

DOI: <https://doi.org/10.64668/rccss.v3i17085>

Condición bucal en el tercer trimestre del embarazo y en el posparto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay.

Rolón Sánchez, Mary Paz ¹ *  Defazio Núñez, Diego Javier ^{1 2} * ¹ Facultad de Odontología "Santo Tomás de Aquino", Universidad Nacional de Caaguazú, Coronel Oviedo, Paraguay.² Cátedra de Periodoncia I y II, Facultad de Odontología "Santo Tomás de Aquino", Universidad Nacional de Caaguazú, Coronel Oviedo, Paraguay.**Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article:**Rolón Sánchez MP, Defazio Núñez DJ. Condición bucal en el tercer trimestre del embarazo y en el posparto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay. Rev. cient. cienc. salud. soc. 2026; 3 (1): Disponible: <https://doi.org/10.64668/rccss.v3i17085>

R E S U M E N

Introducción: Los cambios hormonales, vasculares e inmunológicos de la gestación aumentan la susceptibilidad periodontal a la inflamación, asociándose a desenlaces perinatales adversos y convirtiendo la salud bucal gestante en una prioridad de salud pública.

Objetivo: Caracterizar la condición bucal (índice CPOD, sangrado gingival y diagnóstico periodontal) en el tercer trimestre del embarazo y en el posparto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay, octubre-noviembre de 2018.

Material y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal y analítico con diseño de medidas repetidas en 60 gestantes evaluadas mediante periodontograma en el tercer trimestre y reevaluadas dentro de los 40 días posparto. Se aplicaron pruebas pareadas (t de Student/Wilcoxon y homogeneidad marginal), con significancia $p < 0,05$. **Resultados:** Predominó el grupo de 25 a 31 años (48,3%) y el noveno mes de gestación (70,0%). El índice de sangrado gingival promedio descendió significativamente de 37,9% en el embarazo a 30,1% en el posparto ($p = 0,014$). El índice CPOD fue muy bajo en el 91,7% en ambos momentos ($p = 1,000$). El diagnóstico periodontal mostró gingivitis en 60,0% (embarazo) y 58,3% (posparto); periodontitis en 23,3% en ambos periodos, y salud periodontal en 16,7% y

.Fecha de recepción: Diciembre 2025. Fecha de revisión: Enero 2026 Fecha de aceptación: Abril 2026

*Autor correspondiente: Diego Javier Defazio Núñez. Dirección: Alejandro Guanes 841, Barrio Tacumbú, Asunción-Paraguay. E-mail: diegodefazio@hotmail.com

Editor responsable: Prof. Dra. Ninfa Lucía Jacquet Toledo, PhD  Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción- Campus Guairá - Facultad de Ciencias de la Salud. Villarrica, Paraguay. Email: investigacion.extension.fcs.vca@uc.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

18,3% respectivamente, sin diferencias significativas ($p=0,97$). **Conclusión:** La inflamación gingival disminuyó significativamente en el posparto, mientras que la experiencia de caries y la distribución del diagnóstico periodontal permanecieron estables. Esto respalda el carácter reversible del componente inflamatorio gingival inducido por el embarazo, frente a la estabilidad del daño estructural.

Palabras clave: Embarazo; Periodo Posparto; Índice CPOD; Enfermedades Periodontales; Salud Bucal.

Oral condition in the third trimester of pregnancy and in the postpartum period in women attended at the regional hospital of coronel oviedo, paraguay

A B S T R A C T

Introduction: Hormonal, vascular, and immunological changes during pregnancy increase periodontal susceptibility to inflammation, which is associated with adverse perinatal outcomes and makes pregnant women's oral health a public health priority. **Objective:** To characterize the oral condition (DMFT index, gingival bleeding, and periodontal diagnosis) in the third trimester of pregnancy and postpartum in women treated at the Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay, October-November 2018. **Material and methods:** A quantitative, observational, descriptive, longitudinal, and analytical study with a repeated measures design in 60 pregnant women evaluated by periodontogram in the third trimester and re-evaluated within 40 days postpartum. Paired tests (Student's t/Wilcoxon and marginal homogeneity) were applied, with significance set at $p<0.05$. **Results:** The 25-to-31 age group (48.3%) and the ninth month of pregnancy (70.0%) predominated. The mean gingival bleeding index decreased significantly from 37.9% during pregnancy to 30.1% postpartum ($p=0.014$). The DMFT index was very low in 91.7% of the women at both times ($p=1.000$). The periodontal diagnosis showed gingivitis in 60.0% (pregnancy) and 58.3% (postpartum); periodontitis in 23.3% in both periods, and periodontal health in 16.7% and 18.3% respectively, with no significant differences ($p=0.97$). **Conclusion:** Gingival inflammation decreased significantly in the postpartum period, while caries experience and the distribution of periodontal diagnosis remained stable. This supports the reversible nature of the pregnancy-induced gingival inflammatory component, in contrast to the stability of the structural damage.

