

Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003

Oscar Javier Saldarriaga P. *, Mónica Sánchez H., Liliana Avendaño R. **

Resumen

La educación para la salud bucal de las gestantes, debe ser una tarea prioritaria de los servicios de salud, tanto a nivel de motivación, como de formar hábitos saludables en ellas y sus futuros hijos. Con el propósito de describir los conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes en control prenatal de Medellín, se realizó un estudio descriptivo con 182 maternas, 161 del régimen contributivo y 21 del subsidiado. El 55.5% de las gestantes asistieron a consulta odontológica hacía menos de 6 meses, y el 62.6% para revisión y limpieza. El 68.2% recibió educación en Higiene Oral en la última visita odontológica, especialmente por la Higienista (63.1%). El 28% reportó molestia o dolor en la boca durante el embarazo, principalmente inflamación o sangrado de encías (51%), sin embargo, el 54.9% no consultó al Odontólogo. Para la mayoría de las gestantes (76.3%) ausencia de caries es sinónimo de boca sana, atribuyéndole al mal cepillado la caries o inflamación de encías. La totalidad de gestantes utilizan cepillo dental, el 72% piensan que la crema dental es necesaria y el 92.3% utilizan seda dental. El 42.9% consideran el embarazo como momento de riesgo para adquirir enfermedades orales; un 5.1% lo atribuyen a cambios hormonales. La mitad de las gestantes opinan que deben llevar su hijo por primera vez al Odontólogo entre 1 y 2 años, y muchas de ellas (50%) no están de acuerdo con antiguos mitos relacionados con salud oral; no tienen claridad sobre los riesgos que pueden sufrir a nivel oral durante el embarazo, tampoco sobre algunos cuidados y hábitos orales que deben implementar en su futuro hijo. Identificar las creencias, mitos, hábitos y comportamientos de los pobladores, permite comprender cómo se construye el conocimiento común y cuál es el vínculo entre éste y las prácticas saludables. **Palabras clave:** Salud oral, Gestantes, Control prenatal, Conocimientos y prácticas.

Abstract

A survey was carried out in order to describe oral health knowledge and practices of the pregnant women in Medellín. A descriptive study was made taking 182 individuals, 161 belonging to the contributory social security program and 21 of a subsidized program were valued during prenatal controls. Taking into account a maximum proportion from variation of 50%, a level of confidence of 95% and an absolute precision of 10%. Two pregraduated dental students, well trained made the interview, and verified by the principal researcher. 55, 5% of pregnant women had a dental appointment less than 6 months ago and 62, 6% attended for check up and cleaning. 68, 2% received education in Oral Hygiene during their last dental visit, mostly by hygienists (63.1%). 28% reported annoyance or pain in their mouth during pregnancy, with inflammation or periodontal bleeding being the most common 51%; despite this, 54,9% did not visit the Dentist. Most women (76.3%) considered that absence of decay was synonymous with a healthy mouth and attributed the presence of decay or inflammation of gums to the lack of brushing. All those surveyed used a toothbrush; 72% considered that toothpaste was necessary and 92.3% that the used dental floss. 42, 9% consider pregnancy is a risk period for acquiring oral diseases, and only 5,1% attributed it to hormonal changes. 50% thought that it was important to take their child for the first dental appointment between 1 and 2 years of age, and many of them (50%) are not in agreement with old myths related to oral health; they do not have clear the oral risks they could suffer during pregnancy, neither some cares and habits that must be implemented in their future son. To identify the beliefs, myths, habits and behaviors of people, allows to understand how the common knowledge is constructed and which is the bond between this one and the healthful practices. **Key words:** Oral health, Pregnancy, Prenatal Control, Knowledge and practices.

* Odontólogo, Instituto de ciencias de la Salud, CES. Profesor Asistente, Facultad de Odontología, CES. Medellín, Colombia.

** Estudiantes IX Semestre. Facultad de Odontología. Instituto de Ciencias de la Salud, CES. Medellín, Colombia.

Introducción

Se denomina control prenatal al cuidado de salud de la madre y del niño por nacer y tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término (a los nueve meses), de peso normal, buscando que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su niño. El inicio del control prenatal debe ser precoz, es decir que la primera consulta médica debe hacerse durante el primer trimestre de embarazo. Durante el periodo de gestación, la mujer se encuentra receptiva y dispuesta a involucrarse en actividades de promoción y prevención de la salud que podrían mejorar su salud y/o la de su hijo. (1) (2)

Desde 1928 se reconoció la importancia del cuidado dental prenatal, incluyendo una nutrición e higiene oral adecuada. Posteriormente se identificó la relación existente entre el período de gestación y la inflamación de las encías (3), por esta razón, los cambios gingivales durante la gestación se han descrito de manera completa en la literatura. El aumento de metabolismo de estrógeno por la encía y la síntesis de prostaglandinas, contribuye a estos cambios (4) (5).

Adicionalmente, Sooriyamorthy y Gower (1989), refuerzan que se acepta de manera generalizada el aumento de los niveles de hormonas sexuales en la circulación y la gingivitis del embarazo. (6) Algunos estudios documentan los efectos hormonales en la salud oral de la gestante y sugieren que de 25 a 100% de las mujeres embarazadas presentan gingivitis y que el 10% podrían desarrollar granuloma piógeno (4) (7)

Recientemente se ha despertado el interés por investigar la relación existente entre la periodontitis, el embarazo y sus repercusiones en el feto; hay evidencia de que la escasa salud periodontal de la mujer en período de gestación es un potencial factor de riesgo para el bajo peso al nacer de niños prematuros. La importancia de esta afirmación recae en el hecho de que la escasa salud periodontal es un factor que puede ser prevenido. (8) Por estas razones se debe realizar tan pronto como sea posible la instrucción y consejería de auto cuidado de la salud oral, acompañado de visitas periódicas de control.

