



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.1093>

## FRECUENCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN EL CONTROL PRENATAL Y FACTORES ASOCIADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BOGOTÁ, COLOMBIA, 2011-2012

Frequency of attendance to the dental clinic as part of prenatal care, and associated factors in a public hospital in Bogotá, Colombia, 2011-2012

*Diana Marcela Díaz-Quijano, MD, MSc<sup>1</sup>; Carlos Eduardo Pinzón-Flórez, MD, MSc, PhD<sup>2</sup>; Henry Oliveros-Rodríguez, MD, MSc<sup>3</sup>; Marcos Fidel Castillo-Zamora, MD<sup>4</sup>*

Recibido: diciembre 21/15 – Aceptado: noviembre 18/16

### RESUMEN

**Objetivo:** determinar la frecuencia de asistencia a la consulta odontológica durante el embarazo de las mujeres que asisten al primer control neonatal y que tuvieron su parto en la misma institución, y explorar asociaciones entre hábitos de higiene oral, hábitos de salud, conocimientos y creencias, y la asistencia a la consulta odontológica.

**Materiales y métodos:** estudio de corte transversal descriptivo. Se incluyeron 682 mujeres que asistieron al primer control neonatal y cuyo parto fue atendido en la misma institución entre los años 2011 y 2012, en un hospital de segundo nivel de complejidad, ubicado en una localidad de ingreso socioeconómico bajo en la ciudad de Bogotá.

Se midieron variables sociodemográficas, factores relacionados con comportamientos de salud oral, estilos de vida, conocimientos sobre la salud oral y el embarazo; se exploró el conocimiento sobre el efecto del embarazo en la salud oral y sobre el efecto de una pobre salud oral en el desenlace del embarazo. Se realizó un modelo de regresión logística para explorar asociaciones entre hábitos de higiene oral, hábitos de salud, conocimientos y creencias, y la asistencia a la consulta odontológica.

**Resultados:** la prevalencia de asistencia al odontólogo fue 75,9%; la variable que más asociación positiva tuvo, respecto a la asistencia a la consulta odontológica, fue remisión al odontólogo (OR = 25,90; IC 95%: 14,60-45,96). La variable que tuvo mayor asociación negativa fue desconocimiento sobre el efecto de la enfermedad periodontal en los resultados perinatales (OR = 0,61; IC 95%: 0,38-0,97) y la no asistencia regular al odontólogo antes del embarazo (OR = 0,49; IC 95%: 0,29-0,82).

**Conclusiones:** la prevalencia de asistencia a la consulta odontológica durante el embarazo fue elevada. Es importante educar a la paciente sobre las posibles consecuencias de la mala salud oral sobre el buen curso del embarazo.

- 1 Especialista en Epidemiología; magíster en Epidemiología Clínica. Grupo de Investigación en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía (Colombia). [diana.diaz1@unisabana.edu.co](mailto:diana.diaz1@unisabana.edu.co)
- 2 Magíster en Epidemiología Clínica; doctor en Salud Pública con énfasis en sistemas de salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Grupo de Investigación en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía (Colombia).
- 3 Especialista en Anestesiología y Cuidado Intensivo; magíster en Epidemiología Clínica. Grupo de Investigación en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía (Colombia).
- 4 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Grupo de investigación Salud sexual y procreativa, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía (Colombia).

**Palabras clave:** embarazo, medicina oral, servicios de salud dental, enfermedades periodontales.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the frequency of attendance to the dental care clinic during pregnancy in women coming to their first neonatal follow-up visit in the same institution where they were delivered, and to explore associations between oral hygiene habits, health habits, knowledge and beliefs, and attendance to dental care appointments.

**Materials and methods:** Descriptive, cross-sectional study that included 682 women coming to the first neonatal follow-up visit and who were delivered in the same Level II institution located in a low-income area in Bogotá, during 2011 and 2012.

The variables measured included social and demographic factors, factors associated with oral health, life-style, knowledge about oral health and pregnancy. The knowledge about the effect of pregnancy on oral health and about the effect of poor oral health on the outcome of pregnancy was explored. A logistic regression model was used to explore associations between oral hygiene habits, health habits, knowledge and beliefs, and attendance to the dental care clinic.

