

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE

“JUAN OLÍMPIO VARCÁRCEL”.MUNICIPIO VENEZUELA.

Título: Prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en las gestantes del Consejo “Manuel Sanguily”, Venezuela.

Tesis en opción a Especialista de primer grado en EGI

Autora: Dra. Yanet Quesada Castillo

Residente Segundo Año de Estomatología General Integral

AÑO 2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE

“JUAN OLÍMPIO VARCÁRCEL”.MUNICIPIO VENEZUELA.

Título: Prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en las gestantes del Consejo “Manuel Sanguily”, Venezuela.

Tesis en opción a Especialista de primer grado en EGI

Autora: Dra. Yanet Quesada Castillo

Residente Segundo Año de EGI

Tutora: Dra. Madelis Delgado Zamora

Profesora Auxiliar, Clínica Estomatológica Docente

AÑO 2018

PENSAMIENTO

Siempre que existan tantas cabezas ardientes de batas blancas llenas de fe y de esperanza tratando de hacer posible lo imposible pensemos que no todo está perdido.

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

A mis padres, por su ayuda incondicional y dedicación a lo largo de toda mi vida.

A mi hermana por ser mi inspiración y que siempre me han apoyado con su dedicación y amor.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por el gran apoyo en todo momento.

A mis amistades, compañeros y a todos los que de una forma u otra colaboraron en mi superación.

A la vida...Por lo aprendido...

A todos muchas gracias...

*Enseñarás a volar,
pero no volarán tu vuelo.*

*Enseñarás a soñar,
pero no soñarán tu sueño.*

*Enseñarás a vivir,
pero no vivirán tu vida.*

*Sin embargo...
en cada vuelo,
en cada vida,
en cada sueño,
perdurará siempre la huella
del camino enseñado.*

Madre Teresa de Calcuta

Resumen

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, a un grupo de embarazadas pertenecientes al Servicio de Atención Primaria del Consejo Popular “Manuel Sanguily” Policlínico Docente “Juan Olímpio Valcárcel”, municipio Venezuela, en el período comprendido entre septiembre del 2017 a julio del 2018, a fin de caracterizar la población en estudio según: edad ,nivel educacional y establecer la relación existente entre salud periodontal y la presencia de factores de riesgo . En la investigación se obtuvo una preponderancia del grupo etario de-19-25 años (47,61 %), cuyas pacientes estuvieron mayormente afectadas por gingivitis crónica edematosa (42,85 %), y como principales factores de riesgo figuraron la mala higiene bucal (71,42 %) y la dieta cariogénica con 28,57% .De igual modo, resultaron más frecuentes el sangrado (66,66%) el cálculo dental (47,61 %) y la inflamación (47,61 %) entre los síntomas y signos de las enfermedades periodontales, con predominio del primero en todas las gestantes que presentaban gingivitis crónica edematosa.

Palabras clave: embarazadas, enfermedades periodontales, gingivitis, periodontitis.

ÍNDICE:

Introducción	1
Marco teórico	4
Método	13
Resultados y discusión	17
Conclusiones	23
Recomendaciones	24
Referencias bibliográficas	25
Anexos	

Introducción

La odontología en el transcurso de la historia ha evolucionado desde una primera etapa con predominio quirúrgico, pasando a otra restauradora con desarrollo técnico-artesanal, hasta finalmente ser una disciplina científica que previene la aparición y/o recurrencia de las enfermedades bucales más frecuentes como caries dental y enfermedad periodontal. El profesional de la salud debe proteger la salud de sus pacientes, para ello tendrá no sólo que curar sino también que prevenir. El concepto que predomina actualmente es que existe una sola odontología que es en esencia de carácter preventivo. (1-3)

En la práctica odontológica, es importante para los estudiantes, odontólogos y para el personal de los servicios prestadores de salud con atención materno infantil el conocimiento de la relación existente entre el embarazo y el estado periodontal. El embarazo, por sí mismo no causa gingivitis, sino que en ella se dan condiciones capaces de inducir un trastorno en el metabolismo y aumenta la respuesta del tejido gingival frente a factores irritantes. La gravedad de la gingivitis del embarazo se atribuye de modo principal a las concentraciones aumentadas de progesterona, que produce dilatación y tortuosidad de la microvasculatura gingival, además a la presencia de irritantes locales, materia alba, placa bacteriana, cálculo dental. (4-5)

La atención a las gestantes desde los primeros indicios del embarazo, es importante para garantizar el desarrollo normal y su salud general. Este estado de la mujer genera adaptaciones en sus características fisiológicas, las cuales pueden repercutir en su salud bucal, por lo que es muy común que sangren las encías y se produzca gingivitis, tanto que se le conoce como la “gingivitis del embarazo”. (6)

De tal modo la gravidez constituye una condición sistémica particular en la cual se modifican las propiedades bucodentales y los tejidos periodontales forman blancos directos que pueden afectarse por tal situación.

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival están fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de la gingivitis, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal, que es más destructiva y crónica.

Cabe añadir que la gingivitis afecta aproximadamente a 80 % de los niños en edad escolar y que más de 70 % de los adultos han padecido esta afección o periodontitis, o ambas. En el caso particular de las embarazadas esta entidad clínica se encuentra entre las de mayor incidencia y produce las mismas manifestaciones que en el resto de la población. (7)

La incidencia de los cambios gingivales que se han reportado durante el embarazo se ha ido incrementando desde los primeros informes en 1877 por Pinnard hasta las últimas décadas. Clásicamente se le acepta una prevalencia del 35%, pero algunos autores hablan de hasta el 100%

Los más recientes estudios clínicos sobre los cambios gingivales en las mujeres, evidencian que la condición inflamatoria observada en ellas se produce por los mismos factores locales que en las no embarazadas; sólo que la respuesta inflamatoria de los tejidos, condicionada por la acción hormonal, está exacerbada en las gestantes

Por lo tanto, estas investigaciones concluyen sobre la relación entre el estado gestacional y la inflamación gingival que “el embarazo por sí mismo no causa gingivitis, sino representa un sistema particular de condiciones capaz de inducir un trastorno en el metabolismo y un incremento en la respuesta del tejido gingival frente a factores irritantes”.

El Sistema Nacional de Salud en Cuba incluye en el Programa Nacional de Atención Materno-Infantil el cuidado estomatológico a la embarazada, para de esta manera garantizar la integralidad en su atención médica. (8)

En Cuba 52 % de la población general presenta algún grado de afectación periodontal. Sobre la base del planteamiento anterior y teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad periodontal en el país, así como la inexistencia de investigaciones previas sobre el tema. Es por eso que se pretende identificar la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal que se presenta en pacientes

gestantes que acuden a los servicios estomatológicos del Consejo Popular Manuel Sanguily de la policlínica docente Juan Olímpio Valcárcel del municipio Venezuela.

