



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
MEDICINA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
GESTANTES, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO 2000-2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

JAZMÍN ROSA GLORIA GARCÍA ALZA

ASESORES

Dr. Jorge Lozada Cáceda

Dr. Carlos Álvarez Baglietto

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud materna

TRUJILLO – PERÚ

Año 2016

PÁGINA DEL JURADO

.....
DR. VÍCTOR MORILLO ARQUEROS
PRESIDENTE

.....
DRA. ANA MARÍA CHIAN GARCÍA
SECRETARIA

.....
DR. CARLOS ÁLVAREZ BAGLIETTO
VOCAL

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la sabiduría, entendimiento y fuerza de voluntad para lograr culminar mi carrera profesional.

A MIS PADRES ULISES GARCÍA ARMAS, GLORIA ALZA CHÁVEZ Y HERMANOS CORAL GARCÍA ALZA, ANGIE GARCÍA ALZA GIANCARLO SALDARRIAGA ALZA

Por brindarme en todo momento el apoyo y aliento para llegar hasta aquí, por enseñarme que no debo retroceder nunca y rendirme jamás.

A MI HIJA MISHHELL PHEYTON KIARA PASCUAL GARCÍA

Quien pese a su corta edad, me enseñó que la vida tiene un sentido y que con dedicación podemos lograr nuestros propósitos y objetivos.

Jazmín Rosa Gloria García Alza

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad y plana docente de la Escuela de Medicina:

Por guiar mis pasos, para constituir ahora un producto con

una formación humanística y científica.

A mis Maestros y Asesores:

Dr. Pedro Mejía Ricos, Dr. Jorge Lozada Cáceda, Dr. Carlos Álvarez

Baglietto por su apoyo y asesoramiento permanente para la elaboración de esta Tesis.

A mis amigos:

quienes estuvieron

compartiendo su experiencia de

aprendizaje, sus alegrías, tristezas,

preocupaciones, noches sin dormir,

triumfos y fracasos, dificultades, que

fueron superadas por el compañerismo

cultivado durante este tiempo

inmemorable.

Jazmín Rosa Gloria García Alza

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Jazmín Rosa Gloria García Alza con DNI 74728823, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada “Perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en gestantes, Hospital Belén de Trujillo 2000-2014”, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada-

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo. 7 de diciembre del 2016.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “Perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en gestantes. Hospital Belén de Trujillo 2000-2014”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

Jazmín Rosa Gloria García Alza

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Presentación.....	vi
Índice.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Problema.....	14
1.2. Hipótesis.....	14
1.3. Objetivos.....	14
II. MARCO METODOLÓGICO.....	14
2.1. Variables.....	14
2.2. Operacionalización de variables.....	15
2.3. Tipos de estudio.....	16
2.4. Diseño de investigación.....	16
2.5. Población, muestra y muestreo.....	16
2.6. Criterios de selección.....	16
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
2.8. Métodos de análisis de datos.....	17
2.9. Aspectos éticos.....	17
III. RESULTADOS.....	18
IV. DISCUSIÓN.....	21
V. CONCLUSIONES.....	24
VI. RECOMENDACIONES.....	25
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
VIII. ANEXOS.....	29

RESUMEN

La investigación buscó establecer el Perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en gestantes en el Hospital Belén de Trujillo, 2000-2014; mediante selección aleatoria simple, según diseño descriptivo retrospectivo, empleando el Excel (HIS), el Sistema informativo materno perinatal (CLAP) e historias clínicas de las gestantes. La frecuencia de periodontitis en gestantes fue 42.7%, la edad de mayor frecuencia estuvo comprendida entre 33-37 años (36.7%), el estado civil soltera fue más frecuente, con 43.0% a su vez se determinó como el de mayor población. El 54% de gestantes pertenecen a la zona rural, con 56.1% de periodontitis. El 54.5% de gestantes tienen hasta el grado de instrucción primaria, y se establece como la de mayor población. El 46.8% de gestantes con periodontitis son de condición socioeconómica baja. Existe una mayor frecuencia de periodontitis en gestantes entre 33-37 años, en su mayoría con estado civil soltero. La mayor población pertenece a la zona rural quienes cursan el nivel primario. La condición socioeconómica baja prevaleció en la mayor parte de gestantes con periodontitis.

Palabras Clave: Enfermedad periodontal

ABSTRACT

The research sought to establish the epidemiological profile of periodontal disease in pregnant women at Hospital Belén de Trujillo, 2000-2014; using simple random selection, according to retrospective descriptive design, using Excel (HIS), the Perinatal Maternal Information System (CLAP) and clinical records of pregnant women. The frequency of periodontitis in pregnant women was 42.7%, the most frequent age was between 33-37 years (36.7%), the single marital status was more frequent, with 43.0% in turn being determined as the largest population. 54% of pregnant women belong to the rural area, with 56.1% of periodontitis. 54.5% of pregnant women have up to the level of primary education, and is established as the largest population. The 46.8% of pregnant women with periodontitis are of low socioeconomic status. There is a greater frequency of periodontitis in pregnant women between the ages of 33-37, mostly with unmarried marital status. The largest population belongs to the rural area who attend the primary level. Low socioeconomic status prevailed in most pregnant women with periodontitis.