**Results:** Prevalence of attendance to the dental care clinic was 75.9%. The variable with the highest positive association with attendance to the dental clinic was referral to the dentist (OR = 25,90; 95% CI: 14.60-45.96). The variable with the highest negative association was lack of knowledge of the impact of periodontal disease on perinatal outcomes (OR = 0.61; 95% CI: 0.38-0.97) and failure to visit the dentist regularly before pregnancy (OR = 0.49; 95% CI: 0.29-0.82).

**Conclusions:** The prevalence of attendance to the dental care clinic during pregnancy was high. It is important to educate patients regarding the potential consequences of poor oral health for the good course of the pregnancy.

**Key words:** pregnancy, oral medicine, dental health services, periodontal disease.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo implica cambios físicos y hormonales que tienen un impacto significativo en casi todos los sistemas del organismo, incluida la cavidad oral. Los problemas orales principalmente asociados con el embarazo son la gingivitis y la infección periodontal (1). La prevalencia de inflamación gingival ha sido reportada en un rango de 36 a 100% (2-5). En cuanto a la enfermedad periodontal en la gestante, se ha descrito una prevalencia que varía del 10 al 47% (2, 3). Tellapragada *et al.* realizaron un estudio de corte transversal de base hospitalaria en el que incluyeron 390 mujeres embarazadas de las 8 a 24 semanas de gestación en edades comprendidas entre 18 a 35 años. La prevalencia calculada de gingivitis fue del 38% y la periodontitis clínica fue del 10% entre la población estudiada (2). Por otra parte, Vogt *et al.*, en el año 2012, reportaron una prevalencia de enfermedad periodontal del 47% (3).

Como factores de riesgo a la enfermedad periodontal en el embarazo se han descrito: pertenecer a minorías raciales o étnicas, pertenecer a estratos socioeconómicos bajos y una mala higiene oral (6-8). Por otra parte, se ha descrito que las hormonas sexuales femeninas, que aumentan considerablemente en el embarazo, tienen un efecto proinflamatorio sobre la mucosa gingival (7, 8). Asimismo, se ha referido que durante el embarazo aumenta la carga de bacterias aerobias y anaerobias en la cavidad bucal, especialmente de *Prevotella intermedia*, que requiere la presencia de vitamina K vital para su crecimiento, el cual se facilitaría por la semejanza estructural de la vitamina K con la progesterona y el estradiol (7).

Por otra parte, se ha informado que la enfermedad periodontal puede incrementar los malos resultados perinatales. Se ha demostrado que la infección periodontal provoca un aumento de la concentración intraamniótica de elementos proinflamatorios PGE-2 y TNF alfa, que son mediadores fisiológicos del parto (9, 10). Estas condiciones pueden generar un ambiente proinflamatorio persistente y constituir un factor de riesgo para la

alteración del proceso del embarazo por irrupción de la unidad fetoplacentaria y llegar a presentar amenaza de parto o parto pretérmino y bajo peso al nacer (11, 12).

Aunque hay controversia sobre la evidencia que respalda una posible asociación entre la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer (9, 10, 12), y con una mayor frecuencia de preeclampsia (13-15), ha sido reconocido que conservar la salud oral durante el embarazo es un tema importante de salud pública en el mundo (4, 14). Varios factores han sido citados como determinantes para hacer que las mujeres no busquen el control odontológico durante el embarazo, entre ellos: el estrato socioeconómico, factores socioculturales, falta de conciencia pública de la importancia de la salud oral y preocupaciones por la seguridad del feto durante los tratamientos odontológicos (6, 16).

Es poca la información que se tiene en la región y localmente sobre la frecuencia de visita al odontólogo durante el control prenatal, como también respecto a los hábitos de higiene oral y la frecuencia de enfermedad gingival y periodontal en nuestras pacientes. Este estudio tiene como objetivo hallar la frecuencia de la asistencia a la consulta odontológica en mujeres embarazadas y explorar sus factores asociados.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo en mujeres que asistieron al primer control neonatal y que tuvieron la atención del parto durante los años 2011 y 2012, en un hospital público de segundo nivel de atención ubicado en Bogotá, para pacientes pertenecientes al régimen subsidiado por el Estado en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia (SGSSS). Se excluyeron aquellas mujeres gestantes que acudían a la consulta debido a una condición odontológica y no como una medida preventiva del control prenatal. Se realizó muestreo consecutivo. La muestra consistió en las mujeres que asistieron a consulta de control pre-

natal a la institución donde se realizó el estudio en el periodo antes descrito.

