

La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada

The pregnant and its integral Odontology care as a priority group. Moncada health area

Maribel Bastarrechea Milián^I; Lourdes Fernández Ramirez^{II}; Teresa Martínez Naranjo^{III}

^IEspecialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología, La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Administración de Salud. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología, La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se plantea con frecuencia en el argot popular que cada embarazo hace perder un diente y aunque todos los profesionales de la estomatología consideramos esta frase falsa, existen muchos factores que en la embarazada influyen desfavorablemente que la pueden hacer susceptible a contraer caries o periodontopatías. Se pretende con este trabajo identificar los aspectos más importantes a señalar durante esta etapa en cuanto manifestaciones clínicas, factores desfavorables desencadenantes de enfermedades bucales y de la organización de los servicios mediante exámenes clínicos y encuestas realizadas a un grupo de embarazadas que reciben atención en la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Conclusiones de interés se obtuvieron al encontrar que existieron algunas dificultades en la atención estomatológica a las embarazadas que estuvieron dadas fundamentalmente por problemas inherentes a las pacientes, como los cuadros eméticos frecuentes y la ingestión de alimentos azucarados los cuales actuaron en detrimento de la salud bucal de las mismas. La gingivitis resultó ser la afección bucal mas frecuente en nuestro estudio.

Palabras clave: estomatología en obstetricia, manejo integral de embarazadas.

ABSTRACT

In argot frequently it is posed that in each pregnancy a tooth is lost, and although all Odontology professionals consider that this phrase is wrong, there are many factors that in pregnant influenced in a unfavorable way being sensitive to has caries or periodontal disease, which include them in a priority group of our health area, the aim of present paper is to identify the more important features to point out during this stage as regards the clinical manifestations, unfavorable factors triggering oral diseases and the services organization by clinical examinations and surveys conducted in a group of pregnant receiving care in "Raúl González Sánchez" Odontology Faculty. We conclude that there are come difficulties during the stomatologic care to pregnant caused mainly by inherent problems acted to the detriment of its hygiene health, the gingivitis was the oral affection more found in study group.

Key words: Obstetrics and Odontology, pregnant integral care, pregnant medical assessment.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se hace imprescindible el análisis de los problemas de salud integralmente. El tener en consideración este concepto nos permite hacer importante hincapié en la atención estomatológica de la gestante pues suceden cambios bucales dependientes de los que suceden en su organismo y que son resultado de un conjunto de factores que influyen de la salud bucal. El aumento de la secreción de estrógenos, aumenta enormemente la vascularización, lo cual hace más susceptible la gingiva a la acción de los irritantes locales causando inflamación.¹⁻⁴ También se plantea el aumento de mediadores químicos como las prostanglandinas así como una alteración del sistema fibrinolítico.⁵ En la encía puede aparecer un tumor benigno durante el segundo trimestre de embarazo que desaparece después del parto.⁶⁻⁷ Estudios revelan cierta relación de la enfermedad periodontal con el riesgo a un nacimiento prematuro o con el bajo peso al nacer, en virtud de la liberación por el tejido periodontal afectado de citocinas y otros mediadores, lo cual puede provocar dicho efecto a distancia.⁸⁻¹⁰

Es frecuente observar en los dientes una ligera movilidad durante el tiempo del embarazo, esto es probablemente debido a cambios en la lámina dura, en el ligamento periodontal o por patologías de base que no está en relación con el embarazo. Esta movilidad no está relacionada con la pérdida de inserción, no precisa tratamiento y remite espontáneamente.¹¹⁻¹²

El aumento de gonadotropina en el primer trimestre se asocia con náuseas y vómitos, el aumento de progesterona enlentece el vaciamiento gástrico y la acidez resultante durante los vómitos provocan erosión del esmalte de los dientes, fundamentalmente en la cara lingual de los molares e incisivos inferiores.¹³⁻¹⁴

Se reportan casos de pacientes sometidas a estrés por diferentes situaciones durante o antes al período de gestación, tales como divorcios y fallecimientos de seres queridos, entre otros a los que se ha asociado la aparición de anomalías fetales como: defectos conotruncal en el corazón, defectos en el tubo neural y fisuras de labio y paladar.¹⁵

El malestar general que padecen la mayoría de las mujeres en esta época, trae consigo un inadecuado comportamiento con relación a la higiene bucal, que con el cambio de hábitos alimentarios, con una mayor ingestión de alimentos azucarados en intervalos menores de tiempo atentan contra la salud bucal de las gestantes.^{3,16}

