

ESTADO DE SALUD BUCAL EN EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA JUAN M, MÁRQUEZ. LA HABANA 2014

Autor: Dra Aleida Margarita Abad Sastre, Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente de la Clínica Estomatológica Juan M. Márquez. Cuba.

aleabad@infomed.sld.cu

Coautores: Dra. Jaquelin Arce Echarry, Dra. Mariana Alea González, Dra Ivette Maria Santiago López.

RESUMEN

Introducción: La promoción y prevención de enfermedades bucodentales en las embarazadas es actualmente buscada en el ámbito de la estomatología social ya que tener menos prevalencia de las mismas y un infante bajo peso al nacer se logra con una adecuada orientación y educación para la salud durante el embarazo.

Objetivos: Identificar las enfermedades bucales presentes en las embarazadas, así como la clasificación epidemiológica según grupo de edades. A su vez determinar la prevalencia de la caries dental mediante el cálculo del índice COP-D. **Material y**

métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo y la muestra estuvieron constituidos por 34 gestantes que dieron su consentimiento a participar en el estudio atendidas en la Clínica Juan M. Márquez durante su primer trimestre de embarazo realizándoles la Historia Clínica Individual. **RESULTADOS:**

Más de la mitad de las pacientes estuvieron enfermas por caries dental seguida por la enfermedad periodontal, con un Índice general de COP-D de 5.11. **Conclusiones:** La enfermedad bucal que prevaleció en el estudio fue la caries dental en el grupo de 26 a 38 años de edad, seguida de las periodontopatías en el mismo grupo etario. En cuanto a la clasificación epidemiológica casi la totalidad de la muestra clasificó en el grupo de los enfermos. Se determinó la prevalencia de la caries dental a través del índice COP-D demostrándose una alta prevalencia de la misma.

Palabras clave: Caries dental, estomatología, embarazo, periodontopatías

INTRODUCCIÓN

Educados y formados bajo el criterio del hombre como ser bio-psico-social y teniendo en cuenta que el proceso salud-enfermedad se produce por la interrelación de los factores biológicos y sociales, nuestro sistema nacional de salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención, dentro de los cuales se incluye el de la embarazada, para lo cual se realizan acciones de fomento, prevención, y recuperación de la salud, con el objetivo de lograr salud para la madre y para el niño.

El período gestacional se relaciona con una mayor prevalencia de lesiones cariosas. Si bien es cierto que se producen profundos cambios en la mujer durante esta etapa de su vida, existe una asociación popular científicamente no demostrada, entre la gestación con el incremento de caries y la pérdida de dientes.¹

La primera etapa en el desarrollo de la caries dental es el depósito, también denominado placa, habitado por un gran número de bacterias. El *Streptococcus mutans* es el agente más vinculado con la patogenia de la caries, el cual depende de los azúcares para su alimento.² Los factores salivales están relacionados con la caries dental. La saliva ejerce importantes funciones en la boca, por su acción de limpieza mecánica y lubricante de las superficies mucosas y dentarias, así como su efecto antimicrobiano y su capacidad *buffer* debida a la existencia de amortiguadores químicos del equilibrio ácido-base disueltos en ella.³⁻⁴ Durante el embarazo la composición salival cambia, disminuye el pH y se afecta su función reguladora, por lo que el medio bucal se hace favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones.^{3,5}

La susceptibilidad a caries dental en el embarazo puede aumentar debido a factores como el aumento de la cantidad de *Streptococcus mutans* y lactobacilos acidófilos, a la ingestión más frecuente de carbohidratos y a la mayor ocurrencia de vómitos, junto a un desequilibrio del pH de la saliva.⁵ Además de estos factores de riesgo referidos aparecen referencias⁶ de otro, el embarazo previo, el que se ha sugerido pudiera elevar la severidad de las enfermedades bucales que afectan a la mujer durante la gestación.

Algunos autores¹⁻⁴ han planteado que los cambios bioquímicos que se producen a este nivel, son responsables de la aparición de caries dental en el embarazo. La

higiene bucal deficiente es otro factor reconocido en la aparición de enfermedades bucales, ya que conlleva a un aumento en la cantidad y extensión de la placa dentobacteriana (PDB) y en la gestante pudiera aparecer como resultado de la disminución de la frecuencia del cepillado por malestar general y náuseas. Los patrones alimentarios con el aumento de alimentos azucarados en intervalos pequeños de tiempo, denominados como antojos, es otro factor descrito como desfavorable para la salud bucal de la embarazada.^{1,4} La íntima relación entre el factor irritante placa dentobacteriana y la inflamación gingival fue verificada por Løe y colaboradores en 1965. Los autores afirman que no hay otro factor que pueda producir gingivitis crónica en los seres humanos; hay muchos factores de riesgo que pueden modificar la reacción inflamatoria de un individuo, pero como agente causal no hay otro.³