Problema de la Investigación:

¿Cuál será la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en las gestantes del Consejo Popular “Manuel Sanguily”?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en las gestantes del Consejo Popular “Manuel Sanguily” pertenecientes al municipio Venezuela.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Caracterizar la población en estudio según

- ✓ Edad
- ✓ Nivel educacional

2- Establecer la relación existente entre salud periodontal y la presencia de factores de riesgo como:

- ✓ Mala higiene bucal
- ✓ Hábito de fumar
- ✓ Dieta cariogénica
- ✓ Diabetes Mellitus

3- Describir estado de salud periodontal

Marco teórico

Las enfermedades gingivales y periodontales datan de épocas muy remotas y están catalogadas en la actualidad entre las afecciones más comunes del género humano; constituyen el segundo problema de salud bucal a escala mundial y son infecciones bacterianas graves que destruyen las encías y los tejidos que rodean la boca. (2-3)

La severidad de la gingivitis aumenta durante la gestación, a partir del segundo o tercer mes. Aquellas pacientes con una gingivitis crónica ligera, que no llamaba la atención antes del embarazo, se preocupan por su encía, porque las zonas inflamadas se tornan excesivamente grandes y edematosas y presentan un cambio de color muy llamativo. Pacientes con escasa hemorragia gingival antes del embarazo, observan entonces un aumento de la tendencia hemorrágica. (7)

La característica clínica más pronunciada es el enrojecimiento de la encía debido al aumento de la vascularidad y de la permeabilidad gingival; en otros casos, el tejido se puede observar edematoso, liso, brillante con una tendencia al sangrado en forma espontánea o al más pequeño estímulo

La gingivitis se hace más severa al octavo mes y disminuye durante el noveno, siguiendo el acúmulo de placa un patrón similar. (8)

En algunos casos se ha registrado mayor severidad entre el segundo y tercer trimestres. La correlación entre gingivitis y cantidad de placa es más próxima tras el parto que durante la gestación. Esto sugiere que durante la gestación se producen otros factores que agravan la respuesta gingival a los irritantes locales. La incidencia de la gingivitis registrada en el embarazo varía entre 38%, 45,4%, 52%, 53,8%, 85,9% y 100%, s%, según el grupo estudiado y el método utilizado.

La impresión de un aumento de la incidencia puede crearse por la agravación de áreas previamente inflamadas, aunque no diagnosticadas. También aumentan durante la gestación la movilidad dentaria, la profundidad de las bolsas y el fluido gingival. (9)

El efecto de la gestación sobre la respuesta gingival a los irritantes locales se explica por su base hormonal. Existe un marcado aumento de los niveles de estrógeno y progesterona durante la gestación y una reducción tras el parto. La severidad de la gingivitis varía con los niveles hormonales en la gestación. La agravación de la gingivitis se ha atribuido principalmente al aumento de la progesterona, que produce dilatación y tortuosidad de la microvasculatura gingival, éxtasis circulatorio y aumento de la susceptibilidad a la irritación mecánica, todo lo cual favorece la salida del fluido a los tejidos perivascuales. (10)

Se ha sugerido que la acentuación de la gingivitis durante el embarazo ocurre en dos situaciones críticas:

1. En el curso del primer trimestre, cuando hay una superproducción de gonadotropinas;
2. Durante el tercer trimestre, cuando los niveles de estrógeno y progesterona están en su punto más alto.

La destrucción de los mastocitos gingivales por medio del aumento de las hormonas sexuales y la liberación resultante de histamina y enzimas proteolíticas, puede igualmente contribuir a una respuesta inflamatoria exagerada frente a los irritantes locales. (2)

La posibilidad de que las interacciones bacteria-hormonas puedan cambiar la composición de la placa y conducir a inflamación gingival, no ha sido explorado en profundidad, Korman y Loesche han observado que se dan cambios en la flora subgingival, a una flora más anaeróbica, según avanza la gestación, los únicos microorganismos cuyas proporciones aumentan significativamente durante el embarazo, son los bacteroidesmetaninogenicus, subespecies intermedias. Este aumento parece estar asociado con elevaciones de los niveles sistémicos de estradiol y progesterona y coinciden con los puntos críticos de la hemorragia gingival.

Más aún, se observó que el estado de la encía inmediatamente después del parto es similar al del segundo mes de embarazo. Los mismos investigadores hallaron asimismo que, aun cuando la encía de los molares daba los valores más elevados, el incremento relativo mayor fue el visto en torno de los dientes anteriores. Las zonas interproximales son por mucho los puntos más frecuentes de inflamación gingival tanto durante el embarazo como después del parto. (4)

Varios estudios sugieren que la gingivitis del embarazo es el resultado de los niveles incrementados de progesterona y su efecto sobre la microvasculatura. También se ha propuesto que la exageración de la respuesta inflamatoria gingival durante el embarazo puede deberse a cambios hormonales que alteran el metabolismo tisular

Desde 1963, Lõe y Silness estudiaron la prevalencia y severidad de la enfermedad gingival en mujeres gestantes. Reportaron el aumento de Gingivitis después del 2º mes de embarazo, incrementándose hasta el 8º. En 1964 continuaron el estudio, estableciendo una correlación entre las hormonas, la higiene oral y la condición periodontal de las gestantes, así como la acción que ejerce la placa bacteriana y señalaron que contribuye indirectamente al desarrollo de la enfermedad periodontal.

Cohen y col. en 1969. Señalan que el aspecto clínico periodontal, durante el embarazo se divide en tres períodos. El primero y el último son los más vulnerables a producir patologías, incluso la posibilidad de interrupción del embarazo. Durante la gestación, la inflamación gingival se incrementa en forma significativa desde el inicio, con un aumento de la profundidad de sondaje, sangramiento al sondaje o provocado por la estimulación mecánica como la masticación y el cepillado, el flujo del fluido crevicular y la movilidad dentaria. (11)

AndersHugoson en 1970 encontró que los niveles hormonales gestacionales, eran factores modificadores de la enfermedad gingival en embarazadas.

Socransky y Manganiello en 1971 evidenciaron que las células del epitelio de unión, liberan al medio exterior citoquinas proinflamatorias como la interleuquina(IL) 1, la IL-8 y el Factor de Necrosis Tumoral α (TNF α) entre otros. Se puede asumir que la respuesta inmune ante dichos microorganismos, se da en todo momento durante la vida aún en el periodonto sano. Estos consideran que la manifestación bucal más

frecuente durante el embarazo es la enfermedad periodontal entre un 35 a 100%. La influencia hormonal actúa como una respuesta inflamatoria intensa con un aumento en la permeabilidad vascular y la exudación, que provoca el éxtasis de la microcirculación, lo cual favorece la filtración de líquidos en los tejidos perivasculares.