Durante el tratamiento a la embarazada hay que tener en cuenta también necesidad de reajustes en el esquema de administración de antimicrobianos y de ser posible postergar el medicamento para el segundo trimestre del embarazo, por ser primaria en importancia la organogénesis que ocurre fundamentalmente en ese periodo. En caso contrario puede existir repercusiones sobre el feto, ya que la mayoría de las drogas en concentraciones adecuadas en la sangre materna llegan al mismo a través de la placenta.¹⁶⁻¹⁸

Por ello nuestro Sistema de Salud exige la atención estomatológica de todas las embarazadas por la reconocida importancia de una atención esmerada para conservar la salud de la madre y reducir los índices de mortalidad infantil. A pesar de estos esfuerzos, se observa en estos últimos años poca motivación de las gestantes ante la atención estomatológica. Son diversos los factores que pueden traer consigo esta actitud, y es por lo que se decidió profundizar en este tema y realizar un estudio para identificar algunos aspectos relacionados con la salud bucal y la atención estomatológica integral de la embarazada como son: las principales enfermedades bucales presentes en las embarazadas estudiadas y la frecuencia de factores desfavorables en la salud bucal de la embarazada y los aspectos en la organización de los servicios para la atención integral relacionados a este proceso.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 33 embarazadas en su tercer trimestre que constituyeron el universo de pacientes, pertenecientes a 19 consultorios del área de Salud del Policlínico "Moncada", y que reciben la atención estomatológica en la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez".

Para el desarrollo de este trabajo se hicieron las coordinaciones con los consultorios médicos del área de salud donde se obtuvo parte de la información en cuanto al número de embarazadas que existían en cada uno de éstos y que estuvieran en el tercer trimestre de embarazo, también se obtuvo información del trimestre en que fueron captadas y remitidas.

Para el logro del 1er. objetivo se revisaron las Historias Clínicas de todas las embarazadas examinadas.

Para el logro del 2do. y 3er. objetivos, la obtención de información se realizó a través de encuesta, el instrumento para dicha recolección fue un cuestionario individual confeccionado al efecto, en el cual se tuvo en cuenta las variables siguientes:

Por la exhaustiva revisión bibliográfica realizada acerca del tema, se incluyeron algunos factores que pueden influir desfavorablemente en la salud bucal de las gestantes, los que se definen a continuación:

- *Estrés*: se consideró la paciente estresada cuando refirió tener problemas graves durante el embarazo que pudieron causar cambios o ajustes emocionales.
- *Síndrome emético (vómitos)*: cuando la paciente presentó cinco, o más vómitos diarios.
- *Aumento de la ingestión de alimentos azucarados*: cuando la paciente refirió la ingestión de dulces sólidos o pegajosos entre comidas con mayor frecuencia con que lo hacían antes del embarazo.
- *Disminución de la frecuencia del cepillado por malestar general*: cuando la frecuencia del cepillado disminuyó con relación a su hábito anterior.
- *Inestabilidad en la ingestión de vitaminas y minerales*: cuando la paciente tuvo dificultad en la adquisición de las tabletas, o no las consumió por su propia iniciativa.
- *Enfermedades sistémicas (diabetes)*: cuando la paciente refirió ser diabética o la enfermedad se instaló durante el embarazo.

RESULTADOS

La afección bucal que encontramos con más frecuencia en el grupo de embarazadas estudiadas fue la gingivitis con un 50%, seguida por la caries 21,2 % y finalmente la periodontitis 7,6 %.

Dentro de los factores que consideramos desfavorables para mantener la salud bucal de las gestantes se encontró la aparición de vómitos durante el primer trimestre con un 48,5%, seguido por el aumento de la ingestión de alimentos azucarados 42,4 % y el estrés con 27,3 %, menor por ciento presentó la disminución del cepillado con 24,2 % y finalmente la diabetes 9,1 % respectivamente.

El 100 % de las pacientes encuestadas fueron captadas por el médico de la familia, aunque no todas en el primer trimestre, donde solo el 66,7 % fueron captadas. Se remitió al estomatólogo el 87,9 %, se examinó el 78,8 %, o sea se le confeccionó las historias clínicas, pero solo concluyó el tratamiento estomatológico el 75,8 %. El 56% de las embarazadas fueron atendidas en el primer trimestre.

Solo el 6,1 % de las gestantes recibieron reconsultas después de haber sido dadas de alta y se visitó el 15,2 % a las casas para evaluar la salud bucal. El 35 % de las embarazadas alegaron problemas inherentes a ellas mismas para no asistir a la consulta. Las que lograron la atención estuvieron satisfechas en un 80 %.

