



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL EN
PACIENTES EMBARAZADAS QUE SOLICITAN
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
(2004)**

T E S I N A

**Que para obtener el Título de:
CIRUJANA DENTISTA**

Presenta:

BETZABE DENISEE FLORES HERNÁNDEZ

DIRECTOR: C. D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

ASESOR: C.D. FERNANDO BETANZOS SÁNCHEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. B. O.' followed by a stylized signature.

MÉXICO, D.F.

ABRIL, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Dedicatorias y agradecimientos

Dios...

Gracias por permitirme llegar a este momento, y aunque no fue fácil, tú siempre estuviste a mi lado dándome fortaleza para continuar y no desfallecer en el camino a pesar de los obstáculos. Ahora, la trayectoria aun no culmina y ante nuevos retos tengo la certeza de que permanecerás conmigo dotándome de sabiduría, habilidad y destreza para ejercer mi profesión prudentemente.

A los profesores...

A todos los que a lo largo de mi vida como estudiante invirtieron tiempo y esfuerzo dentro y fuera de las aulas y clínicas para compartir sus conocimientos y orientarme en mis dudas. Gracias, su esfuerzo no será en vano.

A la UNAM y la Facultad de Odontología por abrir sus puertas para que miles de estudiantes podamos adquirir los conocimientos y las herramientas para actuar ante los retos que nos presenta la vida todos los días.

Papás...

Este trabajo no es un esfuerzo individual, es el fruto de años de lucha continua, de la dedicación, tiempo así como empeño propio y ajeno por lograr un objetivo; y aunque el camino aún no concluye, creo que es un buen momento para agradecerles por su apoyo incondicional, porque respaldan mis decisiones pero también me orientan para que mis elecciones sean las correctas. Este logro también les corresponde y sólo espero que Dios me conceda salud y vida para retribuirles aunque sea un poco de lo mucho que ustedes me han brindado.
Los Amo.

A mis hermanos y seres queridos que fungieron como conejillos de indias y que de una u otra forma me han apoyado a lo largo de mi vida.

Alberto... qué te puedo decir, sabes lo que siento por ti y ya sea juntos o separados nos une la amistad y las ganas por vencer los retos.

A todos Gracias.

3

AGRADEZCO A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL DE LA MUJER
POR SU AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR A CABO ESTE ESTUDIO.
DRA. MARIA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA, GRACIAS. DE
IGUAL FORMA AGRADEZCO A LAS DOCTORAS DEL SERVICIO
ODONTOLÓGICO: DRA. LUCIA, ALICIA Y DENISS, POR TODAS LAS
FACILIDADES OTORGADAS PARA LA REALIZACIÓN DEL MISMO,
GRACIAS POR SU HOSPITALIDAD Y APOYO; ESPERO ALGÚN DÍA
CORRESPONDER A SU CONFIANZA Y DEDICACIÓN A ESTE
PROYECTO

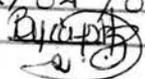
HOSPITAL DE LA MUJER... GRACIAS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Betzabe Denisse

Flores Hernández

FECHA: 12/04/04

FIRMA: 



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES	01
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. OBJETIVOS	13
General	13
Específico	13
5. METODOLOGÍA	14
Material y método	14
5.1 Tipo de estudio	16
5.2 Población de estudio y muestra	17
5.3 Criterios de inclusión y exclusión	17
5.4 Variables	18
5.5 Análisis estadístico de los datos	19
Instrumento de recolección de la información	19
6. RESULTADOS	20
7. DISCUSIÓN	36
8. CONCLUSIONES	38
9. FUENTES DE INFORMACIÓN	40
10. ANEXOS	44



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución porcentual por trimestre de gestación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....20
Tabla 1a Promedio de IG de acuerdo al trimestre de gestación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	..... 21
Tabla 2 Distribución porcentual por ocupación de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....22
Tabla 3 Distribución porcentual de acuerdo a ingresos económicos en salarios mínimos en el hogar de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la mujer. (2004)	.....23
Tabla 4 Distribución porcentual de acuerdo a escolaridad en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....24
Tabla 5 Distribución porcentual de acuerdo a la experiencia de haber fumado en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....25
Tabla 5b Promedio de IG respecto a la experiencia de haber fumado en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....26
Tabla 6 Distribución porcentual por frecuencia de higiene bucal en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....26
Tabla 6a Promedio de IG e IHOS respecto a la frecuencia de higiene bucal en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....26
Tabla 7 Distribución porcentual de acuerdo a sangrado gingival previo al embarazo en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....27
Tabla 7a Promedio IG respecto a 102 pacientes que reportaron haber tenido sangrado gingival previo al embarazo y que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)	.....27
Tabla 8 Distribución porcentual y promedio de IG de acuerdo a la recesión gingival en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....28
Tabla 9 Distribución porcentual y de frecuencia de higiene bucal por ocupación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)	.....28
Tabla 9a Promedio de IG de acuerdo a ocupación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....29

Tabla 10 Distribución de frecuencia de higiene bucal por escolaridad en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....30
Tabla 10a Promedio de IG por grado de escolaridad en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....30
Tabla 11 Distribución de frecuencia de higiene bucal por ingreso mensual en el hogar de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....31
Tabla 11a Promedio de IG de acuerdo al ingreso mensual en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)	.....31
Tabla 12 Promedio de IG de acuerdo a edad en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....31
Tabla 13 Promedio de IG de acuerdo al padecimiento sistémico de 31 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....32
Tabla 14 Prevalencia de enfermedad gingival en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución porcentual por trimestre de gestación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer . (2004)	.....21
Gráfico 2 Distribución porcentual por ocupación en pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)	.....22
Gráfico 3 Distribución porcentual de acuerdo a ingreso económico en salarios mínimos de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....23
Gráfico 4 Distribución porcentual de acuerdo al grado de escolaridad de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer. (2004)	.....24

*Prevalencia de enfermedad
gingival en pacientes
embarazadas que solicitan
atención médica en el Hospital
de la Mujer. (2004)*



INTRODUCCIÓN

Los tejidos blandos que rodean a los dientes contribuyen al equilibrio dentro del sistema bucal. Actualmente, se ha comprobado que existen ciertos factores de riesgo que predisponen a una mayor prevalencia de enfermedades gingivales. Entre los factores de riesgo se encuentran el factor genético, el tabaco, el estado de salud, la edad y el sexo entre otros.

Es conocido que la mujer durante su desarrollo atraviesa por cambios propios de su fisiología, mismos que están determinados por fluctuaciones temporales de los niveles hormonales. Los cambios más importantes que se encuentran determinados por las hormonas sexuales femeninas están divididos en tres grupos principales que son: la pubertad, el embarazo y la menopausia. Mismos que a su vez manifiestan su influencia dentro de los tejidos gingivales de maneras muy diversas.

Es durante el embarazo cuando los niveles hormonales de estrógeno y progesterona, se elevan provocando descontrol fisiológico que se refleja en la salud bucal de la gestante. Sin embargo, hay la posibilidad de que la intervención de otros factores puedan causar la enfermedad gingival y no únicamente el factor hormonal.

En México y en otros países tales como Chile, Argentina, Perú, Venezuela, España, y los Estados Unidos, han estudiado en años recientes, el efecto de la enfermedad gingival de la gestante sobre el estado de salud del producto, durante y después del parto; sin embargo, hay muy poca información o esta no ha sido publicada que contemple algunos otros factores, además de los hormonales, que afecten la salud gingival durante la gravidez.

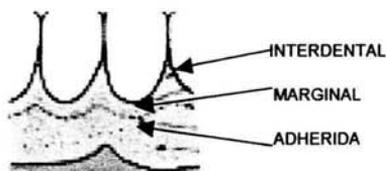
Mediante la evaluación de dichos factores, puede determinarse el grado de influencia del factor hormonal sobre de salud gingival durante la

gravidez, así mismo poner de manifiesto que los cuidados de salud previos a la gestación son de vital importancia para evitar los riesgos que conlleva la enfermedad gingival no sólo en la vida del producto sino en la propia mujer.



1. ANTECEDENTES

El tejido gingival es la parte de la mucosa bucal que cubre el proceso alveolar y rodea las zonas cervicales de los dientes. Anatómicamente puede dividirse en: marginal, interdental y adherida.¹



- La encía sana, es de un color rosa coral casi uniforme.
- Presenta una superficie queratinizada
- Tiene un borde afilado, en filo de cuchillo
- Rodea los dientes en forma de collar.
- El surco gingival tiene una profundidad de 0.5 a 1mm.
- No hay sangrado cuando se pasa la sonda.¹

El tejido gingival puede desarrollar diversas enfermedades que se asocian a enfermedades sistémicas, cambios hormonales, dietéticos e incluso fármacos.²

De acuerdo con la más reciente clasificación de enfermedades periodontales, publicada en los anales de la Academia Americana de Periodoncia, se designó un apartado para las enfermedades gingivales, del cual se emite una sección para la "gingivitis asociada al embarazo".

Esta nueva clasificación agrupa en gran parte entidades que en décadas pasadas se utilizaron, de las cuales se pueden resumir algunos aspectos de esta.³

- Se adiciona una extensa clasificación de la enfermedad gingival.



- Se da una gran connotación a los aspectos sistémicos del individuo afectado periodontalmente.
- Se da importancia a las manifestaciones o lesiones periodontales de enfermedades sistémicas.

La clasificación para enfermedades gingivales se determinó de la siguiente forma:

I. Enfermedad Gingival

A. Enfermedad Gingival Inducida por Placa Dental.

1. Gingivitis asociada con Placa Dental únicamente.

- a. Sin otros factores locales asociados.**
- b. Con otros factores locales asociados**

2. Enfermedad Gingival Modificada por Factores Sistémicos.

a. Asociada con el Sistema Endocrino.

