



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
GÍNECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA SOBRE LOS CUIDADOS BUCALES DURANTE
EL PERÍODO DE GESTACIÓN Y DE LACTANCIA

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Odontólogo.

Profesora Guía
Dra. Ana Alvear

Autor
Byron Isaac Velasco Jácome

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Ana María Alvear Miquilena
Especialista en Odontopediatría
C.C.: 171768939-0

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Karina Paola Sánchez Paz

Especialista en Odontopediatría

C.C.: 171286168-9

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Byron Isaac Velasco Jácome

C.C.: 100332307-6

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen María por iluminarme día a día para llegar hasta donde he llegado, porque hicieron realidad este sueño tan anhelado. Al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, por haberme abierto las puertas de la Consulta Externa para poder realizar este trabajo. A la Universidad de las Américas y a mis profesores que durante toda la carrera aportaron de alguna u otra manera conocimientos para mi formación como Odontólogo. A mi profesora guía, Dra. Ana Alvear quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación ha logrado que pueda terminar este trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres Arq. Byron Velasco y Lic. Mercedes Jácome por su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria, a mis hermanos Dres. Steward y Pamela Velasco, Mateo Velasco por ser un ejemplo a seguir, ah mi cuñada Dra. Sara Mosquera y mi sobrina Paula Velasco por confiar y creer en mí. Gracias Dios por concederme a los mejores hermanos.

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó el estudio sobre el nivel de conocimientos sobre prevención y su relación en la salud bucal de las madres gestantes con el fin de obtener una evaluación real de esta problemática y así tener una base para poner en práctica métodos preventivos a través de universidades, hospitales y en la práctica privada, contribuyendo de esta manera a la salud bucal de nuestra población; este estudio evaluó el Nivel de Conocimiento de las pacientes de Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora sobre los cuidados bucales durante el período de gestación y de lactancia. Se estableció el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental y principales enfermedades bucales, como su grado de instrucción, trimestre de embarazo y edad; el proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una encuesta que consto de 17 preguntas; la muestra estuvo formada por 129 madres gestantes, el rango de edad más frecuente fue de 20 años promedio, en conjunto se encuentran en la semana 27 de embarazo; el 73% de las encuestadas pertenecen al Norte y Sur de la ciudad de Quito, el grado de instrucción más predominante fue la secundaria y la gran mayoría dijo haber planificado su parto como parto normal. Al analizar las encuestas se pudo concluir que se encontró una relación del 60% entre lo siguiente: actualmente no reciben tratamiento odontológico, no darían chupón a su futuro bebé, la caries no es una enfermedad contagiosa, no consideran correcto besar en la boca a sus hijos, no consideran cierto que por cada embarazo se pierde un diente y piensan que la alimentación y la medicación llevada durante su embarazo no afectaría los dientes de su futuro bebé. El 34.13% de las encuestadas responden que acudirían a la consulta odontológica en el primer trimestre de embarazo, seguido de este porcentaje el 24.60% afirman acudir a la consulta odontológica los tres trimestres de embarazo y casi el 20% de las encuestadas responden que acudirían a la consulta por el Odontólogo en el segundo trimestre de embarazo lo que es correcto y es seguro para la mamá y la el futuro bebé, además de acudir en los tres trimestres por temas preventivos; la mayoría de las encuestadas obtuvieron el 55% sobre conocimiento en salud bucal durante su período de gestación y lactancia.

ABSTRACT

In the present work the study was carried out on the level of knowledge about prevention and its relation in the oral health of the pregnant mothers in order to obtain a real evaluation of this problematic and thus to have a base to put in practice preventive methods through Universities, hospitals and private practice, thus contributing to the oral health of our population; This study evaluated the Level of Knowledge of the Outpatient Patients of the Isidro Ayora Gino-Obstetric Hospital on oral care during the gestation and lactation period. The level of knowledge about dental development and main oral diseases was established, such as the level of education, the pregnancy rate and age; The data collection process was carried out through the application of a survey consisting of 17 questions; The sample consisted of 129 pregnant mothers, the most frequent age range was 20 years average, together they are found at week 27 of pregnancy; 73% of the respondents belong to the North and South of the city of Quito, the most predominant level of education was the secondary school and the vast majority said they planned their delivery as a normal birth. When analyzing the surveys it was possible to conclude that a 60% relation was found between the following: they are currently not receiving dental treatment, they would not give a pacifier to their future baby, caries is not a contagious disease, and they do not consider it right to kiss their mouths. Children do not consider it true that for each pregnancy a tooth is lost and they think that the feeding and medication taken during their pregnancy would not affect the teeth of their future baby. The 34.13% of the respondents answered that they would attend the dental consultation in the first trimester of pregnancy, followed by this percentage, 24.60% said that they go to the dental clinic during the three quarters of pregnancy and almost 20% of the respondents respond that they would attend The consultation by the dentist in the second trimester of pregnancy which is correct and is safe for the mother and the future baby, besides going in the three quarters for preventive subjects; The majority of the respondents obtained 55% on oral health knowledge during their gestation and lactation period.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEÓRICO:	4
1. El embarazo.....	4
1.2 Enfermedades bucales más comunes en el embarazo:	9
1.2.1 Caries.....	9
1.2.2 Placa bacteriana	10
1.2.3 Erosión ácida de los dientes (perimilolisis)	11
1.2.4 Inflamación gingival	12
1.2.5 Enfermedad periodontal y pérdidas dentales.....	13
1.2.6 Enfermedad periodontal e incidencia de niños nacidos pretérmino	14
1.2.7 Tumor del embarazo	16
1.2.8 Xerostomía.....	16
1.2.9 Ptialismo/sialorrea	17
1.3 Prevención en el embarazo	18
1.3.1 Medidas dietéticas	18
1.3.2 Control de la placa	18
1.3.3 Técnicas de cepillado.....	19
1.3.4 Objetivos del cepillado	19
1.3.4.1 Técnica de bass:	20
1.3.4.2 Técnica de stillman:	20
1.3.4.3 Técnica de charters:.....	20
1.3.4.4 Cepillado lingual.....	21
1.3.4.5 Cepillado con cepillos eléctricos	21
1.3.5 Hilo dental	22
1.3.6 Uso de enjuagues bucales	23
1.3.6.1 Fenoles y aceites esenciales:	23
1.3.6.2 Fluoruros:.....	23

1.3.7 Flúor prenatal	24
1.3.8 Tratamientos odontológicos	24
1.3.9 Visitas al odontólogo:	24
2. Lactancia	25
2.2 Formación de la dentición primaria	26
2.2.1 Caries de la infancia temprana o rampante o biberón	29
2.2.2 Hábitos perniciosos	32
2.2.2.1 Empuje lingual:.....	33
2.2.2.2 Respiración bucal:.....	33
2.2.2.3 Succión o mordisqueo del labio (queilofagia):.....	34
2.2.2.4 Onicofagia:	34
2.2.3 Prevención en el período post natal.....	34
Higiene del lactante:.....	34
2.2.4 Remoción de la placa:.....	35
2.2.5 Cepillo dental:	36
2.2.5.1 Técnicas de cepillado recomendadas en niños:.....	37
2.2.5.2 Técnica horizontal:	37
2.2.5.3 Técnica de starkey	37
2.2.5.4 Técnica de fones (rotación):.....	38
2.2.6 Control químico de la placa dental:	38
2.2.6.1 Clorhexidina:	38
2.2.6.2 Povidona iodada al 10%, betadine:.....	39
2.2.6.3 Xilitol:	39
OBJETIVO GENERAL:	39
Objetivos específicos:.....	40
HIPOTESIS:	40
MATERIAL Y MÉTODOS:	40
Tipo de estudio:	40
Universo y muestra:.....	40
Criterios de inclusión:	42

Criterios de exclusión:.....	42
Descripción del método:	42
Consideraciones éticas.....	43
Análisis estadístico:.....	43
RESULTADOS:.....	43
DISCUSIÓN:.....	66
CONCLUSIONES:.....	69
RECOMENDACIONES:.....	70
CRONOGRAMA:	71
PRESUPUESTO:.....	72
REFERENCIAS	73
ANEXOS	77

INTRODUCCIÓN

La educación sobre salud bucal viene desde los hogares, los padres transmiten conocimientos que ellos recibieron a sus hijos con hábitos equivocados y en ciertos casos perjudiciales para los niños. (Castellanos, Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (Rodríguez, 2013).

Lo principal es transmitir conocimientos desde la gestación motivando así a la madre gestante para que lleve una maternidad responsable. Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal en donde la dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales, representan un papel fundamental en los períodos pre y postnatal del desarrollo oral, por ejemplo la deficiencia de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a las caries durante toda la vida del niño así como una mala salud dental de la madre. (Castellanos, Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (Rodríguez, 2013).

La prevención es la mejor manera de combatir futuros problemas dentales como puede ser la aplicación de fluoruros y selladores así como la introducción a los padres y niños sobre salud dental. (Castellanos, Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (Rodríguez, 2013).

La salud bucal de nuestros niños comienza desde el embarazo, contemplando en la dieta de la mamá el aporte correcto de proteínas, calcio, fósforo y vitaminas. Continúa luego del nacimiento con medidas que fortalecen los dientes que se están formando. Después del nacimiento el mejor alimento es la leche materna. Al nacer los bebés no tienen microorganismos en la boca, los adquieren. Estos microorganismos forman la placa bacteriana. Por eso es muy importante que quienes estén en íntimo contacto con los recién nacidos, no tengan caries o enfermedades en las encías. Es por esto que la prevención y conciencia odontológica se debe comenzar con la madre gestante, motivarlas y educarlas en relación con su higiene bucal y la de su futuro hijo para evitar problemas posteriores y comunes como por ejemplo el uso de los chupones,

biberones, falta de higiene, etc., las cuales causan problemas como la caries dental, mordida abierta, mala posición en las piezas dentales, etc. (Castellanos, Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (García, 2012).

El nivel de conocimiento sobre prevención está relacionada en la salud bucal de las madres gestantes y de esta manera tener una evaluación real de esta problemática para tener una base y así poner en práctica métodos preventivos a través de nuestra universidad, hospitales y en la práctica privada, ya como profesionales, contribuyendo de esta manera a la salud bucal de nuestra población.

Tenemos que tomar en cuenta que en la mayoría de las instituciones de educación en Salud, poseen una filosofía básica restaurativa en educación dental, preparando profesionales con excelente destreza para producir las mejores restauraciones, pero no muy preparados para inducir a sus pacientes en el área de la prevención.

Por lo que este estudio evaluará el Nivel de Conocimiento de las pacientes de Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora sobre los cuidados bucales durante el período de gestación y de lactancia.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la madre gestante se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé. Es por esto que la Odontología para bebés está orientada a variar el comportamiento de los padres al inicio de las actividades de limpieza de la boca y eliminar el concepto errado de que se debe acudir al dentista después de los 3 años, o cuando ya exista algún problema bucal. La prevención en Salud Bucal dentro de la planificación de la salud, se proyecta a lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de la enfermedad

de caries. (Castellanos, Manejo dental de los pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (García, 2012).

Esto se lograría mediante la educación, concientización y apoyo de los profesionales de la salud, tanto de los propios odontólogos sin crear una profesión individualista sino orientándolo hacia un trabajo en equipo, como los que tienen a su cargo el binomio madre - hijo, tales como médicos, ginecólogos, pediatras, neonatólogos, obstetras, etc.; para que sea incluido dentro de Centros Hospitalarios programas de prevención en Salud Bucal en madres gestantes, y poder tener una relación más estrecha con ellos. (Castellanos, Manejo dental de los pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (Rodríguez, 2013).

Si bien la mayoría de las madres saben que deben cuidar su salud durante el embarazo, la salud bucal es un aspecto que muchas veces queda relegado, para lo cual debemos comprobar el nivel de información con respecto a la prevención en salud bucal, lo cual incluye el conocimiento sobre salud bucal infantil, como el cuidado e importancia de la misma durante su gestación, así como también el conocimiento sobre desarrollo dental, para lo cual debemos relacionar el grado de conocimiento con su edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción y visitas al odontólogo. (Castellanos, Manejo dental de los pacientes con enfermedades sistémicas, 2002). (Rodríguez, 2013).

MARCO TEÓRICO:

1. El embarazo

En el embarazo existen signos y síntomas característicos de cada etapa: primer trimestre, suspensión de menstruación, náuseas, vómitos, sensación de hormigueo y aumento en las glándulas mamarias y cambios del útero; segundo trimestre: percepción de movimientos fetales, contracciones uterinas, palpación e identificación del feto, ruidos cardiacos fetales y cambios dérmicos; tercer trimestre: amenorrea continua, contracciones uterinas más apreciables, aumento de molestias pélvicas y menos compresión del abdomen. (Fernandez, 2010).

Los ajustes anatómicos, fisiológicos y bioquímicos del embarazo son notables un poco después de la fecundación y avanzan durante toda la gestación, la mayor parte ocurre como respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto y la placenta. Es sorprendente que en la mujer que estuvo embarazada regrese casi por completo a su estado previo al embarazo luego del parto y la lactancia. (Schorge, 2011).

El aumento del flujo sanguíneo cutáneo durante el embarazo sirve para disipar el calor generado por el aumento metabólico. Se pigmenta de manera especial la línea media de la piel del abdomen, la línea alba, y adopta un color pardo negruzco que se denomina línea morena. A veces aparecen parches pardos irregulares de tamaño variable en la cara y cuello lo que se denomina cloasma o melasma del embarazo también conocida como mascara del embarazo. Estos cambios pigmentarios casi siempre desaparecen o al menos remiten en forma considerable después del parto. (Schorge, 2011).

Como respuesta al aumento en las demandas del feto y la placenta en rápido crecimiento, la embarazada nota numerosos e intensos cambios metabólicos, es cierto que ningún otro fenómeno fisiológico de la vida postnatal induce alteraciones metabólicas tan profundas. (Schorge, 2011).

La mayor parte del aumento de peso normal durante el embarazo es atribuible al útero y su contenido, las mamas y el aumento del volumen de sangre y líquido extracelular y extravascular. Una fracción más pequeña del aumento de peso se debe a alteraciones metabólicas que producen un aumento de agua celular y al depósito de grasa y proteínas nuevas, las llamadas reservas maternas. (Schorge, 2011).

Después de las 32 a 34 semanas, la hipervolemia bien conocida del embarazo normal es de 40 al 45% por arriba del volumen sanguíneo de la no embarazada, en promedio. La expansión varía mucho de una mujer a otra, en algunas solo hay un aumento modesto, mientras que en otras el volumen sanguíneo casi se duplica, la hipervolemia inducida por el embarazo cumple funciones importantes como aportar nutrientes y elementos para sostener la placenta y a feto que crecen con rapidez, proteger a la madre y a su vez al feto contra los efectos nocivos de la disminución del retorno venoso en las posiciones supina y erecta y salvaguardar a la madre contra los efectos adversos de la pérdida sanguínea relacionada con el parto. (Schorge, 2011).

Algunas funciones de quimiotaxis y adherencia de los leucocitos polimorfonucleares se deprimen a partir del segundo trimestre y así continúan el resto del embarazo. Además de las variaciones normales en el recuento de leucocitos, la distribución de los tipos celulares se altera mucho durante el embarazo. Especialmente, durante el último trimestre los porcentajes de granulocitos y linfocitos T CD8 aumentan mucho, al mismo tiempo que se reduce el porcentaje de linfocitos T CD4 y monocitos. Asimismo, los leucocitos circulantes experimentan cambios fenotípicos significativos que incluyen aumento regulado de ciertas moléculas de adhesión. (Schorge, 2011).

Durante el embarazo normal, tanto la coagulación como la fibrinólisis aumentan, pero permanecen balanceados para mantener la hemostasia. Se incrementan aún más en el embarazo múltiple. Los datos de activación incluyen aumento de las concentraciones de todos los factores de coagulación, excepto los factores XI y XIII, así como elevación del nivel de los complejos de fibrinógeno de alto peso molecular. Sin embargo el tiempo de coagulación de la

sangre entera no difiere mucho en las embarazadas normales. Si se considera el incremento fisiológico sustancial del volumen plasmático durante el embarazo normal, estas concentraciones altas representan una producción muy amentada de estos procoagulantes. (Schorge, 2011).

Durante el embarazo, el corazón y la circulación sufren adaptaciones fisiológicas notables. Los cambios en la función cardiaca se vuelven evidentes durante las primeras ocho semanas de gestación. El gasto cardiaco aumenta desde la quinta semana y refleja un descenso de la resistencia vascular sistémica y un aumento de la frecuencia cardiaca. La frecuencia del pulso en reposo aumenta unos 10 latidos por minuto durante el embarazo. Entre las 10 y 20 semanas comienza la expansión del volumen plasmático y la precarga se incrementa. El desempeño ventricular durante de la gestación depende tanto del descenso en la resistencia vascular sistémica como de los cambios en el flujo arterial pulsátil. (Schorge, 2011).

Los cambios fisiológicos del embarazo hacen que la glándula tiroides aumente la producción de hormonas tiroideas en 40 a 100% para cubrir las necesidades maternas y fetales. En cuanto a los cambios anatómicos, la tiroides experimenta crecimiento moderado durante el embarazo por hiperplasia glandular y aumento de la vascularidad. El volumen medio de la tiroides aumentaba de 12ml en el primer trimestre a 15ml al momento del parto. (Schorge, 2011).

La regulación de la concentración de calcio está muy interrelacionada con la fisiología del magnesio, el fosfato, la hormona paratiroidea, la vitamina D y la calcitonina. Es posible que cualquier alteración en alguno de estos factores cambie a los demás; el calcio es necesario para el crecimiento fetal y la lactancia puede obtenerse en parte del esqueleto materno. (Schorge, 2011).

