GUÍA PRÁCTICA
SALUD ORAL Y EMBARAZO

4ª edición 2025

CONSEJO DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA

FDE
Fundación Dental Española

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
1978

Prólogo

La Guía Práctica,"Salud Oral y Embarazo" que aquí se presenta, es una herramienta de suma utilidad para el odontólogo clínico. Se trata de una actualización de la primera edición de 2013. El abordaje de las principales condiciones fisiológicas y patológicas del área oral durante el embarazo aporta los conceptos básicos a tener en cuenta en el manejo de la paciente embarazada. La Guía Práctica recoge de manera 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. Además, 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, como las preguntas más frecuentes que se suele hacer la embarazada, autocuidados recomendados, qué modelo de historia clínica es adecuado o qué consejos clínicos deben proporcionarse a la mujer gestante. Esperamos que sea, al menos, tan bien recibida como lo fue la Guía de la primera edición.

DR. ÓSCAR CASTRO REINO
Presidente de la Fundación Dental Española y del Consejo General de Dentistas de España.

Water
Supply

Justificación

Disponemos de excelentes obras que analizan lo referente a Salud Oral y Embarazo. Por ese motivo, esta Guía, como la anterior editada en 2013, 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 y 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 a 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 los pacientes (Preguntas Frecuentes y Autocuidado), y 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 esta etapa tan importante de la vida.

CONSEJO DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA

FDE

Índice

1. INTRODUCCIÓN A LA GUÍA

2. SALUD ORAL Y EMBARAZO
- 2.1. Condiciones fisiológicas y embarazo
- 2.2. Condiciones orales y embarazo
- 2.3. Enfermedad periodontal y embarazo
- 2.4. Transmisión de bacterias cariogénicas

3. GUÍA PRÁCTICA EN LA MUJER EMBARAZADA
- 3.1. Consentimiento informado
- 3.2. Prevención
- 3.3. La colocación de la paciente embarazada
- 3.4. Diagnóstico radiológico
- 3.5. Tratamiento dental durante el embarazo
- 3.6. El uso del óxido nitroso
- 3.7. Los materiales restauradores
- 3.8. Algunas consideraciones farmacológicas en el embarazo
- 3.9. El problema de la caries
- 3.10. Las estrategias de control
- 3.11. La lactancia materna

4. ANEXOS
- 4.1. Preguntas frecuentes
- 4.2. Autocuidados en el embarazo
- 4.3. Autocuidados después del parto
- 4.4. Historia clínica
- 4.5. Recomendaciones clínicas
- 4.6. Esquema de decisión
- 4.7. ¿Qué hacer en función del trimestre de embarazo?
- 4.8. Recomendaciones según el trimestre
- 4.9. Guía para personal de cuidados prenatales
- 4.10. Infografías para explicar a nuestras pacientes

5. BIBLIOGRAFÍA

1 Introducción a la guía

La mujer experimenta múltiples cambios fisiológicos durante el embarazo, incluyendo cambios en su cavidad oral que pueden afectar a su salud bucodental. Por ello, es de vital importancia que los profesionales que están en contacto con la embarazada, como los dentistas, discutan esos cambios con la embarazada, refuercen los hábitos positivos en salud oral y expliquen a la mujer que los cuidados dentales durante el embarazo son importantes y son seguros. Los obstetras, las matronas y otro personal sanitario, al estar en permanente contacto con la embarazada, se convierten en elementos clave para reforzar la salud oral de estas pacientes y referirlas al dentista cuando lo estimen necesario.

Los niños nacidos de madres con pobre salud oral y altos niveles de bacterias cariogénicas en saliva también están en alto riesgo de padecer caries. La caries continúa siendo la enfermedad infantil más prevalente y ello a pesar de ser prevenible. Esto convierte al periodo prenatal en una etapa única para educar a la mujer embarazada en salud oral, así como para proporcionarle los cuidados dentales oportunos. Ello cambiará significativamente la trayectoria de la salud oral, tanto para la madre como para su futuro hijo.

La profilaxis dental (tartrectomía) es un componente esencial preventivo y terapéutico en los cuidados dentales. A pesar de ello, solamente una minoría de mujeres acude a su dentista durante el embarazo para recibir este y otros cuidados que le serán de gran ayuda. En España tan solo el 10 – 12 % de las mujeres embarazadas consultan a su dentista. La principal razón para no hacerlo es la falta de educación sanitaria y pensar que recibir esos cuidados puede poner en riesgo la salud del feto. Es urgente que los profesionales relacionados con el embarazo aseguren a la mujer que los cuidados dentales no solamente son seguros sino que son fundamentales para su propia salud y para el normal desarrollo del feto.

Es fundamental que la embarazada visite a su dentista para recibir los consejos y tratamientos oportunos

EL PAPEL DEL PERSONAL SANITARIO

El embarazo es el estado idóneo de la mujer para que los profesionales sanitarios puedan explicarle la relevancia que tiene una buena salud oral para ella y para su bebé.

- Los cambios hormonales durante el embarazo pueden originar una respuesta inflamatoria exagerada frente a las bacterias. Las encías pueden enrojecerse, inflamarse, sangrar e incluso originar pérdida dentaria.

- El ácido del reflujo gástrico y de los vómitos frecuentes pueden causar erosión dentaria. El picoteo de productos azucarados para satisfacer los antojos, incrementa el riesgo de caries.

- Existe una cierta evidencia que sugiere que la periodontitis avanzada durante el embarazo puede estar relacionada con partos prematuros, bajo peso al nacer y riesgo de preeclampsia.

- Existe evidencia de la transmisión de bacterias cariogénicas de la madre al niño a través de la saliva. Es imprescindible que no existan caries sin tratar en la boca de la embarazada.

Las matronas, los médicos de familia, los obstetras y ginecólogos y el personal de enfermería, son una ayuda indispensable para promover una buena salud oral en la embarazada. El pediatra es clave para los cuidados orales del recién nacido.

PUEDES AYUDAR A MEJORAR LA SALUD ORAL DE LA MADRE Y DEL BEBÉ

EQUIPO DE CUIDADOS PRENATALES

¿Cuándo fue tu última visita dental?

¿Tienes vómitos de repetición, reflujo gástrico, inflamación o sangrado en tus encías u otro problema relacionado con tu boca?

¿Sabes que es fundamental que realices una visita a tu dentista durante el embarazo? Mejor en el segundo trimestre a no ser que haya alguna urgencia.

EQUIPO DE CUIDADOS DENTALES

¿Estás embarazada o tienes planificado estarlo próximamente?

¿Estás recibiendo cuidados prenatales regularmente?

¿Sabes que los cuidados dentales son seguros y muy importantes durante el embarazo?

¿Eres consciente de que tu salud oral puede afectar a tu salud general y a la del bebé?

