responder bien en las escuelas y tienden a interrumpir sus estudios debido a problemas asociados con atención odontológica.

### **Consecuencias de mala higiene oral.**

La aplicación de un programa para garantizar la salud dental debe comenzar en la lactancia. Este plan de abarcar aspecto de:

Regulación dietética.

Administración dietética.

Eliminación de placa bacteriana. Siendo todo importantes.

## **PLACA DENTRO BACTERIANA.**

### **1. Depósitos blandos.**

Intrabucalmente existen depósitos blandos no mineralizados que son depósitos supragingivales, aunque existe la posibilidad que estos depósitos, en especial la placa bacteriana. Los depósitos supragingivales son más abundantes, más fácil de ser observado, se consideran responsable del inicio de la enfermedad gingival, pueden eliminarse con mayor facilidad y se han estudiado más afondo para observar el componente microbiano y potencial patógeno.

#### **2.1. Placa Bacteriana.**

Es una película gelatinosa que se adhiere firmemente al diente, superficies de las restauraciones y mucosa gingival, formada por microorganismos, agua, células epiteliales descamada, glóbulos blancos y restos de alimentos, siendo sus efectos dañinos debido a la colección de colonias de bacterias.

#### **2.1. Placa Adquirida.**

Película acelular formada por saliva y líquidos gingivales, constituyendo el sitio de la adherencia de los microorganismos que finalmente forman la matriz organizada denominada placa bacteriana no se elimina fácilmente y se forma en pocas horas.

## **2.1. Materia Alba.**

Complejo de bacteria y detritus celulares adheridos en forma laxa que cubren los depósitos de placa organizada, se eliminan fácilmente, es una mezcla de microorganismo, células epiteliales y componente salivales, carece de un patrón interno uniforme o regular como la placa.

### **Residuos o detritus de alimentos.**

Partículas de materias principalmente de alimento, que se alojan en las zonas inter dentarias o en la placa bacteriana.

De todos estos depósitos ya descritos, la placa se considera el más importante y se ha llamado el principal factor etiológico en el inicio de caries y enfermedades periodontales. Es el único factor que en caso de eliminarse conducirá a suprimir la causa de cualquier enfermedad cariosa y periodontal originada por él.

## **2.1. Según su localización.**

- a. **Placa coronaria:** Se observa en la superficie dentaria aunque no en contacto con la encía.
- b. **Placa gingival:** Deposito que hay dentro de hendidura gingival o dentro de la bolsa periodontal, se divide en:
  - b.1 **Placa supragingival:** Se encuentra por encima del margen gingival en contacto con la dentición y comienza con la adhesión de bacteria sobre la película adherida en la superficie dental la masa de la placa crece por:
    - Adhesión de nuevas bacterias.
    - Multiplicación de bacteria.

- Acumulación de bacteria y productos del huésped, se pueden formar cantidades mesurables aproximadamente una hora después que los dientes sean limpiado completamente. Se compone de arsenal microbiano, principalmente de bacteria aeróbicas.
- **Según su actividad.**
  - a. **Placa metabolizante:** Se considera el principal factor etiológico en el proceso tanto de la caries dental como de la enfermedad periodontal.
  - b. **Placa inocua:** Placa que ha sido neutralizada y carece de actividad metabólica específica que pudiera provocar una reacción gingival.

La microflora de placa bacteriana puede provocar cambio patológico en los dientes o en la estructura de sostén donde los materiales a base de hidratos de carbono son metalizado para producir una situación de ph ácido que conduce a la desmineralización del esmalte denominada habitualmente como caries. Cuando aumenta el metabolismo de la placa y provoca un ph básico se calcifica su contenido microbiano y se denomina TÁRTARO, produciendo cambios continuos en la encía que progresan de leve a moderado y grave.(4)

### **Cálculo dental.**

Es una masa de calcificación o calcificada adherente, que se forma en la superficie natural de los dientes, por lo general él cálculo consiste en placa bacteriana mineralizada.

## **1. Calcificación.**

De acuerdo a su relación con el margen gingival.

### **a. Cálculo supra gingival (Saliva).**

Es el cálculo coronal al margen gingival y visible en la cavidad bucal, por lo general es blanco o amarillento blancuzco, tiene una consistencia dura, arcillosa y se desprende con facilidad de la superficie dentaria, se puede localizar en un diente, grupo de dientes o generalizado en toda la boca.

### **b. Cálculo subgingival (sérico).**

Se refiere al cálculo debajo de la cresta de la encía marginal, por lo general en la bolsa periodontales y no visible en un examen bucal de rutina, es denso, color café oscuro o negro verdusco y de consistencia dura o pétreo está firmemente unido a la superficie dentaria.

## **2. Prevalencia de cálculos:**

Los cálculos supragingivales y subgingivales por lo general aparecen dentro de los primeros años de pubertad y aumenta con la edad, el tipo supragingival es más frecuente aproximadamente a los 9 años, su recurrencia después de ser eliminado es muy rápida.

Ocurre con mayor frecuencia y cantidad en áreas linguales de incisivos inferiores junto al conducto de Wharton y superficie bucales de los molares superiores adyacentes al conducto de Stenon, caso extremo el cálculo puede formar una estructura como puente a lo largo de los dientes adyacentes o cubrir las superficies oclusales de los dientes sin antagonista funcional.

## **2. Adhesión del cálculo a la superficie del diente.**

Las diferentes maneras en las cuales se unen el cálculo al diente influyen en la facilidad o dificultad para eliminarlo, la manera de adhesión que se ha estudiado son:

- Por medio de una película orgánica.
- Penetración de la bacteria al cálculo dentro del cemento.
- Retención mecánica en las irregularidades superficiales como: lagunas de resorción, caries, etc.

## **3. Formación del cálculo.**

El cálculo es placa dental adherida que ha sufrido mineralización, la placa blanda se endurece por la precipitación de sales minerales que por lo general empieza entre del primero y el decimocuarto día de la formación de la placa. El 50% de las placas que se calcifican llegan a mineralizarse en 2 días y el 60 – 90% en 12 días, no toda la placa sufre necesariamente calcificación.

La placa que no se transforma en cálculo alcanza una elevación del contenido mineral máximo en 2 días, la saliva es la fuente mineral del cálculo supragingival y el líquido gingival o exudado provee los minerales para el subgingival.

La calcificación de la placa se vincula con la unión de iones de calcio a los complejos de carbohidratos, proteínas de la matriz orgánica y la precipitación de sales fosfato cálcico cristalino, la calcificación empieza a lo largo de la superficie interna de la placa supragingival en el componente unido

a la placa subgingival adyacente al diente en focos separados, que aumenta de tamaño y se fusionan para formar masas sólidas de cálculo.