En un estudio realizado por Machuca y col., con el propósito de evaluar el estado periodontal de un grupo de gestantes en un hospital universitario de Sevilla (España) e investigar la relación existente entre variables periodontales, demográficas y clínicas, con el fin de determinar cómo dichas relaciones podrían ser modificadas para mejorar la salud oral, no se encontraron diferencias estadísticamente significantes entre los trimestres de embarazo. Sin embargo, se observó que las mujeres más jóvenes o las que iban a dar a luz por primera vez, tenían la tendencia de buscar atención médica en el primer trimestre, mientras que las de mayor edad y múltiples esperaban más tiempo. (9)

En el primer trimestre de embarazo es ideal que la paciente acuda, al menos dos veces al odontólogo, con el propósito de detectar problemas y planear su tratamiento durante el segundo trimestre. La visita inicial debe incluir consejería y prevención; informarle sobre problemas más frecuentes que pueden presentarse durante el período de gestación y la forma apropiada de abordar la prevención o tratamiento de los mismos. (3)

Dentro del programa de control prenatal, las gestantes tienen derecho a recibir atención odontológica, sin embargo muchas de ellas no hacen uso de la atención. De otra parte todos los programas prenatales deben incluir mensajes preventivos en salud oral, debido a que la salud oral hace parte del cuidado integral de la mujer embarazada, porque los programas de prevención pre y postnatales mejoran significativamente la salud oral de las madres y sus hijos. Los objetivos del cuidado dental preventivo son el mantenimiento y mejoramiento de la salud oral de la gestante y la creación de mejores condiciones para una salud más duradera en los hijos. (10)

Es común la falta de conocimiento y la escasa importancia sobre los cuidados orales prenatales, que en muchas ocasiones podrían deberse a la falta de motivación y programas preventivos por parte de los prestadores de servicios de salud. Adicionalmente, es importante analizar otros factores como lo económico, social y cultural, entre otros.

Actualmente no se cuenta con información sobre los conocimientos en salud oral y prácticas, de las gestantes vinculadas al control prenatal de las ase-

guradoras de salud, tampoco se sabe si existen relaciones entre éstas y otras variables.

Los propósitos de este estudio fueron: (i) identificar los conocimientos, opiniones, hábitos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la ciudad de Medellín, con el fin de diagnosticar problemas oportunamente y dirigir esfuerzos hacia la prevención de su salud oral y la de sus futuros hijos, (ii) identificar las actividades preventivas en salud bucal que realiza el equipo de salud en las principales EPS y ARS de la ciudad de Medellín y (iii) determinar la frecuencia de utilización de los servicios odontológicos durante el control prenatal.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo cuyo universo de estudio estuvo conformado por todas las gestantes que acudieron a control prenatal en las principales IPS de Medellín, entre los meses de Mayo y Agosto de 2002; el número estimado de la población fue de 5.900 mujeres grávidas.

A través de una encuesta aplicada a 182 mujeres en período de gestación, quienes asistían al servicio de control prenatal en las principales IPS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El tamaño muestral se obtuvo con los siguientes parámetros: tamaño poblacional de 5.900 mujeres grávidas entre los meses de mayo-agosto del 2002, una proporción del 50% que da la máxima variación, ya que no se conoce el parámetro poblacional, además da el mayor número muestral; un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta del 7.5% (error de muestreo), para un tamaño muestral de 166 mujeres gestantes, tamaño que se incrementó en un 10% para compensar las posibles pérdidas en el estudio. El tamaño muestral final fue de 182 mujeres gestantes, 161 mujeres del régimen contributivo y 21 del régimen subsidiado.

Para la recolección de la información se obtuvo autorización de las directivas de las Instituciones se-

leccionadas, informando los objetivos del estudio y solicitando consentimiento de ellos y de las maternas para la participación. Dos estudiantes de pregrado, previamente entrenadas en el manejo y comprensión del formulario llevaron a cabo la entrevista, y se verificó la metodología implementada por parte del investigador principal.

Con la finalidad de estandarizar el instrumento utilizado para la recolección de la información, se efectuó una prueba piloto que permitiera mejorar la calidad y precisión de las preguntas de la encuesta, así como observar la variabilidad de los fenómenos a estudio. Dicha encuesta se aplicó a gestantes con características semejantes a las de la población de estudio.

El formulario constaba de 41 preguntas, divididas por temas de interés: características sociodemográficas, utilización de los servicios de salud, papel del médico en la promoción y el cuidado de la salud oral prenatal, necesidades de atención en salud oral, conocimientos, representaciones sociales y prácticas en salud oral.

Los datos recolectados fueron llevados a una base de datos en el programa epi info 6.0 y procesados de acuerdo con los objetivos del estudio y con el tipo de variables. Se realizó un análisis descriptivo de los datos para establecer comparaciones de los problemas de interés.

Resultados

Se logró la participación de 13 Instituciones, 12 de régimen contributivo y 1 del régimen subsidiado, todas con domicilio en el área urbana de la ciudad de Medellín. Al régimen contributivo pertenecían 161 gestantes (89%) y al régimen subsidiado 21 gestantes (11%).

El promedio de edad de las 182 mujeres en período de gestación fue de 26 ± 6.38 años. Se decidió clasificar la población estudiada en tres rangos de edad (14-17, 19-29, 30-42) con el fin de observar la distribución del embarazo en la adolescencia con respecto a las demás edades; el rango de 18 a 29 años fue el más frecuente. Mas de la mitad de las

mujeres (55.5%) eran empleadas. Y el 63% eran primigestantes, el 13% se encontraban en el primer trimestre, el 48% en el segundo y el 39% en el tercer trimestre de su embarazo.

Al indagar sobre el estado civil de las gestantes, se encontró que el 42% de ellas eran casadas, el 33.5% vivían en unión libre, el 22.5% eran solteras y sólo el 1.6% eran separadas. Casi la tercera parte de las gestantes encuestadas no había alcanzado a terminar la secundaria, otra tercera parte terminaron la secundaria y un poco más de la tercera parte restante habían alcanzado un nivel técnico, profesional o postgrado. La mayor parte de las gestantes pertenecían al estrato 3 (41.2%); al estrato 1 y 2 el 10.4% y 31.3% respectivamente, a los estratos 4, 5 y 6 pertenecían el 17.5% de las entrevistadas.

Se preguntó acerca del estado de salud general de las mujeres; se encontró que la gran mayoría (59.9%) se habían sentido muy bien, el 34.1% tuvieron algunas molestias y que sólo el 6% se habían sentido muy enfermas.