Key words: Pregnancy; Postpartum Period; DMFT Index; Periodontal Diseases; Oral Health.

INTRODUCCIÓN

El embarazo induce un conjunto de adaptaciones hormonales, vasculares e inmunológicas que modifican la respuesta del periodonto frente a la placa bacteriana. El incremento sostenido de estrógeno y progesterona favorece la vasodilatación gingival, el aumento de la permeabilidad capilar y una respuesta inflamatoria exacerbada ante un mismo nivel de biofilm, fenómeno descrito clásicamente como "gingivitis del embarazo" ^(1,2). Esta condición, que puede afectar hasta dos tercios de las gestantes, es en gran medida reversible tras el parto, cuando los niveles hormonales retornan a valores basales ^(3,4).

La evidencia epidemiológica acumulada en la última década ha consolidado la asociación entre enfermedad periodontal materna y desenlaces perinatales adversos, incluyendo parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia, aunque la magnitud y la causalidad de esta asociación continúan en debate ^(5,6). Estudios de cohortes recientes han mostrado que la microbiota subgingival puede translocarse hematógicamente hacia la unidad feto-placentaria, y que mediadores inflamatorios sistémicos como la proteína C reactiva y diversas citoquinas se elevan en mujeres con periodontitis no tratada durante la gestación ^(7,8).

La clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias propuesta en el World Workshop de 2017 estableció un marco diagnóstico unificado que distingue salud periodontal, gingivitis y periodontitis según estadios y grados, sustituyendo la clasificación de 1999 y permitiendo comparaciones más rigurosas entre poblaciones ⁽⁹⁻¹²⁾. La aplicación de este marco en poblaciones gestantes de América Latina es todavía incipiente, y la mayoría de los estudios disponibles se concentran en países de altos ingresos o emplean índices periodontales no estandarizados ^(13,14).

En Paraguay, los estudios sobre salud bucal en gestantes son escasos y se ha documentado una alta prevalencia de caries no tratada y de signos de inflamación gingival en el control prenatal, asociada a barreras de acceso a la atención odontológica y a la persistencia de mitos sobre la atención dental durante el embarazo ^(15,16). El índice CPOD continúa siendo el indicador estandarizado por la Organización Mundial de la Salud para cuantificar la experiencia de caries, mientras que el porcentaje de sitios con sangrado al sondaje (% BOP) constituye un indicador sensible

y reproducible de inflamación gingival activa, ampliamente utilizado en estudios longitudinales de gestantes ^(17,18). Diversos estudios internacionales recientes han evaluado el comportamiento de estos indicadores en diseños de medidas repetidas que comparan el embarazo con el período posparto, encontrando de manera consistente una reducción significativa de los parámetros inflamatorios gingivales tras el parto, en contraste con la estabilidad de los indicadores de daño estructural acumulado, como el índice CPOD o la pérdida de inserción clínica ⁽¹⁹⁻²⁴⁾. Sin embargo, persisten vacíos de conocimiento respecto al comportamiento conjunto de estos tres dominios caries, inflamación gingival y diagnóstico periodontal global en una misma cohorte de gestantes evaluada de forma longitudinal, particularmente en contextos de Paraguay.

Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue caracterizar la condición bucal de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay, mediante la comparación del índice CPOD, el índice de sangrado gingival y el diagnóstico periodontal entre el tercer trimestre del embarazo y el período posparto, con el fin de aportar evidencia local que oriente estrategias de promoción y prevención de la salud bucal en el control prenatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, con componente analítico, de corte longitudinal y diseño de medidas repetidas (pre-post), en el que cada participante fue evaluada en dos momentos: durante el tercer trimestre del embarazo y nuevamente dentro de los primeros 40 días posteriores al parto. El estudio se desarrolló en el servicio de control prenatal del Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay, entre octubre y noviembre de 2018.