DISCUSIÓN

La [tabla 1](#) muestra que la afección que más se presentó en el grupo de embarazadas estudiadas fue la gingivitis con un 50 %. Esto está en concordancia con planteamientos hechos en bibliografías revisadas donde se pone de manifiesto la gran susceptibilidad de estas pacientes a contraer dicha enfermedad producto de los cambios hormonales existentes en su estado. La caries también se encontró presente en las gestantes estudiadas con un 21,2 % lo cual ratifica que esta afección constituye un problema de salud bucal en las embarazadas. La periodontitis apareció en menor porcentaje y esto puede estar en relación con la edad de las pacientes las cuales no sobrepasaron los 35 años, pero es un dato que no se debe olvidar por la gravedad de este proceso en las embarazadas y sus consecuencias. En las pacientes examinadas existió ausencia del tumor del embarazo, por lo que no se expuso en la tabla.^{19,20}

Tabla 1. Porcentaje de embarazadas según enfermedades bucales presentes en el tercer trimestre

Enfermedades bucales	Embarazadas N=33	
	No.	%
Caries	7	21,2
Periodontitis	2	7,6
Gingivitis	13	50,0

Dentro de los factores que se observan en la [tabla 2](#) aparecen con mayor frecuencia los vómitos (48,5%) y el aumento de la ingestión de alimentos azucarados (42,4%). Las bibliografías consultadas reflejan que los primeros constituyen un problema importante en el primer trimestre del embarazo por la erosión que provocan en los dientes, esto se agudiza con la incorporación en la dieta de alimentos azucarados que disminuyen el pH bucal y favorecen la aparición de las caries dentales.³ La incorporación de la dieta rica en azúcares puede estar favorecida al querer eliminar la acidez bucal después de los vómitos, también puede ocurrir para ayudar a deglutir el exceso de saliva que aparece en esta etapa.

El otro factor que afectó a las gestantes en mayor proporción fue el estrés (27,3 %), que como se ha planteado en muchos textos, deprime el sistema inmunológico por el incremento de hormonas catecolaminérgicas y corticosteroides, y trae consigo alteraciones en todo el organismo lo que incluye la cavidad bucal, la cual puede hacerse más susceptible a las infecciones. Le continúa en orden descendente la disminución de la frecuencia de cepillado. La buena higiene bucal es un elemento en el cual hay que insistir constantemente, puesto que los efectos nocivos del síndrome emético y de la ingestión de alimentos azucarados se pueden contrarrestar cuando la gestante mantiene una buena actitud con respecto a un cepillado correcto en cuanto a forma y frecuencia.²⁰

Hubo un grupo de embarazadas con diabetes, en este los tratamientos se hicieron imprescindibles ya que estuvieron propensas a presentar infecciones. El estomatólogo debe esmerar su atención y eliminar cualquier foco séptico. Entre las manifestaciones más importantes en estas pacientes están las peridontopatías, lo cual valora la importancia del control de PDB con mayor frecuencia.

De 33 pacientes encuestadas, el 100% fue captado por el médico de familia, la [tabla 3](#) muestra que el 66,7 % fue captada en el primer trimestre, el 23,3 % en el segundo y el 6,0% en el tercero lo que significa que la mayoría de las embarazadas fueron captadas tempranamente. De similar forma se comporta la tabla con relación a las pacientes remitidas. Se observó que un 72,4 % de las embarazadas fueron remitidas a nuestro servicio en el primer trimestre, este porcentaje descendió en la medida que avanzaron los trimestres. Esto demuestra que existe una estrecha relación entre las pacientes que son captadas y las que se remiten, sin embargo nos podemos percatar que sólo el 78,8 % de las pacientes fueron examinadas en nuestra consulta y que sólo el 75,8 % fueron atendidas. Como podemos ver el porcentaje de embarazadas disminuyó cuando se supone que el total de las captadas deben ser atendidas estomatológicamente. En este aspecto coincidimos con autores^{9,20} que plantean en sus trabajos que es importante la estimulación de las gestantes por parte del estomatólogo a que acudan a la clínica de su área para recibir los servicios pertinentes.

