FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE TESIS:

RELACIÓN ENTRE LA CONDICIÓNPERIODONTAL Y EL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL INSTITUTO DE PATERNIDAD RESPONSABLE INPPARES. CHICLAYO, AGOSTO- SETIEMBRE 2016

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA.

Autora:

Castro Tapia, Marilin Ximena.

Pimentel, Diciembre del 2016

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE TESIS:

RELACIÓN ENTRE LA CONDICIÓNPERIODONTAL Y EL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL INSTITUTO DE PATERNIDAD RESPONSABLE INPPARES. CHICLAYO, AGOSTO- SETIEMBRE 2016

PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA.

Autora:

Castro Tapia, Marilin Ximena.

Asesor Metodológico

Mg. Esp. CD. Millones Gómez, Pablo Alejandro.

Asesor Especialista

Mg. CD. Arbildo Vega, Heber Isac.

Pimentel, Diciembre del 2016

RELACIÓN ENTRE CONDICION PERIODONTAL Y CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL INSTITUTO DE PATERNIDAD RESPONSABLE INPPARES – CHICLAYO, AGOSTO-SETIEMBRE 2016

Aprobación del Informe de Investigación

Mg. Esp. CD. Pablo Alejandro Millones Gomez
Asesor Metodólogo

Mg.Esp. CD. Heber Isac Arbildo Vega.
Asesor Especialista

Mg .Esp.CD.Vásquez Plasencia Cesar Abraham
Presidente del Jurado

CD.Oskar Prada Vidarte
Secretario del Jurado de tesis.

Mg.Esp CD. Heber Isac Arbildo Vega
Vocal del Jurado de tesis

DEDICATORIA

Este proyecto es el resultado del esfuerzo mío; y está dedicada en primer lugar a Dios por haber estado conmigo en cada paso que he dado, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; en segundo lugar a mi familia, a mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional en todo momento, porque siempre me han dado su fuerza que me ha ayudado y llevado hasta donde estoy ahora; a mis ganas de superación para poder cada día ser mejor como persona y ahora una buena profesional, a mis asesores , maestros que en todo momento me inculcaron a no rendirme y a seguir adelante siempre pensando en mejorar continuamente .

AGRADECIMIENTO:

A Dios por haberme dado la vida y la salud para concluir con mi tesis, a mi querida familia por el apoyo emocional y económico.

Doy gracias a mis profesores quienes durante estos cinco años se esmeraron por dar lo mejor para mi formación profesional, por los conocimientos teóricos y las experiencias vividas.

Además agradezco a: Mg.Esp.CD Heber Isac Arbildo Vega; Mg .Esp. CD. Vásquez Plasencia Cesar; Mg. CD. Oskar Prada Vidarte; Mg. Esp. CD. Pablo Alejandro Millones Gómez, por haberme guiado en el trayecto de elaboración de la investigación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a la que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

INDICE:

DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO: v
RESUMEN viii
ABSTRACTO ix
INTRODUCCION: 1
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 2
1.1. Situación problemática 2
2.1.2. Formulación Del Problema 4
2.1.3. Justificación e Importancia 4
2.1.4. Objetivos 5
2.2 Marco Teórico 6
2.2.1. Antecedentes de la investigación 6
2.2.2. Bases teórico científicas 8
2.2.2.1. Periodonto 8
2.2.2.2. Gingivitis: 8
2.2.2.3. Periodontitis 9
2.2.2.3. Anticonceptivos 10
2.2.2.4. Diagnóstico de la gingivitis y periodontitis: 11
2.2.2.5. Periodontograma 11
2.2.3. Definición de términos 12
2.2.3.1 Anticonceptivo oral 12
2.2.3.2 Condición periodontal 12
2.3.2.3 Profundidad de sondaje: 12
2.3.2.4 Nivel de inserción clínica: 12
2.3.2.5. Índice de higiene oral Oleary :. 12
2.3 Marco Metodológico 13
2.3.1.Tipo y diseño de investigación 13
2.3.1.1. Tipo de investigación 13
2.3.1.2. Diseño de investigación 13

2.3.2.Población y muestra 14
2.3.2.1. Criterios De selección 15
2.3.2.3. Criterios De Exclusión 15
2.3.3.Hipótesis 16
2.3.4.Variables 16
2.3.5. Operacionalización de Variables: 17
2.3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos 18
2.3.6.1. Métodos de investigación 18
2.3.6.2. Técnicas de recolección de datos 18
2.3.6.3. Instrumentos de recolección de datos 18
2.3.7. Procedimientos para la recolección de datos: 19
2.3.8. Plan de análisis estadísticos de datos 20
2.3.9. Criterios éticos 20
2.3.10 Criterios de Rigor científicos: 20
CAPITULO IV : ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS: 21
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 30
CONCLUSIONES: 30
RECOMENDACIONES : ..... ¡Error! Marcador no definido.
I. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. 32
ANEXOS 35
ANEXO 37
ANEXO 50

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad, responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante los meses de Agosto a Setiembre del 2016.La muestra estuvo conformada por 55 mujeres . Para determinar la condición periodontal se llenó el Periodontograma en seis dientes (dientes de ramfjord) se evaluó sangrado al sondaje, nivel de inserción clínica y profundidad al sondaje. Adicionalmente se realizó el índice de higiene oral simplificado de greeney y vermillón (IHO-S). Los datos fueron recolectados en una ficha de datos. Para el análisis de los datos se utilizó tablas de doble entrada con sus porcentajes respectivos; para determinar la relación se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado. El error estadístico fue del 5%.Los resultados indicaron que el 58.2% de las pacientes presentaban niveles altos de consumo de anticonceptivos orales; el 69.1% presentaban periodontitis crónica ; el 69.1% presenta una pérdida de nivel de inserción clínica moderada ; el 72.7% presentó sangrado al sondaje; el 54.5% presentó un IHO-s considerable y un 36.4% con un IHO-S deficiente ; al relacionar la condición periodontal con el consumo de anticonceptivos se pudo obtener una relación significativa ($p<0.05$) .Se concluye que si existe una relación entre la condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales.

Palabras Claves: Condición periodontal, Anticonceptivos orales.

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the relationship between periodontal condition and use of oral contraceptives in patients in the family planning program of the Institute for Responsible Parenthood INPPARES city of Chiclayo during the months of August to September the 55 selected 2016.Se women. To determine the periodontal condition Periodontal filled the six teeth (Ramfjord) bleeding on probing, clinical attachment level and probing depth was evaluated. In addition, the simplified oral hygiene index of Greeney and vermillon (OHI-S) was performed. Data were collected in a data sheet. For data analysis crosstabulations with their respective percentages we are used; to determine the statistical relationship chi square test was used. The statistical error was 5% .The results indicated that 58.2% of patients had high levels of oral contraceptive use; 69.1% had chronic periodontitis; 69.1% has a moderate loss of clinical attachment level; 72.7% had bleeding on probing; 54.5% showed a significant OHI-s and 36.4% with an OHI-S deficient; by linking periodontal condition with consumption of contraceptives could get a significant relationship ($p < 0.05$) .It concludes that if there is a relationship between periodontal condition and use of oral contraceptives.

KEY WORDS:

Periodontal condition, Contraceptives.

INTRODUCCION

Los anticonceptivos orales combinados son píldoras que contienen dos tipos de hormonas (estrógeno y progesterona) similares a las que produce el cuerpo de la mujer. Se sabe que durante años las mujeres han utilizado anticonceptivos orales para inhibir la ovulación, como método de planificación familiar, y como terapia de ciencias patológicas. Además, se sabe, desde hace muchos años los anticonceptivos orales pueden causar efectos secundarios sobre la cavidad bucal, uno de ellos es la salud del periodonto.[1] La encía humana tiene receptores para la progesterona y estrógeno, por ello los desequilibrios hormonales pueden tener un impacto importante en la patogénesis periodontal.

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival. Esta enfermedad, se divide en dos: Gingivitis y periodontitis y esta última a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias.

Estudios clínicos publicados durante los años 1960 y 1970 donde las dosis hormonales de anticonceptivos eran más altos que las fórmulas de hoy en día. [2] informan prevalencia más alta de inflamación gingival, pérdida de inserción periodontal y agrandamiento gingival en mujeres que recibían anticonceptivos por vía oral.

Por todo esto, el propósito de este estudio es el de determinar la relación de los anticonceptivos orales y la condición periodontal.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

Por muchas décadas los anticonceptivos se han ido utilizando en las mujeres para inhibir la ovulación .Evitando así muchos embarazos no deseados. Además que es el método reversible más eficaz para evitar cualquier tipo de embarazo y por ello debe ser considerada la primera elección siempre que exista la necesidad social, personal o médica.