Bryan Whitaker 1994, asocia, el comienzo de la gingivitis del embarazo con el incremento hormonal y el crecimiento selectivo de patógenos periodontales como Prevotella intermedia, en la placa subgingival a partir del tercer o cuarto mes de embarazo. Las hormonas esteroideas actúan como factores de crecimiento para dichas bacterias anaerobias Gramnegativas. Las embarazadas sufren gingivitis gravídica con una frecuencia de 50 a 100%. Se da en mujeres que con anterioridad no tenían inflamación gingival o bien agrava una inflamación ya existente, con carácter hiperplásico, papilas gingivales congestivas, edematosas, con manifestación de dolores y sangrados provocados o espontáneos. (12, 13,14)

Debido al amplio espectro con que la Enfermedad Periodontal puede presentarse, se hizo imprescindible acogernos a una clasificación rigurosa de esta entidad clínica, y encontramos que en la clasificación de la American Academy of Periodontology (AAP) del año 1999, de enfermedades y lesiones periodontales que es la actualmente aceptada, se describen dos grandes grupos de patologías con características bien diferenciadas: Gingivitis y Periodontitis partiendo de que entre ambas entidades la resorción ósea, remodelación celular de componentes minerales y de la matriz ósea, diferencia ambos grupos de patologías; esta remodelación ósea en estado de salud está controlada por varias hormonas entre ellas las esteroideas sexuales.(15)

Gemco y col 2000 señaló que, en esta clasificación de la AAP, no se toma en cuenta la edad ni la progresión de la enfermedad y se clasifican en los siguientes grupos:

- Gingivitis (asociada o no a la placa dental).
- Periodontitis Crónica (localizada o generalizada).
- Periodontitis agresiva (localizada o generalizada).
- Enfermedades periodontales necrotizante (gingivitis y periodontitis ulcerativa).

- Abscesos del periodonto.

Las enfermedades gingivales inducidas por placa dental modificadas por factores sistémicos. Entre ellos asociados con el sistema endócrino se mencionan: gingivitis de la pubertad, gingivitis del ciclo menstrual. En relación al embarazo: gingivitis, granuloma piógeno y gingivitis de la diabetes.

La Gingivitis es la respuesta inflamatoria de la encía que se produce por la presencia de bacterias que se adhieren en forma de Biopelícula a la superficie del diente, y puede tratarse de un problema exclusivamente inflamatorio, o modificada por factores sistémicos y locales que pueden exacerbar las características clínicas de la gingivitis. (16)

Paulo Mascarhenas en 2003, demostró, el papel hormonal y su rol en la progresión de la enfermedad periodontal, y podía revertir estos efectos o minimizarlos mejorando el control de placa.

Díaz y Castellano en el 2004 en un grupo de 7.952 mujeres en México reportaron que el embarazo no mostró ser factor decisivo para el desarrollo de enfermedad periodontal, no encontraron diferencias en la prevalencia de Gingivitis (54.54 y 50.50%) y Periodontitis (31.82 y 31.75%) entre los dos grupos, sin embargo, la severidad de Periodontitis fue significativamente mayor en las embarazadas: 18.18 y 9.88% ($P < 0.01$).

Según Matesanz-Pérez P y col. 2008 en una revisión de la literatura señalan, que la gestación predispone a la mujer a un aumento del apetito y al deseo de alimentos poco habituales. En el primer trimestre de embarazo son frecuentes las náuseas y los vómitos debido a la secreción de gonadotropina coriónica humana y el aumento de estrógenos. Además de los cambios gingivales debidos al aumento de la respuesta inflamatoria durante la gestación, el 0,5 – 9,5 % de las embarazadas experimentan un crecimiento gingival localizado, el granuloma piógeno o “tumor del embarazo”. La encía se ve afectada en el 70%, esta lesión no es maligna. En su patogenia se sospecha la acción de los irritantes locales sobre un metabolismo tisular alterado por efecto hormonal. Crecen con rapidez, aunque rara vez alcanzan

más de 2 cm de tamaño, sangran fácilmente y pueden variar del color rojo púrpura al azul oscuro. Tras el parto, las lesiones pueden disminuir o desaparecer. (17-34)

Durante el embarazo profundas perturbaciones en la inmunidad innata y adquirida impactan el curso clínico de un número de enfermedades infecciosas, se ha sugerido que las infecciones periodontales pueden aumentar el riesgo de resultados adversos del embarazo. Encontramos en la revisión asociación entre la relación bidireccional embarazo y enfermedad periodontal, así como los posibles mecanismos detrás de esta interacción. (35)

Según Markou. E y col 2009, en relación con los mecanismos de acción de las hormonas esteroideas sexuales que aumentan durante el embarazo, demostró que directa e indirectamente ejercen influencia sobre la proliferación celular, incluyendo los queratinocitos y los fibroblastos, diferenciación y crecimiento en los tejidos gingivales. Hay dos teorías para explicar la acción de las hormonas en estas células: a) cambio de la efectividad de la barrera epitelial a la actividad bacteriana de la microflora bucal y b) efecto sobre reparación y mantenimiento del colágeno.

La bacteria anaerobia gramnegativa *Prevotella intermedia*, ha sido relacionada con la inflamación gingival, aumenta en la placa a partir del tercer mes de gestación y utiliza a la progesterona y el estrógeno presentes en el fluido gingival como fuente de alimentos. Ya que se ha descrito la relación directa entre la higiene bucal buena y un mejor estado gingival en las gestantes, aun cuando haya avanzado el embarazo. (36)

El aumento hormonal gestacional produce una alteración del equilibrio fibrinolítico, manifestado por la gingivitis gravídica. La gingivitis es mayor cuantos más jóvenes son las gestantes. En adolescentes entre 14 y 19 años, embarazadas, encontraron mayor grado de índice de placa, coincidentemente con mayor secreción de estrógenos y progesterona; El aumento de los niveles séricos de estas dos hormonas inhibe la función de las células inflamatorias contra la placa bacteriana agravando el cuadro de la gingivitis del embarazo.

