



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Cuidado oral en la
embarazada y el lactante**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Mayra Dolores Jiménez Sandoval

DIRECTOR

Mtro. Javier de la Fuente H.

ASESOR

C.D. Leonor Ochoa G.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. de la Fuente H.', is written over the name of the director.

México, D.F. 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi tesoro más grande, mi bebé, que es la principal razón de seguir de frente a la vida; por que al igual que yo sufrió por nuestra separación en este largo proceso que llega a su culminación.



Te amo muchísimo Jonathan

Agradezco a Dios por permitirme llegar a esta etapa, por darme todo lo que tengo en la vida y mandar a mi lado un ángel que me motiva y me da fuerzas para luchar día a día por ser mejor.

Doy gracias a mis padres por guiarme por el camino correcto con amor y firmeza. A mi madre, que a pesar de las adversidades siempre estuvo ahí ofreciéndome su mano incondicionalmente y a mi padre por no escatimar en mis necesidades aunque implicara privaciones en ellos. Los quiero mucho.

Le doy gracias a mi esposo y a mi bebé por haberme tenido paciencia y comprenderme durante este tiempo, y por que en momentos difíciles se encontraban a mi lado apoyándome y mostrándome su amor. Los amo.

A mi hermano que siempre me apoyo a lo largo de la carrera con sus conocimientos, consejos, del cual nunca tuve un no por respuesta y que al que admiro. Gracias Richard.

Al Mtro. Javier de la Fuente y a la C.D. Leonor Ocho que me encaminaron y orientaron incansablemente en la realización de este trabajo, ya que sin su ayuda no hubiera llegado a un buen termino. Muchas gracias.

CUIDADO ORAL EN LA EMBARAZADA Y EL LACTANTE

Índice

Introducción

1. Antecedentes	1
2. Marco teórico	5
2.1 Embarazo	5
2.2 Mitos y creencias sobre el embarazo	5
2.3 Cambios biológicos	6
2.3.1 Cambios en la composición corporal	6
2.3.2 Aumento de volumen sanguíneo	6
2.3.3 Metabolismo fósforo calcio	7
2.3.4 Síntomas	8
2.4 Fármacos en el embarazo	9
2.4.1 Antibióticos	10
2.4.2 Analgésicos	11
2.4.3 Anestésicos locales	12
2.5 Toma de radiografías	12
2.6 Lactancia materna	13
2.6.1 Actividad muscular	13
2.6.2 Posición ortostática	15
2.7 Lactancia artificial	16
2.7.1 Dispositivo de Dunn	16
2.8 Salud bucal de la embarazada	17
2.8.1 Gingivitis del embarazo	18
2.8.2 Granuloma del embarazo	19
2.9 Prevención	20
2.9.1 Cepillo	20
2.9.2 Dentífricos	21
2.9.3 Enjuagues bucales	21

2.9.4	Pastillas reveladoras de placa	21
2.9.5	Control de placa	22
2.9.6	Hilo dental	23
2.9.7	Técnica de cepillado	24
2.9.7.1	Método de Bass	24
2.9.7.2	Método de Charter	24
2.10	Lactante	25
2.11	Desarrollo psicológico	26
2.12	Salud bucal del niño	27
2.12.1	Cavidad oral de recién nacido	27
2.12.2	Inicio de la erupción	29
2.12.3	Molestias y soluciones	29
2.12.4	Patología bucal	33
2.12.4.1	Dientes natales y neonatales	30
2.12.4.2	Alteraciones remanentes de estructuras embrionarias	31
2.12.4.2.1	Nódulos de Bohn	32
2.12.4.2.2	Papulas de Epstein	32
2.12.4.2.3	Quistes de la lámina dental	32
2.12.4.3	Fisuras labio-palatinas	32
2.12.4.4	Enfermedad periodontal	33
2.12.4.5	Caries por alimentación infantil	33
2.12.5	Prevención	34
2.12.5.1	Limpieza de la boca y de los dientes	34
2.12.5.1	Aplicación tópica de fluoruro	35
3.	Planteamiento del problema	36
4.	Justificación	36
5.	Objetivos	37
5.1	General	37
5.2	Específico	37
6.	Material y método	37

6.1 Tipo de estudio	37
6.2 Población de estudio	38
6.3 Muestra de estudio	38
6.4 Criterios de inclusión	38
6.5 Criterios de exclusión	38
6.6 Variables	38
6.6.1 Variable independiente	38
6.6.2 Variable dependiente	39
6.7 Análisis de la información y estadística	39
6.8 Recursos	39
6.8.1 Recursos humanos	39
6.8.2 Recursos materiales	39
6.8.3 Recursos financieros	39
6.9 Cronograma	40
7. Resultados	41
8. Programa de salud oral enfocado a la embarazada y el lactante	53
9. Bibliografía	
10. Anexos	

INTRODUCCIÓN

La modificación en el organismo de la mujer durante el embarazo, como por ejemplo, las transformaciones fisiológicas y psicológicas, son evidentes, y tiene como finalidad preparar al cuerpo para albergar al nuevo ser, por lo tanto, los cambios bucales no son excluidos de este fenómeno.

Las creencias que se tienen acerca del tratamiento dental durante la gestación como: contraindicación de la anestesia en pacientes embarazadas, realización de tratamientos de operatoria y realización de exodoncia, sin duda limita la interacción oportuna del odontólogo en cuanto al cuidado oral de la paciente embarazada. Esto representa un gran obstáculo para el profesional, debido a que las pacientes no acuden a consulta dental hasta que el problema ya está establecido.

Ejemplo de esto es la gingivitis del embarazo, padecimiento que se presenta en la mayoría de los embarazos, esta patología surge por las variaciones en los niveles de hormonas que se presentan durante el período gestacional; y en caso de que la paciente presentase una periodontitis agrava el estado de salud bucal.

Es de vital importancia que durante esta etapa en la que la mujer se encuentra más receptiva a la información que obtenga respecto a su bebé, se le brinden herramientas necesarias para llevar a cabo un cuidado oral adecuado tanto en su persona, como en la de su futuro bebé. Y que sepa en que momento llevar al niño con su odontólogo.

1. ANTECEDENTES

Al revisar la literatura relacionada, se encuentran datos de odontólogos interesados en la atención dental de bebés como Pereira (1929), en Brasil, donde aborda la importancia del aspecto bucodental que tiene por objeto el fomentar la educación para la salud en la familia, argumentando que la profilaxia debe comenzar desde que el niño está en el vientre materno para asegurar la formación de los órganos dentarios y bien calcificados.¹

Durante el año de 1980, Blinkhorn destacó la necesidad del cambio en el comportamiento de los cirujanos dentistas, hacia la educación para la salud, estableciendo rutinas que podrían prevenir o controlar las afecciones más frecuentes de la cavidad bucal en los bebés. Estas actividades serían efectuadas mediante programas destinados tanto a las madres en gestación, como a los lactantes, enfocados a la influencia del azúcar en la caries dental y un conjunto de medidas de higiene bucal para dolencias periodontales.²

Dominick en 1981 desarrollo un programa para la paciente embarazada considerando dos fases: la primera centrada en la futura madre; la segunda en la atención de la salud bucal del niño. Dicho programa contemplaba cuatro citas. Un método donde se instruía sobre como limpiar la boca del bebé: en el que los padres se sienten frente a frente tocándose las rodillas, separando los carrillos para efectuar la limpieza. Así como el empleo de un cepillo pequeño o una gasa pequeña en el dedo.³

En un intento para implementar una atención precoz en Japón, Morinush y col. (1982), afirmaron que el método más seguro para el mantenimiento de la salud oral era la atención sobre los cuidados diarios que tenían que llevar a cabo las mamás en sus hijos. Dicha información se les

impartió cuando los bebés tenían 4 meses de edad y los resultados se obtuvieron después de un período de seguimiento de 12 meses. En dicho estudio concluyeron que se deberían realizar visitas subsecuentes cada 3 a 4 meses según requiera cada paciente.⁴

En su libro de Odontología Pediátrica, Raymond (1984), menciona que el embarazo es el primer período en la vida de la madre y del niño en que la intervención del pediatra puede ser útil, una o dos veces antes del parto, principalmente en el séptimo mes del embarazo cuando la mujer empieza a pensar en el feto como una persona. El examen dental en el recién nacido puede ser realizado con eficiencia en presencia de la madre y del padre. Se menciona la revisión de alteraciones tales como fisura palatina y dientes natales.⁵

Persson y col. (1985), mencionan que en Suecia los programas preventivos de caries dental son organizados por el Servicio Público de Salud Dental, orientados principalmente a la comunidad de mujeres que estuvieran en período de gestación; en donde se les informó que procedimientos llevarían a cabo para disminuir los riesgos de la caries dental en sus hijos.⁶

En Estados Unidos, Goepferd (1989), en base a la alta incidencia de "caries de biberón" (caries por alimentación materna), informó que en la Universidad de Iowa, se estableció un programa durante 18 meses destinado a diagnosticar, interceptar y modificar las prácticas caseras que podían ser potencialmente dañinas para la salud bucal de los bebés. Basados en los resultados obtenidos, se recomendó que la primera visita del niño al dentista debía realizarse alrededor de los 6 meses de edad, época en que se consigue mayor cooperación y eficacia por parte de los padres en atención primaria y control de caries dental.⁷

Por otro lado la American Academy of Pediatric Dentistry hizo la siguiente declaración sobre la atención odontológica del niño (1989):

La atención odontológica del niño comienza con el asesoramiento de los padres en el recién nacido, y debe incluir un examen de la cavidad oral y un programa de educación preventiva antes de los 6 meses de edad (y nunca después de los 12).⁸

Con el concepto de atención precoz, en Brasil surge una práctica de atención primaria, sistemática y organizada, con la fundación de la Clínica de Bebés en la Universidad Estatal de Londrina, siendo el Dr. Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter que con el apoyo conjunto de la Universidad de Londrina y la Financiadora de Estudios y Proyectos, da inicio a sus actividades en el año de 1985. En 1990 se inicia la práctica de la "Odontología para bebés" en el Perú, gracias a una transferencia tecnológica llevada a cabo entre la Universidad Estadual de Londrina, Paraná-Brasil y el Departamento de Estomatología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. La mencionada práctica consistió en un proyecto pionero educativo-preventivo-curativo para niños desde el nacimiento hasta los 36 meses.⁹

En la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales de 1999, menciona que se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes, como una población que amerita atención especial.¹⁰

Díaz Romero y Díaz Franco, publicaron un Manual de Salud Bucal y Embarazo durante el año 2001 en la Ciudad de México, en donde se abordan temas de pacientes gestantes en el consultorio, complicaciones que se presentan durante esta etapa, así como su plan de tratamiento y apoyos de diagnóstico.¹¹