*Procedimiento.* El instrumento de recolección de la información fue aplicado por profesionales de la salud entrenados, previa firma del consentimiento informado, y se diligenció al terminar el control neonatal al que acudían las mujeres. El instrumento de recolección de la información para este estudio fue diseñado y validado por el grupo de investigación Unidad de Investigación Básica Oral (UIBO) de la Universidad del Bosque en Bogotá; se realizó prueba piloto de este instrumento en 20 mujeres.

*Variables medidas.* Se evaluaron factores socio-demográficos como la edad, el nivel educativo, el estado civil, el estrato socioeconómico, el tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, así como factores relacionados con comportamientos de salud oral como la frecuencia del cepillado, elementos para el lavado de los dientes, frecuencia de visitas al odontólogo (cuando no está embarazada); estilo de vida como fumar e ingesta de alcohol. Dentro de los factores relacionados con el embarazo se evaluó la paridad, bajo peso al nacer, parto prematuro, control prenatal, inicio del control prenatal. En conocimientos sobre la salud oral y el embarazo se exploró qué tanto sabían sobre el efecto del embarazo en la salud oral y sobre el efecto de una pobre salud oral en el desenlace del embarazo.

*Análisis estadístico.* Se realizó análisis descriptivo usando distribuciones de frecuencia y proporciones para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas. Se realizó análisis bivariado usando regresión logística simple reportando los Odds Ratio (OR) crudos para cada una de las variables con sus respectivos intervalos del 95 % de confianza (IC 95 %). Para el análisis de asociación con la variable asistencia a la consulta odontológica, se construyó un modelo de regresión logística multivariado donde se incluyeron las variables con resultados significativos en el análisis bivariado y aquellas con plausibilidad biológica por la opción *Backward*. Se estimaron los

OR crudos y ajustados con su respectivo IC 95 %, se evaluó la interacción y confusión, y se estableció significancia estadística con valores de  $p < 0,05$ .

*Aspectos éticos.* Se garantizó la confidencialidad de la información y la privacidad de cada una de las participantes a través de la firma del consentimiento informado, que fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Científica de la Universidad del Bosque (Acta 110).

## RESULTADOS

Un total de 682 mujeres fueron incluidas en el estudio. De estas, 512 asistieron a consulta odontológica para una frecuencia de asistencia del 75 % (IC 95 %: 72,6-79,1); de este porcentaje, el 83,6 % (IC 95 %: 80,8-86,4) fueron remitidas al odontólogo durante el embarazo. El 46,7 % fueron remitidas por enfermera, el 24,5 % por médico general y el 12,9 % por ginecólogo.

La distribución de las variables sociodemográficas de hábitos de vida, las relacionadas con el embarazo y con comportamientos de salud oral, y las relacionadas con conocimientos sobre el efecto del embarazo en la salud oral y sobre el efecto de una pobre salud oral en el desenlace del embarazo se reportan en la tabla 1. Dentro de las prácticas de higiene oral, la mayoría de las mujeres estudiadas tiene buenos hábitos como realizar cepillado dental en la mañana (99,6 %) y antes de dormir (92,3 %).

En el análisis bivariado se identificaron como factores relacionados con la asistencia a la consulta odontológica en el periodo del embarazo: la asistencia y el inicio temprano del control prenatal, y el proceso administrativo de remisión a la consulta odontológica. Así mismo, los conocimientos previos sobre la higiene oral y la asistencia regular a control odontológico antes del embarazo (tabla 2).

En el análisis multivariado, las variables asociadas a la asistencia a la consulta odontológica en el control prenatal en el modelo fueron: el estado civil (casada o en unión libre) (OR = 1,68; IC 95 %: 1,02-2,76); la remisión al odontólogo (OR = 25,90; IC 95 %: 14,60-45,96). Por otra parte, los factores asociados

a la consulta odontológica fueron: la no asistencia regular al odontólogo antes del embarazo (OR = 0,49; IC 95 %: 0,29-0,82), el desconocimiento sobre el efecto de la enfermedad periodontal en la salud fetal (OR = 0,61; IC 95 %: 0,38-0,97), y tener 3 o más hijos (OR = 0,59; IC 95 %: 0,36-0,96) (tabla 3).