EQUIPO DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS

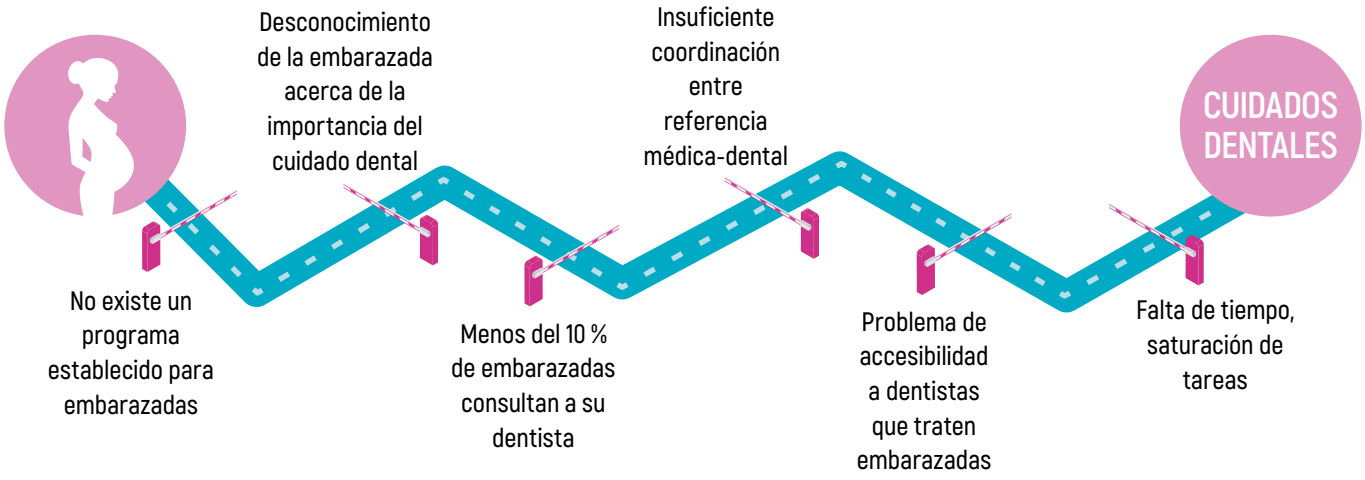
¿Sabes que tienes que pedir cita a tu dentista cuando el bebé cumpla el primer año de vida?

¿Sabes que tienes que empezar a cepillarle los dientes desde que le salgan los primeros, en torno a los 6 meses de edad?

¿Sabes que tienes que usar pasta con flúor dos veces al día, del tamaño de un grano de arroz?

LAS BARRERAS A LA ASISTENCIA DENTAL

La realidad en España es que no más del 10 – 15 % de las mujeres consultan a su dentista durante el embarazo. Las principales causas que se pueden identificar son la ausencia de cultura/educación dental, que permita transmitir a la embarazada la enorme relevancia que tienen los controles y tratamientos dentales durante su etapa de embarazo. A ello contribuye una insuficiente coordinación entre el personal sanitario que atiende a la embarazada y el personal dental. La mujer embarazada, por otra parte, se ve a veces sobresaturada de mensajes, algunos fiables y otros menos, que terminan por confundirla y hacerla reacia a recibir cuidados en esa etapa de su vida. Finalmente, una parte de profesionales del ámbito dental, por desconocimiento o simplemente por no sentirse cómodos, prefieren no atender a estas pacientes en el momento del embarazo. Todas esas causas son importantes y deben superarse para facilitar una atención dental de calidad en una etapa crucial en la vida de la mujer.



Rocha JS et al. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. Caries Res 2018; 52: 139-152.

Las cuatro estrategias básicas

1

MANTENER SANOS DIENTES Y ENCÍAS

La patología periodontal puede llevar a parto prematuro y bajo peso al nacer. Existe la posibilidad de transmisión bacteriana por la saliva de la madre al niño

2

EVITAR O TRATAR LAS NÁUSEAS, VÓMITOS Y REFLUJO GÁSTRICO

La embarazada que experimenta vómitos matutinos y/o reflujo gástrico se encuentra en un alto riesgo de padecer erosión dental

3

PREVENIR ENFERMEDAD PERIODONTAL

Muchas mujeres pueden desarrollar patología periodontal durante el embarazo debido a los cambios hormonales. Hay que asegurarse de tratarla cuanto antes

4

DEJAR DE FUMAR

Fumar durante el embarazo compromete no solo la salud de la madre, sino también la del feto