Se sabe ya hace muchos años que los anticonceptivos orales pueden causar efectos secundarios sobre la cavidad bucal, uno de ellos es la salud del periodonto. Existen estudios clínicos que indican que los anticonceptivos de la primera generación estaban asociados a un mayor riesgo de tener enfermedad periodontal. Con estos estudios antiguos, se llevó al desarrollo de modernas formulaciones de dosis bajas que se usan hoy en día. Actualmente existen investigaciones donde nos dan como resultado que el uso de anticonceptivos orales puede influir en las condiciones periodontales de los pacientes, independientemente del nivel de acumulación de la placa o la duración total de la ingesta de medicamentos, lo que resulta en aumento de la inflamación gingival y la condición periodontal. Pero aún no hay conceso en la literatura científica.

La gingivitis asociada con cambios hormonales como los observados en la pubertad y el embarazo, parece ser dependiente pero no relacionada con la cantidad de acumulación de la placa bacteriana.[3] Las principales hormonas sexuales esteroideas pre-menopáusicas como el estradiol y la progesterona son responsables no sólo de los cambios fisiológicos en las mujeres en sus diferentes fases sino también de diferentes cambios biológicos que pueden afectar a órganos y sistemas incluyendo la cavidad oral. [4]

Clínicamente, existe una correlación positiva entre los niveles de estradiol y progesterona en suero e inflamación gingival, independientemente de la cantidad de la acumulación de placa, es así que se ha asociado a la gingivitis en diferentes periodos de la pubertad.[5]

El uso de anticonceptivos hormonales en las mujeres durante su vida reproductiva se ha considerado que influye en el desarrollo de la enfermedad periodontal.[6] Los estudios clínicos reportan mayor prevalencia de inflamación gingival, pérdida de inserción y agrandamiento gingival en las mujeres que ingieren hormonas anticonceptivas.[7]

Los estudios clínicos en los años 60' y 70' informaron una prevalencia más alta de inflamación gingival,[8] pérdida de inserción periodontal.[5,8,9] y agrandamiento gingival,[10,11] en mujeres que tomaban por vía oral medicación anticonceptiva en comparación con aquellos que no consumían. A más de 25 años se considera que las formulaciones de anticonceptivos orales actuales tienen significativamente más baja las dosis de estrógenos y / o progestágenos de los que se utilizaban hace 25 años.[2]

Sin embargo, recientes estudios basados en poblaciones grandes y pequeñas sugieren que los anticonceptivos orales combinados no afectan la salud periodontal, posiblemente esto está relacionado con su concentración más baja de progesterona y estradiol que las utilizadas en décadas anteriores. No se puede descartar que la asociación entre enfermedad periodontal pueda estar relacionada con el tiempo de consumo del medicamento y la edad de la paciente.[4]

Otros estudios muestran que las pacientes que emplean anticonceptivos orales tienden a tener más pobre salud periodontal con respecto a las usuarias que no consumen tal medicamento, y muestran un aumento estadísticamente significativo en la prevalencia de periodontitis severa y periodontopatógenos[12], y de manera controvertida es poco probable que los anticonceptivos a base de hormonas tengan un efecto directo sobre la salud periodontal singular; sin embargo, existe una fuerte evidencia para demostrar que pueden alterar la respuesta inflamatoria y posiblemente, el contenido de la placa subgingival y así indirectamente contribuir a la enfermedad periodontal .[13]

2.1. Formulación Del Problema

¿Cuál es la relación entre la condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante los meses de agosto y setiembre de año 2016?

2.2. Justificación e Importancia

El presente estudio permitió determinar la relación entre la condición periodontal y el uso de anticonceptivos orales en la población estudiada y comparó los resultados con estudios realizados anteriormente, con la finalidad de fomentar futuros estudios ya que aún es un tema controversial que data hace más de 50 años.

En los últimos 50 años han mejorado las percepciones acerca de las hormonas esteroideas sexuales en la salud y la enfermedad. La investigación epidemiológica no sólo ha aumentado el conocimiento con respecto al papel de las hormonas esteroideas sexuales en endocrinología reproductiva, también ha incrementado los conocimientos de las enfermedades crónicas como la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, trastornos cognitivos y enfermedades periodontales que afectan a la salud de las mujeres.

La relación entre los anticonceptivos hormonales y sus consecuencias en las mujeres, no ha sido de importancia a nivel de la salud. A pesar de esto, es importante conocer los efectos que provocan la colocación o ingesta de los mismos, ya que esta opción de tratamiento preventivo es usada como medida de control hormonal para evitar la concepción. Además, al determinar si existe o no dicha asociación aportará con nuevos conocimientos a la literatura y servirá como base para futuras investigaciones, ya que se sabe que no existe antecedentes similares en el Perú y a nivel regional.

2.1.1 Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación entre la condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo, Agosto-Setiembre 2016.

Objetivos Específicos:

a) Determinar la profundidad al sondaje en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

b) Determinar el nivel de inserción clínica en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

c) Determinar el sangrado al sondaje en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

d) Determinar el índice de placa en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

2.2 Marco Teórico

2.2.1. Antecedentes de la investigación

Domingues Rs et al.[14] (2012) realizaron una investigación en una muestra de 25 mujeres de 19-35 años que tomaban anticonceptivos orales combinados durante al menos 1 año. El grupo de control estaba compuesto por 25 pacientes que no consumían métodos anticonceptivos a base de hormonas. Los parámetros clínicos investigados fueron la profundidad de sondaje (PD), el nivel de inserción clínica (NIC), índice de sangrado del surco (OSE) y el índice de placa (PlI). Los datos fueron evaluados estadísticamente mediante la prueba t no pareada, prueba de correlación de Pearson y el test de correlación de Spearman. En los resultados El grupo de prueba mostró una mayor PD (2.228 ± 0.011 x 2.154 ± 0,012; p <0,0001) y el OSE (0,229 ± 0,006 x 0,148 ± 0,005, p <0,0001) que los controles. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el CAL (0,435 ± 0,01 x 0,412 ± 0,01; p = 0,11).

Taichman LS et al.[15] (2012) Realizaron una investigación en una muestra de 4460 mujeres estadounidenses de 15 a 44 años de edad que usaban depósitos de acetato de medroxiprogesterona y la prevalencia de las enfermedades periodontales en las mujeres pre menopáusicas estadounidenses. En los resultados las mujeres que reportaron haber usado DMPA(Depomedroxyprogesterone acetate) tuvieron una prevalencia de gingivitis de 53% en comparación con las que no usaban con un 46% uso de DMPA se asoció con un mayor riesgo de gingivitis periodontitis =1,49 %).

Brusca MI et al.[16](2010) Realizaron una investigación en una muestra de 92 mujeres con edades entre 19 y 40 años donde tomaban anticonceptivos orales y mujeres que no tomaban anticonceptivos orales y la dividieron en subgrupos de acuerdo a la condición periodontal más grave y la duración del uso de OC. Una muestra subgingival agrupado de cada sujeto se cultivó para investigar la presencia de especies de Cándida, Porphyromonas gingivales, Aggregatibacter actinomycetemcomitans , y Prevotella intermedia. En los resultados las usuarias de anticonceptivos orales, en particular los fumadores, muestran un aumento estadísticamente significativo en la prevalencia de periodontitis severa. Usuarias

de anticonceptivos orales tenían profundidades de sondeo más profundo (> o = 5 mm) que los no usuarios. Por otra parte, usuarias de anticonceptivos orales tenían mayores puntuaciones del índice gingival y pérdida de inserción clínica,> o = 2 y> o = 5 mm, respectivamente, que los no usuarios (P <0,01).

Haerian-Ardakani et al.[17](2010) : Realizaron una investigación en una muestra 70 mujeres de edades comprendidas entre 17 y 35 años que tomaban anticonceptivos orales y se les realizó un examen periodontal integral. Qué consistió en el índice de placa, índice gingival, la profundidad de sondaje y el nivel de inserción en seis sitios por diente. La salud periodontal de las mujeres que toman píldoras anticonceptivas durante al menos dos años se comparó con la de las mujeres que no toman anticonceptivos orales. En los resultados: En profundidad al sondaje (> o = 6mm) , nivel de inserción (> o = 3 mm) , no hubo diferencias en los niveles de índice de placa entre los dos grupos, los usuarios actuales de anticonceptivos orales tenían niveles más altos de inflamación gingival y de sangrado al sondaje.

Zachariasen.[18] (1993): Realizó un estudio en donde habla que Tanto el embarazo y el uso de anticonceptivos orales (AO) aumenta los niveles de estas hormonas. Estos niveles estimulan el crecimiento de bacterias en la boca, lo que resulta en un cambio en la flora bacteriana. La progesterona y los estrógenos estimulan factores clave implicados en la respuesta inflamatoria. La progesterona cambia la velocidad y el patrón de la producción de colágeno en la encía, lo que reduce la capacidad del cuerpo para reparar y mantener la encía. La gingivitis se produce generalmente en 60 a 75% de las mujeres embarazadas, pero su incidencia es de solamente 0,03% si las mujeres embarazadas están libres de placa en el inicio del embarazo y practican una buena higiene bucal durante el embarazo. A diferencia de las mujeres embarazadas, usuarias de anticonceptivos orales corren el riesgo de inflamación gingival crónica con posible afectación periodontal. Una buena higiene oral reduce la probabilidad de desarrollar gingivitis durante el embarazo o el uso de anticonceptivos orales.

