

Estado bucodental en gestantes de la ciudad de Armenia, Colombia

Buco-dental health status on pregnant women in Armenia city , Colombia

Herney A. RENGIFO¹, Francy CIRO², Alejandra OBANDO², Lina ROLDAN², Andrea LOPEZ², Lina LOPEZ²

1. Odontólogo, Master en Salud Pública Universidad del Valle, Profesor Unidad de Investigación Institución Universitaria Colegios de Colombia, Profesor Escuela de Odontología Universidad del Valle. 2. Estudiantes de ultimo año de Odontología Colegio Odontológico Colombiano.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estado bucodental de un grupo de gestantes de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para lo cual se tomó un grupo de las gestantes que asisten al control prenatal en la Red de Salud del Municipio, del cual se incluyó un total 185 gestantes que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Resultados: El promedio de edad fue de 22 años, la mayoría (58.3%) procedentes del Quindío. El 65.9% (122) habían visitado al odontólogo durante la actual gestación. Al examen clínico se encontró en el 34.59% de las gestantes presentaban lesiones en tejidos blandos, el 94.05% caries y el 70.27% enfermedad periodontal.

Conclusiones: El estado de salud bucodental en las gestantes se altera con alta prevalencia de enfermedades como la caries dental, que se puede decir que es una enfermedad que existe antes de la gestación y, adicionalmente, la asistencia a consulta odontológica dentro de época de gestación no ocurre en la proporción ideal, de acuerdo con las necesidades evidenciadas.

Palabras Claves: Embarazo, salud oral, caries, enfermedad periodontal

SUMMARY

Objective: To determinate the Bucodental status of pregnant women in Armenia City, Quindío-Colombia.

Methods: It was made an observational descriptive study, at the city of Armenia – Quindío. We take the pregnant that assisted to pre-birth control at the city's services of health. We include 185 pregnant who could meet the selection characteristic and wish to be part of the research.

Results: Age average was 22 years, mostly 58.3% from Quindío. 65.9% have been at the dentist during the pregnancy. In the clinical examination we found that 34.5% of pregnant showed soft tissue injuries, 94.05% tooth decay and 70.2% periodontal disease.

Conclusions: Oral health is pregnant is modification with prevalences of disease such as tooth decay; the mother did not go for dental care during their pregnancy.

Key words: Pregnant, oral health, periodontal disease.

INTRODUCCION

En la etapa de gestación, la mujer tiene muchos cambios físicos, biológicos y psicológicos, por lo que en esta etapa de su vida se convierte en una población vulnerable y propensa a muchas situaciones en las cuales

está involucrado su estado de salud como un indicador de su calidad de vida. Es por ello que, en todos los países, las gestantes se constituyen en un grupo prioritario dentro de la salud pública.

Los cambios que ellas presentan en su estado general, ordinariamente también se reflejan en la cavidad bucal, en la cual se pueden manifestar ya sea en forma adaptativa reversible y transitoria o en forma de exacerbaciones de patologías previas o, aún, como cuadros semiológicos especiales iniciados en este estado. (1,2)

Dentro de las lesiones estomatognáticas que ordinariamente se consideran en el embarazo, en la literatura se han descrito las siguientes: la caries con prevalencia superiores al 90%; pero la relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida y ha sido controversial ya que la caries es una enfermedad que requiere un periodo de tiempo para su desarrollo y a su vez la medición de su incidencia en el embarazo no ha sido fuertemente estudiada, pero aun a pesar de ello, se han encontrado índices de Dientes Cariados Obturados y Perdidos (COPD) mas altos en mujeres con hijos que en mujeres sin ellos. Se sospecha que el aumento de las lesiones por caries dentales en las gestantes se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran cambios de la composición de la saliva y la flora oral, los vómitos por reflujo, la higiene oral defectuosa y los cambios de hábitos dietéticos y de horarios

Recibido para publicación: Agosto 1 de 2007.

Aceptado para publicación: Noviembre 7 de 2007.