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio mostraron una frecuencia de asistencia a la consulta odontológica del 75 %, asociada principalmente a la remisión al odontólogo por enfermera. Los factores de riesgo para no asistencia fueron tres o más hijos, la no asistencia regular al odontólogo y el desconocimiento de los efectos de la mala salud oral sobre el embarazo.

La frecuencia de asistencia a consulta odontológica informada por nosotros es mayor a la reportada por otros autores. Bogges *et al.* informan un 25 % en Carolina del Norte, en Estados Unidos, mediante un cuestionario autoadministrado (17); por su parte, Lydon-Rochelle *et al.*, en Washington, informan un 48 % mediante una encuesta telefónica o por correo (12); A. George, en Australia, informa que solo el 30,5 % de las gestantes asistieron a consulta odontológica (8). Una posible razón para que la prevalencia en este estudio sea mayor es que en Colombia existe la Resolución 412 del año 2000, que regula la remisión a la consulta odontológica (18); además, para el momento de la encuesta, en otros países como Estados Unidos el acceso y la utilización de los servicios de salud oral no eran universales y no estaban distribuidos homogéneamente (9, 10).

Respecto al estado civil (casada o en unión libre), esta asociación no ha sido previamente informada (11, 19). Bogges no encontró asociación respecto al estado marital (19). La literatura científica reporta que el bajo ingreso económico y el bajo nivel educativo están relacionados con la no asistencia a la consulta odontológica (14, 19). En este estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa con estas variables; probablemente, porque la pobla-

**Tabla 1.**  
**Características de las mujeres encuestadas en la consulta de control prenatal sobre asistencia al odontólogo en una institución de segundo nivel de complejidad en Bogotá, Colombia, 2011-2012**

Variable	n = 682	%
<b>Edad</b>		
< 18 años	57	8,35
18 años-35 años	575	84,31
> 35	50	7,33
<b>Estado civil</b>		
Casada/Unión libre	465	70,24
Otro	197	29,76
<b>Seguridad social</b>		
Contributivo	3	0,44
Subsidiado	678	99,56
<b>Estrato socioeconómico</b>		
1	52	7,74
2	333	49,55
3	287	42,71
<b>Escolaridad</b>		
Educación secundaria incompleta o menos	235	34,51
Educación secundaria completa o más	446	65,49
<b>Ingesta de alcohol antes del embarazo</b>		
Sí	233	34,21
No	448	65,79
<b>Tabaquismo antes del embarazo</b>		
Sí	131	19,24
No	550	80,76
<b>Asistencia a control prenatal</b>		
Sí	668	98,24
No	12	1,76
<b>Inicio de control prenatal</b>		
< 3 meses	459	67,41
> 3 meses	222	32,61
<b>Número de hijos</b>		
1	275	40,38
2	197	28,93
3 o más	209	30,69
<b>Vía del parto</b>		
Vaginal	449	66,13
Cesárea	230	33,87
<b>Peso del recién nacido</b>		
Peso normal	651	95,59
Bajo peso	30	4,41

Continuación Tabla 1

Variable	n = 682	%
<b>Parto prematuro</b>		
No (> 37 semanas)	653	96,61
Sí (< 37 semanas)	23	3,41
<b>Remisión a odontología en el embarazo</b>		
Sí	567	83,63
No	111	16,37
<b>Asistencia a la consulta odontológica</b>		
Sí	513	75,89
No	163	24,11
<b>Conocimiento de elementos de cuidado oral</b>		
Sí	655	97,33
No	18	2,67
<b>Creencia “por cada niño se pierde un diente”</b>		
Sí	448	66,87
No	222	33,13
<b>Creencia del sangrado de las encías y efecto en el recién nacido</b>		
Sí	53	7,78
No	628	92,22
<b>Asistencia regular al odontólogo antes del embarazo</b>		
Sí	525	78,83
No	141	21,17
<b>Cepillado antes de dormir</b>		
Sí	612	92,31
No	51	7,69
<b>Cepillado en la mañana</b>		
Sí	663	99,55
No	3	0,45
<b>Importancia de ir al odontólogo</b>		
Sí	656	98,51
No	10	1,51
<b>Conocimiento de enfermedad periodontal y efecto en posibles malos resultados del embarazo</b>		
Sí	382	58,23
No	274	41,77

ción que asiste a este hospital, a pesar de pertenecer a nivel socioeconómico bajo en cerca de un 56 %, tienen un nivel de educación secundaria completa o mayor en el 65 % de la mujeres encuestadas.

