Salud oral y embarazo

Una guía práctica

Juan Carlos Llodra Calvo
Profesor Odontología Preventiva y Comunitaria
Universidad de Granada

Consejo Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España
Fundación Dental Española
Lacer

Con la participación de:
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
FAME

Con la colaboración de:
A.M.A.
Philips Avent
Fluocaril
Johnson & Johnson
Oral-B
Parogencyl
Philips Sonicare
Trident

Salud oral y embarazo

Una guía práctica

Juan Carlos Llodra Calvo
Profesor Odontología Preventiva y Comunitaria
Universidad de Granada

Índice

1. Salud Oral y Embarazo

1.1 Condiciones fisiológicas y embarazo

1.2 Enfermedad periodontal y embarazo

1.3 Transmisión de bacterias cariogénicas

2. Guía Práctica
en la mujer embarazada

2.1 Consentimiento informado

2.2 Prevención

2.3 La colocación de la paciente embarazada

2.4 Diagnóstico radiológico

2.5 Tratamiento dental durante el embarazo

2.6 El uso del óxido nitroso

2.7 Los materiales restauradores

2.8 Algunas consideraciones farmacológicas
en el recién nacido

2.9 El problema de la caries

2.10 Las estrategias de control

3. Anexos

3.1 Preguntas frecuentes

3.2 Autocuidados

3.3 Historia clínica

3.4 Recomendaciones clínicas

4. Bibliografía

Prólogo

La guía práctica que aquí se presenta, cuyo autor es el Prof. Juan Carlos Llodra Calvo de la Universidad de Granada, es una herramienta de suma utilidad para el odontólogo clínico. El abordaje de las principales condiciones fisiológicas y patológicas del área oral durante el embarazo aporta al clínico los conceptos básicos a tener en cuenta en el manejo de la paciente embarazada. La guía Práctica, recoge de manera sumamente atractiva los principales aspectos en relación a la prevención y cuidado de la salud oral, tanto de la embarazada como del recién nacido. Sin pretender ser académica, realiza un amplio repaso de los actos clínicos adecuados, del consentimiento informado, de los aspectos relativos al diagnóstico y tratamiento de la embarazada. Analiza de manera esquemática la problemática de la caries en el recién nacido así como las medidas disponibles para su correcto control. Finalmente, los anexos aportan una valiosa información, muy práctica para el dentista generalista: preguntas más frecuentes que se suele hacer la embarazada, autocuidados recomendados, qué modelo de historia clínica es adecuado o qué recomendaciones clínicas deben proporcionarse a la embarazada.

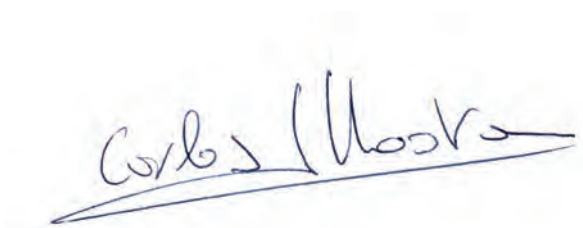
Mi agradecimiento personal y en nombre del Consejo General de Dentistas de España a Lacer por su ya habitual colaboración con nuestra Organización en la promoción de la salud oral de los españoles.

Manuel Alfonso Villa Vigil
Presidente del Consejo General de Dentistas de España

Justificación

Disponemos de excelentes obras que analizan lo referente a Salud Oral y Embarazo. Por ese motivo, esta Guía no pretende para nada ser una obra académica sino una Guía Práctica, de fácil lectura. Su objetivo es actualizar de manera práctica y atractiva, los aspectos más relevantes en relación a los principales problemas de salud oral que pueden darse durante el embarazo así como las medidas que deben ser consideradas para evitarlos o minimizarlos. Se ha intentado que sea de utilidad para el clínico generalista. Que pueda servirle también de ayuda en la comunicación con sus pacientes embarazadas. Ha sido escrita pensando en el dentista clínico, al que en un momento determinado le pueden surgir dudas sobre lo que debe o no realizar en la embarazada. Los principales mensajes han sido expresamente resaltados en otro formato para reforzar la consecución de ese objetivo. Se aportan unos Anexos, algunos dirigidos a las pacientes (Preguntas frecuentes y Autocuidados), otros al propio profesional (Historia Clínica y recomendaciones). No podíamos olvidarnos del recién nacido y si bien, no constituye el objetivo principal de la presente Guía, se aportan algunos consejos para el control de la caries en esa etapa tan importante de la vida.

Quiero una vez más agradecer a todo el equipo de Lacer la confianza depositada en mi y el esfuerzo generoso que han realizado para conseguir este producto final.



