

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.439.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Ana Sofía Oliva Sosa

Carné Universitario No.: 200710455

El (la) Doctor(a): Dulce Rocío Paiz Villela

Carné Universitario No.: 200640264

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL**

Que fue asesorado: Dra. Elena Marroquín Bóleres

Y revisado por: Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**.

Guatemala, 24 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 28 de Agosto de 2017

Doctor

Héctor Ricardo Fong Veliz

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital General San Juan de Dios

Presente


Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan las doctoras, ANA SOFÍA OLIVA SOSA Carné no. 200710455 y DULCE ROCÍO PAIZ VILLELA Carné No. 200640264 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: "**SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES EMBARAZADAS**".

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Oliva Sosa y la Dra. Paiz Villela han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



ELENA MARROQUIN-B.
CIRUJANO DENTISTA
COLEGIADO No. 1257

Dra. Elena Marroquín Bóleres
Asesora de Tesis



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 28 de Agosto de 2017

Doctor
Héctor Ricardo Fong Veliz
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital General San Juan de Dios
Presente.


Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentan las doctoras **ANA SOFIA OLIVA SOSA**, Carné No. 200710455 Y **DULCE ROCÍO PAIZ VILLELA** Carné 200640264 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: "SALUD BUCODENTAL EN PACIENTE EMBARAZADAS"

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Oliva y la Dra. Paiz, han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz MSc.
Revisor de Tesis





A: Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz, MSc.
Docente responsable de Ginecología y obstetricia.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 13 de septiembre 2017

Fecha de dictamen: 18 de Septiembre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

ANA SOFIA OLIVA SOSA

DULCE ROCIO PAIZ VILLELA

Título:

SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A NUESTROS PADRES

A NUESTROS HERMANOS, FAMILIARES Y AMIGOS

AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
2.1 Cambios fisiológicos durante la gestación	3
2.2 Modificaciones en el sistema cardiovascular	3
2.3 Modificaciones hematológicas	4
2.4 Modificaciones gastrointestinales	4
2.5 Modificaciones en la función pulmonar	4
2.6 Relaciones de las hormonas sexuales femeninas sobre el periodonto	5
2.7 Otras afecciones bucales	6
2.8 Manifestaciones bucales específicas durante el embarazo	7
2.8.1 Caries	7
2.8.2 Gingivitis y enfermedad periodontal	7
2.8.3 Granuloma gravídico	8
2.9 El tratamiento odontológico en la paciente embarazada	9
III. Objetivos	10
3.1 Objetivo general	10
3.2 Objetivo específico	10
IV. Material y Método	11
4.1 Tipo y diseño de investigación	11
4.2 Selección de la unidad de análisis	11
4.3 Unidad de análisis	11
4.4 Unidad de información	11
4.5 Población y muestra	11
4.6 Marco muestral	11

4.7 Métodos y técnicas de muestreo	11
4.8 Selección de los sujetos a estudio	12
4.8.1 Criterios de inclusión	12
4.8.2 Criterios de exclusión	12
4.8.2.1 Variables	12
4.9 Operacionalización de las variables	13
V. Resultados	15
VI. Discusión y Análisis	19
6.1 Conclusiones	21
6.2 Recomendaciones	22
VII. Referencias bibliográficas	23
VIII. Anexos	25
8.1 Anexo 1	25
8.2 Anexo 2	26

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Distribución de pacientes según rango de edad	15
Tabla No. 2 Número de visitas anuales al odontólogo	17
Tabla No. 3 Hallazgos Clínicos	17

INDICE DE GRAFICAS

Grafica No. 1 Ingreso económico mensual	16
Grafica No.2 Pacientes evaluadas según trimestre de gestación	16
Grafica No. 3 Hábitos de Higiene Bucal: Numero de cepillado dental diario	18
Grafica No. 4 Aplicación anual de flúor	18

RESUMEN

Ante la escasa información del estado de salud bucal durante el embarazo en nuestro medio, se realizó estudio descriptivo para evaluar dicha problemática en las pacientes embarazadas que se encuentren bajo control prenatal en la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios. La obtención de la muestra se realizó mediante una selección aleatoria de las pacientes citadas a consulta diariamente, seleccionando una paciente diaria, en total fueron cincuenta y dos, se dio una explicación y se solicitó su consentimiento para participar en el estudio, luego se realizó una evaluación oral por médico odontólogo, quien determinó la presencia o ausencia de patologías. Los resultados reflejaron que el 100% de la población estudiada careció de adecuada salud bucodental, presentando una o varias patologías concomitantes, entre las cuales se destacan las caries 92% (48), gingivitis 63% (33), y anodoncia parcial 50% (26), y se presentaron complicaciones como abscesos periodontales, que ameritaron su hospitalización. Los factores mayormente asociados fueron el ingreso económico por debajo de 1000 quetzales mensuales y no acudir con el odontólogo en un 96 % (50). Aunque las pacientes dijeron cepillarse como se recomienda 27 % (3 veces diarias) y parcialmente en un 51% (en dos ocasiones), no se relaciona con los resultados encontrados. La salud bucodental de las pacientes que asistimos es deficiente y asociada a complicaciones sépticas que incluso ameritaron su ingreso hospitalario, por lo que el control prenatal debe incluir de manera obligatoria la evaluación buco dental por personal calificado.

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, entre ellas como el cáncer de boca o garganta, llaqas bucales, defectos congénitos, labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico entre otros.

Las enfermedades bucodentales presentan factores de riesgo relacionados, entre otros, con la mala salud, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol, factores que comparten con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, a saber: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La mala higiene de la boca también constituye un factor de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales.

Según datos de la OMS el 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años), edad en las que se encuentran el mayor porcentaje de pacientes en edad fértil. Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos, incluyendo dentro del grupo de vulnerabilidad a las pacientes en estado de gestación ya que el sistema inmune se ve comprometido asociado a los múltiples cambios fisiológicos presentes en el embarazo(1). Son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales. (1)

Se conoce que existen múltiples patologías en la salud buco dental que pueden ocasionar complicaciones durante el embarazo. Desde el punto de vista perinatal los problemas de mayor frecuencia que se asocian a morbi-mortalidad son el bajo peso al nacer, la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que el control prenatal está orientado a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas mencionados. (2)

En España en un estudio realizado en la Universidad de Murcia en el año 2010 se realiza un análisis del estado de salud bucodental de las pacientes gestantes, analizando factores socioeconómicos, siendo una población con educación media y estado socioeconómico estable, los resultados obtenidos son un estado de salud bucodental adecuado para la mayoría de las pacientes. Únicamente una minoría presenta patologías.(3) Por el contrario en Latinoamérica se evidencia que el nivel académico y socioeconómico se ve reflejado en el mal estado de salud bucodental.

El estudio realizado en Caracas Venezuela en el año 2010 estudia las condiciones socioeconómicas de las pacientes gestantes que acuden a la consulta prenatal, evidenciando una baja referencia por parte del obstetra a los servicios de salud odontológicos únicamente un 7%, las pacientes indicaron no acudir a los servicios de salud debido a las creencias de repercusiones para el feto (4).

Durante el embarazo, las infecciones bucales de la madre pueden influir sobre la duración de la gestación provocando parto prematuro por ello, la prevención de la infección congénita y perinatal es un problema de salud pública a considerar en los programas de control prenatal.
(1)

Las condiciones de nuestro medio hacen que el padecimiento de estas patologías sea de mayor prevalencia ya que el bajo nivel socioeconómico, las malas condiciones de vivienda, limitado acceso al agua potable provoca una deficiencia en el cuidado de la salud bucal. La limitante económica que impide las visitas periódicas al odontólogo, lo cual contribuiría a un cuidado óptimo de la salud bucal y oral evitando de esta manera las consecuencias de su descuido.