Correspondencia:

H. A Rengifo, Universidad del Valle.

(e-mail: hrengifo@gmail.com)

que, a su vez pueden propiciar la aparición de erosiones sobre las superficies de los dientes. (1-4)

Otro tipo de lesiones estomatognáticas son las que se relacionan y se pueden evidenciar en los tejidos de sostén de los dientes, como la gingivitis (inflamación gingival sin pérdida de inserción) las hipertrofias gingivales con prevalencias que pueden oscilar entre el 30% y el 100% y en estudios de gestantes con prevalencias del 50% y 98,25%. (2)

Igualmente, la periodontitis, considerada como una infección bacteriana que conduce a inflamación y posterior destrucción de los tejidos de soporte del diente presenta una prevalencia del 5% al 30% en la población general. Actualmente se considera la periodontitis como un factor de riesgo para el resultado del embarazo con producción de características del producto de la gestación, como bajo peso al nacer y parto prematuro, entre otros problemas relacionados, lo que se explica teóricamente por qué las infecciones maternas durante el embarazo provocan una traslocación de productos bacterianos y mediadores inflamatorios, de tal manera que la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad al provocar que las toxinas y que los niveles de prostaglandinas y citoquinas (fluidos biológicos que por lo general inducen el trabajo de parto) se incrementen velozmente, lo que produce trabajo de parto y nacimiento pretérmino. (5-10)

De igual forma, durante la gestación se reportan lesiones de la mucosa bucal como el granuloma piógeno, el cual parece ser una alteración tisular muy frecuente durante el embarazo, con una prevalencia de alrededor del 5%. También se presentan úlceras de origen inespecífico, posiblemente causadas por trauma o por el componente estrogénico y el incremento vascular que aumenta la susceptibilidad de los tejidos gingivales. (8-11)

Por todo esto, la salud oral de las gestantes es, hoy por hoy, una gran preocupación para

la comunidad en general, tanto científica, como política nacional e internacional y, aunque hay literatura internacional extensa acerca del estado bucal en gestantes, en nuestro medio son pocos los estudios conocidos y desarrollados alrededor de este tema.

Adicionalmente, la amplia evidencia científica que asocia la enfermedad periodontal con las complicaciones del embarazo dio lugar a que el Ministerio de la Protección Social en Colombia enfatizara la importancia de mantener una buena salud oral durante el período de gestación y, además, a que dicha entidad decidiera situar la salud oral dentro de las prioridades en relación con los programas de promoción y prevención en salud general. Y en esto radica la importancia de realizar investigaciones como la que aquí se reporta, cuando tengan por objetivo determinar el Estado de Salud Bucal de las Gestantes.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el municipio de Armenia (Quindío), en donde se tuvieron en cuenta las gestantes que asisten al control prenatal en la Red de Salud del Municipio (la atención es centralizada en una sola Institución Prestadora de Salud Pública del nivel I IPS - Centro de Salud), de tal manera que la institución a la que acude la población atiende gestantes de los diferentes regímenes de salud y, adicionalmente, la población vulnerable no afiliada. Para el estudio se realizó un muestreo por conveniencia (nivel de confianza 90 y 5% de error) con un promedio de 800 gestantes al mes y, como resultado, se incluyó un total de 185 gestantes que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron participar voluntariamente en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

Las gestantes diligenciaron una encuesta semi-estructurada (previamente validada por el grupo investigador) con la que se recogieron datos respecto a variables de tipo

sociodemográfico (edad, afiliación a salud, nivel escolar, relación familiar etc) de tipo clínico médico (semanas de gestación, antecedentes de gravidez), tipo creencias en salud bucal durante el embarazo (robo de calcio por el bebe, peligros para el bebe por atención odontológica, etc.), y hábitos orales (frecuencia de cepillado, visitas al odontólogo).

Posteriormente se les realizó un examen clínico odontológico completo y sistemático siguiendo los ítem utilizados en el III Estudio Nacional ENSAB III con instrumental básico de odontología (espejo, sonda periodontal y pinzas algodonerías) para valorar el estado dental y la historia de caries, el estado de salud periodontal, la presencia de lesiones de tejidos blandos y el nivel de placa bacteriana. Los índices epidemiológicos utilizados fueron para el estado dental el índice COP (Cariados Obturados y Perdidos) para el estado periodontal se utilizó el índice ICPNT (Índice de Necesidades de Tratamiento) mediante el uso de la sonda periodontal de la OMS, la cual, como característica especial, presenta en el extremo una punta redonda de 0.5 mm. de diámetro; para evaluar el estado de placa blanda se empleó el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO'S) de Green y Vermillon. (13,14)

Previamente a la fase de trabajo de campo para la recolección de la información necesaria, mediante una prueba piloto en un grupo de gestantes en la ciudad de Cali (equivalente al 10% de la muestra real programada para Armenia) bajo la supervisión del investigador principal y de una periodoncista, se realizó la estandarización de los examinadores que se encargarían de la verdadera recopilación de la información, ejercicio en el cual se obtuvo un coeficiente de correlación positiva superior al 0,80, con lo cual se consideró que se descartó el posible error inter examinadores.