Los descensos agudos o crónicos del calcio plasmático, o el descenso del magnesio estimulan la liberación de hormona paratiroidea, mientras que los incrementos del calcio y magnesio suprimen el nivel de hormona tiroidea. La acción de esta hormona en la resorción ósea, la absorción intestinal y la

reabsorción renal es aumentar el calcio y disminuir el fosfato en el líquido extracelular. (Schorge, 2011).

Las mujeres a menudo refieren problemas con la atención, la concentración y la memoria durante el embarazo y el comienzo del puerperio. Existe un declive en la memoria vinculado con la gestación limitado al tercer trimestre. Este descenso no es atribuible a depresión, ansiedad, privación de sueño ni otros cambios físicos asociados al embarazo; es transitorio y se solucionará poco después del parto. (Schorge, 2011).

A partir de las 12 semanas de gestación e incluso los primeros meses después del parto, las mujeres tienen dificultad para dormir, se despiertan con frecuencia, tienen menos horas de sueño nocturno y la eficiencia del sueño reduce, la frecuencia y duración de los episodios de apnea durante el sueño disminuyeron de manera significativa durante el embarazo en comparación con el puerperio. La mayor perturbación del sueño tiene lugar después del parto y podría contribuir a la depresión puerperal. (Schorge, 2011).

Cuando la madre gestante requiere tratamiento dental se debe conocer el manejo adecuado de acuerdo a los trimestres del embarazo, la posición del sillón dental, los medicamentos que se pueden prescribir para dar un tratamiento óptimo y asegurar también que el feto está siendo protegido al no utilizar fármacos teratógenos. La atención de estos factores permitirá al dentista proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto. (Fernandez, 2010).

El embarazo forma parte de un período de grandes modificaciones fisiológicas en el organismo durante el cual se pueden presentar alteraciones en el estado de salud bucal, pero el embarazo por sí sólo no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de factores relacionados con el estilo de vida, que junto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de enfermedades bucales. (Sierra C. , 2008).

Los cambios en la cavidad bucal más frecuentes y marcados radican sobre el tejido gingival, dando lugar a la llamada gingivitis del embarazo, padecimiento

que se caracteriza por una encía aumentada de tamaño, de color rojo y que sangra con facilidad; también al granuloma del embarazo, que es otra alteración del tejido gingival ante la presencia de irritantes locales. En el segundo mes de gestación comienzan los síntomas y signos inflamatorios, que se mantienen o aumentan durante el segundo trimestre, llegan al máximo al octavo mes, descienden durante el último, y remiten después del parto. (Yero I. , 2013).

Se ha demostrado que el sistema inmunológico maternal presenta algunas modificaciones particulares para evitar el rechazo inmunológico entre la madre y el feto. Se indica que la progesterona funciona como un inmunosupresor en los tejidos gingivales de madres embarazadas previniendo el tipo agudo de reacción inflamatoria contra la placa, pero permitiendo un tipo crónico creciente de reacción del tejido, que da lugar clínicamente a un aspecto exagerado de la inflamación. (Valena, 2002).

El embarazo ha sido englobado por una serie de tabúes y creencias alrededor de la salud bucal de la madre gestante que se van transmitiendo generación tras generación. Es común escuchar que el embarazo "descalcifica los dientes", "enferma las encías", "que cada embarazo cuesta un diente" etc. También existen afirmaciones y prácticas que relegan los cuidados odontológicos debido a las molestias que ocasiona el tratamiento y los temores que existen a su alrededor relacionados a los daños que pudiera ocasionar al feto. Debido a estos criterios muy arraigados en algunas culturas, las embarazadas han aprendido a aceptar las alteraciones que puedan surgir en la cavidad bucal, considerándolas como un fenómeno "normal e inevitable" en esta etapa de la mujer, todo lo cual determina las conductas en relación a la asistencia al odontólogo. (Díaz, 2001).

Las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo cual confirma una vez más el hecho de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud en los países. La promoción de la salud bucal durante el embarazo es una de las

medidas que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo. (Díaz, 2001).

Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad, el plan comienza poco antes de la concepción, motivando a las madres gestantes sobre salud bucal para prevenir las enfermedades desde el embarazo antes de que comiencen las enfermedades dentales. (Rodríguez, 2013).

1.2 ENFERMEDADES BUCALES MÁS COMUNES EN EL EMBARAZO:

1.2.1 CARIES

Las hormonas provocan cambios en el pH bucal que se vuelve más ácido lo que ocasiona que los dientes sean más susceptibles a la placa bacteriana provocándola descalcificación y la formación de caries. (Vega, 2014).

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquellas. (García, 2012).

La primera etapa en el desarrollo de la caries dental es el depósito, también denominado placa, habitado por un gran número de bacterias. El *Streptococcus mutans* es el agente más vinculado con la patogenia de la caries, el cual depende de los azúcares para su alimento. Los factores salivales están relacionados con la caries dental. La saliva ejerce importantes funciones en la boca, por su acción de limpieza mecánica y lubricante de las superficies mucosas y dentarias, así como su efecto antimicrobiano y su capacidad *buffer* debida a la existencia de amortiguadores químicos del equilibrio ácido - base disueltos en ella. Durante el embarazo la composición salival cambia, disminuye el pH y se afecta su función reguladora, por lo que el medio bucal se hace favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones. (Pérez, 2011).

La aparición de caries dental vinculada a hábitos incorrectos de higiene bucal; a una mayor apetencia por la madre gestante de alimentos ricos en azúcares y la propensión de náuseas que provocan el descuido de la higiene bucal; además un desequilibrio en el pH total de la saliva puede afectar al esmalte y la dentina. (Dobarganes, 2011).

La susceptibilidad a caries dental en el embarazo puede aumentar debido a factores como el aumento de la cantidad de *Streptococcus mutans* y lactobacilos acidófilos, a la ingestión más frecuente de carbohidratos y a la mayor ocurrencia de vómitos, junto a un desequilibrio del pH de la saliva. Además de estos factores de riesgo referidos aparecen referencias de otro, el embarazo previo, el que se ha sugerido pudiera elevar la severidad de las enfermedades bucales que afectan a la mujer durante la gestación. (Pérez, 2011).

1.2.2 PLACA BACTERIANA

Según la Asociación Dental Americana (ADA) existen dos mitos con respecto al embarazo y la salud oral: La pérdida de dientes como consecuencia de éste y la obtención de calcio de los dientes si la dieta es insuficiente para proporcionar todo el calcio requerido. La principal causa de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana, por lo que se recomienda limpiezas dentales en el segundo y tercer trimestre de embarazo para controlar la gingivitis. Los tratamientos odontológicos pueden y deben hacerse, evitando el primer trimestre. (Lauer, 2006).

El cuidado de los dientes debe ser más escrupuloso de lo normal porque los cambios hormonales podrían acelerar el desarrollo de enfermedades de las encías y los dientes. Esto sucede porque al alterarse los niveles hormonales, las encías reaccionan de manera exagerada a los irritantes de la placa bacteriana produciendo encías rojas, inflamadas, dolorosas y que pueden sangrar con facilidad. (Vega, 2014).

La placa bacteriana se produce por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzara a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentales. Con el tiempo el paciente sentirá que los dientes se mueven y comenzaran a aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionaran a caries. Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana y además, la presencia de cálculos imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial. (González, 2002). (García, 2012).

El organismo en estado de gestación produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones de la madre gestante para facilitar el parto, plantean que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal y provocar una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos de alimentos y el depósito de la placa dentobacteriana entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de estas. Esta movilidad de los dientes se diferencia porque no produce pérdida de la inserción dentaria ni precisa tratamiento y se remite al posparto, pues es raro que el daño periodontal sea irreversible. (García, 2012).

1.2.3 EROSIÓN ÁCIDA DE LOS DIENTES (PERIMILOLISIS)

Ocurre de forma infrecuente debido a vómitos repetidos asociados a náuseas matutinas o reflujo gastroesofágico. El reflujo grave produce cicatrices del esfínter esofágico y la paciente se puede volver una candidata más probable para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. (GERD). (Fermin A. Carranza, 2010)

Es un signo muy trascendente que encontramos en individuos con Bulimia, Anorexia nerviosa con presencia de vómitos autoinducidos y mujeres embarazadas. La erosión actual en estos pacientes se caracteriza por afectar las caras palatinas de los dientes anteriores, ya que son las caras más expuestas a los ácidos gástricos, presenta una superficie lisa y brillante, márgenes redondeados, cortes en el borde incisal de los dientes afectados y cuando la erosión logra afectar las caras oclusales de los dientes, la pérdida de contorno de las piezas dentarias sin restauraciones va a presentar sensibilidad dentinaria desarrollada ante los estímulos térmicos y al tacto, debido a la pérdida del esmalte que actúa como capa protectora y ausencia de pigmentaciones exógenas ocasionadas por café, té y cigarrillo sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. (Romo, 2011).

1.2.4 INFLAMACIÓN GINGIVAL

Es la afectación bucal asociada al embarazo más frecuente. La ocurrencia de gingivitis en el embarazo es demasiado común, ocurre en 30 a 100% de todas las mujeres gestantes. Los cambios en las encías están asociados generalmente a una mala higiene bucal y a irritantes locales, especialmente la placa. Durante el embarazo, la mayor presencia de estrógenos y progesterona en la sangre aumenta la circulación sanguínea en piel y tejidos y exagera la respuesta inflamatoria a los irritantes locales. A partir del segundo o tercer mes de gestación, la región anterior de la boca se ve afectada con más frecuencia los sitios interproximales se tienden a verse más afectados, esto afecta a las encías produciendo su engrosamiento. A simple vista, están hinchadas y más coloradas. También se vuelven más delicadas y frágiles, por lo que muchas mujeres embarazadas se quejan de mayor sensibilidad en las encías o presentan sangrado fácilmente. Esencialmente, esto solo representa una gingivitis leve, pero puede agravarse si la mujer no sigue una higiene muy cuidadosa de su boca. Las náuseas matutinas, la sensibilidad en los dientes y el sangrado de las encías ante el más leve motivo hacen que, en ocasiones la mujer embarazada renuncie a cepillarse los dientes a conciencia y con la

asiduidad adecuada. Esto permite un mayor incremento de biofilm oral que deriva en una mayor presencia de sarro. La acumulación de sarro y otras irritaciones locales en los dientes aumenta la inflamación de las encías y puede producir otras alteraciones como granuloma piógeno o tumor del embarazo. (Fermin A. Carranza, 2010)

1.2.5 ENFERMEDAD PERIÓDONTAL Y PÉRDIDAS DENTALES

La enfermedad periodontal puede cursar cierto tiempo de forma desapercibida, ya que no manifiesta molestias. Por ello es importante llevar a cabo controles periódicos y detectar el problema antes de que haya avanzado irreversiblemente y ocasione la pérdida del diente afectado. (Wolf, 2005).

La periodontitis continúa siendo una de las enfermedades más comunes, si bien solo el 10 al 15 % de los casos corresponde a formas agresivas de progresión rápida. La periodontitis es una enfermedad multifactorial del aparato de sostén dentario desencadenada por una biopelícula microbiana (placa) y se forma habitualmente a partir de una gingivitis, sin embargo no todas las gingivitis avanzan a una periodontitis. Los factores determinantes para la progresión de la destrucción periodontal son el conjunto y sobre todo la virulencia de los microorganismos, por su parte, y la resistencia del huésped (estado inmunitario, genética y, consecuentemente, herencia, así como la aparición de factores de riesgo.) (Wolf, 2005).

Ya en la gingivitis se encuentra una primera formación de bolsas sin que exista pérdida de inserción en forma de bolsas gingivales y pseudobolsas. Los criterios que especifican una auténtica bolsa periodontal son la pérdida de inserción, la proliferación en profundidad del epitelio de unión y su transformación en epitelio de la bolsa. (Wolf, 2005).

Por último y el más innegable de los síntomas que origina la periodontitis es la pérdida dental, raramente es espontánea, ya que los dientes con gran inestabilidad y ausencia de función suelen extraerse antes de su caída espontánea. (Wolf, 2005).

1.2.6 ENFERMEDAD PERIÓDONTAL E INCIDENCIA DE NIÑOS NACIDOS PRETÉRMINO

Existen factores de riesgo de tener un hijo nacido pretérmino, entre ellos: la edad, un estatus socioeconómico bajo, el consumo de alcohol y tabaco, la diabetes no controlada, la obesidad, la hipertensión y las infecciones genitourinarias. También existe evidencia científica de que la enfermedad periodontal es un factor de riesgo. (Julissa Janet Robles Ruíz, 2014).

El Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) se determina en base al peso y edad gestacional; siendo considerados aquellos neonatos cuyo peso está por debajo del décimo percentil del peso que le corresponde para su edad gestacional. (Julissa Janet Robles Ruíz, 2014).

Los nacidos con RCIU tienen graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina, así como una mayor prevalencia de diversos trastornos durante el primer año de vida. Entre los factores de riesgo conocidos están: la edad materna, desnutrición materna, neonatos de bajo peso u otros resultados desfavorables en gestaciones anteriores, período intergenésico corto, nuliparidad o gran multiparidad, consumo de alcohol durante la gestación, grado de instrucción bajo, inadecuado control prenatal, e infección durante la gestación entre otros. (Julissa Janet Robles Ruíz, 2014).

En este sentido, también se ha mencionado como otro posible factor de riesgo de RCIU a la Enfermedad Periodontal Materna. La Enfermedad Periodontal (EP) incluye un grupo de condiciones inflamatorias que llevan a la destrucción de las estructuras de soporte de los dientes. Es una enfermedad infecciosa, causada principalmente por bacterias anaeróbicas gram negativas, tales como: *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus* y *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. La EP es una infección de naturaleza generalmente crónica y la destrucción de tejido ocurre con el tiempo; sin embargo, es episódica y caracterizada por períodos de actividad e inactividad. Los tejidos periodontales son vulnerables a las variaciones fisiológicas en los niveles de hormonas esteroideas circulantes; por ello, debido a los cambios hormonales

propios del embarazo, se presentan alteraciones vasculares en la encía y cambios microbiológicos en la composición de la placa bacteriana que exageran la respuesta a los irritantes locales, favoreciendo el progreso de la enfermedad periodontal durante la gestación. (Julissa Janet Robles Ruíz, 2014).

Las citoquinas, entre ellas la interleuquina- 1 (IL-1), el TNF- α y la interleuquina-6 (IL-6), son los productos secretores implicados en el trabajo de parto pretérmino. De este modo, la enfermedad periodontal provoca un aumento de la concentración intraamniótica del TNF- α así como de PGE2, mediadores fisiológicos del parto, precipitándolo. (Julissa Janet Robles Ruíz, 2014).

Otra teoría sugiere que los estímulos inflamatorios provocados de manera directa, por el paso de los microorganismos periodontales o sus productos a través de la barrera fetoplacentaria, inducen hiperirritabilidad de los músculos lisos del útero provocando contracciones, adelgazamiento cervical y dilatación cervical, desencadenando una labor de parto pretérmino. El daño placentario puede causar áreas focales de hemorragia y necrosis que llevan a una pobre perfusión fetal y retardo del crecimiento intrauterino. Recientemente, propusieron un modelo del camino patogénico entre la enfermedad periodontal y la prematuridad, que considera: la colonización bacteriana inicial de la madre, la respuesta materna con anticuerpos específicos para estos microorganismos, la respuesta fetal con anticuerpos y el resultado del embarazo. Este modelo describe como la colonización de la placa por los microorganismos del llamado "complejo rojo" (*Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus* y *Treponema denticola*), en ausencia de anticuerpos maternos específicos, abre una puerta para la exposición fetal directa, resultando en un probable nacimiento pretérmino. Tomando en cuenta que la mayor parte de las condiciones obstétricas que llevan a un nacimiento pretérmino y al retardo en el crecimiento intrauterino son reguladas por un camino bioquímico efector común, este modelo también resultaría aplicable para los casos de RCIU. (Julissa Janet Robles Ruíz, 2014).

1.2.7 TUMOR DEL EMBARAZO

Afecta a los tejidos blandos de la cavidad oral, y consiste en un crecimiento benigno en la papila que tiene su origen en los ligamentos o estructuras de soporte del diente. (Juliana Andrade Cardoso, 2013).

Es una lesión inflamatoria que causa tumefacción del tejido gingival en forma de quistes. Se denomina tumor del embarazo, *épuilis gravidarum* o granuloma del embarazo. Aparece en un 10% de las embarazadas durante el segundo o tercer mes de gestación y desaparece en el período posparto, aparece en la mucosa oral de las mujeres embarazadas en respuesta a los irritantes crónicos como la biopelícula bacteriana, cálculos dentales y agentes traumáticos. El aumento de las concentraciones de estrógenos y progesterona aumenta los niveles de *Prevotella intermedia* en la biopelícula subgingival, disminuye la respuesta del huésped a la biopelícula bacteriana, aumenta la permeabilidad vascular, favorece la infiltración de líquidos en los tejidos perivasculares y aumenta la respuesta inflamatoria, que tiene un papel importante en el desarrollo de la lesión. (Juliana Andrade Cardoso, 2013).

La necesidad de una intervención quirúrgica durante el embarazo debería ser examinado con cuidado, Teniendo en cuenta la alta tasa de recurrencia, así como la posibilidad de regresión después del parto, debido a la normalización de los niveles hormonales. En general, el tratamiento durante el embarazo es necesario si la lesión causa un daño funcional o estética. Por otro lado, su extirpación quirúrgica está indicada después del embarazo. El control de la biopelícula bacteriana es de gran importancia para prevenir la recurrencia después del tratamiento. La pérdida de hueso alveolar no se relaciona con los granulomas piogénicos del embarazo. (Juliana Andrade Cardoso, 2013). (Fermin A. Carranza, 2010).