Determinar el estado de salud bucal de las pacientes durante el control prenatal en nuestra institución fue nuestro objetivo, y esto se llevó a cabo mediante un estudio aleatorio, descriptivo, se les brindó evaluación y seguimiento a las pacientes que se encuentren en periodo de gestación en la consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia y en el Departamento de Odontología del Hospital general San Juan de Dios.

Acerca de los hallazgos más importantes que se encontraron, es que el 100% de las pacientes evaluadas presentó una salud bucodental inadecuada, esto debido a que se detectó patología oral en la totalidad de las pacientes, siendo el hallazgo más frecuentemente la caries dental, documentándose en el 92% de las pacientes, seguido por gingivitis, anodoncia y periodontitis.

La principal limitante fue el hecho que a pesar de que la totalidad de pacientes que conformaron la muestra fueron evaluadas en el departamento de gineco-obstetricia y se les brindo referencia e indicaciones para poder recibir la evaluación odontológica, la gran mayoría no asistió a dicho departamento, entre los principales factores que influyeron es el hecho de que no existe clínica odontológica en consulta externa de gineco-obstetrica ya que está situada en otra área física del hospital y la falta disponibilidad de tiempo por compromisos familiares.

II. ANTECEDENTES

El embarazo representa una situación fisiológica especial que involucra a dos organismos: la madre y el feto. Por lo tanto, en la práctica diaria y ante una paciente embarazada deberemos actuar teniendo en cuenta a ambos individuos y muy especialmente al feto.

Es frecuente observar cierto miedo hacia el tratamiento odontológico, tanto por parte de la paciente embarazada que sufre por la salud de su hijo, como por el odontólogo que puede temer las posibles influencias que el tratamiento puede tener sobre el feto y sus correspondientes repercusiones legales. A pesar de todo, el embarazo no constituye nunca una contraindicación del tratamiento odontológico, especialmente cuando existe una urgencia, ya que parece ser que podría existir una relación entre la diseminación sistémica de un proceso infeccioso y la aparición de un parto prematuro o un aborto espontáneo. (4)

De hecho, la mujer embarazada requiere unos cuidados bucodentales mayores que los de la población general, sobre todo en lo referente a la odontología preventiva.

2.1 Cambios fisiológicos durante la gestación

Es muy importante realizar una correcta historia clínica y una completa exploración de la paciente embarazada que acude a la clínica dental, por dos motivos fundamentalmente:

Se pueden detectar posibles alteraciones en el transcurso del embarazo, remitiendo inmediatamente a la paciente al obstetra.

Reconocer aquellos cambios fisiológicos del sistema cardiovascular, del sistema gastrointestinal, de la función respiratoria y hematológicos, vinculados a la gestación y que a la exploración clínica se mostrarán como signos y síntomas susceptibles de patología sistémica (disnea, taquicardia, soplo cardíaco, edema periférico, etc.), cuando no son más que la consecuencia directa de dichas variaciones fisiológicas tal y como se verá a continuación. (5)

2.2 Modificaciones en el sistema cardiovascular

Durante el embarazo se produce un aumento del volumen sanguíneo total de un 25% a un 45% (aproximadamente unos 1600 ml) y un aumento del trabajo cardíaco con un incremento de la frecuencia del pulso. Todo ello conlleva la aparición de un soplo y taquicardia fisiológicos. (6,7,8)

La tensión arterial disminuye de forma precoz en el primer trimestre aumentando gradualmente durante la segunda parte del embarazo para alcanzar de nuevo cifras normales al final de la gestación. (9-10)

La presencia del útero grávido produce un aumento de la presión intra-abdominal, por lo que el diafragma asciende produciendo la elevación y rotación hacia delante del corazón que se aproximará a la pared costal horizontalizándose. (10)

Estos cambios en la posición del corazón pueden producir modificaciones del trazado del electrocardiograma. (10)

2.3 Modificaciones hematológicas

Los cambios hematológicos que aparecen en la mujer embarazada son consecuencia de las necesidades fetales que se establecen y de algunas de las modificaciones cardiovasculares anteriormente citadas.

Así, en la paciente embarazada se puede encontrarnos con una anemia aparente y/o con una anemia real.

El aumento del volumen sanguíneo lleva a una anemia fisiológica de la gestación, debido a que el incremento del volumen plasmático que se produce es proporcionalmente mayor al aumento en el volumen celular, por lo que se apreciará una disminución del valor del hematocrito, del número de eritrocitos y de la hemoglobina. En el 20% de las embarazadas aparecerá una anemia real debido a la demanda fetal de hierro. (6-10)

Durante el embarazo existe también un aumento de los niveles en plasma de diversos factores participantes en la coagulación: plaquetas, tromboplastina, factores VII-VIII-IX-X de la coagulación, fibrinógeno y plasminógeno, que en combinación con una disminución de la actividad fibrinolítica llevará a que la sangre de la mujer embarazada sea hipercoagulable. (6,8,9)

Este estado está presente hacia el final del embarazo, y es particularmente marcado en el puerperio, ya que de esta forma se garantiza una rápida hemostasia de la superficie cruenta que quedará en la pared uterina tras el desprendimiento de la placenta. (11)

Esta hipercoagulabilidad, añadida al entretimiento en la velocidad del flujo sanguíneo que se da en las extremidades inferiores (se reduce a la mitad hacia el final del embarazo), predispone a la paciente gestante a un riesgo de tromboembolismo, especialmente durante el tercer trimestre, en el que el riesgo es de cinco a seis veces mayor al que pudiera tener una mujer no embarazada.

2.4 Modificaciones gastrointestinales

Se produce un incremento en la producción de ácido gástrico, una disminución de la motilidad gástrica e incompetencia del esfínter gastroesofágico.

Estos cambios explican la mayor incidencia de reflujo esofágico, aumentando el riesgo neumónico por aspiración durante el peroperatorio de pacientes embarazadas tratadas bajo anestesia general o sedación. (8,9)

2.5 Modificaciones de la función pulmonar

Durante el embarazo la reserva de oxígeno disminuye significativamente, por lo que tanto la madre como el feto quedan expuestos a un riesgo de hipoxia. Esta disminución de la reserva de oxígeno es debida fundamentalmente a dos factores: (8,11,12)

1. Se produce un incremento del consumo de oxígeno, de un 15% a un 20% aproximadamente debido al aumento del ritmo respiratorio (hiperventilación fisiológica).
2. El diafragma se desplaza coronalmente 4 cm, lo cual llevará a una reducción de la capacidad funcional residual.

2.6 Relación de las hormonas sexuales femeninas sobre el periodonto

Los estrógenos se metabolizan en los tejidos gingivales por acción enzimática que transforma el estrona en estradiol; esta conversión es tres veces mayor en presencia de inflamación, siendo indicativa del grado de inflamación clínica presente. (13,14). En el tejido gingival existen receptores para estrógenos y progesterona, gracias a los cuales estas hormonas ejercen diversos efectos sobre ellos, ya sea en el epitelio, el conjuntivo o los vasos sanguíneos. (15,16)

La progesterona produce una dilatación de los capilares gingivales, que es la causa de la habitual clínica de la gingivitis del embarazo, también es responsable del aumento del exudado gingival y la permeabilidad vascular.

La progesterona estimula las células endoteliales y disminuye la producción del colágeno, los estrógenos actúan disminuyendo la queratinización del epitelio gingival, inducen la proliferación de fibroblastos y bloquean la degradación del colágeno. Se produce una disminución de la barrera epitelial y mayor respuesta ante los efectos de los irritantes de la placa bacteriana (16,17,18,19,20).