Tabla 3. Porcentaje de embarazadas captadas, remitidas, examinadas y atendidas por trimestre

Embarazadas	1er. trimestre		2do. trimestre		3er. trimestre		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Remitidas	21	72,4	8	27,6	0	0,0	29	87,9
Examinadas	15	57,7	8	30,8	3	11,5	26	78,8
Atendidas	14	56,0	8	32,0	3	12,0	25	75,8
Captadas	22	66,7	9	27,3	2	6,0	33	100,0

Las causas que ocasiona este problema son diversas, algunas pacientes refirieron no tener necesidad de atención, lo que ha de deberse al desconocimiento de los mismos sobre la importancia de la atención estomatológica gestacional y los riesgos que el embarazo presupone. Otros expresaron sentir miedo, aspecto que puede evitarse con una estrecha relación médico-paciente. Algunas pacientes referieron tener amenaza de aborto que le imposibilitaban asistir a la consulta.

Hubo embarazadas que recibieron servicios estomatológicos extra-área sin poder ser controladas por el estomatólogo asignado. Estudios realizados en Atlanta por *Gaffied y Cols.*¹⁷ concluyeron que la mayoría de las madres no buscan tratamiento dental durante su embarazo a no ser por haber tenido algún problema, plantean que la atención hacia las necesidades de salud bucal de las mujeres embarazadas sólo serán cubiertas por un esfuerzo coordinado del estomatólogo y el obstetra de la comunidad para establecer guías o pautas que puedan beneficiar la salud bucal materna y perinatal. También refleja que el mayor porcentaje de pacientes (56 %) se atendieron en el primer trimestre, sin embargo se reporta en la bibliografía que el primer trimestre es un momento crítico para la atención estomatológica por la organogénesis^{16,23} por lo que sólo se deben realizar en este periodo los tratamientos de urgencia.

Se evitará en el tercer trimestre llevar a cabo actividades estomatológicas por la incomodidad que supone para la paciente el sillón dental y evitar la compresión de la vena cava que se puede producir por la posición en decúbito. Durante este trimestre se recomienda colocar a la paciente en decúbito lateral o elevar la cadera 10-12 cm durante el tratamiento cuando se hace imprescindible. Este periodo

también tiene su contradicción pues se le puede presentar el parto a las embarazadas y dejar el tratamiento estomatológico incompleto, esto hace que el segundo trimestre sea el de elección a la hora de realizar tratamiento en la gestante,²⁰ en nuestro estudio solamente el 32 % recibió atención en este periodo.

En la [tabla 4](#) evidencia que de un total de 19 pacientes dados de alta; solo 5, fueron chequeadas después, lo que representa un 15,2 % y dos asistieron a la Clínica, para un 6,1 %. Se constató que el mayor por ciento de altas correspondió al 1er. y al 2do. trimestres del embarazo, o sea 24,2 y 21,2 % respectivamente, a pesar de esto sólo el 6,1 % de las pacientes fueron chequeadas después de dadas de alta. De gran importancia es el seguimiento de las embarazadas desde el inicio del embarazo hasta el final ya que a partir del segundo trimestre comienzan a aparecer o progresar las afecciones bucales en la embarazada, en virtud de los cambios hormonales o sistémicos en el primer trimestre que agravan el estado de los dientes y las encías.⁵

Este trabajo reveló que 14 embarazadas no asistieron a la consulta. De ellas el 64,3 % por problemas inherentes a los pacientes, lo que muestra falta de motivación y conocimiento de la importancia de su atención como grupo priorizado. El 35,7 % de los pacientes restantes no acudieron, estas refirieron como causa primaria la lejanía de la Clínica. Esto es algo a que se debe tener en cuenta en la organización de los servicios para lograr una mayor accesibilidad ([tabla 5](#)).

Tabla 5. Porcentaje de embarazadas que no asisten a consulta estomatológica según problemas que presentaron

Problema presentado por	No.	%
Paciente	5	35,0
Servicio	9	64,3
Total	14	100,0

No todas las embarazadas conocen que la prevención es la medida más efectiva para la preservación de la salud bucal en el embarazo. *Slavkovic V y Pantic V, et al.*²⁰ plantean que las gestantes deben visitar al estomatólogo aun antes de visitar al ginecólogo.

Por último debemos significar que el mayor por ciento de pacientes (80,0 %) embarazadas expresaron estar satisfechas con la atención estomatológica, dentro de las cuales hubo gestantes que no concluyeron el tratamiento. Esta satisfacción consideramos que está relacionada a una buena relación estomatólogo-paciente y a la calidad de los tratamientos recibidos. *Slavkovic V y Pantic V, et al.*²⁰ plantean en sus estudios que sólo se logra obtener madres completamente satisfechas e hijos sanos cuando se lleva a cabo la prevención adecuada, información y motivación para evitar la ignorancia de las embarazadas.