La maternidad es un momento importante en el ciclo vital femenino. Las embarazadas constituyen un grupo poblacional más vulnerable física y

psicológicamente debido a las grandes perspectivas de cambios. El equipo de salud, debe abordar integralmente al individuo basándose principalmente en medidas educativas y preventivas. (37-38)

En el fluido Crevicular Gingival (FCG), se encuentran inmersos Los microorganismos presentes en el SP, y sirve de escenario para la respuesta inmunológica ante tales microorganismos el FCG de un periodonto sano, contiene diferentes moléculas y células que participan en la respuesta inmunológica Ej. Inmunoglobulinas (Ig) del tipo Ig G e Ig A, lisozimas, células como polimorfonucleares, y restos celulares provenientes de la descamación del epitelio del surco, hoy en día se acepta que también juegan un rol importante en la respuesta inmune innata del hospedero.(39)

Berrios Andrea en el 2011 señaló la importancia de la hormona relaxina, por ser la encargada de relajar músculos y articulaciones, favoreciendo la elasticidad de la musculatura y la movilidad de los huesos de la pelvis así como el paso del niño por el canal vaginal, y podría causar movilidad dental facilitando el empaquetamiento de alimentos en los espacios interproximales y originando gingivitis, otro aspecto destacado por esta autora es que el incremento del flujo sanguíneo durante el embarazo podría ser la causas de la inflamación y el dolor, e incluso el sangramiento de las encías aumentando el riesgo a presentar gingivitis.

Steven Offenbacher, realizó en 2011 ,36 estudios aleatorios de ensayos clínicos y no pudo encontrar que la terapia periodontal estándar durante el embarazo reduce la incidencia de los resultados adversos del embarazo (por ejemplo, parto prematuro y bajo peso al nacer). Sin embargo, tratar la enfermedad periodontal durante el embarazo puede ser demasiado tarde para reducir la inflamación gingival que se relaciona con los resultados adversos del embarazo, el tratamiento periodontal puede causar bacteriemia, que podría iniciar resultados adversos del embarazo. Se necesitan ensayos aleatorios futuros para probar si el tratamiento de la enfermedad periodontal durante el embarazo reduce la tasa de partos prematuros y niños de bajo peso al nacer.

Estudios han mostrado que la prevalencia y severidad de la inflamación gingival es significativamente mayor durante el embarazo al compararla con la inflamación gingival presente posterior al parto. Se han realizado estudios para determinar los factores de riesgo asociados con la progresión de la Enfermedad Periodontal durante el embarazo.

Las enfermedades bucales específicas en las embarazadas establecen la necesidad de adoptar protocolos de tratamiento odontológico durante el embarazo, que incluyan programas preventivos, control de la Biopelícula y eliminación de irritantes locales, se destaca que odontólogo que esté en contacto con embarazadas debe estar capacitado en el manejo de la enfermedad periodontal inicial y en la interconsulta oportuna con el periodoncista, cuando se presenten casos de periodontitis moderada o avanzada.(40-43)

Moss y colaboradores examinó 891 mujeres embarazadas en dos oportunidades: antes de la 26 semana de gestación y 48 horas posterior al parto. Las mujeres que presentaron progresión de su condición periodontal eran principalmente jóvenes, de mayor peso, raza africana, fumadoras, solteras y sin seguro médico. La progresión ocurrió con mayor frecuencia en sitios interproximales de premolares y molares.

Taani y colaboradores evaluó la condición periodonatal de las embarazadas en relación a variables clínicas (edad gestacional, embarazos previos y antecedentes de vómito durante el embarazo) y socio-demográficas (edad, nivel educacional y profesional). La muestra consistió en 200 mujeres embarazadas y 200 controles no embarazadas. Observaron que la edad, el bajo nivel educacional y el desempleo se asociaron con mayores niveles de inflamación gingival. Estos parámetros clínicos aumentaban en forma paralela al embarazo, alcanzando su peak a los ocho meses de gestación. Las multíparas presentaron niveles más altos de inflamación que las primíparas. Las mujeres que vomitaban durante el embarazo también presentaron mayores índices de inflamación gingival. Se concluyó que los síntomas de la inflamación gingival se agravan durante el embarazo y que están relacionados con la edad, el bajo nivel educacional y el desempleo. (40,38)

Kornman y Loesche observaron durante el segundo trimestre de embarazo un aumento significativo en el Índice Gingival (GI) y sangramiento al sondaje. Al mismo tiempo detectaron un aumento en la proporción de bacterias anaerobias en relación a aerobias y en el nivel de Prevotella intermedia. Las muestras de placa subgingival durante el segundo trimestre de embarazo presentaron una cantidad significativamente mayor de estrógeno y progesterona que las muestras de placa de otros períodos del embarazo. El estrógeno y la progesterona fueron selectivamente acumulados por la Prevotella intermedia.

Durante el tercer trimestre la inflamación gingival y el nivel de Prevotella intermedia disminuyeron en forma paralela. (8)

Raber-Durlacher colaboradores estudió la respuesta inmunohistológica de ocho mujeres en relación al desarrollo de gingivitis experimental durante el embarazo y posterior al parto. La cantidad de células T CD1 (principalmente células de Langerhans) en el epitelio oral fue más alta durante el embarazo. Sin embargo, en el epitelio surcular estas células tendieron a disminuir durante el embarazo al compararlas con el postparto. El número de T CD4 permaneció aumentado en el epitelio oral y surcular a lo largo del embarazo. Se especuló que este incremento en el recuento de células T CD4 se limitaba al subconjunto de células TH-1, ya que el número de CD14 (principalmente macrófagos y granulocitos) y linfocitos B estaban disminuidos durante el embarazo. Se sabe que las células TH-1 son citotóxicas contra MHC II. Consecuentemente, una citotoxicidad contra las células B y macrófagos resulta en una depresión de la respuesta inmune durante el embarazo.

Material y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal para conocer la influencia de la enfermedad periodontal en las gestantes, pertenecientes al Servicio de Atención Primaria del Consejo Popular “Manuel Sanguily” referente al Policlínico Docente “Juan Olímpio Valcárcel”, municipio Venezuela, en el período comprendido entre el septiembre del 2017 a junio del 2018.

El universo estuvo constituido por 21 gestantes pertenecientes al Servicio de Atención Primaria del Consejo Popular “Manuel Sanguily” referente al Policlínico Docente “Juan Olímpio Valcárcel”, municipio Venezuela, se trabajó con la totalidad del universo ya que todas cumplían con el estudio.

Criterios de inclusión:

- Todas las gestantes de 19 -35 años de edad
- Voluntariedad de las gestantes para participar en el estudio(Anexo1)

Criterios de exclusión:

- Gestantes que presentaron algún retraso mental

Se le realizó a cada gestante una entrevista y un examen clínico bucal, con el auxilio de un espejo bucal plano con mango y una sonda periodontal, en el sillón dental, con luz artificial en la consulta de atención primaria de la Clínica Estomatológica del Municipio Venezuela, y en los casos necesarios, se realizó Rx periapical.