Durante el embarazo, aumenta la proporción de bacterias anaerobias-aerobias. Múltiples estudios demuestran la proporción aumentada de *Prevotella intermedia* (Pi.) sobre otras especies durante el embarazo.(21,22,23).

Paquette DW. encontró en mujeres embarazadas, niveles de *Bacteroides* hasta 55 veces superiores al grupo control, y de 16 veces en mujeres con anticonceptivos orales (19).

Kornman y Loesche coincidieron que el aumento más significativo de (Pi) sucede durante el segundo trimestre del embarazo, coincidiendo con un aumento clínico de la gingivitis, el cual se debe a que los microorganismos de la familia (Pi) necesitan vitamina K para su crecimiento, pero son capaces de sustituirla por progesterona y estrógenos, que son moléculas muy parecidas a la Vitamina K. (21,22)

Se ha demostrado un aumento de las concentraciones de prostaglandinas en el tejido gingival humano en correspondencia con los niveles alcanzados de estrógenos y progesterona durante el embarazo. (21,23)

La respuesta inmune de tipo celular se encuentra reducida durante el embarazo; hay una disminución de la migración funcional de células inflamatorias y en la fagocitosis (23), así como una disminución de la quimiotaxis de neutrófilos y fibroblastos. (24)

Las infecciones periodontales suponen un depósito de microorganismos anaerobios gram negativos, lipopolisacáridos y endotoxinas, y mediadores inflamatorios como PGE2 y TNF alfa, que podrían suponer un riesgo para la unidad feto-placentaria, aunque fuera de modo transitorio. (25)

La Academia Americana de Periodoncia ha publicado una revisión de diversas enfermedades sistémicas para las cuales las enfermedades periodontales podrían ser un potencial factor de riesgo; dentro de éstas se incluyen, prematuridad, bajo peso al nacer, bacteriemias, endocarditis bacteriana y otras. (26)

Otros autores (27,28) demostraron que sin tener en cuenta ninguna otra variable la enfermedad periodontal multiplicaba por 6 el riesgo de tener un parto prematuro o de bajo peso, y después de tener en cuenta los otros factores, las madres con enfermedad periodontal tenían una probabilidad mayor a 7 veces de tener partos prematuros o bajos pesos; ellos afirman que 18.2% de los partos prematuros o bajo peso pueden atribuirse a la enfermedad periodontal en USA. Un estudio realizado en 2006 no encontró ninguna asociación entre parto pretérmino y bajo peso al nacer. (18)

Samant, A. y cols. (29) consideran que el aumento de la profundidad de la bolsa durante el embarazo se debía principalmente a un aumento del tejido gingival más que a destrucción periodontal.

2.7 Otras afecciones bucales

La mucosa bucal puede verse afectada en el embarazo. Una de las causas de tal afectación pueden ser los vómitos que se producen en el primer trimestre, los cuales actúan como irritante local, y se manifiestan en un eritema de la mucosa más o menos marcado, que puede dar sensación de quemazón. Pueden observarse además edemas de la mucosa bucal y estomatitis hemorrágicas. (30)

Por otra parte, los alimentos suplementarios que necesita la madre durante el embarazo para satisfacer las necesidades del feto y de las membranas fetales, incluyen, en especial, cantidades extra de calcio, fósforo, proteínas y vitaminas, fundamentalmente C y D. (31,32) El feto en desarrollo utiliza en prioridad muchos elementos nutritivos de los líquidos tisulares maternos y siguen creciendo muchas partes del feto aún cuando la madre no reciba alimentos suficientes. Si la alimentación materna no contiene los elementos nutritivos necesarios, la madre puede sufrir durante el embarazo cierto número de carencias. A menudo las hay de hierro y vitaminas. En relación con el hierro, la madre necesita formar su propia hemoglobina y producir el hierro para la hemoglobina fetal, por lo que la anemia por déficit de hierro es uno de los estados carenciales más frecuentes durante esta etapa, que produce palidez de la mucosa bucal para la madre y afecta también al feto. (33,34,35,36)

Las avitaminosis constituyen otro estado carencial que puede afectar a la embarazada. El feto necesita tantas vitaminas como el adulto, a veces mucho más, por lo que la madre debería ingerirlas en cantidades suficientes, pues de lo contrario, se manifestarían estas carencias. Las vitaminas del complejo B, específicamente la B- 2 y B- 3 y la Vitamina C, son las que, cuando se encuentran en bajos niveles, producen manifestaciones bucales como quelitis, glositis en el caso del complejo B y en el caso de la Vitamina C provoca encías inflamadas y sangrantes. (34,35,37)

Considerando la alta vulnerabilidad de la mujer embarazada de padecer o agravarse infecciones periodontales, así como otras alteraciones de la mucosa bucal, se recomiendan exámenes bucales frecuentes, un buen control del cepillado conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal y una dieta saludable, los que contribuirán a disminuir o controlar estas alteraciones, por lo que podemos concluir que el estado de gestación modifica las condiciones bucales e incide de esta forma en la salud bucal, y que el diente, los tejidos periodontales y la mucosa bucal son los blancos directos que pueden ser afectados por este motivo.

2.8 Manifestaciones bucales específicas durante el embarazo

El embarazo comporta una serie de cambios orgánicos, fisiológicos y de conducta, que pueden repercutir en la cavidad bucal provocando una mayor incidencia de caries, gingivitis, enfermedad periodontal y la aparición del granuloma gravídico. (6,7,9)

2.8.1 Caries

Es muy frecuente oír durante la práctica diaria el comentario «cada hijo me costó un diente» entre nuestras pacientes. Los estudios clínicos más completos han demostrado que el embarazo no contribuye directamente al proceso de la caries. El calcio presente en los dientes maternos permanece estable en forma de hidroxapatita, careciendo de estructuras vasculares y, por lo tanto, no es accesible a la circulación

La paciente embarazada: repercusión en la cavidad bucal y consideraciones respecto al tratamiento odontológico sistémica no pudiendo ser removido en atención a la demanda fetal.

Cuando observamos un aumento de la actividad de caries en una mujer embarazada hemos de pensar que está ocasionado por un incremento de los factores locales cariogénicos, tales como: (6,38,39)

1. Descuido del hábito higiénico.

2. Cambio de los hábitos dietéticos y horarios.

La mujer embarazada presenta una menor capacidad gástrica, como ya hemos citado anteriormente, por lo que toma pequeñas cantidades de comida pero más frecuentemente. Esta comida a deshoras puede llegar a ser un hábito constante, generalmente con tendencia a ingerir alimentos que tienen un exceso de hidratos de carbono.

3. Erosión ácida del esmalte dentario, debido a los vómitos de repetición y al reflujo del contenido gástrico.

2.8.2 Gingivitis y enfermedad periodontal

La gingivitis gravídica aparece en un 50- 100% de las mujeres gestantes. (6,7) Ésta es debida a las variaciones hormonales que acompañan al embarazo asociadas a una serie de factores locales.

Los estrógenos y progestágenos producen un aumento de la vascularización de la encía, una proliferación capilar y un aumento de la permeabilidad que se traduce en una mayor susceptibilidad de los tejidos frente a los irritantes locales. Entiéndase como irritantes locales: la placa bacteriana, sarro, caries no tratadas, ausencia de puntos de contacto, mala higiene bucal, etc., a los que sumáramos los cambios dietéticos y horarios que suele hacer la embarazada. (40)

Las alteraciones gingivales aparecen a menudo en el segundo mes de gestación y suelen ser máximos al octavo mes, tras el cual empiezan a decrecer para disminuir bruscamente con el parto.

