



Figura 1 Representación de la variabilidad de los índices de eficiencia de cada indicador de utilización de servicios sanitarios.

En la escala de ordenadas el Log *n* del IE. En la escala de abscisas los distintos indicadores de utilización estudiados.

¹Una o más visitas al médico de familia el último mes. ²Dos o más visitas al médico de familia el último mes. ³Una o más de una visitas a enfermería el último mes. ⁴Polimedicados (≥ 5 fármacos) los últimos 15 días. ⁵Una o más hospitalizaciones en el último año. ⁶Una o más consultas al reumatólogo (o traumatólogo) el último año. ⁷Una o más consultas al fisioterapeuta en el último año. ⁸Una o más consultas al podólogo en el último año.

Bibliografía

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36:1–10.
2. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Peiro S. Atlas VPM Group. Atlas of Variations in Medical Practice in Spain: The Spanish National Health Service under scrutiny. *Health Policy.* 2014;114:15–30.
3. Sicras-Mainar A, Serrat-Tarres J, Navarro-Artieda R, Llopart-Lopez J. Posibilidades de los grupos clínicos ajustados (Adjusted Clinical Groups-ACGs) en el ajuste de riesgos de pago capítativo. *Rev Esp Salud Publica.* 2006;80:55–65.

4. Castell MV, Sanchez M, Julian R, Queipo R, Martin S, Otero A. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: Implications for primary care. *BMC Fam Pract.* 2013;14:86.
5. Cano Pérez MD, Castell Alcalá MV, Queipo Matas R, Martín Marín S, Mateo Pascual C, Otero Puime A. Utilización de servicios de salud por la población mayor: atención primaria, atención especializada y uso de medicamentos. *Rev Esp Salud Publica.* 2016;90:e1–11.
6. González González AI, Miquel Gómez AM, Rodríguez Morales D, Hernández Pascual M, Sánchez Perruca L, Mediavilla Herrera I, et al. Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria.* 2017;49:240–7.

María Dolores Cano Pérez^{a,*}, María Victoria Castell Alcalá^b, Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo^c y Ángel Otero Puime^d

^a Centro de Salud Fuencarral, Unidad Docente de Medicina de Familia, Departamento de Medicina, UAM, Madrid, España

^b Centro de Salud Dr. Castroviejo, Unidad Docente de Medicina de Familia, Departamento de Medicina, UAM, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ), Madrid, España

^c Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Centro, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM, Madrid, España

^d Unidad Docente de Medicina de Familia, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UAM, Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariadolores.cano@uam.es (M.D. Cano Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.006>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Relación entre la salud gingival en las gestantes con complicaciones obstétricas



Relationship between gingival health in pregnant women with obstetric complications

Sr. Editor:

Últimamente en la literatura médica se refleja la asociación entre la periodontitis y las complicaciones obstétricas. Entre ellas figuran principalmente: el bajo peso de los recién nacidos (<2.500 g), los partos prematuros (<37 semanas), el aborto involuntario, la muerte fetal y la preeclampsia (comúnmente definida como hipertensión materna y proteinuria después de la 20.^a semana de gestación)¹.

En el campo de la periodoncia la gingivitis gravídica fue recogida por Armitage² como un tipo de enfermedad gingival modificada por factores sistémicos, específicamente endocrinos. Esta enfermedad se asocia a unos factores etiológicos entre ellos: cambios vasculares, influencia hormonal sobre células del periodonto, cambios en el sistema inmunitario y cambios en el *biofilm*. Otros factores asociados son los conocidos como modificadores, entre ellos se encuentran: el control de la placa bacteriana y la influencia de gradientes socioeducacionales.

Si atendemos a la relación entre las complicaciones obstétricas y la enfermedad gingival se ha descrito una posible plausibilidad biológica. Se han descrito 3 posibles vías etiológicas: diseminación hematogena de productos inflamatorios de la infección periodontal, respuesta inmune fetomaterna a los patógenos orales, o directamente de bacteriemia resultante de la infección oral¹.