Juan Carlos Llodra Calvo
Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria Universidad de Granada

1

Salud oral y embarazo

1.1

Condiciones fisiológicas y embarazo

Las nauseas y vómitos[1] son muy comunes durante el embarazo. Entre el 75-80% de las mujeres experimentan estos síntomas, fundamentalmente limitados al primer trimestre del embarazo. Una forma severa de este cuadro es la hiperémesis gravídica que afecta al 0.3-2% de las embarazadas pudiendo llevar a una importante erosión del esmalte dentario.

Los cambios en la **composición de la saliva**[2] durante el final del embarazo y la lactancia pueden predisponer temporalmente a la erosión y a la caries dental . Sin embargo no hay datos convincentes que demuestren un incremento de la incidencia de caries durante el embarazo o en el periodo postparto inmediato.

La **xerostomía fisiológica**[3] es otra queja común durante el embarazo, siendo su principal causa los cambios hormonales así como determinada medicación (antiespasmódicos, antidepresivos, antihistamínicos).

Las nauseas, vómitos y la xerostomía fisiológica son muy comunes durante el embarazo

La gingivitis del embarazo[4] es la condición clínica más frecuente apareciendo en el 60-75% de las mujeres, ocurre generalmente entre el tercer y octavo mes de embarazo y suele desaparecer después del parto. Si bien es debida a un acumulo de placa bacteriana, los cambios vasculares y hormonales que acompañan al embarazo[5], a menudo exageran la respuesta inflamatoria a estos irritantes locales. Se caracteriza por una encía enrojecida, inflamada y sangrante.

Acompañando los cambios gingivales puede aparecer una tumoración benigna denominada "**tumor de embarazo**"[6], "épulis *gravidarum*" o "granuloma de embarazo". Suele localizarse en una zona con gingivitis y crece rápidamente. Está invariablemente asociado a una pobre higiene oral. Suele regresar espontáneamente después del parto.

La **movilidad dentaria**[7] generalizada está asociada al grado de enfermedad gingival así como a los cambios minerales en la lamina dura. La mayoría de los estudios concluyen que generalmente no se produce una perdida de inserción durante el embarazo salvo en casos muy concretos.

Fotografías cortesía Dr. R. Segura Saint-Gerons

La gingivitis del embarazo y el tumor del embarazo son condiciones clínicas frecuentes y suelen regresar después del parto.

1.2

Enfermedad periodontal y embarazo

Los mismos **factores de riesgo**[8] de la enfermedad periodontal (edad avanzada, tabaco y diabetes) son factores de riesgo en el embarazo.

Los más recientes ensayos controlados **ponen en duda**[9] la asociación entre enfermedad periodontal y complicaciones del embarazo (nacimientos a pretérmino y bajo peso al nacer).

Los estudios más recientes demuestran que **los tratamientos no quirúrgicos**[10] durante el embarazo no están asociados con ninguna complicación durante el embarazo.

La terapia periodontal **es efectiva**[11,12] en reducir los signos de enfermedad periodontal y los agentes patógenos parodontales apoyando la realización de la misma durante el embarazo.

Porque se ha demostrado segura y efectiva en reducir los signos periodontales y los patógenos, la buena práctica sugiere que los cuidados periodontales deben ser suministrados durante el embarazo.

1.3

La transmisión de bacterias cariogénicas

El **control de las enfermedades orales**[13] en la mujer embarazada reduce la transmisión de bacterias orales desde la madre hacía el recién nacido. Si bien el primer paso es el tratamiento restaurador de las lesiones, este es insuficiente para reducir el riesgo de transmisión bacteriana al recién nacido en caso de altos niveles de bacterias cariogénicas.

La **terapia antiséptica** y el **tratamiento con fluoruro**[14] son esenciales para el control de la caries y para reducir la severidad de la transmisión bacteriana al recién nacido.

La madre es la **mayor "donante"**[15] en la transmisión de caries, como lo demuestran los estudios de genética bacteriana en los que se encuentra asociación de los genotipos entre madres e hijos en más del 70% de los casos. Las bacterias cariogénicas son transmitidas de madre a hijo a través de hábitos en los que interviene la saliva: probar la comida con la misma cuchara, chupar el biberón o el chupete.

La **leche materna** por si sola no favorece la aparición de caries. Son la pobre higiene oral y los malos hábitos los responsables de la caries de la infancia[16].

La adquisición precoz del *S. mutans* por parte del recién nacido es la clave par explicar la historia natural de la caries temprana de la infancia. Previniendo o retrasando esta infección primaria por *S. mutans*, se reduce el riesgo de caries futuras.

2

Guía práctica

en la mujer embarazada en el recién nacido

2.1

El consentimiento informado

El consentimiento informado nace de la ética médica pero está en la actualidad legislado. El paciente **tiene derecho** a conocer su estado de salud oral así como los riesgos, beneficios y alternativas de los procedimientos a los que le vamos a someter.

No se requiere ningún consentimiento informado adicional o específico durante el embarazo.

2.2

La prevención

Los profesionales de salud oral deben proporcionar los cuidados preventivos así como el tratamiento de la infección aguda, **tan pronto** como sea posible en el embarazo. La prevención de la caries y gingivitis para conseguir una boca sana es el objetivo primario en el embarazo[17].