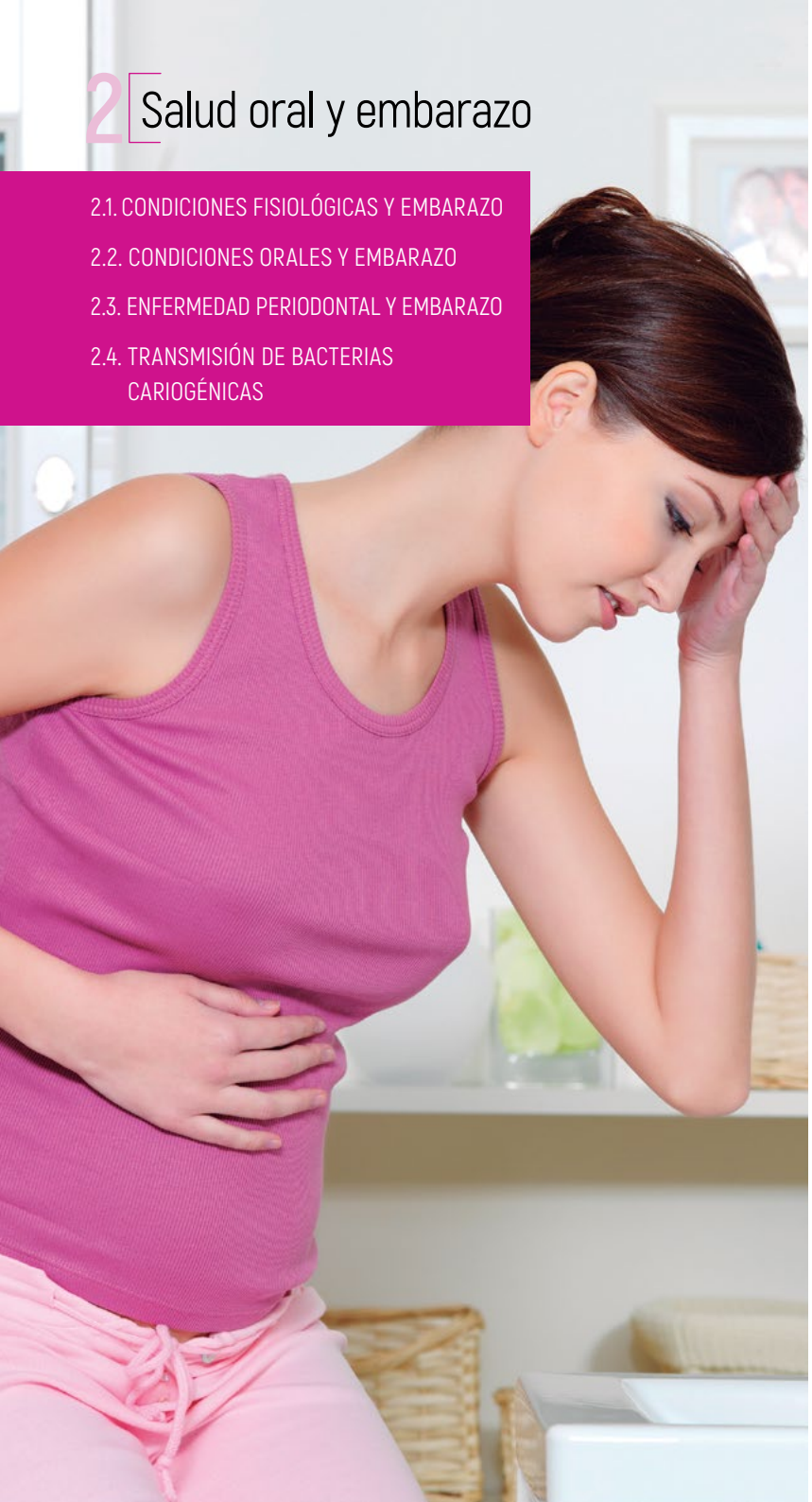
2 Salud oral y embarazo

2.1. CONDICIONES FISIOLÓGICAS Y EMBARAZO

2.2. CONDICIONES ORALES Y EMBARAZO

2.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL Y EMBARAZO

2.4. TRANSMISIÓN DE BACTERIAS CARIOGÉNICAS



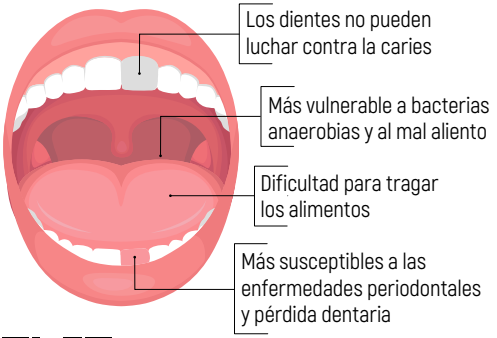
2.1 CONDICIONES FISIOLÓGICAS Y EMBARAZO

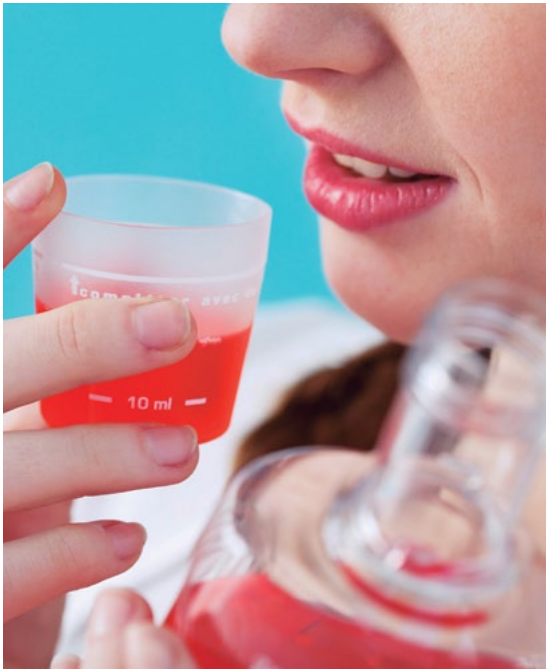
Las náuseas y vómitos[1] son muy comunes durante el embarazo. Entre el 75-80 % de las mujeres experimentan estos síntomas, fundamentalmente, limitados al primer trimestre de gestación. Una forma severa de este cuadro es la hiperémesis gravídica que afecta al 0,3-2 % de las embarazadas pudiendo llevar a una importante erosión del esmalte dentario.

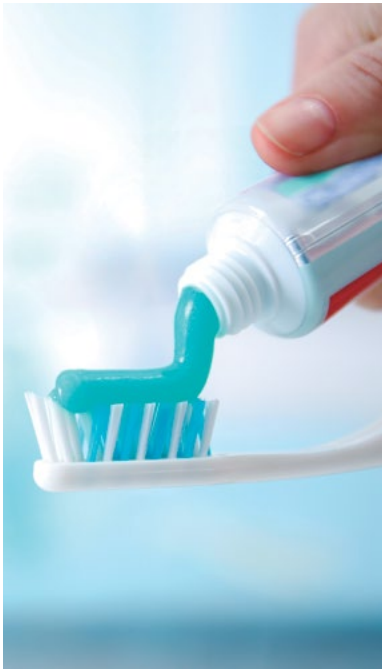
Los cambios en la composición de la saliva[2] durante la gestación del embarazo y la lactancia pueden predisponer temporalmente a la erosión y a la caries dental. Sin embargo no hay datos convincentes que demuestren un incremento de la incidencia de caries durante la gestación o en el periodo postparto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

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

CONSECUENCIAS:







1. Enjuaga con agua después del vómito. Puedes usar una cucharita de café de bicarbonato disuelto en agua. Enjuagar y escupir.
2. Espera 30 minutos después del vómito para cepillarte con pasta dentífrica fluorada.
3. Mastica chicle con xilitol para estimular la producción de saliva.
4. Utiliza colutorio fluorado (libre de alcohol) antes de acostarte.

2.2 CONDICIONES ORALES Y EMBARAZO

CARIES DENTAL

La acidez incrementada en la boca, consecuencia de la hiposalivación, de los reflujos gástricos, el aumento de consumo de alimentos y bebidas azucaradas, la disminución de las prácticas de higiene, pueden incrementar el riesgo de caries en la embarazada[4].

GINGIVITIS DEL EMBARAZO

La respuesta inflamatoria aumentada frente a la placa bacteriana, puede resultar en encías inflamadas y sangrantes[5-6]. Un correcto hábito de cepillado e higiene interdentaria reduce la gingivitis.

Gingivitis marginal de la embarazada. Cortesía del Dr. R Segura Saint-Gerons

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La gingivitis no tratada puede dar lugar a periodontitis en la que ya existe afectación del hueso de soporte del diente. Ello puede originar movilidad y pérdida del diente[7].

GRANULOMA DEL EMBARAZO

Ocurre en aproximadamente el 5 % de los embarazos. Es el resultado de una respuesta inflamatoria exagerada frente a los microorganismos patógenos orales y normalmente desaparece sin tratamiento después del embarazo[8].

EROSIÓN DENTARIA

Los vómitos matutinos y el reflujo gástrico, frecuentes en el embarazo, pueden ocasionar erosión del diente[9]. Enjuagarse con agua en la que se disuelve una cucharita de bicarbonato, ayuda a neutralizar los ácidos después del vómito.

2.3 ENFERMEDAD PERIODONTAL Y EMBARAZO

- Los mismos factores de riesgo de la enfermedad periodontal (edad de la embarazada, tabaco y diabetes) son factores de riesgo en el embarazo.
- Las revisiones más recientes encuentran asociación entre la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer así como la preeclampsia[10].
- Los últimos estudios demuestran que los tratamientos no quirúrgicos durante el embarazo no están asociados con ninguna complicación durante el embarazo.
- La terapia periodontal es efectiva en reducir los signos de enfermedad periodontal y los agentes patógenos parodontales apoyando la realización de la misma durante el embarazo[11].

