

**CONDICIONES PERIODONTALES EN PACIENTES EMBARAZADAS DE
LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD COLEGIO ODONTOLÓGICO SEDE
BOGOTÁ D.C. DEL 2006 AL 2008**



PILAR LOPEZ S 061045

NEIDA SECHAGUE 061057

JORGE CASTILLO 061063

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO
NOVIEMBRE DE 2010
BOGOTA D.C.**

**CONDICIONES PERIODONTALES EN PACIENTES EMBARAZADAS DE
LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD COLEGIO ODONTOLÓGICO SEDE
BOGOTÁ D.C. DEL 2006 AL 2008**

PILAR LOPEZ 061045

NEIDA SECHAGUE 061057

JORGE CASTILLO 061063

**Asesora Científica
DRA. LILIANA ESCOBAR
OD. Especialista en Periodoncia**

**Asesora Metodológica
DRA. PIEDAD MALAVER CALDERON
OD. Ms. Biología énfasis Genética Humana**

**Asesora Estadística
DRA. CLARA LOPEZ DE MESA
OD. Estadística**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO
X SEMESTRE
NOVIEMBRE DE 2010
BOGOTA D.C.**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios por acompañarnos en momentos difíciles y felices transcurrido en la elaboración del presente trabajo.

A nuestros Padres quienes colmados de paciencia y esfuerzo nos brindaron un apoyo único.

A nuestras Asesoras quienes nos guiaron a lo largo de este proyecto y cedieron muchos conocimientos para alcanzar los objetivos propuestos.

AGRADECMIENTOS

A la Institución Universitaria Colegios de Colombia Sede Bogotá, por su receptividad y apoyo a la investigación científica.

Al personal administrativo y servicio de UNICOC por permitirnos ingresar a la central de Historias Clínicas y desarrollar nuestro contenido investigativo.

A la Doctora Piedad Malaver, quien suministro conocimientos metodológicos y nos ayudo a la correcta redacción literaria de nuestro trabajo

A la Doctora Liliana Escobar, quien nos aporó y facilitó la búsqueda de información para el desarrollo científico de nuestro trabajo de grado.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
--------------------------	----------

ASPECTOS TEÓRICOS CIENTÍFICOS

PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION.....	10
IMPACTO.....	11
MARCO TEORICO.....	11
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17

ASPECTOS METODOLÓGICOS

TIPO DE ESTUDIO	18
POBLACION	18
CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	18
VARIABLES	19
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	20
PROCEDIMIENTOS	21

RESULTADOS	22
DISCUSION	23
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

En las mujeres embarazadas, las condiciones periodontales, pueden variar debido a factores asociados como edad, higiene oral, acceso a servicios de salud, entre otros. Sin embargo, en la etapa de gestación, los cambios y el desequilibrio hormonal, hace que se presenten alteraciones gingivales, exagerando la respuesta de los irritantes locales, favoreciendo el progreso de la enfermedad periodontal involucrando seriamente la salud oral de las gestantes.^(1, 2)

La inflamación gingival en el primer trimestre de gestación, se produce por el aumento de las concentraciones de estrógeno y progesterona y al final del periodo de gestación, la reducción en la excreción de estas hormonas, hace que disminuya notoriamente esta respuesta de inflamación gingival, correlacionando la excreción hormonal y la respuesta gingival observada.^(2,3)

En la correlación anterior es importante la función de los mecanismos inmunitarios en el inicio y desarrollo de la gingivitis crónica y la periodontitis; así como durante el embarazo, la respuesta mediada por células es disminuida contribuyendo a la alteración de la respuesta del tejido gingival a la placa.^(3,4)

Según La Ley 100 de 1993, Capítulo II, *de los afiliados al sistema*, artículo 157, menciona que todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tendrán particular importancia, personas tales como las madres en embarazo, parto y posparto y periodo de lactancia, las madres comunitarias, las madres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.⁽⁵⁾

Del Capítulo III, *el régimen de beneficios*, artículo 166, menciona que el Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.⁽⁵⁾

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1 PROBLEMA

La etapa de gestación, no invariablemente se acompaña alteraciones hormonales que pueden producir enfermedades como la periodontal. Este periodo requiere una higiene oral meticulosa, además del manejo interdisciplinario medico- odontólogo.