Se encontró que tener tres o más hijos es un factor de riesgo para la asistencia a la consulta odontológica. No existen otros estudios que exploren esta asociación, pero otros evalúan la relación entre la

**Tabla 2.**  
**Análisis bivariado respecto a los factores asociados a la asistencia al odontólogo en una institución de segundo nivel de complejidad en Bogotá, Colombia, 2011-2012**

Variable	Asistieron		No asistieron		OR	IC 95 %
	n = 512	%	N = 170	%		
<b>Edad</b>						
< 18 años	43	8,3	13	7,9	1	
18 años-35 años	436	85,15	135	82,8	0,97	(0,50-1,86)
> 35 años	33	6,4	15	9,2	0,66	(0,27-1,58)
<b>Estado civil</b>						
Otro	138	27,33	58	36,71	1	
Casada/Unión libre	362	72,67	100	63,29	1,54	(1,05-2,24)
<b>Seguridad social</b>						
Contributivo	2	66,67	1	33,3	1	
Subsidiado	511	75,93	162	24,07	1,57	(0,14-17,5)
<b>Estrato socioeconómico</b>						
1	34	6,67	17	10,76	1	
2	251	49,22	80	50,63	1,57	(0,83-2,95)
3	225	44,12	60	37,97	1,87	(0,98-3,58)
<b>Escolaridad</b>						
Educación secundaria incompleta o menos	171	33,3	62	38,04	1	
Educación secundaria completa o más	342	66,67	101	61,96	1,22	(0,85-1,76)
<b>Asistencia a control prenatal</b>						
No	0	0	12	7,36	1	
Sí	513	100	151	92,64	3,39	(2,83-4,07)
<b>Inicio de control prenatal</b>						
< 3 meses = 0	364	71	91	55,83	1	
> 3 meses = 1	149	29	72	44,17	0,51	(0,35-0,74)
<b>Número de hijos</b>						
1	225	43,86	49	30,06	1	
2	143	27,88	52	31,9	0,59	(0,38-0,93)
3 o más	145	28,27	62	38,04	0,5	(0,33-0,78)
<b>Vía del parto</b>						
Vaginal	328	64,06	117	71,78	1	
Cesárea	184	35,94	46	28,22	1,42	(0,96-2,09)
<b>Peso del recién nacido</b>						
Peso normal	495	96,49	151	92,64	1	
Bajo peso	18	3,51	12	7,36	0,45	(0,21-0,97)

Continuación Tabla 2

Variable	Asistieron		No asistieron		OR	IC 95 %
	n = 512	%	N = 170	%		
No (> 37 semanas)	494	96,67	155	96	1	
Sí (< 37 semanas)	17	3,32	6	4	0,88	(0,34-2,29)
<b>Remisión a odontología en el embarazo</b>						
No	23	4,48	86	53,42	1	
Sí	490	95,52	75	46,58	24,42	(14,51-41,10)
<b>Conocimiento de elementos de cuidado oral</b>						
Sí	498	98,03	154	95,06	1	
No	10	1,97	8	4,94	0,38	(0,14-0,99)
<b>Creencia "por cada niño se pierde un diente"</b>						
Sí	182	35,97	40	24,84	1	
No	324	64,03	121	75,16	0,58	(0,39-0,87)
<b>Creencia del sangrado de las encías y efecto en el recién nacido</b>						
Sí	39	7,6	13	7,9	1	
No	474	92,4	150	92,02	1,05	(0,54-2,02)
<b>Asistencia regular al odontólogo antes del embarazo</b>						
Sí	417	82,74	105	66,04	1	
No	87	17,26	54	33,96	0,4	(0,27-0,60)
<b>Cepillado antes de dormir</b>						
Sí	461	92,2	149	93,12	1	
No	39	7,8	11	6,88	1,14	(0,57-2,29)
<b>Cepillado en la mañana</b>						
Sí	500	99,4	160	100	1	-
No	3	0,6	0	0	-	-
<b>Importancia de ir al odontólogo</b>						
Sí	498	98,8	155	97,48	1	
No	6	1,19	4	2,52	0,46	(0,13-1,67)
<b>Conocimiento de enfermedad periodontal y efecto en posibles malos resultados del embarazo</b>						
Sí	303	60,84	77	49,68	1	
No	195	39,16	78	50,32	0,63	(0,44-0,91)