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EMBARAZO

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo se implanta en la pared del útero. Durante e cambios y procesos nuevos llamados gestación o embarazo, los cuales pueden llevar consigo la perturbación de la salud bucal de la futura mamá.¹²

2.2 MITOS Y CREENCIAS SOBRE EL EMBARAZO

Un mito es una forma de dar sentido a un mundo que no lo tiene. Tanto si el sentido de la existencia es sólo aquello a lo que damos vida merced a nuestra propia fortaleza, tal y como es un significado que hemos de descubrir. La creación de mitos es un proceso esencial para la adquisición de la salud mental, y el terapeuta sensible no puede despreciarlo.¹³

Las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República Mexicana, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes, como una población que amerita atención especial. Sin embargo, el curso de los tiempos ha demostrado que en nuestra cultura, en el grupo de embarazadas, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico.¹⁰

La existencia de estas creencias y actitudes en la población de mujeres gestantes determina la actitud ante la demanda de servicios para la

oportuna salud bucal. En este sentido, la familia y las redes sociales juegan un papel fundamental en la toma de decisiones respecto a quien acudir y en qué casos, qué tratamiento seguir, en situaciones de enfermedad.¹⁰

En el periodo prehispánico, el conejo estaba asociado simbólicamente a la luna y se creía que si la embarazada la miraba en el cuarto creciente, antes que el feto tomara forma humana, el niño nacería con labio leporino o enclenque. Aún peor, si miraba un eclipse de luna, llamado metztlí qualo, la luna es comida, el niño nonato podría transformarse en un ratón o, además nacer con los labios y la nariz carcomidos. Como protección la embarazada se colocaba sobre el abdomen un pedazo de obsidiana, de color negro, como el eclipse lunar.¹⁴

La poca información existente sobre los eventos, ha propiciado la idea a nivel popular de que el feto “roba” calcio de los dientes maternos ocasionando una descalcificación, dando paso a la ya vieja frase “cada hijo un diente”^{10, 15}

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que ésta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio.¹²

Tradicionalmente, los cirujanos dentistas se muestran renuentes a tratar pacientes embarazadas debido a la creencia de que el tratamiento

dental, que en la mayoría de los casos requiere de fármacos como los anestésicos o la toma de radiografías, pueden producir daño al producto en desarrollo. A la luz de los conocimientos actuales los procedimientos clínicos preventivos, de rutina y de urgencia pueden ser llevados a cabo durante el embarazo sin problemas para la persona.¹⁶

En la población cubana como prácticamente en la del mundo entero, existe la creencia errada de que el embarazo le cuesta un diente o más a la embarazada. Ciertamente, podemos afirmar que durante el estado de gestación se producen cambios en los tejidos orales y cambios de conducta que pueden iniciar enfermedades bucodentales o agravar las ya establecidas.¹²

2.3 CAMBIOS BIOLÓGICOS

2.3.1 CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL

Las reservas maternas de grasa se forman con rapidez antes de la mitad del embarazo y después aumentan poco, para alcanzar entre tres y cuatro kilogramos de grasa hacia el final de la gestación.¹⁷

2.3.2 AUMENTO DE VOLUMEN SANGUÍNEO

El volumen plasmático se empieza a incrementar en forma acelerada a partir de las ocho semanas de gestación.¹⁷ Hacia la etapa final del embarazo suele presentarse lo que se conoce como síndrome de hipotensión supina, el cual está caracterizado por una abrupta caída en la

presión sanguínea, bradicardia, sudoración, náusea y sofocamiento cuando la paciente se encuentra en una posición supina. Dichos síntomas se deben a un dificultoso retorno de sangre venosa al corazón, por compresión sobre la vena cava inferior por parte del útero grávido, ocasionalmente causa una breve pérdida de la conciencia. La solución a este problema consiste en colocar a la paciente sobre su costado izquierdo, lo cual libera de la presión uterina a la vena cava y restablece la normalidad rápidamente.¹¹

El embarazo no debería de representar una situación de riesgo de deficiencia de hierro, debido a que al cesar la menstruación se deja de perder cerca de 120 miligramos de este nutrimento a lo largo de la gestación. Es recomendable ofrecer hierro en forma profiláctica, sobre todo cuando se carece de apoyo de laboratorio para considerar a través del análisis correspondiente tal circunstancia. Se recomienda suplementación rutinaria de 30 miligramos de sales ferrosas por día a partir de la semana 12 de gestación, además de una dieta correcta.¹⁷

2.3.3 METABOLISMO FÓSFORO – CALCIO

La calcificación esquelética del producto, y por consecuencia del recién nacido, depende de los índices sanguíneos de calcio y fósforo, dado que el 99% de calcio y el 85% de fósforo forman parte del esqueleto, mientras que el resto se halla en los fluidos corporales.

En la fracción esquelética el calcio y el fósforo se combinan para formar un compuesto inorgánico muy complejo y cuya constitución es semejante al mineral conocido como hidroxapatita; éste compuesto se precipita en el hueso confiriéndole su rigidez característica.¹⁵

Los compartimientos esqueléticos y extraesqueléticos de calcio y fósforo están íntimamente relacionados. Los dos nutrientes fluyen en ambas direcciones de uno a otro compartimentos. El plasma recibe calcio y fósforo de la dieta, de la reabsorción renal y del hueso, y pierde estos nutrientes por la excreción urinaria, fecal, en el sudor y del depósito en el tejido óseo; este flujo es bidireccional.¹⁵

La formación de tejido óseo y por consiguiente la acumulación neta de calcio y de fósforo, comienza a observarse en el feto a partir del segundo trimestre del embarazo y alcanza su mayor nivel en el primer año de vida extrauterina. Cuando la cantidad de hierro, calcio y fósforo ingerido por la madre, es inadecuada el feto empieza a consumir las reservas maternas para satisfacer sus necesidades propias. Cuando la madre ingiere cantidades reducidas de estos elementos se pueden producir alteraciones especialmente durante el último trimestre.¹⁵

2.3.4 SÍNTOMAS

La presencia de náusea y vómito al inicio del embarazo suele afectar a cerca del 50 por ciento de las gestantes; aunque casi siempre se autolimita hacia el final del primer trimestre. Estos síntomas disminuyen al incrementar la ingestión de hidratos de carbono complejos. Asimismo es recomendable evitar los ayunos de más de ocho horas.¹⁷

Los calambres nocturnos, son el resultado de la irritabilidad neuromuscular por efecto en la disminución en la concentración de calcio sérico. Es también suficiente con incluir en la cena un alimento rico en calcio. Se debe ser muy cuidadoso en la prescripción de manera profiláctica en el consumo de polivitamínicos, puesto que se ha demostrado que dosis elevadas de algunas vitaminas (en particular la vitamina A) son capaces de causar malformaciones.¹⁷

Igualmente, es importante brindar a la embarazada la orientación necesaria para que suspenda el consumo de alcohol, café; así como tabaco, y que en la medida de lo posible no se exponga a situaciones que le provoquen tensión emocional.¹⁷

2.4 FÁRMACOS EN EL EMBARAZO

Es sabido que el periodo de máxima sensibilidad a la influencia de los fármacos es el primer trimestre del embarazo, que es cuando se realiza la mayor parte de la organogénesis, pero sobre todo durante las dos primeras semanas del embarazo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, dado que el embrión puede ser afectado aunque no se haya establecido la placenta. Durante el periodo fetal, en el segundo y tercer trimestre del embarazo la acción teratógena puede frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas. Son especialmente sensibles a la acción teratógena en el periodo fetal los órganos de maduración tardía como el cerebro y los órganos de la reproducción.¹⁸

Las anomalías congénitas ocuparon en nuestro país la segunda causa de mortalidad en los menores de un año en 1997. No hay duda de que la administración de cualquier medicamento presupone siempre un riesgo potencial para el nuevo ser en desarrollo. Por otro lado, el tratamiento dental de una mujer embarazada que presenta dolor e infección debe realizarse sin demora, sin importar el tiempo de evolución del embarazo. Al resolver la urgencia de la madre, se erradica la infección evitando con ello los riesgos de

bacteremia o septicemia que representan mayor riesgo para el feto que los peligros de la toxicidad que un antibiótico pueda tener en él.¹⁶

2.4.1 ANTIBIÓTICOS

Aunque para la Food and Drug Administration (FDA) no existen fármacos seguros durante el embarazo, las penicilinas son los antimicrobianos que se han usado durante más tiempo en mujeres embarazadas sin que se haya podido demostrar correlación positiva con anomalías congénitas. En infecciones leves y moderadas son de elección las penicilinas G y V así como la amoxicilina. Casi todas las bacterias son sensibles a la penicilina, y se trata del antibiótico más activo en la supresión total de la flora subgingival. La amoxicilina tiene mejores propiedades farmacocinéticas, su absorción no es interferida por los alimentos, posee un excelente efecto posantibiótico.¹⁸

La ampicilina durante el embarazo es eliminada por vía urinaria dos veces más rápido, por lo que la dosis utilizada en infecciones sistémicas debe ser el doble de la que se utiliza en mujeres no embarazadas. En infecciones urinarias no es necesario cambiar la dosis. Debe evitarse la sal de estolato de eritromicina, ya que se ha encontrado que produce hepatotoxicidad materna.¹⁸ Tanto las penicilinas como las cefalosporinas son secretadas por la leche materna en cantidades insignificantes, por lo que también pueden usarse durante la lactancia.¹²

Dentro de los antimicrobianos que han demostrado su afectación en el desarrollo del feto destaca la estreptomina por lo que su prescripción está contraindicada, habiéndose encontrado lesiones del octavo par craneal, entre los niños cuyas madres recibieron largo tiempo este fármaco durante el embarazo.¹⁸

El cloranfenicol muy probablemente en embarazo pretermino, desarrolla el llamado "síndrome gris"; se recomienda no usar en el tercer trimestre.¹⁹ Este síndrome es potencialmente mortal en neonatos, en particular prematuros, causada por la reacción al cloranfenicol, que se caracteriza por cianosis de color gris cenizo, indiferencia, debilidad e hipotensión.²⁰

Las tetraciclinas están contraindicadas en pacientes gestantes,^{12,19} dado que son antibióticos, que se depositan en los tejidos mineralizados tiñendo de color café el esmalte dentario. En estudios en animales de laboratorio, las tetraciclinas inhiben el crecimiento óseo y alteran la osteogénesis.¹⁸