2.2.2. Bases teórico científicas

2.2.2.1. Periodonto

El periodonto está formado por los tejidos de soporte y de protección del diente; se divide en la encía, que brinda protección a los tejidos subyacentes y el aparato de inserción, constituido por el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar .[19]

La encía es un tejido fibroso envuelto por epitelio que reviste el hueso alveolar y que se encuentra en íntima comunicación con la porción cervical del diente. Esta comunicación está dada por el epitelio de unión y las fibras gingivales que conjuntamente conforman la unión dentogingival. Además se continúa con el ligamento periodontal y el resto de la mucosa bucal. Tiene la función de proteger los tejidos subyacentes. El armazón propio de cada gingiva evidencia su seguridad contra el ingreso de microorganismos y elementos dañinos hacia las estructuras más internas.[20]

2.2.2.2. Gingivitis:

Mientras más tiempo permanezcan la placa y el sarro sobre los dientes, más daño pueden hacer. Las bacterias causan una inflamación de las encías que se llama “gingivitis”. Si una persona tiene gingivitis, las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. La gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías que, por lo general, puede curarse con el cepillado y el uso de la seda dental a diario, además de una limpieza periódica por un dentista o higienista dental. Esta forma de enfermedad periodontal no ocasiona pérdida del hueso ni del tejido que sostiene los dientes[21].

2.2.2.3. Periodontitis

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival.

Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, éstas son también necesarias pero no suficientes para que se produzca la enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible. Desde el punto de vista histológico, las características que podemos hallar son bolsas periodontales, localización de la unión epitelial apical a la línea amelocementaria, una pérdida de fibras colágenas, una elevada concentración de leucocitos polimorfos nucleares en la unión y bolsa epitelial, y una migración del infiltrado celular inflamatorio hacia el tejido conectivo.[21]

2.2.2.4 Placa bacteriana, Biopelícula

Placa dental, se define como los depósitos blandos, que forman biopelícula adherida a la superficie dentaria u otras superficies duras de la boca, entre ellas las restauraciones removibles, fija. La biopelícula permite a los organismos adherirse y multiplicarse.[22]

Es un sistema ecológico formado por una densa capa de gérmenes que se desarrollan sobre las superficies dentarias en las zonas donde los mecanismos de auto limpieza oral son escasos o nulos.[23]

2.2.2.5. Anticonceptivos

El estrógeno y la progesterona son los componentes de los anticonceptivos usados para el control de la natalidad. Existen dos fórmulas de anticonceptivos inyectables, una en la que se mezcla estrógeno y progesterona de colocación mensual y otra que contiene sólo progesterona de colocación trimestral. Los anticonceptivos inyectables poseen más efectos desfavorables que los anticonceptivos orales.[24] La encía humana tiene receptores para la progesterona y estrógeno, por ende los desequilibrios hormonales pueden tener un impacto importante en la patogénesis periodontal.[11]

El estradiol valerato es una forma de estrógeno, es una hormona del sexo femenino producida en los ovarios, que se utiliza como anticonceptivo. Los estrógenos son hormonas esteroides y son los principales encargados de modificaciones en los vasos sanguíneos, se metabolizan en la encía y se transforman de estrona a estradiol.[23]

La noretisterona tiene propiedades esteroides que se utiliza como anticonceptivo, se presenta en forma de acetato o de enantato; contienen una contraparte de progesterona sintética que puede considerarse como el progestágeno más importante. Provoca cambios clínicos en los capilares de la encía y puede causar alteraciones de la gingival caracterizados por la aparición de eritemas, edemas, exudado gingival y el incremento de la permeabilidad capilar.

Los anticonceptivos combinados (estrógenos más progesterona) incrementan la inflamación y la cantidad de exudados gingivales y el progreso apresurado de la enfermedad periodontal Impacto de los anticonceptivos en las características clínicas y microbianas de los tejidos periodontales. Los cambios en el periodonto se producen al existir una desigualdad de las hormonas estrógeno y progesterona. La placa bacteriana se ha constituido como la causa de origen principal para que comience la enfermedad periodontal. El estrógeno y la progesterona han sido sugeridos como agentes transformadores fundamentales que logran contribuir en la patogénesis de las enfermedades del periodonto [25].

2.2.2.6. Diagnóstico de la gingivitis y periodontitis:

Criterio más valiosos del diagnóstico de la enfermedad gingival es la presencia de sangrado mientras se realiza el sondeo y la profundidad de sondaje < o = 3 mm. La gingivitis clínicamente es asintomática.[16]

La evaluación de la profundidad de sondaje permite reconocer los primeros signos de inflamación en la encía con un aumento en la cantidad de elaboración de líquido crevicular gingival y un sangrado en el surco gingival al realizar un sondaje delicado.[7]

2.2.2.7 Periodontograma

Es un diagrama específico convencional o computarizado en el cual se recolectan cantidades. Ayuda a diagnosticar salud gingival o enfermedad periodontal, determina los valores de margen gingival, profundidad de sondaje, nivel de inserción, línea mucogingival, entre otros, así como localiza la presencia de sangrado gingival; en varias zonas de los dientes de los pacientes mediante un sondeo.[25]

Margen Gingival: Distancia desde la zona más coronal de la encía libre hasta la línea amelocementaria. Existen tres valores: Cero, al estar a nivel de la línea amelocementaria; Negativo, al haber raíz expuesta, el margen gingival se ubica hacia apical de la línea amelocementaria y; Positivo, al haber hiperplasia, el margen gingival se ubica hacia coronal de la línea amelocementaria.

Profundidad de Sondaje: Dimensión que va desde el margen gingival hasta el sitio en que se detiene la sonda periodontal.

Nivel de inserción: Si el margen, es positivo se resta a la profundidad y si es negativo se suma a la profundidad.

Sangrado: Si existe sangrado se coloca un punto rojo sobre la zona de las seis partes en las que se revisa a cada diente.

Otros: Se revisa la movilidad dental dividiéndola en grados, la presencia de furcas. Diastemas, migraciones dentales, etc.

2.2.3. Definición de términos

2.2.3.1 Anticonceptivo oral

Medicamento anticonceptivo tomado vía oral con el propósito de evitar el embarazo.

2.2.3.2 Condición periodontal

Medición de las características del periodonto en los 6 dientes de Ramfjord (1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1 y 4.4), a través de la observación de la presencia o no de una o varias alteraciones en los tejidos.

2.2.3.3 Profundidad de sondaje:

Es la distancia entre el margen gingival a la base del surco periodontal .Lo determinará la sonda periodontal.

2.2.3.4 Nivel de inserción clínica:

Es la distancia que va en mm que va desde la LAC hasta el fondo de surco /saco. Que se obtiene sumando la posición del margen gingival con la profundidad del sondaje.

2.2.3.5. Índice de higiene oral Oleary:

O'leary describió dos índices, uno recoge la presencia de placa y el otro valora su ausencia. El más usado es el del índice de presencia de placa y no valora cantidad. Se utiliza reveladores de placa, observando cada uno de los 4 segmentos que representa las superficie vestibular, mesial, distal y lingual de los

dientes y se señala en la ficha si hay o no placa. Únicamente se registra la presencia de placa en la unión dentogingival de los dientes, los dientes que no existen deben tacharse de la ficha.[26]

Tabulación de los datos:

Se halla el porcentaje de superficies, segmentos o unidades gingivales con presencia de placa.[27]

$$IP = \frac{\text{N° Total de segmentos con placa} \times 100}{\text{N° Total de segmentos en boca}}$$

Se tomaron en cuenta los parámetros, O'Leary (cuadro 1) en cuanto al porcentaje obtenido del índice de placa dentobacteriana.[28]

Cuadro 1. Parámetros del índice O'Leary de acuerdo con el porcentaje de placa dentobacteriana

Condición	Parámetro
Aceptable	0-12%
Cuestionable	13- 23%
Deficiente	24 - 100%.

2.3. Marco Metodológico

2.3.1. Tipo y diseño de investigación

2.3.1.1. Tipo de investigación

Cuantitativo.

2.3.1.2. Diseño de investigación

Según el periodo en el que se capta la información: Prospectivo.

Según la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.

Según la interferencia del investigador: Observacional.

Según el número de las variables: Analítico.

2.3.1.3 Población:

La población estuvo conformada por un total de 128 pacientes mujeres registradas en el mes de Agosto 2015 del Programa de planificación Familiar INPPARES.

