INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2988>

PERCEPCIONES, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE PROFESIONALES DE LA SALUD LATINOAMERICANOS ACERCA DE LA SALUD BUCODENTAL DE GESTANTES

Perceptions, knowledge and attitudes of Latin-American health practitioners regarding oral health in pregnant women

Jairo Corchuelo-Ojeda, PhD¹; Eduardo Romero-Vélez, MD²; Aura Cristina Gutiérrez-Grajales³

Recibido: abril 3/17 – Aceptado: noviembre 23/17

RESUMEN

Objetivo: identificar percepciones, actitudes y brechas de conocimientos acerca de la salud bucodental de gestantes entre ginecoobstetras y profesionales de salud latinoamericanos.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal en especialistas en obstetricia y ginecología, médicos residentes, médicos generales y enfermeras profesionales. Muestreo aleatorio simple con un marco muestral de 680 profesionales de salud. Se calculó un tamaño de muestra de 103 sujetos, con un nivel de confianza del 95 %, un valor de prevalencia de conocimientos del 65 % y una precisión del 10 %. Se aplicó un cuestionario autodiligenciado, especialmente diseñado a partir de estudios previos. Se midieron las características sociodemográficas, los conocimientos, las actitudes y las percepciones. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: se obtuvo un total de 84 encuestas de 103 profesionales seleccionados. Estas correspondieron a: ginecoobstetras (53,6 %), médicos generales (23,8 %), enfermeras profesionales (16,7 %) y estudiantes de posgrado de la especialización en ginecología y obstetricia (6 %). Se dispuso información de profesionales de 13 de los 19 países. El 57,1 % no había recibido capacitación en patologías orales. El 20 % de los encuestados tuvo un nivel alto de conocimientos, y el 25 % tuvo una actitud positiva.

Conclusión: se presentan brechas entre los diferentes profesionales encuestados acerca de la salud bucodental de las gestantes. Se recomienda capacitación y trabajo en equipo.

Palabras clave: atención prenatal, salud bucal, atención primaria en salud, conocimiento, diagnóstico bucal, actitud.

ABSTRACT

Objective: To identify perceptions, attitudes and knowledge gaps regarding oral health in pregnancy among obstetricians and gynaecologists and health-care practitioners in Latin America.

- 1 Odontólogo; PhD en Salud Pública. Profesor titular, Escuela de Odontología de la Universidad del Valle, Cali (Colombia). jairocorcho@yahoo.es; jairo.corchuelo@correounivalle.edu.co
- 2 Médico ginecoobstetra. Consultor Fecolsog, Flasog, Unfpa; profesor del diplomado en Ecografía, Universidad Javeriana, Cali (Colombia).
- 3 Candidata a grado de Odontología, Grupo de investigación Pacífico Siglo XXI, Universidad del Valle, Cali (Colombia).

Materials and methods: Cross-sectional study of specialists in obstetrics and gynaecology, residents, general practitioners and professional nurses. Simple random sampling with a sample framework of 680 healthcare practitioners. The sample size was calculated at 103 subjects, with a 95% confidence level, a knowledge prevalence of 65%, and a 10% accuracy. A self-administered questionnaire especially designed on the basis of previous studies was used. Sociodemographic characteristics, knowledge, attitudes and perceptions were measured.

Results: Of 103 professionals selected, there was a total of 84 respondents: obstetricians and gynaecologists (53.6%), general practitioners (23.8%), registered nurses (16.7%) and graduate students of the obstetrics and gynaecology specialty (6%). There was information available from practitioners in 13 out of 19 countries. Of them, 57.1% had not received any training in oral diseases. Of the respondents, 20% had a high level of knowledge, and 25% had a positive attitude.

Conclusion: There are gaps among the different practitioners surveyed regarding oral health in pregnant women. Training and team work are recommended.