2.4.2 ANALGÉSICOS

Tanto el salicato sódico como el ácido salicílico y otros analgésicos antiinflamatorios inhibidores de síntesis de prostaglandinas, son absorbidos rápidamente por el estómago e intestino delgado, cruzando la placenta; pueden producir retardo en el crecimiento intrauterino, petequias, púrpuras, cefalohematomas y cierre prematuro del conducto arteriovenoso.¹⁹

El paracetamol o acetaminofeno ha sido utilizado ampliamente durante todas las etapas del embarazo para aliviar el dolor y disminuir la temperatura en caso de fiebre. A dosis terapéuticas y por corto tiempo es inocuo. Aunque este fármaco atraviesa la placenta, los conocimientos actuales sugieren que las malformaciones congénitas de productos de madres que han consumido el fármaco durante el embarazo no se deben al acetaminofeno. No obstante, la administración de dosis elevadas a mujeres gestantes puede dar lugar a

alteraciones renales fetales similares a las observadas en el adulto. La sobredosis materna puede provocar secuelas importantes e incluso necrosis hepática.¹⁸

2.4.3 ANESTÉSICOS LOCALES.

No existen casos documentados de efectos adversos asociados a los anestésicos locales durante el embarazo cuando se utilizan en dosis adecuadas.^{9,10}

2.5 TOMA DE RADIOGRAFÍAS EN EL EMBARAZO



Fig.1²²

Durante los tres primeros meses de embarazo, solo 10 rads pueden provocar malformaciones congénitas al embrión y se ha determinado que en la toma de siete radiografías periapicales, sin mandil de plomo, se producen únicamente .0972 miliRad (mR); pero si se utiliza mandil de plomo (Fig.1) esta cantidad disminuye a 0 mR.¹¹

2.6 LACTANCIA MATERNA

En la madre el amamantamiento en el posparto inmediato ayuda a la involución del útero y disminuye el riesgo de sangrado uterino. Además, la práctica de la lactancia reduce el riesgo de cáncer mamario y ayuda a establecer una adecuada relación entre el neonato y su madre. Entre los factores que afectan la producción de leche, cabe mencionar el alcohol, el café y el tabaco. Existen reportes que demuestran que el alcohol en dosis superiores de medio gramo por kilogramo de peso materno al día es capaz de inhibir el reflejo de eyección de la leche. Además, tanto la cafeína como la nicotina se excretan a través de la leche y pueden producir estados de excitación del bebé. Los anticonceptivos basados en mezclas de estrógenos y progestágenos tienden a disminuir la cantidad de leche producida, que oscila entre 400 a 600 ml/día.¹⁷

2.6.1 ACTIVIDAD MUSCULAR

Cuando el bebé nace la mandíbula se encuentra en posición posterior o distal en relación al maxilar superior, llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido (entre 2 a 5 cm), dando origen a un perfil convexo absolutamente normal en el recién nacido. Durante el primer año de vida, los dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al movimiento del amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular.²³

La "Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares", se relaciona con la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función

(amamantarse) y luego va madurando para ejecutar correctamente unas funciones más complejas (masticación).^{23,24} La nariz del lactante debe estar libre para evitar la respiración bucal (fig 2).²³

RAZONES PARA FOMENTAR EL AMANTAMIENTO:

- Ventajas nutricionales. La leche materna tiene un contenido más alto de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles.
- Satisface las necesidades hidro electrolíticas del niño, inclusive endemas extremosas.
- Para la madre el amamantamiento inmediato, disminuye el riesgo de hemorragia posparto, habiéndose demostrado también menor incidencia de cáncer de ovario y mama en madres que amamantan.
- Vínculo psico-afectivo madre-hijo se da en forma por demás total durante el amamantamiento.²⁵
- La leche humana no causa cambios significativos en el ph de la placa.
- La leche humana es un sustrato moderado para el crecimiento bacterial.
- La leche humana tiene una capacidad buffer muy pobre.
- La leche humana no es cariogénica in vitro, a menos que se le adicione algún otro carbohidrato que favorezca la fermentación bacteriana.²⁶
- Disminuye la incidencia de muerte súbita en el lactante.
- Reduce la morbilidad y la mortalidad infantil.²⁴



Entre los beneficios atribuidos a la leche materna se incluyen: desarrollo de la homeostasis gastrointestinal, prevención de gastroenteritis, prevención de septicemia neonatal, prevención de sensibilización a antígenos anticuerpos.²⁶

Fig. 2²⁷

2.6.2 POSICIÓN ORTOSTÁTICA

Es recomendada para los niños menores de 6 meses de edad que maman en el pecho de la madre. El niño deberá de estar fijo sentado tipo jinete sobre la pierna de la madre y de frente a la mama (fig 3). De esta forma el bebé proyectará la mandíbula hacia el frente determinando un ejercicio mioterápico, que auxiliará el desarrollo de la mandíbula.⁹



Fig.3⁹

2.7 LACTANCIA ARTIFICIAL

En la leche de vaca predominan proteínas del sistema de la caseína, menos digerible. Las formulas comerciales se obtienen mediante modificaciones realizadas sobre la base de la leche de vaca, reduciendo las proteínas y minerales a niveles cercanos a los existentes en la leche humana.²⁶

La alimentación con biberón, al ser más largo y grueso, desplaza la lengua al piso de lengua, mantiene la mandíbula en posición distal e impide realizar los movimientos de avance y retroceso mandibulares afectando el contacto fisiológico y el adecuado desarrollo craneofacial. Es un acto pasivo durante el cual hay un paso de la leche de manera directa, no produciendo el reflejo de amamantamiento, interfiriendo en el balance de la musculatura intra y extra oral.²⁸

El biberón debe tener determinadas características que lo asemejen al seno materno, como ser:

- Tetina corta
- De consistencia firme
- Con varios orificios pequeños, para poder efectuar el ejercicio muscular, sincronizando las funciones de succión, respiración y deglución.²³

2.7.1 DISPOSITIVO DE DUNN

El Dispositivo de Dunn (fig 4), ayuda a estimular el desarrollo de la mandíbula. Es confeccionado usando dos tiras de banda para molar, ajustadas sobre el tetero y una asta longitudinal confeccionada con alambre ortodóntico de 1mm de espesor con 25 cm de extensión longitudinal. La porción que toca el labio debe de poseer 3cm, sobrando a cada lado 11cm.

Antes de soldarla hasta las bandas se coloca un plástico de cánula. El período ideal para la aplicación del dispositivo va desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad, abarcando los picos de crecimiento de la mandíbula.⁹

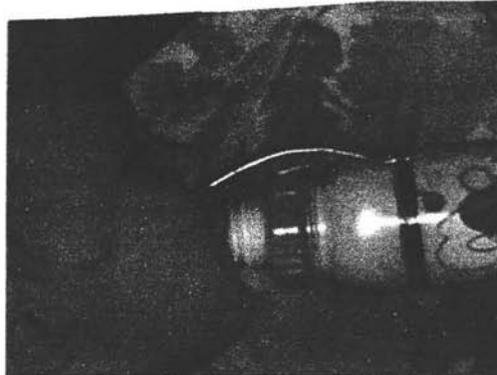


Fig.4⁹ Dispositivo de Dunn.

2.8 SALUD BUCAL DE LA EMBARAZADA

La mujer durante el estado de gestación está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer la caries dental. Los cambios en la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, constituyen factores capaces de producirla. Durante este período, la composición salival se ve alterada, disminuye el pH salival y la capacidad buffer, y se afecta la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal favorable para el desarrollo de éstas al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones.¹²

Un estudio representativo de las pacientes embarazadas que asistieron al Servicio de Odontología de la Clínica de Consulta Externa "Naucalpan" del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) en el año 2002; concluyó que:

"No existe relación alguna entre el embarazo y la incidencia o prevalencia de caries dental, por lo que esta población no debe ser considerada como de alto o mediano riesgo; aunque sí es una población en que se pueden efectuar intervenciones en beneficio de la salud bucal del producto, como son la administración de fluoruros."²⁹

2.8.1 GINGIVITIS DEL EMBARAZO

En relación con la embarazada, los cambios más frecuentes y marcados radican sobre el tejido gingival, dando lugar a la llamada gingivitis del embarazo (fig 5), padecimiento que se caracteriza por una encía aumentada de tamaño, de color rojo y que sangra con facilidad 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 durante el tiempo de lactancia se vuelven a presentar.¹²

La gestación acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultante. Ante la ausencia de irritantes locales, no suceden cambios notables en la encía durante el embarazo. La incidencia es de casi 50 hasta 100%. La gestación afecta la gravedad de las zonas previamente inflamadas; no modifica la encía sana. La movilidad dental, la profundidad de las bolsas y el líquido gingival también aumentan.³⁰

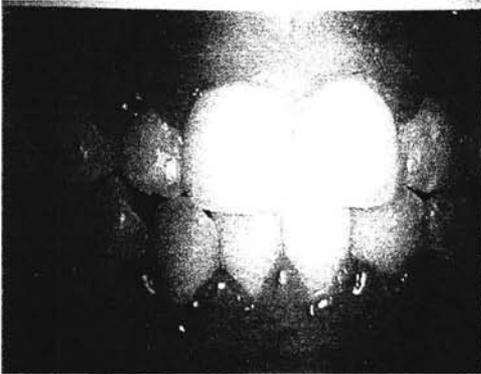


Fig. 5 ³⁰ Aspecto de la gingivitis del embarazo.

Hay una reducción parcial en la gravedad de la gingivitis casi dos meses posparto, después del año, el estado es comparable con la situación de las pacientes que no hubieran estado embarazadas.³⁰

2.8.2 GRANULOMA DEL EMBARAZO

El enrojecimiento extremo surge de la vascularidad marcada, y hay una mayor tendencia a la hemorragia. Los cambios gingivales son por lo general indoloros, a menos que una infección aguda complique la situación. En ciertos casos la encía inflamada forma masas discretas "tipo tumor", conocidas como tumores de la gestación.³⁰



Fig. 6 ³¹

El granuloma piógeno, tumor del embarazo, ó granuloma del embarazo (fig 6) por lo regular se presenta durante el segundo o tercer mes del embarazo; clínicamente sangran con facilidad y se convierten en hiperplásicos y

nodulares. Pueden ser sésiles o pediculados, ulcerados y su color oscila entre púrpura y el rojo violáceo o azul oscuro. La lesión está relacionada con higiene insuficiente y presencia de cálculos, en general se relaciona con pérdida ósea alveolar.³⁰

Investigaciones actuales revelan que la enfermedad periodontal puede alterar la salud sistémica del paciente y afectar negativamente el bienestar del feto al llevar el riesgo de nacimiento de niños prematuros y de bajo peso al nacer. Existen pruebas que conforman que la enfermedad periodontal no tratada en mujeres embarazadas puede ser un factor de riesgo importante, ya que en la infección periodontal el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) por lo general interviene en el parto, se eleva de modo considerable en forma artificial, por la infección, que puede propiciar el trabajo de parto prematuro.³⁰

2.9 PREVENCIÓN

Es necesario que la paciente embarazada conozca una técnica adecuada de higiene oral y el correcto uso de los coadyuvantes de higiene bucodental para de este modo facilitar el control de placa dentobacteriana durante el período gestacional.³³

2.9.1 CEPILLO

Se recomienda el uso de cepillos bastante pequeños (es decir que la cabeza abarque la superficie de dos órganos dentarios), con partes activas rectas o poco anguladas, formadas por 2 ó 3 filas que contengan cada una entre 10 a 12 penachos de cerdas sintéticas, blandas de puntas redondas.