La población estuvo constituida por la totalidad de mujeres gestantes que acudieron a control prenatal en el período de estudio y que cumplieron los criterios de inclusión: gestación en curso confirmada, encontrarse en el tercer trimestre al momento de la primera evaluación, aceptar voluntariamente su participación mediante consentimiento informado y disponer de al menos una pieza dentaria evaluable. Se excluyeron

mujeres con enfermedades sistémicas que pudieran modificar la respuesta inflamatoria periodontal independientemente del embarazo (por ejemplo, diabetes mellitus no compensada) y aquellas que no pudieron ser recontactadas para la evaluación posparto. La muestra final quedó constituida por 60 gestantes que completaron ambas evaluaciones.

La recolección de datos se realizó mediante examen clínico bucal directo, con iluminación artificial, espejo bucal plano y sonda periodontal milimetrada, registrando los hallazgos en un periodontograma estandarizado y una ficha clínica diseñada para el estudio. Se calculó el índice CPOD (piezas cariadas, perdidas y obturadas) siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud, categorizándolo en niveles muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto. El índice de sangrado gingival se determinó como el porcentaje de sitios con sangrado al sondaje sobre el total de sitios examinados por boca. El diagnóstico periodontal se estableció siguiendo los criterios del World Workshop 2017 sobre clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias, categorizando a cada participante en salud periodontal, gingivitis o periodontitis (9-12).

Las mismas variables clínicas se evaluaron nuevamente en el control posparto, dentro de los 40 días posteriores al parto, utilizando idéntica metodología, instrumental y criterios diagnósticos, a fin de garantizar la comparabilidad de las mediciones pareadas.

Cuadro 1. Operativización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión / Indicador	Escala de medición	Categorías
Edad	Años cumplidos al momento de la primera evaluación	Edad materna en años	Cuantitativa discreta / Ordinal (agrupada)	≤18; 19-24; 25-31; ≥32 años
Edad gestacional	Tiempo transcurrido desde la concepción, expresado en meses	Mes de gestación en la primera evaluación	Cuantitativa discreta	7.º; 8.º; 9.º mes

Antecedente de visita odontológica	Acceso previo a atención odontológica durante el embarazo actual	Visita odontológica durante el embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí; No
Frecuencia de cepillado dental	Número de veces al día que la gestante realiza higiene bucal con cepillo	Cepillados diarios autorreportados	Cuantitativa discreta / Ordinal	1; 2; ≥ 3 veces/día
Índice CPOD	Experiencia de caries dental acumulada, expresada como suma de piezas cariadas, perdidas y obturadas	N.º de piezas C+P+O por persona	Cuantitativa discreta / Ordinal (categorizada OMS)	Muy bajo; Bajo; Moderado; Alto; Muy alto
Índice de sangrado gingival (% BOP)	Proporción de sitios periodontales que sangran al sondaje suave, indicador de inflamación gingival activa	% de sitios con sangrado / total de sitios examinados	Cuantitativa continua (porcentaje)	0-100%
Diagnóstico periodontal	Estado periodontal global según criterios del World Workshop 2017	Categoría diagnóstica periodontal	Cualitativa nominal politómica	Salud periodontal; Gingivitis; Periodontitis
Momento de evaluación	Etapas gestacional/puerperal en que se realiza la medición	Tercer trimestre del embarazo vs. posparto (≤ 40 días)	Cualitativa nominal dicotómica (factor pareado)	Embarazo; Posparto

Análisis estadístico

Los datos se procesaron en una planilla electrónica y se analizaron con software estadístico. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas, porcentajes e intervalos de confianza del 95% calculado con el método de Wilson para proporciones. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desvío estándar. Para comparar las mediciones pareadas (embarazo vs. posparto) se utilizó la prueba t de Student para muestras pareadas (o su alternativa no paramétrica, Wilcoxon, en caso de asimetría relevante) en el caso del índice de sangrado gingival, y la prueba de homogeneidad marginal (extensión de McNemar para variables politómicas) para las variables categóricas pareadas índice CPOD categorizado y diagnóstico periodontal. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Las diferencias de proporciones y de medias se acompañaron de sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

El estudio contó con la aprobación institucional correspondiente y se ajustó a los principios éticos de la Declaración de Helsinki; todas las participantes firmaron consentimiento informado previo a su inclusión, garantizándose la confidencialidad de los datos.