Aspectos éticos:

Para que esta investigación esté sustentada en los principios de la ética, la participación en el estudio, dependió del consentimiento previo de las gestantes (Anexo 1), tomándose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos al respecto: respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Las gestantes fueron explícitamente informadas de los fines de la investigación y formalizarán el consentimiento informado si así lo consideran, previamente a su incorporación al estudio, la incorporación o no de una gestante al estudio no influirá de modo alguno en la relación de este con el trabajador de la salud con que interactuó ni otro miembro del sistema, se les explico que los datos obtenidos solo fueron empleados con fines investigativos, de diagnóstico y tratamiento, respetando en todo momento la privacidad de las gestantes .

Estuvo avalado por el Comité de Ética para la Investigación de la institución.

Definición y Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	ESCALA	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos hasta el inicio de la investigación. Se usarán los grupos establecidos por el Departamento de Estadística.	19-25 26-30 31-35	Número y %
Nivel educativo	Cualitativa ordinal	De acuerdo a los grados aprobados por el sistema nacional de educación para las diferentes enseñanzas	Primaria Secundaria Preuniversitario Universidad Trabajador	Número y %
Higiene bucal	Cualitativa Ordinal	Permiten conocer el estadio clínico de la enfermedad en cada individuo lo que facilita la comparación entre las poblaciones Para determinar el grado de higiene bucal se utilizará el método de Índice de Análisis de Higiene Bucal de Loe y colaboradores	Buena Regular Mala	Número y %
Hábito de fumar	Cualitativa nominal Dicotómica	Cuando fuman ≥ 10 cigarrillos diarios durante la gestación no fuma o eventualmente fuma algún cigarrillo	Si NO	Número y %
Diabetes Mellitus	Cualitativa Nominal Dicotómica	Es un factor bien documentado relacionado con la prevalencia y severidad da la enfermedad periodontal, fundamentalmente	SI NO	Número y %

		en aquellos pacientes con mal control metabólico.		
Estado de salud periodontal Gingivitis crónica edematosa Gingivitis crónica fibroedematosa Periodontitis crónica del adulto	Cualitativa ordinal	Según el índice de Russell forma OMS revisado 0-cuando no existan signos de inflamación 1-Cuando la inflamación no rodea completamente al diente 2-Cuando el signo más grave que se encuentre es la inflamación gingival y rodea completamente algún diente. 6-Cuando la mayor gravedad está dada por la presencia de alguna bolsa periodontal. 8-Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente.	Signos y síntomas	Número y %

Técnicas de análisis estadístico.

Los datos fueron recogidos de forma manual, se analizaron y se presentaron en tablas de números absolutos y tantos por cientos. Se utilizaron medidas de estadísticas descriptivas números y porcentajes. Los textos se procesaron en Word y las tablas se realizaron con Excel.

Discusión y Resultados

Tabla1. Categorización de las embarazadas según edad y nivel educacional.

Nivel educacional	Grupos de edades							
	19-25		26-30		31-35		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria terminada	3	14,28	0	0	0	0	3	14,28
Secundaria terminada	3	14,28	2	9,52	3	14,28	8	38,09
Técnico medio terminado	4	19,04	1	4,76	1	4,76	6	28,57
Preuniversitario terminado	1	4,76	2	9,52	0	0	3	14,28
Universidad terminada	0	0	1	4,76	0	0	1	4,76

N- 21 Fuente: HCSB

En la tabla 1. Categorización de las embarazadas según edad y nivel educacional, se observó que en nuestro estudio predominaron las gestantes con secundaria terminada con 8 para un 38,08% del total y las que tenían técnico medio terminado con 6 para un 28,57% destacándose el grupo de 19-25 con 4 gestantes para un 19,04%. Cifra que coincide con los resultados del trabajo realizado por Cárdenas, Garbero y Delgado donde se obtuvo un predominio del mismo grupo de edad. También coincide con el realizado por, Rodríguez cols. Quienes describieron en su trabajo sobre conocimientos de salud bucal en embarazadas en el área de salud Carlos J Finlay de Santiago de Cuba que el 80 % de las embarazadas tenían más

de 20 años, coincidió también con Laffita y cols. En su investigación en el policlínico docente 30 de noviembre en Santiago de Cuba donde también la mayoría de las embarazadas de su muestra se ubicaron en el grupo de edades de 19 a 34. También tiene relación con el trabajo realizado por. Rodríguez HE, López M. El embarazo. Su relación con la salud bucal donde predominaron las embarazadas en el grupo de 19 a 34 años con un 90,2 % seguido del grupo de 15 a 18 años con un 7,3 % y solo un 2,4 % estuvo representado por mujeres mayores de 35 años. (27)

Tabla 2. Embarazadas según edad y estado periodontal

Grupos de edades	Estado de salud periodontal							
	Gingivitis crónica edematosa		Gingivitis crónica fibroedematosa		Periodontitis crónica del adulto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19-25	6	28,57	4	19,04	0	0	10	47,61
26-30	3	14,28	1	4,76	3	14,28	7	33,33
31-35	0	0	0	0	4	19,04	4	19,04
Total	9	42,85	5	23,80	7	33,33	21	100,0

N-21 Fuente: Historia clínica

La tabla 2. Estado periodontal de las embarazadas según edad, donde predominó el grupo etario de 19-35 años con 10 gestantes para un 47,61% y a su vez fue el más afectado por gingivitis crónica edematosa.

En el estudio realizado por los Dr. Rodríguez Lezcano A, León Valle M, Arada Otero A, Martínez Ramos M. también predominó la gingivitis crónica edematosa, pero no se reflejó en los grupos etarios de 19-25. Coincidió con el

trabajo realizado por. Rodríguez HE, López M. El embarazo. Su relación con la salud bucal donde la gingivitis crónica edematosa afectó a la mayoría de las embarazadas y las de 15 a 18 años fueron las más perjudicadas, solo que en el estudio el grupo etario que se mide es de 19-25 años, coincidiendo con Nápoles García y col. en las gestantes de su estudio predominó la gingivitis, lo que evidencia que el embarazo provoca una respuesta exagerada de los tejidos periodontales ante la agresión de elementos irritantes locales; sin embargo, por sí solo no desencadena la respuesta inflamatoria, este resultado fue similar también a los obtenidos por Bastarrechea Milián, Yero Mier y col, Rodríguez Lezcano.(30-40)

Tabla3.Principales factores de riesgo asociado al estado periodontal en embarazadas