Se ha comprobado que los penachos separados permiten una mejor acción de limpieza, por que las fibras pueden flexionarse y alcanzar así más zonas.

33

2.9.2 DENTÍFRICOS

Un dentífrico debe ser usado con el propósito de facilitar la eliminación de placa y aplicar sustancias a las superficies dentarias con propósitos terapéuticos y preventivos, como fluoruros, antisépticos, enzimas u otras sustancias.³⁴

2.9.3 ENJUAGUES BUCALES

Trabajos realizados han indicado generalmente que los enjuagatorios provocan una moderada reducción en la acumulación de placa (de un 15 a un 30%) mientras que su efecto sobre la gingivitis ha sido mucho más variado. Los enjuagatorios bucales pueden considerarse como coadyuvantes del uso del cepillo y del hilo en el control de la gingivitis pero no sustitutos, particularmente cuando se emplea de 2 a 3 veces por día.³³

2.9.4 PASTILLAS REVELADORAS DE PLACA

Los compuestos revelantes comunes están formados por colorantes para alimentos y algún saporífero. La mayoría de los colorantes son rojos (eritrosina), aunque algunos son azules o verdes. Pueden adquirirse en dos formas, comprimidos y soluciones. Si se emplean comprimidos, se le da uno al paciente y se le pide que lo disuelva en la boca, y luego que haga fluir la

saliva en torno de los dientes, con esto se teñirán los lugares en los que haya presencia de placa dental.³³

2.9.5 CONTROL DE PLACA

Las dos enfermedades más prevalentes en el ser humano, las enfermedades periodontales y la caries dental, están relacionadas con la placa dental. La placa dental, contiene grandes cantidades de bacterias, que son las responsables directas de gingivitis y periodontitis, e imprescindibles en el proceso carioso. Un adecuado control de la placa bacteriana supragingival es la base de la higiene bucal y de la prevención primaria de las enfermedades periodontales. Actualmente, se consideran dos formas de control de la placa bacteriana, el químico y el mecánico; sin embargo el uso de colutorios u otras formas de control químico debe ser una ayuda al control mecánico y no un sustituto. El cepillado con pasta dentífrica es el método más frecuentemente utilizado y eficiente si se hace de manera adecuada para el control mecánico de la placa bacteriana pero además debe complementarse con una correcta higiene interdental. Para la eliminación de la placa en los espacios interdenciales se han utilizado hilo dental, cepillos interdenciales, puntas de madera o de goma y dispositivos de irrigación.³⁴

De los varios métodos con que se puede controlar la placa, el más efectivo es su remoción mecánica por medio del cepillo de dientes, el hilo dental y algunos otros coadyuvantes. Se maneja una estrategia para establecer el control de placa.

El primer paso de la estrategia es hacer que la paciente reconozca que tiene placa, ubicada en su boca. Muchos pacientes dudan que en efecto ellos tengan placa, debido a que esta es transparente; para esto existen compuestos revelantes que tiñen la placa coloreada y fácilmente visible

como ya se menciono. El paso siguiente es mostrar al paciente los efectos de la placa mediante figuras, fotografías o mejor aún, señalando los efectos directamente sobre la boca del paciente. Adicionalmente se solicita efectuar el cepillado dental frente a un espejo de mano para que observe la manera eficiente de hacerlo, e invitarlo a remover "lo rojo", mientras se provee un apoyo psicológico positivo.³³

2.9.6 HILO DENTAL

En los casos en que las papilas llenen por completo los espacios respectivos, se puede efectuar la eliminación de la placa de las superficies dentarias proximales utilizando el hilo dental. La seda dental es el método más empleado en el control de la placa interdental. En este proceso se debe sostener el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices (fig 7), y deslizar suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes. Curvar el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente (fig 8), asegurándose de que pase por debajo de la encía (fig 9). Nunca golpear ni forzar el hilo, ya que puede cortar o lastimar el tejido gingival asimismo, es conveniente utilizar secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente. Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes.³³



Utilice unos 45cm de hilo dental, dejando de 3 a 5cm para trabajar

Fig.7³⁰



Siga suavemente las curvas de los dientes.

Fig.8³⁰



Asegúrese de limpiar debajo de la encía, pero evite golpear el hilo contra la misma

Fig.9³⁰

2.9.7 TÉCNICA DE CEPILLADO

Los métodos de cepillado probablemente más recomendados en los consultorios odontológicos son el de Bass y el de Charter, a continuación se hace una descripción más detallada de estos métodos.³⁴

2.9.7.1 MÉTODO DE BASS

Se coloca el cepillo en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente y se presiona en sentido apical contra el margen gingival. El cepillo se mueve en posición anterioposterior con movimientos vibratorios. Cuando se limpian las caras linguales de los dientes anteriores, el cepillo tiene que estar puesto verticalmente para obtener acceso adecuado al área gingival de estos dientes. El método de Bass, correctamente utilizado, es eficaz para eliminar los depósitos blandos ubicados inmediatamente por debajo y encima del margen gingival.³⁴

2.9.7.2 MÉTODO DE CHARTER

En este método se coloca la cabeza del cepillo contra los dientes en ángulo de aproximadamente 45° en relación al plano oclusal. Las cerdas del cepillo dental quedan dirigidas hacia el plano oclusal/incisal y con el cepillo se hace un movimiento rotatorio. Esta técnica es eficaz en pacientes con resección de papilas interdentarias, es decir, cuando los espacios interdentarios están abiertos y accesibles hacia la penetración de las cerdas del cepillo.³⁴

2.10 LACTANTE

El lactante es un niño que se encuentra en la etapa de lactancia en la que su alimentación es a base de leche principalmente.¹³ Un niño es un ser en desarrollo físico, psíquico y social que recibe influencias natas, adquiridas, por tanto se desarrolla en tres sentidos básicos, que contribuirán a la maduración de las funciones básicas iniciales y fundamentales para la supervivencia, adaptación y para la ejecución de las funciones de maduración y aprendizaje.⁹

2.11 DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO

FASE ORAL (LACTANCIA: 0-1.5 años)

En esta etapa el niño explora el cuerpo y lo que lo rodea mediante su boca, su piel y su ritmo, mientras que los padres le transfieren un concepto, junto con las sensaciones de seguridad y de confianzas básicas. Durante la lactancia avanzada (6-18 meses) el niño aprende a masticar y a morder aunque todavía puede preferir succionar. Se desarrolla ahora la capacidad de aspirar, junto con otras funciones motoras y mayor actividad mental, lo que aporta la "capacidad" necesaria para la interacción y la actividad. La succión es importante para la supervivencia física del bebé y su desarrollo psicológico. Conforme el niño crece, la necesidad física y psíquica de succionar disminuye. Al ser apartado de forma gradual del pecho el niño aprende a dejar la fase inicial y prosigue su proceso de maduración sin sentirse abandonado, ni privado de nada.³⁵

FASE ANAL (PRIMERA INFANCIA TEMPORANA: 1.5 a 3 años)

En esta fase generalmente el niño ha conseguido el control de la vejiga y el intestino. El niño ya ha desarrollado una autoimagen clara, un "yo", comenzó a experimentar su propia voluntad y es por eso que el período se denomina a menudo "edad del desafiador". Su actitud fundamental puede ser tipificada por vergüenza y duda acerca de su propia capacidad; se torna obediente a las demandas y deseos exteriores o, por el contrario, expresa constante autoafirmación y obstinación. El fin de la fase oral significa normalmente que el niño alcanzó lo que se denomina madurez para el tratamiento, por lo que es el momento adecuado dado que entiende instrucciones y explicaciones simples.³⁵

FASE EDÍPICA (PRIMERA INFANCIA AVANZADA: 3 a 5 años)

Hacia esta época el interés se centra en los genitales, la sexualidad y el género. Por este mismo tiempo, el niño pasa por un período de delectación; se enamora de adultos del otro sexo, en particular de la madre o del padre. El desarrollo del superyó o de la conciencia sobreviene pronto y se cree que es el resultado de este conflicto edípico. Es importante elogiar su aspecto y su género.³⁵

FASE DE LATENCIA (EDAD ESCOLAR TEMPRANA: 5 a 12 años)

Es menos egocéntrico y cada vez está más interesado en su papel y lugar en el ambiente que lo rodea. Con frecuencia el niño está ávido de conocimientos, disfruta de las conversaciones, comienza discusiones abstractas, goza de coleccionar y categorizar, jugar y competir, también empieza a apropiarse de códigos y normas del mundo adulto.³⁵

2.12 SALUD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO

2.12.1 CAVIDAD ORAL DEL RECIÉN NACIDO

La boca del recién nacido muestra alteraciones estructurales propias para la edad, donde el labio superior presenta, en su porción media, el llamado Sucknig pad “apoyo para succión”(fig10), con múltiples proyecciones vellosas, que tienen por característica aumentar de volumen cuando están en contacto con el pecho de la madre.⁹



Fig. 10⁹

En la porción interna y media del labio superior existe el frenillo labial que, en más del 50% de los recién nacidos, une el labio superior a la papila palatina, constituyendo el llamado frenillo persistente. Lateralmente se encuentran los frenillos o bridas laterales que auxilian la fijación del labio en el maxilar. En el labio inferior las bridas son menos desarrolladas que en el arco superior.

Anatómicamente, los maxilares de los recién nacidos presentan, en el arco superior, un rodete gingival; por palatino tenemos el paladar con la bóveda, la papila palatina y las rugosidades palatinas en la porción anterior y,

en la porción media el rafe palatino medio. En la porción posterior se encuentra la transición del paladar duro con el blando, que se nota por una transición de color, siendo este último más rojizo.