Keywords: Periodontal Disease

I. INTRODUCCION

En nuestro país existen algunos estudios sobre prevalencia y severidad de la gingivitis en el embarazo relacionados a variables clínicas y sociodemográficas; así como asociados a concentraciones hormonales, higiene bucal, dieta, altitud sobre el nivel del mar, aportando diversa información¹. Sin embargo, dichos trabajos sólo se limitan a estudiar la inflamación gingival, pero no informan sobre estados más severos de la enfermedad periodontal, que es cuando esta afección podría convertirse en un foco infeccioso que compromete la salud del sujeto y más aún del binomio madre-niño.²

La Salud Bucal en el Perú, muestra elevada frecuencia de patología Odonto estomatológicas. Así, la prevalencia de caries, enfermedad periodontal y de mal oclusión es 90%, 85% y 80% respectivamente, resultando en una preocupación para la salud. Igualmente, el índice de caries, pérdidas y obturaciones (CPOd), a los 12 años es de 6, lo cual nos ubica como país en emergencia, según la OPS.^{3,4}

La prevalencia de la enfermedad periodontal, como patología crónica infecciosa, oscila entre 10% y 60%, y su nexa con aterosclerosis, infarto de miocardio, hemorragia cerebrales, diabetes mellitus pudieran explicar el elevado riesgo materno perinatales adverso.^{5,6}

Peña M, et al (Cuba, 2011); identificaron la periodontitis, como variable de bajo peso en RN de parto antes de las 38 semanas, en 100 puérperas y RN < 2 500 gr., vs 200 puérperas con parto a término y recién nacidos con peso normal. El 62,0 % de casos y solo 25,0 % de controles, presentaron periodontitis I; las infecciones genitourinarias fueron más frecuentes en mujeres con partos pre término y recién nacidos con bajo peso, con 83,0 % vs. 45,5 % de los controles.

Zermeño J, et al (Chile, 2011); precisaron el perfil clínico epidemiológico de la enfermedad periodontal de 282 gestantes, de las cuales el 5,25% tuvieron la enfermedad. La edad promedio fue $22,15 \pm 5,43$ años, con el 65,6%, (18-35 años), y la media de semanas de amenorrea ($38,2 \pm 2$). Existió diferencia significativa entre la edad de las gestantes con y sin enfermedad periodontal ($p < 0,001$), con una media de 21,5 años para aquellas sin enfermedad periodontal y de 25,4 años para las enfermas, y a mayor número de embarazos, su prevalencia fue más alta ($p < 0,001$).⁸

Mesa F, et al (España, 2012); precisaron el perfil clínico epidemiológico de 244 puérperas, mediante estudio descriptivo, divididas en grupos de 153 y 91 pacientes, según presencia o ausencia de enfermedad periodontal; observando que la media de edad del grupo control fue 29 años, la media de gestación de 278 días y la media del peso del RN fue 3.34 kilos; en tanto que en el grupo de casos, la media fue 30 años, la media de gestación de 248 días y la media del peso del

RN 2.32 kilogramos; en este grupo, 20 RN tuvieron peso normal y < de 259 días de gestación; en tanto que 13 RN pesaron menos de 2500 gramos y fueron a término.⁹

Amaya S, et al (Colombia, 2012); describieron la periodontitis y la flora gingival de 81 gestantes; el 63% presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo (leve 27.2%, y severa 91.4%) presentó enfermedad periodontal, dentro del cual el 59.3% (n=48) fue periodontitis crónica y solo el 8.6% presentó un buen estado de salud periodontal. Los microorganismos más frecuentes fueron *Fusobacterium* sp 80.2%, *Porphyromonas gingivalis* 59.3% y *Prevotella intermedia/nigrescens* 51.9%.¹⁰

Corsini G, et al (Chile, 2011); identificaron la prevalencia e incidencia de caries y enfermedad periodontal en gestantes, la misma que fue de 83.6/100.000, (693.339 casos anuales) y una incidencia de 31.26/1.000 (226.980 casos anuales); en un universo de 230.831 embarazadas, siendo el grupo de 20 a 44 años con el mayor número de partos.¹¹

Pérez B, et al (Venezuela, 2014): Describieron el perfil clínico epidemiológico de gestantes con enfermedad periodontal hospitalizadas. Incluyeron 27 gestantes como casos y 52 como controles; la edad promedio fue 26 años. La edad promedio en los casos fue de 26,74 años y en los controles fue de 25,73. La edad gestacional promedio en los casos fue 34,9 semanas y en los controles fue 32,5 semanas.¹²

Vargas A, et al (Perú, 2015); determinaron la asociación periodontitis crónica y tipo de parto en 19 puérperas con partos prematuros y 41 con partos eutócicos, empleando el Índice Gingival (IG), el Índice de Enfermedad Periodontal y el Índice de Placa Bacteriana de Higiene Oral Simplificado. El 100 % de ellas mostraron periodontitis. La forma leve ocurrió más en ambos grupos; pero la forma severa fue significativa ($\chi^2 = 12.915$ $p=0,002$); siendo en aquellas parto pretérmino, (72.7 %), vs partos a término (27.3 %).¹³

Como expresamos, la enfermedad periodontal está ligada al desarrollo de diversas complicaciones en las gestantes y sus productos, siendo por ello importante una somera mención de las patologías asociadas a la enfermedad periodontal, que como hemos mencionado se asocia a diversas morbilidades agudas o crónicas, que incluso pueden devenir en mortalidad.