El tiempo de inicio, las velocidades de calcificación y acumulación de cálculo varían de una persona a otra y aún en la misma persona en diferentes dientes y horas de los días, basados en esto se clasifican en formadoras de:

- Cálculo abundante.
- Cálculo moderado.
- Cálculo ligero.

## **5. IMPORTANCIA ETIOLÓGICA DEL CALCULO**

Es difícil separar los efectos del cálculo y de placa en la encía, porque el cálculo siempre está cubierto por una placa no mineralizada, hay una correlación positiva entre la presencia del cálculo y la caries, pero no es tan grande de cómo la que hay entre placa gingivitis.

El efecto principal del cálculo no es como se pensaba originalmente por irritación mecánica, sino porque siempre está cubierto por bacterias. Los depósitos calcificados desempeñan una función importante para mantener y continuar la enfermedad periodontal, conservando la placa en contacto íntimo con el tejido gingival y creando áreas donde su eliminación es imposible. Sin importar su relación primaria y secundaria en la formación de la enfermedad periodontal, el aspecto de irritación principal del cálculo, es la placa superficial más que su factor patogénico importante en la enfermedad periodontal.

## **ENCÍA**

Es la parte de la mucosa bucal que cubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

1. **Encía Marginal (no insertada):** Es el borde de la encía, rodea a los dientes en forma de collar, esta separada de la encía insertada por una depresión o línea estrecha.
2. **Encía Insertada:** A continuación de la encía marginal, es firme, elástica y estrechamente unida al periostio del hueso alveolar, la cara vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar que es relativamente laxa y movable, de la que se separa por la unión muco gingival.
3. **Encía Interdental:** Ocupa el nicho gingival que es el espacio intermedio situado apicalmente al área de contacto dental, consta de 2 papilas, una vestibular y otra lingual, y col que es una depresión que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal. Es de forma piramidal.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

1. **Color:** El color de la encía insertada y margina es rosa coral, que seda por el aporte sanguíneo, el espesor y grado de queratinización del epitelio y por la presencia de células con pigmentación cutánea (razas) la mucosa alveolar es roja, lisa y brillante.

2. **Tamaño:** Corresponde a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. Su alteración es común en la enfermedad gingival.
3. **Contorno:** Variable y depende de la forma de los dientes y su alimentación en la arcada, de la localización y tamaño del área de contacto interproximal y de las microbianas relacionadas con la acumulación local de placa, cálculo y flora patógena subgingival. La ausencia del control de placa bacteriana adecuado lleva a una inflamación gingival inicial llamada **GINGIVITIS**.

Esta se refiere a una inflamación de tejido gingival provocada por la acción microbiana de la placa bacteriana, está restringida al periodonto de protección y caracterizada por la formación de bolsas gingivales falsas detectadas por el sangrado espontáneo o provocado.

A veces la gingivitis evoluciona a periodontitis, pero no todas la periodontitis se desarrollan a partir de gingivitis.

## **ETIOLOGÍA Y PATOGENIA**

La inflamación representa un equilibrio entre el factor etiológico primario, placa dento bacteriana y el huésped, en la unión dentogingival. En este equilibrio huésped – agente, la placa y sus constituyentes son los responsables de la gingivitis. Al reiniciar la higiene bucal, la gingivitis se resuelve con más rapidez.

## TIPOS DE GINGIVITIS

1. **Gingivitis aguda:** Se presenta de color rojo intenso y muchas veces está ulcerada, hemorrágica y de dolorosa, es de instalación repentina y de corta duración.
2. **Gingivitis sub-aguda:** Presenta característica más leve que la gingivitis aguda.
3. **Gingivitis recidivante:** Enfermedad que aparece después de haber sido eliminada mediante tratamiento (o desaparece y recupera espontáneamente).
4. **Gingivitis crónicas:** Enfermedad que se instala con lentitud, de larga duración, indolora, excepto que se complique con irritación agudas o sub-agudas.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS

1. **Hemorragia gingival:** Es el primer síntoma de la inflamación gingival que se precede al establecimiento de la gingivitis, es el aumento del flujo gingival y hemorragia de surco gingival al sondeo suave.
2. **Cambio de color:**
  - a. **Gingivitis aguda:** Los cambios de color pueden ser marginales, difusos o en mancha según la clase de inflamación, generalmente hay eritema a rojo brillante inicial, se transforma en gris pizarro o gris blanquecino.
  - b. **Gingivitis crónica:** Inicialmente presenta un enrojecimiento ligero pasando por diverso tono de rojo, azul-rojizo y azul-oscuro,

según va aumentando la cronicidad del proceso inflamatorio, los cambios comienza en las papilas interdetales y se extiende a la encía adherida.

3. **Cambio de textura:** Pérdida del punteado superficial característico, liso, brillante o bien firme y modular.

4. **Cambio de consistencia:**

a. **Gingivitis aguda:**

- Hinchazón difusa y ablandamiento.
- Esfacelación con partículas grises de aspecto escamoso (de residuos adheridos a la superficie erosionada).

b. **Gingivitis crónica:**

- Hinchazón esponjosa que se hunde a la presión.
- Marcada blandura y friabilidad (fácil fragmentación a la exploración con una sonda), con áreas delimitada de enrojecimiento y descamación.
- Consistencia firme y semejante al cuero.

## I. PERIODONTITIS

La periodontitis es el tipo de enfermedad más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio e iniciados en la encía hacia los tejidos periodontales de soportes.

## **EMBARAZO:**

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma a como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante unos 280 días (40 semanas).

Bajo la influencia de las nuevas condiciones enlazadas con el desarrollo del feto, en el organismo de la mujer durante la gestación surgen múltiples y complejos cambios. Estos cambios son fisiológicos; a ellos coadyuvan a un desarrollo normal del feto, disponen al organismo de la mujer para el parto y la lactancia.

### **EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON CARIES**

Hay que recordar que no existe un mecanismo para la privación fisiológica del calcio de los dientes como los hay de la sangre y de huesos, de tal manera que un feto en desarrollo no puede obtener calcio a expensa de los dientes de la madre.

En estudios realizados no sé a encontrado relación directa entre la caries dental y el embarazo o entre la caries dental y el número de embarazos.