En la transición del paladar con el rodete, existe el surco alveolar interno desde la línea media hasta la región molar donde cruza el rodete y sigue oblicuamente hacia vestibular. En la porción posterior del rodete, se puede notar después del surco oblicuo alveolar interno, el llamado pliegue palatino transitorio. En el arco inferior, después del frenillo labial y de las bridas, también por lingual, existe el piso y el frenillo lingual, así como el surco alveolar interno en su transición oblicua.

En ambos rodetes, sobre la región de los incisivos y caninos existe un cordón fibroso de Robin y Magitot (fig 11 y 12), bien desarrollado en el recién nacido el cual después va desapareciendo, siendo un factor indicativo del momento de la erupción cuando ocurre la desaparición parcial o total del cordón fibroso. Este pliegue o cordón funciona, como auxiliar en succión por colaborar como el límite de los maxilares.⁹



Fig. 11⁹



Fig. 12⁹

En la región anterior y vestibular de los rodetes, se notan segmentos verticales que coinciden con la presencia de los gérmenes de los incisivos y caninos; por lo tanto se presenta lobulado.⁹

2.12.2 INICIO DE LA ERUPCIÓN

La erupción es un proceso donde el diente migra de su posición intragingival. Esta erupción comienza alrededor de los 6 meses de edad.⁹

Órgano dentario	Superior	Inferior
Incisivo central	7 ½ meses	6 meses
Incisivo lateral	9 meses	7 meses
Canino	18 meses	16 mcses
1er molar	14 meses	12 meses
2 o molar	24 meses	20 meses

Fuente: Figueiredo LR, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebé. Actualidades Médico odontológicas, Sao Paulo, Brasil; 2000

2.12.3 MOLESTIAS Y SOLUCIONES

El primer momento de la erupción es cuando aparecen una serie de sintomatologías, las más comunes se relacionan con: salivación abundante, diarrea y sueño agitado. Y en las de menor incidencia se encuentran: irritabilidad, erupción cutánea, fiebre, inapetencia, vómito, tos, entre otras.⁹

La conducta frente a estas alteraciones debe ser el tratamiento sintomático y este puede ser hecho a través de masaje digital sobre los rodetes gingivales, así como el uso de mordedores plásticos enfriados. En cuanto al uso de soluciones tópicas anestésicas y endulzadas, no debe ser rutinario sino ocasional.

La erupción después de los síntomas generales podrá presentar molestias locales como, hematoma de erupción, el quiste de erupción, y algunas veces una fibrosis gingival.⁹

2.12.4 PATOLOGÍA BUCAL

2.12.4.1 DIENTES NATALES Y NEONATALES

Son dientes que aparecen en la cavidad bucal en el momento del nacimiento del niño (dientes natales), o que aparecen en las primeras semanas de vida (dientes neonatales).

Los dientes natales (fig13) y neonatales primarios pueden parecerse a los dientes normales primarios, pero la mayoría de las veces están pobremente desarrollados, pequeños, cónicos, amarillentos, con esmalte y dentina hipoplásica y con pobre o ausencia total del desarrollo radicular.¹³ La erupción prematura suele involucrar uno o dos dientes, muy comúnmente los incisivos centrales mandibulares temporales.³⁵

La presencia de dientes natales o neonatales, puede determinar lesiones secundarias junto a la tetina del pecho de la madre o lesión en la base de la lengua conocida como dolencia de Riga Fede (fig14) y también, cuando es inmaduro en la implantación, puede soltarse siendo aspirado o deglutido, presentando complicaciones pulmonares o digestivas.⁹

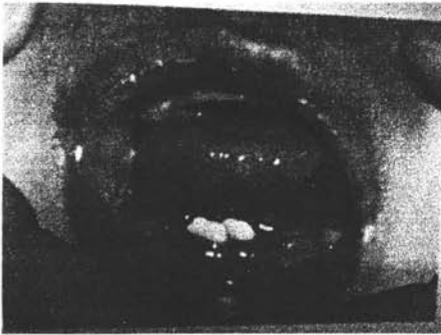


Fig.13³⁶ Dientes natales

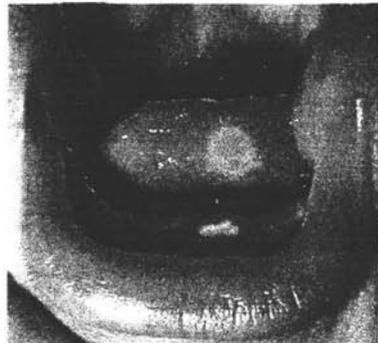


Fig.14³⁷ Dolencia de Riga Fede

2.12.4.2 ALTERACIONES REMANENTES DE ESTRUCTURAS EMBRIONARIAS

Las siguientes alteraciones son semejantes a pequeñas bolas blanco-amarillentas, pueden ser consideradas remanentes de estructuras embrionarias epiteliales las cuales la mayoría de las veces, desaparecen en el primer mes de vida, no obstante algunas aumentan de volumen y, aproximadamente al 3º mes, se tornan voluminosas, grandes y bastante

visibles, siendo que algunas pueden persistir o aparecer tardíamente, dando una falsa impresión de absceso.⁹

- **NODULOS DE BOHN.** Se localizan preferentemente en las porciones vestibulares y palatinas o linguales de los rodetes gingivales; son los que más se confunden con dientes debido a la forma, color, localización y momento de erupción (3º o 4º mes de vida).
- **PAPULAS DE EPSTEIN.** Se localizan a lo largo del rafe palatino medio y son remanentes del epitelio del paladar.
- **QUISTES DE LA LÁMINA DENTAL.** Se localizan en la cresta alveolar del reborde gingival, siendo más frecuente en la región posterior de los arcos, tiene un color blanquecino, y su contenido es el remanente de la lámina dentaria primitiva.⁹

2.12.4.3 FISURAS LABIO-PALATINAS

Trastorno desarrollado que habitualmente afecta al labio superior y se caracteriza por un defecto en forma de cuña; en el paladar se caracteriza por ausencia de fusión completa de las dos crestas palatinas, produciéndose una comunicación con la cavidad nasal.³⁶

Aún cuando puede estar afectada cualquier etapa del desarrollo, los más comunes son los defectos de desarrollo del paladar; aumentos con el número de casos con fisura han sido asociados a niños nacidos de madres epilépticas bajo tratamiento con fenitoína y a madres que fuman, en el último caso los efectos causados al embrión parecen resultar por la hipoxia, existen varios tipos de labio leporino el incompleto (fig15), el completo unilateral (fig16) y el bilateral (fig17).²¹



Fig. 15 ³⁸



Fig 16 ³⁸



Fig. 17 ³⁸

2.12.4.4 ENFERMEDAD PERIODONTAL

El surco gingival aloja células inflamatorias y produce exudado; pero no se verán signos de inflamación distinguibles clínicamente hasta que las reacciones vasculares hallan alcanzado cierto nivel. La encía marginal libre enrojece, toma aspecto tumefacto y las papilas sobresalen de los espacios interproximales. La superficie se encuentra distendida y brillante. El exudado del surco se nota clínicamente en especial cuando se aplica una ligera presión sobre la encía libre. Existe asimismo tendencia al sangrado gingival ante el sondeo.

La tendencia de las afecciones gingivales a permanecer superficiales en los niños sanos es tan pronunciada que cuando el niño de edad escolar o preescolar, de quien se sabe que no padece enfermedad que baje las defensas del huésped, presenta enfermedad periodontal generalizada.³⁵

2.12.4.5 CARIES POR ALIMENTACIÓN INFANTIL

El problema ocurre cuando los dientes del niño son expuestos por mucho a líquidos azucarados, otra causa para el desarrollo de este tipo de caries es el amamantamiento nocturno, debido a que la leche se mantiene por más tiempo en la boca y el nivel de saliva disminuye.

Esta caries tiene evolución rápida, muchos dientes están involucrados, generalmente 3 incisivos, en los casos más graves también se afectan los incisivos inferiores.⁹

En la fase inicial afecta a los incisivos centrales y laterales superiores, se da en todas sus superficies con inicio en el tercio gingival ya que ahí existe una mayor retención de placa bacteriana y ácido láctico. En los tejidos blandos se observa inflamación papilar, sangrado al cepillado y edema. En la fase intermedia ataca molares superiores e inferiores con posible daño pulpar. La fase final se da por destrucción coronal de los incisivos inferiores con incremento de patología pulpar y periodontal. Las consecuencias de la caries del lactante representa un riesgo para el estado de salud general, dolor y sufrimiento para el niño.⁹

2.12.4.6 PREVENCIÓN

La higiene bucal desde una edad temprana además de la acción preventiva tiene como finalidad la de acostumbrar al niño y a los padres al hábito del cepillado ya que es frecuente que cuando se quiere instalar hábitos de limpieza en edades mayores, el niño suele resistirse. Tanto la prevención oral como la limpieza deben iniciarse con el nacimiento del bebé.³³

2.12.4.6.1 LIMPIEZA DE LA BOCA Y DE LOS DIENTES

Disolver una cucharada sopera de agua oxigenada 10 volúmenes en 3 cucharadas de agua hervida. Guardar en un frasco color ámbar para uso futuro. Usar una punta de una tela o hisopo de algodón previamente

humedecido en la solución ya mencionada y pasarla por ambos rodetes gingivales, así como para limpieza de los dientes (fig18), inclusive de la lengua, como mínimo una vez al día; después de los 18 meses de edad, sustituir la limpieza por el cepillado de los dientes.⁹

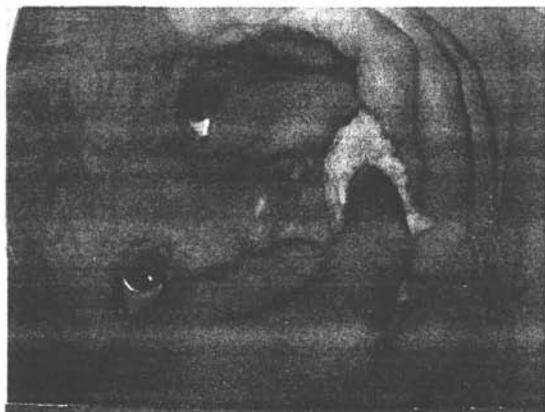


Fig.18⁹ Limpieza de la cavidad oral

2.12.4.6.2 APLICACIÓN DE FLUORURO

Usar solución de fluoruro de sodio al 0.2% (por el profesional) ó 0.02% (en casa) después de la limpieza de los dientes, preferiblemente en la noche antes de dormir; aplicar el fluoruro; usar un isopo y friccionar sobre los dientes durante más o menos 1 minuto; niños hasta 18 meses, usar cuatro gotas para cada arco.⁹

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los recién nacidos necesitan de un buen cuidado bucodental, tanto por parte de los padres como lo que puedan proporcionar los odontopediatras, mientras más precozmente inicien estos cuidados, más pronto se ayudara a que los dientes de la primera dentición se desarrollen sanos y en forma correcta.