Una estrategia prioritaria es la inclusión de medidas que **eviten la colonización** de la cavidad oral por agentes cariogénicos primarios, especialmente el *S. mutans* y el *S. sobrinus*.

La evidencia científica recomienda el **uso de selladores** en mujeres embarazadas con alto riesgo de caries en superficies oclusales de los molares [18].

El objetivo más importante en la mujer embarazada es el establecimiento de un medio ambiente oral sano.

Esto se obtiene con autocuidados para controlar el biofilm (cepillado, seda dental, flúor y agentes antisépticos) y con profilaxis profesional que incluya remoción de sarro supra y subgingival.

2.3

La colocación de la mujer embarazada

Cuando la embarazada se encuentra tumbada boca arriba, el útero en el tercer trimestre de embarazo puede comprimir la vena cava inferior originando el **síndrome hipotensivo en decúbito supino** [19]. Este síndrome ocurre en el 15-20% de las embarazadas y puede evitarse no reclinando demasiado a la paciente en el sillón dental. Un cojín colocado en una de las caderas, al desplazar al útero, previene el síndrome hipotensivo postural.

La embarazada tiene aumentado el **riesgo de aspiración gástrica** como consecuencia de la reducción del tono muscular gastroesofágico. La posición semisentada de la paciente reduce este riesgo.

Hay que evitar colocar a la embarazada tumbada en el sillón dental.

La posición semisentada es la más recomendada.

2.4

El diagnóstico radiológico

El diagnóstico radiológico es una importante ayuda para el tratamiento dental y es considerado seguro en la mujer embarazada. El examen radiográfico dental requiere una exposición muy baja a la radiación por lo que el riesgo de efectos nocivos es **extremadamente bajo**[20-21].

Los organismos internacionales **no recomiendan modificar** [22] el modo de uso de la exploración radiológica dental en la embarazada.

El profesional tendrá que **proteger** debidamente el **abdomen y cuello** de la embarazada con delantal y collarín de plomo.

El uso de **radiografías digitales** es muy recomendable al reducir la radiación necesaria y permitir una imagen instantánea.

El uso de radiografías en la mujer embarazada es seguro siempre que se tomen las precauciones adecuadas de protección radiológica.

2.5

El tratamiento dental

El profesional **no tiene que posponer** [23] el tratamiento dental en la embarazada que presente dolor, infección o urgencia dental pues las consecuencias de la demora de tratamiento de una infección activa conllevan mayor riesgo que el tratamiento.

Del mismo modo, el profesional tiene que proveer el **tratamiento periodontal** [17] en la paciente, independientemente del estadio de embarazo.

El tratamiento de la caries dental está recomendado para **reducir los niveles bacterianos orales** en la embarazada. Si no recibe los tratamientos oportunos, el riesgo de transmisión salivar al recién nacido es muy elevado.

Después del parto, la embarazada estará **demasiada atareada** como para poder acudir a las diferentes citas al dentista.

Si se puede elegir, **el segundo trimestre** del embarazo es el ideal al ser el más cómodo para la paciente.

Hasta el presente, está claramente analizado el enfoque de **tratamiento periodontal no quirúrgico** [24] durante el segundo trimestre de embarazo. La evidencia científica es clara en relación a los beneficios potenciales de este tratamiento para el embarazo.

Los niveles de **ansiedad** suelen estar **aumentado** durante el embarazo por lo que se recomienda planificar citas más cortas y evitar la posición incomoda de la embarazada en el sillón dental [25].

El tratamiento dental y periodontal no debe demorarse como consecuencia del embarazo. El beneficio del mismo es superior a los mínimos riesgos que conlleva. Las citas deben ser cortas y cómodas para la embarazada.

2.6

El uso del óxido nitroso

El nivel de **ansiedad aumentado** durante el embarazo puede incrementar el estrés de las citas dentales en la mujer.

Cuando las estrategias de manejo del comportamiento sean insuficientes para controlar el miedo y la ansiedad, el **óxido nitroso** es el agente de sedación de elección en la mujer embarazada [26].

Debe priorizarse su uso en situaciones de ansiedad no controladas y necesidad de **tratamiento dental urgente no prolongado** [27].

Debe utilizarse una **concentración menor** de óxido nitroso, evitar su uso prolongado y **vigilar las constantes vitales** para evitar la hipoxia, la hipotensión y la aspiración y reducir al mínimo los riesgos.

Su **asociación** a **opiáceos** u otros agentes depresores del sistema nervioso central debe reservarse a personal especializado (anestesista) al poderse producir una importante depresión respiratoria.

El óxido nitroso puede utilizarse en mujeres embarazadas, minimizando los riesgos reduciendo la concentración y el tiempo de sedación.