RESULTADOS

Se evaluaron 60 mujeres gestantes que completaron ambas mediciones (tercer trimestre del embarazo y posparto dentro de los 40 días). La Tabla 1 resume las características sociodemográficas y de atención prenatal de la muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de atención prenatal de las gestantes evaluadas (n=60).

Característica	n	%	IC95%
Edad ≤ 18 años	5	8,3	3,6 - 17,9

Edad 19-24 años	16	26,7	17,2 - 39,1
Edad 25-31 años	29	48,3	36,2 - 60,7
Edad ≥32 años	10	16,7	9,3 - 28,0
7.º mes de gestación	6	10,0	4,7 - 20,0
8.º mes de gestación	12	20,0	11,9 - 31,8
9.º mes de gestación	42	70,0	57,5 - 80,1
Sin visita odontológica durante el embarazo	38	63,3	50,4 - 74,6
Cepillado dental ≤1 vez/día	14	23,3	14,5 - 35,4
Cepillado dental 2 veces/día	31	51,7	39,3 - 63,8
Cepillado dental ≥3 veces/día	15	25,0	15,8 - 37,1

IC95%: intervalo de confianza del 95% (método de Wilson).

En relación con la experiencia de caries, el índice CPOD se mantuvo prácticamente sin cambios entre el embarazo y el posparto, con un claro predominio de la categoría "muy bajo" en ambos momentos (Tabla 2), sin diferencia estadísticamente significativa entre mediciones (prueba de homogeneidad marginal, $p=1,000$).

Tabla 2. Distribución del índice CPOD categorizado en el embarazo y en el posparto (n=60). $p=1,000$ (prueba de homogeneidad marginal).

Categoría CPOD	Embarazo n (%)	Posparto n (%)	IC95% (embarazo)
Muy bajo	55 (91,7)	55 (91,7)	81,9 - 96,4
Bajo	3 (5,0)	3 (5,0)	1,7 - 13,7
Moderado-alto	2 (3,3)	2 (3,3)	0,9 - 11,3
Total	60 (100,0)	60 (100,0)	—

IC95%: intervalo de confianza del 95% (método de Wilson).

En contraste, el índice de sangrado gingival mostró una reducción estadísticamente significativa del embarazo al posparto (Tabla 3), compatible con la resolución parcial del componente inflamatorio gingival inducido por el embarazo.

Tabla 3. Índice de sangrado gingival (% BOP) en el embarazo y en el posparto (n=60). Prueba t de Student para muestras pareadas.

Momento	Media % BOP	DE	Diferencia (Embarazo-Posparto)	IC95% diferencia	p
Embarazo	37,9	18,2			
Posparto	30,1	16,1	7,8 pp	4,7 - 10,9	0,014

DE: desvío estándar; pp: puntos porcentuales; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

La distribución del diagnóstico periodontal global salud periodontal, gingivitis y periodontitis, según los criterios del World Workshop 2017 no mostró diferencias significativas entre el embarazo y el posparto (Tabla 4), si bien se observó una discreta disminución de la proporción de gingivitis y un leve aumento de la salud periodontal.

Tabla 4. Distribución del diagnóstico periodontal (World Workshop 2017) en el embarazo y en el posparto (n=60). p=0,97 (prueba de homogeneidad marginal).

Diagnóstico periodontal	Embarazo n (%)	IC95%	Posparto n (%)	IC95%
Salud periodontal	10 (16,7)	9,3 - 28,0	11 (18,3)	10,5 - 29,8
Gingivitis	36 (60,0)	47,1 - 71,6	35 (58,3)	45,5 - 69,9
Periodontitis	14 (23,3)	14,5 - 35,4	14 (23,3)	14,5 - 35,4
Total	60 (100,0)	—	60 (100,0)	—

IC95%: intervalo de confianza del 95% (método de Wilson).