Factores de riesgo	Estado de salud periodontal							
	Gingivitis crónica edematosa		Gingivitis crónica fibroedematosa		Periodontitis crónica del adulto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mala higiene bucal	6	28,57	5	23,80	4	19,04	15	71,42
Dieta cariogénica	3	14,28	1	4,76	2	9,52	6	28,57
Hábito de fumar	2	9,52	0	0	1	4,76	3	14,28
Diabetes mellitus	1	4,76	0	0	1	4,76	2	9,52

N-21 Fuente: historia clínica

La tabla 3 muestra los principales factores de riesgo asociado al estado de salud periodontal, quedando reflejado que la mala higiene bucal fue el más asociado al estado de salud periodonal con 15 para un 71,42%, seguido de la dieta

cariogénica con 6 para un 28,57%. Coincidió con lo planteado en el estudio realizado por los Drs. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Donde su principal factor de riesgo fue la deficiente higiene bucal seguido de la dieta cariogénica, ellos exponen que el indicador de mala higiene bucal es de gran importancia porque demuestra que los microorganismos de la placa dental, por su permanente presencia y actividad metabólica alrededor de los tejidos periodontales, constituyen el principal factor de riesgo de la enfermedad periodontal. No se presentó de igual forma en el estudio realizado por los Dr. Rodríguez A, León M, Arada A, Martínez M, debido a que en su estudio se midieron otros factores de riesgo como el cepillado incorrecto y antecedentes de caries, pero la dieta cariogénica si se mantuvo entre los factores de mayor afectación para las gestantes de su estudio. (27-35)

Tabla 4. Signos y síntomas más frecuentes asociados al estado periodontal

Signos y síntomas	Estado de salud periodontal							
	Gingivitis Crónica Edematosa		Gingivitis crónica fibro-edematosa		Periodontitis crónica del adulto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dolor	2	9,52	1	4,76	3	28,57	6	28,57
Sangrado	6	28,57	4	19,04	4	19,04	14	66,66
Calculo dental	4	19,04	2	9,52	4	19,04	10	47,61
Inflamación	6	28,57	3	28,57	1	4,76	10	47,61
Exudado purulento	0	0	0	0	3	28,57	3	28,57

Movilidad dentaria	0	0	0	0	2	9,52	2	9,52
Empaquetamiento de alimentos	3	14,28	1	4,76	2	9,52	6	28,57

N-21 Fuente: Historia Clínica

La tabla 4, muestra los signos y síntomas más frecuentes asociado al estado periodontal, donde resultó más frecuente el sangrado con 14 para un 66,66%, reflejando la gingivitis crónica edematosa con 6 para un 28,57%, seguido el cálculo dental y la presencia de inflamación se mostraron en igual condición con 10 para un 47,61%. Comparado con el trabajo realizado por las Dra. Xiomara González García X, Cardentey García J y Porras Mijans O. Se reflejó que en su estudio la enfermedad más frecuente fue la estomatitis recurrente mientras que en este trabajo fue la gingivitis crónica edematosa, pero si coincidió con los signos y síntomas que se midieron en el estudio. Comparado con el estudio realizado por los Dres. Rodríguez A, León M, Arada A, Martínez M, donde de un total de 32 embarazadas que representó el 78 % estuvo afectada con gingivitis, con 16 casos para un 39 % de gingivitis crónica edematosa y el 29,3 % estuvo agrupado en el grupo de 19 a 34 años, solo que no se presentaron los mismos porcentajes ya que en el estudio se tomó una muestra menor de gestantes, y el grupo etario fue de 19-25 años. (34-39)

Tabla 5. Segmentos sanos y enfermos de las gestantes examinadas según grupos de edad.

Grupos de edades	Segmentos presentes	Segmentos sanos	%	Segmentos afectados	%
19-25	60	36	60,0	24	40,0
26-30	42	20	47,61	22	52,38
31-35	24	8	33,33	16	66,66
Total	126	64	50,79	62	49,20

Fuente: ESB-DNota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

La tabla 5, muestra los segmentos sanos y enfermos de las gestantes examinadas según grupo de edad, se obtuvo que, de un total de 126 segmentos presentes, 64 resultaron sanos para un 50,79% y 62 segmentos resultaron enfermos para un 49,20%, resaltando el grupo etario de 19-25 años con 24 segmentos afectados para un 40,0%.Destacandose la enfermedad de gingivitis crónica edematosa y la periodontitis crónica del adulto, esta investigación coincidió con la realizada por GUZMAN V. (2005), cuyo estudio concluye que la severidad de la inflamación gingival fue mayor en adolescentes que en adultas embarazadas, pero no coincidió con el estudio realizado por CAMPOS L. (1996) donde Los resultados mostraron que la severidad de la inflamación gingival fue mayor en adultas (63.2%) que en adolescentes embarazadas (0%).Se presentó relación con el autor ALIAGA B. (1998), donde concluye que las gestantes de menor edad 20 años presentan mayor severidad de gingivitis que las gestantes de mayor edad 20-35 años.(25-36)

Conclusiones

La mayoría de las gestantes que participaron en el estudio presentaron un nivel educacional de secundaria terminada y técnico medio, además tenían como hábitos asociados a la enfermedad periodontal más frecuentes la deficiente higiene bucal y la dieta cariogénica, en cuanto a signos y síntomas presentes en la enfermedad resultó ser el sangramiento, cálculo dental e inflamación los más evidentes, siendo la enfermedad más predominante la gingivitis crónica edematosa, destacándose el grupo etario de 19-25 años. De los segmentos presentes resultaron afectados el 49,20% de los segmentos.

Recomendaciones

Motivar a continuar trabajando con este grupo priorizado que son las gestantes, para solucionar problemas de salud bucal

A los Estomatólogos:

La prevención de las enfermedades gingivales debe considerarse una lucha continua y conjunta entre el estomatólogo y la paciente.

Intensificar la realización de una correcta motivación, prevención y enseñanza de normas de higiene bucal.

A las Mujeres en período de gestación:

Advertirles sobre los posibles riesgos y emergencias que se puedan presentar en este período.

Dar un enfoque primordialmente efectivo con el fin de concientizar a la gestante ya que es un período de cambios importantes los cuales son percibidos por el bebé.