La madre juega un papel importante debe tener claros los conceptos sobre salud bucodental en el embarazo y en la boca del bebé desde los primeros meses de edad y debe ser concientizada para que ella transmita los conocimientos recibidos a sus hijos.

4. JUSTIFICACIÓN

Es importante proporcionar a la madre la información necesaria acerca de las alteraciones bucales que se presentan en la gestación y brindarle la confianza de que los procedimientos que realiza el odontólogo son seguros tanto para ella como para el bebé, logrando de esta manera prevenir la pérdida prematura de los órganos dentarios. En México es muy alto el porcentaje de madres que desconocen la importancia de los dientes de la primera dentición y por lo tanto de la importancia de las medidas preventivas.

Promover la alimentación materna tiene múltiples beneficios tanto para la madre como para el bebé, entre ellos, disminuye el riesgo de cáncer de mama en la madre, en el niño proporciona inmunoglobulinas y nutrientes suficientes para su crecimiento, y ayuda a que se desarrollen de forma adecuada los maxilares y los músculos de la masticación.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las carencias y conocimientos que tienen las gestantes sobre conocimientos que tienen las gestantes sobre las medidas respecto al cuidado que deber tener en el embarazo y crear un programa para estas pacientes y el bebé durante los primeros 12 meses.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar a la madre acerca del control dental durante su embarazo.
- Generar en la madre la confianza suficiente para asistir con su dentista.
- Informar la evolución de la gingivitis gestacional.
- Instruir acerca de la importancia de la alimentación materna y de la caries por alimentación infantil en su hijo.
- Diseñar un programa de cuidado oral en la embarazada y el lactante.
- Identificar mitos en el embarazo.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio descriptivo transversal o de prevalencia, que describe las características de población de estudio.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Este estudio se realizó en mujeres embarazadas

6.3 MUESTRA DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas entre 20 y 35 años, que asisten a consulta mensual de control gestacional en la Clínica de Medicina Familiar Xochimilco del ISSSTE del 9 al 20 de agosto del 2004.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas que comprendan entre los 20 a 35 años
- Que sepan leer y escribir.
- Que tengan disposición de contestar el cuestionario.
- Mujeres embarazadas que acuden a consulta a la Clínica de Medicina Familiar Xochimilco del ISSTE por las tardes

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no cumplan con los criterios de inclusión

6.6 VARIABLES

6.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Nivel de conocimiento de las madres encuestadas acerca del cuidado oral en la gestante y el lactante

6.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- ♦ Alteraciones que se presenta en la cavidad oral durante el embarazo
- ♦ Técnicas adecuadas de higiene oral
- ♦ Beneficios de la lactancia materna
- ♦ Atención dental durante el embarazo
- ♦ Caries por alimentación infantil
- ♦ Etapa indicada para llevar al niño con el Cirujano Dentista

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Base de datos en Excell, se realizarón tablas y gráficas para mostrar los resultados.

6.7 RECURSOS

6.7.1 RECURSOS HUMANOS

- ♦ Tutor
- ♦ Asesor
- ♦ Pasante de Cirujano Dentista
- ♦ Embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión

6.7.2 RECURSOS MATERIALES

- ♦ Hojas
- ♦ Computadora
- ♦ Plumas
- ♦ Cuestionario base de evaluación
- ♦ Copias del cuestionario base

6.7.3 RECURSOS FINANCIEROS

- ♦ Corrieron a cargo de la tesista

6.9 CRONOGRAMA

Semanas	Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica	■	■	■	■								
Búsqueda de artículos	■	■	■	■	■	■						
Elaboración de marco teórico		■	■	■	■	■	■					
Elaboración de encuesta			■	■								
Aplicación de la encuesta								■	■	■	■	
Resultados de la encuesta										■	■	
Impresión de la tesina												■

RESULTADOS

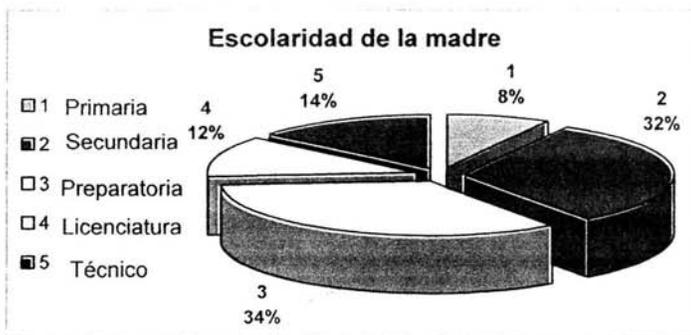
Gráfica 1. Edad de las encuestadas



Fuente directa

La edad de las encuestadas oscilaba entre los 20 y 35 años de edad, siendo el grupo más numeroso el de 28 años.

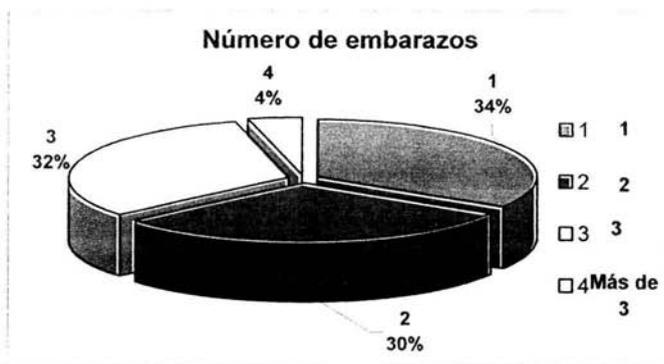
Gráfica 2. Escolaridad de la madre



Fuente directa

El porcentaje mayor corresponde al nivel de preparatoria y el menor a primaria.

Gráfica 3. Número de embarazos



Fuente directa

La encuesta nos reportó que las mujeres que han tenido más de tres embarazos es un porcentaje mínimo, mientras que 1, 2 y 3 embarazos se encontrarán casi en el mismo porcentaje.

Gráfica 4. Trimestre de embarazo



Fuente directa

La mayor parte de la muestra de estudio se encontraba en el último trimestre de embarazo.

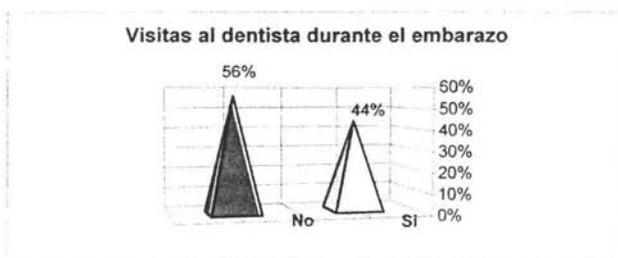
Gráfica 5. Visitas al dentista al año



Fuente directa

Es importante hacer notar que el 34% no acostumbra asistir al Cirujano Dentista o lo hace solo 1 vez por año.

Gráfica 6. Visitas al dentista durante el embarazo



Fuente directa

Las encuestas nos revelarán que más del 50% no han visitado al dentista durante su embarazo

Gráfica 7. No de visitas al dentista durante el embarazo



Fuente directa

Del porcentaje de mujeres que han asistido al dentista durante su embarazo, el 22% lo ha hecho 2 veces, y solo el 6% 3 o más veces.

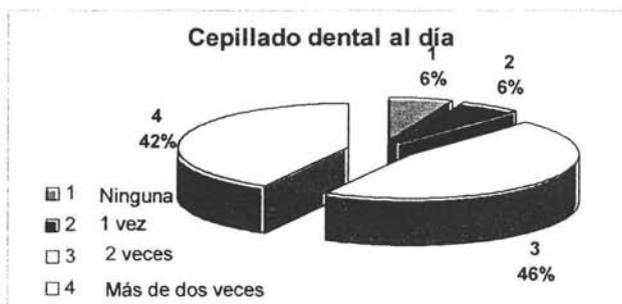
Gráfica 8. Motivo de consulta dental durante el embarazo



Fuente directa

Únicamente el 5% de las mujeres acuden a un control dental de embarazo, mientras que el 35% asistieron por caries..

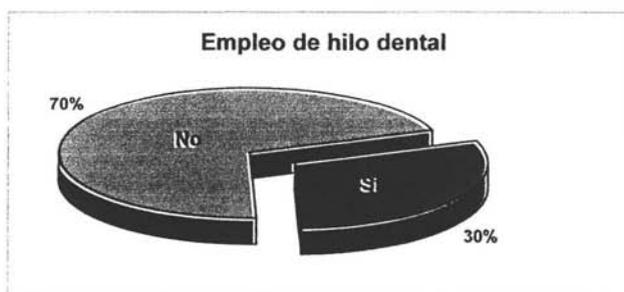
Gráfica 9. Cepillado dental al día



Fuente directa

El 88% corresponde al cepillado de 2 a 3 veces diarias.

Gráfica 10. Empleo de hilo dental



Fuente directa

El 30% de la población de estudio dijo emplear el hilo dental y el 70% no.

Gráfica 11. Cada hijo un diente



Fuente directa

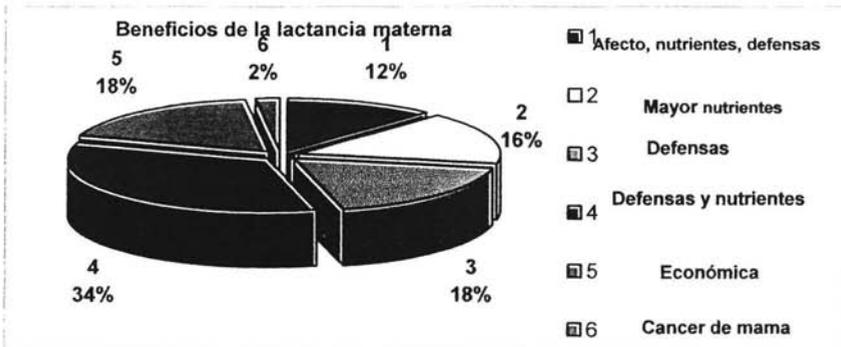
Más de la mitad de las mujeres encuestadas no aceptarán que con cada hijo se pierde un diente.

Gráfica 12. ¿Por qué con cada hijo se pierde un diente?



El 66% de las encuestadas cree que el bebé roba el calcio a los dientes y el 4% dijo que afloja los dientes.