También se ha observado que el contenido mineral de la dentina de dientes cariados en mujeres embarazadas y no embarazadas no presentaba

diferencias importantes; pero hay una observación clínica bastante común en una mujer embarazada en su última etapa o poco después del parto hay un aumento significativo en la actividad de la caries debido al descuido bucal ordinario producto de la presión de otros deberes por el nacimiento del bebe; así, el aumento en la frecuencia de la caries, aunque indirectamente por el embarazo se da por un problema local de descuido.(2)

### **ENFERMEDAD GINGIVAL DURANTE EL EMBARAZO**

El embarazo por si mismo no causa gingivitis. Esta se causa por la placa bacteriana así como en la mujer no embarazada. El embarazo acentúa la respuesta gingival a la placa y modifica el cuadro clínico.

No existe cambio notable en la encía en ausencia de irritantes locales durante el embarazo.

La gravedad de la gingivitis se incrementa al principio del segundo y tercer trimestre del embarazo. Las pacientes con gingivitis crónica leve sin atención, acentúan la respuesta porque las áreas inflamadas previamente se vuelven edematosas, muy agrandadas y decoloradas. Las pacientes con leve hemorragia antes del embarazo se preocupan acerca de una mayor tendencia al sangrado.

La gingivitis se vuelve más grave por el octavo mes y disminuye durante el noveno, la acumulación de placa sigue una forma similar.

Algunas investigaciones señalan la mayor gravedad entre el segundo y el tercer trimestre. La relación entre gingivitis y la cantidad de placa es casi igual después del parto que durante el embarazo. Esto indica que el embarazo introduce otros factores que agravan la respuesta gingival a los irritantes locales.

La incidencia de gingivitis que se reportó durante el embarazo varía de acuerdo con el grupo de estudio y el método utilizado. La incidencia parece incrementarse en el embarazo, pero esta es una determinación difícil de hacer.

El embarazo afecta la gravedad de las áreas que tenían inflamación, no altera la salud de las encías. Las impresiones de incidencia aumentada pueden crearse por hacerse más graves las áreas inadvertidas y con inflamación precoz. También aumenta la movilidad dentaria, y profundidad de la bolsa.

Hay reducción parcial en la gravedad de la gingivitis a dos meses posparto y después de un año el estado de la encía se compara con el de pacientes que se han embarazado. Sin embargo la encía no regresa a la normalidad, mientras que los irritantes locales estén presentes. También lo que se reduce después del parto es la movilidad dentaria horizontal, líquido gingival y profundidad de la bolsa.

#### **Características clínicas.**

La vascularidad pronunciada es la característica más notable. La encía se encuentra inflamada y varía en color desde un rojo brillante a un rojo azulado, algunas veces descrita como rosa vieja. La encía marginal e

interdental es edematosa, a la presión se marcan fosas, aparece lisa y brillante, blanda y friable y algunas veces presenta la apariencia de frambuesa.

El rojo intenso se produce por la vascularidad marcada y existe una gran tendencia al sangrado. Por lo general los cambios gingivales son indoloros a menos que se compliquen por una infección aguda.

En algunos casos la encía inflamada forma masas “tumoraes” discretas, las que se conocen como “tumores del embarazo”.

### **Estudio microbiológico.**

La posibilidad de que las interacciones hormonales – bacterianas puedan cambiar la composición de la placa y conduzcan la inflamación gingival no sé a explorado mucho. Kornman y Loeche progresa. El único microorganismo que aumenta su proporción es el “bacteroides intermedius”.

Este incremento parece vincularse con la elevación de la cifra sistemática del estradiol y progesterona y coincide con el punto máximo de la hemorragia gingival.

También se sugiere que durante el embarazo existe una depresión de la respuesta de los linfocitos T materno, que puede ser un factor en la respuesta hística alterada de la placa.

## **Relación con las cifras hormonales.**

El efecto del embarazo sobre la respuesta gingival a los irritantes locales se explica en bases hormonales. Existe un incremento marcado en el estrógeno y progesterona y reducción después del parto. La gravedad de la gingivitis varía con los valores hormonales en el embarazo.

Cuando la gingivitis se agrava, se atribuye principalmente al incremento en los niveles de progesterona, las cuales producen dilatación y tortuosidad de la microvasculatura gingival, estado circulatorio y aumento a la susceptibilidad a los irritantes mecánicos, todo esto favorece un infiltrado de líquido al tejido peri vascular.

También se sugiere que la acentuación de la gingivitis durante el embarazo ocurre en dos picos: Durante el primer trimestre cuando hay sobreproducción de gonadotropinas y durante el tercer trimestre, cuando los valores de estrógeno y progesterona son más altos.

La destrucción de las células cebadas gingivales por el incremento de las hormonas sexuales y la liberación de resultante histamina y enzimas protelíticas, pueden también contribuir a una respuesta inflamatoria exagerada de los irritantes locales.(3)

## **PERIODONTITIS MARGINAL.**

La inflamación crónica de la encía, la formación de bolsas y la pérdida ósea son usuales en la periodontitis marginal. En casos avanzados hay movilidad dentaria y migración patológica.

La periodontitis marginal es causada por la placa dental. La acumulación de placa dental es favorecida por una gran variedad de irritantes locales, como el cálculo, restauraciones defectuosas e impactación de alimentos. Puede ser sub clasificada de acuerdo con la proporción de tejidos destruidos y con algunas características clínicas como enfermedad de evolución lenta y rápida, o también como periodontitis refractaria.

### **PERIODONTITIS DE EVOLUCIÓN LENTA**

También llamada periodontitis tipo adulto y está vinculada con abundante depósito de placa y cálculo. Se encuentran signos obvios de inflamación gingival (cambio de color, textura superficial, exudado abundante y demás).

Por lo general es indolora pero puede haber sensibilidad de raíces expuesta; dolor profundo sordo causado por acúñamiento enérgico de alimento en las bolsas periodontales; síntomas agudos causados por formación de abscesos periodontales; y síntomas pulpares que resulta de raíces cariadas.

### **PERIODONTITIS DE EVOLUCION RÁPIDA**

Se vincula con cantidades escasa de placa y cálculo, es más frecuente en adultos jóvenes de la década de los 20, pero puede ocurrir a los 35 años; inflamación extrema, hemorragia, proliferación de la encía marginal, exudación y rápida pérdida ósea (gran perdidas en pocas semanas o meses). Puede cesar o estar en reposo o progresar a pérdida dentaria.

Las características clínicas de ambas periodontitis deben ser todavía más definidas y sin embargo, el diagnóstico diferencial puede ser difícil, excepto si se determina a tiempo la proporción del progreso de la destrucción periodontal y la respuesta al tratamiento.

### **PERIODONTITIS REFRACTARIA**

Son los casos que no reaccionan a la terapéutica o que ocurren inmediatamente después del tratamiento, adecuado por razones desconocidas.