1.2.8 XEROSTOMÍA

La xerostomía o boca seca puede ser producida por un rango amplio de factores entre los que figuran ciertas medicaciones, el envejecimiento,

alteración de las glándulas salivales, mujeres embarazadas en donde la alteración hormonal puede ser su causa. El síndrome de Sjogren es un grupo de enfermedades autoinmunitarias que pueden limitarse a las glándulas lagrimales y salivales y generar xerostomía y queratoconjuntivitis (síndrome de Sjogren primario). En el síndrome de Sjogren secundario la xerostomía y la queratoconjuntivitis se producen en conjunto con trastornos del tejido conjuntivo, como por ejemplo artritis reumatoide y esclerodermia. Uno de los importantes problemas bucales asociados con el Síndrome de Sjogren es la xerostomía, importante que suele provocar caries dentales, sensaciones urentes de la mucosa bucal, candidiasis bucal, y dificultad en la deglución graves. En varios casos se pierden todos los dientes a causa de las caries radiculares y coronarias generalizadas. Para los pacientes con xerostomía grave el uso de dentaduras artificiales es una experiencia difícil y muy desagradable debido a la falta de lubricación que de ordinario provee la saliva. De acuerdo con algunos informes de casos aparentemente se pueden colocar implantes con éxito en pacientes con xerostomía. Sin embargo, como el Síndrome de Sjogren suele conducir a otras enfermedades que incrementan el riesgo de fracaso de los implantes, como por ejemplo la esclerodermia, lupus eritematoso; es significativo que los candidatos a implantes con Síndrome de Sjogren sean valorados con detenimiento para descubrir la presencia de muchos otros factores de riesgo posibles. El consumo de agua o caramelos sin azúcar puede mejorar este síntoma. (Lindhe, Evaluación de riesgo del candidato para recibir tratamiento con implantes, 2011).

1.2.9 PTIALISMO/SIALORREA

La excesiva secreción de saliva es un síntoma raro en las mujeres embarazadas. Suele aparecer a las dos o tres semanas de gestación y desaparecer al final del tercer trimestre. No se ha identificado la causa del ptialismo, pero puede ser resultado de la incapacidad de las mujeres gestantes con náuseas de deglutir cantidades de saliva, más que por un aumento real en la producción de saliva. Puesto que el embarazo pone a la mujer en un estado

de inmunodeficiencia, el clínico debe conocer la salud total de la paciente. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010).

1.3 PREVENCIÓN EN EL EMBARAZO

El objetivo más importante es establecer un entorno bucal saludable y lograr el máximo nivel de higiene oral en la mujer gestante. Los antecedentes médicos deben incluir las complicaciones del embarazo, abortos espontáneos anteriores y antecedentes recientes de calambres, sangrado o vómito pernicioso. Es necesario ponerse en contacto con el Ginecólogo-Obstetra de la paciente para analizar su estado médico, sus necesidades periodontales o dentales y el plan de tratamiento planteado. Esto se consigue mediante un programa dental consistente en consejo nutricional y medidas de control de la placa tanto en la consulta dental como en casa. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010).

1.3.1 MEDIDAS DIETÉTICAS

Los alimentos suplementarios que necesita la madre durante el embarazo para satisfacer las necesidades del feto y las membranas fetales incluyen una cantidad suficiente de calcio, fósforo, proteínas, vitaminas A, C y D; y ácido fólico. Se deben evitar los snacks o caramelos que llevan azúcar por el peligro de desarrollar caries. Si la alimentación materna no contiene los elementos nutritivos necesarios, la madre puede sufrir durante el embarazo cierto número de carencias. La madre debe formar su propia hemoglobina fetal, por lo que la anemia por déficit de hierro es uno de los estados carenciales más frecuentes durante esta etapa, que produce palidez de la mucosa bucal de la madre y afecta al feto. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

1.3.2 CONTROL DE LA PLACA

El objetivo es minimizar la irritación de las encías. Se debe manifestar de forma clara a la paciente la mayor tendencia a la inflamación gingival durante el

embarazo. Se debe enseñar, reforzar y monitorear técnicas de higiene dental y controlarlas durante el embarazo. La eliminación del sarro, la limpieza dental y el raspado y alisado radicular se pueden realizar cuando sea necesario. Algunos profesionales dentales impiden el uso de enjuagues antimicrobianos con un alto contenido de alcohol en mujeres gestantes y prefieren enjuagues bucales sin base de alcohol. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010).

1.3.3 TÉCNICAS DE CEPILLADO

La salud bucal es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente. La boca contiene muchas bacterias por lo que es necesario tener una buena higiene, un cepillado dental eficaz para la eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival, la cual es llevada a cabo en el ámbito doméstico por el propio individuo. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

1.3.4 Objetivos del cepillado

Eliminar los restos de alimentos y las tinciones de los dientes, así como interferir en la formación de la placa bacteriana dentogingival para evitar que resulte patógeno para las encías y dientes. Existen muchas técnicas de cepillado, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

Se han descrito y promovido muchas técnicas para cepillar los dientes que se supone que son eficientes y efectivas. Estas técnicas se clasifican de acuerdo con el patrón de movimientos del cepillado y tienen un interés histórico, de la siguiente manera: (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

- Giratoria: técnica circular o técnica de Stillman modificada.
- Vibratoria: técnica de Stillman, Charters y Bass.
- Circular: técnica de Fones.
- Vertical: técnica de Leonard.
- Horizontal: técnica de frotado.

1.3.4.1 TÉCNICA DE BASS:

En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para remover la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepilla por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

1.3.4.2 TÉCNICA DE STILLMAN:

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

1.3.4.3 TÉCNICA DE CHARTERS:

El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la

punta de las cerdas. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos de ortodoncia y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

1.3.4.4 CEPILLADO LINGUAL

Los cepillados de la lengua y del paladar ayudan a disminuir los detritos, la placa y la cantidad de microorganismos orales. Las papilas de la lengua proporcionan partes especialmente proclives a la acumulación de bacterias y detritos. La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media de la lengua, con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia delante en un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona. El paladar también debe limpiarse con un movimiento de barrido. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

Los cepillos dentales deben ser de tamaño, forma y textura adecuada, manipulables, fáciles de lavar, de composición constante y durable. De preferencia con un cabezal que no sea demasiado voluminoso. Debe limpiar de manera eficaz; por lo tanto, se debe utilizar un cepillo de muchas cerdas y de duración media. Evitar las cerdas duras que puedan provocar abrasiones o traumatismos en el borde gingival y también las cerdas muy blandas que pueden ser insuficientes ante un sedimento importante de placa. Utilizar cerdas de nylon que son mejor que las naturales. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

1.3.4.5 CEPILLADO CON CEPILLOS ELÉCTRICOS

Los variados movimientos mecánicos de los cepillos eléctricos no requieren técnicas especiales. El paciente solo debe concentrarse en colocar la cabeza del cepillo junto a los dientes en el margen gingival y proceder de forma

sistemática alrededor de la dentadura. Se consigue hacer ajustes adicionales en cuanto a la distribución para limpiar áreas difíciles, como las superficies distales de los terceros molares, las furcaciones o las crestas gingivales. Se debe usar una técnica sistemática para cepillar todos los dientes, similar a la técnica para el cepillado manual, con los cepillos eléctricos. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

1.3.5 HILO DENTAL

Las pacientes deben concebir que el propósito de la limpieza interdental sea remover la placa, no desatorar la comida atrapada entre los dientes. No obstante la limpieza interdental no elimina los fragmentos de comida, se requiere corregir los contactos dentales proximales y las cúspides para detener la impacción crónica de alimentos. (Carranza, Control de palca para el paciente periodontal, 2010).

El hilo dental es el instrumento más recomendado para eliminar la placa de las superficies dentales proximales. El hilo está disponible como hilo de nylon o tipo teflón. Los factores que influyen en la selección del hilo dental incluyen la separación de los contactos dentales, la aspereza de las superficies proximales y la destreza manual del paciente, no la superioridad de algún producto. Por tanto, las recomendaciones sobre el tipo de hilo deben asentarse en la facilidad de uso y las preferencias personales. (Carranza, Control de palca para el paciente periodontal, 2010).

La técnica de uso de hilo dental es la siguiente: se debe coger un pedazo más o menos de 30 a 45cm para enrollarse en los dedos pulgar y medio o ambos dedos medios, pasarse con delicadeza entre los puntos de contacto sin lastimar la encía interdental, una vez que el hilo se encuentre en la posición correcta se debe pasar por cada cara proximal de la piezas vecinas enrollándonos la parte usada del hilo y utilizando la parte limpia del hilo. (Carranza, Control de palca para el paciente periodontal, 2010).

1.3.6 USO DE ENJUAGUES BUCALES

La mejor comprensión de la naturaleza infecciosa de las enfermedades dentales ha aumentado de forma importante el interés en los métodos químicos para controlar la placa y es prometedor en cuanto avances en el control y prevención de enfermedades. (Carranza, Control de placa para el paciente periodontal, 2010).

La sustentividad del uso de los enjuagues bucales depende de varios elementos: la absorción y retención prolongada en las superficies bucales, sobre todo en los dientes recubiertos por una película, sustento de la actividad antimicrobiana de la sustancia una vez adsorbida, sobre todo por medio de una acción bacteriostática contra las bacterias creadoras de la placa primaria y la neutralización mínima o lenta de la actividad antimicrobiana dentro del ambiente bucal o desprendimiento lento desde las superficies. (Lindhe, Control químico de la placa supragingival, 2011).

1.3.6.1 FENOLES Y ACEITES ESENCIALES: en enjuague bucal puede reducir la placa a través de una acción inhibitoria y de una acción antiinflamatoria posiblemente debida a una actividad antioxidante. El triclosán tiene una actividad inhibitoria de la placa modelada y una sustentividad antimicrobiana de 5 horas. Se dispone en colutorios con triclosán y copolímeros con beneficios agregados para la higiene bucal y la salud gingival cuando se usan inmediatamente con la limpieza dental normal. (Lindhe, Control químico de la placa supragingival, 2011).

1.3.6.2 FLUORUROS: el aminofluoruro y el fluoruro estañoso ejercen cierta actividad inhibitoria de la placa en particular si están combinados. (Lindhe, Control químico de la placa supragingival, 2011).

Se recomienda a las madres gestantes no usar enjuagues bucales que contengan clorhexidina y alcohol por que puede llegar afectar al futuro bebé.

1.3.7 FLÚOR PRENATAL

El recetar complementos prenatales de fluoruro ha sido controversial. La American Dental Association (ADA) y la American Academy of Pediatric Dentistry no recomiendan el uso de fluoruro prenatal, porque no se ha demostrado su eficacia. La American Academy of Pediatrics no tiene una posición definida en cuanto a la prescripción de fluoruros prenatales. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010).

1.3.8 TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Deberían programarse en el segundo trimestre o inicios del tercero. Durante el primer trimestre se produce la organogénesis del feto y en la segunda mitad del tercer trimestre puede resultar incómodo para la paciente acostarse en el sillón dental y hay posibilidad de que sufra el síndrome de hipotensión supina. Deben realizarse, especialmente el tratamiento del dolor y la eliminación de la infección, ya que podrían aumentar el estrés de la madre y el peligro para el feto. Si se requiere sedación o anestesia hay que consultar el Ginecólogo-Obstetra de la paciente. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010). (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

1.3.9 VISITAS AL ODONTÓLOGO:

En el primer trimestre de embarazo se debe evitar medicamentos y radiografías ya que puede afectar al desarrollo del bebé. La embarazada se debe realizar apenas los tratamientos de urgencia que no se puedan postergar. Enseñanza de higiene oral y control de placa, tratamiento periodontal conservador. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010). (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

El segundo trimestre es el período del embarazo más seguro para recibir tratamientos dentales de urgencia. Si se hace imprescindible radiografías es

necesario usar delantal de plomo. Enseñanza de higiene oral y control de placa, tratamiento periodontal conservador. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010). (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

En el último trimestre sólo se debe hacer tratamientos dentales de urgencia. Se debe evitar la posición supina durante tiempo prolongado, se aconseja realizar cambio de posiciones frecuentes. La anestesia debe ser sin vasoconstrictor, las visitas deben ser cortas. En todo el momento del embarazo es importante mantener una correcta higiene dental, cepillando correctamente los dientes y empleando el hilo dental y colutorios para mantener la salud de los dientes y encías. (Carranza, Tratamiento periodontal en la mujer, 2010). (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2. LACTANCIA

Inicia la vida extrauterina durante la cual él bebé se sustenta de leche materna, desde su nacimiento hasta los dos años de edad. En esta fase, él bebé está en constante maduración y cambio de las características físicas, psicológicas y sociales. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

El período neonatal comprende los primeros 28 días de vida del bebé. Durante los tres primeros meses de vida, aumenta 900gr al mes y crece alrededor de 3.5cm mensuales. Las fontanelas del cráneo, que no están cerradas, permiten que la cabeza crezca a una velocidad de 2cm al mes. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

De igual manera, en este lapso aparece la dentadura temporal, que comienza a la erupción desde el maxilar inferior al superior y desde el centro al lateral, a los dos años las glándulas salivales alcanzan la producción de enzimas

necesarias para el proceso de digestión. La agudeza visual logra su binocularidad a los 4 meses, la percepción de profundidad inicia entre los 7 y 9 meses, la agudeza auditiva es idéntica a la del adulto. La actividad más significativa del lactante es la comunicación con el adulto. Este compensa todas sus necesidades y es fuente de las principales impresiones visuales, auditivas y táctiles. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

A los 5 o 6 meses de nacido reacciona a los rostros extraños porque los comienza a diferenciar; la cara de un desconocido puede asustarlo. Los padres introducen al niño o niña en el mundo de los objetos, atraen su atención hacia ellos, le demuestran cómo actuar y le ayudan a ejecutar acciones. La velocidad del desarrollo desde la concepción del niño hasta su nacimiento es extremadamente rápida. El progreso de habilidades sensoriomotrices y sociales desde el nacimiento hasta el año es igualmente acelerada. El recién nacido tiene una estructura biológica que posee los mecanismos básicos que le permiten adaptarse al violento cambio de ambiente que representa el nacimiento, pero es totalmente dependiente de lo que el contexto proporciona para su subsistencia, es una persona que muestra una actividad espontánea y una capacidad de reacción a la estimulación propia o ambiental. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2 FORMACIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA

La dentición primaria se forma en la sexta semana de desarrollo embrionario, a partir de una invaginación en forma de herradura del epitelio bucal hacia el mesénquima subyacente de cada maxilar, esto recibe el nombre la lámina dental epitelial primaria. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

La odontogénesis es el proceso embriológico que dará lugar a la formación del germen dental en donde interviene el ectodermo y mesodermo, la odontogénesis consta de cinco períodos: iniciación, proliferación,

histodiferenciación, morfodiferenciación y aposición. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

En el período de iniciación empieza la formación de los órganos dentarios primarios, a lo largo de la membrana basal aparecen 20 lugares específicos (10 en el maxilar y 10 en la mandíbula) dando lugar a los brotes dentarios originando el crecimiento inicial del diente temporal. Un fallo en el desarrollo de estas células dará origen a la ausencia congénita de diente y la formación continua de brotes dará como resultado a dientes supernumerarios. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Alrededor de la décima semana empieza el período de proliferación en donde el germen dentario tiene a todos los tejidos necesarios para la formación del diente y ligamento periodontal, así; el órgano dental dará origen al esmalte, la papila dental a la dentina y pulpa, el saco dental al cemento y al ligamento periodontal. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Aproximadamente a las catorce semanas aparece el período de histodiferenciación en donde el germen dentario se diferencia notoriamente del período de proliferación, los trastornos de origen endógeno y exógenos que alteran la diferenciación de las células será la causa de un esmalte o dentina anormal. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Sobre las dieciocho semanas en el período de morfodiferenciación las células del germen dentario se organizan y se disponen de forma que determinan el tamaño y la forma de la corona del diente. En este período las cuatro capas del órgano del esmalte ya se encuentran diferenciadas, los epitelios dentales externos e internos se unen para formar la futura raíz dentaria. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011)

En el período de aposición una vez completado el patrón, las células formadoras siguen el orden depositando al esmalte y a la dentina en sitios

específicos conocidos como centros de crecimiento localizados a lo largo de las uniones amelodentinarias y cementodentinarias. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Toda interrupción sistémica o local que lesione a los ameloblastos durante la formación del esmalte puede dar como resultado una hipoplasia del esmalte. Cada pieza dental temporal o permanente comienza su calcificación en un momento específico, así; los dientes deciduos comienzan su calcificación entre las catorce y dieciocho semanas empezando por los incisivos centrales y terminando por los segundos molares. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Los ápices de las piezas deciduas se cierran aproximadamente un año después de su aparición en boca. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Los dientes permanentes comienzan su calcificación al momento del nacimiento, siendo los primeros molares, luego le siguen los incisivos centrales superiores e inferiores y laterales inferiores y ambos caninos, seguido lo harán los incisivos laterales superiores al año de vida, luego los primeros premolares a los dos años y de los segundos premolares a los dos años y medio, los segundos premolares inferiores a los cuatro o cinco años de edad. En cuanto al cierre apical los dientes permanentes o definitivos completan su formación radicular aproximadamente unos tres años y medio después de su erupción. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Lo que al inicio constituye los rodetes gingivales recubiertos por su epitelio oral, van a sufrir una serie de transformaciones que darán lugar a la aparición dentición temporal o decidua que progresivamente y tras la reabsorción de su raíz se verá sustituida por homónimos definitivos. Al alcanzar la longitud radicular entre la mitad y los dos tercios de su longitud final la corona se aproxima a la cavidad oral, al momento que perfora la encía los epitelios oral y dentario se fusionan exponiendo así al diente lo que permitirá que salga el diente sin ulcerar la encía. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Es normal que la aparición de los dientes en boca produzca una sintomatología originando un ligero enrojecimiento e hinchazón de la mucosa oral sustituyendo por una pequeña isquemia en la parte en donde se perforara la encía. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Los dientes temporales hacen su aparición en boca a los seis meses de edad en el siguiente orden: incisivo central inferior, incisivo central superior, incisivo lateral superior, incisivo lateral inferior, primer molar inferior, primer molar superior, canino inferior, canino superior, segundo molar inferior y segundo molar superior. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

Es decir en general los dientes de la arcada inferior anteceden a los de la superior, aunque los incisivos laterales superiores suelen preceder a los inferiores. Puede pensarse como totalmente normales pequeñas variaciones individuales a las que frecuentemente se les atribuye una influencia genética. De todos modos, entre los 24 y 36 meses de edad han hecho ya su aparición los 20 dientes de la dentición temporal, encontrándose ya a los 3 años totalmente formados y en oclusión. Massler considera los 36 meses como normal con una desviación de más menos 6 meses. En cuanto al sexo, no se han observado diferencias significativas, puede ser que en las niñas los dientes temporales erupcionan 1.1 mes antes que en los niños, con excepción del primer molar temporal. (Boj, Desarrollo y erupción dentaria, 2011).