Utilización de los servicios de salud oral: Mas de la mitad de las gestantes (55.5%) habían asistido a consulta odontológica en menos de 6 meses, de éstas, la gran mayoría (62.6%) asistieron para revisión y limpieza. **Figura 1.**

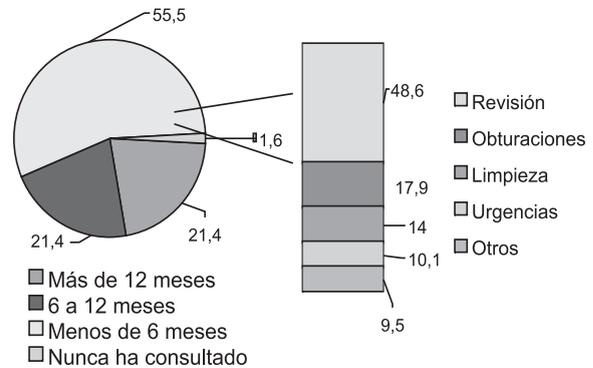


Figura 1. Distribución porcentual de las gestantes encuestadas, según tiempo y motivo de la última visita al Odontólogo. Medellín 2003.

Fuente: Encuestas EPS/ IPS

Al analizar las respuestas de las gestantes con relación a cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo, según el trimestre de embarazo, encontramos que de las 179 mujeres que respondieron a esta pregunta, el trimestre en el que más consultaron fue el segundo (47.5%), seguido por el tercero (39.1%). Es preocupante que en el primer trimestre no sea frecuente la consulta, pues este es el momento indicado para las acciones de promoción de salud oral e inculcar hábitos saludables. El principal motivo de consulta fue la *Revisión* para el 48.6% de las mujeres, seguido por *obturaciones* en el 17.9%. **Cuadro 1**

MOTIVO ÚLTIMA VISITA AL ODONTOLOGO	TRIMESTRE							
	1		2		3		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Revisión	9	37.5	42	49.4	36	51.4	87	48.6
Urgencia	2	8.3	11.8	55.6	6	8.6	18	10.1
Limpieza	2	8.3	6	7.1	17	24.3	25	14
Obturaciones	5	20.8	19	22.4	8	11.4	32	17.9
Tto de conductos	2	8.3	1	1.2	0	0	3	1.7
Otros	4	16.7	7	8.2	3	4.3	14	7.8
TOTAL	24	13.4	85	47.5	70	39.1	179	100

$X^2 = 23.88p = 0.00793$

Cuadro 1. Distribución porcentual de utilización de servicios de salud oral con relación a la pregunta: "Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo", según el trimestre de embarazo, Medellín 2003

Papel del personal de salud oral durante la consulta odontológica: El 68.2% de las maternas respondieron haber recibido educación en higiene oral en la última visita odontológica. La higienista es la persona que con mayor frecuencia realiza la educación en higiene oral (63.1%) y en segundo lugar se encuentra el odontólogo (33.6%).

Papel del personal médico durante la consulta prenatal: Según manifestación de las gestantes, sólo al 23.1% se les revisaron los dientes y estructuras adyacentes por parte del médico durante el control prenatal CPN. El 34.6% de las gestantes recibieron recomendaciones o el médico le hizo observaciones sobre el cuidado de sus dientes, sobresaliendo la enseñanza de higiene oral con un 47.2%. Con relación a la educación recibida sobre el cuidado de la salud oral de su futuro hijo, sólo el 15.4% de las gestantes respondieron afirmativamente. **Cuadro 2**

Necesidades de atención en salud oral: Cerca de la tercera parte de las gestantes (28%) relatan haber tenido alguna molestia o dolor en la boca o dientes durante el embarazo. De éstas, la principal molestia fue el dolor, inflamación o sangrado de las encías con un 51%, seguida de dolor dental con un 29.5%. **Figura 2.**

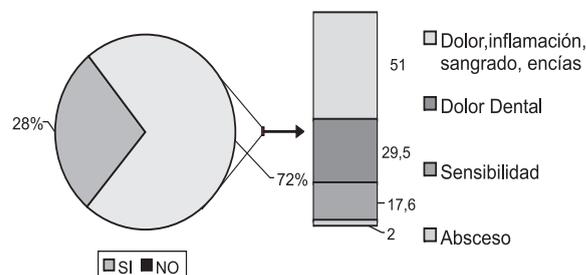


Figura 2. Distribución porcentual de las gestantes encuestadas, según tener molestia o dolor en la boca o dientes y tipo de molestia o dolor durante el embarazo. Medellín 2003.

Más de la mitad de las gestantes (54.9%) no consultó al odontólogo a pesar de presentar molestia o dolor en la boca o dientes durante el embarazo. El 53.6% no lo vio necesario y una cuarta parte no asistió por falta de tiempo.

Conocimientos y prácticas en salud bucal: Al indagar en las gestantes sobre su opinión de "qué es tener una boca sana", encontramos que la mayoría de ellas (76.3%) expresaron que es "aquella que no tiene caries". Otras respuestas frecuentes fueron: "No tener placa bacteriana o cálculos" (40.6%), "no tener dolor" (32.9%), "no tener mal alien-

MEDICO REVISO DIENTES	TRIMESTRE							
	1		2		3		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SI	3	12.5	20	23	19	26.8	42	23.1
NO	13	54.2	54	62.1	47	66.2	114	62.6
No ha tenido	8	33.3	13	14.9	5	7	26	14.3
Control Prenatal								
TOTAL	24	13.2	87	47.8	71	39	182	100

$X^2 = 10.73 p = 0.0297$

Cuadro 2. Distribución porcentual del papel del personal médico durante el CPN, con relación a la pregunta: "Durante el CPN, el médico revisó sus dientes y estructuras alrededor", según el trimestre de embarazo. Medellín 2003

to" (26.9%), "no tener sangrado en las encías" (20.8%). **Cuadro 3.** Entre las causas que atribuyen las gestantes a la aparición de la caries dental, el 84% de ellas opina que los dientes "se pican" por no cepillarse o realizar un mal cepillado. Otras causas expresadas son: "el consumo de dulces"

(19.7%), la descalcificación o falta de calcio (19.7%) y la mala alimentación (7.6%). **Cuadro 4.** Con relación al sangrado o inflamación en las encías la mayoría lo atribuyen al mal cepillado o a la falta de cepillado (45%). Otra causa fue debilidad de las encías (25.2%). **Cuadro 5.**