Se agrupo los pacientes en Bajo y Alto consumo.

2.3.1.4. Muestra:

La muestra se determinó mediante la fórmula para estimar proporciones

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} * p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} * p * q} = 55$$

N	128
P	0.5
Q	0.5
z	1.96
E	0.05

Si se conoce el tamaño de la población:

N= tamaño de la población.

q = tamaño necesario de la muestra

Z = margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá un nivel deseado de confianza.

S = desviación estándar de la población conocida o estimada a partir de anteriores estudios o de una prueba piloto.

E = error o diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que se está dispuesto a aceptar con un nivel de confianza que se ha definido.

2.3.2.1. Criterios De selección
Criterios de Inclusión:

-Pacientes mujeres que acudieron al Programa de planificación familiar de Inppares las cuales toman un año anticonceptivos orales y además firmaron el formato de consentimiento informado (ANEXO1°).
-Pacientes mujeres que no tuvieron enfermedad sistémica.
-Pacientes mujeres que tuvieron 24 piezas dentarias Sanas (a excepción de las tercera molares) y consumieron Anticonceptivos orales (Progesterona + estradiol) 1 año.

Criterios De Exclusión

- Pacientes con embarazo actual o parto dentro de los 12 meses anteriores a la recolección de datos.
- Pacientes fumadoras.
- Pacientes sin antecedente de consumo de drogas o abuso de alcohol
- Pacientes con Respiración bucal.

- Pacientes con historia de radioterapia o la quimioterapia
- Pacientes con menopausia prematura.
- Pacientes mujeres que den de lactar (Lactancia).
- Pacientes que consumen antibióticos, anticonvulsivantes o antinflamatorios.
- Pacientes con tratamiento periodontal.

2.3.3. Hipótesis

Existe relación entre la condición periodontal y consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el mes de agosto a setiembre del 2016.

2.3.4. Variables

a. Condición Periodontal: Poseyó cuatro dimensiones: Profundidad al sondaje (mm), Nivel de inserción clínica (mm), Sangrado al sondaje (presente=0 y ausente=1), Índice de Placa (aceptable, considerable y deficiente)

b. Consumo de anticonceptivos orales.

2.3.5. Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	Valores Finales	TIPO		ESCALA	INSTRUMENTO
						SEGÚN SU NATURALEZA	SEGÚN SU CARACTERÍSTICA		
Condición periodontal	Gingivitis producida por fármacos	La gingivitis es una infección de las encías. Es causada por la placa dental, una película adherente que se acumula sobre la superficie de los dientes y las encías, y que produce ácidos y toxinas que pueden hacer que las encías sangren, se hinchen o enrojezcan	La gingivitis es una inflamación de la encía -es la etapa inicial de la enfermedad de la encía. La gingivitis se medirá : -Profundidad al sondaje: Es la distancia entre el margen gingival a la base del surco periodontal .Lo determinará la sonda periodontal. -El sangrado al sondaje periodontal es indicativo de una lesión inflamatoria en el tejido conectivo subyacente al epitelio de unión.	-Profundidad al sondaje <4mm	Mm	Cualitativa	categoría	Nominal	Sonda periodontal
				Sangrado al sondaje	si no.	cualitativo	categórica	Nominal	Sonda periodontal
	Periodontitis crónica	La periodontitis es una enfermedad crónica e irreversible afecta el tejido de sostén de los dientes que son las encías, el hueso alveolar, el cemento radicular y el ligamento periodontal.	La periodontitis crónica es comúnmente piorrea, 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. Se determinará mediante : -Profundidad al sondaje: Es la distancia entre el margen gingival a la base del surco periodontal .Lo determinará la sonda periodontal. -El nivel de inserción: lo determinará el estado de la encía. -El sangrado al sondaje periodontal es indicativo de una lesión inflamatoria en el tejido conectivo subyacente al epitelio de unión.	-Profundidad al sondaje >=4	Mm	Cualitativa	Categórica	Nominal	Sonda periodontal
				-Nivel inserción clínica.	L M S	cualitativa	categórica	Ordinal	Sonda periodontal
Higiene oral	Se midió al final de la evaluación	El índice de hgiene oral es una medición de la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo .	Se va a medir mediante : -El IHO-s con una pastilla que va a marcar las superficies del diente. Así se podrá medir cada diente cubierta de desecho y cálculos.	ÍHO-s	- Aceptable . - Considerable. - Deficiente .	Cualitativa	categórica	- Ordinal	Ficha de recolección de datos
Consumo de anticonceptivo	-	Ingesta de anticonceptivos orales combinados .	Mujeres del inst. Inppares que consumen anticonceptivos orales siendo clasificados en consumo: -Bajo. -Alto.	Tiempo de consumo .	Bajo(-1 año). Alto.(1 año a más)	Cualitativa	Categórica	Nominal	Historia C

2.3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.3.6.1. Métodos de investigación

El método de estudio fue de tipo observacional, correlacional, transversal, y cuantitativo.

2.3.6.2. Técnicas de recolección de datos

Observación: Se obtuvieron los datos mediante la observación de la cantidad de placa dental, sangrado o cambios clínicos gingivales registrados en los respectivos cuadros de los índices, además la profundidad de sondaje, la presencia de sangrado gingival, el nivel de inserción apuntados en el Periodontograma; mediante la aplicación de la sonda periodontal de la OMS o HU Friedy, espejo bucal, pinza para algodón como instrumentos. Se realizaron los cálculos necesarios para la obtención de los resultados de los índices y del periodontograma.

2.3.6.3. Instrumentos de recolección de datos

-El Formato de consentimiento informado fue firmado por el grupo de estudio. (ANEXO 1)

La ficha periodontal tuvo como propósito documentar la información clínica en relación a la condición periodontal, que fue evaluada considerando (ANEXO 2)

Profundidad al sondaje (mm).

Nivel de inserción clínica (mm).

Sangrado al sondaje (presente=0 y ausente=1) graficado como punto rojo.

Índice de higiene oral (aceptable, considerable, y deficiente) graficado como punto azul. (ANEXO 2).

Ficha de recolección de datos (ANEXO3).

2.3.7. Procedimientos para la recolección de datos:

a. Se obtuvo una Carta de la Presentación a la Dirección de Escuela de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán donde fue presentada en la institución que se realizó la investigación (INPPARES) indicando el propósito del estudio, así como las fechas y horas que se utilizaron para recolectar la información.

b. Las pacientes fueron atendidas en el Programa de Planificación Familiar donde fueron informadas acerca del propósito del estudio. Se solicitó la participación voluntaria y firmaron un formato de consentimiento informado. Las que accedieron y cumplían con los criterios de inclusión formaron parte de las 55 pacientes que se necesitaron para este estudio.

c. En relación al examen periodontal:

- La investigadora fue calibrada por un especialista en Periodoncia obteniendo un resultado de la prueba de Kappa: K = $p<0.01$ (Anexo 4) donde existe concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la investigadora en la condición periodontal Mesial, medio, distal.
- Las pacientes fueron examinadas en la institución inppares usando buena fuente iluminación de la unidad dental y condiciones de bioseguridad. Se llevó a cabo un examen de toda la boca, se evaluaron seis sitios (Mesial, medio, distal; tanto vestibular como palatino y lingual) por cada diente de Ramfjord 1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, 4.4) para obtener la información de cada una de las dimensiones.
- La profundidad al sondaje fue medida por una sonda periodontal Hu-Friedy, Chicago, IL, EE.UU. Se determinó la distancia desde el margen gingival hasta la parte inferior del surco gingival. Se consideró la distancia entre el margen gingival y la unión amelocementaria donde así se obtuvo el dato de nivel de inserción clínica.
- La higiene de oral: Fue clasificado según el índice de IHO-s [23]. De acuerdo con esto, la presencia de la placa se registró como Aceptable Considerable Deficiente.

- El sangrado al sondaje, se realizó tras un suave sondaje. Se registró como presente (1) o ausente (0), tal como se propone por Ainamo y Bay [25].

2.3.8. Plan de análisis estadísticos de datos

Los datos recolectados fueron vaciados en tablas de doble entrada y se analizaron en el programa estadístico SPSS 23.0 Para obtener la relación entre la condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales se usó la prueba estadística Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

2.3.9. Criterios éticos

Se aplicó los criterios éticos del tratado de Helsinki mediante el Consentimiento informado.(anexo 1) Se tomó en cuenta un consentimiento informado que fue firmado por las pacientes que aceptaron ser incluidas en el estudio, la confidencialidad de los datos de los pacientes estuvo asegurada al no registrar ningún dato de identificación personal.

2.3.10 Criterios de Rigor científicos:

Durante esta investigación se tuvo en práctica el rigor científico, basados en los siguientes principios: Hernández y Fernández (2003).