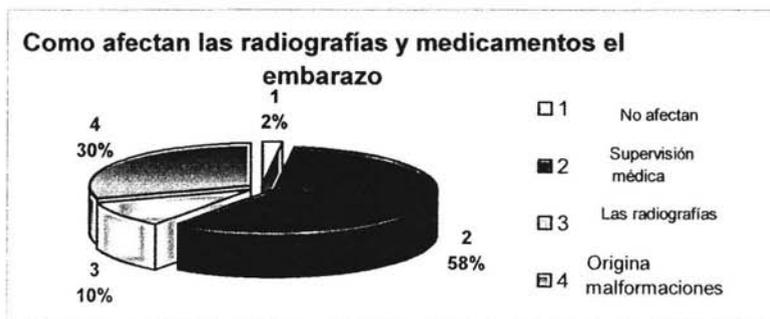
Gráfica 13. Beneficios de la lactancia materna



Fuente directa

El 34% de las gestantes encuestadas mencionaron únicamente como beneficio de la lactancia materna las defensas que le brindan al bebé, en tanto que el 2% señaló que previene el cáncer de mama.

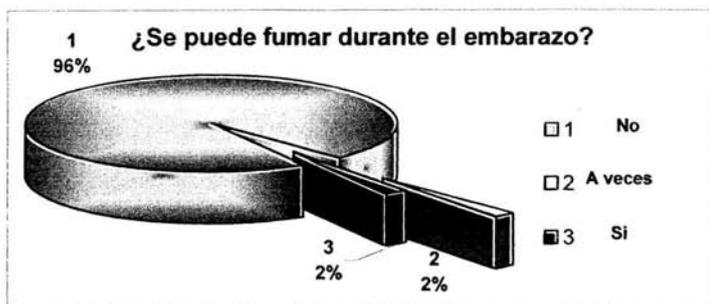
Gráfica 14. Como afectan las radiografías y medicamentos el embarazo.



Fuente directa

El 58% de las encuestadas cree que pueden emplearse bajo supervisión médica, aunque el 30% opinó que pueden originar malformaciones.

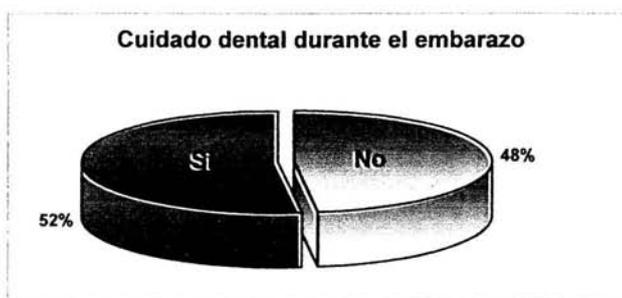
Gráfica 15. ¿Se puede fumar durante el embarazo?



Fuente directa

El 96% de las encuestadas opinó que no se puede fumar durante el embarazo, mientras que el 4% restante se divide en las que opinaron que a veces y que si.

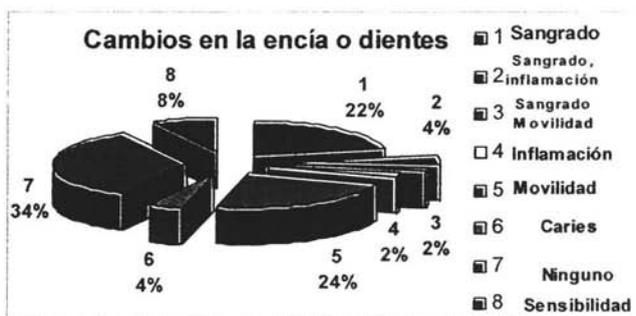
Gráfica 16. Cuidado dental durante el embarazo



Fuente directa

Al 62% de las encuestadas el ginecólogo o el dentista les han indicado el cuidado dental durante su embarazo y al 48% no se les ha mencionado.

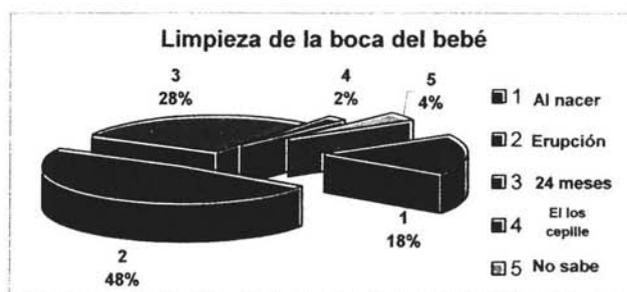
Gráfica 17. Cambios en la encía o dientes



Fuente directa

El 34% de las encuestadas indicaron no haber advertido ningún cambio en su encía o dientes durante el embarazo, siguiéndole en escala la movilidad y posteriormente el sangrado, siendo estos los más representativos.

Gráfica 18. Limpieza de la boca del bebé



Fuente directa

Se observa un resultado del 48% de madres que mencionaron que la limpieza de la boca del bebé debe iniciar con la erupción dental, y el 2% cuando el pueda cepillarlos solo.

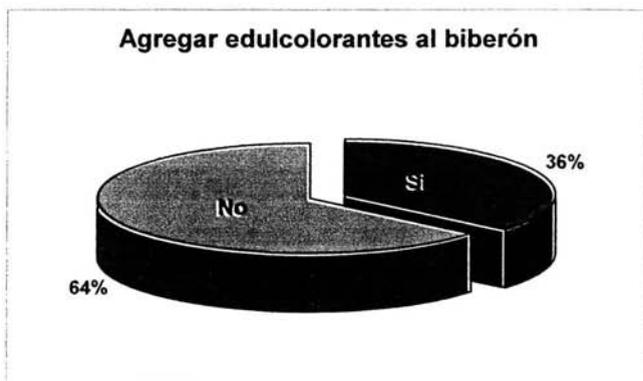
Gráfica 19. 1ª Consulta del niño con el dentista.



Fuente directa

El 56% cree que se debe llevar al niño por primera vez al dentista a los 24 meses y el 2% cuando presenta dolor.

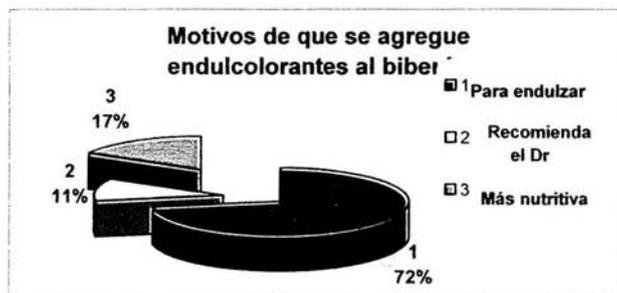
Gráfica 20. Agregar edulcorantes al biberón



Fuente directa

El 64% no agregará edulcorantes al biberón y un 36% si piensa hacerlo.

Gráfica 21 y 22. Motivo de que se agregue o no edulcorantes al biberón



Fuente directa

En estas gráficas encontramos un porcentaje del 43% que corresponde a las que no le piensan agregar edulcorantes por que opinaron que no es necesario, por otro lado se observó que un 72% de las que le piensan agregar edulcorantes al biberón mencionaron que es para endulzar.

Gráfica 23. ¿Conoce las alteraciones que se presentan en la boca del bebé antes de la erupción dental?



Fuente directa

El 62% de las mujeres encuestadas mencionaron conocer las alteraciones que se presentan en la boca del bebé antes de la erupción dental, mientras que el 38% no.

PROGRAMA DE SALUD ORAL ENFOCADO A LA MUJER EMBARAZADA Y EL LACTANTE

METAS

Elevar el nivel de conocimientos en la mujer embarazada sobre los cambios bucales que se presentan en su persona durante esta etapa.

Lograr que la madre sepa identificar las alteraciones que se podrían presentar en la boca del bebé, así como los síntomas por la erupción dental.

Motivar la práctica de la higiene oral del recién nacido, previniendo de este modo que en un futuro el niño presente caries por alimentación infantil.

ESTRATEGIAS

Ofrecer a la embarazada, algún implemento de higiene oral por asistir al programa.

Presentar a las futuras madres imágenes de gingivitis y periodontitis, como consecuencia de falta de atención dental durante su embarazo.

Mencionar y mostrar las imágenes de las alteraciones que se pueden presentar en la cavidad oral del infante por ingestión durante el embarazo de medicamentos, tabaco y alcohol.

LÍMITES DEL PROGRAMA

ESPACIO

Impartido en instituciones de salud pública

TIEMPO

Se requerirá que las gestantes acepten participar en el programa durante un período de 9 meses, mismos que irán desde el 1º trimestre de gestación hasta 2 meses después del parto.

UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres embarazadas que se encuentren en el primer trimestre de gestación, y acepten llevar el programa durante el tiempo establecido

ACTIVIDADES

El programa estará formado por cuatro etapas básicamente las primeras dos de ellas estarán enfocadas en la madre y las otras en el bebé, estas a su vez tendrán un aspecto educacional y otro clínico.

PRIMERA ETAPA

Esta se llevará a cabo durante el primer trimestre del embarazo, y por consiguiente deberán evitarse los tratamientos que requieran el empleo de anestésicos, salvo tratamientos de emergencia. Durante la primera cita deberá convencerse a la madre acerca de llevar el programa durante el tiempo especificado.

Proceso educacional

-Papel de la placa dental en el proceso de la enfermedad

- Gingivitis del embarazo
- Granuloma del embarazo
- Enfermedad periodontal y su asociación con partos prematuros
- Técnicas de cepillado dental y empleo del hilo dental
- Alteraciones en la cavidad oral de bebé producidas por medicamentos , tabaco y alcohol

Proceso clínico.

- Control de placa
- Supervisar las técnicas de higiene oral
- Indicar el empleo de pastillas reveladoras de placa dental
- Profilaxis y curetajes simples
- Tratamientos de emergencia solamente

SEGUNDA ETAPA

Se realizará durante el segundo trimestre de gestación, en este período se podrán realizar los tratamientos dentales de rutina que requiera la paciente, dejando para después del parto las cirugías o tratamientos muy extensos.

Proceso educacional

- Aplicar un cuestionario que aborde los temas expuestos en la primera etapa a las madres y responder sus dudas
- Repasar las técnicas de higiene oral y empleo de las pastillas reveladoras de placa

Proceso clínico

- Control de placa

- Examinar los tejidos gingivales
- Tratamientos dentales que requiera la paciente
- Toma de radiografías en caso de que se requiera con mandil de plomo
- Supervisión de las técnicas de higiene oral

TERCERA ETAPA

Tendrá lugar durante el último trimestre de embarazo, deberá evitarse mantener a la paciente en posición supina, el empleo de radiografías y realizar tratamientos dentales arduos.