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

2.4 TRANSMISIÓN DE BACTERIAS CARIOGÉNICAS

- El control de las enfermedades orales en la mujer embarazada reduce la transmisión de bacterias orales desde la madre hacia 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 son esenciales para el control de la caries y para reducir la severidad de la transmisión bacteriana al recién nacido[12].

- La madre es la mayor "donante" 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 intervienen la saliva: probar la comida con la misma cuchara, chupar el biberón o el chupete.

- La leche materna por sí sola no favorece la aparición de caries, son la pobre higiene oral y los malos hábitos los responsables de la caries en la infancia[13].

3 Guía práctica en la mujer embarazada

3.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

3.2. PREVENCIÓN

3.3. LA COLOCACIÓN DE LA PACIENTE EMBARAZADA

3.4. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

3.5. TRATAMIENTO DENTAL DURANTE EL EMBARAZO

3.6. EL USO DEL ÓXIDO NITROSO

3.7. LOS MATERIALES RESTAURADORES

3.8. ALGUNAS CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS EN EL EMBARAZO

3.9. EL PROBLEMA DE LA CARIES

3.10. LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL

3.11. LA LACTANCIA MATERNA

3.1 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.

3.2 PREVENCIÓN

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, higiene interdental, flúor y agentes antisépticos) y con profilaxis profesional que incluya remoción de sarro supra y subgingival

- 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 la gestación[14].

- 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[15].

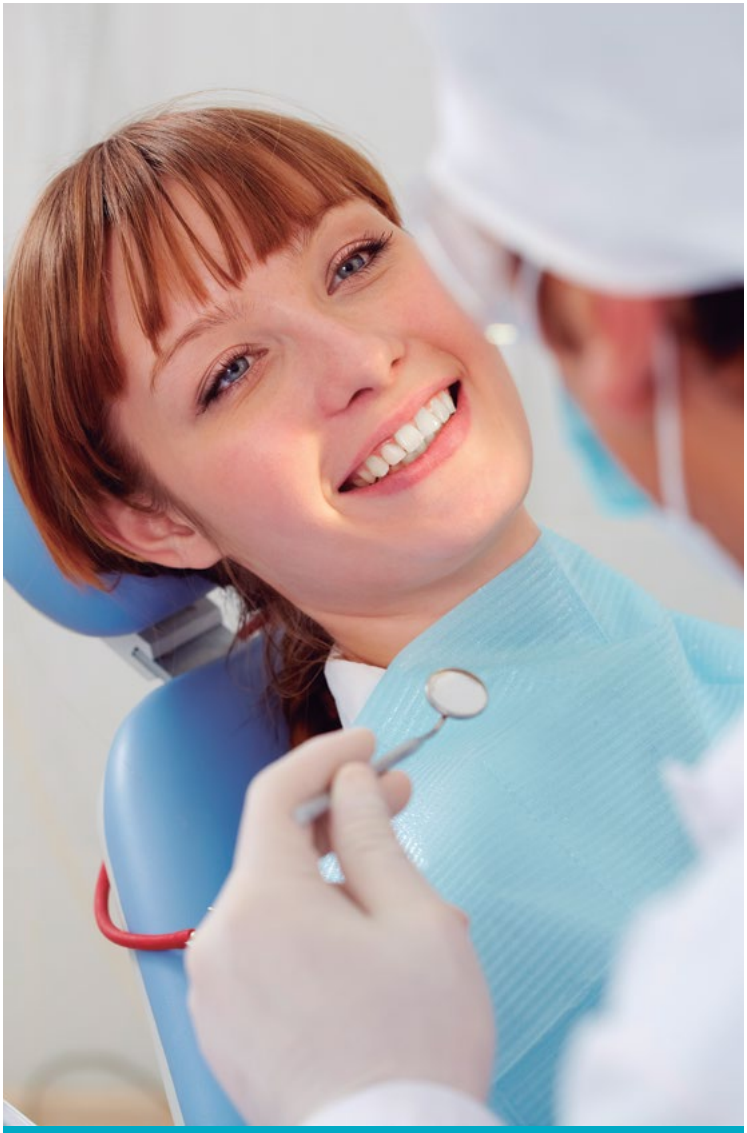
3.3 LA COLOCACIÓN DE LA PACIENTE EMBARAZADA

Cuando la embarazada se encuentra tumbada boca arriba, el útero en el tercer trimestre de embarazo puede oprimir la vena cava inferior originando el síndrome hipotensivo en decúbito supino. 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 las caderas, al desplazar al útero, previene el síndrome hipotensivo postural. La embarazada tiene aumentado el riesgo de aspiración gástrica como consecuencia de las reducción del tono gastroesofágico. La posición semiinclinada (o a veces incluso sentada) de la paciente reduce este riego.

Evita tumbar a la paciente en el sillón dental. La posición semisentada es la más indicada

3.4 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. Los organismos internacionales no recomiendan modificar el modo de uso de la exploración radiológica dental en la embarazada[16-17].
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 dentales en la embarazada es seguro y a veces muy necesario. Tu dentista tomara las precauciones debidas de protección radiológicas.



El tratamiento dental no debe demorarse durante el embarazo. Los beneficios obtenidos son muy superiores a los posibles riesgos. Las citas deben ser cortas y cómodas para la paciente

3.5 TRATAMIENTO DENTAL DURANTE EL EMBARAZO

El profesional no tiene que posponer[18] el tratamiento dental en la embarazada que presente dolor, infección o urgencia dental, pues las consecuencias de la demora del abordaje terapéutico de una infección activa conllevan mayor riesgo que el tratamiento. Del mismo modo, el profesional tiene que proveer el tratamiento periodontal en la paciente, independientemente del estadio del embarazo.

El abordaje 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 demasiado 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[19] durante el segundo trimestre de la gestación.

La evidencia científica es clara en relación a los beneficios potenciales de este tratamiento para el embarazo.

Los niveles de ansiedad suelen aumentar durante la gestación por lo que se recomienda planificar citas más cortas y evitar la posición incómoda de la embarazada en el sillón dental[20].

3.6 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[21].

Debe priorizarse su uso en situaciones de ansiedad no controladas y necesidad de tratamiento dental urgente no prolongado[22].

Debe utilizarse una concentración menor de óxido nitroso, evitar un 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

3.7 LOS MATERIALES RESTAURADORES

La utilización de agentes blanqueadores que contengan peróxido de hidrógeno favorece la liberación de mercurio de las restauraciones de amalgama. Por ese motivo deben evitarse los blanqueamientos durante el embarazo[23].
La utilización de aislamiento absoluto (dique de goma) y aspiración quirúrgica reducen la emisión de vapores de mercurio por lo que se aconseja su uso en la mujer embarazada[24].

La nueva regulación sobre el uso de amalgama en la UE prohíbe desde el 1 de julio del 2018 el uso de amalgama en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia[25].
La liberación de bisfenol A (BPA) procedente de las resinas compuestas, no ha demostrado hasta la fecha suponer ningún riesgo ni para la mujer gestante ni para el feto[26].