Confidencialidad: Este principio de protección de las personas que participan en la investigación debe mantenerse en el momento de conocer los resultados, es decir que no se debe incluir información que pueda revelar la identidad de quienes fueron sujetos de investigación.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud.

CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Tabla 1.

Relación entre condición periodontal y consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el año 2016.

Consumo de Anticonceptivos Orales			Condición Periodontal		
			Gingivitis	Periodontitis Crónica	Total
	BAJO	Recuento	8	6	14
		% del total	14,5%	10,9%	25,5%
	ALTO	Recuento	9	32	41
		% del total	16,4%	58,2%	74,5%
Total		Recuento	17	38	55
		% del total	30,9%	69,1%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,052	1	,014

-Se observó, que el valor de la prueba chi cuadrado es significativo ($p < 0.05$), esto indica de que existe relación significativa entre la condición periodontal con el consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el año 2016.

Además se observó que, el 58.2% de las pacientes con niveles altos de consumo de anticonceptivos orales del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el año 2016 su condición periodontal de una periodontitis, por otro lado el 14.5% las pacientes con niveles bajos de consumo de anticonceptivos orales del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el año 2016 su condición periodontal es de una Gingivitis.

Tabla 2:

Profundidad al sondaje en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	gingivitis producida por fármacos (< 4)	17	30.9%
	periodontitis crónica (>=4)	38	69.1%
	Total	55	100.0%

En la tabla 02; se observa, que el 69.1% de los pacientes del programa de planificación familiar se encuentran con periodontitis crónica y el 30.9% con gingivitis asociada a anticonceptivos .

Tabla 3:

Consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BAJO	14	25.5%
	ALTO	41	74.5%
	Total	55	100.0%

En la tabla 03; se observa que, el consumo de anticonceptivos de los pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES de la ciudad de Chiclayo durante el año 2016 tienen alto consumo y solo el 25.5% de los pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable tienen un nivel bajo de consumo de anticonceptivos.

Tabla 4:

Nivel de inserción clínica en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

	Frecuencia	Porcentaje
Leve (1 – 2)	10	18.2%
Moderado (3 – 4)	38	69.1%
Severo (5 a mas)	7	12.7%
Total	55	100.0%

En la tabla 4; se observa que, la pérdida de nivel de inserción clínica en pacientes que consumen anticonceptivos orales es moderado (69.1%), el 18.2% de los pacientes se encuentra en el nivel leve y el 12.7% se encuentra en el nivel severo.

Tabla 5:

Sangrado al sondaje en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	72,7%
No	15	27.3%
Total	55	100.0%

En la tabla 5; se observa que, el 72.7% de los pacientes que consumen anticonceptivos orales tiene sangrado al sondaje y el 27.3% no tiene sangrado al sangrado al sondaje.

Tabla 6:

Índice de placa en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

	Frecuencia	Porcentaje
Aceptable	5	9.1%
Considerable	30	54.5%
Deficiente	20	36.4%
Total	55	100.0%

-En la tabla 06; se observa que, el Índice de placa en pacientes que consumen anticonceptivos orales es considerable representando al 54.5%, asimismo el 36.4% tienen un índice de placa deficiente y el 9.1% es aceptable.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales en pacientes que acuden al programa de planificación familiar del instituto de paternidad responsable inppares–Chiclayo, se contó con una muestra de cincuenta y cinco mujeres donde se encontró que existe relación entre los anticonceptivos orales y la condición periodontal, con prueba de chi ($p < 0.05$), la cual indica que si afecta a la salud periodontal.

En este estudio, se observó que pacientes que consumían niveles altos de anticonceptivos orales (mayor de un año) presentaban gingivitis en el 16,4%, y periodontitis crónica en el 58,2%. En cambio pacientes que consumían niveles bajos de anticonceptivos orales (menos de un año) adquirieron gingivitis con un 14,5%, y periodontitis crónica con 10,9%.Además los parámetros clínicos que se investigaron fueron la profundidad de sondaje (Ps), el nivel de inserción clínica (NIC), el sangrado al sondaje(SS) y el índice de placa .Donde se encontró que al mayor consumo de anticonceptivos orales hay una mayor profundidad al sondaje(>=4) con un porcentaje de 69.1% causando periodontitis crónica, también el nivel de inserción clínica se vió afectada de manera moderada con un porcentaje de 69.1% , así mismo se encontró sangrado al sondaje en estás pacientes con un porcentaje de 72, 7 % y el índice de placa de manera considerable. Estos resultados son muy similares a Domínguez et al.13, donde investigaron el efecto de los anticonceptivos orales combinados en los tejidos periodontales, los cuales determinaron un mayor Profundidad al sondaje $p < 0,0001$, indicando estadísticamente que es significativo, el Sangrado de surco con $p < 0,0001$. Estos resultados pueden deberse a que acudieron pacientes que consumían alto niveles de anticonceptivos orales. Además estos resultados se deben a pacientes que voluntariamente participaron en el estudio no usaban todos los medios adecuados de una buena higiene oral.

También en la investigación de Taichman et al.14 usaron depósitos de anticonceptivos inyectables de 4.460 en mujeres, en cuyos datos de esta encuesta se encontraron la pérdida de inserción clínica y bolsas periodontales de estas pacientes. Además estudiaron la prevalencia de la gingivitis que fue de un 53,9% para las mujeres que reportaron haber usado el DMPA en comparación con el 46,1% de DMPA nunca los han usado. Estos resultados son similares a la presente investigación porque se encontraron mujeres con índice de placa considerable, además también se encontró perdida de inserción clínica; esto se pudo deber a que no tenían buena higiene y a la falta de charlas educativas de higiene en estas pacientes. Así mismo Brusca et al.11 evaluaron la influencia de los anticonceptivos orales y que ocurrencia tenia a nivel subgingival y el estado periodontal, En los resultados de las mujeres evaluadas se obtuvieron una profundidad al sondaje (>=5) y una pérdida de inserción clínica (< =5). Estos resultados son similares a los de este estudio ya que las mujeres que consumían más tiempo los anticonceptivos orales , presentaban una profundidad al sondaje y una pérdida de inserción clínica mayor, las cuales provocó que la mayor parte de las mujeres presenten periodontitis crónica. Estos resultados pudieron deberse a que se conoce que cuando más tiempo consumes anticonceptivos orales provocan un mayor acumulo de placa y por consiguiente la aparición de bolsas periodontales y periodontitis crónica.

En la investigación de Haerian Ardakani y et al.14 se encontraron diferencias donde evaluaron la influencia de los anticonceptivos orales actuales sobre la salud periodontal en mujeres jóvenes. En los resultados de las mujeres evaluadas no hubo diferencias significativas en los niveles de índice de placa, tampoco a la profundidad al sondaje y pérdida de nivel de inserción clínica. Sin embargo si se encontraron niveles altos de inflamación gingival y sangrado al sondaje. Los resultados de este estudio pudo deberse a que las mujeres entraron al estudio con un índice de higiene oral bueno, lo cual pudo obtener esta diferencia de resultados con los obtenidos en el presente estudio.

Sin embargo se puede observar que los resultados obtenidos son similares a la presente investigación con relación al sangrado y al sondaje lo cual denotaba una inflamación en la zona y por consiguiente la presencia de una enfermedad gingival (gingivitis).

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Existe relación entre la condición periodontal y el consumo de anticonceptivos orales (p =0.014).
- Las mujeres que presentaban altos niveles de consumo de anticonceptivos orales obtuvieron mayor profundidad de sondaje, que las mujeres que tienen un bajo consumo de estos medicamentos.
- Las mujeres que presentaban un alto consumo de anticonceptivos orales presentan una mayor pérdida de NIC, que las que tienen bajo consumo de estos medicamentos.
- Las mujeres que consumen anticonceptivos orales presentan sangrado al sondaje 72,7%.
- Las mujeres que consumen anticonceptivos orales mayormente presentan higiene oral considerable 54.5%

RECOMENDACIONES:

- Se debe de tener en cuenta que el uso de anticonceptivos orales durante más de un año va a afectar a las encías, o la condición periodontal.
- Realizar un estudio de larga duración para determinar los factores de riesgo que conllevan a la mujer que consumen anticonceptivos posean enfermedad periodontal.
- Realizar un estudio nivel de conocimientos que poseen las mujeres que consumen anticonceptivos orales, sobre salud periodontal.
- Realizar un estudio de larga duración para determinar los factores predisponentes que conllevan a la mujer que consumen anticonceptivos posean enfermedad periodontal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol. 1999;4:1-6.

2. Lindhe J, Bjorn A-L. Influence of hormonal contraceptives on the gingiva of women. J Periodontal Res 1967; 2:1-6.

3. Mariotti A. Sex steroid hormones and cell dynamics in the periodontium. Crit Rev Oral Biol Med. 1994;5:27-53.

4. Nakagawa S, Fuji H, Machida Y, Okuda K. A longitudinal study from prepuberty to puberty of gingivitis. Correlation between the occurrence of Prevotella intermedia and sex hormones. J Clin Periodontol. 1994;21:658-65.