En las gestantes, un cuadro de gingivitis puede observarse caracterizado por la presencia de edema, coloración rojo oscuro o azulada, superficie lisa y brillante y esencialmente presencia de sangramiento al cepillado y/o la masticación. Esta manifestación en general es indolora y no ocurre en todas las gestantes.^{4,5}

Teniendo en cuenta que en la Clínica no se cuenta con estudios al respecto, se llevó a cabo esta investigación para determinar las principales afecciones bucomaxilofaciales en las gestantes atendidas en este centro durante el pasado año. Los objetivos propuestos son identificar las enfermedades bucales, la clasificación epidemiológica, la prevalencia de la caries dental presente en las embarazadas según grupo de edades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal a partir un universo de 34 embarazadas que acudieron al servicio de estomatología de la Clínica “Juan M. Márquez” durante el período comprendido desde Enero a Diciembre de 2014 coincidiendo la muestra con el universo. Las edades de las pacientes examinadas estuvieron comprendidas entre 15 y 38 años cumpliendo con los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes embarazadas en el primer trimestre que acudieron a recibir tratamiento en la Clínica y que dieron su consentimiento a participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes embarazadas que no dieran su consentimiento a participar en el estudio.

Técnicas y procedimientos: Para la realización de esta investigación se examinaron clínicamente a las pacientes que acudieron al servicio de estomatología de la Clínica “Juan Manuel Márquez” para recibir tratamiento después de haber sido captadas por el servicio de ginecología del Policlínico Jorge Ruiz Ramírez y se les confeccionó la Historia Clínica Individual La información fue recogida en una base de datos

Se incluyeron las variables. Edad (15 - 18, 19 – 24, 25 – 38), Higiene Bucal (eficiente y deficiente), Enfermedades Bucales (presencia de caries dental, periodontopatías, disfunción masticatoria y maloclusión), Clasificación Epidemiológica(sano, sano con riesgo, enfermo , deficiente discapacitado) e Índice COP- D.

Para la recopilación de la información se creó una base de datos en una hoja de cálculo de Excel para su procesamiento estadístico. Se emplearon medidas de resumen de estadística descriptiva como el porcentaje para las variables cuantitativas.

La participación de los pacientes en la investigación dependió del consentimiento informado.

RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de embarazadas examinadas según grupo etéreo. Clínica “Juan Manuel Márquez “. 2014.

Grupo Etéreo	Nº Examinados	%
15 a 19 años	7	20,51
20 a 25 años	12	35,29
26 a 38 años	15	44,2
Total	34	100,0

En la tabla N° 1 se observa el total de embarazadas examinadas según las edades. El mayor por ciento (44,2%) corresponde a las edades de 26 a 38 años, seguidos de las comprendidas en las edades de 20 a 25 años (25,39%).

Tabla N° 2: Distribución de embarazadas examinadas según grupo etéreo e Higiene Bucal. Clínica “Juan Manuel Márquez “. 2014.

Embarazadas		Higiene Bucal				
Grupo Etéreo	Nº Examinados	Eficiente	%	Deficiente	%	Total
15 a 19 años	7	1	14,28	6	85,71	99,99
20 a 25 años	12	6	0,5	6	0,5	1%
26 a 38 años	15	6	0,4	9	0,6	1%
Total	34	13	38,23	21	61,76	100%

En la tabla N° 2 se encuentra la higiene bucal de las embarazadas examinadas según las edades donde resultó con mayor predominio la higiene bucal deficiente, con 21 gestantes para el 61,76% y el grupo más afectado el de 26 a 38 años.

Tabla N° 3: Distribución de embarazadas examinadas según Enfermedades Bucales, Clínica "Juan Manuel Márquez ", 2014.

Embarazadas		Enfermedades Bucales							
Grupo Etéreo años	Nº Examinados	Caries Dental	%	Periodontopatías	%	Disfunción Masticatoria	%	Maloclusiones	%
15 a 19	7	4	16,66	4	21,05	1	10	3	50
20 a 25	12	9	37,5	6	31,57	5	50	3	50
26 a 38	15	11	45,83	9	47,36	4	40	-	-
Total	34	24	100	19	100	10	100	6	100

En la tabla N° 3 se presentan las enfermedades bucales que afectaron a las embarazadas por grupos de edades, donde la caries dental predominó con el 45,83% en las edades de 26 a 38 años, seguidos por las periodontopatías con el 47,36%.

La periodontopatía que más afectó a este grupo de pacientes fue la gingivitis crónica edematosa papilar y marginal localizada, en el resto de las pacientes se vieron presentes otras lesiones como el tumor piógeno del embarazo en una paciente de

38 años y la gingivitis crónica fibroedematosa papilar y marginal localizada. No se presentaron casos de periodontitis crónica del adulto.