Suelen afectarse más frecuentemente los grupos dentarios anteriores. Clínicamente se caracteriza por un color «rojo encendido» de la encía marginal y de las papilas interdentes. El tejido está edematoso, con una textura superficial lisa y brillante, y con tendencia a sangrar fácilmente (6,38,40). También podremos apreciar alteraciones periodontales, que serán más marcadas si previo al embarazo existía ya una enfermedad periodontal.

Detectaremos en muchos casos una movilidad dentaria generalizada que suele remitir tras el parto. Esta movilidad probablemente esté asociada al grado de enfermedad periodontal y de desmineralización de los procesos alveolares (el calcio puede ser extraído del hueso materno para cubrir las necesidades fetales).

En raras ocasiones se producirá un cuadro grave de reabsorción alveolar con intensa movilidad y pérdida dentaria. (6,7,39)

2.8.3 Granuloma gravídico

Una entidad patológica propia del embarazo es el granuloma gravídico, que aparecerá en el 0.5-5% de las gestantes, siendo histológicamente similar a un granuloma piógeno y de ahí su nombre. (41)

El granuloma del embarazo aparece alrededor del segundo trimestre, creciendo durante todo el embarazo y regresando generalmente después del parto. Se observa con mayor frecuencia en las papilas interdentes de la región anterior del maxilar superior. Clínicamente se caracteriza por la presencia de tumores, generalmente únicos, pedunculados o sésiles, de un color rojo púrpura o azulado y asintomáticos.

Presenta una gran facilidad para la hemorragia, debido a la friabilidad de su superficie, y rara vez se asocia a reabsorción del hueso subyacente.

Ante su presencia deberá mantenerse una conducta expectante, posponiendo el tratamiento para después del parto debido a que: (6,7,11,39,42)

1. La mayoría remiten tras el parto o disminuyen de tamaño, con lo cual se evita o facilita su excisión quirúrgica.

2. Presentan una elevada tendencia a la recidiva.

Sólo en los casos en los que se observe un sangrado persistente de la lesión, ulceración o impedimento de las funciones bucales estará indicada su exéresis quirúrgica. Teniendo en cuenta que existe un riesgo de hemorragia, el abordaje quirúrgico deberá ser con bisturí convencional y electrocoagulación, electrobisturí o láser de CO₂ para conseguir una adecuada hemostasia. (43)

2.9 El tratamiento odontológico en la paciente embarazada

Al tratar a una paciente embarazada hemos de ser conscientes en todo momento de que se está ante dos individuos, la madre y el feto, lo cual conllevará la serie de restricciones en la actitud terapéutica, sobre todo en lo referente a la administración de fármacos y la exposición a las radiaciones ionizantes. Ahora bien, el embarazo debe constituir para el profesional la contraindicación del tratamiento odontológico, especialmente en los casos de urgencia.

El principal objetivo en el plan de tratamiento de la gestante es la prevención. Es muy importante concienciar a la paciente de los cambios bucales asociados a su estado de gestación y educarla en cuanto a: (41,43)

1. Higiene bucal: deberá realizarse una profilaxis, si es necesaria, y enseñar la correcta higiene bucal, advirtiéndole a la paciente de que deberá cepillarse los dientes después de cada ingesta de comida y después de los posibles vómitos y regurgitaciones que pueda presentar (o al menos enjuagarse la boca). De esta manera se consigue establecer el control adecuado de la placa bacteriana, disminuyendo la exagerada respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales a los irritantes locales, y minimizar la erosión del esmalte por los ácidos gástricos, reduciendo consecuentemente la susceptibilidad a la caries.

2. Nutrición: aconsejaremos a la paciente que evite los alimentos con exceso de azúcares y comer entre horas para no crear el ambiente cariogénico.

La mayoría de los autores revisados aconsejan seguir unas pautas de tratamiento en función de lo avanzado que esté el embarazo:

En el primer trimestre sólo se realizarán tratamientos de urgencia, no debiéndose proceder a tratamientos electivos. Esto es debido a que, durante este período, tiene lugar la organogénesis y podríamos influir en ella provocando malformaciones o la interrupción de la gestación. (9,39,42,43)

Para el segundo trimestre sería el período seguro para llevar a cabo el tratamiento odontológico, limitándose tan sólo a realizar aquellos procedimientos más simples y dejando las grandes reconstrucciones y cirugía significativa para después del parto. A pesar de estas opiniones, si el embarazo ha transcurrido con normalidad y la paciente no refiere haber sufrido ningún aborto espontáneo en embarazos anteriores, el segundo trimestre será el momento ideal para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento dental, ya que el desarrollo de los órganos fetales está completado y la paciente todavía está cómoda pudiendo ser reclinada en el sillón dental a conveniencia del odontólogo. (7,38,42,43)

Durante el tercer trimestre aconsejan limitarnos de nuevo a realizar tan sólo tratamientos de urgencia. Ahora bien, en algunas pacientes, del sexto al noveno mes del embarazo sería todavía un buen momento para realizar un tratamiento dental rutinario, aunque a partir de la segunda mitad del tercer trimestre el aumento del volumen abdominal provocará una incomodidad notable de la madre. (39,42)

Si fuera necesario realizar algún tratamiento en este momento, se deben llevar a cabo citas cortas y con la paciente en posición semi-sentada, para evitar complicaciones como el síndrome de hipotensión supina y disnea. Durante el último mes existe un mayor riesgo de provocar un parto prematuro. Por lo tanto, deberemos tomar las máximas precauciones durante el noveno mes de gestación y especialmente en las dos últimas semanas del embarazo.

III. OBJETIVOS

3.1 General

3.1.1 Determinar el estado de salud bucodental de las embarazadas en control prenatal en consulta externa del Hospital General San Juan de Dios

3.2 Específicos

3.2.1 Determinar los principales factores económicos y socio-conductuales asociados a la salud bucodental adecuada o inadecuada en las embarazadas en control prenatal en consulta externa del Hospital General San Juan de Dios.

IV. MATERIAL Y METODO

4.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio descriptivo transversal

4.2 Selección de unidad de análisis

Unidad primaria de muestreo

Pacientes en control prenatal, consulta externa del hospital General San Juan de Dios en las clínicas 5 y 8.

4.3 Unidad de análisis

Datos recolectados proporcionados por las pacientes registradas utilizando Instrumento de recolección de datos Anexo 1

4.4 Unidad de información

Pacientes embarazadas que consultaron a control prenatal en las clínicas 5 y 8 de la consulta externa de ginecología y obstetricia del hospital general San Juan De Dios.

4.5 Población y muestra

Población o universo

Pacientes embarazadas que consultaron a control prenatal a las clínicas 5 y 8 de consulta externa de ginecología y obstetricia durante el mes de enero al mes de diciembre del año 2015. Se efectuó un muestreo aleatorio al azar utilizando la siguiente muestra para obtener el número de pacientes a estudiar:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

Confianza 95%

Margen de error: 0.5

Probabilidad 0.5

Tamaño de la muestra: 325 pacientes

4.6 Marco muestral

La muestra se calculó con base al número total de las pacientes de 325.

4.7 Métodos y técnicas de muestreo

Muestra probabilística al azar, por medio de una lista del número de pacientes que consultaron a control prenatal, utilizando la tabla de números aleatorios eligiendo el marco muestral.

4.8 Selección de los sujetos a estudio

4.8.1 Criterios de inclusión

Pacientes embarazadas

Que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado.