5. Mullally BH, Coulter WA, Hutchinson JD, Clarke HA. Current oral contraceptive status and periodontitis in young adults. J Periodontol. 2007;78:1031-6.

6. Knight GM, Wade AB. The effects of hormonal contraceptives on the human periodontium. J Periodontal Res. 1974;9:18-22.

7. Das AK, Bhowmick S, Dutta A. Oral contraceptives and periodontal disease. JIndian Dent Assoc 1971(a); 43:47-53.

8. Das AK, Bhowmick S, Dutta A. Oral contraceptives and periodontal disease. Prevalence and severity. J Indian Dent Assoc 1971 (b); 43:155-158.

9. Lynn BD, "The pill" as an etiologic agent in hypertrophic gingivitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1967; 24:333-334.

10. Kaufman AY. An oral contraceptive as an etiologic factor in producing hyperplastic gingivitis and a neoplasm of the pregnancy tumour type. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1969;28:666-670.

11. Brusca, M. I., Alcira, R., Albaina, O., Moragues, M. D., Verdugo, F., & Pontón, J. The Impact of Oral Contraceptives on Women's Periodontal Health and the Subgingival Occurrence of Aggressive Periodontopathogens and Candida Species. J Periodontol. 2010; 81, 1010-1018.

12. Phadnaik M. B, & Dhoondia, S. H. Oral Contraceptive associated Gingival enlargement and its management. A case report. Journal of Dental Sciences; 2012: 70-74

13. Domingues RS,Ferraz BF .Influence of combined oral contraceptives on the periodontal condition 2012

14. Taichman Ls, Sohnw .Depot medroxyprogesterone acetate use and periodontal health in 15- to 44-year-old US females 2012 .

15. Haerian-Ardakani: Asociación entre pildoras de baja dosis actuales, los anticonceptivos y la salud periodontal 2010.

16. Zachariasen:The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy 1993.

17. Moreno MD .The impact of oral contraceptives on women's periodontal health and the subgingival occurrence of aggressive periodontopathogens and Candida species. 2010

18. between pills .The association current low dose oral contraceptives and periodontal health 2010

19. Preshaw PM, Knutsen MA, Mariotti A. Experimental gingivitis in women using oral contraceptives. J Dent Res. 2001;80:2011-5.

20. Lindhe L. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ta ed. España: Médica Panamericana; 2009.

21. Flemmig TF. Periodontitis. Annals of periodontology/the American Academy of Periodontology. 1999 Dec;4:32-8.

22. Löe H, Theilade, E., & Jensen, B. Experimental gingivitis in man. Journal of Periodontal. 1965, 5-15.

23. Arcila A. P. Educación para la salud sexual. Colombia: Universidad de Caldas; 2003.

24. Reteitshchak-KH. Atlas de Periodoncia. 1era edición. Barcelona 1987.

25. 30. Newman M, Takei H, Carranza F. Periodontología Clínica. 9a edición. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2007; pp. 709.

26. Locia E. J., Hernández A. M., Aranda, A. G., Rojas, D. F., Manzo, D. J., Coria, Á. J., Yerena A. C., & Soto, C. A. El papel de los estrógenos y sus receptores en la prevención y promoción de enfermedades proliferativas de la glándula prostática. Neurobiología; 2013.

27. Apoorva S. M., Suchetha, A. Effect Of Sex Hormones On The Periodontium. Journal of Dental Sciences. 2010;36-40

28. Echeveria J. , & Blanco J. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de Implantes. España: Panamericana; 2005.

29. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. J Periodontol. 1972;43:38.

30. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. Int Dent J. 1975;25:229-35.

ANEXOS

ANEXO 1°

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Clínica: INPPARES,

Investigadora: Castro Tapia Ximena.

Proyecto: RELACIÓN ENTRE CONDICIÓN PERIODONTAL Y CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL INSTITUTO DE PATERNIDAD RESPONSABLE INPPARES. CHICLAYO, AGOSTO 2016.

Propósito del Estudio: Estamos invitando a usted(a) a participar en un estudio llamado:

RELACIÓN ENTRE CONDICIÓN PERIODONTAL Y CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL INSTITUTO DE PATERNIDAD RESPONSABLE INPPARES. CHICLAYO, AGOSTO 2016.

Procedimientos: Seleccionaremos mujeres que toman anticonceptivos orales por lo menos un año que son atendidas en la Clínica INPPARES y que cumplan con los criterios de inclusión de la investigación. Serán informadas acerca del propósito del estudio con previa autorización. Se propone realizar un exámen intraoral usando una buena iluminación y con todos los materiales estériles, donde se evaluará seis dientes utilizando una sonda periodontal.

Riesgos: Este estudio de evaluación no conlleva a ningún riesgo

Confidencialidad: Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto los investigador(es) tendrán absceso a la información .

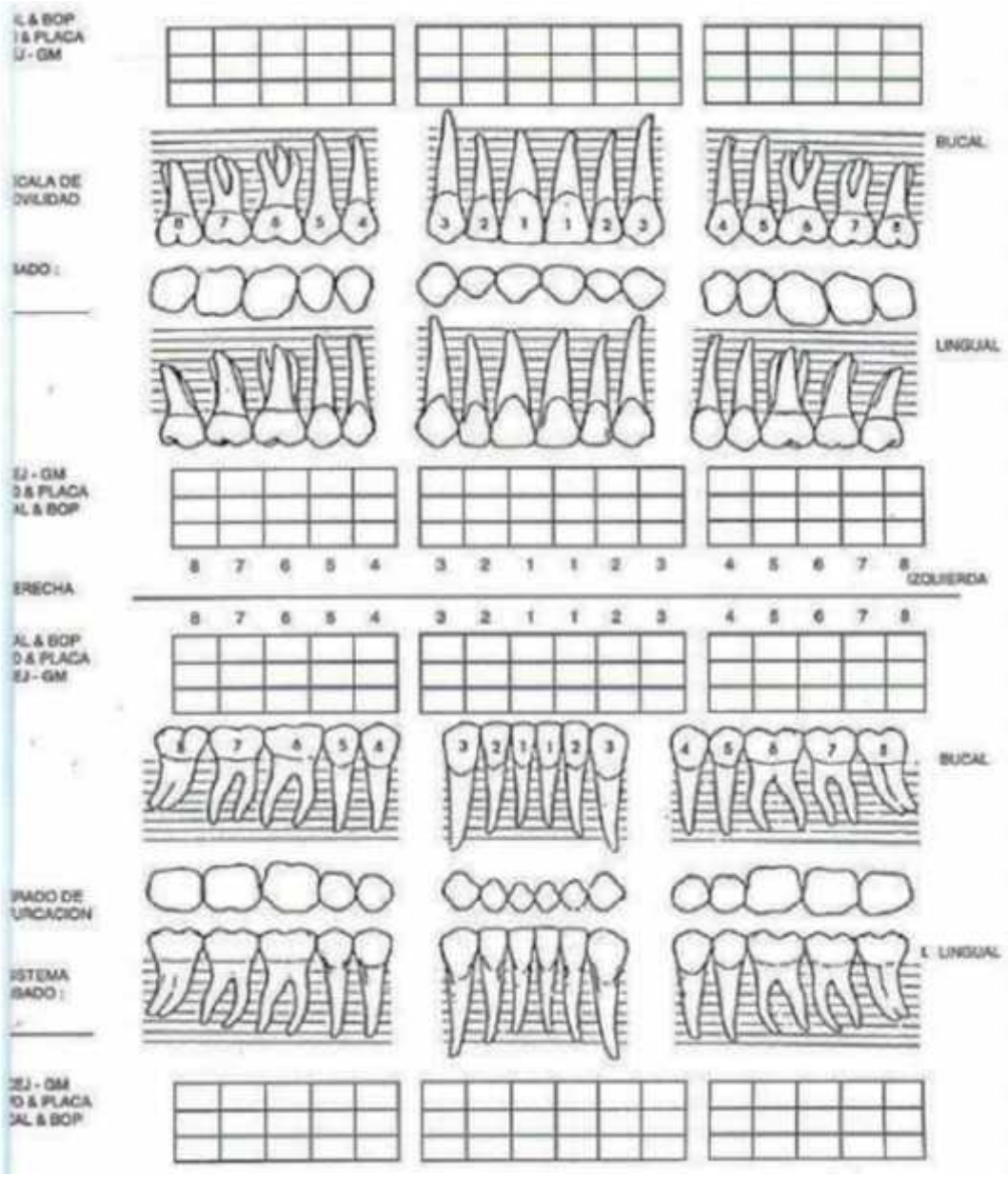
La participante no recibirá remuneración.

Nombre:……..