El parto pretérmino, ocurre entre las semanas 22 y 37. La 22ava semana de gestación equivalen a fetos con 500 g.¹⁴ La prematuridad anual en el mundo se incrementa y a pesar de su atención tanto en el ámbito clínico como de la investigación, su frecuencia se aprecia incremento y severidad. En países industrializados, se ha observado un aumento en la tasa de nacimientos pretérmino durante las dos últimas décadas.¹⁵ La frecuencia del parto prematuro en USA es 13% y en los países

Europeos, es 9%.¹⁶ En América latina, uno de cada 7 nacidos es prematuro, siendo la ruptura de membranas y la HTA gestacional, las causas principales.¹⁷ Alrededor del 70% de los partos pretérmino se producen como resultado de parto espontáneo pretérmino (45%) o RPM (25 %); la intervención obstétrica añade 30 %.¹⁸

Las infecciones sistémicas o intrauterinas, son uno de los factores principales de prematuridad, vinculadas con el inicio del parto.¹⁹ Así, la infección vaginal por bacteroides se vincula a un incremento en el riesgo de parto prematuro hasta en el 60%. La elevación de citoquinas del feto o de la madre como el TNF alfa, resulta en la producción de prostaglandinas, con el consiguiente desarrollo de eventos que pueden conducir entre otros al parto prematuro; así mismo, los Polimorfo nucleares y los gram negativos, producen fosfolipasa A2, que facilita la producción de prostaglandinas. El TNF alfa y el IL-6 también atraviesan la placenta produciendo manifestaciones sistémicas en la madre y en el producto. Así mismo, la prostaglandina E2 y TNF alfa se incrementa en casos de periodontitis.²⁰

Otros factores asociados al parto prematuro son diversos y complejos. Se mencionan factores socioeconómicos, por la frecuencia significativamente mayor entre embarazadas adolescentes, de bajo nivel socioeconómico, solteras, sin instrucción o sin apoyo social. El Factor genético, pues el tamaño corporal de la madre parece ser un componente determinante del tamaño del producto. El Factor obstétrico, está relacionado con historias previas de partos prematuros, abortos y óbitos. El aporte de nutrientes es un factor fundamental para el crecimiento y desarrollo del feto. Otros factores de riesgo de parto prematuro y bajo peso son el peso de la gestante, las exposiciones al tabaco, y tomar alcohol.²¹

La periodontitis es una de las variables de riesgo para nacimientos prematuros. El crecimiento de bacterias en la paca gingival, ocasiona una respuesta inflamatoria del huésped. La patogenicidad de la bacteria y la respuesta inmune, causan destrucción y pérdida de piezas dentarias, compromete la encía y libera crónicamente gérmenes anaerobios gram negativos, productos bacterianos, endotoxinas, lipopolisacáridos y ocasiona una respuesta inflamatoria crónica del paciente, que diseminados a través de la placenta resultan en infección intrauterina y parto prematuro a través de una serie de mecanismos.²⁸ La embarazada, por los cambios hormonales presentes que ocurren de manera fisiológica producto de la gestación posee un riesgo mayor de desarrollar parto prematuro, y producto de bajo peso, con los riesgos que ello conlleva a al binomio madre hijo.²²

Diferentes estudios epidemiológicos sobre enfermedad periodontal, la señalan como prevalente y severa en diversos grupos poblacionales, especialmente en gestantes, pacientes con enfermedades

crónicas como Diabetes Mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedad coronaria, entre otros. Y aunque sea considerada como entidad localizada y limitada sólo a dientes y tejidos periodontales, hoy se viene manifestando su posible efecto sistémico sobre el embarazo.²²

Los efectos de la enfermedad periodontal en la gestación estarían dados por partos prematuros y en productos de bajo peso al nacer, lo que representa una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil en el Perú y en el mundo. La relación con enfermedad periodontal puede anunciarse por las evidencias patológicas y microbiológicas encontradas, constituyendo un reservorio de bacterias, productos bacterianos y citoquinas proinflamatorias, que estimulan la liberación de mediadores inflamatorios que actúan sobre la placenta y/o el crecimiento del feto, dando lugar a daño placentario con consecuencias negativas sobre el feto.^{23,24}