Key words: Prenatal care, oral health, primary healthcare, knowledge, oral diagnosis, attitude.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal se define, según la Asociación Americana de Periodoncia, como una enfermedad inflamatoria crónica en respuesta a la presencia de placa bacteriana, y más específicamente a complejos microbianos patogénicos que colonizan y residen en el espacio subgingival formando bolsas patológicas (1). Se divide en gingivitis y periodontitis. La gingivitis es una inflamación de la encía por acúmulo de placa dental limitado a la encía sin afectar las estructuras de soporte del diente. La periodontitis se caracteriza por el compromiso del ligamento periodontal y el hueso de soporte del diente (2, 3). La enfermedad periodontal puede causar la pérdida de dientes, y se ha asociado a un

mayor riesgo de aterosclerosis, artritis reumatoide, neumonía por aspiración, malos resultados adversos del embarazo (4) y mala calidad de vida en sujetos adultos mayores (5).

En el tejido gingival existen receptores para estrógenos y progesterona, gracias a los cuales estas hormonas ejercen diversos efectos sobre ellos, ya sea en el epitelio, el conjuntivo o los vasos sanguíneos (6). La progesterona produce una dilatación de los capilares gingivales, que es la causa de la habitual clínica de la gingivitis del embarazo; también es responsable del aumento del exudado gingival y la permeabilidad vascular (7). La encía de las mujeres embarazadas tiene una reacción de inflamación mayor ante la presencia de placa, al parecer esta mayor reacción inflamatoria se debe al aumento de fluido crevicular gingival causado por los niveles elevados de progesterona en la gestación (8). Los estrógenos se metabolizan en los tejidos gingivales por acción enzimática que transforma el estrona en estradiol; esta conversión es tres veces mayor en presencia de inflamación, siendo indicativa del grado de inflamación clínica presente (9). Por otra parte, la gestación predispone a un aumento en el apetito y a una inclinación por comidas inusuales; por esta razón, en ocasiones la dieta no es nutritiva ni balanceada, y puede tener un alto contenido de azúcar, que puede afectar adversamente los dientes (10).

Se ha descrito que la enfermedad periodontal se asocia a un incremento en el riesgo del parto pretérmino, bajo peso al nacer (7), ya sea por una invasión de la unidad fetoplacentaria o por un aumento de la concentración intraamniótica de PGE-2 y TNF alfa, mediadores fisiológicos del parto, secundario a la respuesta inflamatoria periodontal (4). Asimismo, se ha referido que las gestantes en Colombia tienen deficiente higiene oral (11), y que la mala salud oral afecta la calidad de vida por problemas en la masticación, dolor local y apariencia en gestantes chilenas (12). De esta manera, es muy importante la prevención de la enfermedad periodontal en la gestante por medio de una adecuada higiene oral y la remisión oportuna al servicio odontológico a

fin de mejorar la salud oral, reducir los problemas físicos y prevenir la enfermedad periodontal como factor de riesgo para malos resultados perinatales (13). El tratamiento en la embarazada es igual al de la mujer no gestante, y se enfoca fundamentalmente en el control de la infección y reducción de la inflamación (14).

Dado que los profesionales que tienen mayor contacto con la gestante en el control prenatal son los médicos ginecoobstetras, el médico general y la enfermera es importante que estos conozcan los cambios en la fisiología oral y el mayor riesgo de patología periodontal en el embarazo, como también la posible asociación de esta con malos resultados perinatales. Se ha informado que la educación para la salud que hacen los profesionales influye favorablemente sobre los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los individuos, grupos y colectividades (13, 15). Sin embargo, algunos estudios han identificado la necesidad de capacitación en temas de salud oral con brechas incluso del 75 % entre los ginecoobstetras (16).