El embarazo está acompañado de una serie de cambios fisiológicos y psíquicos que las convierten en pacientes especiales, por lo que la promoción de la salud bucal durante este período es particularmente importante. Estos cambios se manifiestan también en la cavidad bucal y plantean determinados cuidados estomatológicos en la gestante para prevenir enfermedades bucales, siendo la más frecuente la enfermedad periodontal.

Entre los factores de riesgo para su aparición se encuentran la mala o insuficiente higiene bucal, la dieta, los hábitos alimentarios desorganizados, las modificaciones hormonales y vasculares, la respuesta inmunológica, entre otros. Especial atención debemos brindar a la denominada gingivitis del embarazo, que aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, siendo el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, lo cual, unido a otros factores predisponen a una respuesta más florida frente a los efectos irritantes de la placa dento-bacteriana la cual se considera el factor local más importante. También se le atribuye a la concentración de progesterona en la circulación materna causa suficiente para que disminuya la respuesta inmune, así como la respuesta inflamatoria contra la placa, dando como resultado una exacerbación de la gingivitis.

Existe la creencia popular generalizada de que durante el embarazo, el calcio es extraído en cantidades apreciables de la dentición materna para cubrir los requerimientos fetales.

Sin embargo, no existe ninguna prueba histológica, química, ni radiológica que apoye esta creencia. A pesar de que se recomienda la atención estomatológica desde el mismo comienzo del embarazo en no pocos casos se observa la visita al estomatólogo cuando se han producido ya serios daños bucales

Aunque se ha comprobado que el estrógeno y la progesterona tienen una función importante en el desarrollo de la inflamación e incremento

del exudado del surco gingival, se sostiene que la placa bacteriana es el factor causal de la enfermedad, interviniendo el componente hormonal cuando hay presencia de irritantes locales y los cambios gingivales no son controlados. Ahora bien, siendo la placa bacteriana el agente causal directo de la gingivitis del embarazo y comprobada la correlación positiva entre la severidad de las alteraciones gingivo-periodontales, la cantidad de placa y el grado de higiene oral, es posible considerar que en su distribución intervienen factores socioeconómicos favorables o desfavorables a la aplicación de medidas preventivas y por consiguiente a la aparición o no de esta afección.

El embarazo por si mismo no causa gingivitis. Esta se desarrolla, incluso en mujeres no embarazadas, por la presencia de la placa bacteriana. El embarazo acentúa la respuesta gingival a la placa y modifica el cuadro clínico; pero no existen cambios notables en la encía en ausencia de irritantes locales durante el embarazo.

La gravedad de la gingivitis se incrementa al principio o tercer mes de embarazo. Las pacientes con gingivitis crónica leve sin atención anterior, perciben cambios en sus encías porque las áreas inflamadas previamente se vuelven edematosas, muy agrandadas y decoloradas. Esta situación empeora con el tiempo, edad de las pacientes y número de embarazos previos.

La gingivitis se vuelve más grave en el octavo mes y disminuye durante el noveno y la acumulación de placa sigue similar. Algunos investigadores señalan la mayor gravedad entre el segundo y tercer trimestre. La relación entre la gingivitis y la cantidad de placa es casi igual después del parto que durante el embarazo. Esto sugiere que el embarazo introduce otros factores que agrava la respuesta a los irritantes locales.

¿Cuáles son las enfermedades periodontales más comunes que se presentan en las mujeres embarazadas de las clínicas de UNICOC en Bogotá D.C.?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación puede ser útil para los próximos residentes de la facultad de Odontología, con respecto al conocimiento de las alteraciones periodontales mas frecuentes, que comúnmente presentan las mujeres gestantes que asisten a las clínicas de UNICOC de Enero de 2006 a Diciembre de 2008.