El deterioro en estos casos ocurre ya sea por afecciones nuevas en otros dientes o por incremento de pérdidas óseas e inserción de áreas ya tratadas. Esta periodontitis se debe a uno o varios de los mecanismos siguientes: respuesta anormal del huésped, microorganismos resistente o problema morfológicos intratable.

Con bases a la gravedad y el grado de destrucción de los tejidos, la periodontitis marginal también se clasifica en leve, moderada y grave. Los casos en estas tres categorías, solo difieren en grado, con pérdida de la adherencia de 2 a 4 mm para los casos leves, 4 a 6 mm para los casos moderados, y 7mm a más para los casos avanzados. En los casos moderados y graves se pueden encontrar movilidad dentaria.

### **CARIES DENTAL**

Caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción

inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica de los dientes. Es la enfermedad crónica más frecuente y de mayor prevalencia que afecta a la raza humana una vez que se presenta sus manifestaciones persisten durante toda la vida, incluso cuando las lesiones son tratadas, es decir tales lesiones son irreversibles, indeleble, permanentes y no cicatrizable.

Además tiende a aumentar de tamaño si se abandonan a su propio curso. Afecta a persona de todos los sexos, raza, estratos socioeconómico y grupo de edades, por lo general empieza tan pronto los dientes hace erupción en la cavidad oral.(6)

## **EPIDEMIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL**

La caries dental puede ser considerada como una enfermedad de la civilización moderna, puesto que el hombre prehistórico rara vez sufría de esta forma de destrucción de los dientes. Los estudios antropológicos no mostraban caries dental, pero los cráneos de hombre del período neolítico ya tenían dientes cariados y estas lesiones se encontraban frecuentemente en las regiones cervicales, en contrastes en las poblaciones humanas modernas se observan con mayor frecuencia las lesiones oclusales e ínter proximales.

Hasta hace unas décadas, la Prevalencia e incidencia de la caries aumentaron de manera dramática y sostenida. Dicho aumento se correlacionan con el progreso de la civilización y coincide con el aumento en el consumo de sacarosa.

En actualidad en las naciones industrializadas se ha visto un cambio y la frecuencia de caries ya no aumenta sino disminuye, pero se reconoce que la frecuencia actual de caries es más alta en los países industrializados que en los países en desarrollo y aún más, la actividad del padecimiento se aumentó drásticamente en los países del tercer mundo cuando su dieta y patrones de vida a bases de alimento crudo y sin refinar fueron sustituidos por dieta civilizadas de sociedades de mayor industrialización, basándose en alimento procesados, blandos, adherentes, endulzados y refinados. La caries dental se relaciona con la civilización no con la evolución.

#### **DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA CARIES DENTAL EN RELACIÓN A:**

**1. SEXO Y EDAD:** Los estudios indican que el total de las caries en los dientes permanentes, es mayor en el sexo femenino que en el masculino de la misma edad. Recíprocamente, la caries en los dientes deciduos es mayor en el sexo masculino que en el femenino, se ha sugerido que esta diferencia se debe a la erupción más temprana de los dientes en las niñas y su exposición de éste al medio bucal. Esta pequeña diferencia ligada al sexo desaparece aproximadamente a los 15 años de edad.

**2. RAZA Y ESTADO SOCIOECONÓMICO:** Existen una gran diferencia en la afección de la caries dental entre niño blanco y negro de todas las edades los de la raza negra tiene una incidencia menor la caries que los de raza blanca de la misma edades.

Se detecta también un feto protector de la pobreza; los niños procedentes de familia de bajo ingreso presentaron menor actividad cariosa que los niños de más alto ingresos.(2)

## ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

La etiología de la caries dental es un problema complejo, porque además de ser un problema multifactorial y complicado por muchos factores indirectos que oscurecen la causa o causas directas. Se ha postulado diferente teorías para explicar adecuadamente la etiología de la caries, siendo la más aceptada la teoría ácido gena (teoría químico – parasitaria de Miller).

La lesión cariosa constituye un proceso dinámico, químico – parasitario y se produce bajo una capa de bacteria acumulada sobre las superficies dentarias. El resultado de la disolución mineral de los tejidos duro del diente por la acción de formado por las bacterias de la placa a partir del metabolismo y fermentación de los carbohidratos de las dietas, en especial los azúcares.

### Los factores causales de la caries se pueden dividir en dos:

1. **Factores esenciales:** Deben estar presentes e interactuar para que pueda ocurrir caries.
2. **Factores modificadores:** Son numerosos sus efectos son ejercidos más sutilmente y modifican la localización de la lesión cariosa. La iniciación, progreso o retroceso de la caries es el resultado evidente de la interacción de múltiples factores causales.



## **1. FACTORES ESENCIALES:**

- a. Dientes susceptible.**
- b. Microorganismos.**
- c. Carbohidratos.**
- d. Tiempo.**

La ingestión de alimento por vía oral es necesaria para el desarrollo de la caries. Algún elemento de la dieta, en especial los azúcares, se correlaciona constantemente con la actividad del proceso carioso: La colocación de alimento más refinado en la dieta de los seres humanos así como la introducción y aumento progresivo en el consumo de sacarosa (forma de azúcar refinada) debido a condiciones de vida más civilizada, produjeron un aumento grande en la incidencia de caries dental. En caso contrario (menor consumo de sacarosa) ocurrió una mejor incidencia de caries.

El azúcar más cariígeno es la sacarosa, en esto lo más importante es la frecuencia con que se ingiera, no la cantidad. La consistencia es importante, los caramelos pegajosos tienden a aumentar la incidencia de caries más que la sacarosa en forma líquida.

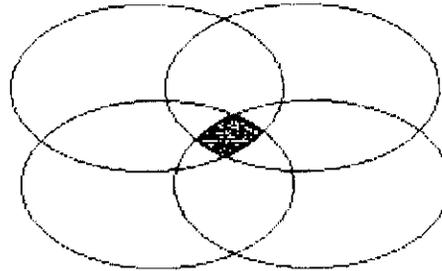
Otro aspecto importante a citar es que los azúcares no fermentables como el xilitol, conserva un índice de desarrollo de caries dental muy bajo a diferencia de los azúcares fermentables como sacarosa, fructuosa, glucosa, etc.

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL**

M. Org

Diente

Tiempo



Carbohidratos

## **FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CARIES DENTAL (FACTORES MODIFICADORES)**

Existen variaciones en la frecuencia de la caries dental debido a la presencia de diversos factores contribuyentes. Actúan para aumentar o disminuir el desarrollo de la caries, pueden tener un efecto indirecto al influir sobre uno o más de los factores esenciales.

### **1. Enfermedades sistémicas.**

Algunas se relacionan con alteraciones de la frecuencia de caries.