Dni:……

ANEXO 2°

PERIODONTOGRAMA



ANEXO 3°

Ficha de recolección de datos

F

- Género:

- Edad: ……. años

- IHO (O´leary) %

Aceptable
Considerable
Deficiente

Aceptable: 0-12

Considerable: 13-23

Deficiente: 24-100

ANEXO 4°

ANALISIS DE CONCORDANCIA

			AMESIAL			Total
			2	3	4	
EMESIAL	2	Recuento	8	1	0	9
		% del total	44,4%	5,6%	0,0%	50,0%
	3	Recuento	1	6	0	7
		% del total	5,6%	33,3%	0,0%	38,9%
	4	Recuento	0	0	2	2
		% del total	0,0%	0,0%	11,1%	11,1%
Total		Recuento	9	7	2	18
		% del total	50,0%	38,9%	11,1%	100,0%

Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico[a]	Aprox. S[b]	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,832	,119	5,109	,000
MEdida de acuerdo	Kappa	,811	,129	4,357	,000
N de casos válidos		18			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Dado que la prueba de kappa es altamente significativo ($p < 0.01$) entonces existe concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la alumna en la condición periodontal mesial en pacientes.
Esto es:

En total de coincidencias (8 + 6+ 2 = 16) de 18 y el 88.9% de concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la alumna en la condición periodontal mesial en pacientes.

EMDIO*AMEDIO tabulación cruzada

		AMEDIO				Total
		1	2	3	4	
EMDI 1	Recuento	1	0	0	0	1

O		% del total	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%
	2	Recuento	1	7	0	0	8
		% del total	5,6%	38,9%	0,0%	0,0%	44,4%
	3	Recuento	0	0	7	0	7
		% del total	0,0%	0,0%	38,9%	0,0%	38,9%
	4	Recuento	0	0	1	1	2
		% del total	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	11,1%
Total		Recuento	2	7	8	1	18
		% del total	11,1%	38,9%	44,4%	5,6%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico[a]	Aprox. S[b]	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,922	,044	11,483	,000

MEdida de acuerdo Kappa	,827	,110	5,086	,000
N de casos válidos	18			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Dado que la prueba de kappa es altamente significativo ($p < 0.01$) entonces existe concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la alumna en la condición periodontal medio en pacientes.

. Esto es:

En total de coincidencias (1 + 7+ 7 + 1 = 16) de 18 ósea el 88.9% de concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la alumna en la condición periodontal medio en pacientes.

EDISTAL*ADISTAL tabulación cruzada

			ADISTAL				Total
			1	2	3	4	
EDISTAL	1	Recuento	2	0	0	0	2
		% del total	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%
	2	Recuento	1	6	2	0	9
		% del total	5,6%	33,3%	11,1%	0,0%	50,0%
	3	Recuento	0	0	6	0	6
		% del total	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%
	4	Recuento	0	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%

Total	Recuento	3	6	8	1	18
	% del total	16,7%	33,3%	44,4%	5,6%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico[a]	Aprox. S[b]	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,837	,085	6,004	,000
MEdida de acuerdo	Kappa	,749	,131	4,837	,000
N de casos válidos		18			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Dado que la prueba de kappa es altamente significativo ($p < 0.01$) entonces existe concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la alumna en la condición periodontal distal en pacientes.

. Esto es:

En total de coincidencias (2 + 6 + 6 + 1 = 15) de 18 ósea el 83.3%

de concordancia entre los resultados del especialista con los resultados de la alumna en la condición periodontal distal en pacientes.

ANEXO 5°

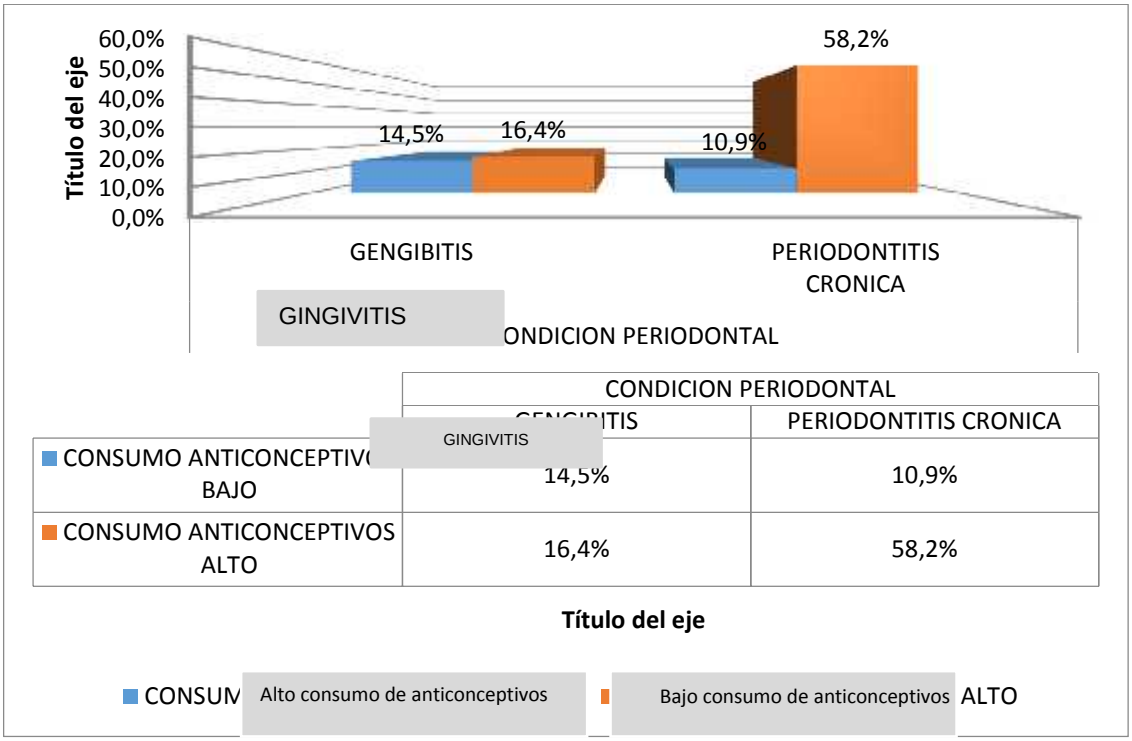


Figura 1: Relación entre condición periodontal y consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar.

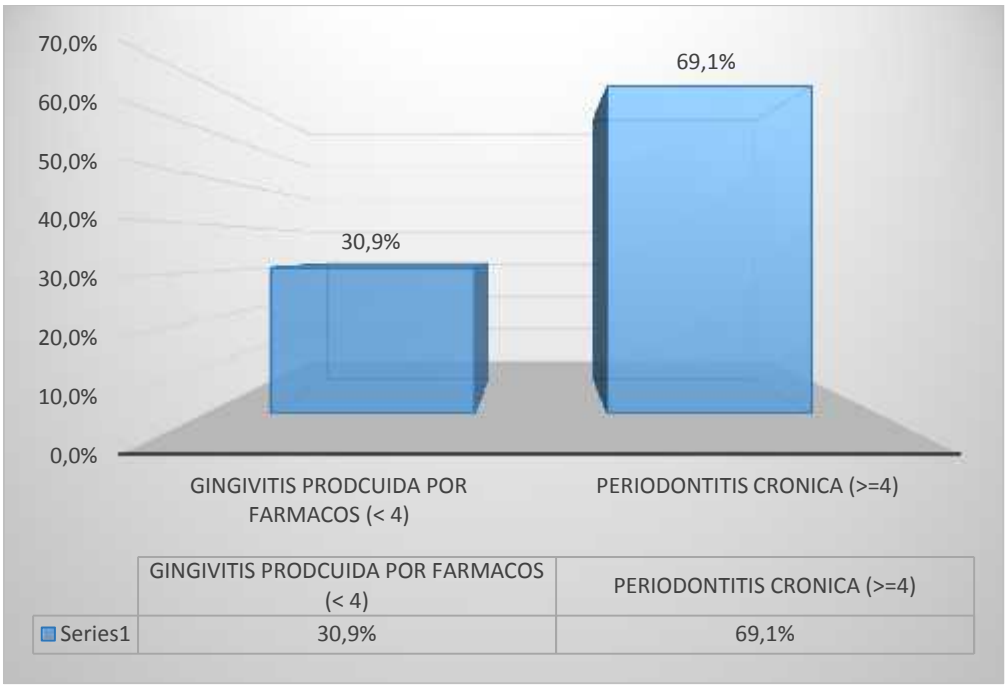


Figura 2: profundidad al sondaje en pacientes que consumen anticonceptivos orales

