

Embarazo: algunos mitos en salud oral

Irene Garbero

Ana M. Delgado

I. Villascuerna

El objetivo de esta presentación es realizar un análisis de estos avances y de este modo modificar los erróneos conceptos e incorporar al odontólogo al equipo interdisciplinario responsable del control prenatal de las embarazadas.

El embarazo es un período muy especial en el cual se deben tomar cuidados extras en la salud bucal, buena higiene y buena nutrición.¹

Estas medidas son los fundamentos para una buena salud bucal, que no solamente ayudarán a prevenir problemas orales durante el embarazo sino también a determinar la salud general y dental de su futuro hijo.²

Existe una asociación errónea entre embarazo y aumento de caries y pérdida de dientes; muchas señoras dicen: «*con cada niño..., un diente*», así como el mito de que la embarazada «*no puede recibir atención odontológica, porque la anestesia..., los medicamentos..., el bebé...*»; confusión que existe tanto en la población en general como entre los profesionales médicos, y aún entre los odontólogos.³

Debido a que la profesión odontológica se ha caracterizado más por su enfoque aplicativo-tecnológico que por su fundamento en el método científico, es importante en los umbrales del siglo XXI, dar soporte a la técnica con la epistemología del estudio filosófico de la ciencia.

Según Bunge la Ciencia es un sistema de ideas establecidas profesionalmente –CONOCIMIENTO CIENTIFICO– y una actividad productora de nuevas ideas –INVESTIGACION CIENTIFICA.⁴

Analizamos aquí dos aspectos importantes de la ciencia:

* En primer lugar la ciencia constituye el conjunto de ideas que son válidas mientras no se demuestre su falsedad o sean superadas por nuevos conjuntos de ideas con mayor poder de aplicación. La verdad científica es relativa y cambiante y puede ser revocada en la misma medida que el propio conocimiento avance y se perfeccione. El conocimiento científico es perfectible y público.

* En segundo lugar, cabe destacar que si bien la ciencia exige que sus verdades sean constantemente verificadas, esta verificación, así como el aporte de nuevos conocimientos

¹ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en Clin. Invest. Gion. Obst. Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

² Asociación Odontológica Argentina. *Cuidados odontológicos durante el embarazo*. Boletín informativo Departamento de Odontología Social. Buenos Aires: Ed. AOA, 1992.

³ C. Misrachi, M. Sáenz. «Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral». *Cuadernos médicos Sociales* 3 (2). Santiago de Chile, 1989, págs. 27-33.

⁴ M. Bunge. *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos aires, Argentina: Ed. Siglo Veinte, 1980, pág. 9.

debe ser realizada utilizando un método: la investigación científica. Este es el instrumento que la propia ciencia ha creado para la construcción de teorías y la indagación de la realidad.

También es claro que la ciencia y sus métodos no son las únicas herramientas disponibles para conocer la realidad; la intuición, por ejemplo, puede, en algunos casos, suministrar elementos para la comprensión de fenómenos. La gran limitación de este tipo de procedimientos NO CIENTIFICOS, es no poder ser considerado como pasos para la construcción de un conocimiento que trascienda a quien lo produce.⁵

Muchas mujeres creen que el calcio es tomado de sus dientes durante la gestación y por esto, es que se le destruyen los dientes.⁶ Esto no es cierto. La posibilidad que tiene este tipo de abordaje no científico del saber de avanzar en el conocimiento se limita a los «relámpagos que iluminan los trechos de un camino, envuelto en la oscuridad, sin que sepa ni de dónde viene ni adónde va».⁷

Si el feto necesita calcio, éste será provisto a través de la dieta. El esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo del calcio que trae aparejado.⁸⁻⁹

Constituye ésta, una afirmación basada en conocimientos adquiridos por la investigación científica; verdades constantemente verificadas a través de métodos que hacen de la observación y/o experimento sus instrumentos centrales.

La primera condición que debe cumplir el tema de investigación es responder a los intereses de quien va a investigar (tanto en lo que se refiere al resultado que puede esperarse, como a sus aspiraciones y expectativas de todo orden: cultural, político y religioso). La segunda condición es realizar una revisión bibliográfica buscando identificar si el tema ya fue abordado con anterioridad, y si así fuere, cuáles han sido los resultados alcanzados y la validez de los mismos. Por último, corresponde indagar si los requerimientos metodológicos de la investigación están al alcance de la experiencia del investigador. De no ser así, y si no se cuenta con un apoyo metodológico adecuado será necesario plantearse un nuevo tema de investigación.