**Pacientes internos con padecimiento neurológico:** Su alto nivel de caries puede deberse a la incapacidad de efectuar segura y adecuadas maniobras de higiene oral.

**Diabetes miellitus no controlada:** Se encuentra valores elevados de azúcar salival y por consiguiente aumenta la actividad cariogénica.

Hipotiroidismo: Ocurre erupción dental tardía, exposición al medio bucal más tardío y por tanto la Prevalencia de caries es menor.

### **3. Herencia.**

La actividad cariógena en los gemelos bicigoto y mono cigoto es muy pequeña en comparación con niños de la misma edad sin relación entre sí.

Aquí intervienen conjuntamente la influencia ambiental que son más relevantes que la herencia, se ha encontrado similitudes en el CPOD entre personas de la misma familia que al avanzar la edad se tornan más fuerte. Esto sugiere que solo una parte de la semejanza familiar de CPOD tiene base genética.

### **4. Saliva.**

La función de la saliva en la determinación de la susceptibilidad a la resistencia de la caries dental es muy importante.

Lavado de bacterias y sus metabolitos (disminución de la adherencia bacteriana a la superficies dentales).

Actividad antibacteriana directa: Acción neutralizante: produce alcalinidad, aumenta el ph, o evita su disminución.

Intervención en el fenómeno de desmineralización - Remineralización.  
Cuando el flujo salival disminuye de forma marcada o disminuye por completo (xerostomía) se experimenta aumento en la caries dental.

## **5. Diente.**

Carácter bioquímico de la sustancia dental: el contenido de fluor de un diente sano es mayor que el de los dientes cariados. El esmalte superficial es más resistente a la caries que el de la superficie debido a su mayor mineralización, menor contenido de material orgánico y agua.

Características morfológicas de los dientes: la presencia de fosa y fisuras profundas y angosta pueden predisponer a las caries por el contrario conforme avanza al atrición disminuye la predisposición de caries dental.

Posición del diente: los mal alineado y fuera de posición o volteado, favorece el acumulo de alimento y son difíciles de limpiar produciendo aumento de caries dental.

## **ASPECTO CLÍNICO DE LA CARIES DENTAL**

### **Clasificación clínica de la caries dental:**

Se ha clasificado a la caries dental en distintas formas, dependiendo del aspecto clínico que caracterizan a la lesión en particular:

1. De acuerdo a donde se encuentre en el diente individual.
  - a. Caries de focetas y fisuras.

- b. Caries de superficie lisas.
- 2. De acuerdo a la rapidez del proceso.
  - a. Caries dental aguda.
  - b. Caries dental crónica.
- 3. De acuerdo así la lesión es nueva y ataca a una superficie previamente intacta o si se presenta alrededor de una restauración.
  - a. Caries primaria (virgen).
  - b. Caries secundaria (recurrente).

### **CARIES DE FOSETA Y FISURAS.**

Se desarrolla en las superficies oclusales de molares y premolares, en las superficies linguales de molares superiores y bucales de molares inferiores, y en superficies palatinas de incisivo superiores. Estas focetas y fisuras profundas algunas veces se consideran como fallas en el desarrollo en particular debido a que el esmalte que se encuentra en lo más profundo con frecuencia es muy delgado o en ocasiones no existe y permite de esta manera la exposición de restos alimenticios y de los microorganismos y la caries puede resultar de la fermentación de las comidas y de la fermentación de la formación de ácidos.

Las focetas y fisuras afectadas tempranamente por la caries pueden aparecer de color café o negras y se sentirán ligeramente suaves y pescaran a la punta de un explorador fino.

El esmalte que rodea a la focetas o fisuras pueden aparecer de color blanco azulado opaco conforme se va socavando. Este socavamiento se

presenta por diseminación lateral de la caries en la unión dentino – esmalte y puede ser un proceso rápido si el esmalte que se encuentra en la base de la focetas o fisuras es delgado.

Estas diseminación a lo largo de los tubos dentinales pueden ser extensa sin que se fracture el esmalte que lo está sosteniendo. Así pueden existir grandes lesiones cariosas con solo un punto pequeño de abertura.

Este esmalte socavado puede romperse repentinamente bajo la fuerza de la masticación o el dentista puede abrir una gran cavidad cuando este excavando al focetas o fisuras. En muchos de los casos la lesión empieza como una lesión abierta y se vuelve progresivamente más grande abarcando casi toda la extensión de la cavidad que esta expuesta al medio bucal.

En este último caso de caries el progreso de la enfermedad es por lo regular mucho más lento y con frecuencia se encuentra de morado el contacto pulpar.

### **CARIES DE SUPERFICIES LISAS.**

Es la caries que se desarrolla sobre las superficies proximales de los dientes o en el tercio gingival de las superficies bucales o linguales, raras veces ocurren caries en otras áreas excepto en los casos de dientes en mal posición o mal formados debido a las propiedades autolimpiadoras de estas áreas.

A diferencia de las caries focetas y fisuras que no dependen de la formación de una placa definitiva y bien reconocida para la iniciación de la caries, la de superficie lisas generalmente esta precedida por la formación de una placa dental o microbiana, esto asegura la retención de los carbohidratos y de los microorganismos sobre la superficie dental en partes que no se limpian en una forma habitual y al subsecuente formación de ácidos para la iniciación del proceso carioso.

La caries proximal por lo regular inicia justo por debajo del punto de contacto y aparece en etapa tempranas como una capacidad blanca, leve del esmalte. Sin que exista una perdida aparente de continuidad de la superficie del esmalte. En algunos casos aparece como un área pigmentada de color amarillo o café, pero en cualquiera de los casos por lo regular esta bien demarcada.

La mancha de color blanco yesoso temprana, se vuelve ligeramente rugosa debido a la descalcificación superficial del esmalte. Conforme la caries penetra el esmalte, la lesión asume un aspecto de color blanco azulado similar al que se ve alrededor de las fositas y fisuras cariadas, esto es particular aparente cuando ocurre diseminación lateral de la caries en la unión dentino-esmalte.

No es raro para la caries proximales extenderse tanto bucal como lingualmente, pero rara vez la cavidad pasa de los límites de las áreas accesibles a la excursión de la comida o del cepillo dental.

La caries cervical se presenta en las superficies bucales, linguales o labiales y por lo regular se extiende desde el área opuesta a la cresta gingival oclusalmente a la convexidad de las superficies de los dientes que marca la porción autolimpiadora de las superficies.

Se extiende de forma lateral hacia la superficie proximales y en ocasiones, bajo el margen libre de la encía. Su característica es una cavidad en forma de luna creciente que empieza como la caries proximal.