- 1) Gingivitis Asociada con la Pubertad.**
- 2) Gingivitis Asociada con el Ciclo Menstrual.**
- 3) Gingivitis Asociada con el Embarazo.**

- a) Gingivitis.**
- b) Granuloma Piógeno.**

4) Gingivitis Asociada a Diabetes Mellitus.⁴

Como es de notarse, la gingivitis (inflamación de la encía) es la forma más común de la enfermedad gingival. La inflamación casi siempre aparece en todas las formas de enfermedad gingival, dado que la placa bacteriana, es causante de la inflamación, y los factores de irritación que favorecen la acumulación de la misma, a menudo están presentes en el



ambiente gingival. La inflamación puede permanecer estacionaria por periodos indefinidos o proseguir en ocasiones hasta destruir las estructuras de soporte (periodontitis).¹



GINGIVITIS

La gingivitis asociada al embarazo, también se encuentra relacionada con el sistema endocrino.

Para permitir que el producto se desarrolle adecuadamente, el organismo femenino debe adaptarse y efectuar múltiples cambios, buena parte de los cuales serán producidos por las hormonas, como la gonadotropina coriónica humana (Hcg), lactógeno de la placenta humana (HPL), estrógeno y progesterona, mismas que se encargarán desde disponer al útero como un sitio apropiado para la implantación del óvulo fecundado hasta preparar al organismo para el trabajo de parto.⁵

Lamentablemente, las hormonas antes mencionadas producen algunos efectos secundarios que pueden resultar molestos.

En un estudio realizado por Vittek y colaboradores, reportaron, de acuerdo con su investigación, que los tejidos gingivales del ser humano, fungen también como órgano blanco, aparte del aparato reproductor, para hormonas como el estrógeno y progesterona al encontrar receptores para estas en la encía provocando así el daño antes mencionado.⁶



Según Miyagi, el aumento de los niveles hormonales, provoca destrucción de los mastocitos gingivales y la liberación resultante de histamina y enzimas proteolíticas que también podría fomentar la exagerada reacción inflamatoria ante los irritantes locales.⁷

Para Tilakaratne, el empeoramiento de la gingivitis del embarazo se atribuye de modo principal a las concentraciones aumentadas de progesterona, que producen dilatación y tortuosidad de la microvasculatura gingival, estasis circulatoria y mayor propensión a la irritación mecánica. Todo esto favorece la filtración de líquido hacia los tejidos peri vasculares. Durante la gravidez hay un incremento marcado del estrógeno y la progesterona, así como una reducción luego del parto. De acuerdo con la investigación, la gravedad de la gingivitis varía con los valores hormonales en el embarazo.⁸

En otro estudio de Tilakaratne, refiere que los cambios gingivales incrementan durante el segundo trimestre de embarazo y si no son atendidos, aumenta la severidad hacia el octavo mes de gestación.⁹

Al concluir el tercer trimestre de gestación, los niveles hormonales de estrógeno y progesterona alcanzan un nivel de 10 a 30 veces mayor que los vistos durante un ciclo menstrual típico.¹⁰

En lo que se refiere a la placa, durante la gravidez, hay un viraje hacia un porcentaje mayor de bacterias aerobias y anaerobias conjuntamente, al parecer, los niveles de *B. Melaninogenicus* y *P. Intermedia* aumentan de 2.2 a 10.1%. Aparentemente, el estradiol y la progesterona pueden ser sustitutos de la menadiona (vitamina K) como factor de crecimiento esencial para la *P. Intermedia*, pero no para *Porphyromonas gingivalis* o *Bacteroides coherences*.¹¹

Es por lo anterior que desde el punto de vista bacteriológico, durante el embarazo los cambios en los valores de las hormonas afectan la composición de la placa.¹

Sin embargo, existen múltiples factores asociados que acompañados con la inestabilidad hormonal y la placa presente, funcionan como detonadores para la aparición o gravedad de enfermedad gingival.

El estrés, por ejemplo, es una respuesta automática, natural y positiva que permite afrontar cualquier situación de alerta, amenazante o desafiante, que se presente. La descarga de adrenalina, el aumento de la frecuencia cardíaca, la contracción de la musculatura, etc. son algunas de las respuestas que se desencadenan en el organismo ante una situación estresante. El problema empieza cuando el estrés, en vez de responder a una situación alarmante aguda, se cronifica. Llegados a este punto, pueden empezar las complicaciones, sean cardiovasculares, gastrointestinales, inmunitarias, psiquiátricas e incluso buco dentales. En un estudio realizado, se demostró a partir de los resultados obtenidos que aquellas personas con unos niveles más altos de ansiedad y estrés eran más propensas a desarrollar enfermedad periodontal.¹

Por otro lado, a las mujeres mexicanas se les realizó la Encuesta Nacional de Nutrición, en la que se concluyó que los principales problemas de nutrición en mujeres en edad fértil son el sobrepeso, la obesidad y la anemia; mismos que pueden reflejarse en su estado de salud. A través de la misma, se estableció que la mujer urbana cada vez se incorpora más en el ámbito laboral, principalmente en el comercio o como empleadas prestando servicio como vendedoras, oficinistas, maestras, secretarias, etc. así mismo, un número aún importante de la población continua trabajando en su hogar, mientras que las mujeres rurales se dedican a las labores del campo y a las que se derivan de este.¹²

Para Picasso, la nutrición de la gestante constituye un factor importante para el desarrollo de las enfermedades gingivales, siendo la nutrición más condicionante que causal. Al parecer el efecto de la alimentación depende más de su consistencia que de su composición química. Alimentos de consistencia firme producen ciertos efectos positivos como la estimulación de la circulación gingival, promueve la queratinización y mantiene un correcto balance entre la resorción ósea y la formación de hueso. Por el contrario, las dietas de alimentos blandos producen cambios atróficos en el tejido óseo, las deficiencias nutricionales (proteínas, vitaminas A, B, C, D, K, y magnesio) pueden afectar el estado gingival como factor condicionante. Sin embargo, ninguna deficiencia nutricional causaría por sí misma enfermedad gingival y posteriormente convertirse en periodontitis; es preciso la presencia de la placa dentobacteriana para que la alteración en el periodonto se produzca. Al evaluar la distribución de la gingivitis por estado nutricional observaron que los mayores casos de gingivitis leve y moderada se dieron en condiciones de normalidad y sobrepeso. Pensaron que esta situación podría deberse a que la mayor parte de las gestantes se encontraba en el segundo y tercer trimestre en los cuales predominaban las condiciones de normalidad y sobrepeso debido a los cuidados anteriormente mencionados.¹³

La diabetes gestacional se presenta aproximadamente en un 2% de las mujeres gestantes.¹⁴ Basados en esto, López y colaboradores, en un estudio realizado en gestantes diabéticas mexicanas, determinaron que la enfermedad gingival se presentó en la mayoría de las pacientes en un nivel de leve a moderada.¹⁵

De acuerdo con un estudio elaborado por Guthmiller, se determinó que la prevalencia de enfermedad gingival fue significativamente mayor en pacientes embarazadas que en las no embarazadas. De acuerdo con sus resultados, la probabilidad de padecer enfermedad gingival en

pacientes embarazadas con diabetes fue de un 100% ubicándolas como pacientes de alto riesgo obstétrico, dando como resultado aumento en la gravedad de su situación hasta transformar la enfermedad gingival en periodontal. El riesgo de padecer enfermedad gingival durante este periodo se atribuye a las alteraciones en varias respuestas tisulares tales como los defectos funcionales de leucocitos polimorfonucleares, alteraciones en el metabolismo de colágeno así como incremento en la producción de citoquinina; creando en la paciente un estado de susceptibilidad a padecer infecciones.¹⁶

Considerando el factor demográfico con sus variables socio-económico-culturales, podemos incluir a las madres adolescentes. El embarazo es un hecho trascendental en la vida de toda mujer, puede ser vivido de tantas maneras como tantas son las características orgánicas, psicológicas y sociales de las mismas, en el caso de las adolescentes, estas tienen características particulares por irrumpir el embarazo en un momento crítico en su propia evolución personal. El embarazo aparece, la mayoría de las veces, en forma no programada, desestabilizando su precario equilibrio hormonal, su relación con el medio, y en especial con su grupo familiar.¹⁷

De acuerdo con un estudio realizado en adolescentes de 14 a 19 años, se observó que la prevalencia de enfermedad gingival era mayor en mujeres que en hombres y que ésta diferencia no sólo radicaba en los cambios hormonales propios de esta etapa sino a la presencia de placa bacteriana debida a una técnica de cepillado deficiente.¹⁸

En cuanto a factores externos, Machuca y colaboradores, determinaron que las empleadas que trabajaban como obreras tenían un alto grado de prevalencia de enfermedades gingivales, también mostraron el mismo riesgo: las de bajo nivel de estudios, las que vivían en zonas

rurales, así como las que previo a su embarazo no visitaban con frecuencia al dentista.¹⁹

En un estudio elaborado por Martínez y colaboradores en el 2000, cuyo objetivo fundamental fue verificar la distribución diferencial o no de la enfermedad gingival en los estratos sociales, comprobaron que existe una asociación significativa entre la pertenencia a un determinado estrato social y el diagnóstico de enfermedad gingival en el tercero y octavo mes de gestación en la población estudiada. Según el estudio, son las mujeres de los estratos sociales más bajos, las que presentan con más frecuencia, en el tercer mes de embarazo, gingivitis leve y moderada. En el octavo mes la condición persistió y observaron además una tendencia al incremento de la gingivitis grave y moderada en estos grupos sociales. Destacaron que la gravedad se incrementa en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Asimismo, identificaron que las mujeres con alteraciones gingivales tienen deficiencias en el nivel de higiene bucal y valores elevados de placa y cálculo, lo que podría estar relacionado con la condición social de la embarazada. Esta situación empeora con el tiempo, edad de las pacientes y número de embarazos previos.²⁰