Las embarazadas deben ir al control clínico odontológico y deben recibir atención y tratamiento odontológico si fuera necesario. La gestación no constituye una contraindicación para la intervención odontológica, salvo que el embarazo presente alguna complicación, situación ante la cual el médico obstetra evaluará si es o no conveniente el trata-

⁶ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Gion. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

⁷ A. Chorny. «Investigación en Servicios de Salud e Investigación educacional», Cap. VII en *Educación permanente de personal de salud*. Washington DC: Ed. OPS, 1994, pág. 220.

⁸ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Gion. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

⁹ Asociación Odontológica Argentina. *Cuidados odontológicos durante el embarazo*. Boletín informativo Departamento de Odontología Social. Buenos Aires: Ed. AOA, 1992.

miento dental.¹⁰⁻¹¹

Para delimitar el espacio de reflexión, saliendo de la generalidad de la ciencia para la esfera de la salud pública, es preciso caracterizar el tema específico de reflexión y análisis.

El primer aspecto relevante que interesa identificar es la clase de objetos que preocupan a la salud pública; teniendo en cuenta que ésta es un sector político-técnico del estado que utiliza un saber científico y preferentemente técnico según sus posibilidades y orientaciones, y según las condiciones económico-políticas dominantes.

De esta manera se trasciende los límites de las disciplinas para preocuparse con la realidad en aquellas dimensiones relacionadas con la necesidad de una intervención, sea de la sociedad como un todo, sea de algunos conjuntos o sectores de esa sociedad.

Una primera consecuencia de lo expuesto es que, los métodos que deberían prevalecer para investigar y conocer el objeto específico de la salud pública son aquellos que hacen de la observación y/o experimento sus instrumentos centrales, no importa a qué disciplina pertenezcan, una vez caracterizado el objeto, se trata de un campo de confluencia de diversas ramas del conocimiento científico.

Por lo tanto puede afirmarse que la salud pública se inscribe de hecho en el área de las ciencias sociales, incluidas desde la economía hasta la psicología; así es que a partir de teorías y métodos deberán surgir las herramientas metodológicas necesarias para sus investigaciones.

Durante el embarazo se produce cierto grado de edema gingival y gingivitis hasta en el 50% de las pacientes. La encía se inflama y se produce proliferación de pequeños vasos sanguíneos en el corión de las papilas interdentes, originando una apariencia aframbuesada. La encía puede hacerse friable y, en casos extremos, puede haber hemorragia severa con dificultades en la masticación y en el habla ya que los movimientos y presión de labios y carrillos sobre el tejido gingival producen un sangrado profuso. En general no hay dolor.¹²⁻¹³

Se ha sugerido que los cambios gingivales observados durante el embarazo reflejan un estado fisiológico, comparable a cambios gestacionales ocurridos en vagina y otros tejidos mucosos (Ziskin y col 1933, Stroh 1934, Hilming 1950). Otros piensan que la gingivitis gestacional es una respuesta inflamatoria acentuada a la placa dentaria (Hugoson y Lindhe 1971). En general se acepta que el incremento de los niveles circulatorios de las hormonas sexuales femeninas juegan un rol central en la etiología de la gingivitis gestacional. (Hugoson 1971, Lindhe y Brånemark 1968).

¹⁰ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Ginec. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

¹¹ N. Gleicher. *Medicina clínica en obstetricia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1989, págs. 927-929.

¹² Silness Løe H. «Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity». En *Acta Odontologica Scandinavica* Nº 21, 1963, págs. 533-551.

¹³ G. Luna Dávila. *Variaciones longitudinales en el estado gingival en pacientes embarazadas*. Tesis de doctorado. Buenos Aires: Ed. FOUBA, 1987.

El aumento de la progesterona durante el embarazo es sobre todo, la causa de una alteración vascular a nivel gingival caracterizado por edema, hiperemia en las papilas interdentarias, causando la gingivitis congestiva e hiperplásica. El aumento de la progesterona produce cambios en la microvascularización, tales como dilatación, incremento de la permeabilidad y proliferación capilar. (Lindhe 1968).