En la región latinoamericana es poca la información sobre el nivel de conocimientos que reciben los profesionales del área de la salud que atenderán gestantes durante su proceso de formación básica y de posgrado, como también los conocimientos que adquieren estos en los procesos de educación continuada, y las percepciones y actitudes cotidianas que tienen respecto al cuidado bucodental de las gestantes para propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios de salud que faciliten una atención de manera integral a la mujer en esta etapa. Por tanto, este estudio pretende identificar percepciones, actitudes y brechas de conocimientos acerca de la salud bucodental de gestantes entre ginecoobstetras y profesionales de la salud en Latinoamérica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal en el que participaron médicos especialistas en obstetricia y ginecología, médicos residentes, médicos generales y enfermeras profesionales que participaron en el

XX Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia "FLASOG 2011", que aceptaron diligenciar la encuesta. Se excluyeron los profesionales que no respondieron la encuesta completamente.

Para el estudio se realizó un muestreo aleatorio simple teniendo como marco muestral 680 profesionales de salud asistentes al evento y registrados en la base de datos el primer día de inscripción. Para la muestra se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95 %, un valor de prevalencia de conocimientos de la asociación entre enfermedad periodontal y malos resultados perinatales del 65 % (17) y una precisión del 10 %, lo que dio como resultado una muestra de 78 profesionales; teniendo en cuenta una tasa de no respuesta del 30 %, se define una muestra final de 103 profesionales.

Procedimiento. Para la selección aleatoria se enumeraron previamente las sillas que ocuparían los asistentes en cada una de las dos plenarias realizadas simultáneamente el segundo día del Congreso, donde se esperaba que asistiera la mayoría de los participantes a fin de evitar la dispersión en horarios y salones donde se adelantaban posteriormente los simposios y los foros de discusión. En las sillas seleccionadas se dejó carpeta con el consentimiento informado, la encuesta para ser autodiligenciada en forma anónima y el sitio donde se entregaría la encuesta diligenciada.

El instrumento consistió en una encuesta conformada por 26 ítems estructurados en cuatro dominios que abordan los temas relacionados con aspectos sociodemográficos, conocimientos sobre patologías bucodentales relacionadas con compromisos sistémicos de la gestante y efectos adversos, actitud para orientar y atender a la gestante en temas de salud bucodental, y la percepción de algunas creencias y comportamientos relacionados con este tema. Para el análisis de contenido, el cuestionario tomó preguntas de conocimientos y de percepción de obstetras acerca de la salud bucodental en gestantes validadas en los estudios de Al-Habashneh *et al.* (18), y algunas preguntas de creencias del estudio de Strafford *et al.* (19).

Se realizó un estudio piloto con profesores y estudiantes de medicina y enfermería que habían realizado prácticas en control prenatal; de 32 ítems se eliminaron 6 que no resultaron discriminantes, y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,813. Para la escala tipo Likert se asignaron valores de 1 a 5, siendo 5 la calificación dada a la afirmación positiva de estar totalmente de acuerdo y 1 la calificación dada a la calificación opuesta. Para la dimensión *conocimientos*, los ítems fueron promediados y luego recategorizados, asignando como buenos conocimientos el rango entre 3,8 y 5,0; regular entre 3,0 y 3,7 y malo menor a 3,0. Para la dimensión actitud ante el componente de salud bucodental en la consulta con gestantes, una calificación entre 4 y 5 fue catalogada como positiva; entre 3 y 3,9 indiferente y menor a 3 negativa.

Variables medidas. Sociodemográficas: edad, nivel de educación, tipo de profesión, años de experiencia, sexo, lugar de procedencia. Los conocimientos se definieron como el nivel de información científicamente aceptada que tiene el profesional relacionada con hábitos de higiene bucal, enfermedades frecuentes en boca y cómo prevenirlas, relación entre salud bucal y general, entre problemas bucodentales y resultados adversos del embarazo, indicaciones y seguridad de procedimientos dentales durante la gestación (exodoncias, tratamientos de conductos, aplicación de anestésicos, toma de radiografías dentales, uso de analgésicos).