Las consecuencias de una gingivitis no atendida y que progresa a periodontitis de acuerdo con lo que menciona Offenbacher y colaboradores, es que la enfermedad periodontal puede afectar el periodo de gestación a través del estímulo en la secreción de prostaglandinas provocando embarazos pretérmino o neonatos prematuros (< 37 semanas de gestación), y por consiguiente bajo peso (<2 500 g) del producto al nacer. Estos investigadores concluyeron que la relación entre enfermedad periodontal y lactantes de bajo peso al nacer aparece como resultado de infección y es mediada en forma indirecta, sobre todo por la translocación de los productos bacterianos como las endotoxinas (lipopolisacáridos, LPS) y la acción de mediadores inflamatorios producidos por la madre. Las moléculas biológicamente activas como la prostaglandina E₂ (PGE₂)



y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), que por lo general intervienen en el parto, se elevan de modo considerable en forma artificial por la infección, que puede propiciar trabajo de parto prematuro.²¹

El problema de la enfermedad gingival previa y durante la gestación radica en la posibilidad de agravarse convirtiéndose en periodontitis, misma que según Bogges y colaboradores, se asocia con el riesgo de padecer preeclampsia.²²

La gravedad de la enfermedad aumenta en este periodo debido a diversas razones, entre estas tenemos el hecho de que las propias gestantes asumen como normal la presencia de enfermedades en los órganos dentarios como consecuencia de que el producto utiliza el calcio de los dientes maternos, motivo por el cual se acepta la pérdida de los mismos y no asisten a consulta dental para prevenir esta situación. Otra razón se atribuye a que un gran número de odontólogos prefieren no atender a las gestantes por prejuicios infundados prevalecientes en el conocimiento popular sobre el tratamiento odontológico que requiere radiografías dentales, uso de bloqueadores locales y/o medicamentos a lo que adjudican posibles efectos nocivos para el producto. Otro motivo más lo ejercen los médicos, en especial los obstetras ya que de acuerdo al estudio, no consideran necesario revisar la boca de sus pacientes en las consultas.²³

Para López y colaboradores, los efectos nocivos del tratamiento odontológico no tienen bases fundamentadas ya que contando con los conocimientos necesarios se puede atender a este tipo de pacientes sin ningún riesgo, y aún más, puede disminuir el hecho de embarazos pretérmino así como productos con bajo peso al nacer.²⁴

En la era moderna de las especialidades médicas, se hace imperiosa la necesidad del trabajo en equipo. El odontólogo y el Obstetra deben unir



esfuerzos tendientes para lograr la meta de la salud integral de la embarazada. La gestante deberá ser motivada para solicitar oportunamente la valoración del estado de salud bucal y llevar a cabo el tratamiento estomatológico en caso necesario.²³

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a las alteraciones fisiológicas producidas durante la gestación, es común que un gran número de enfermedades se cataloguen como resultado o propias de esta etapa, entre estas se encuentra la diabetes gestacional, hipo o hipertiroidismo y anemia, entre otras.

Se ha demostrado el efecto producido por la enfermedad gingival en pacientes embarazadas. Tales riesgos se reflejan no sólo en el estado de salud de la madre, con el peligro de producirle preeclampsia, sino también en el bienestar del producto, tales efectos incluyen: bajo peso al nacer, partos prematuros así como la pérdida del mismo embarazo.

El embarazo mismo no causa enfermedad gingival, esta es más consecuencia de la placa bacteriana presente, la diferencia radica en que los cambios hormonales propios de esta etapa modifican la situación clínica manifestándose en zonas de encía inflamada, enrojecida y sangrante. Sin embargo, hay algunos otros factores previos a la gravidez como son: la alimentación, edad, estado de salud general, etc. que predisponen a la enfermedad gingival en la gestante. Es quizá que debido a las condiciones de salud bucal anteriores a la gravidez en las que se desarrolla una gran parte de la población femenina, y no sólo el factor hormonal, lo que hace posible que aumente la probabilidad de padecer dicha enfermedad.

Por lo tanto, es necesario cuestionarse algunos aspectos: ¿es realmente característica la enfermedad gingival durante el embarazo?, ¿cuál es la influencia del factor hormonal para el desarrollo de enfermedades durante la gestación?, ¿hay realmente otros factores que intervengan en el progreso de las enfermedades gingivales durante la gravidez?



3. JUSTIFICACION

Fue importante realizar un estudio que permitiera conocer la prevalencia de la enfermedad gingival en la paciente embarazada, para determinar los factores que se asocian a esta e influyen sobre la salud de la paciente gestante que acude a recibir atención médica al Hospital de la Mujer.

La relevancia de este problema de salud pública radica no solo en las manifestaciones bucales clínicas características de esta enfermedad, sino en la asociación y riesgos que provoca al no recibir atención odontológica oportuna y adecuada; aumentando así la posibilidad de complicar su estado de gingivitis a periodontitis misma que a largo plazo puede afectar su embarazo. Llegando incluso a compararse con los riesgos y daños ocasionados por el uso de alcohol o tabaco durante esta etapa. De la misma forma debido a que algunos clínicos se reservan el tratamiento a este tipo de pacientes por las consecuencias que pueda provocar su terapéutica, provoca que la enfermedad progrese a estadios más severos.

La aportación de estos conocimientos hace posible que en un futuro puedan desarrollarse programas de salud que aborden métodos de prevención, alternativas y soluciones de tratamiento específicas para este grupo de pacientes de alto riesgo y que sean acordes con las características de cada grupo.



4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de enfermedad gingival en pacientes embarazadas, que acuden a recibir atención médica al Hospital de la mujer.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de la enfermedad gingival en pacientes embarazadas por medio del Índice Gingival (IG).
- Determinar la presencia de placa y cálculo mediante el índice de Higiene Oral Simplificado en pacientes embarazadas
- Determinar los factores de riesgo que influyen en la presencia de enfermedad gingival en pacientes embarazadas.
- Determinar la prevalencia de enfermedad gingival en pacientes embarazadas de acuerdo a edad.
- Determinar la prevalencia de enfermedad gingival en pacientes embarazadas de acuerdo al estado de salud general.
- Determinar la prevalencia de enfermedad gingival en pacientes embarazadas de acuerdo a su situación socio-económico-cultural.

5. METODOLOGIA

Materiales y métodos

Se pidió autorización a las autoridades del Hospital de la Mujer, siendo en este caso la correspondiente a la jefa de enseñanza, la Dra. María de Lourdes Martínez Zúñiga, para realización de un estudio que determinara la prevalencia de enfermedad gingival en pacientes embarazadas que acuden a recibir atención médica a dicha institución. (Anexo 1)

Al otorgarse la autorización por parte de la institución, a las gestantes se les hizo una invitación para participar en el estudio (anexo 2), ésta incluyó su autorización y se les proporcionó una breve explicación sobre la forma en que se valoraría. Al terminar el examen clínico, se les entregó a las pacientes un tríptico informativo sobre técnica de cepillado y cuidados propios para su salud bucal (anexo 3). La información obtenida sirvió para hacer un levantamiento epidemiológico de las variables de interés.

Para el levantamiento epidemiológico de los índices bucales se realizó una calibración Inter. examinador e intra examinador aplicando la prueba estadística de kappa de cohen obteniéndose una concordancia del 95 %.

Primero se utilizó una historia predeterminada (anexo 4) que contempló las variables de estudio. El examen clínico se realizó de acuerdo a las condiciones e instalaciones facilitadas por la institución antes mencionada, que constaron de un sillón dental con luz en el consultorio #13 de consulta externa que corresponde al de servicio odontológico. El examinador utilizó espejo plano #5, explorador y sonda periodontal tipo Michigan con graduación Williams de .05 mm de diámetro



en la punta.²⁵ Se tomaron como parámetro los datos recabados en los dientes: 16, 12, 24, 44, 32, 36, los cuales se evaluaron por medio del Índice Gingival de Løe y Silness en donde:

0 = encía normal

1 = Inflamación ligera, leve cambio de color, edema tenue; *no hay hemorragia a la palpación.*

2 = Inflamación moderada, enrojecimiento, edema y brillantez; *hemorragia al sondeo.*

3 = Inflamación intensa, enrojecimiento y edema marcados, ulceraciones; *tendencia a la hemorragia espontánea.*

Los datos obtenidos se interpretaron, sumando el resultado de cada cara de los dientes propuestos y divididos entre el número de estos. El grado de gingivitis se determinó de la siguiente forma:

0 excelente

0.1-1.0 Buena

1.1-2.0 Regular

2.1-3.0 Grave

De la misma forma en los dientes 16, 12, 24, 44, 32, 36, se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado como medio de evaluación en donde la presencia de placa se determinó de la siguiente forma:

0 = No hay presencia de residuos o manchas

1 = Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de las superficies dentales o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.

2 = Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de dos tercios de las superficies dentales expuestas.



3 = Residuos blandos que cubren más de dos terceras partes de la superficies dentales expuestas.

Mientras que la presencia de cálculo se determinó así:

0 = No hay sarro presente

1 = Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta.

2 = Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.

3 = Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos.

De igual manera, se sumaron los datos obtenidos de cada superficie dental examinada dividiéndose entre el número de superficies y el resultado obtenido se interpretó así:

0.0-0.6 Adecuado

0.7-1.8 Aceptable

1.9-3.0 Deficiente

5.1 Tipo de estudio

Por las características el estudio fue: transversal, descriptivo y observacional.



5.2 Población de estudio y muestra

Población de estudio

Pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el hospital de la mujer en el periodo comprendido de febrero a marzo del 2004.

Muestra

La muestra constó de 102 pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y que solicitaron atención médica en el periodo de febrero a marzo.

5.3 Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el hospital.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio
- Pacientes en cualquier semana de gestación
- Pacientes de cualquier edad

Criterios de exclusión

- Pacientes que reportaron tener diabetes mellitus
- Pacientes con diabetes gestacional
- Pacientes que ingirieran algún medicamento
- Pacientes que no cumplan con el criterio de inclusión.