Referencias Bibliográficas

1. Osorio Núñez M, Harteman Díaz L, López Ramón R. Epidemiología de la Enfermedad Periodontal en dos Policlínicas de Ciudad de la Habana [Internet]. Ene 2003 [citado 20 Sep 2018];2(3):12-20. Disponible en: www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/669/499
2. González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Nazco Ríos C. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Dic 2002 [citado 20 Sep 2018];39(3):3-14. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est06302.htm
3. Lizarraga Marroquín CA, Proaño de Casalino D. La enfermedad periodontal como factor de riesgo de parto pretérmino y de bajo peso al nacer en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2002-2003. Rev Méd Hered [Internet]. Sep 2005 [citado 20 Sep 2018];16(3):2-12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2005000300003&script=sci_arttext
4. Da Cruz SS, Costa MC, Gomes Filho IS, Vianna MI, Santos CT. Maternal periodontal disease as a factor associated with low birth weight. Rev de Saude Pub [Internet]. Oct 2005 [citado 20 Sep 2018];39(5):3-6. Disponible en: <http://www.popline.org/docs/1644/293055.html>
5. Organización Panamericana de Salud, Salud sexual e reproductiva. Información en salud materna perinatal [Internet]. Mayo 2004 [citado 20 Sep 2018]; [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/clap/02pobl/htm>
6. Maita Veliz L, Castañeda Mosto M. El embarazo y la enfermedad periodontal. Odontol Sanmarquina [Internet]. Dic 2000 [citado 20 Sep 2018];1(6):41-48. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2000_n6/emba_enfer.htm

7. Ovalle A. Enfermedad Periodontal: Relación con Parto Prematuro y Niño con Bajo Peso al Nacer [Internet]. Ago 2006 [citado 20 Sep 2018];16(2):93-105. Disponible en: http://www.spch.cl/Portals/0/Revdic2006art_3.pdf.
8. Dobarganes Coca A, Lima Álvarez M, López Larquin N, Pérez Cedrón R, González Vale L. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. ArchMéd Camagüey [Internet]. Jun 2011 [citado 20 Sep 2018];15(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000300010&script=sci_arttext6.
9. Ferrer Martín Y, De la Paz Conde N, López Fumero M, Herrera Oliva ZM. Bajo peso al nacer en la provincia Ciego de Ávila durante el período 1999-2004. RevMediciego [Internet]. Dic 2008 [citado 20 Sep 2018];11(2):2-8. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/articulos/a16_v11_supl205.htm
10. Rodríguez Vargas MC. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. [Internet].Lima Perú: Universidad Mayor de San Marcos2002 [citado 20 Sep 2018].Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1718/Rodriguez_vm%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Rodríguez Chala H, López Santana M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol[Internet]. Ago2003[citado 20 Sep 2018];40(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200009&script=sci_arttext
12. Almarales Sierra C, Llerandi Abril Y. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Jun 2008 [citado 20 Sep 2018];45(2):[aprox. 6 p.].Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000200003

13. Bastarrechea Milián M, Alfonso Betancourt N, Oliva Pérez M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Rev Cubana Estomatol[Internet]. Jul 2009 [citado 20 Sep 2018];46(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400001&script=sci_arttext
14. PérezOviedo A, Betancourt Valladares M, Espeso Nápoles N, Miranda Naranjo M, González Barreras B. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. Rev Cubana Estomatol[Internet]. 2011 [citado 20 Sep 2018];48(2):[aprox. 15 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400001&script=sci_arttext
15. Álvarez Mirabal Y. Factores La enfermedad periodontal como factor de riesgo para el parto pretérmino [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila;2008.
16. Méndez González JA, ArmestoColl W. Enfermedad periodontal y embarazo. Revhabancienméd [Internet]. Mar 2008 [citado 20 Sep 2018];7(1):10-20. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_1/rhcm06108.htm79
17. Robles Ruiz JJ, Salazar Silva F, Proaño deCasalino D. Enfermedad periodontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino. Rev Estomatol Hered [Internet]. Dic2004 [citado 20 Sep 2018];14(1): 7-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552004000100006&script=sci_arttext.
18. Mazariegos-Cuervo ML, Vera-Hermosillo H, Velázquez-Monroy O, CashatCruz M. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal. Rev AsocDentMéx [Internet]. Mar2004 [citado 20 Sep 2018];61(2):70-77. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/5/14/Salud%20Bucal PDF Julio.pdf>
19. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, FuentesA, del RíoM J, MorongC. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Méd Chile [Internet]. Jul 2012 [citado 20

Sep2018];140(1): 1-5.

Disponible

en:http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext

20. Genes Barrios V B. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. RevNacItauguá [Internet]. Dic 2012[citado 20 Sep 2018];4(2): 8-14. Disponible en:<http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
21. Díaz Valdés L, Valle Lizama RL. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Gac Méd Espirit [Internet]. Abr 2015 [citado 20 Sep2018]17(1):37. Disponiblen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artt ext&pid=S1608-89212015000100012
22. Pozo Martos E. Periodontitis como riesgo de partos prematuros y/o bajo peso al nacer [Internet]. Granada: Universidad de Granada; 2013 [citado 20 Sep2018]; Disponible en:<https://hera.ugr.es/tesisugr/22632098.pdf>
23. Dulanto Vargas J, García Linares S, Carranza Samanez M. La enfermedad periodontalmaterna como factor de riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. Odontol Sanmarquina[Internet]. Nov 2010 [citado 20 Sep2018];13(2):13-16. Disponible en:revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/download/2846/
24. Garbero I, Delgado AM, Benito de Cárdenas IL. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Acta odontolVenez. 2005;43(2):1-5.
25. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE. Comportamiento de las urgencias estomatológicas en embarazadas. Barquisimeto. Lara Venezuela. 2011. Gac Méd Espirit[Internet]. Abr 2013 [citado 20 Sep 2018];15(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100003
26. Nápoles García D, Nápoles Méndez D, MoráquezPerelló G, Cano García VM, Montes de Oca García A. Estado de salud periodontal en embarazadas. MEDISAN [Internet]. Mar 2012 [citado 20 Sep 2018];16(3):333-40. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012000300004&script=sci_arttext&lng=en