Las actitudes se definieron como el modo de comportarse y la disposición para promover y orientar la salud bucodental en gestantes. Incluyen el tiempo invertido para abordar temáticas de salud bucodental, habilidades para orientar, comodidad frente a interconsultas con el servicio de odontología, promoción de higiene bucodental, frecuencia en hábitos bucodentales a nivel personal. A los profesionales se les preguntó si les resultaba difícil abordar los temas relacionados con salud bucodental de gestantes.

Las percepciones se definieron como la representación que tienen los encuestados acerca de la salud oral durante la gestación. Cada profesional de

salud ha vivido una realidad con sus costumbres, concepciones del mundo, las representaciones del cuerpo, la salud y la enfermedad. Se indagó sobre percepciones con respecto a la seguridad, el acceso y la necesidad de los tratamientos dentales prenatales, así como las dificultades de comunicación entre diferentes profesionales que atienden a las gestantes, y la exploración entre mitos y realidades relacionados con el deterioro de la salud bucodental de estas.

Una vez obtenidos los datos fueron procesados en *software* estadístico IBM SPSS (Statistical package for Social Science) bajo licencia número Z125-3301-14 v.22 para su tabulación y análisis, se tomaron medidas de frecuencia y porcentaje para las variables categóricas y medidas de tendencia central para las variables numéricas, con su respectivo intervalo de confianza. Para la interpretación de los datos según profesional se realizaron dos subgrupos, uno conformado por médicos especializados en ginecoobstetricia y otro grupo por los demás profesionales.

Aspectos éticos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del programa doctoral en Ciencias de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara según oficio DCSP/2011/010 que señala que el estudio no implica ningún riesgo para los participantes y se acogerá a las normas del país donde se aplique.

RESULTADOS

De los 103 profesionales programados finalmente 84 cumplieron los criterios de selección y diligenciaron la encuesta de forma completa. Las encuestas fueron contestadas en un 53,6 % por ginecoobstetras, 23,8 % por médicos generales, 16,7 % por enfermeras profesionales y 6 % por estudiantes de posgrado de la especialización en ginecoobstetricia, con una representación del sexo femenino del 65,5 %. Al agrupar a los profesionales en dos segmentos se observó que las mujeres eran mayoría tanto en el grupo de especialistas en ginecoobstetricia (51,1 %) como en los demás profesionales de la salud (82,1 %). Participaron profesionales de 13 de los 19 países asistentes al Congreso. El 29,8 % eran de Nicaragua, seguidos de

Argentina, Ecuador y México con el 9,5 % cada uno y Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, Venezuela, Bolivia, Brasil, Colombia y Cuba con una frecuencia que varió entre 1,2 y 8,3 %. La edad promedio de todos los profesionales fue de 40,5 (IC 95 %: 37,9-43,1), con un promedio de edad más alto para los ginecoobstetras, de 47,2 (IC 95 %: 44,5-49,8); para el resto de profesionales de la salud que fue de 32,7 (IC 95 %: 29,6-35,8).

Conocimientos. El conocimiento que tienen los profesionales acerca de la salud bucodental de las gestantes tuvo un promedio de 3,4 (IC 95 %: 3,2-3,5) y 22 de ellos (26,4 %) presentaron una calificación de 3,8 o superior; el promedio obtenido según profesional se observa en la tabla 1. Con relación a la capacitación en patologías orales, 22 (48,9 %) ginecólogos, 5 (35,7 %) enfermeras, 6 (30 %) médicos y 3 (60 %) estudiantes de ginecología y obstetricia habían recibido algún tipo de formación durante su vida académica.