El parto prematuro ocurre como resultado indirecto de la infección, principalmente por contigüidad bacterianos como las endotoxinas (LPS) y también por acción de mediadores inflamatorios producidos por la madre. Las endotoxinas de las bacterias inducen la liberación de citoquinas, como el FNT y la IL-1, las que pueden iniciar la cascada de PG y la subsecuente actividad miometrial. La respuesta inflamatoria materna frente a una infección durante el embarazo, conduce a la prematuridad de los nacimientos, documentado de madres con infecciones del tracto urinario, en las cuales la producción de PG y citoquinas pro inflamatorias elevadas dan por resultado a un prematuro de bajo peso al nacer.²⁵

La enfermedad periodontal sirve de reservorio crónico de bacterias y sus productos (LPS), los cuales ganan la vía hemática, accediendo a la placenta y estimulando localmente la producción de mediadores inflamatorios como PGE2, FNT e IL-1, que facilitan el desarrollo del parto prematuro. Los niveles de estas citoquinas elevadas en la enfermedad periodontal activa, alcanzan una cota crítica en el fluido gingival, para ser ingresadas luego a la sangre (detectado por pruebas de inmuno ensayo) arribando al útero donde se producen también una mayor cantidad de citoquinas pro inflamatorias, que desencadenan mecanismos que activan el desarrollo de las contracciones y ruptura prematura de membranas.²⁶

La Enfermedad periodontal es una morbilidad infecciosa consecuencia de un proceso inflamatorio crónico localizado en los tejidos que soportan la dentadura, y que se caracteriza por pérdida progresiva tanto de la inserción clínica periodontal y de la masa ósea. Es una patología de prevalencia e incidencia significativa y constante en las gestantes de nuestra población; siendo responsable importante de la morbilidad materno fetal^{27, 28}.

Por tal motivo, resulta de interés caracterizar el perfil epidemiológico de esta patología en nuestro contexto sanitario a fin de seleccionar durante el primer control gestacional, a aquel grupo de

pacientes con enfermedad periodontal a fin de tratarlas para prevenir el desarrollo de prematuridad del parto, y bajo peso del recién nacido entre otras.

El estudio permite identificar nuevos factores relacionados con enfermedad periodontal; aporta relevancia social porque se trata de una enfermedad que condiciona complicaciones de riesgo en el neonato; tiene implicaciones prácticas dado que al identificar estas características, permitiría un abordaje más efectivo del mal; posee valor teórico puesto a partir de ella se podrá plantear nuevas tareas y estrategias más efectivas para llevar a cabo el despistaje y su erradicación, y tiene utilidad metodológica, puesto que servirá de base para la realización de nuevas investigaciones con otros diseños, además que no hemos identificado estudios similares en nuestro medio.

1.1. PROBLEMA

¿Cuál es el perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2000-2014?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 General:

Identificar el perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2000-2014

1.2.2. Específicos:

Identificar frecuencia de la periodontitis en gestantes.

Establecer la frecuencia de periodontitis, según edad de la gestante.

Establecer la frecuencia de periodontitis, según estado civil de la gestante.

Identificar la frecuencia de periodontitis, según procedencia de la gestante.

Identificar la frecuencia de periodontitis, según grado de instrucción de la gestante.

Establecer la frecuencia de periodontitis, según nivel socioeconómico de la gestante.

II. METODOLOGÍA

2.1. Variables

Variable independiente:

Enfermedad Periodontal: variable cualitativa

2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDIDA
PERFIL CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS: Conjunto de características socioeconómicas, culturales y demográficas relacionados con una determinada patología. ⁴	Edad	Se determinó el número de años de la paciente al momento de la gestación	Años	Cuantitativa intervalo
		Estado civil	Se determinó el tipo de unión conyugal de la paciente	Soltero Casada Conviviente	Cualitativa nominal
		Procedencia	Se determinó el ámbito geográfico de procedencia de la gestante	Urbano Rural	Cualitativa nominal
		Grado de instrucción	Se determinó el nivel educativo alcanzado por la paciente	Inicial Primaria Secundaria	Cualitativa ordinal
		Nivel socioeconómico	Se determinó el ingreso económico mensual de la paciente.	Alto Medio Bajo	Cualitativa ordinal

2.3. TIPO DE ESTUDIO

Básico, aplicado.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, descriptivo, observacional.

2.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población Y Muestra: constituida por gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

Unidad de análisis: Cada gestante atendida en el Hospital Belén de Trujillo.

Unidad de muestral: a) Sistema informativo Excel (HIS)

b) Sistema informativo materno perinatal (CLAP)

c) Historias clínicas de las gestantes.

Tamaño muestral: Se obtuvo con la siguiente fórmula.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.15 \times 0.85}{(0.05)^2}$$
$$n = \frac{3.84 \times 0.12}{0.0025}$$
$$n = 185 \text{ pacientes}$$

Método de muestreo: La población fue seleccionada en forma aleatoria simple.

2.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Gestante atendida en el Hospital Belén de Trujillo, 2000-2014.