La investigación será un gran aporte para que los estudiantes de las clínicas centren su atención en las enfermedades periodontales de

mayor frecuencia durante el periodo de gestación; además preocupa que los índices de embarazo tienden a aumentar en Colombia cada vez más y con esto, se ha conocido, la deficiencia de higiene oral en estas pacientes, llevándolas a padecer enfermedades periodontales, en las que nosotros debemos contribuir para mejorar su salud oral. De igual forma la investigación permitirá ampliar los conocimientos frente a las condiciones periodontales que presenten las mujeres embarazadas a estudiar.

1.3 IMPACTO

El impacto de nuestro trabajo, será una ayuda para los próximos estudiantes de las clínicas odontológicas de UNICOC, cuando sean los operadores de pacientes gestantes, ya que su condición periodontal, es por protocolo el primer aspecto a tener en cuenta, como racional biológico.

Los resultados que arroje la investigación, podrán complementar las ideas y los conocimientos de los estudiantes y docentes, ya que el estudio ha sido concentrado en las clínicas de la Universidad y con pacientes que particularmente asisten a estas.

Los odontólogos que trabajen en diferentes lugares de nuestro país, pero con las mismas características de población en ámbitos económicos, sociales, culturales, podrán notar que las conclusiones de esta investigación se acercaran a las condiciones de las diferentes mujeres gestantes que puedan tratar.

Este estudio puede ser útil en próximas generaciones, para las pacientes que asistan a las clínicas de la facultad de Odontología, por los conocimientos y por el entrenamiento de sus operadores, al tratarlas con el racional biológico que su estado de embarazo merece.

1.4 MARCO TEÓRICO

Los informes de cambios gingivales durante el embarazo datan de 1877 las observaciones en cuanto a la incidencia de la gingivitis del embarazo, su evolución durante este y la influencia de factores locales y hormonales en la etiología⁶. Algunos investigadores informan incremento variable en su incidencia^{1,2} así como otros creen que este fenómeno está ausente.^{7,8,9}



Mujer embarazada con encías de aspecto sano, hay alteraciones gingivales en la región de los dientes anteriores.

Está bien establecido que la gravedad de inflamación gingival es mayor durante el embarazo que en el posparto, estos efectos en una inflamación gingival preexistentes se observan al segundo mes de gestación y alcanzan su máximo en el octavo mes; además, se encontró que el estado de la encía, inmediatamente después del parto, es similar al del segundo mes de embarazo.² Los mismos investigadores encontraron también que la encía de los molares presentan la incidencia más alta durante la gestación; aunque el incremento relativo mayor se observa alrededor de los dientes anteriores, también se refiere a incremento en la movilidad dental durante este periodo, así como en la profundidad de las bolsas.^{10,11}

La mayor inflamación gingival en el segundo mes de gestación coincide con un aumento de las concentraciones circulantes de estrógeno y progesterona, cifras que se incrementan en el octavo mes, cuando es mayor la gravedad de la inflamación gingival; además, la reducción marcada de esta última hacia el final del embarazo se correlaciona con la reducción abrupta en la excreción de estas hormonas, así, parece que existe una relación definitiva entre la concentración hormonal y la respuesta gingival observada. También se sugiere que los mecanismos inmunitarios tienen una función importante en el inicio y el desarrollo de gingivitis crónica y periodontitis.^{3,4,12-14} También demostró que durante el embarazo se deprime la respuesta mediada por células, lo que contribuye a la alteración de la respuesta del tejido gingival a la placa.¹³



Mujer embarazada con una inflamación localizada en un sextante superior de una obturación insuficiente que condiciona la retención de placa bacteriana.

Varios estudios sugieren que la inflamación gingival durante el embarazo resulta de una transformación de la flora subgingival a un estado mas aerobio.¹⁵ encontraron que la proporción anaerobio – aerobio se incrementa de manera significativa durante las semanas 13 y 16 del periodo de gestación y permanece alta hasta el tercer trimestre.