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

3.8 ALGUNAS CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS EN EL EMBARAZO

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 médico de familia 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

	PUEDE USARSE	PUEDE USARSE EN PERIODOS CORTOS	EVITAR O NO USAR NUNCA
ANALGÉSICOS*	• Paracetamol • Paracetamol con codeína • Hidrocodona o Oxycodona	Solo 48-72 h y no usar en el 1er ni 3er trimestre • Aspirina • Ibuprofeno • Na proxeno.	
ANTIBIÓTICOS	• Amoxicilina • Penicilina • Cefalosporina • Clindamicina • Metronidazol		**EVITAR:** • Ciprofloxacino • Claritromicina • Evofloxacina • Moxiflosacina **NUNCA:** tetraciclinas
ANESTÉSICOS	• Anestésicos locales con epinefrina (lidocaína)		
AGENTES TERAPÉUTICOS	• Colutorios con clorhexidina • Flúor tópico profesional • Usar productos sin alcohol		

*El dolor oral puede mejorar la mayoría de las veces usando medicación no opiácea. Si los opiáceos son usados, prescribir la menor dosis posible y el menor tiempo (no más de 3 días).

3.9 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. Sin embargo, en España a esas edades solo 3 de cada 10 menores ha visitado al dentista. Por ese motivo, el personal médico y de enfermería pueden desempeñar un papel muy importante en el control de la caries y recomendando a los padres que le lleven a la revisión bucodental[27].

Al ser la caries considerada actualmente una disbiosis oral, deben tomarse las medidas oportunas para reducir el riesgo de caries en el recién nacido. El profesional de salud oral debe conocer las estrategias existentes para reducir el riesgo de caries temprana en la infancia[28].

No existe ninguna evidencia científica de que los suplementos orales de fluor prescritos a la embarazada sean de ayuda para la prevención de la caries del recién nacido[29].

Caries temprena de la infancia.
Cortesía del Dr. Prieto Prieto.

La caries continúa siendo la primera patología de la infancia. Como disbiosis oral, debe controlarse cuanto antes

El cepillado con pasta fluorada, al menos, 2 veces al día durante 2 minutos, la limitación de azúcares y las visitas periódicas al dentista, claves para la estrategia de control de la caries

3.10 LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL

El uso racional de flúor, a través del cepillado con pasta dentífrica fluorada es la medida más importante para la prevención de la caries[30]. La cantidad de pasta debe ajustarse a la edad: tamaño de un grano de arroz hasta los 3 años; tamaño de un guisante hasta los 6 años y tamaño de un garbanzo a partir de los 7 años. Se estima que hasta los 8 años de edad, los padres deben supervisar el cepillado dental de sus hijos. Debido al riesgo de caries, los padres deben ser instruidos sobre los hábitos dietéticos acerca del consumo de bebidas azucaradas incluyendo la leche y zumos.

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 que bebe, la edad del paciente y su nivel de riesgo de caries.

Se recomienda a todos los dentistas que realicen un asesoramiento del riesgo de caries del menor cuanto antes al objeto de programar un adecuado plan preventivo[31-32].

3.11 LA LACTANCIA MATERNA

AMAMANTAMIENTO, DESARROLLO Y CRECIMIENTO FACIAL

- Al chupar el pecho, el bebé favorece el crecimiento de la mandíbula, preparándola para las siguientes etapas de desarrollo
- El crecimiento inadecuado de la cara afecta a la respiración. Una respiración inadecuada influye en el sueño, memoria y concentración
- La posición de los labios en el pezón favorece el desarrollo perioral y la posterior pronunciación de los fonemas
- Todos los músculos faciales se fortalecen durante los intervalos de succión
- La dinámica de la cadena neuromuscular relacionada con la respiración, masticación, deglución y fonación, depende del amamantamiento. Todos los sistemas musculares están interconectados
- Con el amamantamiento, el bebé va aprendiendo cómo tragar y respirar adecuadamente

LAS VENTAJAS

4 Anexos

4.1. PREGUNTAS FRECUENTES

4.2. AUTOCUIDADOS EN EL EMBARAZO

4.3. AUTOCUIDADOS DESPUÉS DEL PARTO

4.4. HISTORIA CLÍNICA

4.5. RECOMENDACIONES CLÍNICAS

4.6. ESQUEMA DE DECISIÓN

4.7. ¿QUÉ HACER EN FUNCIÓN DEL TRIMESTRE DE EMBARAZO?

4.8. GUÍA PARA PERSONAL DE CUIDADOS PRENATALES

4.9. INFOGRAFÍAS PARA EXPLICAR A NUESTRAS PACIENTES

4.1 PREGUNTAS FRECUENTES ¿Mitos o realidades?

MITO: es peligroso para la mujer embarazada acudir a su dentista.

REALIDAD: no solamente es seguro sino que forma parte del cuidado integral durante la gestación. Las fluctuaciones hormonales durante gestación pueden afectar a las encías, originando una inflamación denominada gingivitis del embarazo. Una tartrectomía en el primer trimestre, acompañada de los debidos consejos de autocuidados, puede prevenir estos problemas.

MITO: si durante el embarazo aparece una urgencia dental no debo hacerme una radiografía.

REALIDAD: durante esos meses deben evitarse las radiografías de control rutinario. Sin embargo, ante una urgencia dental pueden ser necesarias. La radiación es mínima y tu dentista tomará todas las precauciones para reducir los riesgos, como proteger tu abdomen y tu cuello debidamente. Las radiografías dentales no están contraindicadas en el embarazo.

MITO: cada embarazo cuesta un diente.

REALIDAD: se trata de un mito, pues el calcio que necesita el bebé procede de lo que comes y no de tus dientes. Una dieta equilibrada, con productos lácteos así como algún suplemento de calcio si te lo recomienda tu obstetra, es suficiente para evitar problemas.

MITO: los vómitos en el embarazo no dañan los dientes.

REALIDAD: los vómitos excesivos debidos a las náuseas matinales, así como, los ácidos gástricos pueden originar una pérdida de minerales de los dientes y favorecer la caries. Hay que informar al dentista quien te aplicará flúor o te recomendará usar un colutorio de flúor o pasta de alta concentración para evitar éste problema.

MITO: comer entre horas no me predispone a la caries.

REALIDAD: durante el embarazo, muchas mujeres sienten el deseo incontrolable de "picotear" a todas horas. Debes evitar los alimentos y bebidas azucaradas, que son una verdadera invitación a la caries. Y no olvides cepillarte los dientes con pasta fluorada inmediatamente después de haber comido.

¿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 olvides la higiene entre los dientes con hilo de seda o cepillos interproximales. Tu dentista te indicará como hacerlo correctamente y si necesitas algún complemento adicional para tu higiene.

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

Cuando tu bebé haya nacido, las bacterias que provocan caries pueden pasar de tu boca a la del bebé. Estos gérmenes se transmiten fácilmente a través de los besos, de la cuchara, del biberón y del chupete. Por eso es importante que tu boca esté sana. No dejes de darles besos, pero sanos.