Casi siempre son una cavidad abierta no presenta un punto angosto de penetración como la caries de focetas, fisuras y proximales. Se presenta en cualquier diente sin predilección y esta directamente relacionado con la falta de higiene oral.

De toda las caries es la menos frecuente debido a que se puede prevenir mediante una higiene adecuada.

### **CARIES DENTAL AGUDA.**

Es aquella caries que sigue un curso clínico rápido y que da como resultado participación pulpar temprana del proceso carioso. Ocurre con más frecuencia en niños y adultos joven, posiblemente porque los tubulos dentinales son grandes y abierto y no muestran esclerosis. El proceso por lo regular es tan rápido existe poco tiempo para que se deposite la dentina secundaria.

La entrada inicial de la lesión cariosa permanece pequeña, mientras que la rápida diseminación del proceso en la unión dentino - esmalte y la participación difusa de la dentina produce una gran excavación interna. Se ha sugerido que la saliva no penetra con facilidad por la apertura pequeña a la lesión, de tal manera que conforme se forman los ácidos tiene poca oportunidad para ser neutralizados o amortiguados.

En este tipo de caries el color con que se tiñe es generalmente amarillo, el dolor es un aspecto de la caries aguda y no de la crónica, pero no es un hallazgo invariable.

### **CARIES DENTAL CRÓNICA.**

El progreso de este tipo de caries es con lentitud y tiende a aceptar a la pulpa mucho después que la caries aguda. Es más común en los adultos, la entrada de la lesión casi invariablemente es mayor que el de la caries aguda, debido a esto no solo existe menor retención de comida, sino también mayor acceso de comida.

El lento proceso de la lesión permite suficiente tiempo para que se realice la esclerosis de los túbulos dentinales y el depósito de dentina secundaria en respuesta a irritación adversa. La dentina cariada generalmente se tiñe de color café oscuro.

Aunque existe una considerable destrucción superficial de la sustancia dental, la cavidad por lo general es de poca profundidad con un mínimo de ablandamiento de dentina, existe poco socavamiento del esmalte y únicamente una diseminación lateral moderada de la caries en la unión dentino - esmalte.

El dolor no es un hecho común debido a la protección que ofrece la dentina secundaria a la pulpa.

### **CARIES DENTAL RECURRENTE.**

Este tipo de caries se presenta en la vecindad de una restauración, por lo general se debe a una extensión inadecuada de la restauración original que favorece la retención de alimento, o la mala adaptación de material de obturación a la cavidad que produce un margen de escape. En cualquier caso la nueva caries sigue un patrón general que la caries primaria.(2)

## **MATERIAL Y METODO**

**Tipo de estudio:** Descriptivo y de corte transversal.

**Población de estudio:**

Lo constituyen todas las mujeres embarazadas que asistieron a la consulta del programa de control prenatal y que fueron remitidas al área de odontología en los centros de salud cabeceras de la ciudad de León, así como los seis odontólogos que laboran en estos centros de salud, Enero del año 2002.

**Área de estudio:**

Fue realizado en la ciudad de León, Nicaragua ubicada en el occidente del país, a 90 Km. de la capital.

La institución en donde se realizó la investigación fue en el Ministerio de Salud, específicamente en el programa de atención integral a la mujer, como parte de este programa se incluye la atención odontológica. Para la atención odontológica se cuenta con 6 unidades dentales, localizados en los centro de salud cabeceras que son:

Centro de salud Sutiava,

Centro de salud Perla María Norori.

Centro de salud Mántica.

Así mismo se cuenta con 6 odontólogos y 3 asistentes dentales.

Las fuentes de información son primaria y secundaria.

La fuente primaria se obtuvo a través de las encuestas dirigidas a los odontólogos sobre algunos factores que influyen en la captación de mujeres embarazadas al área de odontología para tal fin se les pidió su colaboración.

El instrumento empleado para la recolección de los datos sobre la opinión de los odontólogos fue una encuesta, que consistió en nueve preguntas cerradas, en las cuales sus respuestas variaban en:

- Muy de acuerdo.
- De acuerdo.
- En desacuerdo.
- En total desacuerdo.

Se conversó con cada uno de los profesionales y les comunicamos que el objetivo de la encuesta era recaudar datos para sustentar este estudio monográfico; para ese fin se les presentó estas preguntas, las cuales procedieron a responder con plena libertad.

Los datos estadísticos de fuente secundaria, son producto de la revisión de los expedientes de los tres centros de salud, la mecánica consistió en la asistencia diaria, en horario de 7 A.M a 12 P.M para verificar su asistencia y su tratamiento.

Para recolectar los datos se contó con una carta del tutor de la tesis para presentársela a cada uno de los directores de los centros de salud para explicarles el objetivo del estudio y solicitarle el permiso correspondiente para tener acceso a la información, una vez obtenido el permiso nos abocamos

a los responsables del área de odontología para obtener la información requerida.

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	FORMA DE RECOLECCION	VALORES
Captación de mujeres embarazadas del control prenatal al área de odontología.	Es el ingreso de mujeres embarazadas al área de odontología de las mujeres que acuden cotidianamente al programa de control prenatal	A través de ficha revisando los expedientes.	Deficiente < 50% Regular = 60% Bueno = 70 % Muy bueno = 80% Excelente = 90%
Tratamiento odontológicos brindados a las mujeres embarazadas en el área de odontología	Procedimiento empleado para dar respuesta a las necesidades orales.	A través de fichas.	Deficiente Regular Bueno Muy bueno Excelente
Factores que influyen en la captación de mujeres embarazadas del control prenatal al área de odontología	Circunstancias que favorecen u obstaculizan que las mujeres embarazada sean atendidas en área de odontología.	Encuestas a los odontólogos.	Económicos Sociales Administrativos Institucionales

Una vez recolectada la información, se procedió a procesar la información, realizando los cruces de variables correspondientes según los objetivos planteados. Los resultados se presentan en cuadros estadísticos.

**Materiales utilizados:**

1. Ficha recolectora de datos.
2. Encuesta.
3. Expedientes
4. Lápiz.
5. Computadora.

**TABLA N° 1**

**Porcentaje de mujeres embarazadas captadas por el programa de odontología, que asisten al programa de control prenatal en el municipio de León, Enero del año 2002.**

<i>Mes de Enero</i>	<i>Total de Mujeres embarazadas del control Prenatal</i>	<i>Embarazadas Captadas al Area de Odontología</i>	<i>Porcentaje de Captación</i>
<i>Perla Norori</i>	<i>72</i>	<i>16</i>	<i>22.2%</i>
<i>Subtiava</i>	<i>80</i>	<i>25</i>	<i>31.25%</i>
<i>Mantica</i>	<i>50</i>	<i>8</i>	<i>16%</i>
<i>Total</i>	<i>202</i>	<i>49</i>	<i>24.25%</i>

Fuente : Archivos de estadística de los centros de salud.