2.7

Los materiales restauradores

Teniendo en cuenta el riesgo de caries no tratada en la embarazada, el profesional de salud oral tiene que recomendar el tratamiento restaurador inmediato eligiendo de común acuerdo con la paciente, la mejor opción posible y los materiales restauradores más apropiados.

La utilización de **agentes blanqueadores**[28] que contengan peróxido de hidrogeno favorece la liberación de mercurio de las restauraciones de amalgama. Por ese motivo deben evitarse los blanqueamientos durante el embarazo.

La utilización de **aislamiento absoluto** (dique de goma) y **aspiración quirúrgica** reduce la emisión de vapores de mercurio por lo que se aconseja su uso en la mujer embarazada[29].

La evidencia científica no ha demostrado hasta el presente **ningún efecto** adverso en la mujer embarazada ni en el recién nacido, siempre que se recurra a una buena praxis para la colocación o remoción de **restauraciones de amalgama**, considerando su uso como seguro[30].

La liberación de **bisfenol A**[31] (BPA) procedente de resinas compuestas no supone **ningún riesgo** para la salud de la mujer embarazada ni para el recién nacido .

Algunas consideraciones farmacológicas

Los **cambios fisiológicos** en la mujer embarazada tienen repercusión en la absorción, distribución, niveles plasmáticos, vida media y eliminación de la mayoría de los fármacos.

La **mayoría de fármacos** requeridos para el tratamiento dental, incluyendo antiinflamatorios, antibióticos y anestésicos locales comunes pueden seguir utilizándose durante el embarazo.

En caso de la más mínima duda, antes de prescribir un fármaco a la embarazada, conviene **consultar con el medico de cabecera** de la paciente al objeto de evaluar posibles riesgos y alternativas.

Debido a las peculiaridades de la fisiología del embarazo, debe tenerse un muy especial cuidado con la prescripción farmacológica.

2.9

El problema de la caries

La caries continua siendo la **enfermedad** crónica **más frecuente** en la infancia. Toda lesión de caries que se detecte antes de los 6 años de edad se denomina en la actualidad **caries temprana de la infancia**.

Se estima que hasta los 3 años de edad, el niño realiza una docena de visitas médicas y muy raramente visita al dentista. Por ese motivo, el **personal médico** y de enfermería pueden desempeñar un **papel muy importante**[32] en el control de la caries.

Al ser la caries considerada enfermedad bacteriana infecciosa, deben tomarse las medidas oportunas para **reducir el riesgo de caries**[33] en el recién nacido.

El profesional de salud oral debe conocer las **estrategias** existentes para reducir el riesgo de caries temprana de la infancia[34].

La caries continua siendo muy frecuente en la infancia. Como enfermedad bacteriana transmisible, debe controlarse cuanto antes.

Fotografías cortesía Dr. C. Prieto Prieto

2.10

Las estrategias de control

El uso racional de flúor, a través de **cepillado con pasta dentífrica fluorada**[35] es la medida más importante para la prevención de la caries. La cantidad de pasta no debe ser mayor al tamaño de un "guisante".

Se estima que hasta los 8 años de edad, los padres deben **supervisar** el cepillado dental de sus hijos.

Debido al riesgo de caries de las bebidas azucaradas, incluyendo la leche y los zumos, los padres deben ser instruidos sobre estos **hábitos dietéticos**[36]. El uso del **biberón y del chupete** no debe prolongarse más allá del año. El cepillo o el agua es lo último que debe estar en contacto con los dientes del bebe por la noche.

La prescripción de **suplementos orales de flúor** debe ser realizada por el dentista en función de los niveles de flúor en el agua comunitaria, la edad del paciente y su nivel de riesgo de caries.

Se recomienda a todos los dentistas realicen un **asesoramiento del riesgo de caries**[37] del niño/a cuanto antes al objeto de programar un adecuado plan preventivo.

3

Anexos

3.1

Preguntas frecuentes
Mitos y realidades

¿Es seguro para la mujer embarazada acudir a su dentista?
No solamente es seguro sino que forma parte del cuidado integral durante el embarazo. Las fluctuaciones hormonales durante el embarazo pueden afectar las encías originando una inflamación denominada gingivitis del embarazo. Una tartrectomia en el primer trimestre acompañada de los debidos consejos de autocuidados puede prevenir estos problemas.

¿Qué ocurre si durante el embarazo aparece una urgencia dental y necesita hacerse radiografía?
Durante el embarazo deben evitarse las radiografías de control rutinario. Sin embargo, ante una urgencia dental pueden ser necesarias. La radiación es mínima y su dentista tomará todas las precauciones para reducir los riesgos, como proteger su abdomen y su cuello debidamente. Las radiografías dentales no están contraindicadas en el embarazo.

Existen muchos mitos en relación a la salud oral y embarazo. El profesional debe estar preparado para dar respuesta a las lógicas preocupaciones que pueda tener la mujer embarazada.

¿Comer entre horas me predispone a la caries?