5.4 Variables de estudio (Operacionalización)

- **Gingivitis del embarazo:** la gingivitis del embarazo es muy común y ocurre aproximadamente entre 100% de todas las mujeres embarazadas. Se caracteriza por eritema, edema, hiperplasia y aumento de la hemorragia. Desde el punto de vista histológico, la descripción es la misma que la de la gingivitis. Sin embargo, los factores causales son diferentes a pesar de las similitudes clínicas e histológicas. Los casos pueden presentarse con inflamación de leve a moderada. Aunque no es característica de esta etapa, la gingivitis del embarazo es consecuencia de la placa bacteriana. La gestación acentúa la reacción gingival ante la placa bacteriana y modifica la situación clínica resultante.
- **Gestación:** Se denomina gestación al período durante el cual se desarrollan el cigoto, embrión y feto en el aparato genital femenino. En el ser humano promedia 280 días a partir del último período menstrual.
- **IG:** Índice gingival; creado con el fin de valorar la gravedad de la gingivitis y su ubicación en cuatro áreas posibles. La suma de las calificaciones en torno de cada diente origina la puntuación GI para la región. Es posible emplear el índice para determinar la prevalencia y gravedad de la gingivitis en estudios epidemiológicos y en un individuo.
- **IHOS:** Índice de higiene oral simplificado, mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. El factor tiempo es importante ya que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.
- **Edad:** La edad de la gestante es un factor importante ya que a través de esta se obtiene la maduración fisiológica necesaria para el desarrollo favorable del embarazo. Se tomó en años cumplidos al día de la entrevista.
- **Factor socioeconómico:** es un factor asociado, aunque no determinante, para la presencia y desarrollo de algunas enfermedades. Intervienen a medida que ocasionalmente no se cuenta ni con los conocimientos ni con



los recursos necesarios para atender adecuadamente un embarazo o alguna enfermedad, y viceversa, aunque se tengan los conocimientos y los recursos, estos no se practican.

- Hábitos: Los hábitos de limpieza, el consumo de cigarro así como la frecuencia con la que se efectúen estos, influyen en el estado gingival de la paciente gestante. Afectando la situación clínica o agravándola.

- **Variable Dependiente:** gingivitis del embarazo

- **Variable Independiente:** Embarazo

5.5 Análisis estadístico de los datos

Para las variables socio-económico-culturales, se reportan la medida de tendencia central y de dispersión.

Para las variables del IG e IHOS, se calcularon promedios y desviación estándar. Mismas que se capturaron en una base de datos, analizándose por medio del paquete estadístico de Excel versión 10.

Instrumento de recolección de información

Para la recolección de información se utilizó un formato de historia elaborado según las variables de estudio, el cual incluía los esquemas para IG e IHOS predeterminados internacionalmente. (anexo 4)



6. RESULTADOS

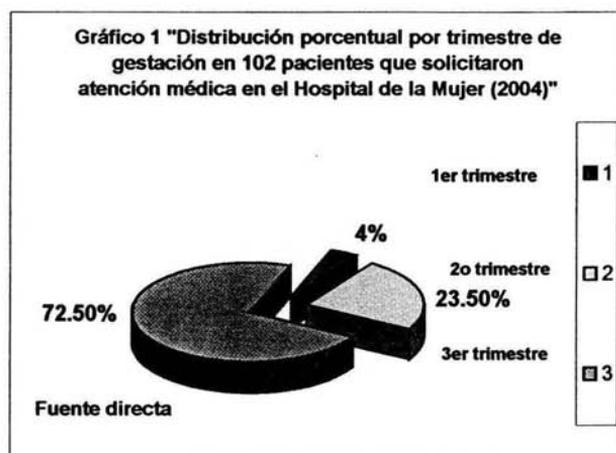
De acuerdo con la información recabada a través de historias clínicas aplicadas a 102 pacientes que acudieron a recibir atención médica al Hospital de la Mujer, durante el periodo comprendido entre los meses febrero a marzo, se obtuvieron los siguientes resultados.

El promedio de edad de la población sujeta a estudio fue de 29.3 años con una DE \pm 6.04 con una edad mínima de 13 años y una máxima de 42 años.

En lo que se refiere a trimestre de gestación, el 4% corresponde a pacientes que cursaban el 1er trimestre de gestación, el 23.5% al 2º y el 72.5% al 3º (cuadro 1, gráfico 1).

Distribución porcentual por trimestre de embarazo de 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
Trimestre	n	%
1º	4	4
2º	24	23.5
3º	74	72.5
Total	N 102	100%

Fuente directa. Cuadro 1



De acuerdo al promedio de IG respecto al trimestre de embarazo, se obtuvo que las pacientes del primer trimestre obtuvieron un IG de 1.52, DE \pm 0.42, las del segundo trimestre, IG 0.85, DE \pm 0.45, mientras que las del último trimestre tuvieron un IG de 1.13, DE \pm 0.58. (cuadro 1a)

Promedio de IG de acuerdo al trimestre de gestación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)

Trimestre	n	Promedio IG	DE \pm	Mínima	Máxima
1º	4	1.32	0.66	0.5	2
2ª	24	0.85	0.45	0	1.7
3º	74	1.13	0.58	0	2.4

Fuente directa. Cuadro 1a

Con respecto al estado civil encontramos lo siguiente: 42% corresponde a casadas, el 45% unión libre, el 12% solteras, mientras que el 1% son divorciadas.

Al preguntarles a qué se dedican, el 76% de las pacientes contestó que a labores propias de su hogar, el 8% eran estudiantes, el 6% empleadas, un 4% comerciantes y otro 4% profesionistas, el 2% correspondió a trabajadoras domésticas (cuadro 2, gráfico 2).



Distribución porcentual por ocupación de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
Ocupación	n	%
Ama de casa	78	76%
Estudiante	8	8%
Empleada	6	6%
Comerciante	4	4%
Profesionista	4	4%
Trabajadora doméstica	2	2%
Total	N 102	100%

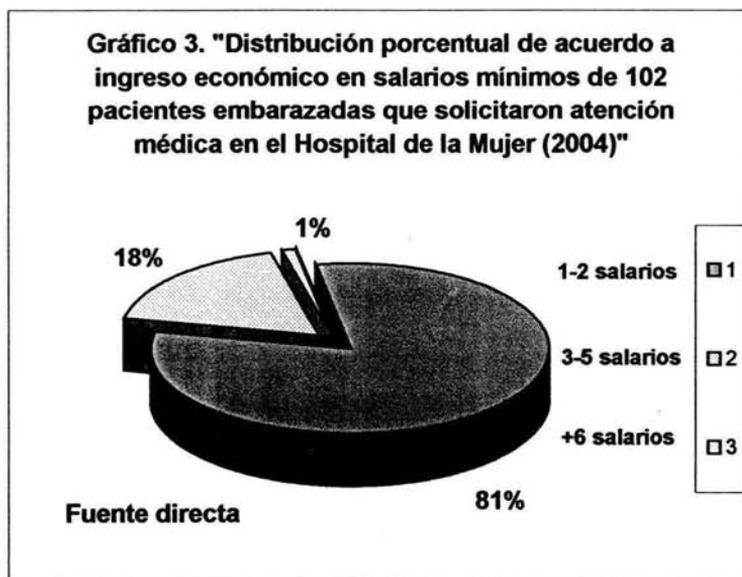
Fuente directa. Cuadro 2



De acuerdo con el apoyo económico de las pacientes, 97% de la población refirió recibir apoyo económico de su pareja o familiares más cercanos como los padres, mientras que el 3% restante refirió que no recibían apoyo económico de alguien más sino que cuentan únicamente con los ingresos propios. Considerando el ingreso mensual aproximado,



en salarios mínimos, en el hogar de las pacientes, se determinó que el 81% tiene un ingreso de 1-2 salarios (\$1,260-\$2,520), el 18% de 3-5 (\$3,780-\$6,300), y el 1% restante reportó un ingreso mayor a 6 salarios mínimos (>\$7560, cuadro 3, gráfico 3).

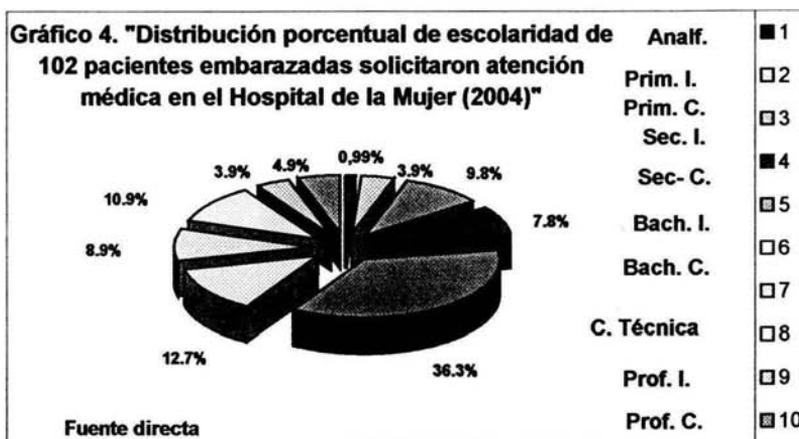


Distribución porcentual de acuerdo a ingresos económicos en salarios mínimos en el hogar de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
# Salarios	n	%
1-2 salarios	83	81%
3-5 salarios	18	18%
Más de 6 salarios	1	1%
Total	N 102	100%

Fuente directa. Cuadro 3

En lo que concierne al estrés provocado por la economía en su hogar, las pacientes refirieron en un 27% sentirse muy preocupadas, el 63% preocupadas y al 10% les es indiferente o no les preocupa la solvencia de las necesidades económicas en su hogar.

De acuerdo al grado de escolaridad de las pacientes, el 1% corresponde a analfabeta, 10% primaria completa, 4% no concluyó la primaria, el 8% no concluyó la secundaria, quizá el más importante es el de secundaria completa con un 35%, el 13% reportó bachillerato incompleto, el 9% bachillerato completo, 11% carrera técnica, 4% profesional incompleto y sólo el 5% profesional completo (cuadro 4 gráfica 4).