Una mala salud oral de la gestante se relacionó con bajo peso al nacer, 45 (53,6 %); nacimiento prematuro, 51 (60,7 %); ruptura prematura de membranas, 39 (46,4 %); preeclampsia, 25 (29,8 %) y ninguna complicación, 13 (15,5 %). Además, 57 (67,8 %) estuvieron de acuerdo con la afirmación de que la condición de estar embarazada puede agravar la enfermedad periodontal, y 23 (39,3 %) no vinculan la enfermedad periodontal con parto pretérmino hasta que no haya más investigación al

respecto. Las preguntas de conocimiento con mejor calificación fueron las relacionadas con la importancia de la remisión de la consulta médica al servicio de odontología, la valoración del componente de salud bucodental en el control prenatal, el uso de analgésicos durante el embarazo y la importancia de no posponer el tratamiento dental durante la gestación. Con relación a este ítem, 55 (65,5 %) manifestaron no estar de acuerdo con posponer el tratamiento odontológico después del parto. El conocimiento acerca de la realización de procedimientos odontológicos durante el embarazo tales como las exodoncias, los tratamientos de conductos, toma de radiografías orales y la diferencia entre gingivitis y periodontitis tuvo una calificación deficiente. No se presentaron diferencias significativas entre el grupo de ginecoobstetras y los demás profesionales. Con relación a la toma de radiografías dentales en cualquier trimestre de gestación, 34 (40,5 %) manifestó no estar de acuerdo y el 15 (17,9 %) no manifestó ninguna postura. Los tratamientos de conductos no son recomendados por 25 (29,7 %) de los encuestados, y 27 (32,1 %) no fijaron ninguna postura al respecto. Con relación a la conveniencia del uso del óxido nítrico en la gestante, 25 (29,7 %) estuvieron de acuerdo con la no conveniencia y 38 (45,2 %) no opinó al respecto. Acerca de la pertinencia de extracciones dentales, 20 (23,8 %) de los encuestados no lo recomendarían y 26 (31 %) no manifestó ninguna postura al respecto.

Tabla 1.
Distribución, según profesión, del nivel de conocimientos acerca de la salud bucodental de las gestantes, en profesionales asistentes al Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Managua, Nicaragua, 2011

Profesión	n	Media	95% de intervalo de confianza
Médico	20	3,3	3,0-3,5
Ginecoobstetra	45	3,4	3,3-3,6
Enfermera (o)	14	3,5	3,3-3,7
Estudiante de posgrado	5	3,4	2,7-4,1

Actitudes. En cuanto a la evaluación de las actitudes de los profesionales se tuvo un promedio de 3,5 (IC 95 %: 3,4-3,7). De los encuestados, 21 (28,5 %) presentaban una actitud positiva para promover y orientar la salud bucodental en gestantes. En la tabla 2 se observa la actitud por profesional. Las preguntas con mejor calificación fueron la disposición para promover la salud bucodental en la consulta, la oportunidad de la consulta para influir en la higiene de la gestante y el tiempo que estaría dispuesto a dedicar en la consulta para el tema de salud bucodental. Con menor calificación se presentaron las preguntas relacionadas con la incomodidad de abordar temas bucodentales por desconocimiento de procedimientos odontológicos en las gestantes y la seguridad de los mismos, y el no contar con habilidades para orientar y atender a las gestantes en temas de salud bucodental. No se presentaron diferencias significativas entre el grupo de ginecoobstetras y los demás profesionales. Al explorar cómo se sentirían si se les hiciera una interconsulta odontológica acerca de una gestante, 44 (52,3 %) plantearon que no se sentirían incómodos. El trimestre más recomendado para asistir a la consulta odontológicas según los encuestados fue el primero, 47 (56 %) y 18 (21,4 %) manifestaron que podían ser atendidas en cualquier trimestre; el 10,7 y 2,4 % recomendaron el segundo y tercer

trimestre para asistir al servicio de odontología. El porcentaje de gestantes remitidos a odontología según profesionales médicos y de enfermería fue de 53,8 %, y por los especialistas en ginecoobstetricia fue de 25,7 %. El porcentaje de participantes que promueven la higiene oral en las gestantes que atienden es del 77,4 % según lo manifestado por 65 profesionales encuestados. Quienes más promueven la higiene bucodental en las gestantes fueron los profesionales de enfermería.