El único microorganismo cuyas proporciones se incrementan en un grado importante durante este periodo es el *Bacteriodes Intermedius*; con el periodo de máxima hemorragia gingival, la proporción de este microorganismo en placa es cinco veces mayor que en cifras iniciales; los autores concluyen que el incremento de este germen está vinculado con el incremento de las concentraciones sistémicas de estrógeno y progesterona, con base en el hecho de que el aumento de esteroides en muestras de placa en paralelo al incremento en la proporción de *B. Intermedius* en placa.

Estudios posteriores de cultivos puros, muestran que el estrógeno y la progesterona pueden sustituir a la menadiona como factor de crecimiento esencial de este microorganismo. En la hemorragia gingival máxima también se incrementan los Bacilos anaerobio gram-negativos cuatro veces más que en cifras iniciales. Nótese que las variaciones en la cantidad de esteroides endógenas tienen influencia importante en flora subgingival. Los estudios reportados hasta la fecha indican que las hormonas sexuales femeninas son capaces de alterar el sistema vascular gingival, el sistema inmunitario y la flora subgingival normal.

En la etapa de gestación, los tejidos periodontales son vulnerables a los cambios fisiológicos en los niveles de hormonas esteroideas circulantes; por esta razón los cambios hormonales del embarazo, hacen q se presenten alteraciones vasculares en la encía y cambios microbiológicos

en la composición de placa bacteriana, exagerando la respuesta de los irritantes locales, favoreciendo el progreso de la enfermedad periodontal.



Caso de higiene oral insuficiente, en la segunda mitad del embarazo, hay una marcada gingivitis del embarazo, en la región de premolares izquierdos inferiores se encuentra un granuloma piógeno.

Los incrementos de prostaglandina e 2 y factor de necrosis tumoral alfa (tnf-alfa), observados en la enfermedad periodontal, parecen determinar la magnitud del crecimiento fetal; las citocinas entre ellas la interleucina-1(IL-1) y el TNF-a son productos secretores implicados en el trabajo de parto pretermino.¹⁵

Los niveles elevados de hormonas esteroides sexuales se mantienen desde la fase lútea, lo que da por resultado la implantación del embrión hasta el parto. Las mujeres embarazadas que están a término o cerca de éste producen grandes cantidades de estradiol (20 mg / día), estríol (80 mg / día y progesterona (300 mg / día).

Machuca y col. (1999) demostraron que existía gingivitis en el 68% de la población, con valores que variaron desde 46% en ejecutivas técnicas hasta 88% en trabajadoras manuales.¹⁶

Parámetros como la profundidad de sondaje gingival^{17,18} el sangrado durante el sondaje¹⁸ y el flujo de líquido crevicular¹⁷ en sus estudios demuestran que todos estos parámetros estaban aumentados; estas características inflamatorias pueden reducirse si se mantiene un buen control de placa.

Los estudios transversales en que se examinaron mujeres embarazadas y en el postparto demostraron que el embarazo está asociado con

significativamente más gingivitis que el postparto a pesar de que los índices de placa fueron similares.¹⁹

Un estudio más reciente de una población rural de mujeres de Sri Lanka²⁰ mostró un aumento de la gingivitis con un grado variado de significación en todas las embarazadas investigadas en comparación con los controles, mujeres no embarazadas.

Las hormonas gestacionales actúan como factores de crecimiento satisfaciendo los requerimientos de naftoquinona para las bacterias²¹

Los efectos de la progesterona en la estimulación de la síntesis de prostaglandina podrían ser responsables de parte de esos cambios vasculares²²

Estudios acerca de que el alto nivel de estrógenos y de progesterona durante el embarazo, afecta el grado de queratinización del epitelio gingival y altera la matriz fundamental del tejido conectivo. Se considera entonces, que la disminución de la queratinización de la encía, junto con un aumento del glucógeno epitelial, dan como resultado una menor eficacia de la barrera epitelial en las mujeres embarazadas.²³

Existen estudios sobre disminución de la quimiotaxis y la fagocitosis de los neutrófilos y de la respuesta con anticuerpos y linfocitos T como resultado de los niveles elevados de hormonas gestacionales²⁴