4.8.2 Criterios de exclusión

Pacientes que presentaron limitaciones que impidieron ser evaluadas por el departamento de estomatología.

4.8.2.1 Variables:

- Edad
- Grupo étnico
- Escolaridad
- Antecedentes obstétricos
 - Gestas
 - Partos
 - Trimestre en el que se encuentra el embarazo actual
- Ingreso económico familiar mensual
- Higiene Buco-dental
 - Visita periódica al odontólogo
 - Cepillado con pasta dental
 - Uso de hilo dental
 - Aplicación de flúor

4.9 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

		CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS			VARIABLE
		CUALIDAD QUE PRESETAN LAS PACIENTES			DEFINICION
VISITA PERIÓDICA AL ODONTÓLOGO: VISITA CON EL ESPECIALISTA ENCARGADO DEL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL ESTADO DENTAL.	HIGIENE BUCODENTAL: CUIDADO ADECUADO DE LOS DIENTES, ENCILLAS Y BOCA PARA PROMOVER A SALUD Y PREVENIR ENFERMEDADES BUCALES.	INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR MENSUAL: CANTIDAD DE DINERO QUE RECIBE UNA PERSONA COMO REMUNERACIÓN AL TRABAJO REALIZADO DE UNA EMPRESA O ENTIDAD PARA LO CUAL TRABAJA GENERALMENTE DE MANERA PERIÓDICA	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DEFINIDO COMO LOS ANTECEDENTES EN RELACIÓN A VIDA REPRODUCTIVA DE LA PACIENTE.	GRUPO ÉTNICO UN GRUPO ÉTNICO ES AQUEL QUE SE DIFERENCIA DEL CONJUNTO DE LA SOCIEDAD DOMINANTE POR SUS PRÁCTICAS SOCIOCULTURALES, SUS COSTUMBRES Y SUS TRADICIONES. HACE REFERENCIA A LOS DIVERSOS CONJUNTOS DE PERSONAS QUE PRESENTAN NOTABLES DIFERENCIAS ENTRE SÍ, NO SÓLO A NIVEL DERASGOS FÍSICOS (COLOR DE PIEL, DE OJOS, TIPO DECABELLO, COMPLEJIÓN FÍSICA) CULTURAL (PRÁCTICAS RELIGIOSAS, FORMAS DE ORGANIZACIÓN SOCIAL)	EDAD TERMINO QUE SE UTILIZA PARA HACER MENCION AL TIEMPO QUE HA VIVIDO UNA PERSONA
DATO A EVALUAR SI EL PACIENTE REFIERE CONSULTAR AL ODONTÓLOGO PARA EVALUACION	DATO A EVALUAR EN RELACION A SI UTILIZA LOS METODOS E INSTRUMENTO SADECUADOS PARA LA CONSERVACION OPTIMA DE SUS PIEZAS DENTALES.	CANTIDAD DE DINERO REFERIDO POR PACIENTE QUE RECIBE POR MES LA FAMILIA	DATO REFERIDO POR PACIENTE EN RELACION SU VIDA REPRODUCTIVA	GRUPO ETNICO AL PACIENTE REFIERE PERTENECE	EDAD EN LA REFERIDA LA PACIENTE
CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA
NOMI-NAL	NOMI-NAL	INTERVALAR	INTERVALAR	NOMI-NAL	RAZON
NINGUNA, UNA VEZ	VISITA PERIÓDICA AL ODONTÓLOGO UTILIZACIÓN DE HILO DENTAL, CEPIL LADO DENTAL, USO DE FLÚOR, Y LA AUSENCIA DE CARIES DENTALES, ANODONCIA	Q. 0-500.00 Q. 501-1000.00 Q. 1001-1500.00 Q. 1501-2000.00 >Q.2000.00	GESTAS, PARAS	LADINO, INDIGENA, MEZTIZO Y GARIFUNA	ANOS
				NINGUNO, PRIMARIA, SECUNDARIA, DIVERSIFICADO, UNIVERSIARIO	
					TIPO DE VARIABLE
					ESCALA DE MEDICION
					INDICADOR

PERIODONTITIS: ES UNA ENFERMEDAD QUE INICIALMENTE PUEDE CURSAR CON GINGIVITIS, PARA LUEGO PROSEGUIR CON UNA PÉRDIDA DE INSERCIÓN COLÁGENA, RECESIÓN GINGIVAL E INCLUSO LA PÉRDIDA DE HUESO, EN EL CASO DE NO SER TRATADA, DEJAR SIN SOPORTE OSEO AL DIENTE.	GINGIVITIS: PATOLOGÍA BUCAL GENERAL- MENTE BACTERIANA QUE PROVOCA INFLAMACIÓN Y SANGRADO DE LAS ENCÍAS, CAUSADA POR LOS RESTOS ALIMENTICIOS QUE QUEDAN ATRAPADOS ENTRE LOS DIENTES.	ANODONCIA: ENFERMEDAD QUE SE CARACTERIZA POR LA AUSENCIA DE UN NÚMERO DE DIENTES. PUEDE SER PARCIAL O TOTAL. LA ANODONCIA TOTAL ES EN LA CUAL FALTAN TODOS LOS DIENTES, PUEDE AFECTAR TANTO A LA DENTICIÓN TEMPORAL COMO A LA PERMANENTE. Y LA ANODONCIA PARCIAL ES AFECTA A UNO O MÁS DIENTES Y ES UN TRASTORNO FRECUENTE	CARIES DENTAL: ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL QUE SE CARACTERIZA POR LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS DEL DIENTE COMO CONSECUENCIA DE LA DESMINERALIZACIÓN PROVOCADA POR LOS ÁCIDOS QUE GENERA LA PLACA BACTERIANA	APLICACIÓN DE FLUOR: ES UN PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL VAMOS A AYUDAR A FORTALECER LOS DIENTES, INCREMENTANDO SU RESISTENCIA. EL FLUOR DISMINUYE EL NÚMERO DE CARIES YA QUE ACTÚA COMO ESMALTE PROTECTOR CONTRA LAS BACTERIAS.	UTILIZACIÓN DE HILO DENTAL: ES UN CONJUNTO DE FINOS FILAMENTOS DE NAILON O PLÁSTICO (COMÚNMENTE TEFLÓN O POLIETILENO) USADO PARA RETIRAR PEQUEÑOS TROZOS DE COMIDA Y PLACA DENTAL DE LOS DIENTES.
PRESENCIA O AUSENCIA DE PERIODONTITIS	PRESENCIA O AUSENCIA DE GINGIVITIS	PRESENCIA O AUSENCIA DE ANODONCIA PARCIAL O TOTAL	PRESENCIA O AUSENCIA DE CARIES DENTALES	DATO REFERIDO POR PACIENTE EN RELACION A LA CANTIDAD DE VECES AL A:O QUE CONSULTA AL ODONTÓLOGO PARA LA APLICACIÓN	DATO REFERIDO POR PACIENTE EN RELACION A SI O NO UTILIZA FRECUENTEMENTE EL HILO DENTAL
CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA	CUALITATIVA
NOMINAL	NOMINAL	NOMINAL	NOMINAL	NOMINAL	NOMINAL
SI O NO	SI O NO	SI O NO	SI O NO	NINGUNA VEZ, UNA VEZ, DOS VECES AL A:O	NINGUNA VEZ, UNA VEZ, DOS VECES, TRES VECES AL DIA
SI O NO	SI O NO	SI O NO	SI O NO	NINGUNA VEZ, UNA VEZ, DOS VECES, TRES VECES AL DIA	SI O NO