Durante el embarazo muchas mujeres sienten el deseo incontrolable de "picotear" a toda hora. Debe evitar los alimentos y bebidas azucaradas que son una verdadera invitación a la caries. Y no olvide cepillarse los dientes con pasta fluorada inmediatamente después de picotear.

¿Es cierto que cada embarazo cuesta un diente?

Es un mito pues el calcio que necesita el bebe procede de lo que usted come y no de sus dientes. Una dieta equilibrada, con productos lácteos así como algún suplemento de calcio si se lo recomienda su obstetra son suficientes para evitarle problemas.

¿Qué puedo hacer para mantener mi boca sana durante el embarazo?

Lo más importante para prevenir la caries y la gingivitis es proceder a un minucioso cepillado dental con pasta fluorada al menos dos veces al día. No olvide la higiene entre los dientes con hilo de seda o cepillos interproximales. Su dentista le indicará cómo hacerlo correctamente y si usted necesita algún complemento adicional para su higiene.

¿Es cierto que los vómitos en el embarazo pueden dañar mis dientes?

Los vómitos excesivos debidos a las nauseas matinales así como los ácidos gástricos pueden originar una perdida de minerales de sus dientes y favorecer la caries. Informe de ello a su dentista quien le aplicará flúor en sus dientes o le recomendará utilizar un colutorio de flúor para prevenir este problema,

¿Es cierto que si tengo la boca sana, ayudo a que el bebé no tenga problemas en sus dientes?

Cuando su bebé haya nacido, las bacterias que provocan la caries pueden pasar de la boca de la madre a la del bebé. Estos gérmenes se transmiten fácilmente a través de los besos, de la cuchara, del biberón, del chupete. Por eso es importante que su boca este sana.

3.2.1

Los autocuidados en el embarazo

¿QUÉ DEBO HACER PARA MANTENER MI BOCA SANA EN EL EMBARAZO?

Visite a su dentista al menos una vez

- Puede visitarle y recibir tratamiento dental en cualquier momento de su embarazo. Sin embargo le será más cómodo hacerlo en el segundo trimestre
- Su dentista le informará si tiene algún problema oral y le dará los oportunos consejos para mantener su boca sana

Cuide su boca adecuadamente

- Cepille sus dientes y encías cuidadosamente al menos dos veces al día
- Use un cepillo suave y pequeño para evitar las nauseas
- Utilice pasta dentífrica fluorada
- Utilice la seda dental entre los dientes al menos una vez al día

Mantenga una dieta sana

- Limite los alimentos azucarados a las comidas y no entre horas
- Prefiera fruta fresca en vez de zumos industriales
- Evite las bebidas carbonatadas
- Mastique chicle sin azúcar y con xilitol

En caso de nauseas y vómitos frecuentes

- Tome pequeñas cantidades de frutas, vegetales, yogur o queso a lo largo del día
- Use colutorio fluorado diario
- Enjuáguese con agua después de cada vómito

UNA BUENA SALUD ORAL DURANTE SU EMBARAZO TIENE UN IMPACTO POSITIVO EN SU SALUD Y EN LA DE SU BEBÉ

3.2.2

Los autocuidados después del parto

¿QUÉ DEBO HACER PARA CUIDAR MI BOCA Y LA DE MI BEBÉ DESPUÉS DEL PARTO?

Para la madre

- Continúe manteniendo su nivel de higiene oral para evitar problemas de caries y gingivitis
- Limite los productos azucarados exclusivamente durante las comidas y no entre horas
- Su saliva contiene bacterias: no contamine cuchara, chupete o biberón

Para el recién nacido

- Después de la erupción de los primeros dientes (en torno a los 6 meses), límpieselos con una gasita o un cepillo pediátrico ultrasuave después de las comidas
- No deje al bebé acostado con el biberón (salvo que contenga agua)
- Pida cita con su dentista cuando cumpla un año

COMPARTA CON SU BEBÉ UNA SONRISA SANA

3.3.1

La historia clínica

INFORME AL MÉDICO DE CABECERA O ESPECIALISTA

Solicitud de autorizacion para tratamiento dental en embarazada

Identificación de la paciente:

Diagnóstico dental de la paciente:

Fecha prevista de tratamiento:

La paciente va a requerir los siguientes tratamientos:

- ☐ Revisión rutinaria
- ☐ Profilaxis dental
- ☐ Raspado radicular
- ☐ Extracción
- ☐ Radiografía (con protección abdomen y cuello)
- ☐ Anestesia local con epinefrina
- ☐ Endodoncia
- ☐ Tratamiento restaurador (obturaciones)

La paciente va a requerir probablemente la siguiente medicación:

- ☐ Acetaminofen con codeína
- ☐ Otro analgésico (especificar)
- ☐ Amoxicilina
- ☐ Otro antibiótico (especificar)
- ☐ Otra medicación (especificar)

Le ruego me informe si existe alguna contraindicación al tratamiento y/o medicación arriba señalados.