Wang y col.1997, realizaron un estudio acerca del épulis del Embarazo, en donde concluyeron que las lesiones se producen a menudo en las papilas gingivales entre los dientes anterosuperiores y no suelen superar los 2 cms de diámetro. Pueden sangrar si son traumatizadas y es preferible diferir su resección hasta después del parto, cuando su tamaño sufre una regresión importante. La resección quirúrgica durante el embarazo puede dar lugar a una recidiva por la combinación entre el mal control de placa y el crecimiento de la lesión mediado por hormonas. La higiene bucal cuidadosa y el debridamiento son importantes para impedir la aparición de esta lesión.²⁵

Prevalencia: en el tercer estudio nacional de salud bucal ENSAB III, el 94.7 % de la población colombiana, mostraba algún tipo de enfermedad periodontal; en 1998, el 92.4 % presentaban por lo menos un parámetro de esta enfermedad (sangrado, cálculos y bolsas) y la proporción de personas con pérdida de inserción periodontal aumentaba a medida que la edad era mayor.^{26,27} Aunque Según estudios realizados, la prevalencia de gingivitis del embarazo varía entre 35 %^{23,24} No existen estudios más recientes acerca de la prevalencia.

LEY 100 de 1993:

CAPITULO II

DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA

ARTICULO 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participara en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.
2. Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Sera subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las aéreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y periodo de lactancia, las madres comunitarias, las madres cabeza de familia, niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.¹⁵

CAPITULO III

EL REGIMEN DE BENEFICIOS

ARTICULO 166: Atención Materno Infantil

El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y el fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente ley y sus reglamentos.

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año del régimen subsidiado recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste

En resumen, la respuesta inflamatoria exagerada durante la gestación se elimina o previene con procedimientos adecuados de Higiene Bucal. La placa bacteriana al parecer es responsable del inicio y mantenimiento de la inflamación gingival durante este periodo, y la respuesta acentuada se debe al metabolismo hístico alterado, a la permeabilidad vascular y a cambios de la flora bacteriana anaerobia.^{28, 2}

1.5 OBJETIVO GENERAL

Identificar cuáles son las condiciones periodontales que padecen las pacientes gestantes de las clínicas de UNICOC sede Bogotá D.C., asociando los factores etiológicos, en un rango de atención de Enero de 2006 a Diciembre de 2008.

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar las historias clínicas de las clínicas de UNICOC, sede Bogotá, del año 2006 al 2008.
- Establecer la prevalencia del diagnostico periodontal en las gestantes.

- Relacionar el control de placa de cada gestante con el diagnóstico periodontal.
- Hallar la prevalencia e incidencia acumulada de enfermedad periodontal en la población a estudiar.
- Determinar la asociación de enfermedad periodontal en el embarazo.
- Reconocer las características periodontales más comunes, que afectan a la población de mujeres gestantes que asisten a las clínicas de UNICOC en Bogotá D.C.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO: Documental Retrospectivo

2.2 POBLACION: Historias Clínica de Pacientes gestantes que asistieron a clínicas de UNICOC Sede Bogotá D.C. de 2006 A 2008

2.3 MUESTREO POR CONVENIENCIA: Selección de la muestra Aleatorio, sistemático.

Universo Total de historias clínicas de pacientes embarazadas entre 2006 y 2008.

Muestra. Historias clínicas de pacientes embarazadas que cumplan los criterios de inclusión.

2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

2.4.1 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes embarazadas
- Historias clínicas aprobadas
- Edad de 14 a 50 años.
- Alteraciones sistémicas.
- Pacientes fumadoras.