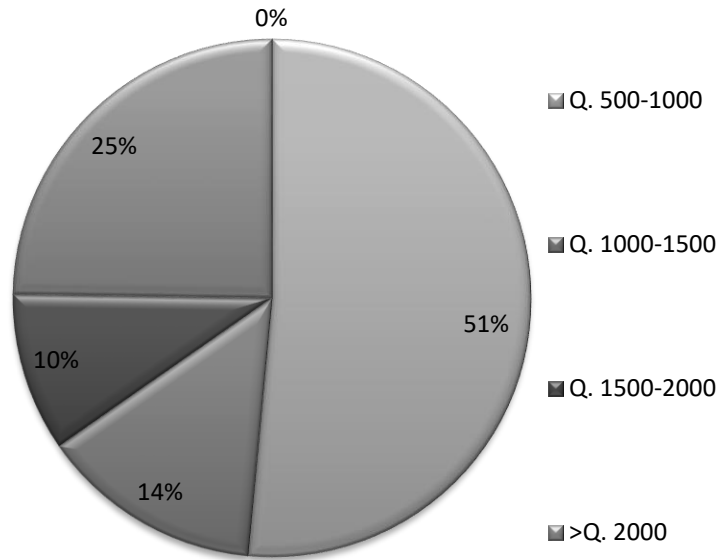
V. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 52 pacientes, el 40% de las participantes oscilan en edades entre 21 a 25 años. El ingreso económico mensual familiar de las pacientes en estudio oscila entre Q.500 a Q.1000 mensuales, lo cual se asocia a que el bajo ingreso económico impida cumplir con las recomendaciones de cuidados con la higiene oral, el 96% de las pacientes no acude a la visita anual al odontólogo recomendada por la OMS. Como resultado de los factores antes mencionados el 100% de las pacientes presento patología bucodental, siendo la más frecuentemente evidenciada la caries (92%) seguida por periodontitis (44%) por lo tanto no cumplieron con las condiciones para gozar de salud buco dental adecuada.

Tabla No. 1
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL RANGO DE EDAD
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
16-20	11	21%
21-25	21	40%
26-30	10	19%
31-35	7	14%
36-40	3	6%
TOTAL	52	100%

GraficaNo. 1
INGRESO ECONOMICO MENSUAL
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS



Grafica No. 2
PACIENTES EVALUADAS SEGÚN TRIMESTRE DE GESTACION
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

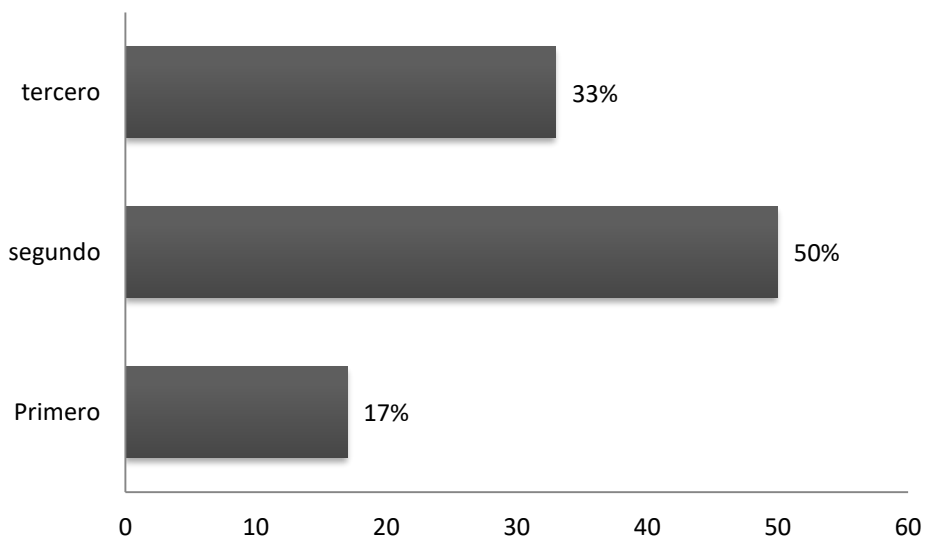


Tabla No. 2

NUMERO DE VISITAS ANUALES AL ODONTOLOGO
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

VISITAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Ninguna	50	96%
Una vez	2	4%
TOTAL	52	100%

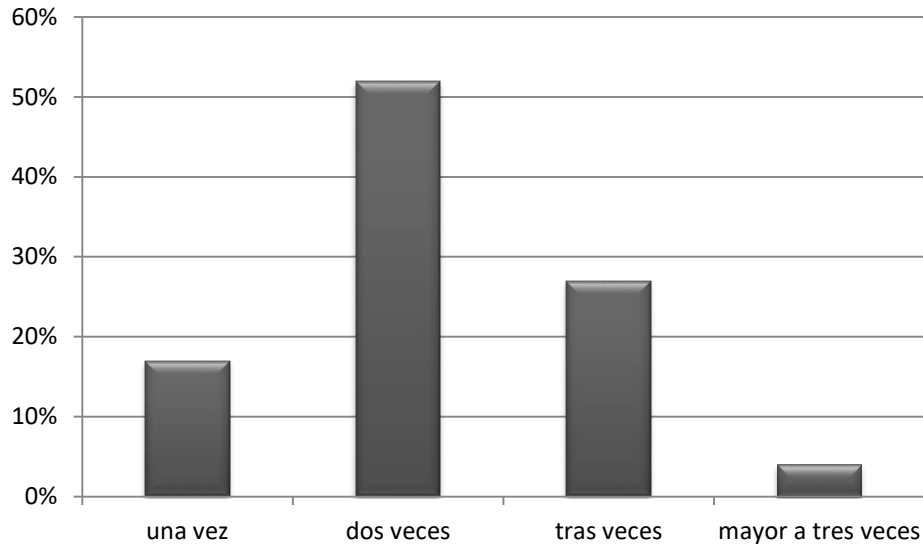
Tabla No. 3

HALLAZGOS CLINICOS
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Hallazgo	Número de pacientes	%
Caries	48	92%
Gingivitis	33	63%
Anodoncia parcial	26	50%
Periodontitis	23	44%

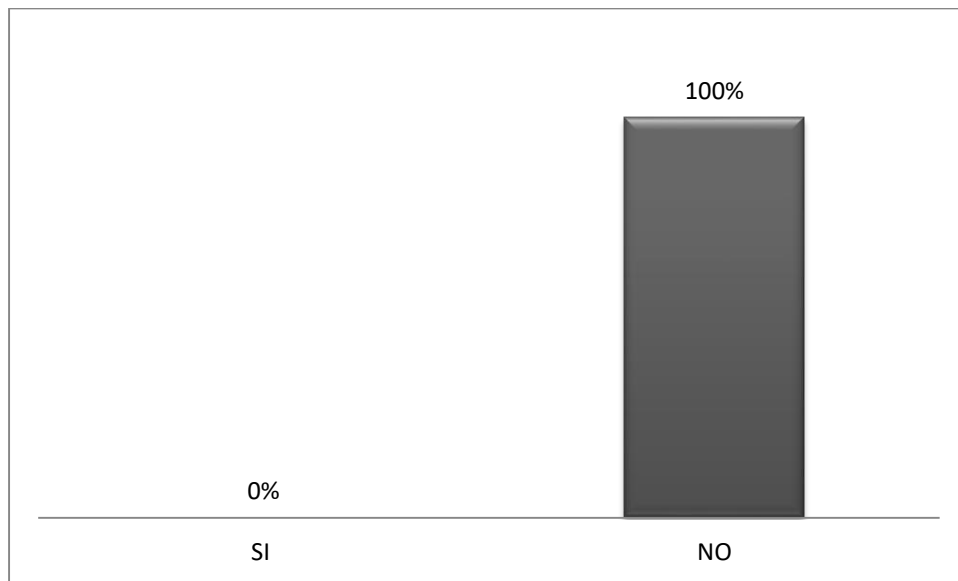
Grafica No. 3

HABITOS DE HIGIENE BUCAL: NUMERO DE CEPILLADO DENTAL DIARIO
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS



Grafica No. 4

APLICACIÓN ANUAL DE FLÚOR
SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS



VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor oro-facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de piezas dentales otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

El 100% de las pacientes evaluadas presentó una salud bucodental inadecuada, esto ya que se detectó patología oral en la totalidad de las pacientes. El hallazgo más frecuentemente encontrado fue caries dental, documentándose en el 92% de las pacientes seguido por gingivitis, anodoncia parcial y periodontitis.