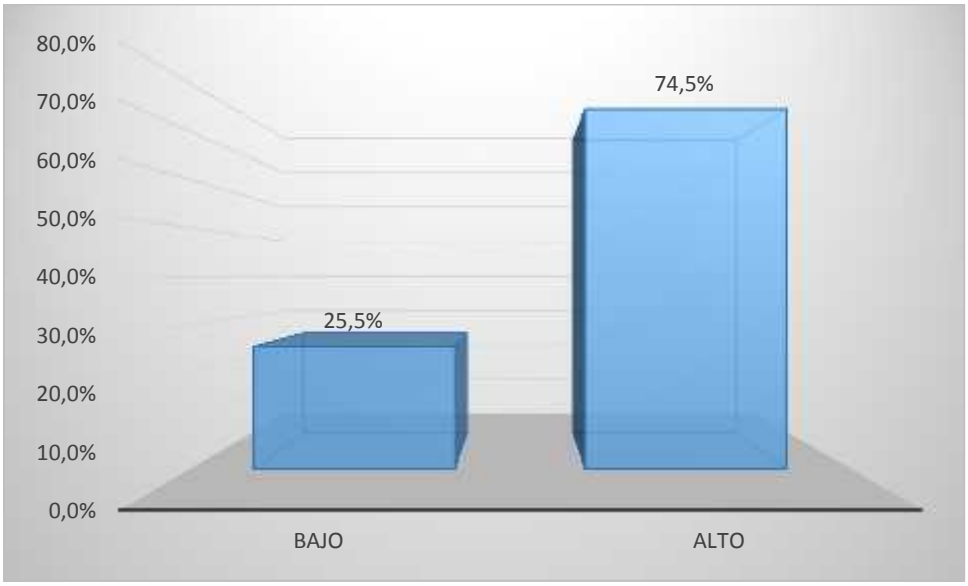


Figura 03: Consumo de anticonceptivos orales en pacientes del programa de planificación familiar del Instituto de Paternidad Responsable INPPARES.

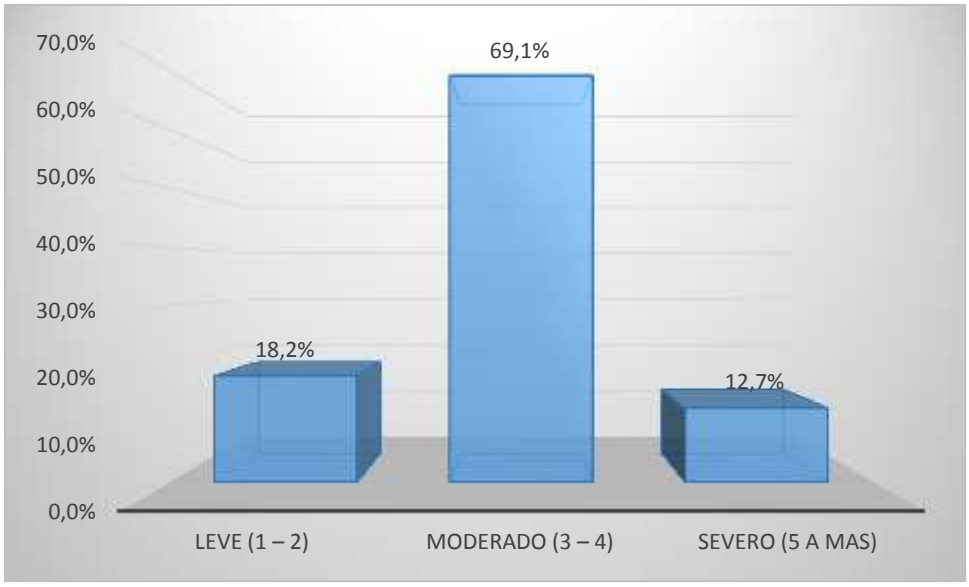


Figura 04: Nivel de inserción clínica en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

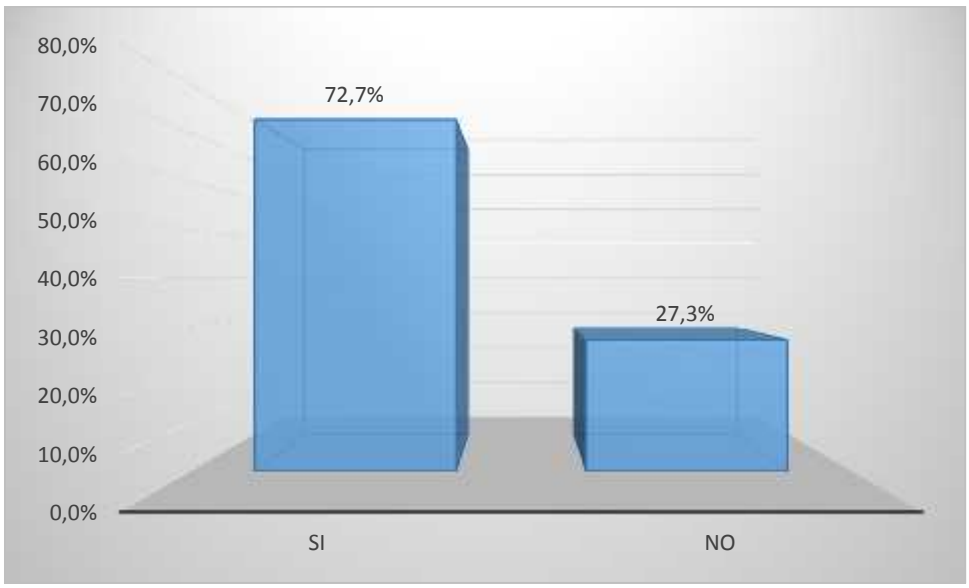


Figura 5: sangrado al sondaje en pacientes que consumen anticonceptivos orales.

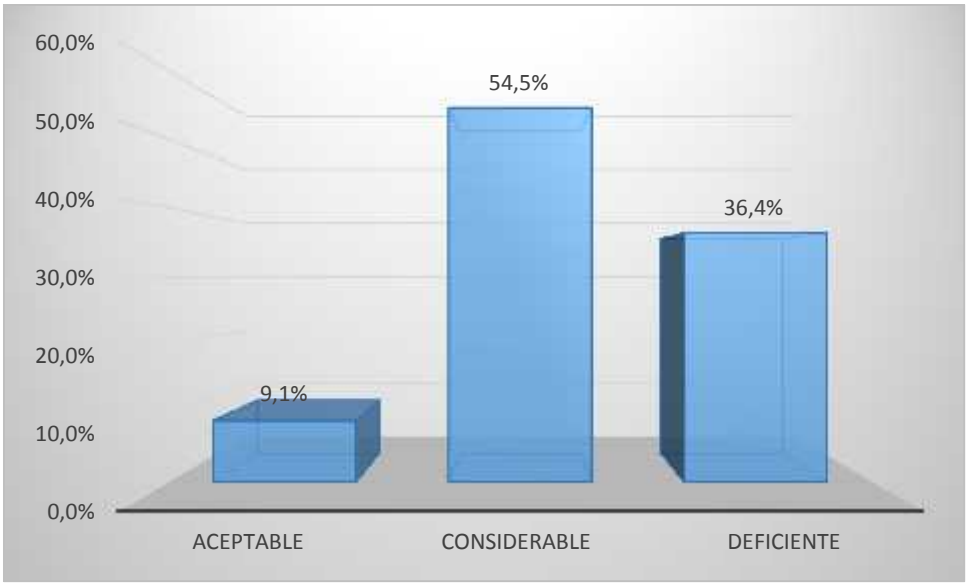
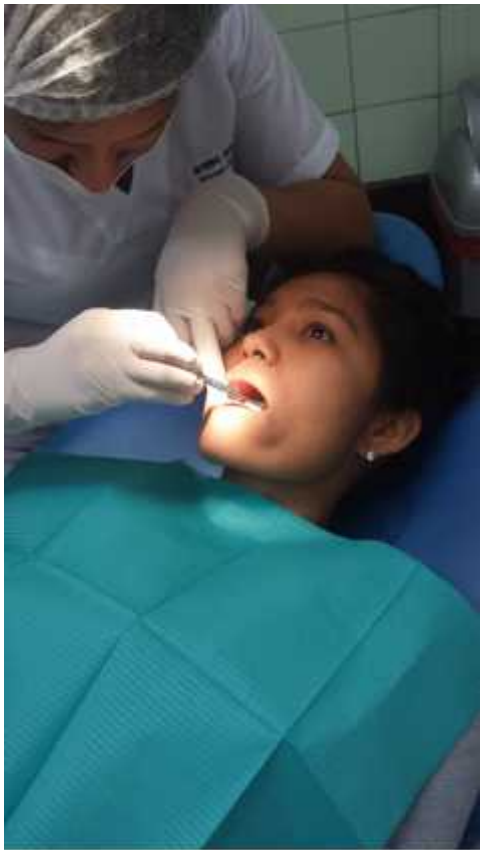



Figura 6: Índice de placa en pacientes que consumen anticonceptivos orales.