2.2.1 CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA O RAMPANTE O BIBERÓN

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecciosa y transmisible, causada por bacterias que se fijan a la película adquirida del esmalte y colonizan la superficie dental. Una vez que se forma la biopelícula, las bacterias metabolizan los hidratos de carbono disponibles y liberan ácidos orgánicos que propician la desmineralización del esmalte. Si este proceso se mantiene, la destrucción de la estructura dental es evidente y un factor

predisponente y asociado con la pérdida dental. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

La caries por alimentación infantil (antes llamada caries de biberón o síndrome de biberón) se muestra en niños pequeños que duermen con el biberón, el cual comúnmente contiene jugos de fruta, leche sola o endulzada con jarabes o chocolate, o bien por el hábito de consolar al niño con chupón de miel. El inconveniente se debe al alimento azucarado en constante contacto con los dientes en los minutos de descanso. Este problema igualmente se presenta en niños que son alimentados con seno materno después de primer año de vida y que tienen los primeros dientes temporales, en los que no se ejerce alguna medida de higiene, por ejemplo, limpiárselos con una gasa humedecida con agua hervida. Este tipo de caries se caracteriza por: (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

- Mostrarse en niños pequeños.
- Afectar a numerosos órganos dentarios, principalmente molares.
- Atacar superficies generalmente libres de caries.
- Cursar con lesiones extensas y de avance rápido.
- No afectar los incisivos inferiores libres de caries debido a la acción protectora del labio inferior, la lengua y la saliva. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

El principal factor de riesgo es la exposición prolongada a líquido azucarado en el biberón, su uso indiscriminado es un factor inductor para que la caries se desarrolle. La alimentación materna ofrece beneficios a la salud del bebé y la recuperación de la madre: (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

- Reduce las infecciones causadas por *Streptococcus mutans* y otros microorganismos, y contribuye a disminuir la formación de caries.

- Aumenta la resistencia del esmalte y demás tejidos duros del diente, mejorando la absorción de calcio y flúor debido a las características de la leche materna.
- Aumenta la secreción salival manteniendo el pH correcto en la cavidad oral, disminuyendo la formación de caries.
- Disminuye hábitos orales incorrectos que provocan maloclusiones y afectan la estética y funciones buco – maxilo – faciales.
- Proporciona la confianza del bebé en relación íntima con la madre.
- Beneficia una adecuada posición de la lengua, facilitando un equilibrio dentario. Protege al bebé, ya que la leche materna llega al lactante a una temperatura correcta, prácticamente libre de gérmenes, con todas sus enzimas, vitaminas y sustancias que defienden al niño contra ciertas infecciones. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

Se ha confirmado que el contacto de la madre con el bebé durante el amamantamiento es un acto imprescindible para su desarrollo psicológico, dada la dependencia físico – afectiva de este con su madre, así mismo se produce una excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del aparato estomatognático del recién nacido influyendo a su crecimiento y desarrollo. La alimentación materna hasta los 6 meses de edad reduce la posibilidad de adquirir hábitos de succión no nutritivos, como la succión de dedo y de chupón, dada su vinculación a las maloclusiones dentarias. Es trascendental también que después de la erupción de los primeros dientes, la alimentación y amamantamiento nocturno se controle para que el final de este ocurra alrededor de los 12 meses de edad. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

Las medidas más fuertes para prevenir la caries dental en la primera infancia son evitar el uso de chupón con miel y del biberón con líquido azucarado, especialmente durante la alimentación nocturna, así como limpiar los carillos y

dientes con una gasa húmeda. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2.2 HÁBITOS PERNICIOSOS

Es la rutina o práctica de un acto por su repetición habitual, es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga, puede manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como por falta de atención de los padres a los niños, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Los hábitos perniciosos obstaculizan el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

Los hábitos pueden clasificarse en dos grupos: beneficiosos (funcionales, complejos) y perniciosos (complejos). Los hábitos beneficiosos favorecen y estimulan el desarrollo normal, la masticación, la deglución y la reparación normal componen un ejemplo de estos hábitos. Los perniciosos resultan de la perversión de una función normal, o se adquieren por la repetición de un acto que no es funcional ni necesaria. La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

- Intensidad: fuerzas aplicadas a los dientes y músculos durante la ejecución del hábito.
- Frecuencia: número de veces que el hábito es practicado durante el día.
- Duración: cantidad de tiempo en cada evento del hábito. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

El crecimiento y desarrollo de los maxilares pueden verse afectados por algún tipo de hábito que puede causar una mordida abierta anterior, incisivos protruidos e intruidos, desplazamiento anterior de la maxila y colapso de la maxila en la región posterior con presencia de mordida cruzada. Los hábitos perniciosos que se observan con mayor frecuencia es la succión pulgar u otros dedos, empuje lingual y respiración bucal, por el contrario, los menos frecuentes son succión o mordisqueo del labio (queilofagia) y mordisqueo de uñas (onicofagia). Se requiere de 4 a 6 horas de aplicación de la fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario, por ello el niño que succiona con gran intensidad y de manera intermitente no causa mucho movimiento dental, mientras otro succiona de manera persistente (6 horas) origina un cambio dentario relevante. Como signos clásicos de un hábito activo se marcan: mordida abierta anterior y movimiento vestibular de los incisivos superiores, así como desplazamiento lingual de los inferiores y maxilar superior colapsado. Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial y producir deformaciones dentoesqueletales, problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. Los tratamientos disponibles hoy en día para este desorden se clasifican en: tratamiento psicológico (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos que dificulten el hábito y tratamiento farmacológico. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2.2.1 EMPUJE LINGUAL: etapa transitoria de cambio de deglución infantil a la madura, causa de maloclusión en este caso encontramos mayor presión en la lengua y menor presión en el labio pudiendo causar deformación del hueso y maloclusión dentaria. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2.2.2 RESPIRACIÓN BUCAL: síndrome de respiración bucal o facies adenoidea, ya que causa aumento en la altura inferior de la cara, labios separados, arco maxilar estrecho y alto, mordida cruzada posterior y maloclusión clase II. Deberá ser tratada por el médico en primera instancia, que

solucionara el problema nasorespiratorio y una vez suprimidas las causas de la etiología del mismo, el odontólogo podrá tratar la corrección de las anomalías producidas. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2.2.3 SUCCIÓN O MORDISQUEO DEL LABIO (QUEILOFAGIA): hábito de mordisquear o chuparse el labio por lo general el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2.2.4 ONICOFAGIA: hábito de morderse las uñas, puede producir la desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

Debido a las secuelas que pueden provocar la adopción y mantenimiento de estos hábitos, el cirujano dentista debe realizar una exploración meticulosa de la cavidad oral y exponer preguntas orientadas a identificar algún hábito, para que se instruya a los padres respecto a la afectación que pueden propiciar y de acuerdo con el caso, recomendar la intervención de un especialista (psicólogo u odontopediatría) para que de atención integral al paciente como medida preventiva. (Hernández, Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano, 2014).

2.2.3 PREVENCIÓN EN EL PERÍODO POST NATAL

HIGIENE DEL LACTANTE:

Se le enseña a la madre gestante como realizar la limpieza, permitiendo así que ella este motivada. La madre debe estar atenta cuando comience a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la

limpieza y además estrechar la relación binomio (madre - hijo). Fortalecer esta relación permite mantener la supervigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol.; diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color) se limpia la cavidad bucal con una gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares así como de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o con un cepillo suave. (Morillo, 2010).

Las madres gestantes desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de la higiene oral de sus hijos. Salud bucal materna, sus conocimientos y su actitud hacia la salud bucal infantil son fuertes indicadores de estado de salud bucal de su bebé. (Thomas, 2015).

La implementación de programas educativos para motivar a las mujeres gestantes y poner de manifiesto la conciencia sobre la importancia de la salud oral y sus implicaciones hay que destacar. (Thomas, 2015)

2.2.4 REMOCIÓN DE LA PLACA:

Iniciar la remoción de la placa a edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como en el grupo odontológico que aporte tanto información como instrucciones y esfuerzo. (García, 2012).

Los cepillos de dientes y gasa reduce significativamente la cantidad de biofilm. Toallitas de dientes son eficaces en la eliminación de biofilm de dientes anteriores de los bebés y son el método más aceptado por las madres gestantes, los cuidadores y los bebés. (Abanto, 2012).

La forma más cómoda para obtener un buen acceso es colocar al niño tumbado sobre una superficie plana con la cabeza sobre el regazo del padre, para conseguir que abra la boca es útil deslizar el dedo índice de la mano izquierda a los largo del vestíbulo inferior presionando al final de este. En los niños de bajo riesgo no es obligatorio la utilización de dentífrico, ya que dificulta la visión de los dientes, provoca la excreción de saliva y es fácil su ingestión, sin embargo en niños considerados de moderado y alto riesgo se aconseja colocar sobre el cepillo una fina capa de dentífrico desde que los dientes erupcionan. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

Es recomendable hacer el cepillado dos veces al día, brindando especial cuidado en la limpieza completa antes de acostarse, casi siempre es la hora en que se baña al infante, lo cual puede ir continuo de la limpieza bucal. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

No obstante los niños de 2 años suelen mostrar inclinación a limpiarse los dientes sin ayuda, es significativo tener en cuenta que sus movimientos finos son todavía deficientes. Por tanto los padres deben supervisar y limpiar las áreas que el niño pasa por alto. Ya a esta edad se sugiere el uso generalizado de dentífrico, limitado a la cantidad de un guisante si se usan concentraciones de flúor alrededor de 1000ppm, la razón es que a esta edad el niño ya es capaz de escupir el exceso, cosa que el niño más pequeño es incapaz de hacer. Los niños no deberían enjuagarse tras el cepillado. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

2.2.5 CEPILLO DENTAL:

Respecto a los cepillos dentales, los más recomendables para el niño son lo que poseen cerdas blandas de punta redondeada. Se aconseja un tamaño de cabezal de cepillo más pequeño y un mango más grueso que el del adulto. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

2.2.5.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO RECOMENDADAS EN NIÑOS:

Hay una tendencia a enseñar el método rotatorio porque fue el más difundido antes de la aparición del cepillo multipenacho. Se entiende por movimiento rotatorio aquel que desplaza el cabezal del cepillo de forma perpendicular a la superficie del diente y dibujando una rueda en sentido horario sin realizar giro de muñeca. (Gil, 2005).

La técnica de cepillado del niño, más que la calidad del método, lo que se pretende es que vaya adquiriendo el hábito de cepillado, además a esta edad no tienen la suficiente habilidad manual, por tanto se recomienda para el niño pequeño los métodos más sencillos: (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

2.2.5.2 TÉCNICA HORIZONTAL:

Los filamentos del cepillo se colocan en un ángulo de 90° sobre la superficie vestibular linguopalatina y masticatoria de los dientes y se le comunica una serie de movimientos repetidos de vaivén sobre toda la arcada. La cavidad oral se divide en sextantes y se deben realizar unos 20 movimientos por cada sextante. Indicaciones: Son útiles en los niños de hasta 3 años pero hay que tomar precauciones ya que se pueden producir abrasiones dentarias. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011). (Gil, 2005).

2.2.5.3 TÉCNICA DE STARKEY

Se divide la arcada dental en sextantes. Es una técnica ejecutada por los padres, colocando al niño por su espalda y apoyado sobre el pecho o la pierna del padre o tutor. Cuando el niño ya tiene más de 2 o 3 años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo. Los filamentos se dirigen en una inclinación de 45° hacia apical y se realizan movimientos horizontales unas 15 veces por sextante. El cepillo debe ser de filamentos muy suaves. Recomienda

que los padres cepillen los dientes del niño hasta que este demuestre habilidad para hacerlo solo, hasta los 8 años. (Gil, 2005).

2.2.5.4 TÉCNICA DE FONES (ROTACIÓN):

Descrito por Fones en 1934. Para las superficies vestibulares o bucales, los dientes se mantienen en oclusión (niños) o en posición de reposo (adolescentes y adultos) y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90 ° respecto a la superficie bucal dentaria. Estas superficies se dividen en 6 sectores y realizamos 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes, los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado. Para las caras oclusales, se abre la boca y se realizan movimientos de vaivén o circulares y en las caras linguopalatinas se coloca el cepillo según la técnica del cepillo separado (se gira el cabezal hasta su posición vertical) y se realizan pequeños movimientos rotatorios. Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies. (Gil, 2005).

2.2.6 CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA DENTAL:

Los agentes antimicrobianos se manejan como método auxiliar para el control de la placa en pacientes diagnosticados de alto riesgo de caries; su objetivo último es favorecer el paso de una placa dental cariogénica desfavorable a una placa no cariogénica, ecológicamente estable por supresión o reducción de las bacterias acidógenas y acidúricas. Agentes antimicrobianos: (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

2.2.6.1 CLORHEXIDINA: es uno de los compuestos más utilizados para reducir los niveles de *S. mutans*, se trata de una bis-biguanida, detergente

catiónico, es decir cargado positivamente, con una actividad antibacteriana de amplio espectro a la que el *S. mutans* es especialmente sensible, mientras que no lo es tanto al lactobacilo. En el niño la clorhexidina puede administrarse en forma de solución al 0,12%, de pasta dentífrica con concentraciones del 0,5 y 1%, en gel o barniz a concentraciones del 1%, aplicando cada tres meses hasta que se considere que ha disminuido el riesgo de caries. El uso excesivo de este compuesto puede generar tinción extrínseca, alteraciones en el gusto y descamación superficial de la mucosa bucal. La clorhexidina tiene poca capacidad de absorción en el tracto gastrointestinal y la dosis letal se estima en 2000 mg/Kg. La clorhexidina además de administrarse en niños con alto riesgo de caries, también se usa en madres con altos niveles de *S. mutans* para reducir el número en el momento que erupcionan los primeros dientes de sus hijos y así disminuir la transmisión vertical de esta bacteria. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

2.2.6.2 POVIDONA IODADA AL 10%, BETADINE: antiséptico soluble en agua y no irritante. Se sugiere la concentración al 10%, es efectiva contra los *S. mutans* lactobacilos en niños pequeños cuando se aplica en la clínica dental. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

2.2.6.3 XILITOL: presenta una mayor efectividad en la prevención de caries, reduce la formación de placa en general y la adherencia bacteriana (antimicrobiano). Para que el xilitol muestre resultados favorables es necesaria la toma de 4 a 10 gramos divididos entre 3 a 7 períodos de consumo diario. El efecto adverso es la diarrea osmótica que se produce cuando se administra cantidades cuatro a cinco veces mayores que las necesarias para la prevención de la caries dental. (Boj, Odontopediatría preventiva, 2011).

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en el período de gestación y lactancia en la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora durante el mes de mayo de 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental y principales enfermedades bucales en la salud bucal de las madres gestantes en la Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.
2. Relacionar el nivel de conocimiento de las madres gestantes evaluadas con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y edad.

HIPOTESIS:

Las madres gestantes y lactantes que acuden a la Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora no poseen conocimientos sobre salud bucal.

MATERIAL Y MÉTODOS:**TIPO DE ESTUDIO:**

El estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, porque evalúa en un momento dado el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de las gestantes.

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo está formado por 270 madres gestantes, que acuden a la Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora para sus controles prenatales durante el mes de Mayo de 2016.

La muestra está formada por 129 madres gestantes que deberán cumplir con los criterios de selección.

Fórmula para Calcular Muestras

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q} \quad \text{donde,}$$

k= es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. Usualmente se utiliza 1,96 (NC = 95%)

Tabla 1: Fórmula para calcular la muestra.

Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	97,50%	99%
Valor de k	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,24	2,58

N= Población
p= proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Normalmente se obtiene de la prueba piloto.
q= proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.
e= es el error muestral deseado.

Cálculo automático del tamaño de la muestra

Ingrese los datos a continuación:

Tabla. 2: Resultado total de la muestra.

Nivel de Confianza (NC)	95%
Población (N)	270
Proporción (p)	0,8
Error deseado (e)	5%

Constante (k)	1,96
Proporción (q)	0,2

Tamaño de la Muestra es:	129
---------------------------------	-----

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En este estudio se consideraran a todas las madres primigestas del 1ro, 2do y 3er trimestre que acuden a su control de embarazo en la Consulta Externa del Hospital que no presenten ninguna enfermedad sistémica, aquellas con cambios morfológicos compatibles con la gestación y que haya firmado su consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Aquellas gestantes que presentaran alguna alteración sistémica, física o mental y sean multigestas.