multiparidad y el estado de salud oral, evidenciando que las mujeres con más hijos presentan peor calidad de vida relacionada con la salud oral (12, 13).

La no asistencia regular al odontólogo antes del embarazo mostró estar relacionada con la no

asistencia a la consulta odontológica durante la gestación; lo anterior concuerda con el estudio de Bogges, donde se encontró que la falta de asistencia a controles odontológicos antes del embarazo fue el predictor más significativo de la no asistencia a la

**Tabla 3.**  
**Modelo multivariado final de los factores asociados a la asistencia al odontólogo en una institución de segundo nivel de complejidad en Bogotá, Colombia, 2011-2012**

Variable	Modelo completo			Modelo final		
	OR	IC	p	OR	IC	P
<b>Edad</b>						
< 18 años	1	-	-	-	-	-
18 años-35 años	1,29	(0,55-3,03)	0,553			
> 35 años	0,92	(0,28-2,96)	0,891			
<b>Control prenatal</b>						
Inicio tardío del control prenatal	1	-	-	-	-	-
Inicio temprano del control prenatal	0,74	(0,45-1,21)	0,244			
<b>Número de hijos</b>						
1	1	-	-	-	-	-
2	0,7	(0,39-1,25)	0,231			
3 o más	0,53	(0,29-0,96)	0,039	0,59	0,36-0,96	0,036
<b>Estado civil</b>						
Otro	1	-	-	-	-	-
Casada/Unión libre	1,68	(1,02-2,76)	0,04	1,64	1,01-2,67	0,043
<b>Remisión a odontología en el embarazo</b>						
No	1	-	-	-	-	-
Sí	24,73	(13,87-44,10)	0	25,9	14,60-45,96	0
<b>Conocimiento de elementos de cuidado oral</b>						
Sí	1	-	-	-	-	-
No	0,95	(0,22-4,0)	0,953			
<b>Asistencia regular al odontólogo antes del embarazo</b>						
Sí	1	-	-	-	-	-
No	0,5	(0,3-0,85)	0,01	0,49	0,29-0,82	0,007
<b>Creencia "por cada niño se pierde un diente"</b>						
Sí	1	-	-	-	-	-
No	0,65	(0,38-1,11)	0,119			
<b>Conocimiento de enfermedad periodontal y efecto en posibles malos resultados del embarazo</b>						
Sí	1	-	-	-	-	-
No	0,63	(0,39-1)	0,052	0,61	0,38-0,97	0,04

consulta odontológica en el embarazo (19). Respecto a la asociación entre el desconocimiento sobre el efecto de la enfermedad periodontal en el desarrollo de complicaciones del embarazo y la asistencia a la

consulta odontológica, en el estudio australiano se encontró relación entre la asistencia a la consulta odontológica y que las mujeres hubieran recibido información sobre salud oral materna (20). Algunos

estudios han explorado los conocimientos de las maternas con respecto a la salud oral en el embarazo y su relación con el resultado del embarazo (21, 22); en el estudio de Hashim se preguntó sobre esta conexión y el 60,9 % sabía de ella (22); similar a lo encontrado en este estudio donde el porcentaje fue de 58,3 %. En el estudio hecho en Australia, más del 50 % de las maternas desconocían el potencial impacto de una pobre salud oral durante el embarazo o en el desenlace del mismo (20).