CATEGORIA		Tener los dientes blancos y/o parejos	No tener dolor	No tener caries (picas)	Tener los dientes completos	No tener mal aliento	No tener placa bacteriana o cálculos	No tener sangrado de encías		
VARIABLE										
	Total	39	60	136	42	49	3	38		
	Total	182	21,43	32,97	74,73	23,08	26,92	1,65	20,88	
Edad	14-17	17	11,76	29,41	70,59	23,53	29,41	-	5,88	
	18-29	112	25,89	36,61	71,43	24,11	22,32	1	25,89	
	30-42	53	15,09	26,42	83,02	20,75	35,85	4	15,09	
	Casada	77	18,18	28,57	80,52	20,78	31,17	-	28,57	
Estado civil	Separada	3	0,00	33,33	66,67	-	33,33	-	-	
	Soltera	41	31,71	48,78	68,29	26,83	26,83	2	14,63	
	Unión libre	61	19,67	27,87	72,13	24,59	21,31	3	16,39	
Nivel educativo	Ninguno/primaria incompleta	14	28,57	50,00	71,43	14,29	14,29	-	-	
	Primaria com./secundaria inc	42	19,05	35,71	69,05	26,19	16,67	-	7,14	
	Secundaria com	59	25,42	20,34	74,58	15,25	27,12	-	22,03	
	Técnico	34	23,53	32,35	73,53	26,47	35,29	-	23,53	
Afiliación a seguridad social	Universi./Post	33	12,12	45,45	84,85	33,33	36,36	-	42,42	
	ARS	21	28,57	42,86	66,67	19,05	14,29	-	9,52	
	EPS	161	20,50	31,68	75,78	23,60	28,57	1,86	22,36	
	Estrato socioeconómico	Estrato 1	19	15,79	42,11	63,16	21,05	21,05	5,26	10,53
		Estrato 2	57	22,81	31,58	78,95	22,81	15,79	1,75	14,04
		Estrato 3	75	22,67	26,67	70,67	22,67	26,67	-	20,00
Estrato 4		24	16,67	45,83	79,17	29,17	50,00	4,17	41,67	
Estrato 5		6	33,33	33,33	100	-	66,67	-	33,33	
Estrato 6		1	-	100	100	100	-	-	100	
Ocupación	Desempleada	101	15,84	28,71	57,43	17,82	27,72	0,99	23,76	
	Empleada	81	28,40	38,27	96,30	29,63	25,93	2,47	17,28	
Tiene hijos	No	114	22,81	28,95	74,56	21,05	30,70	1,75	22,81	
	Si	68	19,12	39,71	75,00	-	20,59	1,47	17,65	

Cuadro 3. Representaciones sociales respecto a " qué es tener una boca sana ". Distribución porcentual según diversas variables en gestantes vinculadas al programa de control Prenatal. Medellín 2003

VARIABLE	CATEGORIA		Mal cepillado/No cepillarse	Consumo de dulces	Descalcificación	Mala alimentación	No sabe
	Total	182	153	36	36	14	3
Edad	14-17	17	70.5	29.4	5.8	-	5.8
	18-29	112	82.1	24.1	21.4	8.03	0.89
	30-42	53	92.4	7.5	20.7	9.4	1.8
	Casada	77	88.3	12.9	24.6	7.79	-
Estado civil	Separada	3	66.6	-	33.3	100	-
	Soltera	41	78.04	34.1	19.5	-	2.43
	Unión libre	61	83.6	19.6	13.1	3.27	3.27
Nivel educativo	Ninguno/primaria incompleta	14	78.5	21.4	14.28	14.28	-
	Primaria com./secundaria inc	42	78.5	28.5	7.1	4.76	-
	Secundaria com	59	83.05	23.7	25.4	8.4	2.3
	Técnico	34	88.2	11.7	11.7	2.9	29
	Universi./Post	33	90.9	9.09	36.5	12.1	3.03
Afilación a seguridad social	ARS	21	76.19	52.3	-	4.7	-
	EPS	161	85.09	15.5	22.3	8.07	1.86
Estrato socioeconómico	Estrato 1	19	89.4	26.3	5.2	-	-
	Estrato 2	57	75.4	22.8	15.7	7.01	1.75
	Estrato 3	75	86.6	17.3	18.6	6.6	2.66
	Estrato 4	24	87.5	16.6	33.3	12.5	-
	Estrato 5	6	100	16.6	50	16.6	-
	Estrato 6	1	100	-	100	100	-
Ocupación	Desempleada	101	84.1	20.7	16.8	6.9	-
	Empleada	81	83.9	18.5	23.4	8.6	3.7
Tiene hijos	No	114	84.2	18.4	18.4	16.1	1.7
	Si	68	83.8	22.05	22.05	10.2	1.4

Cuadro 4. Representaciones sociales respecto a la causa de caries dental. Distribución porcentual según diversas variables en gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín. 2003

VARIABLE	CATEGORIA	Mal cepillado/No cepillarse	Cepillado fuerte	Infección	Problemas del organismo	Debilidad de las encías	Mala alimentación	No sabe	
	total	82	37	32	5	46	4	22	
Edad	Total	182	45,05	20,33	17,58	2,75	25,27	2,20	12,09
	14-17	17	29,41	11,76	17,65	0,00	5,88	-	23,53
	18-29	112	44,64	19,64	18,75	1,79	24,11	3,57	12,50
	30-42	53	50,94	24,53	15,09	5,66	33,96	-	7,55
Estado civil	Casada	77	40,26	24,68	16,88	6,49	31,17	3,90	11,69
	Separada	3	33,33	33,33	33,33	-	66,67	-	-
	Soltera	41	56,10	21,95	19,51	-	21,95	2,44	12,20
Nivel educativo	Unión libre	61	44,26	13,11	16,39	-	18,03	-	13,11
	Ninguno/primaria incompleta	14	57,14	21,43	7,14	-	-	-	28,57
	Primaria com./secundaria inc	42	35,71	16,67	21,43	-	14,29	-	14,29
	Secundaria com	59	45,76	22,03	15,25	3,39	28,81	-	10,17
	Técnico	34	41,18	20,59	8,82	2,94	29,41	8,82	8,82
Afiliación a seguridad social	Universi./Post	33	54,55	21,21	30,30	6,06	39,39	3,03	9,09
	ARS	21	52,38	28,57	28,57	-	14,29	-	4,76
	EPS	161	44,10	19,25	16,15	3,11	26,71	-	13,04
Estrato socioeconómico	Estrato 1	19	42,11	26,32	21,05	-	10,53	-	10,53
	Estrato 2	57	49,12	10,53	17,54	-	19,30	1,75	17,54
	Estrato 3	75	38,67	25,33	14,67	4,00	22,67	1,33	12,00
	Estrato 4	24	50,00	12,50	20,83	4,17	45,83	4,17	4,17
	Estrato 5	6	66,67	50,00	16,67		66,67	-	-
	Estrato 6	1	100,00	100,00	100,00	100,00	-	-	-
Ocupación	Desempleada	101	44,55	15,84	20,79	0,99	17,82	0,99	14,85
	Empleada	81	45,68	25,93	13,58	4,94	34,57	3,70	8,64