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO:

El proceso de recolección de datos se realizara mediante la aplicación de una encuesta. Esta encuesta consta de 17 preguntas estructuradas sobre conocimientos, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de este proyecto. (Anexo 1)

La encuesta será entregada a las madres gestantes que cumplan con los criterios del estudio en la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Antes de realizar la encuesta se les explicara a las madres gestantes cómo deben responder las preguntas, las respuestas de completar serán escritas en las líneas para cada respuesta, y las respuestas de opción múltiple serán colocadas dentro del paréntesis con una X; y después de obtener la información deseada para esta investigación se les ofrecerá una charla de motivación y educación en higiene bucal.

Todo este proceso se realizara con la supervisión y la coordinación del personal de salud designada por el Dr. Humberto Navas Gerente Médico del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio es solo observacional y no involucra el trabajo directo en el paciente, por lo que los sujetos no son sometidos a ningún riesgo. La selección de los sujetos es equitativa, tomando en cuenta los objetivos de la investigación, las circunstancias en las cuales se llevará a cabo, los problemas especiales que presente con grupos vulnerables, el criterio de selección y los procedimientos de reclutamiento. El consentimiento informado será solicitado y debidamente documentado respecto de cada persona. El plan de investigación, toma los recaudos adecuados para cuidar los datos recogidos y garantizar la confidencialidad y protección de los sujetos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El análisis que se realizó en las preguntas se conoce como "Análisis de Frecuencias".

En estadística, la frecuencia (o frecuencia absoluta) de un evento (i), es el número de veces (n_i) que dicho evento se repite durante un experimento o muestra estadística. Comúnmente, la distribución de la frecuencia suele visualizarse con el uso de tablas, gráficos o histogramas.

RESULTADOS:

En el análisis de los resultados podemos analizar lo siguiente:

Datos generales:

- **EDAD:**

La gran mayoría de las encuestadas se encuentran en una edad de 20 años promedio.

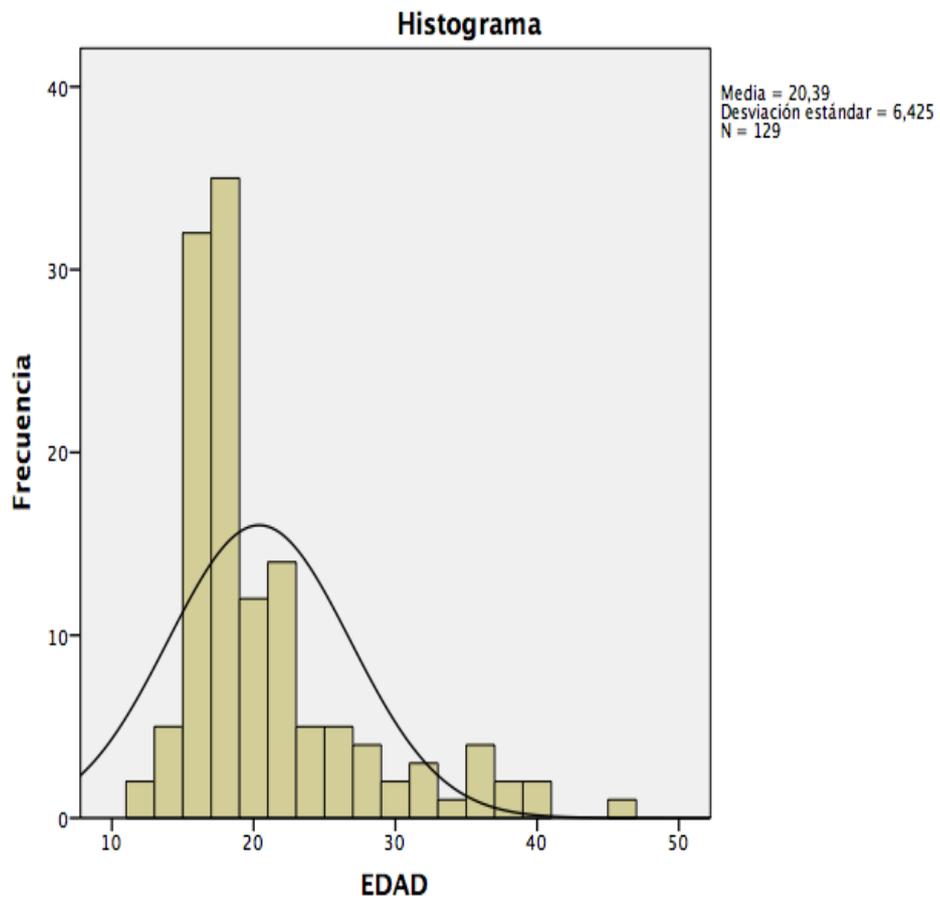


Figura. 1: Gráfico sobre respuestas obtenidas de edad.

- **CUANTAS SEMANAS DE EMBARAZO TIENE:**

Las encuestadas en conjunto se encuentran en la semana 27 de embarazo.

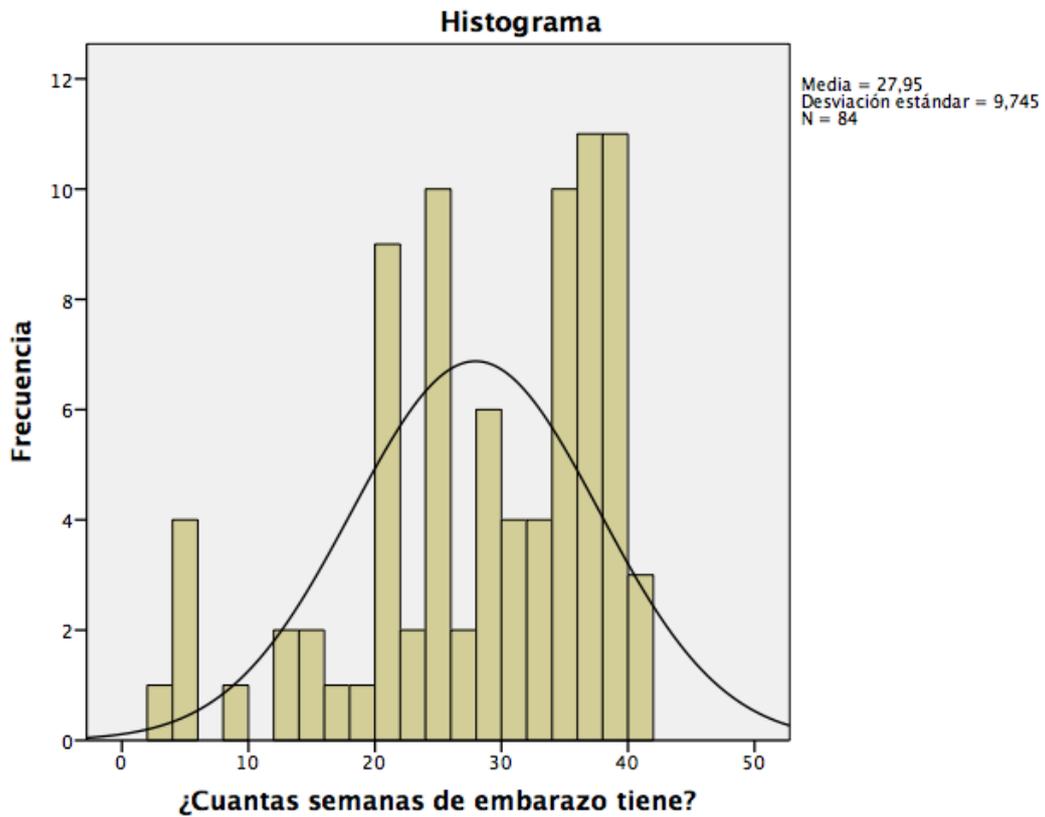


Figura. 2: Gráfico de respuestas obtenidas de acuerdo a cuantas semanas de embarazo tiene.

- **SECTOR DONDE VIVE:**

Podemos observar que el 47.62% de las encuestadas pertenecen al Sur, el 25.40% al Norte, el 13.49% al Centro, el 8,73% al Este y el 4,76% al Oeste de la Ciudad de Quito.

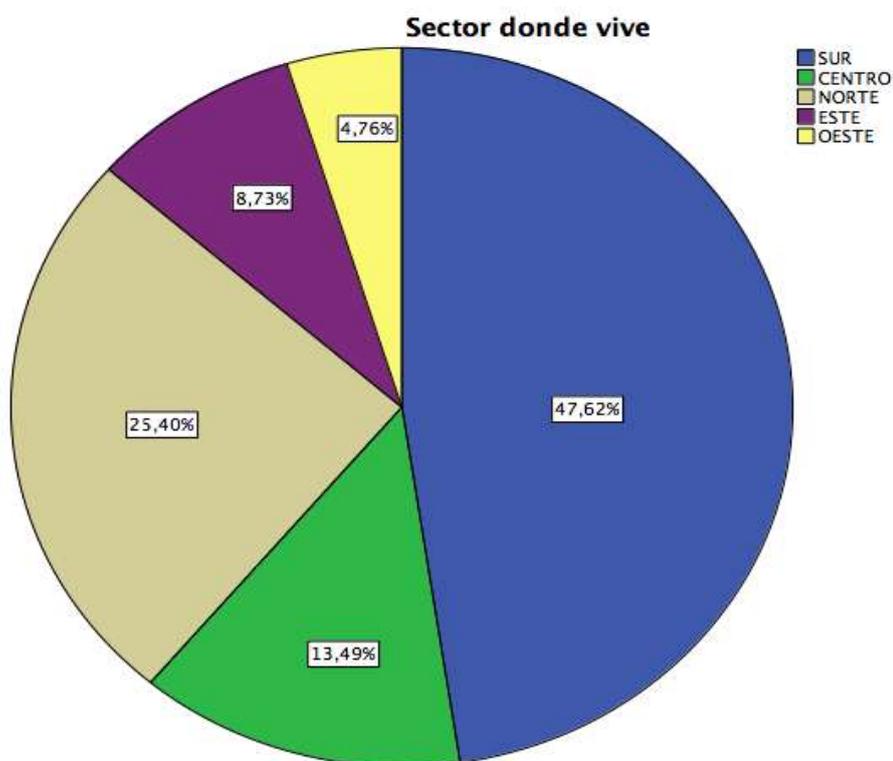


Figura.3: Gráfico de respuestas obtenidas al sector donde vive.

- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

Se observa que el 69.09% de las encuestadas están en un grado de instrucción de Secundaria, el 21.82% en Superior y el 9.09% en Primaria.



Figura 4: Gráfico de respuestas obtenidas de acuerdo al grado de instrucción.

- **QUÉ TIPO DE PARTO TIENE PLANIFICADO: PARTO NORMAL O CESÁREA:**

El 70.54% de las encuestadas tienen planificado un parto normal, el 19.38% cesárea y el 10.08% aun no planifica su parto.

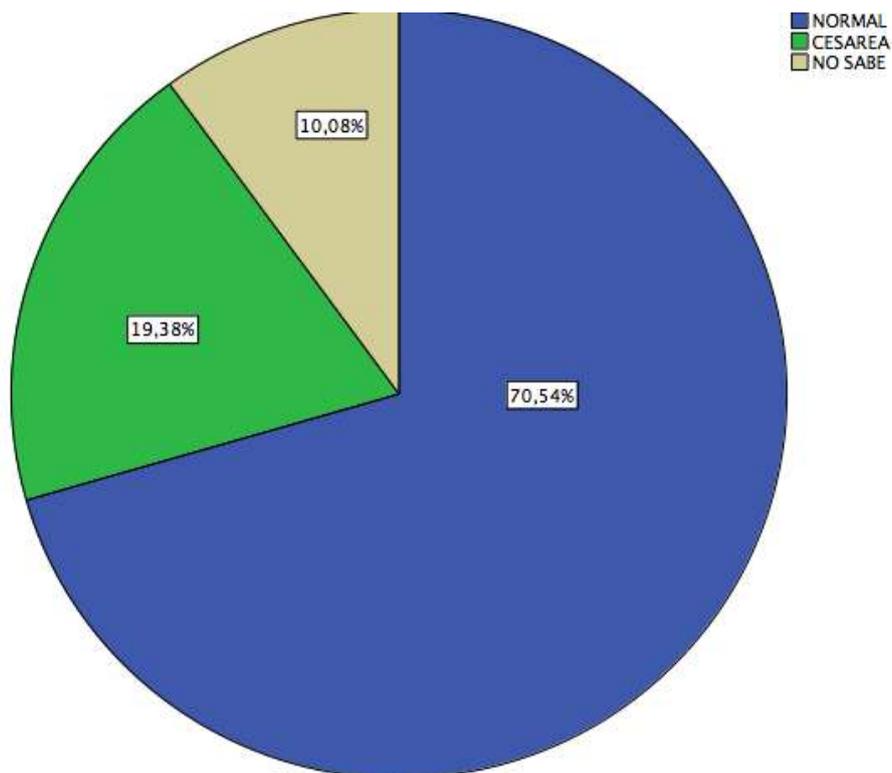


Figura. 5: Gráfico de respuestas obtenidas al tipo de parto que tiene planificado.

Datos específicos:

PREGUNTA 1: ¿HA IDO ALGUNA VEZ AL DENTISTA?

El 92.97% de las encuestadas responde haber ido alguna vez al Odontólogo mientras que el 7.03% no ha ido a una consulta con el Odontólogo.

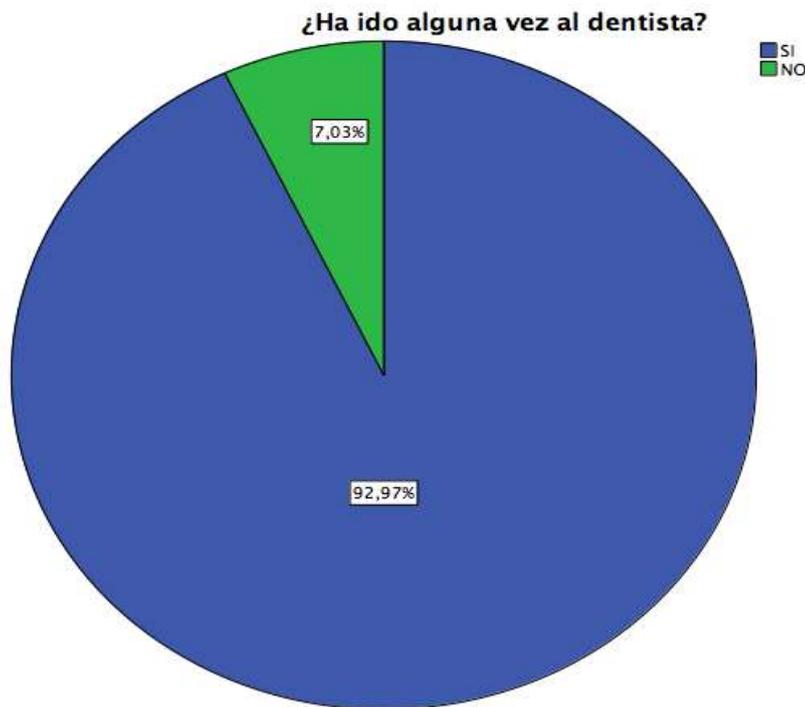


Figura. 6: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 1.

PREGUNTA 2: ¿ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO?

El 58.91% de las encuestadas no está recibiendo un tratamiento odontológico, mientras que el 41.09% está en tratamiento odontológico.

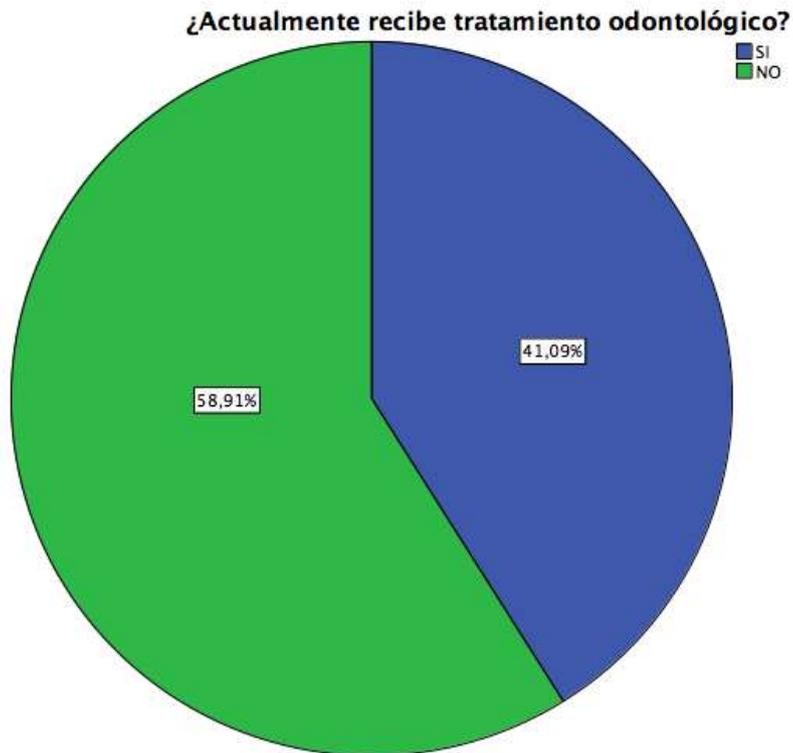


Figura. 7: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 2.

PREGUNTA 3: RESPONDA EL MOTIVO DE SU ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO.