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Ninguno

2.5 VARIABLES (TABLA)

VARIABLE	DEFINICION	OPERACIONALIZACION	CATEGORI- ZACION	ESCALA DE MEDIDA	INSTRUMENTO
profundidad de bolsa	Profundización patológica del surco gingival en presencia de infección, con migración apical del epitelio de unión.	Mayor a 3mm	Ordinal, cuantitativa	En mm	Historia clínica
Índice de placa	Indica el porcentaje (O'Leary) de superficies teñidas, sobre el total de superficies dentarias presentes, en cada diente se consideran cuatro superficies.	O'Leary	Ordinal, cuantitativa	En Porcentaje	Historia clínica
Diagnostico periodontal	El diagnostico y reconocimiento del proceso de la enfermedad y su etiología tienen estrecha relación con la normalidad. En el examen clínico oral, se debe observar completa normalidad de tejidos cualquier variación o desviación es sinónimo de enfermedad.	Diagnósticos Periodontales: 1. Enfermedad Gingival. 2. Periodontitis Crónica 3. Periodontitis Agresiva 4. Periodontitis como manifestación de Enfermedad Sistémica. 5. Enfermedad Periodontal Necrotizante. 6. Absceso Periodontal. 7. Periodontitis Asociada a Lesiones endodónticas 8. Condiciones o deformaciones del desarrollo adquiridas de los tejidos Periodontales. <i>Según Gary C Armitage</i> ³⁰	Cualitativa	No Aplica	Historia clínica

2.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS DE HISTORIAS CLINICAS UNICOC SDED BOGOTA D.C. DE PACIENTES EMBARAZADAS DE 2006 A 2008

CONDICIONES PERIODONTALES EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LAS CLÍNICAS DE LA FACULTAD COLEGIO ODONTOLÓGICO SEDE BOGOTÁ D.C. DEL 2006 AL 2008

Numero	EDAD DE PACIENTE	DIAGNOSTICO PERIODONTAL	INDICE DE SONDAJE (Sondaje mayor)	INDICE DE PLACA (O' Leary)	ALTERACIONES SISTEMICAS

2.7 PROCEDIMIENTO

PASO 1

Se solicito a la DRA NANCY PARDO, la autorización para ingresar a la central de historias clínicas, en la sede centro, para la recolección del material de estudio, de la investigación a realizada.

PASO 2

Revisión del material de estudio (historias clínicas)

- ETAPA 1: El grupo de investigación reviso el total de historias clínicas de mujeres (según el protocolo estadístico), que se encontraron en la central desde el año 2006 al 2008.
- ETAPA 2: Las historias clínicas fueron seleccionadas según criterio de inclusión.

PASO 3

Se realizo el diligenciamiento del Instrumento de recolección que el grupo diseño para el estudio (Condiciones periodontales en pacientes embarazadas de las clínicas de UNICOC facultad Colegio Odontológico sede Bogotá D.C. del 2006 al 2008)

PASO 4

Según los datos obtenidos se realizo el análisis estadístico, basado en las variables a estudiar.

PASO 5

Sustentación de la investigación que se realizo

3. RESULTADOS

Se revisaron 6.725 Historias Clínicas de Mujeres, en un intervalo de tiempo de 2009 a 2010, arrojando un universo de 13 historias clínicas (0.19%), donde 4 historias clínicas (30.7%) cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio de las pacientes fue de 26 años con un rango de edad entre 19 y 33 años (*figura 1*).

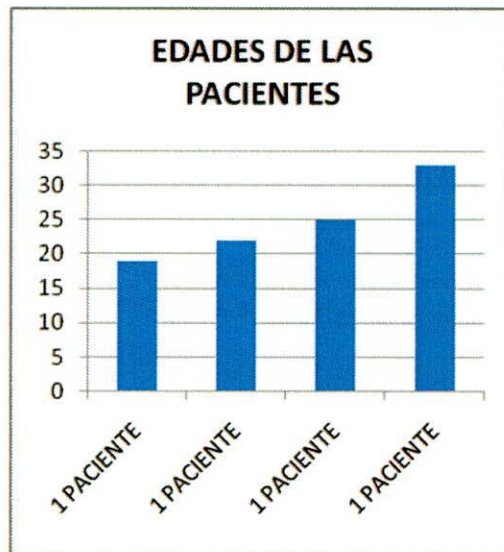


Figura 1 Edad promedio encontrada

El diagnóstico periodontal encontrado en estas pacientes, fue gingivitis asociada a placa dental en 3 historias clínicas (75%), y 1 historia clínica (25%) de la muestra presentó gingivitis asociada al embarazo (*Figura 2*).