Distribución porcentual de acuerdo a escolaridad de 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
Escolaridad	n	%
Analfabeta	1	0.99%
Primaria incompleta	4	3.9%
Primaria completa	10	9.8%
Secundaria incompleta	8	7.8%
Secundaria completa	37	36.3%
Bachillerato incompleto	13	12.7%
Bachillerato completo	9	8.9%
Carrera técnica	11	10.9%
Profesional incompleto	4	3.9%
Profesional completo	5	4.9%
Total	N 102	100%

Fuente directa. Cuadro 4



El 30% de las pacientes refirieron padecer alguna enfermedad, de las cuales el 48% reportó anemia, 10% hipotiroidismo, 16% infección en vías urinarias y 26% preeclampsia.

En cuanto al consumo de cigarro, el 36% reportó haber fumado hasta antes de saber de su estado, el 1% aún fuma y el 63% nunca ha fumado (cuadro 5). De las pacientes con experiencia al tabaco, el 76% ha fumado de 1-5 años, el 24% lo ha hecho de 6-10 años (cuadro 5). De igual forma, el 92% fumó de 1-5 cigarrillos diario, el 5% de 6-10 y el 3% más de 10 cigarrillos por día. (cuadro 5a)

Distribución porcentual de acuerdo a la experiencia de haber fumado en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
Experiencia	n	%
Fumadoras	38	37%
No fumadoras	64	63%
Total	N 102	100%

Fuente directa. Cuadro 5

Distribución porcentual de acuerdo al hábito del tabaco al día en 38 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
# de cigarrillos por día	n	%
1-5 cigarrillos	35	92%
6-10 cigarrillos	2	5%
+ de 10 cigarrillos	1	3%

Fuente directa. Cuadro 5a

El promedio de IG respecto al consumo o no de tabaco se obtuvo lo siguiente: las fumadoras tuvieron un IG promedio de 1.10. DE \pm 0.56, mientras que las no fumadoras obtuvieron un IG de 1.0, DE \pm 0.53. (Cuadro 5b)



Promedio de IG respecto a la experiencia de haber fumado en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)					
Hábito	n	Promedio IG	DE \pm	Mínima	Máxima
Fumadoras	38	1.10	0.56	0	2.4
No fumadoras	64	1.0	0.53	0	2.3
Total	N 102				

Fuente directa. Cuadro 5b

En lo que se refiere a higiene bucal, 100% de la población afirmó cepillar sus dientes utilizando cepillo y pasta dental. De estas, el 20% lo practica una vez al día, el 57% lo hace 2 veces y el 23% tres ocasiones por día (cuadro 6).

Distribución porcentual por frecuencia de higiene bucal en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
Frecuencia al día	n	%
1 vez por día	22	21.5%
2 veces por día	58	57%
3 por día	22	21.5%
Total	N 102	100%

Fuente directa. Cuadro 6

El promedio de IG e IHOS de acuerdo a la frecuencia de higiene oral se obtuvieron los siguientes datos: el grupo de pacientes que cepillan sus dientes una vez al día tuvieron un IG de 1.12, P 0.43, C 0.30. Las pacientes que mantienen una higiene bucal 2 veces al día el IG promedio fue de 1.13, P 0.42, C .029. Mientras que el grupo que cepilla sus dientes tres veces al día obtuvo un IG de 0.92, P 0.33, C 0.25. (cuadro 6a)

Promedio de IG e IHOS respecto a la frecuencia de higiene bucal en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)							
Frecuencia de higiene al día	n	IG \pm		P		C	
		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
1x día	21	1.12	0.57	0.43	0.42	0.30	0.30
2x día	58	1.13	0.53	0.42	0.33	0.29	0.26
3x día	23	0.92	0.63	0.33	0.38	0.25	0.28
Total	N 102						

Fuente directa. Cuadro 6a

Al preguntarles si su encía sangraba antes de su embarazo, el 36% de la población respondió que sí (cuadro 7).



Sangrado gingival	n	%
Presente	37	36%
Ausente	60	59%
No lo notaron	5	5%
Total	N 102	100%

Fuente directa. Cuadro 7

De acuerdo a la relación del IG con sangrado gingival previo se determinó lo siguiente: el promedio de IG de las que si tuvieron sangrado anterior a su embarazo fue de 1.23, DE \pm 0.50. Las que no tuvieron sangrado gingival previo obtuvieron un IG promedio de 0.95, DE \pm 0.57. Mientras que las que no lo notaron tuvieron un IG de 1.16, DE \pm 0.27. (cuadro 7a)

Sangrado gingival	n	Promedio IG	DE \pm	Mínimo	Máximo
Presente	37	1.23	0.50	0	2.2
Ausente	60	0.95	0.57	0	2.4
No lo notaron	5	1.16	0.27	0.8	1.5

Fuente directa. Cuadro 7a

De acuerdo con su respuesta sobre su asistencia a consulta bucal, el 4% visitó al dentista hace 1 mes, el 2% hace 2 meses, el 9% hacía medio año que lo visitó por última vez, 10% más de medio año, 34% lo visitó hace más de 1 año, 32% sólo cuando tiene molestias dentales, mientras que el 9% refirió nunca haber asistido a consulta con el dentista.

A la exploración se determinó que el 18% de las pacientes presentaban recesión gingival mientras que el 82% no la presentó. (cuadro 8)



Recesión	n	%	IG	DE ±
Presente	18	17%	1.52	0.42
Ausente	84	83%	0.97	0.51
Total	N102			

Fuente directa. Cuadro 8

De acuerdo con la relación de higiene bucal y ocupación, se determinó lo siguiente: de las 78 amas de casa, 20 cepillan sus dientes 1 vez al día, 44 lo practican 2 veces mientras que 14 lo hacen 3 ocasiones al día. Del grupo de 4 comerciantes, 3 se cepillan 2 veces al día, y 1 lo hace 3 veces. De las 6 empleadas, 4 practican su higiene dental 2 veces y sólo 5 lo hacen 3 por día. Las 2 trabajadoras domésticas se cepillan 2 veces al día. Las 4 profesionistas practican su higiene bucal 3 veces al día. De las 8 estudiantes, 1 se cepilla una vez al día, 5 lo hacen 2 veces y sólo dos se cepillan 3 veces al día. (Cuadro 9)

Frec. cepillado	Amas de casa	Comerciante	empleada	Trabajadora doméstica	profesionista	Estudiante	n
1x día	20	0	0	0	0	1	21
2x día	44	3	4	2	0	5	58
3x día	14	1	2	0	4	2	23
Total	n78	n4	n6	n2	n4	n8	N102

Fuente Directa. Cuadro 9

De acuerdo con los resultados obtenidos se determinó un IG promedio del grupo de 1.06, un IHOS promedio de Placa de 0.4 mientras que de cálculo fue de 0.2.

En lo que se refiere al promedio de IG por ocupación se determinó lo siguiente: las amas de casa obtuvieron un IG de 1.1 con una DE ± 0.52, el grupo de comerciantes obtuvo un IG de 1 con una DE ± 0.14, las

empleadas manejan un IG de 1.4, $DE \pm 0.48$, las trabajadoras domésticas presentaron un IG promedio de 1.3, $DE \pm 0$, las profesionistas manejan el IG más bajo obteniendo un promedio de 0.35 y una $DE \pm 0.23$, al igual, las estudiantes obtuvieron un IG también menor al resto del grupo resultando en 0.77 con $DE \pm 0.71$. (cuadro 9a)

Promedio de IG de acuerdo a ocupación en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)				
Ocupación	Promedio IG	DE \pm	Mínima	Máxima
Ama de casa n78	1.1	0.52	0	2.4
Comerciante n4	1	0.14	0.9	1.2
Empleada n6	1.4	0.48	0.5	1.8
Trab. Doméstica n2	1.3	0	1.3	1.3
Profesionista n4	0.35	0.23	0	0.5
Estudiante n8	0.77	0.71	0	0.71

Fuente directa. Cuadro 9a

De acuerdo con el grado de escolaridad y su frecuencia de higiene bucal se obtuvo lo siguiente: la paciente analfabeta cepilla sus dientes 2 veces al día. De las 4 con primaria incompleta, 1 se cepilla 1 vez al día y 3 lo hacen 2 por día. De las 10 pacientes con primaria completa, 4 practican su higiene 4 por día, 4 dos por día y sólo 2 lo hacen 3 veces al día. El grupo de 8 pacientes de secundaria incompleta, 1 se cepilla 1 ocasión por día, 6 dos por día y 1 tres por día. El grupo mayor de secundaria completa con 37 pacientes, 11 se cepillan una vez al día, 18 dos veces y 8 tres por día. El siguiente grupo con bachillerato incompleto constituido por 13 pacientes, 2 se cepillan una vez, 8 dos y 3 lo hacen tres ocasiones al día. Las 9 de bachillerato completo, 7 se cepillan dos veces al día y 2 por tres ocasiones. De las 11 con carrera técnica, 2 sólo se cepillan una vez al día, 8 dos veces y 1 lo practica tres veces al día. Las 4 de profesional incompleto, 3 se cepillan dos veces al día y 1 lo hace tres veces. Las 5 de mayor grado de escolaridad al concluir sus estudios profesionales, se cepillan 3 veces al día. (Cuadro 10)



Frec. De cepillado	analfabeta	Prim. Incom.	Prim. Comp.	Sec. Incomp.	Sec. Comp.	Bach. Incomp.	Bach. Comp.	Carrera técnica	Prof. Incom.	Prof. Comp.	n
1x día	0	1	4	1	11	2	0	2	0	0	21
2x día	1	3	4	6	18	8	7	8	3	0	58
3x día	0	0	2	1	8	3	2	1	1	5	23
Total	n1	n4	n10	n8	n37	n13	n9	n11	n4	n5	N102

Fuente directa. Cuadro 10

En lo que se refiere al promedio de Índice Gingival de acuerdo al grado de escolaridad, se obtuvo lo siguiente: analfabeta IG 1.7, DE \pm 0, primaria incompleta IG 1.0, DE \pm 0.18, Primaria completa IG 1.26, DE \pm 0.53, secundaria incompleta IG 1.2, DE \pm 0.34, secundaria completa IG 1.18, DE \pm 0.53, bachillerato incompleto IG 0.89, DE \pm 0.60, bachillerato completo IG 0.87, DE \pm 0.58, carrera técnica IG 1.23, DE \pm 0.45, las de profesional incompleto obtuvieron el menor promedio IG con 0.35, DE \pm 0.23, mientras que las de profesional completo tuvieron un IG promedio de 0.52, DE \pm 0.43. (Cuadro 10a)