Se determina que el 42.50% de las encuestadas acuden al Odontólogo por una consulta, el 23.33% por curaciones, el 12.50% por profilaxis y dolor de muela, el 5.00% acude a la consulta por diferentes razones y el 4.17% por extracciones dentales.

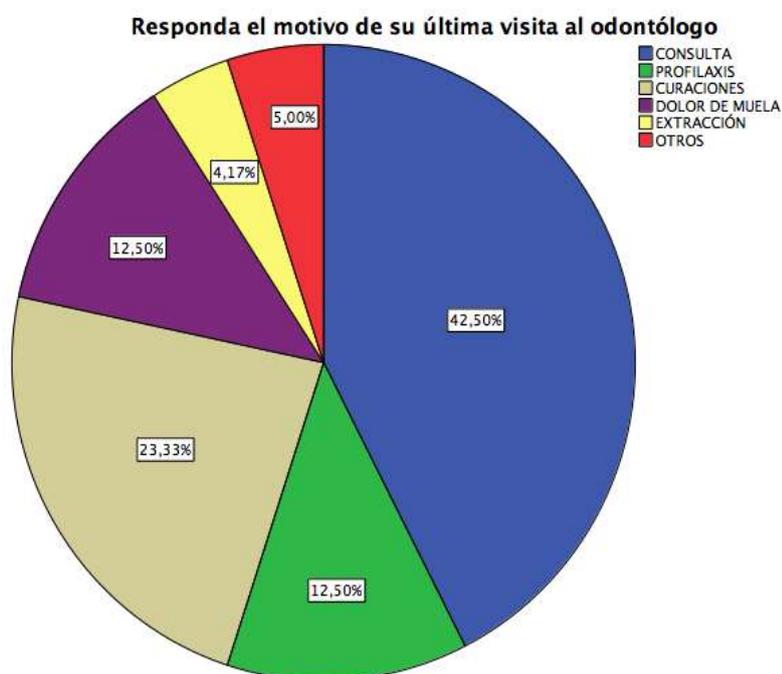


Figura 8: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 3.

PREGUNTA 4: ¿CUÁNDO TIENE QUE CEPILLARSE LOS DIENTES?

El 84.43% de las encuestadas responde que se cepilla los dientes 3 veces al día, el 11.48% dos veces al día y el 4.10% una vez al día.

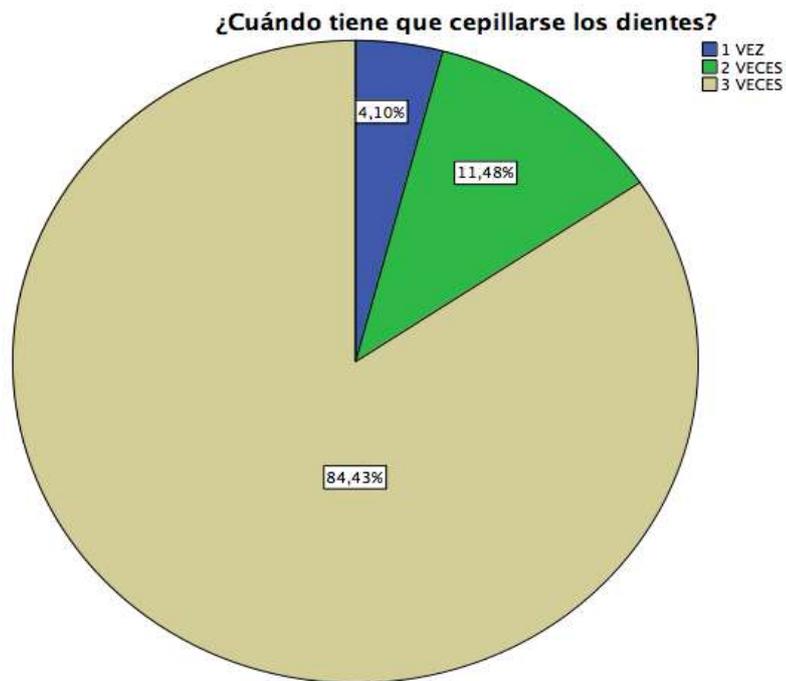


Figura. 9: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 4.

PREGUNTA 5: ¿CREE USTED QUE LA ALIMENTACIÓN QUE TIENE DURANTE SU EMBARAZO AFECTA LOS DIENTES DE SU HIJO?

Se evidencia que el 50.39% de las encuestadas cree que la alimentación durante su embarazo no afecta los dientes de su hijo y el 49.61% piensa que si afecta los dientes de su futuro hijo.

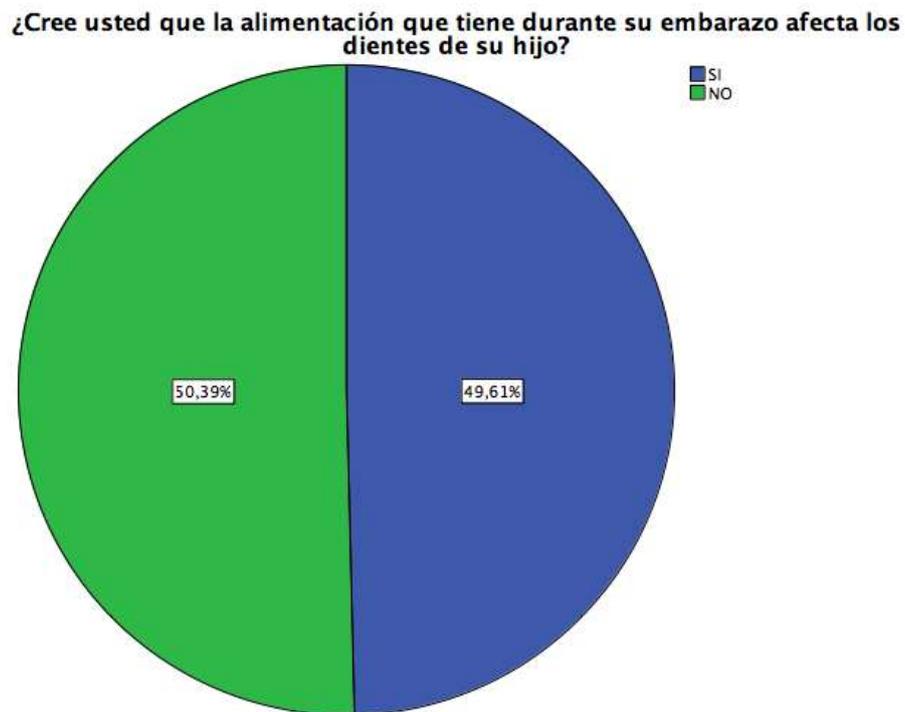


Figura. 10: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 5.

PREGUNTA 6: ¿CONSIDERA AL FLÚOR IMPORTANTE PARA LOS DIENTES DE SU FUTURO HIJO?

El 72.87% de las encuestadas responde que si considera importante el flúor para su futuro hijo, mientras que el 27.13% piensa que no es importante el flúor para su futuro bebé.

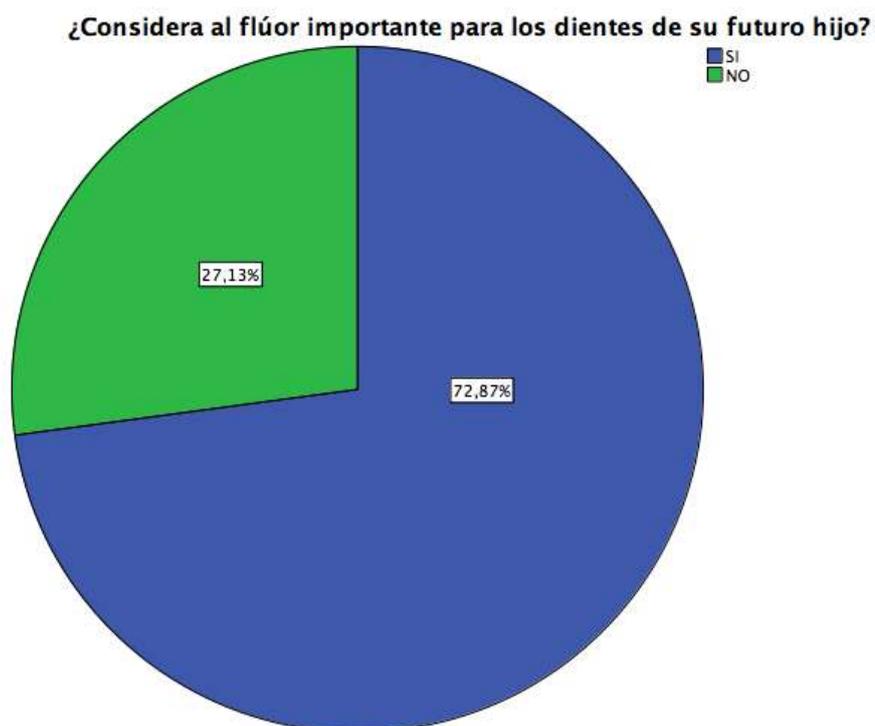


Figura. 11: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 6.

PREGUNTA 7: ¿USTED DARÍA CHUPÓN A SU HIJO?

Se puede deducir que el 67.44% de las encuestadas no daría chupón a su hijo y el 32.56% responde que si daría chupón a su bebé.

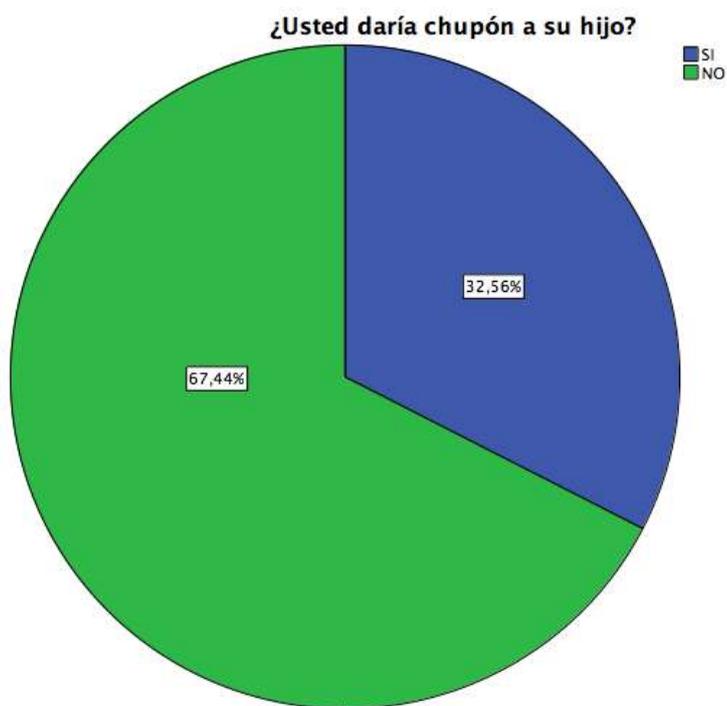


Figura. 12: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 7.

PREGUNTA 8: ¿CUÁNDO CONSIDERA USTED QUE DEBE LLEVAR A SU HIJO POR PRIMERA VEZ AL DENTISTA?

El 61.24% de las mujeres encuestadas considera que debe llevar a su hijo por primera vez al dentista cuando le salga su primer diente, el 21.71% cuando le nazcan todos sus dientes, el 9.30% cuando nace el bebé, el 4.65% cuando le duela algo y el 3.10% no le llevaría porque son dientes de leche.

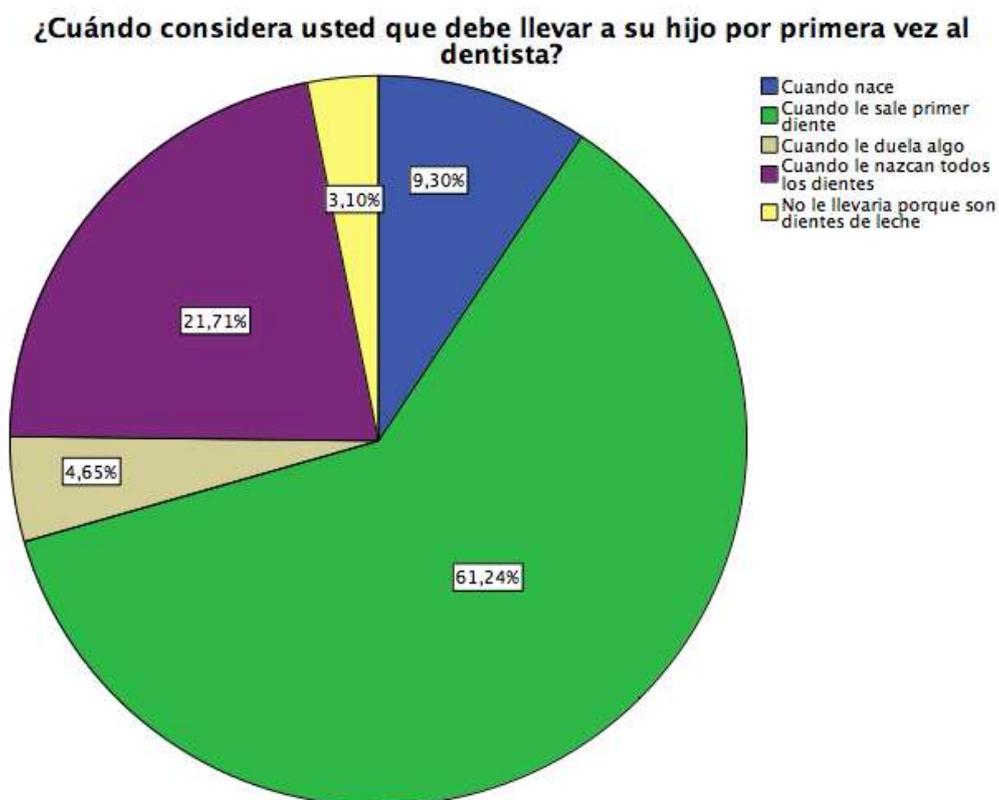


Figura. 13: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 8.

PREGUNTA 9: ¿CONSIDERA USTED QUE LA CARIES ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA?

Podemos observar que el 66.67% de las encuestadas piensa que la caries no es una enfermedad contagiosa, mientras que el 33.33% piensa que la caries si es una enfermedad contagiosa.

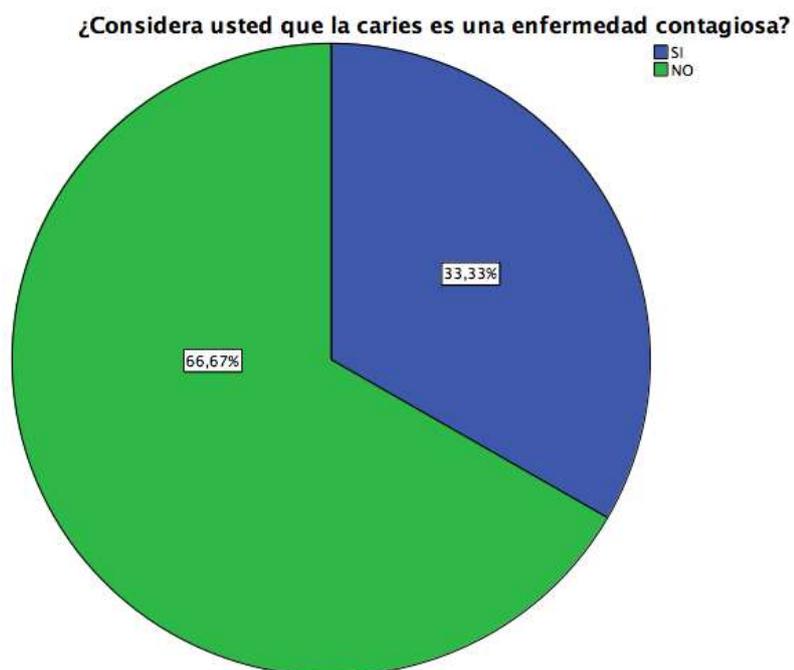


Figura 14: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 9.

PREGUNTA 10: ¿CONSIDERARÍA CORRECTO BESAR A SU HIJO EN LA BOCA?

El 76.74% de las encuestadas confiesa que no es correcto besar a su hijo en la boca y el 23.26% considera correcto besarle a su hijo en la boca.

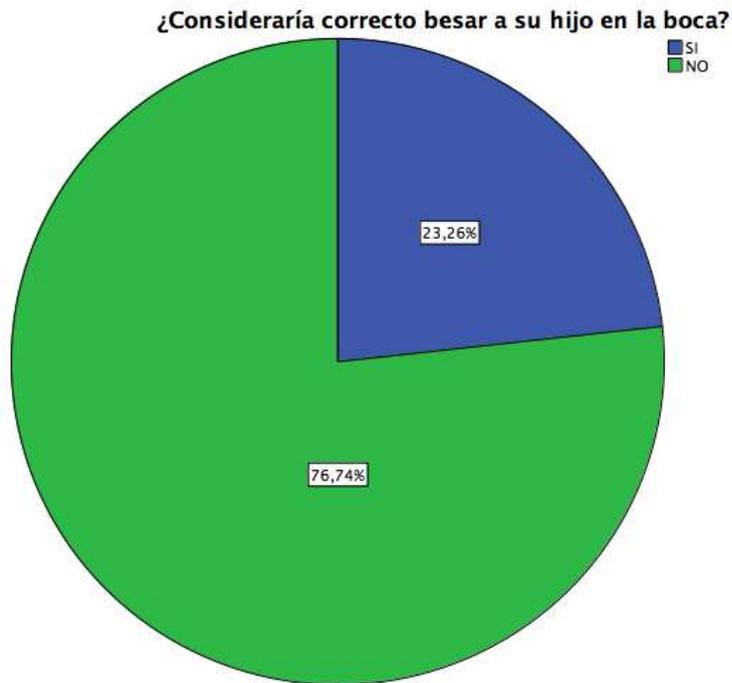


Figura. 15: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 10.