Criterios de exclusión:

Muerte fetal intrauterina.

Malformaciones fetales.

Gestante con tratamiento antibiótico.

Gestante con talla inferior a 1.50 cm y peso inadecuado para la gestación.

Gestante con antecedente de aborto, parto prematuro y bajo peso.

Historia clínica incompleta.

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica: revisión de historias clínicas. El instrumento consistió en una ficha de recolección de datos, dividida en dos partes: datos de filiación, y datos relacionados a la variable.

El procedimiento para la recolección de la información: Obtenido el permiso correspondiente se solicitó al Comité de Investigación, la revisión de Historias clínicas y se seleccionaron los casos según los criterios de inclusión y exclusión, de manera aleatoria, seleccionando 80 historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Belén durante el periodo 2000-2014, extrayendo de ellas toda la información necesaria registrándolas en un formato especialmente creado para ese fin, teniendo en cuenta la privacidad de la información del paciente.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

No pertinente.

2.8. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos fueron ingresados y procesados con el programa SPSS 19.0 para Windows. La presentación de la información se realizó mediante tablas de distribución de frecuencias y contingencia para estudios descriptivos, con gráficos si el caso lo ameritaba.

2.9. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada César Vallejo (ANEXO N° 2), puesto que al ser un estudio descriptivo sólo se recogió datos de las historias clínicas de las pacientes, basándonos en el principio número 11 de la declaración médica de Helsinki II que se refiere la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

III. RESULTADOS

TABLA N° 01
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. ATENDIDAS EN HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2000-2014

EDAD	ENFERMEDAD PERIODONTAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
15-20	10	12.6	44	41.5	54	29.1
21-26	17	21.5	38	35.8	55	29.7
27-32	23	29.1	15	14.1	38	20.5
33-37	29	36.7	9	8.4	38	20.5
	79	42.71	106	57.29	185	100.0

Fuente: Departamento de estadística e investigación del Hospital de Belén de Trujillo

La frecuencia total de Enfermedad periodontal en gestantes, según grupos de edad, fue de 42.7%; el grupo etario con mayor población de periodontitis estuvo entre 33-37 años (36.7%).

TABLA N° 02
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN ESTADO CIVIL. ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2000-2014

ESTADOCIVIL	ENFERMEDAD PERIODONTAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltera	34	43.0	45	42.4	79	42.7
Casada	19	24.0	41	18.8	60	32.4
Conviviente	26	32.9	20	19.8	46	24.8
	79	42.7	106	57.2	185	100

Fuente: Departamento de Estadística e investigación del Hospital Belén de Trujillo

La frecuencia más elevada de Enfermedad periodontal en gestantes, según estado civil, fue soltera (43.0%)

TABLA N° 3**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN PROCEDENCIA. ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2000-2014**

PROCEDENCIA	ENFERMEDAD PERIODONTAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Rural	44	55.6	56	52.9	100	54.1
Urbano	35	44.4	50	47.1	85	45.9
	79	42.7	106	57.5	185	100

Fuente: Departamento de estadística e investigación del Hospital Belén de Trujillo

La frecuencia más elevada de periodontitis en gestantes, según procedencia, fue rural, con 55.6%%.

TABLA N° 04**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2000-2014**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ENFERMEDAD PERIODONTAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	SI	%	NO	%		
Inicial	36	45.5	51	48.1	87	43.8
Primaria	43	54.5	49	46.2	92	48.8
Secundaria	0	0.0	6	5.6	6	7.5
	79	42.7	106	57.5	185	100.0

Fuente: Departamento de estadística e investigación del Hospital Belén de Trujillo

La frecuencia más elevada de Enfermedad Periodontal en gestantes, según grado de instrucción, ocurrió en el grado de primaria, con 54.5%

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE GESTANTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL, SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO. ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2000-2014

NIVEL SOCIOECONOMICO	ENFERMEDAD PERIODONTAL				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alto	18	22.7	50	47.1	68	36.7
Medio	24	30.3	40	37.7	64	34.5
Bajo	37	46.8	16	15.0	53	28.6
	79	42.5	106	57.5	185	100.0

Fuente: Departamento de estadística e investigación del Hospital Belén de Trujillo

La frecuencia más elevada de periodontitis en gestantes, según nivel socioeconómico ocurrió en el nivel bajo, con 46.8%.

IV. DISCUSIÓN

La tabla 1, expresa la frecuencia total de periodontitis en gestantes (PG), fue 42.5%, siendo el grupo etario más frecuente, el comprendido entre 33 a 37 años (66.7%), seguidos cercanamente del grupo entre los 21-26 años (54.5%). Estos datos son de alguna manera semejantes a los reportados por Zermeño J, et al (Chile, 2011)⁸, quienes al evaluar el perfil clínico epidemiológico de la enfermedad periodontal de las gestantes en Santiago, encontraron que la media de edad fue $22,15 \pm 5,43$ años, siendo la mayoría pacientes entre los 18 -35 años (65.6%), y con una media para edad de $38,2 \pm 2$ semanas. Sin embargo, al compararlo con el estudio de Mesa F, et al (España, 2012)⁹, observó que la media de edad de las puérperas “control” fue de 29 años, con una media de gestación de 278 días y la media de peso del RN de 3.34 Kg; en tanto que la media de edad de las puérperas “casos” fue de 30 años, siendo la media de gestación de 248 días y la media de peso del RN de 2.32 Kg.