Percepciones. En cuanto a las percepciones respecto a la pregunta de si es poco lo que se puede hacer en la consulta prenatal para influir en la salud bucodental de las gestantes, 47 (55,9 %) de todos los profesionales estuvieron en desacuerdo. El 53,6 % de los 84 profesionales manifestaron que cerca de una tercera parte de las gestantes que atienden en sus consultas van al servicio de odontología. En cuanto a la comunicación entre odontólogos, médicos y enfermeras para abordar los problemas bucodentales de las gestantes, solo 13 (15,50 %) manifiestan que existe buena comunicación de los profesionales de las diferentes áreas; 42 (50 %) mencionaron que no había buena comunicación y 29 (34,5 %) no opinaron al respecto. Finalmente, indagando acerca de la percepción entre mitos y realidades relacionados con el deterioro de la salud bucodental de la gestante, 48 % de los encuestados

Tabla 2.
Distribución según profesión del tipo de actitudes acerca de la salud bucodental de las gestantes en profesionales asistentes al Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Managua, Nicaragua, 2011

Profesional	n	Media	Intervalo Confianza 95%	Actitud Positiva	Actitud Indiferente	Actitud Negativa
Médico	20	3,4	3,1-3,6	15,0%	50,0%	35,0%
Ginecoobstetra	45	3,6	3,4-3,8	28,9%	46,7%	24,4%
Enfermera(o)	14	3,5	3,2-3,8	21,4%	64,3%	14,3%
Estudiante posgrado	5	3,6	2,7-4,5	40,0%	40,0%	20,0%

estaban de acuerdo en que el feto le quita calcio a los dientes de la madre, y 66,7 % estaban de acuerdo con la afirmación de que en cada embarazo se pierde un diente.

DISCUSIÓN

Este estudio encontró la existencia de brechas de conocimiento relacionadas con la capacitación recibida en patologías bucodentales asociadas con complicaciones durante la gestación y el parto en una muestra representativa de todos los asistentes al XX Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. Cerca del 25 % tenían buenos conocimientos en diferentes aspectos relacionados con la pertinencia de procedimientos odontológicos durante la gestación, distinción entre patologías como gingivitis y periodontitis, y sobre el uso de algunos medicamentos. Con relación a las actitudes, este estudio identifica una actitud positiva en el 28,5 % de quienes respondieron la encuesta. En cuanto a las percepciones, hasta en un 40 % de los profesionales existe la percepción de que el control prenatal no debe incluir la consulta odontológica y que no hay buena comunicación con el odontólogo.

Nuestros hallazgos respecto al nivel de conocimientos es similar al reportado por Rodríguez *et al.* (20) que encontraron un 29,5 % de buenos conocimientos entre médicos generales y médicos ginecoobstetras en la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Nuestros hallazgos respecto a la capacitación en patologías bucodentales asociadas con complicaciones durante la gestación y el parto (42,9 %) son similares al 44,6 % reportado en por Araujo *et al.* en médicos ginecoobstetras en Santa Catalina, Brasil (21), y menor al 60 % informado por Maeda *et al.*, también en Brasil (22). Según los autores de este último estudio, la población de gestantes estaría mejor atendida en el componente de salud bucodental si el médico ginecoobstetra las orientara y encaminara a la consulta odontológica, ya que es el primer profesional en tener contacto con la gestante. Se ha descrito que la orientación

sobre factores de riesgo para prevenir problemas bucodentales en las gestantes no debe ser un trabajo exclusivo del odontólogo.

Alrededor del 61 % de los profesionales encuestados conocían que una mala salud oral está relacionada con nacimiento prematuro. Este hallazgo es similar al 61 % reportado por Rocha *et al.* (17) con miembros de la Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 63 % reportado por Tarannum *et al.* (15) en el distrito de Bangalore, en Karnataka, India, y el 65 % reportado por Strafford *et al.* (19) en dentistas y obstetras de Ohio, Estados Unidos. Este hallazgo es inferior al 85 % reportado por Suri *et al.* (16) por obstetras de la ciudad de Chandigarh, India, y por el 78,3 % reportado por Araujo *et al.* (21), y superior al 50 % reportado por Al-Habashneh *et al.* (18) con médicos en el norte de Jordania, y el 40,4 % reportado en el estudio de Rodríguez *et al.* (20).