Proceso educacional

- Caries por alimentación infantil
- Lactancia materna
- Lactancia artificial
- Patologías en la cavidad oral del recién nacido
- Limpieza de la cavidad oral en el recién nacido

Proceso clínico

- Control de placa
- Profilaxis y curetajes simples
- tratamientos solo de emergencia
- Supervisión de las técnicas de higiene oral

CUARTA ETAPA

Se recomienda que se realice en los dos meses después del parto, para de esta forma verificar que se esté realizando adecuadamente la higiene oral de recién nacido.

Proceso educacional

- Erupción dental de los dientes primarios
- Signos y síntomas de la erupción dental
- Diagnóstico y realización de tratamiento si existiera alguna patología
- Primera cita del niño con el dentista

Proceso clínico

- Mostrar a la madre como limpiar la cavidad oral del recién nacido
- Control de placa dental de la madre
- Realizar tratamientos quirúrgicos o protésicos en la madre

RECURSOS

HUMANOS. Odontólogos capacitados para la adecuada orientación de la madre respecto a su cuidado dental y el de su bebé, y pasantes de la carrera de Cirujano Dentista.

MATERIALES.

- Espejos dentales
- Implementos de higiene oral para las mujeres embarazadas participantes
- Material didáctico para poder impartir cada sesión
- Modelos figurados donde explicar técnicas de higiene oral en la madre y el recién nacido
- Transparencias
- Rotafolios
- Trípticos
- Carteles

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos de las encuestas se encontró que el mayor porcentaje lo tenían las mujeres en el último trimestre de embarazo, debido a que es más fácil identificarlas en esta etapa.

Es importante destacar que el motivo principal de atención dental durante el embarazo fue caries, mientras que tan solo el 5% habían acudido con el dentista para llevar un control dental durante el embarazo.

El presente estudio reportó una población en la cual los porcentajes más representativos en escolaridad son secundaria y preparatoria, por tal motivo se obtuvo un número adecuado de cepillado dental por día, no obstante el empleo de hilo dental no se encontró muy difundido siendo un 30% de la muestra de estudio la que emplea el hilo dental.

En lo que respecta al mito de que con cada hijo se pierde un diente, el 56% de las encuestadas mencionó no estar de acuerdo con tal aseveración, sin embargo un 74% admitió que el bebé roba calcio a los dientes o los afloja, quedando de este modo un 28% que cree totalmente que el embarazo no interviene en la pérdida dental. Asimismo notamos que los cambios más observados en la cavidad oral durante el embarazo son movilidad dental y gingivitis.

Se observó que la mayoría de las madres opinan que la limpieza de la boca del bebé empieza con la erupción dental y que se debe de llevar al niño por primera vez al dentista cuando tiene todas sus piezas dentales erupcionadas, a pesar de esta respuesta las madres que ya tenían hijos

previos a este embarazo no lo habían practicado inclusive algunas de ellas habían agregado y pensaban adicionarle edulcorantes al biberón. Dentro de los beneficios señalados de la lactancia materna es importante recalcar que el 100% de la población desconoce que ayuda al desarrollo de los músculos de la masticación.

Aunque se obtuvo un 62% de madres que mencionaron conocer las alteraciones que se presentan en la boca del bebé antes de la erupción dental, se observó que solo nombraron signos y síntomas de la erupción dental.

Por todo lo anterior considero necesario la implementación de un programa de salud oral encaminado a la mujer embarazada y el lactante, logrando con esto erradicar en lo posible los mitos que involucran a este sector y generar en ellos nuevos hábitos que beneficien el bienestar bucal y difundan los conocimientos adquiridos dentro de dicho programa.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Pereira D. Educação dentária da criança. Rio de Janeiro, 1929, pp.79
2. Blinkhm. Factors influencing the transmission of the tooth brushing routine by mothers to their pre-school children. J dent Bristol 1980 9(4):307-11
3. Dominick y cols. Odontología preventiva. Mundi, Buenos Aires, Argentina 1981, pp.117-90
4. Morinudhi T, Mastuno T, Fukuda H. Effective dental health care guidance for the infant aged 4 months. Jap J Den 1982; 20(3):401
5. Raymond B. Odontología Pediátrica. Panamericana, Buenos Aires 1984, pp. 179-182
6. Persson L, Carlgren G. Measuring Children's diet: evaluation of dietary assessment techniques in infancy and childhood. Inter J Epidemiol 1984; 13(4):506-17
7. Goepferd S. An infant oral health program: the first 18 months. Oral health 1989; 79(1):21-25
8. Mc Donald A. odontología Pediátrica y del Adolescente. Harcourt 6ª edición, Madrid España 1998 pp.33-35
9. Figueiredo LR, Ferelle A, Issao M. Odontología para el Bebé, odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, Sao Paulo, Brasil; 2000
10. Díaz M, Carrillo C, Terrazas R, Canales M. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Rev ADM 2001; 58 (2): 68-73
11. Díaz M, Díaz F. Manual de Salud Bucal y Embarazo. Universidad Autónoma Mexicana, Xochimilco 2001, pp 19-34
12. Rodríguez Ch, López S. El embarazo su relación con la salud bucal. Revista Cubana Estomatológica 2003;40(2)
13. Real Academia diccionario de la lengua española. Milenio 22ª edición, Vol. 6 y 7, España 2001 pp 908, 1027
14. Sullivan T. Embarazo y parto; costumbres, supersticiones y técnicas prehispánicas de los aztecas y su supervivencia en México. Anuario indigenista 1969;29(6):285-293
15. Díaz M, Heredia L. A Metabolismo fósforo calcio y su relación con el embarazo Practica Odontológica 2001;12 (12) :25 – 27
16. Calleja Q, Gómez C, García H. Utilización de antibióticos en las infecciones odontogénicas en la mujer embarazada ADM 49 (3) : 94-99
17. Casanueva E. y col. Nutriología Médica, Panamericana, Madrid España, 2ª edición, 2001 pp 131-145.

18. Gómez C, Calleja Q. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica ADM 56 (4) :158-162
19. Díaz M. Empleo de medicamentos durante el tratamiento estomatológico en la embarazada, Medicina Oral 8(8) : 62-64
20. Dorland W. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina vol2 edición 28 Interamericana pp. 1761
21. Bhaskar S. Histología y embriología bucal de Orban. Prado, México 11 ed. 1991, pp. 97-101,132-136
22. <http://www.uigv.edu.pe/facultades/estomatologia/internas/clinicaestomatologica.htm>
23. Rodríguez V. Tesis Nivel de conocimiento en la salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002
24. Merino E. Lactancia materna y su relación con las anomalías dentofaciales. Revisión bibliográfica, Acta Odontológica Venezolana 2003; 41 (2)
25. Formulas infants. Pediatric dentistry, 21:2, 1999
26. Games J, Palacios J. Introducción a la pediatría 6ª edición, editorial Méndez, México 1997, pg 111
27. www.medicoseninternet.net/lactancia/
28. Pilonieta O, Torres M. implicaciones de la lactancia materna en odontopediatría. Med Unab 2003 6(17) :89-92
29. Ruiz L, Gómez G, Rodríguez G. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Rev. ADM 2002; 59 (1) :5-9
30. Carranza A, y cols. Periodontología clínica. Mc. Graww-Hill Interamericana, México, 9ª edición, 2004, pp 545-548
31. Glenwright S. Periodontology, Wolfe 1994, pp. 18 y 37
32. www.colgate.com
33. Katz M. Odontología preventiva en acción. Panamericana 3ª edición, México 1991, pp 442-49
34. Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología. Panamericana, España 2000, pp. 432-37
35. Góran K y cols. Odontopediatría enfoque clínico, Panamericana, Madrid España 1994, pp. 13-19
36. Sapp P, y cols. Patología oral y maxilofacial contemporánea, Harcourt , Madrid, España 1998,pp. 4,27,28
37. <http://www.healthviewsmagazine.com/jsmc.cfm/HealthContent/SPeds/hmewborn/cleft.cfm>
38. <http://www.avantel.net/~dentista/dientes.htm>

Anexos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**CUIDADO ORAL EN LA EMBARAZADA Y EL LACTANTE**

1. Nombre: _____ Edad: _____

2. Escolaridad:

a) primaria b) secundaria c) preparatoria d) licenciatura e) otro: _____

3. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

a) 1 b) 2 c) 3 d) más de 3

4. ¿En qué trimestre de su embarazo se encuentra?

a) 1^{er} trimestre b) 2^o trimestre c) 3^{er} trimestre

5. ¿Cuántas veces acude al dentista al año?

a) ninguna b) 1 vez c) 2 veces d) 3 veces e) 4 ó más

6. ¿Durante su embarazo ha acudido con su dentista?

a) sí b) no

7. ¿Cuántas veces?

a) ninguna b) 1 vez c) 2 veces d) 3 ó más e) otra _____

¿Cuál fue el motivo? _____

8. ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes?

a) nunca b) 1 vez c) 2 veces d) más de 2 veces e) otra _____

9. ¿Utiliza hilo dental?

a) sí b) no

10. ¿Usted cree que con cada hijo se pierde un diente?

a) sí b) no

11. ¿Por qué?

a) no lo creo b) el bebé se roba el calcio c) los dientes se aflojan

12. Mencione los beneficios que tiene la lactancia materna:

a) aumenta la relación afectiva madre hijo

b) contiene mayor cantidad de nutrientes

c) brinda defensas al niño

d) ayuda a desarrollar los músculos de la masticación del niño

e) cáncer de mama

f) económica

13. ¿De qué forma cree que la toma de radiografías, el uso de medicamentos afectan su embarazo?
- a) no afectan b) crean malformaciones c) únicamente las radiografías afectan
d) se pueden usar bajo supervisión médica
14. ¿Se puede fumar durante el embarazo?
- a) nunca b) a veces c) siempre
15. ¿El ginecólogo o el dentista le han indicado el cuidado dental durante su embarazo?
- a) sí b) no
16. ¿Qué cambios se observan en la encía o dientes durante el embarazo?
- a) sangrado de la encía
b) aumento de volumen en la encía
c) los dientes se han aflojado
d) caries
e) Ninguno
f) sensibilidad
17. ¿En qué etapa cree que se empieza la limpieza de la boca del bebé?
- a) al nacer
b) cuando empiezan a salir dientes
c) cuando ya tiene sus dientes completos
d) cuando el solo puede cepillarlos
18. ¿Cuándo se debe llevar por 1ª vez al niño al dentista?
- a) cuando empiezan a salir dientes (6 meses)
b) cuando ya tiene sus dientes completos (24 meses)
c) cuando el niño presenta caries
d) cuando le duelen los dientes
19. ¿Le piensa agregar azúcar, miel o chocolate al biberón?
- a) sí b) no
20. ¿Por qué?

21. ¿Conoce las alteraciones que se pueden presentar en la boca del bebé antes de que salgan los dientes?
- a) sí b) no