Grado de escolaridad	n	IG Promedio	DE \pm	Mínima	Máxima
Analfabeta	1	1.7	0	1.7	1.7
Prim. Incompleta	4	1.0	0.18	0.9	1.3
Prim. Completa	10	1.26	0.53	2.2	0.5
Sec. Incompleta	8	1.2	0.34	1.6	0.5
Sec. Completa	37	1.18	0.53	2.4	0
Bach. Incompleto	13	0.89	0.60	0	2
Bach. Completo	9	0.87	0.58	0	1.7
Carrera técnica	11	1.23	0.45	0.2	0.5
Prof. Incompleto	4	0.35	0.23	0	.5
Prof. Completo	5	0.52	0.43	0	1.2

Fuente directa. Cuadro 10a

En lo que se refiere a frecuencia de higiene bucal por ingreso mensual en el hogar de las pacientes se obtuvo: de las 83 pacientes con ingresos



de 1-2 salarios mínimos mensuales, 20 se cepillan una vez por día, 47 lo hacen 2 veces al día y 16 lo hacen 3 ocasiones al día. De las 18 con ingresos de 3-5 salarios, 1 lo hace una vez al día, 10 dos veces por día y 7 practican su higiene 3 veces al día. La única paciente con más de 6 salarios al mes, practica su higiene bucal dos veces al día. (cuadro 11)

Distribución de frecuencia de higiene bucal por ingresos mensuales en 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)				
Frec. de cepillado	1-2 salarios	3-5 salarios	6 a más salarios mínimos	n
1x día	20	1	0	21
2x día	47	10	1	58
3x día	16	7	0	23
Total	83	18	1	N 102

Fuente directa. Cuadro 11

Tomando en cuenta el promedio de IG según los ingresos mensuales en las pacientes se obtuvo lo siguiente: las que tienen ingresos de 1-2 salarios mínimos obtuvieron un IG promedio de 1.1, DE \pm 0.54, las de 3-5 salarios IG promedio 0.86, DE \pm 0.53, y la de más de 6 salarios IG 0.4. (cuadro 11a)

Promedio de IG de acuerdo al ingreso mensual en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)					
Ingreso en salarios mínimos	n	Promedio IG	DE \pm	Mínima	Máxima
1-2	83	1.1	0.54	0	2.4
3-5	18	0.86	0.53	0	1.7
6 a más	1	0.4	0	0.4	0.4

Fuente directa. Cuadro 11a

Promedio de IG de acuerdo a la edad de 102 pacientes que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
Edad	n	IG Promedio
13-18	21	1.2
19-23	22	1
24-28	29	1.1
29-33	15	1.1
36-42	5	.8

Fuente directa. Cuadro 12



Promedio de IG de acuerdo al padecimiento sistémico de 31 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)			
Padecimiento	n	Promedio IG	DE ±
Anemia	15	1.2	1.7
Hipotiroidismo	3	0.8	.51
Inf. En vías urinarias	5	0.6	.5
Preeclampsia	8	0.8	2

Fuente directa. Cuadro 13

De acuerdo con los padecimientos sistémicos hallados en las pacientes, es importante hacer mención a su relación con los tejidos gingivales. El embarazo produce una pérdida neta de hierro de aproximadamente 680 mg para la madre y una pérdida temporal de otros 450 mg de masa eritrocitaria. Esto excede los depósitos normales de hierro en la mujer. La mayor parte de la pérdida de hierro se produce en el último trimestre y no puede reemplazarse con suficiente cantidad y rapidez mediante la dieta, a pesar de que existe un aumento de la absorción de hierro para prevenir la anemia ferropénica en la mayoría de las mujeres gestantes. El problema se agrava si la mujer comienza el embarazo con depósitos de hierro disminuidos o nulos debido a pérdidas sanguíneas menstruales. La anemia puede pasar asintomática en muchos pacientes, pero, puede haber hallazgos físicos como palidez de piel y mucosas. Grados avanzados de anemia pueden provocar petequias, púrpura y sangrado de encías. Es frecuente que reproduzca la pérdida de papilas de la cara lateral de la lengua y ocasionalmente el agrietamiento de las comisuras de la boca. La atrofia de las papilas filiformes y fungiformes continúa hasta que la superficie dorsal de la lengua se vuelve totalmente lisa y cambia su color de rosa pálido a rojo. Primero se afectan la punta y los bordes laterales, produciendo un efecto parcheado que puede confundirse con una lengua geográfica. Sin embargo, a diferencia de la lengua geográfica, estas zonas atróficas carecen de un borde queratótico y sufren un aumento progresivo de tamaño más que una alteración en su distribución. Estos cambios producen un aumento de la susceptibilidad e irritación y ulceraciones traumáticas. Pueden producirse síntomas de dolor y quemazón. En algunos casos se desarrolla de forma



gradual una queilitis angular o leucoplasias. El epitelio bucal es significativamente más delgado que normal. La reducción del grosor se debe a una disminución del grosor del compartimiento de maduración. El déficit de hierro se ha implicado como causa de la estomatitis aftosa recurrente. Se ha sugerido que las lesiones orales son producidas por un déficit concurrente de piridoxina y no por la anemia. Las tasas de flujo salival están disminuidas en pacientes con déficit de hierro si se comparan con sujetos normales. La curación de heridas puede ser prolongada, produciendo un retraso en la cicatrización tras extracciones dentales y otras intervenciones quirúrgicas orales. No deben realizarse tratamientos orales electivos hasta que el nivel de hemoglobina supere los 10g/dl. El tratamiento de la anemia ferropénica puede incluir el uso de sulfato ferroso líquido, que produce una tinción negra de los dientes y lengua. Esto puede minimizarse bebiendo la solución con paja y lavándose la boca después de cada dosis.²⁶

La prevalencia de bacteriuria o infección de vías urinarias durante la gestación es del 3 al 7% y aumenta con mayor paridad e inferior estrato socio-económico, cerca del 20% de las pacientes que tienen bacteriuria de forma temprana en la gestación presentan una pielonefritis más adelante en el embarazo. En contraste, menos de 1% de pacientes cuya orina no está infectada al principio del embarazo presentan más adelante infección aguda. Más del 75% de pielonefritis aguda pueden prevenirse eliminando la bacteriuria asintomática en las primeras fases del embarazo. Esta patología no tiene relación directa con alteraciones bucales.²⁶

En pacientes embarazadas con hipotiroidismo la piel de la cara es gruesa, seca y arrugada. Los labios están dilatados, tumefactos y pálidos, y el paciente mantiene frecuentemente la boca parcialmente abierta, probablemente a causa, en parte, de la dilatación de la lengua. Si hay cretinismo las encías son esponjosas, y los dientes caducos erupcionan y

caen más tarde de lo normal. Hay una alta frecuencia de hipoplasia del esmalte en los dientes caducos; la dentición permanente es también hipoplásica, pero en menor grado. La maloclusión es relativamente frecuente, la respiración bucal da como resultado una desecación y destrucción de los tejidos gingivales. El hipotiroidismo se ha asociado a un deterioro de la respuesta inmune normal, y los pacientes pueden desarrollar candidiasis mucocutáneas crónicas.²⁶

Los trastornos hipertensivos del embarazo se dividen en cuatro categorías, e acuerdo con el American Collage of OBstetrics and Gynecology: preeclampsia y eclampsia, hipertensión crónica, hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta, e hipertensión tardita o transitoria. Esta enfermedad aparece en el 10 al 20% de las primigrávidas y entre el 5 y 7% de todos los embarazos. Aparece en las pacientes diabéticas, mujeres relativamente mayores (más de 35 años) y en las que mostraron un episodio previo de preeclampsia. El síndrome se caracteriza por el desarrollo de hipertensión, edema y proteinuria; a menudo existen pruebas de coagulación intravascular diseminada. Aparece después de la vigésima semana de la gestación y puede progresar de manera rápida y espectacular. Puede haber trombocitopenia y elevación de los productos de desdoblamiento de la fibrina. Su relación con cavidad bucal se deriva en el tipo de tratamiento bucal que se puede o no llevar a cabo.²⁶

De acuerdo al resultado más sobresaliente sobre prevalencia de enfermedad gingival en las pacientes embarazadas tenemos lo siguiente: el 4.9% de la población presento ausencia de enfermedad gingival calificándolos con un IG excelente. El 44.1 % presento un estado bueno. El 46% mostró signos de enfermedad gingival regular o moderada mientras que el 4.9% de la población restante presento signos de enfermedad gingival grave. (cuadro 14)



PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL EN PACIENTES
EMBARAZADAS QUE SOLICITAN ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER (2004)

Prevalencia de enfermedad gingival en 102 pacientes embarazadas que solicitaron atención médica en el Hospital de la Mujer (2004)		
IG	n	%
Excelente	5	4.9
Bueno	45	44.1
Moderado	47	46
grave	5	4.9
Total	N 102	99.9%

Fuente directa. Cuadro 14

7. DISCUSIÓN

Anteriormente se afirmaba que la enfermedad gingival es característica del embarazo, sin embargo, nosotros observamos, al menos en la población estudiada, que hubo un gran número de pacientes gestantes que no presentaron enfermedad gingival, es por ello que la Academia Americana de Periodoncia la clasifica como producida por placa y que además está influenciada por factores endocrinos.

Coincidimos con Tilakaratne al mencionar que el empeoramiento de la gingivitis del embarazo se atribuye a las concentraciones hormonales aumentadas sobre todo durante el primer y tercer trimestre de gestación, sin embargo, menciona que la enfermedad aumenta en el segundo trimestre de gestación, pero, es en este periodo que los niveles hormonales se mantienen estables aumentando nuevamente hacia el octavo mes, lo cual coincidió con nuestros resultados ya que las del primer y último trimestre mostraron un IG mayor (1.32, y 1.13), no siendo así con las del segundo trimestre (0.8).