La elevada frecuencia de enfermedad periodontal puede ser explicada por que durante el embarazo los niveles de hormonas sexuales aumentan, exagerándose la manera en que la encía reacciona a la presencia de irritantes de en la placa gingival, existen otros componentes para su desarrollo, ligados sobre todo a la condición socioeconómica de la paciente, y al estilo de vida que incluye el tabaquismo, falta de ejercicio, consumo de alcohol, también factores sistémicos ligados a co morbilidades y factores de riesgo microbiano, propios de la flora gingival, entre otros.³¹

El propósito de llevar a cabo el estudio sobre enfermedad periodontal en gestantes en el hospital Belén, fue porque se suponía que la prevalencia fuese elevada, comparada con la de otros hospitales de la ciudad por ser un nosocomio que atiende a personas de toda condición socio económica, particularmente de estratos bajos y muy bajos, y que por tanto la riqueza de información proporcionada sería inmensa para provecho de nuestro informe y de la comunidad científica. Según la OMS, estas cifras elevadas de enfermedad periodontal son propias de países en vías de desarrollo, entre los cuales está el Perú, donde se ha reportado una prevalencia de caries dental de hasta 90%, de enfermedad periodontal de hasta 85% y de mal oclusión al 80%, en algunos lugares, constituyendo un problema de salud pública, valores que distan mucho de países desarrollados.

Aunque los resultados expresan que a mayor edad, existirían más casos de enfermedad periodontal en gestantes, ello podría ser debido a que en realidad la paciente ya habría tenido la enfermedad gingival con anterioridad. Sin embargo, debemos tener cuidado con la correcta interpretación de los resultados, pues no existe base suficiente para ello.

La tabla 2, evidencia la distribución porcentual de gestantes con Enfermedad periodontal, según estado civil, apreciándose que en ella fue más frecuente las gestantes solteras con 66.7%, seguidas de las convivientes y las casadas, casi en igual proporción. Este hecho de la elevada frecuencia de solteras con enfermedad periodontal, podría explicarse por su condición de gestante humilde sin apoyo familiar, lo cual la convertiría en único sostén del producto a venir y que según experiencia se trataría de una mujer abandonada por su pareja. La siguiente categoría, corresponde al grupo de convivientes con 37.1%, porcentaje importante que sumado al de la categoría anterior nos estaría informando que la mayoría de pacientes gestantes que acuden para atención en el nosocomio tienen enfermedad periodontal. La convivientes son también por lo común personas que se auto sostienen, manteniéndose en condiciones de salud deplorables.

Al respecto, una investigación en 400 estudiantes que evaluó el índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal y el índice de placa bacteriana, presentó al menos un indicador de enfermedad, siendo más frecuente la litiasis, y en cuanto al índice de higiene bucal, el 77.7% presentaron índices elevados de placa, mostrando relación con la higiene oral y el estrato socio económico³².

La tabla 3, muestra la distribución porcentual de gestantes con Enfermedad periodontal, según procedencia, evidenciándose que ella fue más frecuente entre gestantes cuyo lugar de residencia fue el ámbito rural con 44.4%, seguida del ámbito urbano. Los pacientes que acuden al hospital Belén para atención son moradores que viven en lugares periféricos a la ciudad, en terrenos no propios, cuidado chacras o trabajando en ellas para otros, sin servicios elementales de agua, desagüe, con salarios ínfimos, motivo por el cual no pueden cuidar su alimentación o su salud, incluida la salud bucal.

En este sentido, los investigadores reportan que como resultado de una investigación a 240 habitantes con un instrumento para medir variables socio demográficas y salud bucal a través del examen bucal, el 65% de la población era pobre, el nivel de escolaridad más frecuente era secundaria incompleta, con 39%, el 86% gana menos del salario mínimo, el 62% dejaron de comer una vez al día por falta de dinero; el examen oral encontró que el 10.83% tenían menos de 10 dientes y que el 15% tenían periodontitis. Las personas que se cepillan menos de 3 veces al día son las que presentan las necesidades básicas insatisfechas (72.92%) y que el 82.20% de las personas que tienen una mala percepción de salud oral se consideran pobres³³

La tabla 4, expresa la distribución porcentual de gestantes con Enfermedad periodontal, según grado de instrucción, resaltando que ella fue más frecuente en gestantes con educación primaria, con 51.3% seguido de gestantes con educación inicial. Estos resultados reflejarían la asociación

entre la falta de conocimiento y el desarrollo de periodontitis y a su vez indicaría que detrás de la falta de educación está la pobreza, como raíz de todos los problemas de salud, incluido la enfermedad periodontal. Ello es corroborado por la no existencia de gestantes con educación secundaria que tuvieran periodontitis.