El cambio hormonal que se verifica en el curso de la gestación no es el único responsable del estado de las encías. Los factores locales juegan un papel importante en la instauración y en la permanencia de tal patología. Como factores locales se incluyen la placa bacteriana, el tártaro, las caries no tratadas, la ausencia de puntos de contactos, la precaridad de hábitos de higiene oral, etc.

Los factores inflamatorios e infecciosos se suman a la hipervascularización y a la hiperplasia de la mucosa causada por la alteración del equilibrio hormonal.¹⁴

O'Neill en 1979, en un estudio realizado sobre un grupo de 24 mujeres embarazadas observadas durante todo el periodo de gestación y de postparto, pudo constatar que la gravedad de las condiciones gingivales no se correspondían con la acumulación de placa bacteriana y que, por lo tanto, cualquier otro factor podía ser la causa de la inflamación. Se ha podido constatar, siempre en el mismo grupo, una reducción de los linfocitos T sobre todo en la semana 30, y una relación entre el estado gingival y la respuesta inmunitaria in-vitro.¹⁵

También se ha demostrado una disminución del pH salival en las embarazadas con un progresivo aumento de la positividad del Test para la *Cándida Albicans*, con un máximo en el séptimo mes de gestación y una progresiva disminución del pH salival en función de la edad de la paciente y la presencia y ausencia de la *Cándida Albicans*.

También se ha postulado que el incremento de la proporción subgingival de *Prevotella intermedia* (en la forma *Bacteroides intermedius*) durante el 2º Trimestre del embarazo, es responsable del incremento de inflamación.¹⁶

Las deficiencias de vitaminas, folatos, piridoxinas y riboflavinas, pueden ser causantes de gingivitis.

Para que haya una manifestación exacerbada de la inflamación debe haber una enfermedad gingival preexistente cuya etiología principal es una higiene oral deficiente o ausente que actúa como factor de irritación de las encías.¹⁷

Un número de investigaciones han demostrado que la influencia hormonal sobre el sistema inmune contribuye significativamente en la etiología y patogenia de la gingivitis y de las caries de las embarazadas. Además se le atribuye un cambio a la microflora supra

¹⁴ J. Raber-Durlacher and col. «Experimental gingivitis during pregnancy and postpartum: Clinical, endocrinological and microbiological aspects». *J. Clin. Period.* 1994. 21: págs. 549-558.

¹⁵ T. O'Neil. «Maternal T-lymphocyte response and gingivitis in pregnancy» en *J. of. Periodont.* Nº50, 1979, págs. 178-184.

¹⁶ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Gion. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

¹⁷ F. Carranza. *Periodontología clínica de Glicman*. Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1986, pág. 68.

y subgingival con los niveles de estrógeno y progesterona.¹⁸

Es conveniente insistir en que así como en la ciencia en general, en el campo de salud pública, la realización de investigaciones científicas permite confirmar o rechazar hipótesis formuladas a partir del sistema de ideas imperantes en un momento dado (teorías). Sin embargo, por el carácter específico de este tipo de conocimiento, toda verificación es por fuerza incompleta y por eso mismo temporaria.

Por lo tanto, no está de más tomar las debidas precauciones para evitar caer en el error, advertido por Bunge, que consiste en creer que el único requisito para hacer ciencia es adoptar el método científico. Este criterio confunde **condición necesaria** con **condición suficiente**. Se puede proceder «científicamente» ... sin que ello signifique que se hace investigación científica, aún cuando se usen instrumentos de alta precisión. El método no basta: también importa el problema, los supuestos, las hipótesis explícitas, y los fines.¹⁹

Si fueron correctamente establecidos los fines, el problema, los supuestos y las hipótesis, la construcción del conocimiento científico se da por medio de un proceso que es legítimo y legitimado en la misma medida que adopta como método el de la investigación científica. Es decir, un método que sigue una serie de pasos y procedimientos que en un momento histórico son aceptados como válidos para el paradigma científico vigente.²⁰

Si se analizan las investigaciones desde el punto de vista de la finalidad perseguida, es posible observar que abarca desde estudios operacionales, que buscan solucionar algún problema específico en un lugar determinado, hasta aquellas que pretenden dar cuenta de las articulaciones existentes entre la ciencia, la salud y comunidad en la que se desenvuelven.