Tabla N° 4: Distribución de embarazadas examinadas según Clasificación Epidemiológica. Clínica "Juan Manuel Márquez ". 2014.

Grupo Etéreo	Clasificación Epidemiológica							
	Sa no	%	San o con Ries go	%	Enfer mo	%	Deficiente Discapacit ado	%
15 a 19	-	-	-	-	7	26,92	1	33,33
20 a 25	1	33,34	1	50	9	34,61	1	33,33
26 a 38	2	66,66	1	50	10	38,46	1	33,34
Total	3	100	2	100	26	100	3	100

En la tabla N° 4 se encuentra la clasificación epidemiológica según grupo de edades en las gestantes examinadas, para esto se tuvo en cuenta que en el momento del examen clínico si la paciente se encontraba afectada por alguna de las enfermedades bucales su clasificación epidemiológica es enferma. Para ser Deficiente Discapacitado solo puede estar afectado por disfunción masticatoria (ausencia de uno o más dientes extraídos).

Por lo tanto el grupo III o Enfermo predominó sobre el resto de los grupos de vigilancia epidemiológica con 26 afectados y de ella las pertenecientes a las edades de 26 a 38 años con un 38,46% seguido por los sanos y deficientes discapacitados con 3 pacientes afectados respectivamente.

Tabla N° 5: Distribución de pacientes examinadas según Índice de COP-D. Clínica "Juan Manuel Márquez ". 2014.

Grupo	N° Examinados	Índice de COP-D			
		C	O	P	Índice

Etéreo					
15 a 19	7	16	0	0	2,28
20 a 25	12	42	11	9	5,16
26 a 38	15	50	31	15	6,4
Total	34	108	42	24	5,11

En la tabla N^o 5 presentamos el Índice de COP-D para reflejar la prevalencia de la caries dental en este grupo observándose un valor de 5.11 como índice general de toda la población de embarazadas.

DISCUSIÓN

En el estudio realizado resultó que el 61,76 % de las gestantes en su primer trimestre de embarazo presentaron una higiene bucal deficiente, factor reconocido en la aparición de enfermedades bucales, ya que conlleva a un aumento en la cantidad y extensión de la placa dentobacteriana (PDB) y en la gestante pudiera aparecer como resultado de la disminución de la frecuencia del cepillado por malestar general y náuseas. Los patrones alimentarios con el aumento de alimentos azucarados en intervalos pequeños de tiempo, denominados como antojos, es otro factor descrito como desfavorable para la salud bucal de la embarazada.^{1,4}

La dieta cariogénica constituye uno de los factores de riesgo asociados a la caries dental que con más frecuencia se reporta. El 45,83% de las embarazadas estudiadas en las edades de 26 a 38 años se encontraban enfermas por caries dental y ésta situación está relacionada con los cambios en el estilo de vida de la mujer gestante, la que muestra gran apetencia por los dulces y mayor frecuencia de ingestión de estos.^{13,14} Por otro lado la higiene bucal deficiente propicia la acumulación de placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos, facilita la desmineralización y eleva el riesgo a caries dental.¹⁰

La Academia Americana de Periodoncia ha publicado una revisión de diversas enfermedades sistémicas para las cuales las enfermedades periodontales podrían ser un potencial factor de riesgo; dentro de éstas se incluyen, prematuridad, bajo peso al nacer, bacteriemias, endocarditis bacteriana y otras.¹¹

En el estudio realizado el 20,51% de las gestantes estaban en el período de la adolescencia entre las edades de 15 a 18 años. Esto puede traer complicaciones para el hijo y la madre adolescente si no recibe la atención médica estomatológica necesaria durante el embarazo como son: bajo peso al nacer, prematuridad, riesgo de sufrir accidentes y bajo rendimiento académico.

La afección que más afectó al grupo de embarazadas estudiado fue la gingivitis crónica edematosa (47,36%) correspondiéndose con 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.¹⁰ En segundo lugar la gingivitis crónica fibroedematosa localizada papilar y marginal fue la que más afectó al grupo estudiado.

En estudios realizados anteriormente la lesión bucal que más frecuentemente presentan las embarazadas durante este periodo es el granuloma piógeno en un 5%¹², en el estudio realizado se encontró una paciente portadora de esta lesión.