4.2 AUTOCUIDADOS EN EL EMBARAZO

01 VISITAR A TU DENTISTA DURANTE EL EMBARAZO

- En cualquier momento de la gestación, aunque es más recomendable en el segundo trimestre por mayor comodidad tuya
- Tu dentista te explorará, te informará si tienes que hacerte algún tratamiento y te dará los consejos oportunos

02 MANTENER UNA CORRECTA HIGIENE

- Cepíllate, al menos, dos veces al día
- Usa cepillo suave y pequeño para evitar las naúseas
- Utiliza pasta fluorada
- No olvides limpiarte entre los dientes con seda o cepillo interdental por la noche

03 CUIDAR LA DIETA

- Limita los alimentos azucarados a las comidas y no entre horas
- Mejor frutas naturales que zumos comerciales
- Evita las bebidas carbonatadas
- Mastica chicle sin azúcar y con xilitol durante 10-15 minutos después de las comidas

04 EN CASO DE VÓMITOS FRECUENTES

- Toma pequeñas cantidades de frutas, vegetales, yogur y queso a lo largo del día
- Usa colutorio de flúor diario
- Después del vómito, disuelve una cucharita pequeña de bicarbonato en un vaso de agua y enjuágate

4.3 AUTOCUIDADOS DESPUÉS DEL PARTO

01

PARA LA MADRE

- Continúa manteniendo tu nivel de higiene oral para evitar caries y gingivitis
- Limita los productos azucarados en las comidas y no piques entre horas
- Recuerda: tu saliva contiene bacterias, no te metas en la boca su cuchara, chupete o el biberón

02

PARA EL RECIEN NACIDO

- Limpia sus encías con una gasa húmeda después de las tomas
- Cuando erupcione sus primeros dientes (alrededor de los 6 meses) empieza a cepillárselos con cepillo pediátrico
- Utiliza pasta fluorada pero solo del tamaño de un grano de arroz hasta que cumpla los 3 años (pasar a tamaño de un guisante)
- No olvides pedir cita al dentista cuando cumpla un año de vida

4.4 HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DENTAL EN LA EMBARAZADA

Datos dentista: _____ N° col: _____ Fecha:_____

Datos paciente: _____

Identificación: _____

Mes de embarazo: _____ Fecha prevista del tratamiento dental: _____

Diagnóstico dental:

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:

☐ Paracetamol 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

Firma

RIESGO DE CARIES DE LA PACIENTE

En cada bloque y para cada variable, señala con una cruz lo que proceda

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 /dia)	☐	☐
• Fisuras profundas	☐	☐
• Flujo salivar disminuido	☐	☐
• Medicación reductora de flujo salivar	☐	☐
• Raíces expuestas	☐	☐
• Ortodoncia multibrackets	☐	☐
FACTORES PROTECTORES		
• Vive en comunidad fluorada	☐	☐
• Pasta dentífrica fluorada al menos 2 veces/dia	☐	☐
• Colutorio fluorado diario	☐	☐
• Barniz o gel de fluor 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	☐	☐

NIVEL RIESGO CARIES

- Alto
- Medio
- Bajo

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA PACIENTE

Esta evaluación de riesgo de la paciente puede ayudar a categorizar el perfil de riesgo de sus pacientes en BAJO, MEDIO o ALTO. Anote una puntuación para cada elemento y calcule la puntuación total de riesgo de la paciente.

P Elemento	Puntuación = 0	Puntuación = 1	Puntuación = 2	Puntuación = 3
1 Pérdida de dientes debido a periodontitis	Sin pérdida de dientes			Perdida de dientes debido a periodontitis
2 Sangrado al sondaje	<10 % de los dientes	10-50% de los dientes	>50 % de los dientes	
3 Profundidad del sondaje	<4 mm	4-5 mm	Bolsas localizadas > 5mm	Bolsas generalizadas > 5 mm
4 Diabetes	No	Bien controlada (HbA1c>7%)		Mal controlada/no controlada (>=7%)
5 Tabaco	No	>10 cigarrillos día	10-15 cigarrillos día	>15 cigarrillos día
6 Pérdida ósea	No	>15% de la longitud radicular	15-33% de la longitud radicular	>33% de la longitud radicular
7 Depósitos relevantes de placa	<10% de los dientes	10-50% de los dientes	>50% de los dientes	

Total de la categoría ☐ Total de la categoría ☐ Total de la categoría ☐ Total de la categoría ☐

Puntuacion total ☐

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE RIESGO DE LA PACIENTE

Baja puntuación final= 0-5
Media puntuación final= 6-10
Alta puntuación final=11-19

EVALUACIÓN ABREVIADA

Se puede realizar una evaluación abreviada si no resulta factible completar todo el cuestionario. Si la paciente tiene alguno de los elementos de la lista, se debe considerar que está en riesgo y necesita asesoramiento profesional.

NOTA: en estas puntuaciones se tienen en cuenta los principales factores de riesgo, sin embargo, hay otros factores de riesgo que podrían influir en la salud periodontal, como el consumo excesivo de alcohol y de azúcar.

HISTORIA CLÍNICA: FICHA ODONTOLÓGICA EN EMBARAZADAS

ANAMNESIS

Antecedentes médicos
Alergias conocidas
Medicación
Vómitos frecuentes: SI ☐ NO ☐
Mes de embarazo:

EXAMEN PERIODONTAL

Gingivitis
Ausente ☐ Localizada ☐ Generalizada ☐
Granuloma embarazo
Presente ☐ Ausente ☐

Examen periodontal básico (EPB)		
16	11	26
46	41	36

0 sano, 1 gingivitis ,2 sarro , 3 bolsa moderada, 4 bolsa profunda

HÁBITOS

Cepillado al menos 2 /veces al día ☐
Pasta fluorada ☐
Higiene interdental ☐
Alimentos entre horas (>3/dia) ☐
Última visita al dentista ☐
Tabaco ☐
Alcohol ☐

EXAMEN DE CARIES

Nº dientes cariados ☐
Nº dientes obturados ☐
Nº dientes ausentes ☐
Lesión desmineralización/erosión
Presente ☐ Ausente ☐

NIVEL RIESGO

Caries	**Enfermedad periodontal**
Alto	Alto
Medio	Medio
Bajo	Bajo

4.5 RECOMENDACIONES CLÍNICAS

CARIES

RECOMENDACIONES	NIVEL EVIDENCIA
• Cepillado dental al menos 2 veces/día con pasta fluorada e higiene interproximal	2
• Limitar alimentos azucarados a los horarios de las comidas	2
• Beber agua o leche descremada y evitar bebidas carbonatadas durante la gestación	2
• Para evitar vómitos, consumir pequeñas cantidades de alimentos nutritivos a lo largo del día	2
• Para neutralizar acido del vómito, enjuague con bicarbonato (una cucharadita de café en un vaso de agua)	4
• Educar a la gestante sobre la caries temprana de la infancia y como evitarla	4
• En pacientes de alto riesgo de caries, recomendar chicle con xilitol después de las comidas	2
• No existe evidencia de que la toma de suplementos fluorados por parte de la embarazada produzca un efecto beneficioso de prevención de caries en el niño	3

PERIODONTAL

RECOMENDACIONES	NIVEL EVIDENCIA
• Cepillado dental con cepillo de cabeza pequeña, cerdas suaves y extremos redondeados	2
• El cepillado dentario debe efectuarse diariamente, después de cada comida, dadas las características propias de este periodo	2
• 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	2
• Debe valorarse la conveniencia de introducir un cepillo eléctrico con control de presión y de tecnología oscilante-rotatoria	2