Admitiendo que existe un alto grado de imprecisión en el establecimiento de los límites que demarcan el espacio de la salud, parece conveniente adoptar algún criterio que cuente con cierto grado de consenso entre quienes se reconocen, y son reconocidos, como investigadores de esta temática.

Un tratamiento odontológico que no sea de emergencia puede llevarse a cabo durante el embarazo. Algunas mujeres suelen ser propensas a vomitar durante el primer trimestre, antecedente que el odontólogo tendrá en cuenta y tomará los cuidados especiales para que no experimente innecesariamente un estrés físico o emocional. Si el odontólogo considera que no conviene continuar la sesión planificada, ésta será postergada para otra oportunidad. Finalmente en los últimos meses puede resultar incómodo para la madre sentarse por tiempos prolongados, lo que será consensuado gracias a la buena relación profesional-paciente. Las radiografías son un elemento importante para la ayuda del diag-

¹⁸ J. Raber-Durlacher and col. «Experimental gingivitis during pregnancy and porspartum: Clinical, endocrinological and microbiological aspects». *J. Clin. Period*, 1994, 21: págs. 549-558.

¹⁹ M. Bunge. *Seudociencia e ideología*. Madrid: Alianza editoria, 1985, pág. 23.

²⁰ T. Kuhn. *A estrutura daas revolucoes científicas*. Rio de Janeiro: Ed. Perspectiva, 1975.

nóstico de caries y otros problemas. Solamente serán tomadas cuando resulten imprescindibles para el tratamiento. Si bien la cantidad de radiación producida por los aparatos de rayos X para radiografías dentales es muy pequeña y generalmente no llega al abdomen, el odontólogo indicará el tiempo oportuno para su toma. Es imprescindible el uso del delantal plomado a fin de proteger el abdomen materno y así prevenir la exposición del feto a este tipo de radiación.²¹

Se debe incluir a las futuras madres en un plan de atención clínico integral con componente preventivo que incluya control de la higiene dental, control de las restauraciones iatrogénicas, terapia básica periodontal, autoaplicación de fluoruros de baja concentración, aplicación de sellantes de fosas y fisuras y una asesoramiento dietético.²²

La caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos sobre el esmalte dentario y no de repetidos embarazos. Si se consume con frecuencia alimentos ricos en azúcar y la placa dental permanece sobre el diente, la caries se producirá. Se puede evitar la innecesaria pérdida dentaria mediante un cepillado minucioso.²³

La dieta tiene un papel importante en la salud bucal. Durante el embarazo las mujeres tienen deseos de comer entre comidas. Si esto sucede, a menudo eligen comidas que regularmente no comen, y en muchos casos son ricas en azúcares. Este hábito es dañino para la salud bucal. El azúcar es una invitación a las caries dentales. Se debe recomendar reducir el número de veces que se consuman alimentos ricos en hidratos de carbono, especialmente entre comidas para de ese modo disminuir los momentos de exposición de las superficies dentarias a la acción de los ácidos que se generan.²⁴

La tarea del profesional odontólogo no sólo debe limitarse a informar y motivar a las pacientes para cuidar su salud bucal, lo que la transformará en un ente educador de salud para con sus hijos; también debe tener una comunicación directa y fluida con el médico obstetra, profesional que la embarazada consultará primero quien aconsejará la oportuna consulta odontológica a fin de disminuir los riesgos de complicaciones durante este periodo que debe ser para la futura mamá de placeres y no de molestias.²⁵

Por lo tanto, la Salud Pública, para que se considere como tal, debe ser objeto permanente de intercambios intersectoriales para dar respuestas adecuadas a las inquietudes de los diversos actores sociales y poblaciones de riesgo. Por lo que deberá interpretar los mitos, creencias y conocimientos de la comunidad, y así lograr una oportuna intervención en Salud.

²¹ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Gion. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

²² N. Bordoni y R. Doño. *Odontología Preventiva*, OPS/OMS. Buenos Aires: PRECONC-Paltex, 1992, pág. 123.

²³ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Gion. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.

²⁴ N. Bordoni y R. Doño. *Odontología Preventiva*, OPS/OMS. Buenos Aires: PRECONC-Paltex, 1992, pág. 123.

²⁵ I. Garbero, R. Gómez Ponce de León y A. M. Delgado. «El odontólogo en el Control Prenatal» en *Clin. Invest. Gion. Obst.* Vol. 24, Nº 9. España: Ed. Doyma, pág. 1-5.