27. Fontaine Machado O, Martínez Céspedes LI, Rosales Ramírez Y, FontaineUliver MC. Modificación de la higiene bucal en embarazadas mediante una intervención educativa. Rev Electr Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [Internet]. Mar 2015 [citado 20 Sep 2018];40(10):1-6.Disponible en:revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/download/336/pdf_63
28. Camacho Escalante L, Rodríguez Nieves M, González Linares Y, Rodríguez Martín O, Delgado Zamora M, Pérez Morgado R. Intervención con láser terapéutico en pacientes portadores de gingivitis crónica. MEDICIEGO [Internet]. Ene 2014 [citado 20 Sep 2018];20(2):1-8. Disponible en: www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/download/32/96
29. Cruz Hernández I, Rubio Ríos G, Torres López MC. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Municipio Fomento. 2010. Gac Méd Espirit [Internet]. Abr 2013 [citado 20 Sep 2018];15(1):30-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100005
30. Rubio Rios G, Cruz Hernández I, Torres López MC. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spíritus 2010.Gac Méd Espirit [Internet]. Dic 2013 [citado 20 Sep 2018];15(1):1-7. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.\(1\)_07/15.1.07.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.(1)_07/15.1.07.pdf)
31. González Naya G, Montero Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
32. TellezTielves NC, Pérez Hernández LY, Rodríguez Ávila J, Travieso Pérez M, López Blanco MN. Efectividad del tratamiento con radiación láser de baja potencia en la estomatitis aftosa recurrente. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Oct2013 [citado 20 Sep 2018];17(5):40-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000500005&script=sci_arttext&lng=pt

33. Martínez Lima JM, Sánchez Suárez OR, Lavandero Espina A, González del Sol BL. Comportamiento de urgencias periodontales y factores de riesgo asociados en adolescentes, Policlínico “Ángel Ameijeiras”, Guanabacoa. Rev HabanCienc Méd [Internet]. Abr 2014 [citado 20 Sep 2018];13(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000200005&script=sci_arttext&tlng=en
34. Sánchez Cepero ZJ, Martínez Brito I, Hidalgo Gato Fuentes I. El estrés como factor de riesgo de la estomatitis aftosa recurrente. Rev Méd Electrón [Internet]. Feb 2011 [citado 20 Sep 2018];33(1):1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100006
35. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN [Internet]. Ago 2009 [citado 20 Sep 2018];13(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400006
36. Rodríguez Vázquez Y, Alemán Hernández E, Rodríguez Llanes R, Valdivia Cano MI, Galá Piloto E, Díaz Apesteguía G. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica en pacientes diabéticos en edad pediátrica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Feb 2015 [citado 20 Sep 2018];52(Sup 1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500006
37. González WC, Corona MH, Pineda AM, Lao N, Pardo MI. Conocimientos de las embarazadas del área de salud “Carlos J. Finlay” sobre salud bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado 20 Sep 2018];44(4): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000400009&script=sci_arttext.

38. Laffita YM, Riesgo YC, Corujo CM, Crespo MI. Salud bucal en gestantes de un área de salud urbana. MEDISAN [Internet]. Ene2009 [citado 20 Sep 2018];13(4): [aprox. 7p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san07409.htm.
39. Rodríguez HE, López M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Dic 2003 [citado 20 Sep 2018];40(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est09203.htm.
40. . Nápoles D, Nápoles D, Moráquez G, Cano VM, Montes de Oca A. Estado de salud periodontal en embarazadas. MEDISAN [Internet]. Ene 2012 [citado 20 Sep 2018]; 16(3): [aprox. 17p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300004&lng=es.
41. Bastarrechea M, Fernández L, Martínez T. La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. Abr 2009 [citado 20 Sep 2018] ; 46 (4): [Aprox. 9 p.] . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400007&lng=es.
42. Yero IM, García M, Reytor E, Nazco LE. Conocimiento sobre salud bucodental de las embarazadas. Consultorio La California. 2012. Gac Méd Espirit [revista en Internet]. Mar 2013 [citado 20 Sep 2018];15(1): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100004&lng=es.
43. Rodríguez A, León M, Arada A, Martínez M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2013 [citado 20 Sep 2018];17(5): [aprox.12p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500006&lng=es.

ANEXO # 1:

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____ con número de Identidad _____, expreso mi consentimiento como objeto de estudio, para la utilización de los datos aportados en la entrevista a favor de la investigación “Prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en las gestantes del Consejo Popular “Manuel Sanguily” perteneciente al Municipio Venezuela, dando fe de la validez y confiabilidad de los mismos.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma de paciente: _____

Firma de investigador: _____

ANEXO #2. PLANILLA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Número de Historia Clínica: _____

2.- Nombre y apellidos: _____

3.-Grupo de edades:

3.1 De 19 a 25 años _____ 3.2 De 26 a 30 años _____ 3.3 De 31 a 35 años _____

4. Higiene bucal: 4.1 Buena _____ 4.2 Regular _____ 4.3 Mala _____

5. Hábito de fumar: 5.1 Si _____ 5.2 No _____

6. Enfermedades sistémicas

6.1 Si padece de Diabetes mellitus _____ 6.2 No padece de Diabetes mellitus _____

7. Estado de salud periodontal

7.1 Sin enfermedad periodontal _____

7.2 Gingivitis: 7.2.1 Si _____ 7.2.2 No _____

7.2.1.1 Leve _____ 7.2.1.2 Moderada _____ 7.2.1.3 Con bolsa _____

8.3 Periodontitis 8.3.1 Si _____ 8.3.2 No _____

9. Observaciones: _____

10. Confeccionado por: _____

11. Firma: _____

12. Fecha: _____

ANEXO # 2.

INSTRUCTIVO PARA LA PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- Número: Se anotará el número HC correspondiente.

2.- Nombre y apellidos: Se anotará el nombre y los dos apellidos del entrevistado.

3.- Grupos de edades: Se anotará de acuerdo a su edad en años cumplido de en el grupo al que pertenezca.

4. Higiene bucal: Se evaluará la higiene bucal en buena regular o mala de acuerdo con el IAHB de Love. (Ver definiciones)

5. Hábito de fumar:

Si: Si fuman ≥ 10 cigarrillos diarios durante la gestación.

No: Si no fuma o eventualmente fuma algún cigarrillo.

6. Enfermedades sistémicas: Marcar con una X según se corresponda

7. Estado de salud periodontal: Marcar con una X según se corresponda

7.2 Gingivitis: Marcar con una X según los criterios del grado de severidad al que corresponda

Encía sana: Encía sana, sin evidencia de alteraciones.

Gingivitis leve: Área de inflamación en la encía libre, no circunscribe al diente

Gingivitis moderada: Área de inflamación en toda la encía libre que rodea al diente, pero no existe ruptura evidente de la adherencia epitelial

Gingivitis con bolsa: Ruptura de la adherencia epitelial y evidencia de una bolsa periodontal. No hay interferencia con la masticación ni existe movilidad dentaria.

Periodontitis: Destrucción avanzada con pérdida de la función masticatoria, bolsa profunda y movilidad evidente

8.- Observaciones: Se anotará cualquier otro dato de interés que no haya sido reflejado en el formulario.

9.-Confeccionado por: Se anotará el nombre y apellidos del entrevistador.

10.-Firma: Firma del entrevistador

11. Fecha: Se anotará la fecha en que se realiza la entrevista.