Debido a que autores como López y Guthmiller determinaron en su estudio realizado con pacientes diabéticas gestantes, que un gran porcentaje de su población tuvo enfermedad gingival, por lo tanto, se decidió no incluir a este tipo de pacientes en el estudio ya que existe una gran posibilidad de obtener resultados de IG mayores, que alterarían nuestros resultados conforme al resto de la población.

Vila mencionó en su estudio el cual realizó en adolescentes gestantes, que presentaban un IG alto, sin embargo, en nuestra población de estudio esto no resultó así ya que el IG por edad en nuestra población se mantuvo a niveles muy similares entre grupos. En cambio, diferimos con Martínez quien afirma que a mayor edad empeora el estado de salud gingival en el embarazo; mientras que en nuestra población las pacientes



de mayor edad tuvieron un IG menor. De otra forma coincidimos con Machuca al concluir que las pacientes con menores ingresos, con menor grado de escolaridad y cuya ocupación no requiere de atención personal exhaustiva, tuvieron enfermedad gingival, quizá no grave, pero sí mayor comparado con el grupo de profesionistas y estudiantes de mayor grado.

En cuanto al tabaquismo, la salud de un gran número de gestantes no ha empeorado ya que un gran parte de estas al saber de su estado dejan de fumar, y la propia institución las canaliza a servicio odontológico para limpieza dental, sin embargo, debido a que no es obligatoria su asistencia, solo un número muy reducido de estas acuden a revisión mientras que las demás no lo hacen por la creencia de que en este periodo no deben realizarse ningún tratamiento bucal y ven como normales algunas alteraciones bucales en lo cual coincidimos con el estudio elaborado por Díaz Romero.



8. CONCLUSIONES

Después de analizar los datos obtenidos mediante el estudio se puede concluir lo siguiente: el IG promedio por edad no mostró diferencias entre grupos a excepción del grupo de 36-42 años quienes obtuvieron una calificación de IG bueno mientras que el resto del grupo obtuvo un IG regular.

Las pacientes en el último trimestre de gestación fueron el grupo de mayor demanda de atención médica en el Hospital de la Mujer, probablemente esto se debe a que un gran número de ellas ya están programadas para sus últimas consultas y al final de la gestación éstas son más constantes. Estas pacientes como las del primer trimestre obtuvieron un IG mayor comparado con las pacientes que se encontraban en el segundo trimestre que tuvieron un IG bueno. Esto concuerda con los picos hormonales que aumentan en el primer y tercer trimestre de gestación.

Gran parte de la población se dedica a labores propias de su hogar y debido a que un gran porcentaje de estas no mantiene una higiene bucal constante, obtuvieron un IG promedio mayor respecto a las profesionistas y estudiantes las cuales obtuvieron un IG bueno mientras que las amas de casa como el resto del grupo obtuvieron un IG regular. Esto también se relaciona con la frecuencia de cepillado dental.

Las pacientes con mayor grado de escolaridad como las de bachillerato completo e incompleto, así como profesional completo e incompleto obtuvieron un IG significativamente menor que las pacientes con grado de escolaridad menor ya que las primeras tuvieron buena salud gingival mientras que la salud gingival del resto del grupo fue regular.



También observamos que a mayor ingreso económico el IG promedio fue considerablemente menor, considerando que un gran porcentaje de la población de estudio obtiene un ingreso de 1-2 salarios mínimos mensuales (\$1,200 –\$2,500) lo cual también interviene en el grado de atención médica y dental los cuales ocasionalmente no están a su alcance.

De acuerdo con el estado de salud general de las pacientes, sólo el grupo de anémicas obtuvo un IG mayor al resto de pacientes que presentaban alguna otra patología, lo cual concuerda con el estado del sistema inmunológico en el que se puedan encontrar estas pacientes.

El uso del tabaco no mostró diferencias en IG respecto al grupo de no fumadoras ya que si en estas últimas no hubo influencia de nicotina sí la hubo de otros factores.

En cambio, las pacientes con sangrado gingival previo al embarazo obtuvieron un IG mayor respecto al grupo de pacientes que no lo tuvieron calificando a las primeras con un estado de salud gingival regular. Así mismo, las pacientes con recesión gingival mostraron un IG mayor respecto a las que no presentaban recesión gingival.

Con base a esto podemos concluir que factores externos como los socio-demográficos ejercen cierto grado de influencia en la salud gingival de la paciente gestante, ya que al haber menos frecuencia de higiene bucal, la placa dentobacteriana aumenta, lo cual tiene efectos negativos en el tejido gingival de las pacientes. El estado de salud general no influyó salvo en las que padecían anemia teniendo en cuenta que el sistema inmunológico de estas pacientes no se encuentra en condiciones optimas para hacer frente a infecciones y enfermedades oportunistas.

9. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. CARRANZA Fermín, et al. PERIODONTOLOGIA CLINICA, 9ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México, 2002, p.p 542-554
2. LAVELLE Christopher, APPLIED ORAL PHYSIOLOGY, 2ªed. Ed. Wriight, Gran Bretaña, 1988, p.p 98-101
3. Zerón A., Nueva clasificaci{on de las enfermedades periodontales, *Revista ADM*, 2001, vol. 58, #1, 16.20
- 4 The American Academy of Periodontology, *International workshop for a classification of Periodontal Disease an conditions. Annals of Periodontology* 1999; 4:1.
5. GUYTON Arthur, TRATADO DE FISIOLÓGÍA MÉDICA, 9ª ed., Ed. Interamericana McGraw Hill, México, 1997
6. Vittek, J., Munnangi, P.R., Gordon, G.G, Rappaport, S. G., Southren, A.F. Progesterone receptors in human gingiva, *IRCS, Medical Science*, 1982, 10, p.p 381
7. Miyagi, M., Morishita, M., Iwamoto, Y, Effects of sex hormones on production of prostaglandin E2 by human peripheral monocytes. *Journal of Periodontology*, 1993, vol.64, 1075-1078
8. Tilakaratne, A., Soory, M, Androgen metabolism in response to oestradiol 17 β and progesterone, alone and in combination by human gingival fibroblasts (HGF) in culture, *Journal of clinical Periodontology*, 1999, vol. 26, No. 1, 723-731



9. Tilakaratne, A, Soory , M. Ranasinghe AW, Corea SMX, Ekanayake SL, De silva, Periodontal disease status during pregnancy and 3 month post-partum, in a rural population of sri-Lankan women, *Journal of clinical Periodontology*, 2000, vol 27, 7878-792.
10. COPELAND, Larry, TEXTBOOK OF GYNECOLOGY, 2ª ed. Ed. Saunders Company, Pennsylvania, 2002
11. Raber- Durlacher, J.E., Leene, W., Palmer-bouva C.C.R., Raber, J., Abraham-Inpijn, L., Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: immuno-histochemical aspects, *Journal of Periodontology*, 1983 vol. 64, 211-218.
12. ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN, 1999, p.p 103-174
13. Picasso M, Proaño D, Caries dental e inflamación gingival en gestantes de 10 a 19 años y su relación con el estado nutricional, *URCH*, 1996, vol. 6, #1, ene-dic.
14. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología. México, D.F.: *INPer* 1990, 10:1-6.
15. López-Pérez R, Díaz-Romero RM, Barranco-Jaubert A, Borges-Yáñez A, Avila-RosasH Prevalencia de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal en la paciente gestante diabética. *Salud Publica Mex.* 1996; 38:101-109.
16. Guthmiller M. J, Hassebroek J., Duane W., Johnson G., Kirchner L., Kohout F., Hunter S., 2001, Periodontal disease in pegnancy complicated by type 1 Siabetes Mellitus, *Journal of Periodontology*, 2001, vol. 72, #11, 1485-1490



17. Pomata J. García H. Otheygud L., Aspres N. Fernández T., Ballicora A, Adolescencia y embarazo, *Revista del Hospital Materno Infantil "Ramón Sanda"*, 1997, XVI, #2, 52-56

18. Vila V., Lockett M., Evaluación de la placa bacteriana y gingivitis en adolescentes, *Suplemento Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones científicas y tecnológicas*, 2003, Argentina

19. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle J, Machuca C, Bullón P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women, *Journal of periodontology*, 1999; 70:779-785

20. Martínez L, Salazar C, Ramírez G, Estrato social y prevalencia de gingivitis en gestantes, estado Yaracuy, municipio San Felipe, *Revista estomatológica herediana*, 2000

21. Offenbacher S, Katz V., Fertik G., et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight, *Journal of periodontology*, 1996, vol 67, 1103-1113

22. Bogges K, Lieff S., Murtha A., Moss K., Beck J., Offenbacher S., Maternal Periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, vol. 101, no. 2 February, 2003, 227-231

23. Díaz Romero R., Martínez C., Vertiz J, Rodríguez M., Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión médica., *Ginecología y obstetricia de México*, 1998, vol. 66, Diciembre, 507-511

24. López N, Smith P, Gutiérrez J., Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial, *Journal of periodontology*, 2002, vol. 73, no. 8, 911-923

25. WILKINS Esther, CLINICAL PRACTICE OF THE DENTAL HYGIENIST, 1ª ed., Ed. Williams and Wilkins, Pennsylvania Ee. Uu., 1994, p.p 287-3.5

26. ROSE, Louis, et al. MEDICINA INTERNA EN ODONTOLOGÍA, Tomo 1 y 2, 2ª ed., Ed. Salvat, España, 1992, p.p 352-355, 449, 727, 729



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
ASUNTO: COMUNICACIÓN
OFICIO 5/02/04

Doctora María de Lourdes Martínez Zúñiga
Jefa de División de Enseñanza del Hospital de la Mujer
Presente

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología de la UNAM me dirijo a Ud. para solicitar su apoyo con la pasante de la Carrera de Cirujano Dentista Betzabe Denisee Flores Hernández alumna del Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública de ésta Facultad para la realización de un estudio sobre prevalencia de Enfermedad Gingival en pacientes embarazadas que acuden a recibir atención médica en esa institución a su digno cargo.