El Comité de Ética de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, al tenor de lo dispuesto por la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia, aún

vigente y, en consideración a que las directivas de la IPS donde se desarrollaría el trabajo de campo manifestó su aprobación para la ejecución del estudio, calificó esta investigación como de riesgo mínimo y en consecuencia, la aprobó.

Para el análisis estadístico se realizó una base de datos en el programa Excel y posteriormente se analizó en el programa Stata 9, previa transformación por Stata Transfer. Se inició un análisis exploratorio univariado para determinar frecuencias y distribuciones de las variables según su clasificación.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 185 gestantes, el promedio de edad fue de 22 años, con un mínimo de edad de 13 años, un máximo de 37 años y una mediana de 21 años; la mayoría (58.3%) con procedencia del mismo departamento donde se realizó la

Tabla 1. Características Sociodemográficas gestantes de Armenia

	n	%
Procedencia		
Quindío	108	58,3
Valle del Cauca	13	7,03
Antioquia	13	7,03
Caldas	10	5,41
Tolima	8	4,32
Otros	33	17,91
Seguridad Social en Salud		
Contributivo	75	40,54
Subsidiado	65	35,14
P. Vulnerable	45	24,32
Estado civil		
Casada	16	8,65
Soltera	60	32,43
Unión libre	109	58,92
Nivel Educativo		
Ninguna	3	1,6
Primaria	38	20,5
Secundaria	130	70,2
Superior	12	6,4
Postgrado	2	1,3

Tabla 2. Características de gravidez, Armenia

	n	%
Trimestre de Embarazo		
Primer	38	20,65
Segundo	77	41,85
Tercer	69	37,5
Embarazos previos		
1	96	51,89
2	47	25,41
3	24	12,97
4 o más	18	9,73

Tabla 3. Problemas que percibieron las gestantes Armenia

Problema	n	%
Dolor	12	22,64
Caries	5	7,55
Sangrado	15	28,30
Inflamación	14	26,42
Sensibilidad	2	3,77
Peladuras	2	3,77
Halitosis	3	5,66
Mucha saliva	1	1,89

Tabla 4. Prevalencia de Patologías Bucales Gestantes - Armenia

	n	%
Lesión Oral		
Si	64	34,59
No	121	65,41
Caries		
Si	174	94,05
No	11	5,95
Enfermedad Periodontal		
Si	130	70,27
No	55	29,73

Tabla 5. Diagnostico Periodontal Gestantes - Armenia

Diagnostico Periodontal	n	%
Sanas	55	29,73
Gingivitis	40	21,62
Periodontitis Crónica Leve	55	29,73
Periodontitis Crónica Moderada	34	18,38
Periodontitis Crónica Severa	1	0,54
Total	185	100

investigación (Quindío), el 67.5% (125 mujeres) tenían pareja al momento del estudio, el 70.2% contaba con estudios de secundaria. El 51.89% -96- presentaban su primer embarazo, con un promedio de embarazos de 1.8 y de 21.8 semanas de gestación. (Tabla 1)

La distribución de la gravidez por trimestres se observa en la Tabla 2. De las gestantes, el 49.1% -91- viven con su pareja y el 36.7% -68- con sus padres. El 65.9% -122- habían visitado al odontólogo durante la actual gestación, con un promedio de 1.4 visitas y el 71.20% -131- no considero haber tenido problemas en la cavidad bucal en este estado. De las que sí consideraron tener problemas el 28.3% -54- fue por sangrado. (Tabla 3)

Al evaluar el estado de higiene oral se encontró que el 51.35% -95- presentaron un índice de placa bacteriano (Green y Vermillon) bueno, el 43.78% -81- regular y 4.86% -9- malo

Al examen clínico se encontró en el 34.59% -64 de las gestantes presentaban lesiones en tejidos blandos, de las cuales el 42,6% se presento en carrillos, el 25.3% en gíngiva, el 17.3% en labios y el porcentaje restante, en lesiones del frenillo, en el piso de boca y en el surco vestibular. El 18.7% de estas lesiones se presento en más de dos sitios a la vez. (Tabla 4)

En cuanto a caries, se encontró una prevalencia del 94.05% -174- (Tabla 4). Un índice COP de 11.34, con un promedio de dientes cariados de 5.9 (± 4.6) por gestante, 2.8 (± 3.1) dientes obturados y menos de un diente (0.35) perdido por caries. En cuanto a necesidades de tratamiento se reportó una necesidad para obturar de 6.9 (± 0.99) dientes por gestante y necesidad según exodoncia indicada por participante en el estudio, con un promedio de 0.8 dientes para extraer.