DISCUSIÓN

La muestra estudiada estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres de 25 a 31 años en el noveno mes de gestación, perfil consistente con el de otras cohortes latinoamericanas de control prenatal ^(13, 15, 16). Llama la atención que casi dos tercios de las participantes (63,3%) no habían recibido atención odontológica durante el embarazo en curso, cifra que coincide con reportes previos en la región que documentan barreras de acceso, desconocimiento sobre la seguridad del tratamiento dental durante la gestación y baja prioridad asignada a la salud bucal en el control prenatal ^(15,16,17). Este hallazgo refuerza la necesidad de integrar la evaluación odontológica como componente rutinario del control prenatal, tal como recomiendan organismos internacionales ^(24,25).

Respecto al índice CPOD, la ausencia de cambio entre el embarazo y el posparto (91,7% en categoría "muy bajo" en ambos momentos) es consistente con la naturaleza acumulativa e irreversible de este indicador: a diferencia de la inflamación gingival, la experiencia de caries refleja daño estructural que no se modifica espontáneamente en un período de pocos meses sin intervención restauradora ^(16,24). Este resultado es coherente con lo reportado por Corchuelo et al. ⁽¹⁵⁾ y por Krüger et al. ⁽¹⁶⁾, quienes tampoco observaron variaciones relevantes del CPOD en diseños de seguimiento de corto plazo en gestantes. El predominio de un CPOD bajo en esta muestra, sin embargo, contrasta con poblaciones gestantes de mayor riesgo socioeconómico descritas en otros países latinoamericanos, donde se han reportado índices CPOD significativamente más altos ^(13,17), lo que podría reflejar diferencias en el acceso histórico a servicios preventivos más que en la biología de la gestación en sí.

El hallazgo central de este estudio la reducción significativa del índice de sangrado gingival del embarazo (37,9%) al posparto (30,1%), con una diferencia de 7,8 puntos porcentuales (IC95% 4,7-10,9; $p=0,014$) es plenamente consistente con el cuerpo de evidencia que describe la "gingivitis del embarazo" como una entidad clínica reversible, vinculada a la caída posparto de los niveles de estrógeno y progesterona y a la consecuente normalización de la vascularización y permeabilidad gingival ^(1-4,18). Resultados análogos han sido reportados por Bobetsis et al. en sus revisiones sobre periodontitis y embarazo ^(5,6), por Chen et al. en su metaanálisis de cohortes asiáticas con seguimiento longitudinal ⁽²⁰⁾, y por Nannan et al. en su revisión sobre mecanismos y cambios periodontales gestacionales ⁽²¹⁾. La magnitud de la reducción observada en esta muestra (21% relativo) se ubica dentro del rango descrito en la literatura internacional, que varía entre 15% y 40% según el índice de sangrado empleado y el intervalo entre evaluaciones ⁽²²⁻²⁴⁾.

En cuanto al diagnóstico periodontal global, la ausencia de diferencia significativa entre el embarazo (gingivitis 60,0%; periodontitis 23,3%; salud periodontal 16,7%) y el posparto (58,3%; 23,3%; 18,3%, respectivamente) sugiere que, aunque el componente inflamatorio gingival mejora cuantitativamente (% BOP), este cambio no es de magnitud suficiente para reclasificar a una proporción relevante de mujeres entre

categorías diagnósticas discretas en el corto plazo posparto evaluado (≤ 40 días). Esta disociación entre la mejora de un indicador continuo (% BOP) y la estabilidad de una clasificación categórica ha sido también señalada por Pan et al. y por Wu et al., quienes recomiendan complementar el diagnóstico categorial con indicadores cuantitativos continuos para detectar cambios clínicamente relevantes en ventanas de seguimiento breves ^(22, 26). Asimismo, la proporción de periodontitis hallada en esta muestra (23,3%, estable en ambos momentos) es comparable a la reportada por Huang et al. y por Gare et al. en cohortes de gestantes evaluadas con criterios diagnósticos comparables ^(17,23), y respalda la utilidad de este marco diagnóstico para la comparabilidad internacional de estudios sobre salud periodontal materna ⁽⁹⁻¹²⁾.