TABLA N° 2

Tratamientos odontológicos realizados a mujeres embarazadas captadas del programa de control prenatal en el municipio de León, Enero del año 2002.

<i>Centro</i> <i>Tratamiento</i>	<i>Perla María Norori</i>			<i>Subtiava</i>			<i>Mántica</i>			<i>Total</i>
	<i>N° de embarazadas</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Promedio</i>	<i>N° de embarazadas</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Promedio</i>	<i>N° de embarazadas</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Promedio</i>	
<i>Mujeres Gestantes</i>										
<i>Profilaxis</i>	16	10	0.625	25	0	0	8	1	0.125	0.75
<i>Amalgamas</i>	16	0	0	25	27	1.08	8	7	0.87	1.95
<i>Resinas</i>	16	0	0	25	0	0	8	0	0	
<i>Exodoncias</i>	16	6	0.375	25	3	0.12	8	0	0	0.495
<i>Curetajes</i>	16	0	0	25	0	0	8	0	0	
<i>Otros</i>	16	0	0	25	0	0	8	0	0	
<i>Total</i>	16	16	1	25	30	1.2	8	8	1	3.2

Fuente: Primaria

**TABLA N°3**

**Factores que influyen en la captación de mujeres embarazadas del control prenatal al área de odontología en el mes de Enero del año 2002.**

<b>Factores</b>	<b>Odontólogo muy deacuerdo</b>			<b>Odontólogo deacuerdo</b>		<b>Odontólogo desacuerdo</b>		<b>Odontólogo total desacuerdo</b>	
	<b>N° de encuestados</b>	<b>A favor</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>A favor</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>A favor</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>A favor</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>El Centro de Salud influye positivamente en la captación de mujeres embarazadas que asisten al control prenatal hacia el área de Odontología.</b>	6	2	33.3 %	2	33.3 %	0	0	2	33.3 %
<b>- La administración del Centro de Salud monitorea y evalúa constantemente la captación de mujeres embarazadas que asisten al control prenatal hacia el área de Odontología.</b>	6	2	33.3 %	1	16.6 %	2	33.3 %	1	16.6 %
<b>- La administración del Centro de Salud provee de los materiales necesarios para la atención de mujeres embarazadas que asisten hacia el área de Odontología.</b>	6	1	16.6%	1	16.6%	4	66.6%	0	0
<b>- Los factores socioeconómicos de las mujeres embarazadas influyen en la captación al área de Odontología.</b>	6	4	66.8 %	0	0	2	33.3 %	0	0
<b>- Los servicios brindados a las mujeres embarazadas son de manera integral.</b>	6	2	33.3 %	1	16.6 %	3	50 %	0	0
<b>- El costo de cada tratamiento está al alcance de las mujeres embarazadas.</b>	6	3	50 %	1	16.6%	2	33.3%	0	0

*Fuente Primaria*

<i>Factores</i>	<i>Odontólogo muy deacuerdo</i>			<i>Odontólogo deacuerdo</i>		<i>Odontólogo desacuerdo</i>		<i>Odontólogo total desacuerdo</i>	
	<i>N° de encuestados</i>	<i>A favor</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>A favor</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>A favor</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>A favor</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>- El Tiempo disponible para realizar cada tratamiento es necesario para la atención de las mujeres embarazadas en el área de Odontología.</i>	6	3	50 %	2	33.3 %	1	16.6 %	0	0
<i>- El tratamiento de las mujeres embarazadas reflejan las necesidades mismas .</i>	6	2	33.3 %	1	16.6 %	3	50 %	0	0
<i>- El presupuesto que reciben del Gobierno Central es adecuado.</i>	6	0	0	0	0	3	50 %	3	50%

*Fuente Primaria*

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El estudio realizado sobre el programa de atención odontológica a las mujeres embarazadas, amplía la visión real de los problemas que enfrentan estas pacientes, la deficiencia de salud y sus objetivos rectores.

Las estrategias que persiguen el Ministerio de Salud, reflejan una excelencia solamente teórica, ya que en su aplicación estas estrategias no son alcanzables por razones socioeconómicas y reflejan claramente un bajo nivel en cuanto a la cobertura y la productividad.

En este estudio al comparar por centros de salud el porcentaje de captación de mujeres embarazadas del programa de control prenatal hacia área de odontología, se encontró en los diferentes centros de salud los siguientes datos: en el centro Perla María Norori indica un 22 % de captación, en el centro de Subtiava un 31.25 % y el centro Mántica un 16 %, nos indica que existe una marcada deficiencia en la captación de mujeres embarazadas al área de odontología, en general un 24.25 % de mujeres fueron captadas al área de odontología durante el mes de Enero del 2002 en relación al 100 % de mujeres que asisten al control prenatal.

El estudio comparativo entre los promedios de trabajo realizados en los diferentes centro de salud del programa de control prenatal, indica que en el Perla María Norori, la mayor productividad de tratamiento realizado fueron las profilaxis para un 0.625 y en un segundo plano las exodoncias para un 0.375, esto muestra que el promedio de tratamiento recibido por cada paciente es de uno, siendo nula los demás tratamientos, debido al mal estado de las

unidades dentales así, como también la falta de pieza de alta velocidad desde hace 6 meses.

En el centro de salud Sutiava, la mayor productividad se dio en tratamiento restaurativos para 1.08 y en un segundo plano los tratamientos de exodoncia para 0.12 para un promedio de 1.2 esto nos indica que el promedio de tratamiento recibido por los pacientes va hacer de 1.2 tratamiento, lo cual se debe a la falta de asistencia de los pacientes por su situación económicas y la subutilización de los odontólogos.

En el centro Mántica la mayor productividad fueron los tratamientos restaurativos para 0.875 y en un segundo plano las profilaxis para un 0.125 para un promedio de uno, esto nos indica que el promedio de tratamiento recibido va hacer de un tratamiento recibido por paciente, esto se debe a la mala coordinación que existe entre el personal del programa control prenatal y el personal del área de odontología, así como la falta de asistencia de los pacientes a la consulta.

En general estos resultados indican una falta de coordinación en los tres centros de salud entre control prenatal y el área de odontología, así como también la poca productividad de los odontólogos, por tal razón se produce una baja productividad entre los centros.