Lo anterior en virtud a que este estudio sería el contexto donde la citada alumna podría realizar un análisis real de la Historia Natural de la Enfermedad tal y como se presenta en una muestra de pacientes gestantes amén de producir conocimiento a partir de una experiencia social y material informativo sobre algunos aspectos referentes a la enfermedad y su prevención..

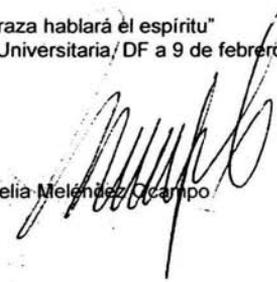
Asimismo, debo hacer mención que la revisión bucal no conlleva riesgo alguno para las pacientes y de ser favorecidos con su apoyo la alumna le hará llegar los objetivos y metodología a seguir para la obtención de la información amén de solicitar el consentimiento por escrito de las mismas.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"
Ciudad Universitaria/DF a 9 de febrero del 2004.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Anexo 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA

*PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE
ACUDEN A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA AL HOSPITAL DE LA MUJER.*

Yo _____ autorizo para que se me practique un estudio de índice gingival así como de higiene oral para determinar mi estado de salud bucal.

El estudio incluye contestar a todas las preguntas de una encuesta para la cual me comprometo a aportar datos reales y que no alteren los resultados del estudio.

Después de contestar la encuesta, revisarán mi boca introduciendo en su momento un espejo bucal, abatelenguas, explorador y sonda periodontal (me han mostrado dichos instrumentos) los cuales servirán para recabar la información deseada.

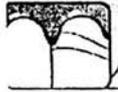
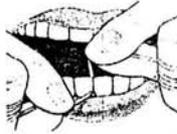
Se me ha explicado detalladamente las condiciones en las que el estudio de índice gingival e higiene oral se me efectuarán. Se buscará que las condiciones de higiene así como los cuidados propios para mi persona sean los adecuados. De la misma forma se me ha asegurado que los instrumentos que se introduzcan en mi boca no modificarán, dañarán o lastimarán ni mi boca ni mi embarazo. Estoy enterada de que no corro riesgo alguno.

Al término de mi revisión, me informarán sobre mi estado de salud bucal y me entregarán un tríptico informativo sobre la técnica de higiene bucal correcta y adecuada, así como los cuidados que debo tener para conservar la salud de mi boca y de esta forma prevenir que alguna enfermedad bucal pueda afectar tanto este como futuros embarazos.

Acepto participar
Nombre y firma de la paciente

ANEXO 3

- Además del cepillo y la pasta, use también hilo dental sin cera para limpiar adecuadamente las áreas en las cuales el cepillo no logra hacerlo.
- La visita periódica al odontólogo debe continuarse durante el embarazo. El puede dar los mejores cuidados posibles ayudando a mantener saludables los dientes y las encías durante este período especial.



Como madre que será, usted puede ayudarse y ayudar a su bebé tomando los cuidados necesarios para una buena salud bucal.

Dele a su bebé un buen fundamento para una sonrisa saludable y disfrutar juntos una vida de buena salud dental.



¿HAS CUIDADO LA SALUD DE TU BOCA AHORA QUE ESTAS EMBARAZADA?

El embarazo es un período muy especial durante el cual se deben tomar cuidados extra para la salud bucal. Una mujer embarazada tiene necesidades específicas para el cuidado dental: buena higiene bucal y buena nutrición.



Estas medidas son los fundamentos para una buena salud bucal, que no solamente ayudarán a prevenir problemas bucales durante el embarazo, sino también a determinar la salud general y dental de futuro bebé.

La dieta apropiada para una mujer embarazada debe ser recomendada por el médico, ya que esta tiene un rol importante en su salud bucal.

Durante el embarazo, muchas mujeres tienen deseos de comer entre comidas. Cuando esto sucede, a menudo eligen comidas que regularmente no comen.

HOSPITAL DE LA MUJER
U.N.A.M.
Facultad de Odontología
Departamento de Salud Pública

En muchos casos, estas comidas son ricas en azúcar. Este hábito puede ser muy dañino para la salud dental. El azúcar es una invitación a las caries dentales.

El problema comienza por la placa, una capa delgada, pegajosa e invisible de bacterias dañinas que constantemente se forman sobre su diente. El azúcar unido a la placa forma ácido. No es la cantidad de azúcar ingerido lo que daña. Cada vez que se come azúcar, los ácidos atacan el esmalte dentario.

Los alimentos dulces, pegajosos y livianos son peligrosos para la salud dental. Estos prolongan el ataque del ácido. A mayor permanencia de azúcar en la boca, mayor permanencia de ataque ácido.

El mejor consejo es reducir el número de veces que se comen alimentos ricos en azúcar, especialmente entre comidas. Si se come entre comidas, conviene elegir alimentos que contengan poco o nada de azúcar, y ayuden a



proporcionar los nutrientes necesarios para la madre y el bebé.

Durante el embarazo hay una necesidad especial de mantener una correcta higiene bucal, ya que el embarazo puede exagerar algunos desórdenes dentales.

- ❖ Caries dental: muchas mujeres creen que en cada embarazo se pierde un diente, pero esto no es cierto. La caries es el resultado de repetidos ataques de ácido sobre el esmalte dentario, y no de repetidos embarazos.

Se puede evitar la innecesaria pérdida dentaria mediante el cepillado y el pasaje de hilo diarios, los que remueven la placa.

- ❖ Gingivitis en el embarazo: la placa no eliminada sobre el diente puede irritar las encías transformándolas en rojas, blandas y fácilmente sangrantes al cepillado. Esta condición se denomina gingivitis y puede traer problemas más serios a las encías y al hueso que soporta los dientes.

Durante el embarazo, la gingivitis puede presentarse con más frecuencia debido a un elevado aumento de los niveles hormonales. Esto sería una reacción exagerada de los tejidos gingivales a los irritantes de la placa. Pero conviene recordar que la placa es la causa principal de gingivitis.

Aunque los cambios hormonales sucedan, se pueden prevenir las alteraciones gingivales manteniendo los dientes limpios, cepillando y pasando el hilo correctamente todos los días, llevando una dieta balanceada. Así se mantendrán las encías saludables.

Consejos para mantener una buena salud bucal.

- Procure cepillar sus dientes de forma regular.
- Utilice cepillo dental junto con un dentífrico. (pasta dental)



ANEXO 4

No.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PROYECTO PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL EN PACIENTES EMBARAZADAS.

Responda únicamente una opción de las que se le presentan.

Nombre _____

1. Edad

2. Meses de embarazo:

1) 1-3 meses 2) 4-6 meses 3) Más de 6 meses

3. Estado civil:

1) casada 2) soltera 3) divorciada 4) unión libre 5) viuda

4. Ocupación:

1) ama de casa 2) comerciante 3) obrera 4) empleada

5) Trabajadora doméstica 6) Profesional 7) desempleada 8) estudiante

5. ¿cuenta con el apoyo económico de alguien más?

1) Si 2) No

6. ¿cuál es el ingreso mensual de usted y las personas que viven con usted?

1) 1-2 salarios mínimos 2) 3-5 salarios mínimos

3) De 6 a más salarios mínimos

7. Cuando piensa acerca de la economía en su casa y la solvencia de sus necesidades se siente:

1) Muy preocupada 2) Preocupada 3) Me es indiferente

8. Escolaridad:

1) Analfabeta 2) Primaria completa 3) Primaria incompleta

4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa

6) Bachillerato incompleto 7) Bachillerato completo 8) Carrera técnica

9) Profesional incompleto 10) Profesional completo 10) Posgrado

9. ¿Padece alguna enfermedad?

1) Si 2) No

10. Mencione ¿cuál?

11. ¿Fuma?

1) Actualmente sí 2) No, fumaba pero deje de hacerlo en cuanto supe de mi estado.

3) No fumo

12. ¿Cuánto tiempo ha fumado?

1) 1-5 años 2) 6-10 años 3) Más de 10 años 4) No fumo

13. ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día aproximadamente?

1) 1-5 cigarros 2) 6-10 cigarros 3) Más de 10 cigarros 4) No fumo

14. ¿Cepilla sus dientes

1) Si 2) No

15. ¿Con qué frecuencia?

- 1) 1 vez al día 2) 2 Veces al día 3) 3 veces al día

4) no me cepillo

16. ¿Qué utiliza para lavar sus dientes?

- 1) Cepillo y pasta dental 2) Únicamente cepillo y agua 3) Sólo agua

4) Otro (cuál) _____

17. ¿Su encía sangraba antes de su embarazo?

- 1) Si 2) No 3) No lo noté

18. ¿Última vez que visitó al dentista?

- 1) Hace 1 mes 2) Hace 2 meses 3) Hace 6 meses

4) Más de 6 meses

- 5) Hace más de 1 año 6) Sólo cuando hay dolor dental 7) Nunca he acudido al dentista

INDICE GINGIVAL

IG

16	12	24
44	32	36

- 0 TEJIDO PERIODONTAL SANO
 1 INFLAMACION GINGIVAL LIGERA SIN SANGRADO AL SONDEO
 2 INFLAMACION MODERADA CON SANGRADO AL SONDEO
 3 INFLAMACION CON SANGRADO ESPONTANEO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

IHOS

			C
16	12	24	
			P
			P
44	32	36	
			C

0. SIN PLACA, SIN MANCHAS
 1. RESIDUOS BLANDOS Y CUBREN MENOS DE UN TERCIO DE LA SUPERFICIE.
 2. RESIDUOS BLANDOS Y CUBREN MAS DE UNA TERCERA PARTE DE LA SUP. Y MENOS DE DOS TERCERAS PARTES.
 3. RESIDUOS BLANDOS Y CUBREN MAS DE DOS TERCERAS PARTES DE LA SUP.
 99 NO APLICABLE

RECESIÓN GINGIVAL

PRESENTE

AUSENTE