Estos hallazgos deben interpretarse considerando las limitaciones propias del diseño: el tamaño muestral ($n=60$), si bien adecuado para detectar diferencias de la magnitud observada en el índice de sangrado, podría haber tenido poder insuficiente para detectar diferencias más pequeñas en el diagnóstico periodontal categórico; el seguimiento posparto se limitó a 40 días, por lo que no es posible descartar cambios adicionales en una ventana de observación más prolongada; y el estudio se realizó en un único centro hospitalario, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones de gestantes paraguayas. Estudios futuros con mayor tamaño de muestra, múltiples centros y seguimiento extendido permitirían precisar la trayectoria completa de recuperación periodontal posparto y su relación con desenlaces perinatales ^(13, 26).

CONCLUSIÓN

En las gestantes evaluadas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo predominaron las mujeres de 25 a 31 años, en el noveno mes de gestación, con alta proporción de falta de atención odontológica durante el embarazo. El índice CPOD se mantuvo estable entre el embarazo y el posparto, confirmando su carácter de indicador acumulativo no sensible a cambios de corto plazo. El índice de sangrado gingival disminuyó de manera estadísticamente significativa del embarazo al posparto, evidenciando la naturaleza reversible de la inflamación gingival asociada a la gestación. El diagnóstico periodontal global, en cambio, no mostró variaciones

significativas entre ambos momentos, lo que indica que la mejora del componente inflamatorio gingival no se tradujo, en el corto plazo posparto estudiado, en una reclasificación diagnóstica relevante. En conjunto, estos resultados respaldan la coexistencia de un componente inflamatorio reversible y un componente estructural estable en la condición bucal de la gestante, y subrayan la importancia de incorporar la atención odontológica preventiva como parte integral del control prenatal.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades y al personal del servicio de control prenatal del Hospital Regional de Coronel Oviedo, Paraguay, así como a las gestantes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

FINANCIAMIENTO

No se contó con financiamiento

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el presente artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Mary Paz Rolón Sánchez: conceptualización, recolección de datos, análisis formal, redacción del borrador original.

Diego Javier Defazio Núñez: conceptualización, supervisión metodológica, análisis estadístico, redacción, revisión y edición final. Ambos autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Wen X, Fu X, Zhao C, Yang L, Huang R. The bidirectional relationship between periodontal disease and pregnancy via the interaction of oral microorganisms, hormone and immune response. *Front Microbiol.* 2023;14:1070917. Disponible en:

DOI: [10.3389/fmicb.2023.1070917](https://doi.org/10.3389/fmicb.2023.1070917).[10.1111/prd.12486](https://doi.org/10.1111/prd.12486).

2. Figueiredo CSD, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Abreu MHNG, Vieira-Andrade RG. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(1):16-22. Disponible en: DOI: [10.1111/jog.13150](https://doi.org/10.1111/jog.13150).
3. Yenen Z, Ataçağ T. Oral care in pregnancy. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2019;20(4):264-268. Disponible en: DOI: [10.4274/jtgga.galenos.2018.0139](https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2018.0139).
4. Bostanci N. Periodontal health and pregnancy outcomes: Time to deliver. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(6):648-651. Disponible en: DOI: [10.1111/aogs.14548](https://doi.org/10.1111/aogs.14548).
5. Bobetsis YA, Graziani F, Gürsoy M, Madianos PN. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. *Periodontol 2000*. 2020;83(1):154-174. Disponible en: DOI: [10.1111/prd.12294](https://doi.org/10.1111/prd.12294).
6. Bobetsis YA, Graziani F, Gürsoy M, Madianos PN. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes: Present and future. *Periodontol 2000*. 2023. Disponible en: DOI:
7. Latorre Uriza C, Velosa-Porras J, Roa NS, Díaz-Báez MP, Silva J, Ricaurte de Beltrán B, et al. Periodontal disease, inflammatory cytokines, and PGE2 in pregnant patients at risk of preterm delivery: A pilot study. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2018;2018:7027683. Disponible en: DOI: [10.1155/2018/7027683](https://doi.org/10.1155/2018/7027683).
8. Daalderop LA, Wieland BV, Tomsin K, Reyes L, Kramer BW, Vanterpool SF, et al. Periodontal disease and pregnancy outcomes: Overview of systematic reviews. *JDR Clin Trans Res*. 2018;3(1):10-27. Disponible en: DOI: [10.1177/2380084417731097](https://doi.org/10.1177/2380084417731097).
9. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45 Suppl 20:S1-S8. Disponible en: DOI: [10.1111/jcpe.12935](https://doi.org/10.1111/jcpe.12935).
10. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin*