En los diferentes estudios realizados, en el departamento de Chinandega el porcentaje de captación de mujeres embarazadas del control prenatal hacia el área de odontología en el año 1995 fue de un 29.5 % y en el año de 1996 fue

no existen políticas de los centros para incentivar la asistencia de las mujeres a odontología, ya que de ser así, los resultados serían diferentes.

Entre los factores que influyen negativamente en la captación de las mujeres embarazadas están los siguientes:

- El presupuesto que reciben del gobierno central no es el adecuado, es decir es insuficiente.

- La administración del centro no provee los materiales necesarios por que no tienen presupuesto que les permitan adquirir nuevos materiales y darles mantenimiento.

- Factor socioeconómico de las mujeres embarazadas.

De forma global los odontólogos del centro Mántica como los de Subtiva, no están claros si los tratamientos brindados son de manera integral, no así en el centro Perla María Norori, en donde si están claros que los tratamientos no son de manera integral.

Como se puede observar en los resultados obtenidos se tiene una visión amplia del problema que existe en relación a la atención integral a la mujer, por que si bien es cierto son tratadas adecuadamente en control prenatal, no existe coordinación en la asistencia de estas mujeres al área de odontología en donde no se brindan los tratamientos que realmente estas necesitan.

Se destaca categóricamente que uno de los principales problemas es el factor económico tanto del Ministerio de Salud como en la población.

En el Ministerio de Salud el bajo presupuesto asignado para su funcionamiento, repercute directamente sobre los salarios de los trabajadores del área de la salud, lo cual a su vez influye en la motivación en el desempeño laboral de muchos de estos trabajadores.

Así mismo el bajo presupuesto asignado al Ministerio de Salud se refleja en el mantenimiento de las unidades dentales ya que estas están deterioradas y no existe el presupuesto adecuado para mantenerlas en óptimas condiciones para poder brindar un servicio adecuado, así como también en el suministro de materiales necesarios para la atención de las pacientes en el programa odontológico

## CONCLUSIONES

1. El porcentaje de captación de mujeres embarazadas del control prenatal al área de odontología **es deficiente**, de manera general en los tres centros, apenas un 24.25 % de mujeres del control prenatal, son captadas al área de odontología.
  
2. La productividad en estos centros de salud, en cuanto a los tratamientos brindados a las mujeres embarazadas captadas del control prenatal al área de odontología, **es deficiente**, marcándose aun más en el centro de salud Perla María Norori.
  
3. De los factores que **influyen negativamente** en la captación de mujeres embarazadas las que más se destacan son:
  - a. El presupuesto que reciben del gobierno central es insuficiente.
  - b. La administración del centro de salud no provee los materiales dentales necesarios.
  - c. Factor socioeconómico de las mujeres embarazadas.

## **RECOMENDACIONES**

- 1. Que la Asamblea Nacional, asigne un mayor presupuesto al Ministerio de salud.**
- 2. Que el Ministerio de salud asigne un presupuesto más adecuado para una mejor atención en el programa odontológico a las mujeres embarazadas.**
- 3. Que los centros de salud impulsen con eficacia y eficiencia acciones de educación en salud bucal en el programa de atención integral a la mujer.**
- 4. Los centros de salud hagan conciencia a través de los medios de comunicación sobre la importancia de la salud bucal, principalmente a las mujeres embarazadas.**
- 5. Que exista una mejor coordinación del personal del programa de control prenatal con los odontólogos, para remitir a las mujeres embarazadas al área de odontología y que estos últimos brinden una atención mas integral a las mujeres embarazadas.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Meger, Robert. "Manual de Obstetricia", II edición, Barcelona, 1971.
2. Shaffer, William. "Patología Bucal ", Nueva Editorial Interamericana, México, 1986.
3. Glickman, Irving y col. "Periodontología Clínica", V edición, Nueva Editorial Interamericana, México, 1986.
4. Katz, McDonald y col. "Odontología Preventiva en Acción", III edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1983.
5. Orban, Balint, "Periodoncia", Editorial Interamericana, México, 1964.
6. Regezi, Joseph. "Patología Bucal", II edición, Editorial Interamericana, México, 1995.

## ANEXOS

### **ENTREVISTA A LOS ODONTOLOGOS DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LEON SOBRE ALGUNOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CAPTACION DE ATENCION ODONTOLOGICA EN MUJERES EMBARAZADAS.**

Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del odontólogo \_\_\_\_\_

Favor contestar según sea su criterio.

1-Muy de acuerdo.

2-De acuerdo.

3-En desacuerdo.

4-En total desacuerdo.

**I- La administración del centro de salud influye positivamente en la captación de las mujeres embarazadas que asisten al control prenatal hacia el área de odontología.**

1. Muy de acuerdo.

2. De acuerdo.

3. En desacuerdo.

4. En total desacuerdo.

**II- La administración del centro de salud monitorea y evalúa constantemente la captación de mujeres embarazadas que asisten al control prenatal hacia el área de odontología.**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**III- La administración del centro de salud provee de los instrumentos y materiales necesarios para la atención de mujeres embarazadas que asisten al control prenatal en el área odontología.**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**IV- Los factores socioeconómicos de las mujeres embarazadas influyen en la captación al área de odontología**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**V- Los servicios brindados a las mujeres embarazadas son de manera integral**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**IV- El costo de cada tratamiento esta al alcance de las mujeres embarazadas que asisten al área de odontología.**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**VII- El tiempo disponible para realizar cada tratamiento es el necesario para la atención de las mujeres embarazadas en el área de odontología.**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**VIII- El tratamiento a las mujeres embarazadas refleja las necesidades misma.**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

**IX- El presupuesto que reciben del gobierno central es adecuado.**

1. Muy de acuerdo.
2. De acuerdo.
3. En desacuerdo.
4. En total desacuerdo.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

### FICHA RECOLECTORA DE DATOS SOBRE CAPTACION DE MUJERES EMBARAZADAS, EN EL AREA DE ODONTOLOGIA, EN EL MES DE ENERO DEL AÑO 2002.

- Centro de Salud: \_\_\_\_\_
- Semestre: \_\_\_\_\_
- Año: \_\_\_\_\_
- Total de mujeres embarazadas en el programa de control prenatal: \_\_\_\_\_
- Total de mujeres embarazadas captadas del programa de control prenatal en el área de odontología: \_\_\_\_\_
- Porcentaje de captación: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTOS BRINDADOS A LAS MUJERES EMBARAZADAS.

Amalgamas _____	Promedio x mujer _____
Resinas _____	Promedio x mujer _____
Exodoncias _____	Promedio x mujer _____
Profilaxis _____	Promedio x mujer _____
Emergencias _____	Promedio x mujer _____
Otros Tx _____	Promedio x mujer _____