La actitud del 65,5 % de los profesionales encuestados de no posponer el tratamiento dental en la gestante contrasta con el estudio de Al-Habashneh *et al.* (18) quienes informan que el 88 % de los encuestados sugirieron aplazar el tratamiento dental para después del parto. En cuanto a la remisión de la gestante por el personal especializado y demás profesionales de la salud a la consulta odontológica resulta similar a lo reportado Menoli en Brasil (23).

Nuestros hallazgos respecto a la remisión en el primer semestre al odontólogo (56 %) son inferiores a los reportados por Rodríguez *et al.* (20) que informan una remisión del 91 % en el primer semestre, y superiores a los informados por Tirelli (24) en São Paulo, Brasil, donde el 64,7 % de los profesionales recomiendan el segundo trimestre.

Entre un 24 y 40 % de profesionales encuestados no recomiendan procedimientos tales como las exodoncias, tratamiento de conductos y la toma de radiografías dentales durante la gestación, dato similar al informado por Tarannum *et al.* (15), donde los profesionales encuestados manifestaban en un 50 % la inseguridad de los Rx dentales en la gestante y las exodoncias en 56 %, y en el estudio de Araujo

et al. (21) donde el 25,3 % de los profesionales encuestados manifestaron que las radiografías dentales estaban contraindicadas.

Este estudio encuentra resultados muy similares a los reportados por Al-Habashneh *et al.* (18) con médicos en el norte de Jordania acerca de la percepción de dos mitos comunes que se relacionan con el deterioro de la salud bucodental de la gestante, quienes encontraron que 57 % de los encuestados estaban de acuerdo en que el feto le quita calcio a los dientes de la madre, y 52 % concordaban con la afirmación de que en cada embarazo se pierde un diente.

En cuanto a las fortalezas no encontramos en la literatura estudios previos donde hubieran participado diferentes países de Latinoamérica y donde se investiguen brechas de conocimientos, percepciones y actitudes para abordar los temas de salud bucodental de las gestantes. Se han realizado estudios relevantes dentro de un mismo país (15, 21, 23, 24). La proporción de profesionales que contestó la encuesta fue ligeramente inferior a la realizada durante el congreso nacional en Francia (13), con una tasa de respuesta del 95 %, y superior al estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de los obstetras en la salud oral y el embarazo en la India, que fue del 79,2 % (16).

Una limitación del estudio fue que en la muestra no quedó la totalidad de los países asistentes al evento (representación cercana al 70 %). Nuestros resultados tienen limitaciones para su generalización a los profesionales de la región; sin embargo, aunque la encuesta se realizó en el 2011 y solo es una muy pequeña muestra, hace una aproximación a lo que podrían ser los conocimientos de salud oral de los profesionales encargados de la salud materna en la región.

CONCLUSIÓN

Aunque una importante proporción de profesionales de la salud conoce la existencia de la posible asociación entre los problemas periodontales de las gestantes con complicaciones en la gestación y el parto, se identifican brechas relacionadas con el

conocimiento y con la actitud para abordar temas bucodentales en la consulta prenatal y la derivación de las gestantes al servicio odontológico, por lo que es necesario suministrar información actualizada y con base científica. Hay necesidad de fortalecer el trabajo interdisciplinario en lo relacionado con la salud bucodental de las gestantes.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Alejandro Casas, director de la Fundación Centro de Gestión en Salud, por facilitar la logística para la aplicación de la prueba piloto.