La íntima relación entre el factor irritante de la placa dentobacteriana y la inflamación gingival fue verificada por *Löe* y colaboradores en 1965. Los autores afirman que no hay otro factor que pueda producir gingivitis crónica en los seres humanos.³

Aunque parece que durante el embarazo la susceptibilidad de los tejidos gingivales a la inflamación está relacionada con los cambios hormonales propios del mismo, el mecanismo exacto por el cual estas hormonas incrementan la inflamación gingival es desconocido. (Figuro 2011)

El grupo epidemiológico que predominó en las gestantes examinadas fue el enfermo con un 38,46% y en las edades de 26 a 38 años. A pesar de los grandes intentos de fomentar la promoción y prevención de la salud, los profesionales en salud bucal, es muy difícil llegar a impactar a las mujeres embarazadas por prejuicios y experiencias adquiridas por mujeres de mayor edad, las cuales se deberían cambiar por medio de educación bucodental.¹⁵

Considerando la alta vulnerabilidad de la mujer embarazada de padecer o agravarse infecciones periodontales, así como otras alteraciones de la mucosa bucal, se recomiendan exámenes bucales frecuentes, un buen control del cepillado conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal y una dieta saludable, los que contribuirán a disminuir o controlar estas alteraciones, por lo que podemos concluir que el estado de gestación modifica las condiciones bucales e incide de

esta forma en la salud bucal, y que el diente, los tejidos periodontales y la mucosa bucal son los blancos directos que pueden ser afectados por este motivo.

CONCLUSIONES

La enfermedad bucal que prevaleció en el estudio fue la caries dental en el grupo de 26 a 38 años de edad, seguida de las periodontopatías en el mismo grupo etario. En cuanto a la clasificación epidemiológica casi la totalidad de la muestra clasificó en el grupo de los enfermos. Se determinó la prevalencia de la caries dental a través del índice COP-D demostrándose una alta prevalencia de la misma.

RECOMENDACIONES

Se sugieren las siguientes recomendaciones: Brindar a la población femenina gestante un ciclo de charlas educativas tendentes a reconocer los diferentes cambios que operan en la mujer embarazada, destacar la importancia de las medidas preventivas para obtener una buena salud bucal, considerar la importancia de una dieta balanceada baja en alimentos dulces y acompañada de suplementos de hierro, ácido Fólico y vitamina B12 y por último estimular la visita periódica al odontólogo durante el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez H, López Santana M. El embarazo su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 2003;40(2).
2. ClunesRicardo C. El cuidado de los dientes en el embarazo. Webdental [serie en Internet]. 2009 Marzo[citado 23 Marzo 2009]. Disponible en: <http://webdental.wordpress.com/2009/03/23/cuidado-de-los-dientes-en-el-embarazo/>
3. Hiskin S. Embarazo y salud bucal. Artículos educativos, 2006.Disponible en: <http://www.sergiohiskin.com.ar/av05.htm>
4. Bastarrechea Milián M, Fernández Ramírez L, Martínez Naranjo T. La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. Revista Cubana Estomatol. 2009; 46(4).
5. Nazco Barroso Lidia E. Manifestaciones bucales en el embarazo. Comportamiento en los consultorios 21 y 48 de Sancti Spíritus <[http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electronicas/\(\)articuloscientificos.htm](http://www.scu.sld.cu/publicaciones_electronicas/()articuloscientificos.htm)> [consulta: 6 de marzo del 2008].
6. Organización Mundial de la Salud. Encuesta de salud bucodental. Métodos básicos. 4 ed. Ginebra: OMS, 1997: 31-46.
7. Curbelo A, Riveira R. Pregnancy and periodontal diseases. RevOdontolAmer J PeriodontolDentofacOrthop 2003; 6(1):5-7.
8. Gómez ACZ, Paiva EMM de. Alterações inflamatórias gingivais em gestantes hádiferença para não gestantes?Robrac 2000;9(27):4-8.
9. El embarazo y la enfermedad periodontal [en internet]. 2002 [citado 10 dic 2004]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.periodoncia.com.sv/periodoncia/saber.htm>.

10. Almarales C, Llerandi Y. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev Cubana Estomatol[Serie en Internet]. abr.-jun. 2008[Citado 4 febrero 2011]; 45(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000200003&script=sci_arttext
11. Valena V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. AustDent J. 2002; 47(2):106-15.
12. Palacios-Sánchez B, Cerero-Lapiedra R, Campo-Trapero J, Esparza-Gómez G. Alteraciones gingivales no relacionadas con placa. RCOE 2006;11(1):43-55. [[Links](#)]
13. Basterrechéa Milán MM, Alfonso Betancourt NM, Oliva Pérez M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. Rev Cubana Estomatol. 2009;46(4):1-15.
14. Duque J, Pérez JA, Hidalgo Gato I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. Rev Cubana Estomatol. [serie en internet]. 2006 [citado: 2 ene 2007]; 43(1): [aprox. 25 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. .Rodríguez H, López M. El embarazo: Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol[online]. 2003, vol.40, n.2, pp. 0-0.ISSN 0034-7507.