CONCLUSIONES

La afección que con mayor frecuencia se presentó en este grupo de embarazadas fue la gingivitis. Dentro de los factores más frecuentes que influyeron desfavorablemente en la atención a las embarazadas estudiadas están el síndrome

emético, el consumo de alimentos azucarados y el estrés. La organización de la atención estomatológica a las embarazadas está afectada principalmente porque: no todas son remitidas ni examinadas por el estomatólogo, no asisten a recibir los servicios estomatológicos por problemas personales y de accesibilidad, la mayoría de las embarazadas se atienden en el primer trimestre y las que concluyen dicha atención no reciben reconsultas. Hubo insatisfacción en una quinta parte de las embarazadas atendidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Lecturas de filosofía, salud y sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.45,303.
2. Rodríguez CA, Delgado ML. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editora Ciencias Médicas;1992.
3. Offenbacher S. The link between periodontal disease and sistemics health: A scientific lipdate (interview by Phillip Bonner). Dent Today. 1999 jul;18(7):88.
4. Lee A. Women as dental patients: Are there any gender differences? International Dental Journal. 1996;46:548-57.
5. Foster DW. Periodontal diseases may pose one risk for premature birth (news). JAMA. 2000;14,283(22):2922.
6. Zachariasen M, Moreau JC. Periodontal disease and preterm low birth weight dileveres. J.GT Haust Dent Soc. 1998 Nov;70(4):Pub-9.
7. Sembene M, Moreau JC. Periodontal infection in pregnant women and low birth weight babies. Odontostomatol Trop. 2000;23(89):19-22 Related Article Books, Linkout.
8. Periodontal Implications: Medically Xompromised Patients. Ann Peridental. 1996;1:256-321.
9. Wilson J. Maternal live event Stress and congenital stress and congenital anomalies. Epidemiology. 2000;11(1):30-35.
10. Jam Dent Assoc. 2001. Julio, 132(7):1009. 16 Related articles, Books knk out.
11. Warnmacher L, Ferreira MB. Uso de farmacos durante a gestacao e a lactacao en farmacología clinica para odontólogo. Rio de Janeiro Juanabar Koo. 1995;169-71.
12. Wasyolkol; A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. J Con-Dent-Assoc. 1998;64(6):434-9.
13. Pertl C. The pregnant patient in dental care. Schweiz Monatsschr Zahnned. 2000;110(1):37-46.

14. Blagojevic D, Brkanic T, Stojic S. Oral health in pregnancy. Oral health in pregnancy. Med Pregl. 2002;55(6):213-6.
15. Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. Aust Dent J. 2002;47(2):106-15.
16. Lee A; Care of the pregnant patient in the dental office. Dent Clin North Am. 1999. Jul. 43(3):485-94.
17. Machuca G, Khoshfiz O, et al. The influence of general Health and Socio-Cultural variables on the Periodontal condition of pregnant women. J Periodontal. 1999;70(7):779-85.
18. Gaffield M L, et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. Jam Dent Assoc. 2001 Jul;132(7):1009-16.
19. Diaz-Romero R M, Matine-Sanchez C, et al. Myths, prejudices and reality about dental treatment during pregnancy. A medical opinion. Ginecol Obstetr Mec. 1998;66:507-11.
20. Junco LP, Ortega P. Programa integral para embarazadas. ROE. 1996;1(7):511-3.
21. Slavkovic V, Pantic V, et al. The effect of Knowledge regarding the importance of oral health in pregnancy. Srp Ach Celok Lek. 1997;125(5-6):168-70.
22. Salvolili E. Biochemical modification of human whole saliva induced by pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(6):656-60.

Recibido: 20 de julio de 2009.

Aprobado: 23 de septiembre de 2009.

Dra. *Maribel Bastarrechea Milián*. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. E-mail: maribel.milian@infomed.sld.cu

Tabla 2. Porcentaje de embarazadas según factores que influyen desfavorablemente en la salud bucal

Factores desfavorables	Embarazadas N=33	
	No.	%
Síndrome emético	16	48,5
Aumento de alimentos azucarados	14	42,4
Estrés	9	27,3
Disminución del cepillado	8	24,2
Enfermedades sistémicas (diabetes)	3	9,1

Tabla 4. Porcentaje de embarazadas con atención concluida según trimestre y reconsultas

Trimestre	Atención concluida		Reconsulta en clínica		Visita a casa	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primero	8	24,2	2	6,1	1	3,0
Segundo	7	21,2	0	0	2	6,1
Tercero	4	12,1	0	0	2	6,1
Total	19	57,5	2	6,1	5	15,2