Aún no se ha logrado un consenso en si esta asociación es completamente consistente pero la mayor parte de la literatura apunta a ello. Existen una serie de problemas que hacen que la evidencia sea limitada. Entre estos destacan: los sesgos de características de los pacientes como variaciones socioeconómicas, biológicas y ambientales³ y por otro lado la divergencia de criterios usados en el estudio periodontal⁴. Se hace completamente necesaria la elaboración de más estudios epidemiológicos teniendo en consideración estos sesgos para poder obtener mayores evidencias.

Actualmente se cree que la enfermedad periodontal durante el embarazo es «un factor de riesgo emergente» de complicaciones obstétricas. Según distintos metaanálisis se considera que el tratamiento periodontal durante el embarazo no va a reducir las complicaciones obstétricas, específicamente la evidencia es mayor en cuanto al parto prematuro. Aún así en los protocolos actuales la identificación y el tratamiento de la enfermedad periodontal forma parte de las pautas de tratamiento adecuadas en el periodo prenatal para poder reducir la incidencia de estos acontecimientos indeseados⁵.

Un dato muy a tener en cuenta en esta ecuación es la diabetes. Esta enfermedad fue demostrada como altamente relacionada con la presencia de problemas en el periodonto⁶. También es bien conocido el fenómeno de la diabetes gestacional. La existencia de esta enfermedad durante el embarazo ha sido asociada a la presencia de macrosomía fetal y al aumento en la tasa de cesáreas. Debido a estas evidencias los ginecólogos realizan un cribado con la prueba de O'Sullivan para poder descartar este estado. Se han producido múltiples cambios en los criterios diagnósticos de esta enfermedad. Quizás aún no se encontraron criterios adecuados para poder satisfacer las necesidades de la salud pública.

Fruto de toda esta información creemos necesarios reforzar los vínculos entre los profesionales de nuestro medio en el ámbito de la odontología y la obstetricia. Para poder elaborar planes prenatales conjuntos cuyo enfoque principal sea la detención de esta enfermedad y su tratamiento. También estaría indicado crear unos criterios simples para justificar una interconsulta por parte de los obstetras a los odontólogos, estos últimos de forma rápida pueden valorar si estaría indicado este tratamiento por medio de índices periodontales reducidos como el CPITN.

A la vista de estas evidencias se ha de optar por un enfoque multidisciplinar de manera coordinada. Pues al centrar la vista en algunos puntos podemos perder perspectiva del conjunto. El objetivo final siempre ha de ser el bienestar de la progenitora y de su futuro hijo.

Bibliografía

1. Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: Pathogenic mechanisms. *J Clin Periodontol*. 2013;40 Suppl. 14:S170-80.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999; 4:1-6.
3. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR, Machuca C, Bullón P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J Periodontol*. 1999;70:779-85.
4. Romero R, Gómez R, Chaiworapongsa T, Conoscenti G, Kim JC, Kim YM. The role of infection in preterm labour and delivery. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15:41-56.
5. Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c7017.
6. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: A two-way relationship. *Ann Periodontol*. 1998;3:51-61.

Alejandro Ismael Lorenzo-Pouso^{a,*}, Mario Pérez-Sayáns^b y Sergio González-Palanca^c

^a *Facultad de Medicina y Odontología, Santiago de Compostela, La Coruña, España*

^b *Unidad de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología, Facultad de Medicina y Odontología, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela, La Coruña, España*

^c *Sección de Ginecología y Obstetricia, Hospital Comarcal de Valdeorras, El Barco de Valdeorras, Ourense, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexlopo@hotmail.com

(A.I. Lorenzo-Pouso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.017>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Información sobre el riesgo de los fármacos en el embarazo: nueva regulación de la *Food and Drug Administration*



Information on the risk of drugs in pregnancy: New regulation of the Food and Drug Administration

Sr. Editor:

Los profesionales sanitarios utilizan habitualmente la clasificación de la U.S. *Food and Drug Administration* (FDA) para hacer una valoración del riesgo-beneficio de la administración de fármacos a la mujer embarazada.

Dicho sistema de clasificación, que no es el único disponible y tampoco fue el primero desarrollado^{1,2}, sí es, y con diferencia, el más utilizado en el mundo sanitario. Vigente desde el año 1979, irá desapareciendo progresivamente para