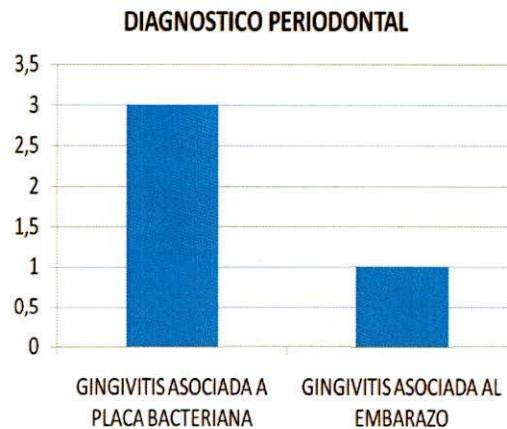


Figura 2 Diagnóstico periodontal

El promedio de sondaje fue de 3mm hallando como mayor 4mm en una de las historias clínicas, el índice de placa (O'Leary) solo se encontró registrado en una de las historias clínicas y presentó el 58% de placa. Se registro una condición sistémica sana en 2 historias clínicas (50%) y en las 2 historias clínicas, restantes (50%) se halló registrado como antecedente médico personal gastritis (1 Historia Clínica) e hipertiroidismo(1 Historia Clínica).

4. DISCUSIÓN

Se encontró que la gingivitis asociada a placa bacteriana es la condición periodontal más común en las mujeres embarazadas que asisten a las clínicas (UNICOC) sede centro. Se evidencio que la asistencia de la mujer embarazada a las clínicas (UNICOC) es poco frecuente, pues el POS les brinda el servicio Odontológico integral que les proporciona la ley 100 en el país, lo cual se le considera prioridad en el servicio de Salud actual.

También se encontró que a las mujeres embarazadas que asisten a las clínicas (UNICOC) no se les atiende integralmente pues solo se procura asistir la urgencia por la cual llega la paciente y no se le explica que por su condición de embarazada tiene más predisposición a las enfermedades orales con mayor prevalencia enfermedad periodontal.

Al indagar respecto a algunas creencias o conocimientos frente a temas de la boca se encontró que el 65.6% de la población está en desacuerdo con la afirmación "*en cada embarazo se pierde un diente*" y el 75.3% con la que dice "*si los padres tienen mala dentadura, la de los hijos también será mala*". Esto pone en evidencia que para la mayoría de la población han perdido fuerza las explicaciones biológicas o hereditarias sobre los problemas de salud bucal. Sin embargo, cabe resaltar que todavía una parte importante de la población sigue de acuerdo con estas afirmaciones, principalmente las personas de más bajo nivel de escolaridad.

5. CONCLUSIONES

El diagnostico periodontal encontrado en las historias clínicas de pacientes embarazadas, fue gingivitis asociada a placa bacteriana, no se encontró asociación a enfermedad periodontal; se evidencio que el flujo de pacientes embarazadas a las clínicas de UNICOC, es poco frecuente posiblemente a su atención obligatoria en las respectivas EPS y SISBEN.