Cuadro 5. Representaciones sociales respecto a las causas del sangrado o inflamación en las encías. Distribución porcentual según diversas variables en gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín, 2003

La totalidad de las gestantes manifiestan que utilizan el cepillo, el 96.7% que utilizan la crema dental y un alto porcentaje (72%) piensan que la crema dental es necesaria para la limpieza de la boca, el

92.3% utilizan la seda dental, pero sólo el 53.2% la utiliza todos los días; el 39% utiliza el enjuague bucal de rutina. **Cuadro 6**

CATEGORIA		Cepillo	Crema dental	Seda dental	Enjuague bucal	Palillos	Bicarbonato	
VARIABLE								
	Total	182	176	168	71	6	23	
Edad	14-17	17	100,00	100,00	94,12	41,18	-	5,88
	18-29	112	100,00	96,43	90,18	35,71	2,68	15,18
	30-42	53	100,00	96,23	96,23	45,28	5,66	9,43
Estado civil	Casada	77	100,00	97,40	94,81	45,45	2,60	7,79
	Separada	3	100,00	66,67	100,00	0,00	-	-
	Soltera	41	100,00	100,00	90,24	41,46	4,88	17,07
	Unión libre	61	100,00	95,08	90,16	31,15	3,28	16,39
Nivel educativo	Ninguno/primaria incompleta	14	100,00	100,00	100,00	21,43	-	7,14
	Primaria com./secundaria inc	42	100,00	100,00	85,71	33,33	4,76	16,67
	Secundaria com	59	100,00	94,92	94,92	40,68	5,08	16,95
	Técnico	34	100,00	91,18	88,24	47,06	0,00	11,76
	Universi./Post	33	100,00	100,00	96,97	42,42	3,03	3,03
Afiliación a seguridad social	ARS	21	100,00	95,24	80,95	33,33	9,52	23,81
	EPS	161	100,00	96,89	93,79	39,75	2,48	11,18
Estrato socioeconómico	Estrato 1	19	100,00	94,74	100,00	26,32	0,00	21,05
	Estrato 2	57	100,00	98,25	87,72	35,09	5,26	19,30
	Estrato 3	75	100,00	94,67	92,00	38,67	2,67	10,67
	Estrato 4	24	100,00	100,00	100,00	54,17	4,17	-
	Estrato 5	6	100,00	100,00	83,33	50,00	-	-
	Estrato 6	1	100,00	100,00	100,00	100,00	-	-
Ocupación	Desempleada	101	100,00	97,03	93,07	35,64	3,96	13,86
	Empleada	81	124,69	96,30	91,36	43,21	2,47	11,11
Tiene hijos	No	114	100,00	99,12	92,98	40,35	1,75	9,65
	Si	68	100,00	92,65	91,18	36,76	5,88	17,65

Cuadro 6. Elementos utilizados para limpiar sus dientes. Distribución porcentual según diversas variables en gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003

Menos de la mitad de las gestantes encuestadas (42.9%) consideran el embarazo como un momento de riesgo para adquirir enfermedades orales, y de estas, la gran mayoría (69.2%) piensan que el riesgo se debe a la descalcificación en los dientes y sólo un 5.1% se lo atribuyen a cambios hormonales. **Figura 3.** Al indagar sobre la creencia de si "en cada embarazo se pierde un diente", el 82.6% y el 81% de las gestantes de las EPS y ARS respectivamente, no están de acuerdo. Queda la inquietud de que ocurre con un 14.3% pertenecientes a EPS, quienes informaron no tener conocimiento. **Cuadro 7**

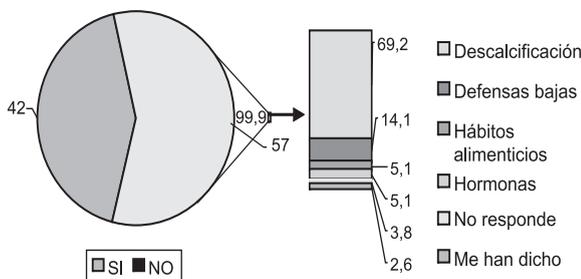


Figura 3. Distribución porcentual de las gestantes encuestadas, según razón por la cual consideran el embarazo como un momento de riesgo para desarrollar enfermedades orales. Medellín 2003

EN CADA EMBARAZO SE PIERDE UN DIENTE	EPS n= 161		ARS n=21		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n	%
SI	5	3.1	4	19	9	4.9
NO	133	82.6	17	81	150	82.4
NO SABE	23	14.3	0	0	23	12.6
TOTAL	161	88.5	21	11.5	182	100

$X^2 = 12.55$ $p = 0.00187$

Cuadro 7. Distribución porcentual de percepción de conocimientos, con relación a la pregunta: "en cada embarazo se pierde un diente" según régimen subsidiado y contributivo. Medellín 2003.