PREGUNTA 11: ¿CONSIDERA CIERTO QUE “POR CADA EMBARAZO, SE PIERDE UN DIENTE”?

El 83.72% de las encuestadas considera que no es cierto que por cada embarazo se pierde un diente, mientras que el 16.28% considera que si es cierto que por cada embarazo se pierde un diente.



Figura. 16: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 11.

PREGUNTA 12: ¿CONSIDERA QUE LOS MEDICAMENTOS TOMADOS DURANTE EL EMBARAZO PODRÍAN AFECTAR LOS DIENTES DE SU HIJO?

El 61.24% de las encuestadas no piensa que los medicamentos tomados durante el embarazo pueden afectar los dientes de su hijo, mientras que el 38.76% si considera que los medicamentos tomados durante el embarazo pueden afectar los dientes de su futuro bebé.

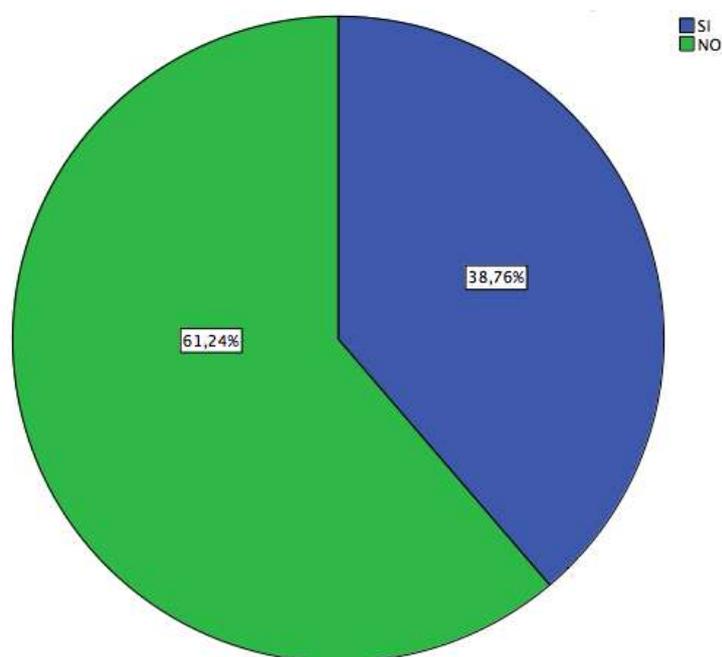


Figura. 17: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 12.

PREGUNTA 13: ¿EN QUÉ TRIMESTRE DE EMBARAZO DEBE ACUDIR A UNA REVISIÓN POR EL ODONTÓLOGO?

El 34.13% de las encuestadas acudiría a una revisión por el odontólogo en su primer trimestre de embarazo, el 24.60% acudiría a una revisión odontológica en los tres trimestres de embarazo, el 19.95% en el segundo trimestre de embarazo, el 12.70% acudiría a la consulta solo si presenta dolor y el 9.52% acudiría a la consulta con el odontólogo en el tercer trimestre de embarazo.

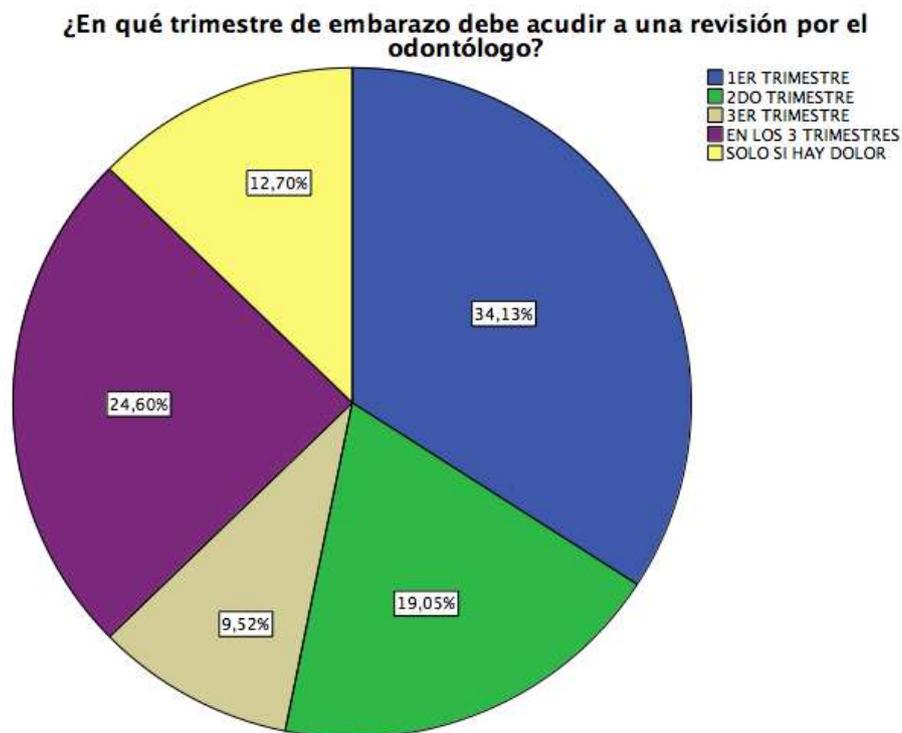


Figura. 18: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 13.

PREGUNTA 14: ¿SABE EN QUÉ SEMANA DEL EMBARAZO SE FORMAN LOS DIENTES DE SU HIJO?

El 49.47% de las encuestadas responde que se forman los dientes de su hijo en la octava semana de gestación, el 28.42% en la sexta semana de gestación, el 15.79% en la cuarta semana de gestación y el 6.32% responde que los dientes de su hijo se forman en la segunda semana de gestación.



Figura. 19: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 14.

PREGUNTA 15: ¿SABE CUÁNDO NACE EL PRIMER DIENTE DE SU BEBÉ?

Podemos apreciar que el 51.67% de las encuestadas responden que el primer diente de su bebé nace a los seis meses de vida, el 24.17% al primer año de vida, el 18.33% no sabe cuándo nace el primer diente de su bebé, el 3.33% responde al segundo año de vida y el 2.50% responde que el primer diente de su bebé nace al año y medio de vida.



Figura. 20: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 15.

PREGUNTA 16: ¿EN QUÉ MOMENTO CREE USTED QUE DEBE REALIZARLE LA HIGIENE BUCAL A SU HIJO?

Se puede observar que el 56.03% de las encuestadas le realizarían la higiene bucal a su hijo cuando le salgan los dientes, el 15.52% después de cada comida, el 8.62% desde que nace, el 3.45% cuando le salga el primer diente y el 2.59% responde que no sabe o que tal vez le realizaría la higiene bucal a su hijo al año de vida.

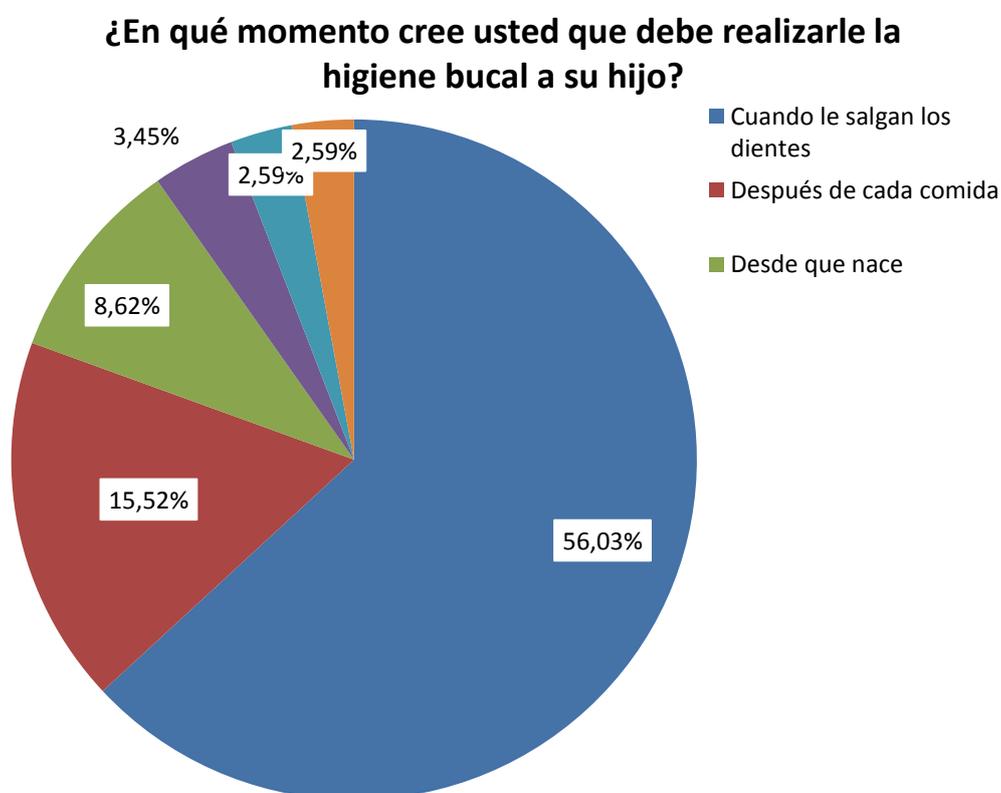


Figura. 21: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 16.

PREGUNTA 17: ¿CÓMO LE REALIZARÍA LA HIGIENE BUCAL A SU HIJO?

El 23.21% de las encuestadas responde que le realizaría la higiene bucal a su hijo con un cepillo de dientes adecuado, el 16.96% con pasta dental y cepillo tres veces al día, el 8.93% cepillando los dientes, el 8.04% con gasas húmedas o como el odontólogo le indique, el 5.36% responde que no sabe cómo le realizaría la higiene bucal a su hijo, el 4.46% responde que utilizaría suero fisiológico y pasta dental de niños aplicándola con el dedo y el 3.57% indica que utilizaría agua y algodón para la limpieza bucal de su hijo.

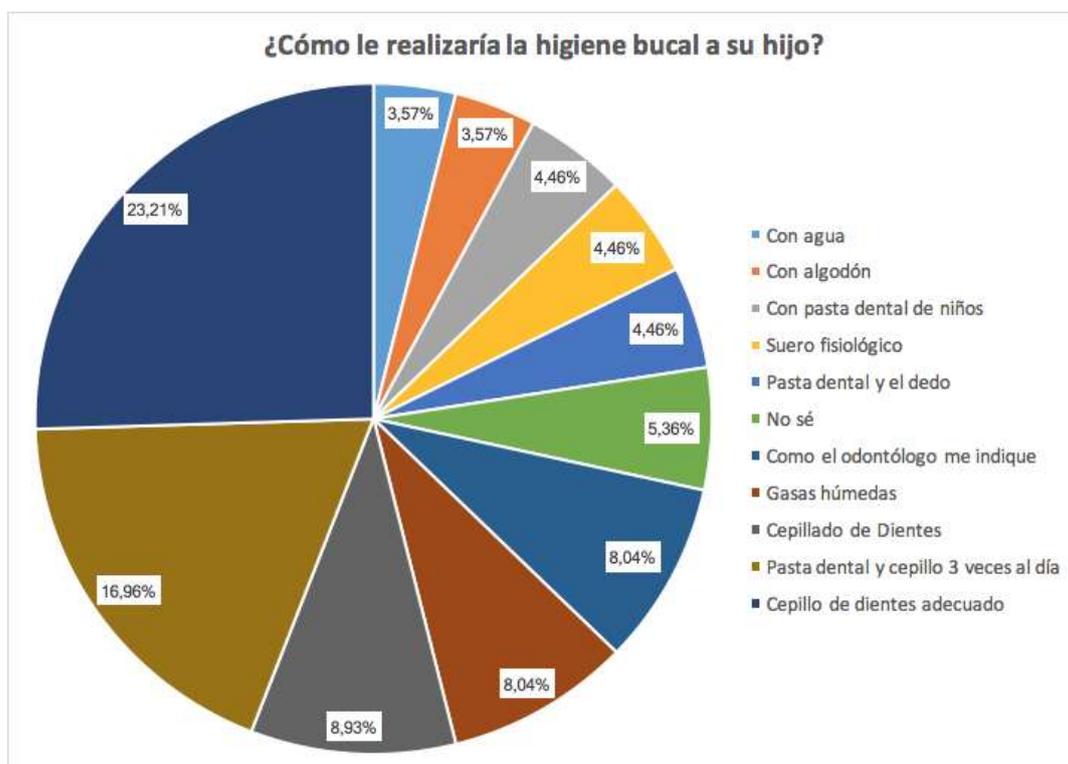


Figura 22: Gráfico de respuestas obtenidas de la pregunta 17.

DISCUSIÓN:

Esta investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento de las pacientes de Consulta Externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora sobre los cuidados bucales durante el período de gestación y de lactancia. Sobre todo, se pretendió evaluar su conocimiento en salud bucal mediante preguntas abiertas y preguntas de opción múltiple. Al comparar con otros estudios realizados podemos discutir los siguientes en base a los resultados obtenidos:

En el trabajo realizado por (Sierra C. , 2008) que evaluaron los Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas el 36,6 % había recibido atención o se encontraba recibiendo tratamiento en el momento de realizada la encuesta y el 63.4% no se encontraba en tratamiento odontológico mientras que en nuestro estudio el 58.91% de las gestantes no está recibiendo un tratamiento odontológico, mientras que el 41.09% está en tratamiento odontológico lo que nos indica que un porcentaje mayor de las encuestadas no reciben un tratamiento odontológico en el período de gestación y lactancia.

En el estudio realizado por (Núñez, 2013) que analizo el Nivel de Conocimiento de salud oral y utilización de GES Odontológico en puérperas atendidas en una clínica privada, Santiago, Chile. Un 78,9% de las puérperas tiene conocimientos relacionados con prevención en salud oral, sin embargo son escasos los conocimientos sobre crecimiento y desarrollo dental de su hijo, como por ejemplo el saber cuándo se forman y cuantos dientes tendrá su hijo 30,1%. En comparación a nuestro estudio lo que se determina es que la gran mayoría de las examinadas que consta del 51,67% tiene un conocimiento sobre salud bucal, mientras que tan solo el 18,33% de las encuestadas no tiene conocimiento en cuanto a salud bucal, lo que es parecido al estudio realizado por (Núñez, 2013).

De acuerdo al estudio Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. Consultorio La California, realizado por (Yero I. , 2013) el 73,2%

respecto a las urgencias estomatológicas en las embarazadas sobre gingivitis y caries dental a comparación a mi estudio el 66,67%, se puede evidenciar que los resultados son casi parecidos en donde indican que la caries no es una enfermedad contagiosa. El 63,4% referente a los hábitos sobre dieta cariogénica o alimentación llevada durante el embarazo en el estudio realizado por (Yero I. , 2013) y mi estudio el 50,39% dan resultados similares, en donde las encuestadas responden que no afectaría su alimentación llevada durante su embarazo a los dientes de su futuro bebé.

De acuerdo al artículo Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año realizado por (Martínez, 2013) y de acuerdo a mi estudio se determina que el 85% de las encuestadas conocen sobre medidas de prevención en salud bucal y que deben cepillarse los dientes tres veces al día. De acuerdo a que por cada embarazo se pierde un diente este artículo tiene como resultado que el 50% de las mujeres encuestadas consideran cierto esta afirmación, mientras que en mi estudio los resultados fueron negativos ya que 83.72% de las mujeres encuestadas hace referencia que eso es un mito. Acorde a este articulo y a mi estudio sobre que a los niños se les debe cuidar los dientes desde que sale el primero, ya que antes, según las participantes no es necesario ningún cuidado en la cavidad bucal nos indica que el 56.03% esperarían a que salga el primer diente para realizar su higiene bucal. Además se mostró que ambos estudios el 50% del total de mujeres encuestadas tienen conocimientos favorables en relación con el brote dentario. Referente a la higiene bucal de su bebé plantearon que la cavidad bucal del niño debía limpiarse una vez al día, con agua hervida, y de acuerdo a mi estudio determinan que la higiene bucal de su bebé lo realizarían tres veces al día con pasta y cepillos especiales para bebés, con suero fisiológico, con agua y algodón y como su odontólogo de confianza lo indique. En relación a este articulo y a mi estudio coinciden sobre algunas medidas para prevenir las maloclusiones referidas a los hábitos nocivos como la succión del pulgar y el uso del biberón ya que el 76.74% de las encuestadas no darían chupón a sus futuros bebés.

De acuerdo al estudio realizado por (Gaffar, 2016) sobre Asociación entre el conocimiento de la salud oral y las prácticas de las mujeres embarazadas sauditas en Dammam, Arabia Saudita. El 18% considera que visitaría al odontólogo los tres trimestres de gestación y así adquirir conocimientos sobre prevención en salud bucal, mientras que mi estudio revelo que el 34,13% de las encuestadas visitaría al odontólogo en su primer trimestre de embarazo y casi el 20% de las encuestadas responden que acudirían a la consulta por el Odontólogo en el segundo trimestre de embarazo lo que es correcto y es seguro para la mamá y la el futuro bebé, además de acudir en los tres trimestres por temas preventivos.