Este estudio presenta limitaciones generadas por la población estudiada, que solo representa a una institución de salud de la red de prestación de servicios en la ciudad de Bogotá; la extrapolación de los resultados debe hacerse con precaución. Así mismo, presenta restricción por el muestreo realizado, lo que limitaría la representatividad de todos los grupos de riesgo de interés para el estudio. A pesar de lo anterior, la investigación tiene implicaciones relevantes en salud pública dado que nos permitió estimar la prevalencia y explorar los factores relacionados con la asistencia a la consulta odontológica como parte de la atención integral a las maternas. El poder de la muestra recolectada, que es el universo de la población, es del 85 % y permite establecer asociaciones con  $OR > 1,45$ , con un nivel de confianza del 95 %.

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de asistencia a la consulta odontológica durante el embarazo fue elevada (75,9 %). Es importante explicar a las mujeres en la consulta preconcepcional o en el control prenatal, la importancia de la buena salud oral para reducir el riesgo de complicaciones en el embarazo y continuar con la remisión temprana al odontólogo en el control prenatal.

## AGRADECIMIENTOS

El instrumento de recolección de la información para este estudio fue diseñado y validado por el grupo de investigación Unidad de Investigación Básica Oral (UIBO) de la Universidad del Bosque en Bogotá.

Agradecemos a la doctora Gloria Inés Lafaurie Villamil, directora del grupo, la autorización para su uso.

## REFERENCIAS

1. Gajendra S, Kumar JV. Oral Health and pregnancy: a review. *N Y State Dent J*. 2004;70:40-4.
2. Tellapragada C, Eshwara VK, Acharya S, Bhat P, Kamath A, Vishwanath S, et al. Prevalence of Clinical Periodontitis and Putative Periodontal Pathogens among South Indian Pregnant Women. *Int J Microbiol*. 2014;2014:420149. doi: 10.1155/2014/420149.
3. Vogt M, Sallum AW, Cecatti JG, Morais SS. Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. *Reproductive Health*. 2012;9:3. doi:10.1186/1742-4755-9-3.
4. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2013;61:160-76. doi: 10.1111/j.1600-0757. 2011. 00396.x.
5. Jensen J, Lilijmark W, Bloomquist C. The effect of female sex hormones on subgingival plaque. *J Periodontol*. 1981;52:599-602.
6. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42:151-9. doi: 10.1111/cdoe.12075.
7. Ferris GM. Alteration in female sex hormones: their effect on oral tissues and dental treatment. *Compendium*. 1993;14:1558-64.
8. George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Aust Dent J*. 2013;58:26-33. doi: 10.1111/adj.12024.
9. Dörtbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis, a marker of risk pregnancy for preterm birth. *J Clin Periodontol*. 2005;32:45-52.
10. Alonso Rosado A, Pérez Gómez RM, Criado Pérez L, Duque Alonso N, Hernández Marcos C, Hernández Martín M, et al. Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y

- bajo peso al nacimiento. Evidencias y controversias. *Av Periodon Implantol.* 2010;22:85-9.
11. Vergnes JN, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:135.e1-7.
  12. Lyndon-Rochelle MT, Krakowiak P, Hujoel P, Peters RM. Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *Am J Public Health.* 2004;4:765-71.
  13. Gaffield M, Gilbert B, Malvit D, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk, assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:1009-16.
  14. Soucy-Giguère L, Tétu A, Gauthier S, Morand M, Chandad F, Giguère Y, et al. Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcomes: A Prospective Study in a Low-Risk Population. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38:346-50. doi: 10.1016/j.jogc.2016.02.012.
  15. Ha JE, Jun JK, Ko HJ, Paik DI, Bae KH. Association between periodontitis and preeclampsia in never-smokers: a prospective study. *J Clin Periodontol.* 2014;41:869-74. doi: 10.1111/jcpe.12281.
  16. Xu F, Mawokomatanda T, Flegel D, Pierannunzi C, Garvin W, Chowdhury P, et al. Surveillance for certain health behaviors among states and selected local areas: behavioral risk factor surveillance system, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63:1-149.
  17. Bogges KA, Urlaub DM, Moos MK, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2011;142:1275-82.
  18. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. p. 221.
  19. Bogges KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos MK, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2010;141:553-61.
  20. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene.* 2009; 7:102-7. doi: 10.1111/j.1601-5037.2008.00351.x.
  21. Al Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2005;32:815-21.
  22. Hashim R. Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg.* 2012;10:142-6. doi: 10.1111/j.1601-5037.2011.00531.x.

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.