1 RECOMENDACIÓN ELEVADA

2 RECOMENDACIÓN A FAVOR

3 RECOMENDACIÓN DÉBIL

4 OPINIÓN FAVORABLE DE EXPERTOS

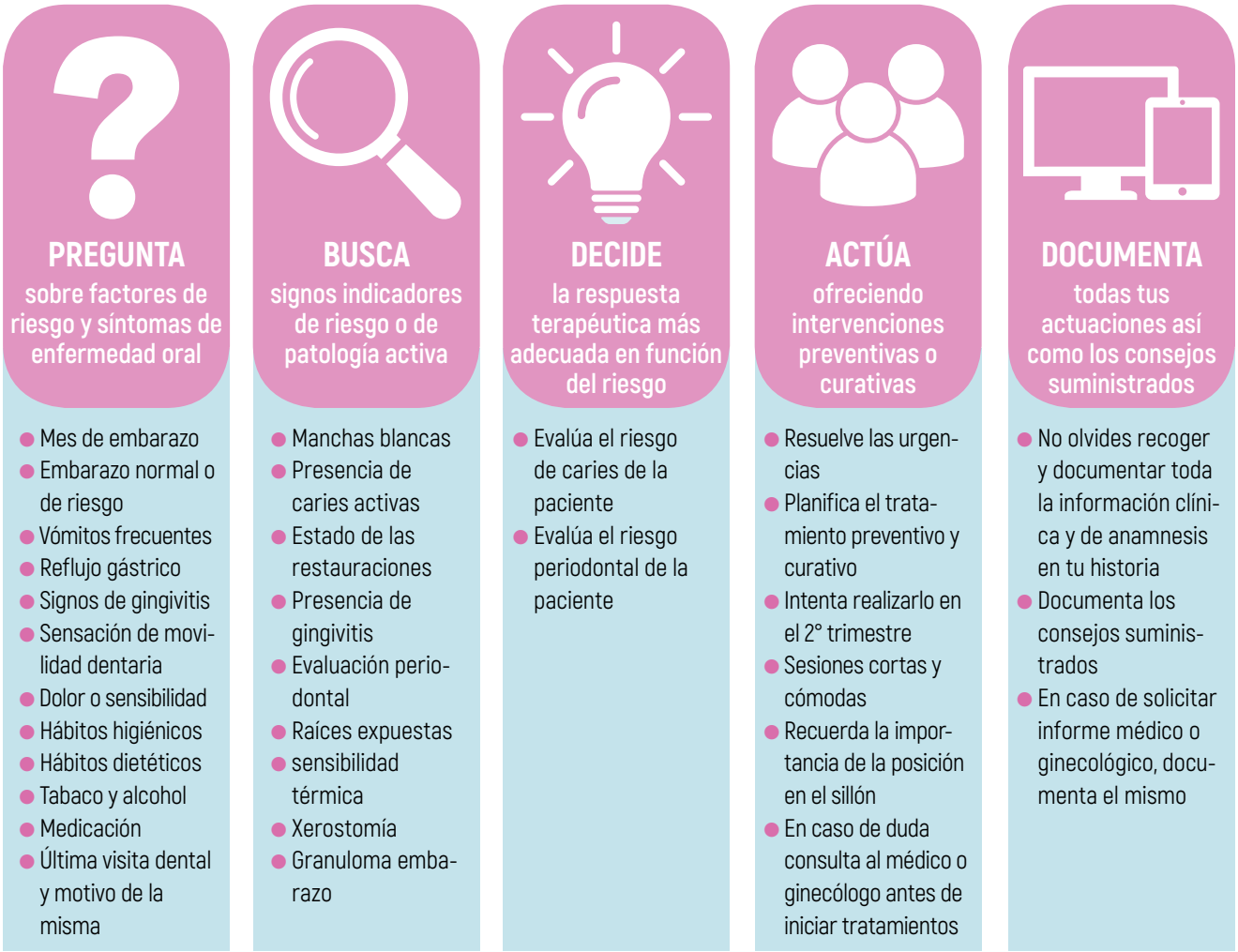
TABACO

RECOMENDACIONES	NIVEL EVIDENCIA
• Es fundamental incorporar, como parte de las actividades de los profesionales sanitarios, estrategias que apoyen la cesación tabáquica en las pacientes fumadoras	2
• Dado que los dentistas tienen oportunidades de contacto frecuentes con sus pacientes, se encuentran en una posición favorable para proporcionar consejos y motivar estilos de vida saludables	4
• En el caso de las mujeres embarazadas se recomienda una intervención corta pero sistemática en cuanto al hábito de fumar	4

TRATAMIENTOS

RECOMENDACIONES	NIVEL EVIDENCIA
• El uso de radiografías en la mujer embarazada es seguro siempre que se tomen las precauciones adecuadas de protección radiológica	1
• El óxido nitroso puede utilizarse en mujeres embarazadas, minimizando los riesgos, reduciendo la concentración y el tiempo de sedación	2
• Teniendo en cuenta el riesgo de caries no tratada en la embarazada, el profesional tiene que recomendar la mejor opción posible y los materiales restauradores más apropiados	2
• El tratamiento dental y periodontal no debe demorarse como consecuencia del embarazo	2
• Los tratamientos odontológicos deben realizarse preferentemente en el segundo trimestre del embarazo	4

4.6 ESQUEMA DE DECISIÓN



Fuente: Hummel, Phillips, Holt and hayes, 2015 (pp25)

4.7 ¿QUÉ HACER EN FUNCIÓN DEL TRIMESTRE DE EMBARAZO?

1er TRIMESTRE
(hasta semana 13)

La prioridad es controlar la placa bacteriana para evitar las caries y las enfermedades periodontales. En caso de que exista dolor o infección se procederá al tratamiento oportuno[4]

OBJETIVO	ACCIONES
● Informar de cambios orales y cómo prevenirlos ● Reducir la colonización cariogenica en cavidad oral ● Eliminar focos sépticos/ dolor dental ● Posición paciente: habitual (supino)	● Educación sanitaria (incluir deshabituación tabáquica) ● Control de placa ● Instrucción higiene oral ● Profilaxis/curetajes simples ● Clorhexidina si procede ● Informar transmisión saliva madre-hijo ● Tratamiento de urgencia ● En caso de Rx: protección con delantal y collarín de plomo

2° TRIMESTRE
(semanas 14-27)

Prioridad: momento ideal para suministrar la mayoría de los tratamientos dentales necesarios (caries y enfermedades periodontales)[4]