Con relación a la creencia de que los hijos tendrán mala dentadura por herencia de sus padres, la gran mayoría de las gestantes, 87% y 76.2% de EPS y ARS respectivamente, opinan que no es así. Sin embargo todavía hay una minoría de gestantes (4.9%) de EPS y (23.8%) de ARS que su respuesta es positiva; 8.1% respondieron no saber. **Cuadro 8**

EN CADA EMBARAZO SE PIERDE UN DIENTE	EPS n= 161		ARS n=21		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
SI	8	4.9	5	23.8	13	7.1
NO	140	87	16	76.2	156	85.7
NO SABE	13	8.1	0	0	13	7.1
TOTAL	161	88.5	21	11.5	182	11.5

$X^2 = 11.18$ $p = 0.00373$

Cuadro 8. Distribución porcentual de percepción de conocimiento con relación a la pregunta: "si los padres tienen mala dentadura, la de los hijos también será mala", según régimen subsidiado y contributivo. Medellín, 2003

El rango de edad en el que opinan las gestantes que se debe llevar por primera vez su hijo al odontólogo, se distribuyó con mayor frecuencia en la población de 1 a 2 años con un 47.8% y 52.4% en EPS y ARS respectivamente. Llama la atención que algunas gestantes 3.7% y 14.3% de ARS y EPS respectivamente opinan que se debe esperar hasta los 5 años o más. **Cuadro 9.**

EDAD PARA LLEVAR EL NIÑO AL ODONTÓLOGO	EPS n= 161		ARS n=21		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
< 1 año	43	26.7	1	4.7	44	24.2
1-2 años	77	47.8	11	52.4	88	48.4
3-4 años	35	21.8	6	28.6	41	22.5
5-7 año	6	3.7	3	14.3	9	4.9
TOTAL	161	88.5	21	11.5	182	100

$X^2 = 8.35$ $p = 0.0392$

Cuadro 9. Distribución porcentual de prácticas con relación a la pregunta: "a que edad se debe llevar al niño al odontólogo por primera vez", según régimen subsidiado y contributivo. Medellín 2003.

Un alto porcentaje (78%) de las gestantes están de acuerdo con evitar que el niño se quede dormido con el tetero en la boca. Por otro lado, sorprende que la gran mayoría de las gestantes (75.3%) no sabe de la importancia de los molares de los seis años.

Al indagar sobre la opinión de las gestantes, si es necesario proteger a los niños con flúor, en todos los trimestres de embarazo respondieron afirmativamente (72.5%), sobresaliendo las gestantes que

se encuentran en el primer trimestre con un porcentaje muy alto (95.8%). **Cuadro 10**

PROTEGER AL NIÑO CON FLÚOR	TRIMESTRE						TOTAL	
	1		2		3		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
SI	23	95.8	63	72.4	46	64.8	132	72.5
NO	1	4.2	24	27.6	25	35.2	50	27.5
TOTAL	24	13.2	87	47.8	71	39	182	100

$\chi^2 = 8.68$

$p = 0.0130$

Cuadro 10. Distribución porcentual de prácticas, con relación a la pregunta: "en su opinión se debe proteger al niño con flúor", según el trimestre de embarazo. Medellín 2003

El mayor porcentaje de las gestantes decide cambiar el cepillo en el momento en que las cerdas se encuentran gastadas o dobladas (65.9%). Además, la gran mayoría de las gestantes (92.3%) respondieron que nunca comparten el cepillo dental con otras personas; pero, el 7.6% de ellas sí lo hacen.

La mitad de las gestantes encuestadas notó que le sangran las encías; al preguntarles qué hacen ante este evento, respondieron sólo la mitad; el 12.6% se cepillan más suave, realizan enjuagues con agua, no hacen nada, sólo el 3.8% consultan al Odontólogo. **Cuadro 11**

VARIABLE	CATEGORIA	Total	Consulta al Odontólogo	Se cepilla mas suave	Hace enjuague con agua	Usa seda dental	Usa remedios caseros	Se cepilla con mas frecuencia	No hace nada
	Total	182	7	23	29	8	5	9	20
Edad	14-17	17	-	5,88	-	-	5,88	-	23,53
	18-29	112	2,68	14,29	16,96	4,46	1,79	8,04	8,93
	30-42	53	7,55	11,32	18,87	5,66	3,77		11,32
Estado civil	Casada	77	2,60	11,69	14,29	1,30	2,60	3,90	11,69
	Separada	3	-	-	-	-	-	-	33,33
	Soltera	41	4,88	17,07	14,63	4,88	4,88	7,32	4,88
	Unión libre	61	4,92	11,48	19,67	8,20	1,64	4,92	13,11
Nivel educativo	Ninguno/primaria incompleta	14	-	28,57	7,14	-	-	7,14	28,57
	Primaria com./secundaria inc	42	-	11,90	16,67	4,76	4,76	2,38	9,52
	Secundaria com	59	10,17	13,56	13,56	5,08	3,39	6,78	5,08
	Tecnico	34	-	5,88	23,53	2,94	2,94	2,94	17,65
	Universi./Post	33	3,03	12,12	15,15	6,06	-	6,06	9,09
Afiliación a seguridad social	ARS	21	-	33,33	9,52	-	9,52	4,76	9,52
	EPS	161	4,35	9,94	16,77	4,97	1,86	4,97	11,18
Estrato socioeconómico	Estrato 1	19	5,26	15,79	15,79	-	-	10,53	15,79
	Estrato 2	57	5,26	10,53	19,30	8,77	5,26	5,26	15,79
	Estrato 3	75	4,00	13,33	14,67	2,67	2,67	4,00	8,00
	Estrato 4	24	-	12,50	16,67	4,17	-	4,17	4,17
	Estrato 5	6	-	16,67	-	-	-	-	16,67
	Estrato 6	1	-	-	-	-	-	-	-
	Desempleada	101	3,96	14,85	13,86	3,96	1,98	4,95	13,86
Ocupación	Empleada	81	3,70	9,88	18,52	4,94	3,70	4,94	7,41
	No	114	2,63	11,40	14,04	4,39	1,75	6,14	8,77
	Si	68	5,88	14,71	19,12	4,41	4,41	2,94	14,71

Cuadro 11. Prácticas realizadas ante el sangrado de las encías. Distribución porcentual según diversas variables en gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003

Discusión

Identificar las creencias, mitos, hábitos y comportamientos de los pobladores, permite comprender cómo se construye el conocimiento común y cuál es el vínculo entre éste y las prácticas de los pobladores. En general, el lenguaje técnico se superpone al lenguaje común, subvalorando este último, a pesar que es desde lo que Moscovici define como "Representaciones sociales" como se expresan comúnmente las personas. Adicionalmente, las creencias, hábitos y comportamientos no han sido precisamente el punto de partida que inspire las estrategias educativas en salud; por el contrario son desconocidas permanentemente en los procesos de formación y educación en este campo (11)

La educación para la salud debe partir del nivel de conocimientos formales o informales (opiniones, creencias, representaciones sociales) que tienen las personas, en la medida que todos ellos guían la manera de actuar frente a un problema de salud o frente a la probabilidad de evitarlo (12). Las encuestas dirigidas a identificar conocimientos y prácticas de salud se han considerado un recurso importante para diseñar estrategias educativas en los diferentes grupos de la población, entre ellas las gestantes, con el propósito de identificar su conveniencia y de esta manera, modificar o afianzar conductas saludables.