REFERENCIAS

1. Zerón JA. Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. *Revista ADM*. 2001;58:16-20.
2. Robles Raya P, Javierre Miranda AP, Moreno Millán N, Mas Casals A, de Frutos Echániz E, Morató Agustí ML. Manejo de las infecciones odontogénicas en las consultas de atención primaria: ¿antibiótico? *Aten Primaria*. 2017;25. Disponible en: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0212656717301348>.
3. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet*. 2005;366:1809-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67728-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67728-8)
4. Hajishengallis G. Periodontitis: From microbial immune subversion to systemic inflammation. *Nat Rev Immunol*. 2015;15:30-44. <https://doi.org/10.1038/nri3785>
5. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichielo V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36:85-94.
6. Vittek J, Hernández MR, Wennk EJ, Rapaport SC, Southren AL. Specific estrogen receptors in human gingival. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000;54:608-12. <https://doi.org/10.1210/jcem-54-3-608>
7. Sanz M, Kornman K. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: Consensus report of the Joint EFP/AAP workshop on periodontitis and systemic diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40(Suppl 14):S164-9. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12083>

8. Raga LG, Mínguez I, Llambés F. Enfermedad periodontal y embarazo, influencia de los mediadores inflamatorios y otros factores involucrados. Universidad CEU-Cardenal Herrera; 2015.
9. Holmes LG, El-Attar TM. Gingival Inflammation assessed by histology. 3H-estrone metabolism and prostaglandin E2 levels. *J Periodont Res*. 1977;12:500-9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.1977.tb00147.x>
10. Brunton PJ, Russell JA. Endocrine induced changes in brain function during pregnancy. *Brain Res*. 2010;1364:198-215. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2010.09.062>
11. Corchuelo OJ. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31:170-80.
12. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26:455-61.
13. Cohen L, Schaeffer M, Davideau J-L, Tenenbaum H, Huck O. Obstetric knowledge, attitude, and behavior concerning periodontal diseases and treatment needs in pregnancy: Influencing factors in France. *J Periodontol*. 2014;86:398-405. <https://doi.org/10.1902/jop.2014.140371>.
14. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. *Rev Clin Periodoncia implantol Rehabil Oral*. 2010;3:94-9. [https://doi.org/10.1016/S0718-5391\(10\)70049-5](https://doi.org/10.1016/S0718-5391(10)70049-5)
15. Tarannum F, Prasad S, Vivekananda L, Jayanthi D, Faizuddin M. Awareness of the association between periodontal disease and pre-term births among general dentists, general medical practitioners and gynecologists. *Indian J Public Health*. 2013;57:92. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.114992>.
16. Suri V, Rao NC, Aggarwal N. A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Educ Health (Abingdon)*. 2014;27:51-4. doi:10.4103/1357-6283.134313. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.134313>.
17. Rocha JM da, Chaves VR, Urbanetz AA, Baldissera R dos S, Rösing CK. Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for pre-term delivery and low birth weight. *Braz Oral Res*. 2011;25:248-54. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242011000300010>
18. Al-Habashneh R, Aljundi S, Alwaeli H. Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. *Int J Dent Hyg*. 2008;6:214-20. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00320.x>
19. Strafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008;21:63-71. <https://doi.org/10.1080/14767050701796681>.
20. Rodríguez MJ, Mejía LP, Peñaloza EY, Urueña J. Conocimientos de los médicos sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo. *Rev Salud UIS*. 2014 [visited 2017 Apr 4];45. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/3891>
21. Araújo SM de, Pohlmann C dos S, Reis VG. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *Rev Fac Odontol - UPE*. 2010 [visited 2017 Apr 4];14(3). Disponible en: <http://www.seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/808>.
22. Maeda F, Imparato JP, Bussadori SK. Atendimento de pacientes gestantes: a importância do conhecimento em saúde bucal dos médicos ginecologistas-obstetras. *RGO*. 2005;53:59-62.
23. Menoli APV, Frossard WTG. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. *Semina Ciênc Biológicas E Saúde*. 2004;18:34-42.
24. Tirelli MC. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes. Universidade de São Paulo; 2004 [visited 2017 Apr 4]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23138/tde-17112004-174515/>