Otros factores que influyen en el estado de salud bucal de las pacientes es la falta de cumplimiento de las conductas sugeridas, debido a que el 96% de las pacientes no acudieron al odontólogo ni una vez al año, el 27% de las pacientes se cepillaban los dientes tres veces al día como es recomendado y, la aplicación de flúor no la realizó la totalidad de las pacientes. En Venezuela se evidencio que la mayoría de pacientes acudían a los centros de servicio de control prenatal para evaluación periodontal por lo cual sus índices de complicaciones son menores en relación a patologías dentales (4), sin embargo para Latinoamérica la OMS registra mayor frecuencia de estas patologías entre los grupos pobres y desfavorecidos, incluyendo dentro del grupo de vulnerabilidad a las pacientes en estado de gestación ya que el sistema inmune se ve comprometido asociado a los múltiples cambios fisiológicos presentes en el embarazo (1).

El 100 % de las pacientes refirieron ingresos menores al salario mínimo lo cual infiere en inadecuada salud bucal oral.

Es importante mencionar que de las pacientes en el estudio durante el control prenatal se evidenciaron dos casos de abscesos periodontales, por lo cual fue necesario el ingreso hospitalario, lo que evidencia que una inadecuada salud bucal pone en riesgo el bienestar de las pacientes por procesos sépticos. La fisiopatología de estos procesos es debida a la formación de una película peridentaria constituida por glicoproteínas que se adhieren a las bacterias mediante adhesinas específicas para cada cepa formando puentes de Ca^{2+} y Mg^{2+} y constituyendo el sarro, la inflamación crónica desencadena las bolsas gingivales y los detritos y posteriormente la diseminación al útero grávido, dando lugar a parto prematuro y al nacimiento de fetos de bajo peso.(5)

De la totalidad de la muestra, no todas acudieron a la evaluación en el departamento de estomatología el cual se encuentra en el área de consulta externa de adultos, quedando 52 pacientes evaluadas, el resto de pacientes que abandonaron el estudio refirieron que no podían esperar el tiempo necesario para ser atendidas, justificando que tenían hijos en guarderías, situación por la que no pudieron esperar el tiempo necesario para ser evaluadas por el especialista.

Para poder contar con la participación de las pacientes en estas condiciones se solicitó apoyo de este servicio quienes de manera atenta ofrecieron brindar atención inmediata a las pacientes al llegar a su consulta, sin embargo algunas pacientes fueron citadas nuevamente para ser evaluadas, no todas asistieron, esta condición fue una limitación importante por lo que se redujo el tamaño de la muestra.

Los datos recolectados evidenciaron que la totalidad de las pacientes presentaron una inadecuada salud bucal.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 De acuerdo al estudio realizado se determinó que el 100% de las pacientes presentaron patología bucodental.
- 6.1.2 Los principales factores asociados a la inadecuada salud bucodental de nuestros pacientes son el bajo nivel económico, los pocos hábitos de limpieza dental como el poco cepillado, uso de hilo dental y aplicación de flúor, al igual que la falta de visitas rutinarias al odontólogo.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Habilitar un área específica en la consulta externa de maternidad la cual funcione de forma exclusiva como área de estomatología para evaluación de embarazadas.
- 6.2.2 Dar cumplimiento a las políticas de salud pública en cuanto a la evaluación bucodental durante la gestación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. mediainquiries@who.int
2. Judit D, Abreu M, Llanes IEL, Dra II, Gou A, Meylín ID, et al. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año Educational diagnosis on oral health for pregnant women and mothers with children younger than one year. 2013;50(3):265–75.
3. Información sobre salud bucal a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas Guerra me; Tovar V; Blanco L. ,Gutierrez H., Instituto de Investigaciones Odontológicas "Dr. Raúl Vincenteli" , Hospital Universitario de Caracas, Facultades de Odontología y Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Consultado en Abril 29, 2010.
4. Tesis sobre la participación de los profesionales de trabajo Social, en la clínica dental para niños(as) menores de 5 años del hospital general de enfermedad común, del instituto guatemalteco de seguridad Social, octubre de 2005.
5. Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro. 1 st Ed. Santiago. Minsal. Chile 2005,26 paginas. Disponible en: www.supersalud.cl/documentacion/.../article-625.html. Consultado en Julio 21, 2010
6. Tesis de estado de salud periodontal en mujeres embarazos del primer al cuarto mes de gestación por medio de evaluación periodontal, noviembre de 1996.
7. CABERO, L.: Riesgo elevado obstétrico. Barcelona: Masson, 1996; 131 -157.
8. ROMNEY, S.L.; GRAY, M.J.; LITILE, A.B.; MERRILL, J.A.; QUILLIGAN, E.J.; STANDER, R. :Ginecología y obstetricia. Cuidado integral de la mujer. Barcelona: Salvat, 1979; 825-829.
9. BENSON, R. C.: Manual de ginecología y obstetricia. 7.ªEd. México: Manual Moderno, 1985; 285-298.
10. BAQAN,J.V; CEBALLOS,A.; BERMEJO,A.;AGUIRRE,J.M.; PENARROCHA, M.: Medicina Oral. Barcelona: Masson, 1995; 662-671.
11. SHROUT, M.K.; POTTER, B.J.; COMER, R.W; POWELL, B.J.: Treatment of the pregnant dental patient: a survey of general dental practitioners. Gen. Dent., 1994; 42: 164-167. 'J'
12. BARRO N, M.W: The pregnant surgical patient: medical evaluation and management. An. Int. Med., 1994; 101 :683-691.
13. FIESE, R.; HERZOG, S.: Issues in dental and slirgical management of the pregnant patient. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1988; 65: 292-297.
14. SANTANA, A.; MORA, M.J.: Salud bucodental y embarazo. Revista Actualidad Odontoestomatológica Española, 1991; 51:57-62.
15. MANUS, DA.; SHERLERT, D. ;JACKSON, I. T.: Management considerations for the granuloma of pregnancy Plast. Reconstruct. Surg., 1995; 95: 1045-1050.
16. TARSITANO, B.E; ROLLINGS, R.E.: The pregnant dental patient: evaluation and management. Gen. Dent., 1993; 41: 226-231.
17. Pihstrom BL, Michalowics BS, Jonson NW. Periodontal diseases. Lancet.366: 1809-20;2005.
18. Dudak O, Eberhardt MU, Persson UM. Periodontitis, a marker of risk pregnancy for preterm birth. J Clin Periodontol.32: 45-52;2005.
19. Dasayanake AP, Russell S, Boyd D, Madianos PN, Forster Tornquistet a/. Preterm low birthweight and periodontal disease among African Americans. Dent Clin North Am. 47: 115-25;2003.