Identificacion del dentista:

Nº Colegiado:

Fecha y firma:

3.3.2

La historia clínica

ASESORAMIENTO RIESGO DE CARIES EN EMBARAZADA

Indicadores de enfermedad

	SI	NO	
Cavidad visible o imagen radiológica en dentina			
Caries interproximal en esmalte (Rx)			
Mancha blanca en superficie libre			
Restauración en los últimos 3 años			

Factores de riesgo (biológicos)

Niveles de SM o LB medios o altos (cultivo)			
Placa abundante			
Toma abundantes alimentos entre horas (>3/día)			
Fisuras profundas			
Flujo salivar disminuido			
Medicación reductora de flujo salivar			
Raices expuestas			
Ortodoncia multibrackets			

Factores protectores

Vive en comunidad fluorada			
Pasta dentífrica flurarada al menos 2 veces/día			
Colutorio fluorado diario			
Barniz o gel de flúor en los últimos 6 meses			
Clorhexidina prescrita y utilizada al menos 2 semanas en los últimos 6 meses			
Usa chicle con xilitol casi a diario en los últimos 6 meses			
Flujo salivar adecuado			

En cada bloque y para cada variable, señale con una cruz (X) lo que proceda.

3.3.3

La historia clínica

FICHA ODONTOLÓGICA EN EMBARAZADA

ANAMNESIS

Antecedentes médicos (Especificar):

Alergias conocidas (Especificar):

Medicación:

Vómitos frecuentes: ☐ Si ☐ No

Mes de embarazo:

HÁBITOS

☐ Cepillado al menos 2/día con pasta fluorarada ☐ Tabaco

☐ Usa seda dental/cepillo interproximal ☐ Alcohol

☐ Alimentos entre horas (>3 día)

EXAMEN CLÍNICO

GINGIVITIS ☐ Ausente ☐ Localizada ☐ Generalizada

TUMOR EMBARAZO ☐ Presente ☐ Ausente

EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO (EPB) : 0 (sano), 1(gingivitis), 2(sarro), 3(bolsa moderada) 4 (bolsa profunda)

16	11	26
46	41	36

EXAMEN DE CARIES

Cariados: (nº dientes con caries activas)

Obturados: (nº dientes obturados)

Ausentes: (nº dientes asuentes)

Lesiones de desmineralización/erosión en esmalte: ☐ Presente ☐ Ausente

NIVEL DE RIESGO DE CARIES: ☐ ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO

3.4.1

Las recomendaciones clínicas

FRENTE A LA CARIES

	Recomendación basada en **estudios de calidad moderada**	Recomendación basada en **opinión de expertos**
Se debe recomendar el cepillado dental utilizando pasta dental con flúor, al menos 2 veces al día, a lo que se debe sumar el uso diario de seda dental.	X	
Se debe educar a la gestante para que limite alimentos con contenido azucarado a los horarios habituales de comida.	X	
Se debe recomendar beber agua o leche descremada, y evitar las bebidas carbonatadas durante la gestación.	X	
Para evitar las náuseas y vómitos se sugiere consumir pequeñas cantidades de alimentos nutritivos y no cariogénicos a lo largo del día: frutas, vegetales, proteínas, productos lácteos (leche, yogurt, queso).	X	
Para neutralizar el ácido del vómito, puede sugerirse hacer colutorios con una cucharada de té de bicarbonato de sodio disuelto en una taza de agua.		X
El objetivo del programa preventivo es establecer un ambiente oral saludable y lograr un nivel óptimo de higiene.		X
Es recomendable educar a las gestantes sobre la Caries Temprana de la Infancia, de modo a evitar conductas de alimentación perjudiciales en sus bebés, desde el punto de vista de la cariología.		X
En pacientes de alto riesgo cariogénico, se puede sugerir masticar chicle sin azúcar o con xilitol después de comer.	X	
Se recomienda un protocolo de prevención mínima consistente en colutorios combinados de clorhexidina al 0.12% diario (uso nocturno), con colutorios diarios de NaF al 0.05% (de uso en la mañana), a partir del 6º mes de embarazo y hasta el parto, en terapias de 15 días y 10 de descanso.	X	

3.4.2

Las recomendaciones clínicas

FRENTE A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	Recomendación basada en **estudios de calidad moderada**	Recomendación basada en **opinión de expertos**
Se recomienda el uso de cepillos dentales de cabeza pequeña, con filamentos suaves, de extremos redondeados.	X	
El cepillado dentario debe efectuarse diariamente, después de cada comida, dadas las características propias de este período.	X	
En el caso de existir espacios interproximales amplios o zonas con pérdida de piezas dentarias, debe enseñarse el uso de elementos auxiliares, como los cepillos interdentarios.	X	
Debe valorarse la conveniencia de introducir un cepillo eléctrico con control de presión y rotatorio oscilatorio.	X	