Al respecto, el autor manifiesta que el nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas fue bueno en el 23% de pacientes, y regular en el 70%, mientras que en la multigestas fue bueno en el 18.6% y regular en el 72.1% siendo las diferencias casi no apreciables y que el nivel de conocimiento está ligado al grado de instrucción³⁴.

La tabla 5, informa la distribución porcentual de gestantes con Enfermedad periodontal, según nivel socio económico, mostrando que ella fue más frecuente en el estrato bajo, con 60%, seguido de los estratos medio y alto, evidenciando la ligazón existente entre el nivel de ingresos monetarios y el desarrollo de periodontitis. En nuestro país, existe lo que se denomina el sistema integral de salud, en virtud del cual los pacientes inscritos en este, pueden acceder a atención; sin embargo, no todo es gratuito pues existen diversos costos que hay que asumir entre los cuales están los insumos, los mismos que son onerosos para este nivel de población.

Al respecto, los autores identificaron las necesidades de tratamiento periodontal utilizando el índice gingival y el índice comunitario de necesidades de tratamiento periodontal, resultando que el 46% eran amas de casa, , el 14% fueron campesinos, y el índice para gingivitis leve fue 50% y para gingivitis moderada fue 32% y que 9 de cada 10 pacientes, necesitan tratamiento periodontal.³⁵

V. CONCLUSIONES

El resultado estadístico nos indica que la frecuencia de periodontitis en gestantes prevalece entre las edades que comprenden los 33-37 años.

Del mismo modo los resultados nos indican que la frecuencia de periodontitis en gestantes prevalece en aquellas con estado civil solteras.

Con relación a la procedencia, la zona rural prevalece en la mayor parte de los casos de periodontitis en gestantes.

La estadística nos indica que la periodontitis se encuentra en mayor porcentaje en aquellas gestantes que solo cursaron hasta el nivel primario.

Así mismo la periodontitis está presente en las gestantes con nivel socioeconómico bajo siendo este factor predisponente para su aparición.

VI. RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados se sugiere:

1. Informar, orientar y capacitar a las gestantes en los conocimientos y prácticas que favorezcan la salud bucal, mediante prevención atención y recuperación de las enfermedades bucales.
2. Promover la higiene bucal mediante el autocuidado de las piezas dentales, a través de la orientación durante la práctica del examen bucal.
3. Realizar estudios sobre enfermedad periodontal en gestantes de tal forma contribuir a una investigación más específica sobre la forma cómo esta patología podría verse involucrada en el desarrollo de un mal embarazo.
4. Difundir los resultados del estudio entre los profesionales de la salud que atienden en las unidades de obstetricia y ginecología, de manera que consideren estos resultados, para la mejor toma de decisiones en las gestantes con enfermedad periodontal.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Kramer M, Papageorghiou A, Culhane J, Bhutta Z, Goldenberg RL, Gravett M, et al. Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):108-112.
2. Goldenberg RL, Gravett MG, Iams J, Papageorghiou AT, Waller SA, Kramer M, et al. The preterm birth syndrome: Issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):113-118.
3. Dulanto J, Carranza S, Dulanto M. The maternal periodontal disease as a risk factor of prematurity and low birth weight. *Odontol. Sanmarquina* 2011; 13(2): 13-16.
4. Grandi C, Meritano J, Trungani M. Maternal periodontal disease and preterm birth: a case-control study. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 1(2):41-48.
5. Rakoto S, Tenenbaum H, Davideau J. Periodontal diseases, preterm births, and low birth weight: findings from a homogeneous cohort of women in Madagascar. *J Periodontol.* 2011;81(2):205-13.
6. Khadem N, Ebrahim M, Sanae A. Association between preterm and low-birth weight with periodontal disease: a case-control study. *Iran J Reprod Med* 2012; 10 (6): 561-56.
7. Peña M, Ortiz C, Peña L. La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso. *MEDISAN* 2011; 10(2):3-8.
8. Zermeño J, Flores D, Saldívar C, Soria D, Garza J. Enfermedad periodontal como factor de riesgo para presentar resultados perinatales adversos. *Rev Chil. Obstet y ginecol* 2011; 76(5), 338-343.
9. Mesa F, Puertas A, O'Valle F. Periodontitis como factor de riesgo de partos prematuros y/o bajo peso. Universidad de Granada. Departamento de Estomatología. Tesis. 2014.
10. Amaya S, Bolaños M, Jaramillo A, Soto J, Contreras A. Estado Periodontal y Microbiota Subgingival en mujeres preeclámpicas. *Rev Estomatol* 2011; 13(2): 4-11.
11. Corsini G, Zaror C, Vallejos C. Uso de modelos epidemiológicos para estimar la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal en embarazadas chilenas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral* 2012; 5(2): 74-77.
12. Pérez B. Periodontitis crónica en mujeres embarazadas y el nacimiento de niños de bajo peso y parto pretérmino. Universidad de los Andes. Venezuela. 2014; Tesis.
13. Vargas A. Enfermedad periodontal relacionada a tipo de parto en gestantes atendidas en Hospital Eleazar Guzmán Barrón. In *Crescendo Ciencias de la salud* 2015; 2(1): 377-385.