Diferentes programas preventivos se han implementado en mujeres gestantes, para evaluar si estos podrían conducir a una actitud más positiva con relación al cuidado dental y al mismo tiempo, mejorar la salud oral de madre e hijo (2). La gestante debe recibir consejería en salud oral que incluya información relacionada con la prevención de la caries temprana y algunas recomendaciones en salud oral, entre otras la de llevar a su hijo al odontólogo antes del primer año de vida, cuidando que el mensaje quede claro, e intercambiando con ella las dificultades que podría tener para cumplir estas recomendaciones (13).

En el presente estudio, al observar la participación de las gestantes afiliadas al régimen subsidiado (21 mujeres) es notable el pequeño número comparado con el número de las afiliadas al régimen

contributivo (161 mujeres). Aunque se consideró importante indagar por el estado de las gestantes en el régimen subsidiado, no fue posible acceder a mayor número de gestantes por problemas de logística y de acceso geográfico.

Más de la mitad de las encuestadas (63%) iban a tener su primogénito y la gran mayoría de ellas (59.9%) relató haberse sentido muy bien durante el tiempo que llevaba de embarazo; la intención de esta pregunta fue explorar el estado general de salud de la gestante porque la salud bucal y la salud sistémica están interrelacionadas.

La principal representación de "salud bucal" es "no tener caries", coincidiendo con los resultados del ENSAB III (14); se sugiere que estos resultados podrían relacionarse con las diferentes campañas publicitarias a través de los medios masivos de comunicación.

La mayoría de las gestantes (84%) atribuye como principal causa de caries "no cepillarse o cepillarse mal los dientes", seguido por el "consumo de dulces", "descalcificación" y "mala alimentación"; iguales respuestas encontró el III ENSAB. Como causa de inflamación de las encías se le atribuye igualmente a "no cepillarse o cepillarse mal los dientes", hecho que igualmente coincide con lo encontrado en el III ENSAB (14).

Es evidente que el antiguo mito de que "en cada embarazo se pierde un diente" no tiene mucha vigencia en la actualidad y así lo confirmaron las gestantes encuestadas en el presente estudio; sin embargo, un alto porcentaje de ellas (57.1%) no considera el embarazo como un momento de riesgo para desarrollar enfermedades orales y podrían pasar por alto las visitas preventivas al odontólogo.

Machuca, G y col. (1999) afirman que las mujeres en período de gestación deben considerarse como pacientes con un alto riesgo temporal de desarrollar complicaciones periodontales. Por esta razón, centrar la atención en la higiene oral, podría ayudar a minimizar los efectos de los cambios metabólicos porque durante el embarazo pueden existir alteraciones psicológicas y de comportamiento con tendencia al descuido personal. (9)

Ahora bien, de las gestantes que consideraron este período como un riesgo para la salud oral, la gran mayoría lo atribuyen principalmente a la “descalcificación de los tejidos”, dejando a un lado el componente hormonal y nutricional.

Otra creencia y convicción que existe en el medio es que “sí los padres tienen mala dentadura, la de los hijos también será mala”. Se encontró que el 85.7% de las gestantes encuestadas está en desacuerdo con esta afirmación; el III ENSAB (14), reporta un 75.3% en la misma dirección.

La literatura documenta ampliamente, que el cambio en los niveles hormonales debido al embarazo podría traducirse en una mayor susceptibilidad para desarrollar gingivitis. (15). En el presente estudio, casi una tercera parte de las gestantes (28%) reportó haber tenido molestia durante el embarazo, como inflamación, dolor y/o sangrado de las encías (51%), similar a lo encontrado en el estudio realizado por Christensen LB y col. en 2003, en el cual el 30% de las gestantes reportaron sangrado, inflamación y/o dolor en las encías (15). Machuca y col. al evaluar el estado periodontal de 130 gestantes corroboró que la gingivitis es la principal manifestación clínica de enfermedad periodontal durante el embarazo. (9)

La gran mayoría de las gestantes (77%) habían visitado al odontólogo en los últimos 12 meses, lo cual podría sugerir que estas mujeres utilizaban el servicio con cierta regularidad; Christensen y col. (2003), informaron que casi el 90% de las mujeres hizo uso del servicio odontológico. (15). El principal motivo de consulta de las gestantes en el presente estudio fue la “revisión” y “limpieza”; esta información sugiere un interés en el cuidado bucal por parte de la futura madre. Sin embargo es preocupante que más de la mitad de las gestantes (54.9%) no consultaron al odontólogo a pesar de tener molestias, posiblemente no le dieron importancia al problema o por razones de la “falta de tiempo”, pues la mayoría de esta población se encontraba laborando, similar a lo encontrado por Gaffield ML y col. en 2001 en una investigación realizada en cuatro Estados de EEUU, con madres que habían dado a luz recientemente y a quienes se les preguntó sobre sus experiencias y comportamientos antes, durante y después del embarazo, se encontró que solo

la mitad de las que reportaron tener algún problema, visitaron al odontólogo (1). Ahora bien, es importante tener en cuenta que el 11% de las entrevistadas manifestaron temor a asistir al odontólogo.

El médico es un recurso valioso en la promoción y prevención de la salud oral de la materna y podría, no sólo realizar prevención, sino también detectar las enfermedades orales más frecuentes y de esta forma orientar y remitir al paciente donde el odontólogo, como lo afirma Barreiro, D (1987) (16). En el presente estudio, solo el 23% de las gestantes manifiesta que el médico revisó su boca durante el control prenatal y menos de la mitad, (34%) dicen haber recibido observaciones o recomendaciones (sobresaliendo la enseñanza de higiene oral) por parte del médico durante el CPN; el 70% de ellas relatan haber sido remitidas al odontólogo y principalmente en el primer trimestre de embarazo.