CONCLUSIONES:

- La mayoría de las encuestadas obtuvieron el 55% sobre conocimiento en salud bucal durante su período de gestación y lactancia.
- El rango de edad más frecuente fue de 20 años promedio, en conjunto se encuentran en la semana 27 de embarazo, el 73% de las encuestadas pertenecen al Norte y Sur de la ciudad de Quito, el grado de instrucción más predominante fue la secundaria y la gran mayoría dijo haber planificado su parto como parto normal.
- El motivo más frecuente por el que las encuestadas acuden a la visita Odontológica es por consulta, curaciones, profilaxis y dolor de muela.
- El 50.40% de las encuestadas piensa que la alimentación llevada durante su gestación no afectaría los dientes de su futuro bebé.
- Se encontró una relación entre lo siguiente: actualmente no reciben tratamiento odontológico, no darían chupón a su futuro bebé, la caries no es una enfermedad contagiosa, no consideran correcto besar en la boca a sus hijos, no consideran cierto que por cada embarazo se pierde un diente y piensan que la alimentación y la medicación llevada durante su embarazo no afectaría los dientes de su futuro bebé.
- Gran parte de las encuestadas responden que acudirían a la consulta odontológica en el primer trimestre de embarazo, seguido de este porcentaje afirman acudir a la consulta odontológica los tres trimestres de embarazo y casi el 20% de las encuestadas responden que acudirían a la consulta por el Odontólogo en el segundo trimestre de embarazo lo que es correcto y es seguro para la mamá y la el futuro bebé, además de acudir en los tres trimestres por temas preventivos.
- La mitad de las encuestas responden que los dientes de su bebé se forman a la 8va semana de vida intrauterina, y que el primer diente en erupcionar sale a los 6 meses lo que es correcto.

RECOMENDACIONES:

- Realizar más charlas sobre promoción y prevención en salud bucal en mujeres gestantes de los diferentes hospitales públicos y privados del país.
- Dentro de los hospitales en el área de Ginecología Obstétrica deberían introducir al Odontólogo para asegurar que tanto como madre y padre reciban un reconocimiento dental sobre tratamiento durante la gestación.
- En la clínica de nuestra Universidad realizar promoción y prevención sobre salud bucal en las pacientes gestantes que acudan a nuestras instalaciones.
- Concientizar a toda la comunidad de pacientes gestantes que el mejor período para recibir tratamiento odontológico es en el segundo trimestre de gestación, además de acudir en los tres trimestres por temas preventivos.

CRONOGRAMA:

	Mes			
	1	2	3	4
Inscripción del tema (inicio de TIT)	X			
Planificación (revisión de texto con tutor)	X			
Prueba Piloto		X		
Recolección definitiva de la muestra		X		
Análisis de resultados			X	
Redacción de la discusión			X	
Redacción del texto final			X	
Presentación del borrador a los correctores			X	
Entrega del empastado				X
Segunda entrega a los profesores correctores				X

PRESUPUESTO:

RUBROS	VALOR
Equipos	-
Materiales y Suministros	\$70.00
Viajes Técnicos	\$5.00
Subcontratos y servicios (Ej. Estadístico)	\$100.00
Recursos Bibliográficos y Software	-
Entrega final de la tesis (borradores y empastado)	\$70.00
Transferencia de resultados (Publicaciones o eventos)	-
Total	\$245.00

REFERENCIAS

- Abanto, J. (2012). Effectiveness of tooth wipes in removing babies' dental biofilm. *PubMed*, 319 - 326.
- Boj, J. (2011). Desarrollo y erupción dentaria. In *Odontopediatría La evolución del niño al adulto joven* (pp. 69 - 84). España: Ripano.
- Boj, J. (2011). Odontopediatría preventiva. In *Odontopediatría La evolución del niño al adulto joven* (pp. 225 - 241). Madrid: Ripano.
- Carranza, F. A. (2010). Control de palca para el paciente periodontal. In *Periodontología clínica* (pp. 735 - 736). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Control de placa para el paciente periodontal. In *Periodontología clínica* (pp. 728 - 733). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Control de placa para el paciente periodontal. In *Periodontología clínica* (pp. 733 - 734). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Control de placa para el paciente periodontal. In *Periodontología clínica* (p. 734). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Control de placa para el paciente periodontal. In *Periodontología clínica* (pp. 740 - 741). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Tratamiento periodontal en la mujer. In *Periodontología clínica* (pp. 641 - 642). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Tratamiento periodontal en la mujer. In *Periodontología clínica* (p. 642). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Tratamiento periodontal en la mujer. In *Periodontología clínica* (p. 642). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Carranza, F. A. (2010). Tratamiento periodontal en la mujer. In *Periodontología clínica* (p. 642). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Castellanos, J. (2002). Manejo dental de los pacientes con enfermedades sistémicas. In *Medicina en Odontología* (pp. 357 - 386). México: Manual Moderno.
- Castellanos, J. (2002). Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. In *Medicina en odontología* (pp. 305 - 318). México: Manual Moderno.
- Coca, A. M. (2011). Intervención educativa en salud bucal para gestantes. *Scielo*, 1025-0255.
- Díaz, R. (2001). Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. *ADM*, 68 - 73.

- Dobarganes, A. (2011). Intervención educativa en salud bucal para gestantes. *Revista Archivo Médico de Camagüey*.
- Fermin A. Carranza. (2010). Tratamiento periodontal en la mujer. In *Periodontología clínica* (p. 639). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA.
- Fermin A. Carranza. (2010). Tratamiento periodontal en la mujer . In *Periodontología clínica* (p. 641). México: McGraw-Hill INTERAMERICANA .
- Fernandez, O. (2010). Atención odontológica en la mujer embarazada. *Investigación materno infantil*, 80 - 84.
- Gaffar, B. (2016). Association between oral health knowledge and practices of Saudi pregnant women in Dammam, Saudi Arabia. *PubMed*.
- García, N. (2012). Estado de salud periodontal en embarazadas. *Medisan*.
- Gil, F. (2005). Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia y Osteointegración* , 43 - 58.
- González, M. (2002). Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados . *Revista Cubana de Estomatología*.
- Hernández, J. D. (2014). Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano. In *Promoción y educación para la salud en Odontología* (p. 131). México: Manuel Moderno.
- Hernández, J. D. (2014). Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano. In *Promoción y educación para la salud en Odontología* (pp. 130- 133). México: Manual Moderno.
- Hernández, J. D. (2014). Promoción de la salud bucal en los diferentes periodos del desarrollo humano. In *Promoción y educación para la salud en Odontología* (pp. 134 - 138). México: Manual Moderno.
- Juliana Andrade Cardoso. (2013). Oral granuloma gravidarum. *Journal of Applied Oral Science*.
- Juliana Andrade Cardoso. (2013). Oral granuloma gravidarum. *Journal of Applied Oral Science*.
- Juliana Andrade Cardoso. (2013). Oral granuloma gravidarum. *Journal of Applied Oral Science*.
- Julissa Janet Robles Ruíz. (2014). Enfermedad peridontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino . *Rev Estomatol Herediana*, 27 - 28.
- Julissa Janet Robles Ruíz. (2014). Enfermedad peridontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino . *Rev Estomatol Herediana*, 27 - 28 .
- Julissa Janet Robles Ruíz. (2014). Enfermedad periodontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino. *Rev Estomatol Herediana*, 27 - 28.

- Lauer, C. (2006). Without risks and side effects. *PubMed*, 718 - 724.
- Lindhe, J. (2011). Control químico de la placa supragingival. In *Periodontología clínica e Implantología Odontológica* (pp. 734 - 765). Buenos Aires: Panamericana.
- Lindhe, J. (2011). Evaluación de riesgo del candidato para recibir tratamiento con implantes. In *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica* (pp. 634 - 651). Buenos Aires: Panamericana.
- Martínez, J. (2013). Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. . *SciELO - Revista Cubana de Estomatología*.
- Morillo, B. (2010). LACTANCIA MATERNA Y RELACIÓN MATERNO FILIAL EN MADRES ADOLESCENTES. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería* , 1 - 9.
- Núñez, J. (2013). Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Puérperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. *SciELO - International journal of odontostomatology*.
- Pérez, A. (2011). Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Revista Cubana de Estomatología*.
- Rodriguez, A. (2013). Factores de riesgo en enfermedades bucales en gestantes. *Ciencias Médicas*.
- Romo, F. (2011). El rol de los Odontólogos en la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria. In *Tópicos de Odontología Integral* (pp. 41 - 57). Chile: Gráfica Metropolitana.
- Schorge, J. (2011). Fisiología materna. In *Ginecología de Williams* (pp. 107 - 131). Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Sierra, C. (2008). Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. *Ciencias Médicas*.
- Sierra, C. (2008). Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. *SciELO - Revista Cubana de Estomatología*.
- Thomas, A. (2015). Evaluation of the knowledge and attitude of expectant mothers about infant oral health and their oral hygiene practices. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*.
- Valena, V. (2002). Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Australian Dental*, 106 - 115.
- Vega, A. D. (2014). El embarazo y la placa bacteriana . e *Mujeres La red de mujeres*.

Wolf, H. (2005). Periodontitis. In *Periodoncia* (pp. 95 - 118). Barcelona: Masson.

Yero, I. (2013). Conocimiento sobre salud buco - dental de las embarazadas. *Gaceta Médica Espirituana*.

Yero, I. (2013). Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. Consultorio La California. *SciELO - Gaceta Médica Espirituana*.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA

TEMA: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA SOBRE LOS CUIDADOS BUCALES DURANTE EL PERÍODO DE GESTACIÓN Y DE LACTANCIA

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en el período de gestación y lactancia en la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

1. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

1. Edad:.....años
2. Cuantas semanas de embarazo tiene:.....
3. Sector donde vive:.....
4. Grado de instrucción:.....
5. Qué tipo de parto tiene planificado: parto normal () cesárea ()

II. DATOS ESPECIFICOS:

1.Ha ido alguna vez al dentista:

Si () No ()

2. Actualmente recibe tratamiento odontológico:

Si () No ()

3. Responda el motivo de su última visita al odontólogo:

Consulta ()

Profilaxis ()

Curaciones ()

Dolor de muelas ()

Extracción ()

Otros

4. ¿Cuándo tiene que cepillarse los dientes?

1 vez al día ()

2 veces al día ()

3 veces al día ()

Más de 3 veces al día ()

5. ¿Cree usted que la alimentación que tiene durante su embarazo afecta los dientes de su hijo?

Si () No ()

6. ¿Considera al flúor importante para los dientes de su futuro hijo?

Si () No ()

7. ¿Usted daría chupón a su hijo?

Si () No ()

8. ¿Cuándo considera usted que debe llevar a su hijo por primera vez al dentista?

Cuando nace ()

Cuando le sale su primer diente ()

Cuando le duela algo ()

Cuando le nazcan todos sus dientes ()

No lo llevaría porque son dientes de leche ()

9. ¿Considera usted que la caries es una enfermedad contagiosa?

Si () No ()

10. ¿Consideraría correcto besar a su hijo en la boca?

Si () No ()

11. ¿Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”?

Si () No ()

12. ¿Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo podrían afectar los dientes de su hijo?

Si () No ()

13. ¿En qué trimestre de embarazo debe acudir a una revisión por el odontólogo?

1er Trimestre ()

2do Trimestre ()

3er Trimestre ()

En los 3 trimestres ()

Solo si hay dolor ()

14. ¿Sabe en qué semana del embarazo se forman los dientes de su hijo?

2da semana ()

4ta semana ()

6ta semana ()

8va semana ()

15. ¿Sabe cuándo nace el primer diente de su bebé?

A los 6 meses ()

Al año ()

Al año y medio ()

A los 2 años ()

No sabe ()

16. ¿En qué momento cree usted que debe realizarle la higiene bucal a su hijo?

17. ¿Cómo le realizaría la higiene bucal a su hijo?

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN:

QUITO, 26 de abril de 2016

Señor Doctor

Eduardo Flores

Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas.

Presente

Estimado Doctor:

Por medio de la presente me dirijo a usted como Isaac Velasco estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas, con la finalidad que se me permita realizar mi proyecto de investigación en la Consulta externa de la Maternidad Isidro Ayora, el cual consiste en estudiar el nivel de conocimiento sobre prevención en los cuidados bucales durante el período de gestación y de lactancia

La recolección de datos iniciará en el mes de abril 2016 y finalizará en mayo 2016.

De antemano le agradezco por la atención prestada.

Atentamente,

Byron Isaac Velasco Jácome

E-Mail: isaacvelasco_xc@hotmail.com

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN:

Quito, 26 de abril de 2016

Señor Doctor

Humberto Navas

Gerente Médico Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

Presente

Estimado Doctor:

Por medio de la presente me dirijo a usted, soy estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas (UDLA), con la finalidad que se me permita realizar mi proyecto de investigación en Consulta externa de la Maternidad, el cual consiste en estudiar el nivel de conocimiento sobre prevención en los cuidados bucales durante el período de gestación y de lactancia. Después de obtener la información deseada para esta investigación se ofrecerá una charla de motivación y educación en higiene bucal y a la vez se entregara los resultados obtenidos en el estudio.

La recolección de datos iniciará en el mes de abril 2016 y finalizará en mayo 2016.

De antemano le agradezco por la atención prestada.

Atentamente,

Byron Isaac Velasco Jácome

E-Mail: isaacvelasco_xc@hotmail.com

ANEXO 4

LOCALIZACIÓN:

Dirección:

Av. Gran Colombia N14-66 y Luis Sodiro

Ubicación:

Ecuador, PICHINCHA, Quito

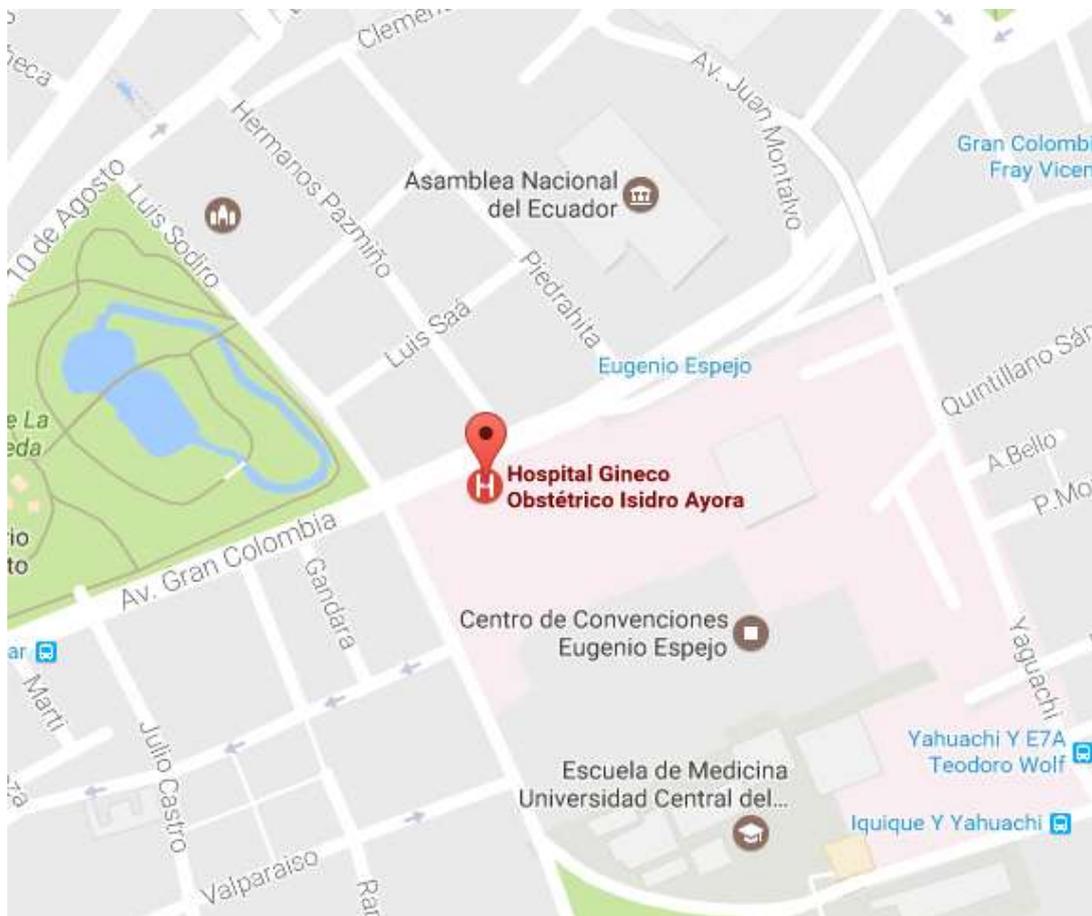


Gráfico tomado de Google Maps.

ANEXO 5

CARTA DE INFORMACIÓN A LAS PARTICIPANTES

Este proyecto se realizara para determinar el Nivel de conocimiento de las pacientes de consulta externa del Hospital Gíneco-Obstétrico Isidro Ayora sobre los cuidados bucales durante el período de gestación y de lactancia.

Esto se realizará mediante un proceso de recolección de datos se realizara mediante la aplicación de una encuesta que consta de 17 preguntas estructuradas sobre conocimientos el cual contiene los fines planteados en los objetivos de este proyecto.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines académicos, sin fines de lucro y por ende tampoco se ofrecerá ningún tipo de retribución económica.

Datos de investigadores responsables:

Autor: Isaac Velasco

Cell: 0984245203

Gmail: bvelasco@udlanet.ec

Tutor: Dra. Ana Alvear

Cell: 0999201409

Gmail: a.alvear@udlanet.ec

ANEXO 6



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ paciente de consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora eh leído el documento que me ha sido entregado, eh comprendido las explicaciones en el las dudas y preguntas que eh planteado al respecto, el procedimiento no tiene riesgo alguno para mi salud, autorizo a usar mi caso para investigación protegiendo mi identidad.

Firma del paciente

Firma del investigador

C.C.:

C.C.:

Fecha:

ANEXO 7

FOTOGRAFÍAS

Gestantes de la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