FRENTE AL TABACO		
Es fundamental incorporar, como parte de las actividades de prevención primaria de los profesionales sanitarios, estrategias que eviten el inicio del consumo de tabaco, así como mensajes que apoyen la cesación en las pacientes fumadoras.	X	
Dado que los odontólogos tienen oportunidades de contacto frecuentes con sus pacientes, y además credibilidad con los mismos, se encuentran en una posición favorable para entregar consejos y motivar estilos de vida saludables.		X
En el caso de las mujeres embarazadas, se recomienda una intervención corta pero sistemática en cuanto al hábito de fumar.		X

3.4.3

Las recomendaciones clínicas

¿QUÉ HACER EN FUNCIÓN DEL TRIMESTRE DE EMBARAZO?

Trimestre	Objetivo	Acciones
PRIMERO (hasta semana 13)	Informar a embarazada de cambios oral comunes y cómo prevenirlos	Educación sanitaria (incluir consejos deshabituación tabática)
	• Reducir colonización cariogénica de cavidad oral. • Prevenir gingivitis y tumor de embarazo	• Control de placa • Instrucción higiene oral • Profiláxis/curetajes simples • Uso clorhexidina si procede • Informar transmisión saliva madre-hijo
	Eliminar focos sépticos/dolor dental	• Tratamiento de urgencia • En caso de Rx: protección con delantal y collarin de plomo
SEGUNDO (semanas 14-27)	Tratar lesiones de caries y enfermedad periodontal (ideal semanas 14-20 de embarazo)	• Tratamientos electivos restauradores y periodontales • Evitar blanqueamientos dentales durante embarazo • Usar siempre aislamiento absoluto • Citas cortas y cuidar posición de embarazada en sillón
TERCERO (desde semana 28)	Eliminar focos/dolor dental	• Tratamientos de urgencia • En caso de Rx: protección con delantal y collarin de plomo

4

Bibliografía

1. M Pirie, I Cooke, G Linden, C Irwin. *Dental manifestations of pregnancy.* Obstetrician & Gynaecologist. 2007;9:1:21-26.

2. Laine MA. *Effect of pregnancy on periodontal and dental health.* Acta Odontologica Scandinavic,. 2002;260:257-264.

3. Guggenheimer J, Moore PA. *Xerostomia: etiology, recognition and treatment.* J Am Dent Assoc. 2003;134(1):61-69.

4. Jensen J, Lilijmack W, Bloomquist C, *The effect of female sex hormones on subgingival plaque.* J Peridontol 1981;52:599-602.

5. Steinberg B. *Women's oral health issues.* J Calif Dent Assoc. 2000;28:663-667

6. Y Demir, S Demir, F Aktepe. *Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy.* J Cutan Path. 2004;31:77-80.

7. KH Rateitschak. *Tooth mobility changes in pregnancy.* J Periodontol Res 1967, 2:199-206

8. Genco R. *Risk factors for periodontal disease.* In: Rose L, Genco R, Mealey B, Cohen D, eds. Canada: BC Decker, 2000.

9. Coonrod DV et al. *The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care.* Amer J Obstet & Gynecol 2008; Supp; S296-S309

10. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ et al. *Examining the safety of dental treatment in pregnant women.* J Am Dent Assoc. 2008;139:685-695.

11. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ et al. *Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth.* N Engl J Med. 2006;355:1885-1894.

12. Novak MJ, Novak KF, Hodges JS et al. *Periodontal bacterial profiles in pregnant women: response to treatment and associations with birth outcomes in the obstetrics and periodontal therapy (OPT) study.* J Periodontol. 2008; 79: 1870-1879.

13. Berkowitz RJ, *Acquisition and transmission of mutans streptococci.* J Cal Dent Assoc.2003;31:135-138.

14. Günay H, Dmoch-Bockhorn K, Günay Y, Geurtsen, W. *Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy.* Clin Oral Invest. November 1998;2:137-142.

15. Caufield PW, Wannemuehler YM, Hansen JB. *Familial clustering of the Streptococcus mutans cryptic plasmid strain in a dental clinic population.* Infect Immun. 1982;38:785-787.

16. Li Y, Wang W, Caufield PW. *The fidelity of mutans streptococci transmission and caries status correlate with breast-feeding experience among Chinese families.* Caries Res, 2000;34:123-32.

17. *American Academy of Periodontology statement regarding periodontal mana gement of the pregnant patient.* J Periodontol. 2004; 75:495.

18. *A report of the American Dental Association* Council on Scientific Affairs JADA March 2008;.139.

19. Wasylko L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. *A review of common dental treatments during pregnancy; implications for patients and dental personnel.* J Can Dent Assoc. 1998;64:434-439.

20. Toppenberg KS, Hill DA, Miller DP. *Safety of radiographic imaging during pregnancy.* Am Fam Physician 1999; 59:1813-1818.