- Periodontol. 2018;45 Suppl 20:S162-S170. Disponible en: DOI: [10.1111/jcpe.12946](https://doi.org/10.1111/jcpe.12946).
11. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium. J Clin Periodontol. 2018;45 Suppl 20:S68-S77. Disponible en: DOI: [10.1111/jcpe.12940](https://doi.org/10.1111/jcpe.12940).
 12. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018;45 Suppl 20:S44-S67. Disponible en: DOI: [10.1111/jcpe.12939](https://doi.org/10.1111/jcpe.12939).
 13. Velosa-Porras J, Roa NS, Cruz Dela Hoz J, González MC, Botero JE. Prevalence and social determinants of periodontal disease in Colombian pregnant women. Community Dent Oral Epidemiol. 2024. Disponible en: DOI: [10.1111/cdoe.12916](https://doi.org/10.1111/cdoe.12916).
 14. Thomas N, et al. Oral and periodontal assessment at the first trimester of pregnancy: The PERISCOPE longitudinal study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2023. Disponible en: DOI: [10.1111/aogs.14529](https://doi.org/10.1111/aogs.14529).
 15. Corchuelo Ojeda J, Soto Llanos L, Villavicencio J. Situación de caries, gingivitis e higiene oral en gestantes y no gestantes en hospitales del Valle del Cauca, Colombia. Univ Salud. 2017;19(1):67-74. Disponible en: DOI: [10.22267/rus.171901.70](https://doi.org/10.22267/rus.171901.70).
 16. Krüger MSD, et al. Periodontal health status and associated factors: Findings of a prenatal oral health program in South Brazil. Int J Dent. 2017;2017:3534048. Disponible en: DOI: [10.1155/2017/3534048](https://doi.org/10.1155/2017/3534048).
 17. Huang Z, DerGarabedian BP, He L, Sha Y, Chen Z, Kang J, Cai Y, Gao P. Impact of periodonto-pathogenic microbiota and sociodemographic variables on periodontal status during pregnancy and postpartum period. Oral Health Prev Dent. 2020;18(1):855-864. Disponible en: DOI: [10.3290/j.ohpd.a45355](https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a45355).
 18. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. J Clin Periodontol. 2018;45 Suppl 20:S17-S27. Disponible en: DOI: [10.1111/jcpe.12937](https://doi.org/10.1111/jcpe.12937).
 19. Lang NP, Bartold PM. Periodontal

- health. J Clin Periodontol. 2018;45 Suppl 20:S9-S16. DOI: 10.1111/jcpe.12936.
20. Chen P, Hong F, Yu X. Prevalence of periodontal disease in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2022;125:104253. Disponible en: DOI: [10.1016/j.jdent.2022.104253](https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104253).
21. Nannan M, Xiaoping L, Ying J. Periodontal disease in pregnancy and adverse pregnancy outcomes: Progress in related mechanisms and management strategies. Front Med (Lausanne). 2022;9:963956. Disponible en: DOI: [10.3389/fmed.2022.963956](https://doi.org/10.3389/fmed.2022.963956).
22. Pan W, et al. Bibliometric analysis of the knowledge landscape of periodontal disease in pregnancy: A noteworthy multidisciplinary issue. J Multidiscip Healthc. 2023. Disponible en: DOI: [10.2147/JMDH.S437127](https://doi.org/10.2147/JMDH.S437127).
23. Gare J, Kanoute A, Meda N, Viennot S, Bourgeois D, Carrouel F. Periodontal conditions and pathogens associated with pre-eclampsia: A scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(13):7194. Disponible en: DOI: [10.3390/ijerph18137194](https://doi.org/10.3390/ijerph18137194).
24. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Oral health care during pregnancy and through the lifespan. Committee Opinion No. 569 (reaffirmado 2025). Obstet Gynecol. 2013;122(2):417-422. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/08/oral-health-care-during-pregnancy-and-through-the-lifespan>
26. Wu J, Wu J, Tang B, Zhang Z, Wei F, Yu D, Li L, Zhao Y, Wang B, Wu W, Hong X. Effects of different periodontal interventions on the risk of adverse pregnancy outcomes in pregnant women: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Front Public Health. 2024;12:1373691. Disponible en: DOI: [10.3389/fpubh.2024.1373691](https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1373691)