Lo anterior contrasta con lo reportado por Saldarriaga y Saldarriaga (2000), en una encuesta a médicos generales y pediatras; más del 80% de los médicos generales manifestaron revisar la cavidad oral y recomendar hábitos de higiene oral y cerca del 54% de ellos, remite a las gestantes al odontólogo. (17). Gunai y col (1998), informaron que la mayoría de las mujeres en embarazo (71%) no recibe instrucciones sobre la higiene oral, a pesar de que es una época de alta receptividad a las recomendaciones y que debería ser aprovechada por los médicos y odontólogos para introducir programas individuales y grupales. (10)

El embarazo es probablemente el momento más importante para estimular el mejoramiento de la salud dental, los comportamientos y las actitudes hacia hábitos saludables, por la alta influencia que podría ejercerse en la enseñanza del cuidado de la salud oral y la orientación de sus futuros hijos. (18)

El control prenatal es un momento ideal para enseñar y/o reforzar prácticas de higiene oral que posteriormente serán mantenidas e inculcadas a su hijo y ofrecer algunas recomendaciones importantes; sin embargo, la mayoría (84%) de las gestantes que participaron en el presente estudio, reportaron no haber recibido durante el CPN por parte del médico, educación en el cuidado de la salud oral de su futuro hijo. En el sistema de salud colombiana

no, sigue predominando la medicalización de la salud, por esta razón, muchas veces las personas consultan primero al médico que al odontólogo; en este sentido el papel del médico se considera de vital importancia para que haga un examen clínico minucioso de la boca y remita al profesional de la salud bucal, no solo para la curación, sino también para el diagnóstico precoz y la educación en salud.

El estudio realizado por Saldarriaga y Saldarriaga (2000), reportó que el 79,17% de los médicos encuestados consideran que el niño menor de un año que duerme con el tetero tiene riesgo de sufrir caries dental. (17)

Existen algunas orientaciones que deben realizarse tan pronto como sea posible en las mujeres en período de gestación, tales como la instrucción y la consejería en el autocuidado de la salud oral, acompañado de visitas periódicas de control. Se debe recomendar a las pacientes el cepillado dental después de cada comida y especialmente cuando contengan azúcar; la nutrición y la dieta son muy importantes para la salud del feto y de la madre. (3)

Las futuras madres deben saber que desde temprana edad de los hijos, el odontólogo y/o el Odontopediatra evalúan el riesgo de caries en cada niño para ser capaz de intervenir desde el principio cualquier enfermedad, por medio de acciones preventivas. Por otro lado, la AAPD y la ADA promueven y recomiendan la detección de caries temprana, con la visita al odontólogo a la edad de un año, con el propósito de realizar chequeos. (19)

Para corroborar lo anterior, Twetman S, García - Godoy F y Goepferd S 2000, consideran que el proceso preventivo debe comenzar muy temprano en la infancia durante el primer año de vida para asegurar un futuro exitoso. El objetivo es dar al niño una introducción placentera y no amenazante a la odontología y establecer unas bases bien fundamentadas de hábitos orales sanos. (20)

La claridad sobre los riesgos que puede sufrir su futuro hijo y los cuidados que se deben tener a nivel bucal es un aspecto crucial en la educación en salud de las gestantes; son las madres fundamentalmente quienes se encargan de formar hábitos de autocuidado en sus hijos.

Se recalca que la prevención de caries y demás enfermedades bucales no es un tema sólo de la profesión odontológica; la caries de la infancia temprana es un problema de salud pública y el personal de la salud debe dar prioridad a los programas basados en la educación y motivación prenatal y postnatal a los padres así como también una buena evaluación al infante.

Bibliografía

1. Gaffield ML y col. Oral health during pregnancy. An analysis of information collected by the pregnancy Risk Assessment Monitoring System. JADA. 2001;7:1009-1016
2. Weinstein P. Public health guides in early childhood caries. Community Dent oral Epidemiology, 26:Supplement 1998;1:84-90
3. Chiodo GT, Rosenstein DI. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. J Am Dent Assoc. 1985;110:365-8.
4. Mealey BL. Periodontal implications: medically compromised patients. Ann Periodontol 1996;1:256-321
5. Lee A, Mc Williams M, Janchar T. Care of the pregnant patient in the dental office. Dent Clin North Am 1999;43:485-94.
6. Sooriyamoorthy M, Gower DW. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 1989;16:201-208.
7. Amar S, Chung KM. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. Periodontol 2000 1994;6:79-87
8. Dasanayake AP, Poor Periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. Ann Periodontol 1998;3:206-212.
9. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR, Machuca C, Bullon P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. J Periodontol. 1999;779-785.
10. Gunay H, Dmoch-Bockhorn K, Gunay Y, Geurtsen W. Effect on caries experience of a

- long- term preventive program for mothers and childrens starting during pregnancy. Clin Oral Invest, 1998.2:137-142.
11. Nieva BC, Jacome S, Cendales L. Representaciones Sociales del Proceso Salud Enfermedad Oral en poblaciones urbano – marginales y su relación con los discursos y las practicas Institucionales. Revista Federación Odontológica Colombiana. 1998,1999;56, 57.
 12. Franco AM y col. Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. CES, U. del Bosque, U. de Cartagena, UAM. 2002.
 13. American Academy o Pediatric Dentistry. Infant oral health care. Pediatr Dent. 2000; 22(suppl issue):82.
 14. Republica de Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. Serie Documentos Técnicos. Tomo VII. Bogota, 1999.
 15. Christensen LB, Jeppe-Jensen D, Petersen PE: Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish woman during pregnancy. J Clin Periodontal 2003;30: 949-953.
 16. Barreiro D, Bravo M.: The pediatrician and oral health. An Esp. Pediatric. 1987;26:463-6
 17. Saldarriaga A, Saldarriaga O. El medico general y el pediatra en la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad del niño menor de cinco años y la mujer en periodo de gestación. Revista Federación Odontológica Colombiana. 2003;64
 18. Jago JD, Chapman PJ, Aitken JF, McEniery TM. Dental status of pregnant women attending a Brisbane maternity hospital. Community Dent Oral Epidemiology. 1984;12:398-401
 19. Ismail AI, Nainar SMH, Sohn W. Children´s First Visit: Attitudes and Practices of US pediatricians and Family Physicians. Pediatr Dent. 2003;25:425-430
 20. Twetman S, Garcia-Godoy F, Goepferd SJ. Infant oral health. Dent Clin North Am. 2000;44:487-505.

Correspondencia

osaldarriaga@ces.edu.co