21. Matteson SR, Joseph LP, Bottomley W, Finger HW, Frommer HH, Koch RW et al. *The report of the panel to develop radiographic selection criteria for dental patients.* Gen Dent. 1991; 39:264-270.

22. American Dental Association, U.S. *Food and Drug Administration. The Selection of Patients for Dental Radiograph Examinations.* Available at: www.ada.org.

23. CDA Foundation. *Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals.* California, 2010.

24. Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ, Buchanan W, Papapanou PP, Mitchell DA, Curran AE, Lupo VR, Ferguson JE, Bofill, J, Matseoane S, Deinard AS Jr., Rogers TB. *Examining the safety of dental treatment in pregnant women.* J Am Dent Assoc 2008;139: 685-695.

25. Moore PA. *Selecting drugs for the pregnant dental patient.* JADA September 1998;129:1281-1286.

26. Becker DE, Rosenberg M. *Nitrous Oxide and the Inhalation Anesthetics.* Anesth Prog. 2008;55:124-131.

27. Santos AC, Braveman FR, Finster M. *Obstetric anesthesia.* In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK (eds.). Clinical Anesthesia, 5th ed. Philadephis: Lippiincott Raven, 2006. As cited in Becker DE, Rosenberg M. Nitrous Oxide and the Inhalation Anesthetics. Anesth Prog. 2008;55:124-131.

28. Al-Salehi SK. *Effects of bleaching on mercury ion release from dental amalgam.* J Dent Res. 2009 ;88:239-43.

29. Clarkson TW. *The three modern faces of mercury.* Environ Health Perspect. 2002;110 Suppl 1:11-23.

30. FDA *Issues Final Regulation on Dental Amalgam.* July 28, 2009. http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm173992.htm. Acceso marzo 4, 2012.

31. Vandenberg LN, Hauser R, Marcus M, et al. *Human exposure to bisphenol A* (BPA). Reprod Toxicol. 2007;24(2):139-177.

32. Gonsalves, WC, Skelton J, Heaton L, et al. *Family medicine residency directors' knowledge and attitudes about pediatric oral health education for residents* J Dent Educ 2005;69:446-452.

33. Berkowitz RJ. *Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective.* J Can Dent Assoc. 2003; 69:304-307.

34. Caufield PW, Griffen AL. *Dental caries. An infectious and transmissible disease.* Pediatr Clin North Am. 2000; 47:1001-19.

35. *Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States.* Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 2001;50(RR-14):1-42.

36. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. *A practical guide to infant oral health.* Am Fam Physician, 2004;70:2113-2120.

37. Ramos-Gomez F, Crall J, Gansky, Slayton R, Featherstone J. *Caries risk as sessment appropriate for the age 1 visit (infants and toddlers).* J Calif Dent Assoc. 2007;35:687-702.

GingiLacer®

Reducción del sangrado gingival en 48 horas*

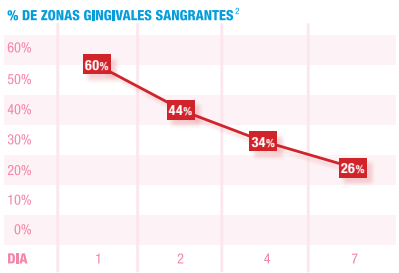
- Rápida reducción del sangrado gingival
- Protección de las encías
- Acción antiplaca
- Prevención de la caries dental
- Reducción inflamación gingival
- Recomendado durante el embarazo
- Uso diario

*Clínicamente demostrado

Pasta dentífrica[1-2]

La utilización de **GingiLacer** durante 7 días da una reducción del porcentaje de zonas gingivales sangrantes, observandose una reducción significativa a las 48 horas de iniciado el tratamiento.

Este efecto se detecta de forma similar en todas las caras dentales (interdental, vestibular y lingual).



Colutorio[3]

La utilización de **GingiLacer colutorio** es significativamente más aceptado por los pacientes respecto a un colutorio con alcohol, teniendo además una evolución muy favorable del índice gingival a las 3 semanas de tratamiento.

1. Calsina G, Alcubierre C, Sentís J, Echeverría JJ. Eficacia clínica de una pasta dentífrica que contiene triclosán y citrato de zinc en el control de la placa bacteriana. Arch Odontoestomatol 1994; 10: 139-44.// **2.** Buche M, Poblet J, Andres P, Gibaud C. Efecto a corto plazo de una pasta dentífrica de triclosán y citrato de zinc en el sangrado gingival. Comunicación científica formato póster. XXXV Reunión Anual de la SEPA. Zaragoza, 17 al 19 de Mayo de 2001.// **3.** Almerich JM, Cabedo B, Ortolá JC, Poblet J. Influence of alcohol in mouthwashes containing triclosan and zinc: an experimental gingivitis study. J Clin Periodontol 2005; 32: 539-44.

LACER, S.A.

SARDENYA,350
08025 BARCELONA
www.lacerodontologia.com

Lacer