14. Avalos L. Recién nacido de pretérmino Guadalajara (s.f). Consultado el 12 de diciembre del 2014. Disponible en:
<http://www.pediatriaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf>
15. Santa Cruz I, Figuero E, Herrera D. DOSSIER SEPA. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Enfermedades periodontales y nacimiento de prematuros. Pag (1).
16. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del río MJ, Morong C, et.al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chile 2012; 140: 19-29. Consultado de 18 de diciembre del 2014. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>
17. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez J, Delgado J, Nuñez E. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Ruptura prematura de membranas FLASOG: 2011, GUÍA Nº 1.
18. Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap III L, Hankins G, et al. Nacimiento Pretérmino. Williams Obstetricia 20a. Edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1998. p. 743-770.
19. Vallejo C. Prevalencia de la enfermedad periodontal como posible factor de riesgo en gestantes con partos pretérmino y niños de bajo peso al nacer. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil-Ecuador 2011-2012.
20. Gutiérrez F, Pareja M. Parto prematuro y bajo peso al nacer y su relación con la enfermedad periodontal. Revista Kiru. 2010; 7(1): 43-49.
21. Ovalle A, Gamonal J, Martínez A, Silva N, Kakarieka E, Fuentes A, et.al. Relación entre enfermedad periodontal, infección bacteriana ascendente y patología placentaria con parto prematuro. Rev Méd Chile 2009; 137: 504-514.
22. Andrade A, Barría J, Bouquillard V, Perfil sociobiodemográfico de las mujeres con parto prematuro ocurridos durante los años 2007-2008 en el hospital agosto Riffart de la comuna de castro controladas en el Cesfam Castro Alto. Castro-Chile 2010. Pag. (15).
23. Dulanto J. Enfermedad periodontal de las gestantes en asociación del término con el término del embarazo y el peso de los neonatos del Hospital Docente Madre Niño de San Bartolomé. 2009. Pag (10).
24. Carranza K. Enfermedad periodontal de la gestante en asociación con retardo de crecimiento intrauterino en recién nacidos del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2008. Pag. (8).
25. La Academia Americana de Periodoncia. La patogénesis de la enfermedad periodontal. J.Periodontol; 70: 457-470,1999.

26. Ventura-Junca P. Prematuridad y bajo peso de nacimiento. Manual de Pediatría. Consultado el 11 de noviembre del 2014. Disponible en:
<http://www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/RN.Premat.html>
27. Vettore M, Lamarca, G, Leao A, Thomaz F, Sheiham A, Leal M. La infección periodontal y los resultados adversos del embarazo: una revisión sistemática de estudios epidemiológicos.(2006) Cuaderno de Salud Pública; 22, 2041-2053
28. Guía de atención en periodoncia. Facultad de Odontología (2010). Universidad Nacional de Colombia.
29. Pérez A. Enfermedad periodontal en el parto de pretérmino y bajo peso al nacer. Revisión bibliográfica. Arch Gin Obstet 2009; 47(1-3): 1-64.
30. Alvear F, Velez M, Botero L. Factores de Riesgo para enfermedades periodontales. Revista Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia 2010,22(1):109-116
31. Pulido R, Gonzales M, Rivas M. Enfermedad Periodontal: indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena; Colombia Revista Salud Publica ,13(5):844-852,2011.
32. Díaz C, Arrieta V, Martínez T, Castellar D, Martínez P. Tesis: Relación entre Pobreza y Salud Bucal en Comunidad de Tierra baja, Manzanillo y Boquilla. Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología. Colombia, 2011.
33. Incio L. Tesis. Prevalencia de Caries Dental en relación al nivel de Conocimientos sobre medidas de higiene oral en primigestas y multíparas que se atienden en el policlínico de Francisco Pizarro Essalud- Rímac ,Marzo-Mayo, Lima, Perú 2008
34. García C, Espinoza S, Martínez A, Huerta H, Islas M, Medina S. Necesidades de tratamiento periodontal en adultos de la región rural de Mixteca, estado de Puebla ,México. Revista de salud Publica 12(4)647-657, 2010

VI. ANEXOS

ANEXO 01

“PERFIL CLÍNICO EDPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN GESTANTES, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO 2000-2014”

➤ **Datos generales:**

- 1. Edad** : 15-20
21-26
27-32
33-37

- 2. Estado civil** : Soltera
Casada
Conviviente

- 3. Procedencia** : Urbano
Rural

- 4. Grado de Instrucción** : Primaria
Secundaria
Superior

- 5. Nivel socioeconómico** : Alto
Medio
Bajo

➤ **Variable Independiente:**

- 6. Enfermedad periodontal** : Si
No