Respecto a la enfermedad periodontal se encontró una prevalencia de 70.27% -130- (Tabla 4) de las cuales el 21.62%

-40- presentaron gingivitis (Tabla 5). Mas del 60% de las gestantes presentaron un indicador de necesidad de tratamiento según el índice ICNTP (sangrado, calculo, etc.) desde instrucciones en higiene oral, detartraje y profilaxis y solo una requería tratamiento completo.

En cuanto a la extensión y severidad del estado periodontal se encontró que el 57% de los sitios evaluados en las gestantes exhibieron enfermedad con una pérdida de inserción promedio de aquellos sitios afectados de 2.3 mm.

DISCUSION

En este estudio el 24.87% eran gestantes menores de edad, lo cual sigue la tendencia de embarazos en adolescentes que existe en la actualidad (cerca del 20%) con un gran porcentaje que vive en unión libre y un promedio de hijos de 2.716, que no le da formalidad a la relación de pareja, dado que el mismo porcentaje no vive con su pareja sino que vive con sus padres e indica que a pesar de tener pareja es económicamente dependiente.

Al ser la mayoría primo-gestantes se limita a lo vivenciado por las mujeres de su entorno social, familiar y cultural y en alguna medida puede dar tendencias en cuanto a los hábitos desarrollados y creencias dadas.

Hubo un 36% de las gestantes que no habían recibido atención por odontólogo ni siquiera para examen odontológico a pesar que los protocolos de la institución así lo indican; porcentajes que son similares a los del Perú con el 20% y a lo reportado por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Embarazo del CDC que oscila del 23% al 43%; y contrarios a lo reportado por Mona y Lyndon, estudio en el cual el porcentaje de atención pasaba el 50%. El porcentaje de auto-reporte de problemas bucales es similar a lo reportado aquí, o sea que pasa del 30%.

Dentro de los problemas primarios que

auto-reportaron y percibieron las gestantes se encuentran la inflamación gingival, el sangrado y el dolor. (12,17,19)

En cuanto al estado de higiene oral se encontró que la mayoría (51.35%) presentó un índice de placa bueno, similar al reportado en la literatura, lo que indica presumiblemente que los hábitos de cepillado en la gestación cambian transitoriamente y que los problemas buco dentales durante el lapso del embarazo son preexistentes y, en segunda medida, la convocatoria previa que se realizó pudo influir en la intensificación del cepillado al momento de asistir a examen clínico realizado durante la investigación. (18)

Se encontró una prevalencia de caries superior al 90% lo que indican que las gestantes llegan enfermas dentalmente a su proceso de gestación, hallazgo similar a lo que se ha reportado en México (2) y muy superior a lo reportado en Cuba (41.32%).

En cuanto a la historia de caries y el índice COP, el hallazgo fue similar a lo reportado en otras investigaciones en Colombia (2) lo que indica que la atención en las mujeres esta siendo muy limitada aunque los cambios en la composición salival de la gestantes puede promover el desarrollo de caries. El promedio de dientes cariados, obturados y perdidos se encontró por debajo del promedio reportado en México (7.1, 4,3 y 2,4 respectivamente). (2)

Los rangos de enfermedad periodontal siguen las tendencias de la literatura que oscilan del 35% al 100% según las cifras reportadas por Silness (6) desde la década de los 60 y por Ziskin (22) quien identifico que un 38.9% de las gestantes podrían tener alguna forma de enfermedad periodontal. En este estudio, las prevalencias de enfermedad periodontal fueron muy similares a las reportadas en Venezuela (21) del 70.9%, y del 1.8%; y en Europa por Harefuah del 76.7%.

Se observó que las más afectadas periodontalmente coincidían con el avance en

semanas de gestación como se reporta en la literatura.

El índice de sangrado gingival sobrepasa el 50%, hallazgo similar al encontrado en Argentina y en Colombia (8) con 56.4%. En cuanto a lesiones de tejidos blandos diferentes a las enfermedades periodontales se encontró una prevalencia del 34.59%, similar a lo reportado en Venezuela (32,77%) y superior al presentado en España (23%) en donde los mayores sitios de lesión fueron el carrillo y el vestíbulo, presumiblemente por trauma o úlceras de origen inespecífico.