6. RECOMENDACIÓN

Recomendamos nuestro trabajo, como pilar fundamental ante el desarrollo de guías protocolarias en atención a pacientes gestantes en las clínicas de UNICOC, previamente conociendo la baja demanda de pacientes embarazadas. Es importante conocer la cantidad y calidad de atención a las pacientes embarazadas en UNICOC Colegio Odontológico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hilming F; Gingivitis gravidarum, dissertation, Copenhagen, Royal Dental College, 1950; 13, 112-123
2. Loe H and Silness J: Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity, *Acta Odontol Scand* 1963; 21: 533- 539
3. Lehner T, Wilton JA, and Ward RG: Serum antibodies in dental caries in man, *Arch Oral Biol.* 1970; 15: 481- 484.
4. Page RC and Schroeder HE: pathogenesis of Inflammatory periodontal disease, *Lab Invest.* 1976; 33: 235-241
5. Ley 100 de 1993, Diciembre 23 Sistema de seguridad social integral.
6. Pinard A and Pinard D: Tratament of the gingivitis of puerperal women *Dent Cosmos*, 1977;19: 327- 336
7. Maier AW and: Gingivitis in pregnancy, *Oral Surg.* 1949.2: 334- 337
8. Ringsdorf WM et al: Periodontal status and pregnancy, *Am J Obstet Gynecol.* 1962; 83: 258 -302.
9. Glickman I, *Clinical Periodontology*, WB Saunders Co. ed Philadelphia 1983; 6,237- 242
10. Rateitschak KH: Tooth mobility changes in pregnancy, *J Periodont Res.* 1967; 2: 199 -207.
11. Hugoson A: gingivitis in pregnant women, *Odontol Revy.* 1970B 21: 1- 8
12. Horton JE, Oppenheim JJ, and Mergenhagen SE: A role for cell-mediated immunity in pathogenesis of periodontal disease, *J Periodontol.* 1974; 45: 351- 362
13. O'Neil TCA, Maternal T-Lymphocyte response and gingivitis in pregnancy, *J Periodontol.* 1979; 50 (4): 178 - 202.
14. O'Neil TCA: Plasma female sex hormone levels and gingivitis in pregnancy, *J Periodontol.* 1979b; 50 (6): 279- 288.
15. Collins E, Orban B, Gingivitis in pregnancy, *J Periodont* 1944; 9, 15-19
16. Machuca, G., Khoshfeiz, O., Lacalle, J.R., Machuca, C and Bullon, P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *Journal of Periodontology* 1999; 70:779-785.

17. Hugoson, A. Gingival inflammation and female sex hormones. *Journal of Periodontal Research*, 1970, 5; 9-14
18. Miyazaki, H., Yamashita, Y., Shirahama, R., Goto-Kimura, K., Shimada, N., Sogame, A. & Takehara, T. Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN. *Journal of Clinical Periodontology*, 1991; 18, 751-754.
19. Silness, J. & Loe, H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Scandinavica* 1963; 22, 121-135.
20. Tilakaratne, A., Soory, M., Ranasinghe, A. W., Corea, S. M. X., Ekanayake, S. I. & De Silva, M. Periodontal disease status during pregnancy and 3 months post-partum in a rural population of Sri-Lankan women. *Journal of Clinical Periodontology* 2000; 27, 787-792.
21. Di Placido, G., Tumini, V., D'Archivio, D. & Peppe, G. Gingival hyperplasia in pregnancy. II. Aetiopathogenic factors and mechanisms. *Minerva Stomatologica* 1998; 47, 223-229
22. Miyazaki, M., Morishita, M. & Iwamoto, Y. Effects of sex hormones on production of prostaglandin E₂ by human peripheral monocytes. *Journal of Periodontology* 1993; 64, 1075-1078.
23. Hasson, E. Pregnancy gingivitis. *Harefuah* 1996; 8, 224-230.
24. Lundgren, D., Magnussen, B. & Lindhe, J. Connective tissue alterations in gingiva of rats treated with oestrogens and progesterone. *Odontological Revy* 1973; 24, 49-58
25. Wang, P. H., Chao, H. T., Lee, W. L., Yuan, C. C. & Ng, H. T. Severe bleeding from a pregnancy tumour. A case report. *Journal of Reproductive Medicine* 1997; 42, 359-362.
26. Tascon, J. Gingivitis in pregnant women, *Acta Odontológica*, 2003. 9, 127-131
27. Lindhe Jan, *Periodontologia Clínica e Implantologia Odontológica*, 3ra ed, Madrid: Medica Panamericana, 2003, Cap. 10, Enfermedades Generales y Periodonto, pág. 353-355
28. Kornman KS and Loesche WJ: The subgingival microbial flora during pregnancy, *J Periodont Res* 1980; 15: 111-117
29. Silness J and Loe H: periodontal disease in pregnancy. II Correlation between oral hygiene and periodontal condition, *Acta Odontol Scand* 1964; 22: 121-129
30. Gary C. Armitage International workshop for a classification of periodontal diseases and conditions, volumen 1, of periodontology, american acad. of periodontology, 2000