20. Vittek J., Hernández M. R., Wennk E. J. Rapaport. S. C. Southren A. L. Specific strogen receptors inhuman gingival. *J. Clin. EndocrinolMetb.* 54: 608-612; 2000.
21. Amar S. Mun Chung K. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontology.* 6: 79-86; 2000.
22. Romero BC, Chiquito CS, Elejalde LE, Bernardoni CB. Relationship between periodontal disease in pregnant women and the nutritional condition of their newborns. *J Periodontol.* 73: 1177-83; 2002.
23. Castaldi JL, Bertin MS, Jiménez Fabián, Lede Roberto. Enfermedad Periodontal: ¿es factor de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer o pre eclampsia. 9(4): 253-258; April 30, 2006 .
24. Paquete DW. The periodontal infection systemic disease link: a review of the truth or myth. *J IntAcadPeriodontol.* 4: 101-9; 2002.
25. Korman K., Loesche W. Effect of stradiol and progesterona on *Bacteroidesmelanigenicus* and *bacteroidesgingivalis* .*InfectInmun.* 35:256-263; 1982.
26. Guyton A, Hall JE. Tratado de fisiología médica. Philadelphia: Interamericana;1998, p.1120-1140, t.IV.
27. Casamassimo PS. Maternal oral health. *Dent Clin North Am.* 45(3):469-78; 2001.
28. Laine M. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta OdontolScand.*60(5):257-64;2002.
29. Salvalini E, Di Giorgio R, Curatola A, Mazzanti L, Pratto G. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. *Br J ObstetGynaecol.* 105(6):656-60; 1998.
30. Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *AustDent J.*47 (2):106-15; 2002.
31. Murtomaa H, Holttinen T, Meurman JH. Conceptions of dental amalgam and oral health aspects during pregnancy in Finish women. *Scand J Dent Res.* 99 (6):5226; 2001.
32. Chicco G, Gennai A, Ceccherini M, Marelli R, Pallassini A. Gingival changes in pregnancy. *StomatolMediterr.* 9(4):311;1989. .
33. Sooriyamoorthy M, Gowe DB. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease. *J ClinPeriodontol.*16(4):201-8;1989.
34. Tsai CC, Chen KS . A study on sex hormones in gingival crevicular fluid and black pigmented bacteria in subgingival plaque of pregnant women. 11(5):265-73;1995.
35. Laine M, Pienihakkinen K. Effect in relation to late pregnancy and postpartum. *Acta OdontolScand.* 58(1):8-10;2000.
36. Blagojevic D, Brkanic T, Stojic S. Oral health in pregnancy. *Oral health in pregnancy. Med pregl.*55(6):213-6;2002.
37. Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *AustDent J.*47 (2):106-15;2002.
38. SHROUT, M. K.; COMER, R.W; POWELL, B.J.; McCOY, B.P:Treating the pregnant dental patient: four basic rules addressed.*JADA,* 1992; 123:75-80
39. LITTLE, J.W; FALACE, D.A.: Dental management of the medically compromised patient. 3. • Ed. St. Louis: Mosby; 198; 325-331 .
40. RODRÍGUEZ,J.L.; MACHUCA, G.; MACHUCA, C.; RIOS, J.V.; VELASCO, E.; MARTÍNEZ-SAHUGUILLO, A.; BULLÓN, P : Consideraciones sobre el tratamientG odontológico integrado en la paciente gestante. *RevistaEuropea de Odonto-Estomatología,* 1996; 8: 73-79.
41. FORMAN, D.; GOLDBERG, H.I.:Microembolization and resection of a highly vascular pyogenic granuloma. *J. Oral Maxillofac. Surg.,* 1990; 48: 415-418.
42. Mills LW, Moses DT. Oral health during pregnancy. *MCN Am J matern Child Nurs.* 27(4):275-80;2002.
43. Bossens M. Antibiotics and pregnancy. *RevMedBrux.* 22(4):260-3;2001.

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO No. 1

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO SALUD BUCODENTAL EN EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Yo _____ con número de identificación personal _____ de _____ años de edad y con un embarazo de _____ (semanas/meses) soy informada para autorizar mi participación en el estudio titulado Salud Bucodental en Embarazadas en Control Prenatal en el Hospital General San Juan de Dios el cual consiste en una encuesta previa y posterior evaluación por departamento de Estomatología de este mismo hospital en donde se me indicara cual es el estado de salud bucal oral de mi cavidad bucal al momento de la evaluación.

Siendo consciente de los beneficios que esta evaluación implica para mi persona firmo la siguiente como constancia que apruebo mi participación en este estudio.

Guatemala, _____ de _____ del año 20____

f. _____

DPI No.

8.2 ANEXO No. 2

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
GUATEMALA, C.A.

REGISTRO No. _____
Fecha de examen inicial _____
Hora: _____

SERVICIO DE ODONTOLOGIA

Nombre: _____

Edad: _____

Grupo étnico: LADINO _____ INDIGENA _____

MEZTIZO _____ GARIFUNA _____

Escolaridad: NINGUNA _____ PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____

DIVERSIFICADO _____ UNIVERSITARIO _____

Antecedentes G-O: G _____ P _____ C _____ Edad gestacional: 1º _____ 2º _____ 3º _____

Ingreso económico familiar mensual

<Q. 0-500.00 _____ Visita periódica al odontólogo NINGUNA _____ 1 VEZ _____ MAS DE 1

Q. 501-1000.0 _____ Cepillado dental diario ninguna _____ 1 vez _____ 2 _____ 3 _____
>3 _____

Q.1001-1500.0 _____ Aplicación de flúor si
_____ no _____

Q. 1501-2000.0 _____

>Q.2000 _____

Motivo de
consulta: _____

Historia de la presente
enfermedad _____

Historia odontológica
anterior _____

Examen clínico de la cavidad
oral: _____

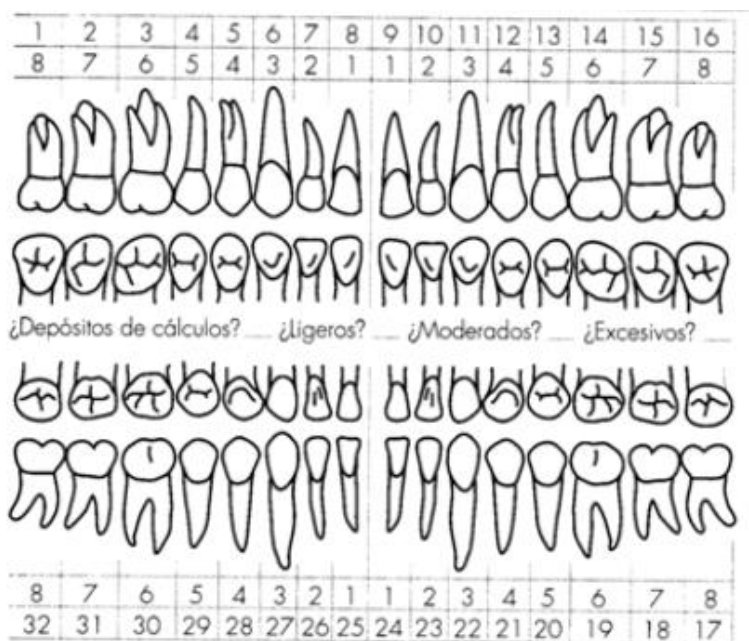
Diagnostico: _____

DIAGNOSTICOS	PRESENTE	AUSENTE
CARIES DENTAL		
ANODONCIA		
PERIODONTITIS		
GINGIVITIS		

Salud Bucal:

Adecuada

Inadecuada



No Pieza	Diagnostico	No Pieza	Diagnostico
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16		32	

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados todos los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.