CONCLUSIONES

Las gestantes, a pesar de los conocimientos que se han alcanzado en los ámbitos universitarios, continúan presentando altas prevalencias de enfermedades bucales (caries y enfermedad periodontal) que se reflejan en elevadas necesidades de los servicios odontológicos; igualmente es importante concluir que, aparentemente, en Armenia las gestantes durante su período de embarazo no están recibiendo completamente la atención de los servicios odontológicos o llegan tarde a los mismos, lo cual lleva a la exacerbación de las patologías existentes y al mayor deterioro de la cavidad bucal.

Se debe llegar a crear intervenciones propias dirigidas directamente a las gestantes desde los primeros meses de la gestación y a la vez realizar estudios que determinen los factores del contexto sociocultural que facilitan la presentación de estas enfermedades.

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio Odontológico Colombiano, sede Cali, fuente parcial de los recursos con los que se financió esta investigación. A la Empresa Social del Estado -ESE Sur de Armenia- a través del Centro de Salud la Milagrosa por permitir la realización de la investigación en su sede y especiales y profundos reconocimientos a las gestantes por su valiosa y desinteresada participación en este estudio.

REFERENCIAS

1. Huidrobo I, León N, Rodríguez I. Manifestaciones Patológicas más comunes en la Cavidad Oral presentes en el embarazo. Un estudio prospectivo de la clínica 6 delegación [revista en Internet] 2007- Disponible en URL: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_ylab1/otros/coloquiosxviii [acceso 24/02/2008]
2. Ruiz LG, Gómez GR, Rodríguez GR. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. *Rev Asoc Dental Mexicana* 2002; 58:5-9.
3. Merja A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta odontol Scand* 2002; 60:10-16.
4. Banoczy J, Orosz M, Gabris K, Nyarasy I, Togo O, Shuder L. Investigation on the correlation of pregnancy, caries and gingivitis. *Zahm Mund Kieferheilkd Centralbl* 1978; 66:573-81.
5. Armitage GC. Diagnostico y Clasificación de las enfermedades periodontales. *Periodontology* 2000 (Ed esp.) 2005; 9: 9-21.
6. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963; 21:533-51.
7. Díaz-Guzmán LM, Castellanos-Suárez JL. Lesiones de la Mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9:430-7.
8. Amaya S, Bolaños M, Jaramillo A, Soto J, Contreras A. Estado Periodontal y Microbiota Subgingival en mujeres preeclámplicas. *Revista Estomatología* 2004; 12(2):1-6.
9. Moore S, Ide M, Coward PY, Randhawa M, Bokowska E, Baylis R, Wilson R. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *British Dental Journal* 2004; 197:251-258.
10. Offenbacher S, Katz V, Fertik G. Periodontal infección as a possible risk factor for preterm low birth weight, *J Periodontol* 1996; 67:1103-1113.
11. Gibas R. The Relationship between Infections and Adverse Pregnancy Outcomes: An Overview. *Rev Ann Periodontol* 2001; 6:153-163.
12. Dalcey TD, Nartey NO, Wysocki GP. Pregnancy tumor: An analysis. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radol Endod.* 1991; 72:196-9.
13. Republica de Colombia. Ministerio de Protección Social. Plan Nacional de Salud Bucal PNSB. Resolución 3577 de 2006. Septiembre 28. Santa fe de Bogota
14. Republica de Colombia, Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades crónicas - ENFREC II, 1997, Santa Fe de Bogota.
15. Boggess K, Edelstein B. Oral Health in Women during Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health. *Matern child health J* 2006; 10: 169-174.
16. Lydon M, Krakowiak P, Hujuel P, Peters R. Dental care use and self-report dental problems in relation to pregnancy. *Am J Public Health* 2004; 94: 765-771.
17. López-Pérez R, Díaz-Romero R, Barraco J, Borguez-Yáñez A, Ávila-Rosas H. Prevalencia de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal en la paciente gestante diabética. *Salud Pública Méx.* 1996; 38:101-109.
18. Marrero A, López E, Castells S, Ribacoba E. Diagnostico educativo en salud bucal para gestantes. *Archivo Médico de Camaguey* 2004; 8:1025-55.
19. Marín C, Segura J, Bullon A. Correlation between infant birth weight and mothers periodontal status. *J Clin Periodontol* 2005; 32:299-304.
20. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta odontol Scand* 2002; 60:257-264.
21. Larez L., Benavides Y., Henríquez Y., Moreno S. Lesiones bucales vistas en la embarazada. *Rev Obstetric Ginecol. Venez.* 2005; 65(1):12-16.
22. Ziskin D, Blackberg S, Scout A. The gingiva during pregnancy. *Surg Gynec Obstet* 1933; 57:719-26.