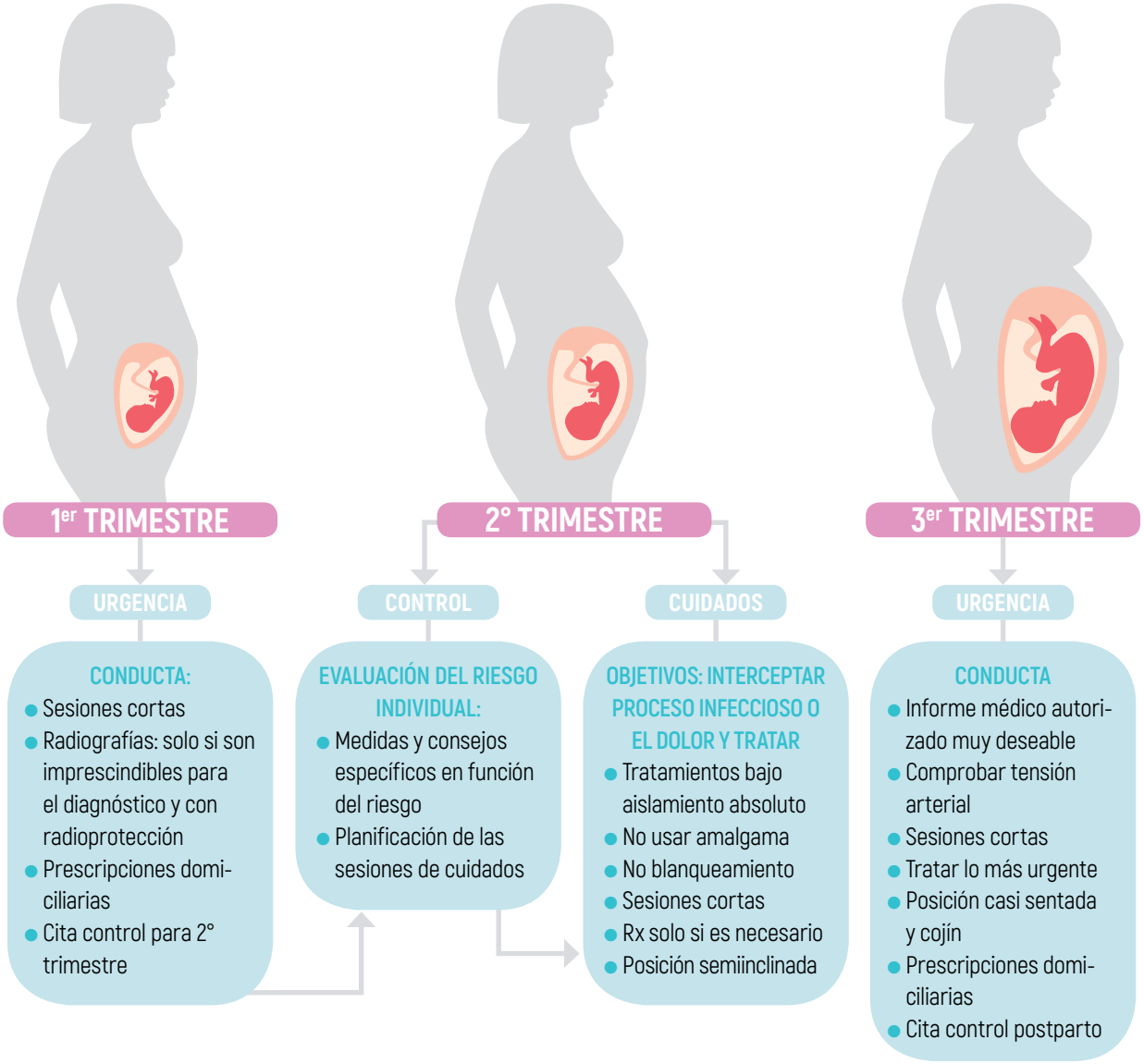
OBJETIVO	ACCIONES
● Tratar lesiones de caries y tratamientos periodontales ● Ideal semanas 14-20 de embarazo ● Posición paciente: semi inclinada	● Tratamientos electivos ● Evitar blanqueamientos dentales ● Usar siempre aislamiento absoluto ● Prohibición de uso de amalgama ● Citas cortas ● Cuidar posición de la paciente en el sillón

3er TRIMESTRE
(desde semana 28)

Debido a lo avanzado de la gestación, en este trimestre solo se suelen tratar las urgencias, dejando para después del parto otros tratamientos que puedan esperar[4]

OBJETIVO	ACCIONES
● Eliminar focos /dolor ● Tratar urgencias ● Posición paciente: sentada	● Tratamientos de urgencia ● Evitar Rx, en caso necesario, siempre con delantal y collarin de plomo ● Cuidar posición de la paciente en el sillón ● Colocar cojín lateral ● Citas lo más cortas posibles

4.8 SEGÚN EL TRIMESTRE



4.9 GUÍA PARA PERSONAL DE CUIDADOS PRENATALES

EVALÚA
el nivel de salud oral de la paciente

En la primera visita prenatal:

- Rellena la historia de salud oral
- Infórmate sobre el consumo de alimentos, bebidas azucaradas, consumo de alcohol y tabaco
- Pregunta acerca de posible inflamación, sangrado de encías, caries sin tratar, lesiones mucosas, signos de abscesos o infección
- Documenta todo en la historia clínica

ACONSEJA
a la paciente sobre su salud oral

- Asegura a la embarazada que no hay ninguna necesidad de posponer los cuidados dentales durante el embarazo. Los cuidados, incluyendo anestesia, Rx, medicación anestésica, son seguros y muy importantes
- Aconseja a la embarazada visitar a su dentista cuanto antes
- Facilita información acerca de las estrategias básicas de cuidado dental: cepillado, buena alimentación, uso pasta fluorada, etc
- Explica la posible transmisión de bacterias madre-hijo a través de la saliva
- Dale consejos sobre el uso del biberón y chupete

4.10 INFOGRAFÍAS PARA EXPLICAR A NUESTRAS PACIENTES

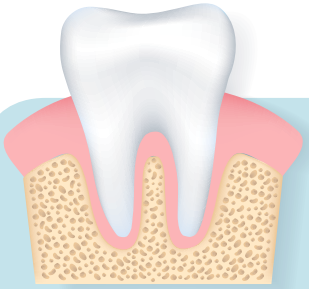
SALUD ORAL Y EMBARAZO

1. Las náuseas y los vómitos, si son muy frecuentes pueden dañar el esmalte (erosión dental)
2. En torno al 60 % de las embarazadas presentan inflamación de las encías (gingivitis del embarazo)
3. Durante la gestación hay una predisposición a la periodontitis
4. La presencia de caries en la madre puede transmitir bacterias orales al recién nacido
5. Una mala salud oral puede provocar parto prematuro y bajo peso del recién nacido
6. Los tratamientos dentales son una gran ayuda durante el embarazo (2° trimestre sobre todo)
7. Es totalmente incierto que cada embarazo cuesta un diente
8. El uso de radiografías dentales está permitido durante el embarazo
9. Toda embarazada debería consultar a su dentista cuando planifica su embarazo
10. Visitar al dentista cuanto antes es fundamental para asegurar un embarazo sano

ENFERMEDAD PERIODONTAL Y EMBARAZO

Las embarazadas que presentan enfermedad periodontal tienen 7 veces mayor riesgo de sufrir un embarazo prematuro que aquellas con salud gingival

En torno al 60% de las mujeres presentan alguna forma de enfermedad gingival durante el embarazo

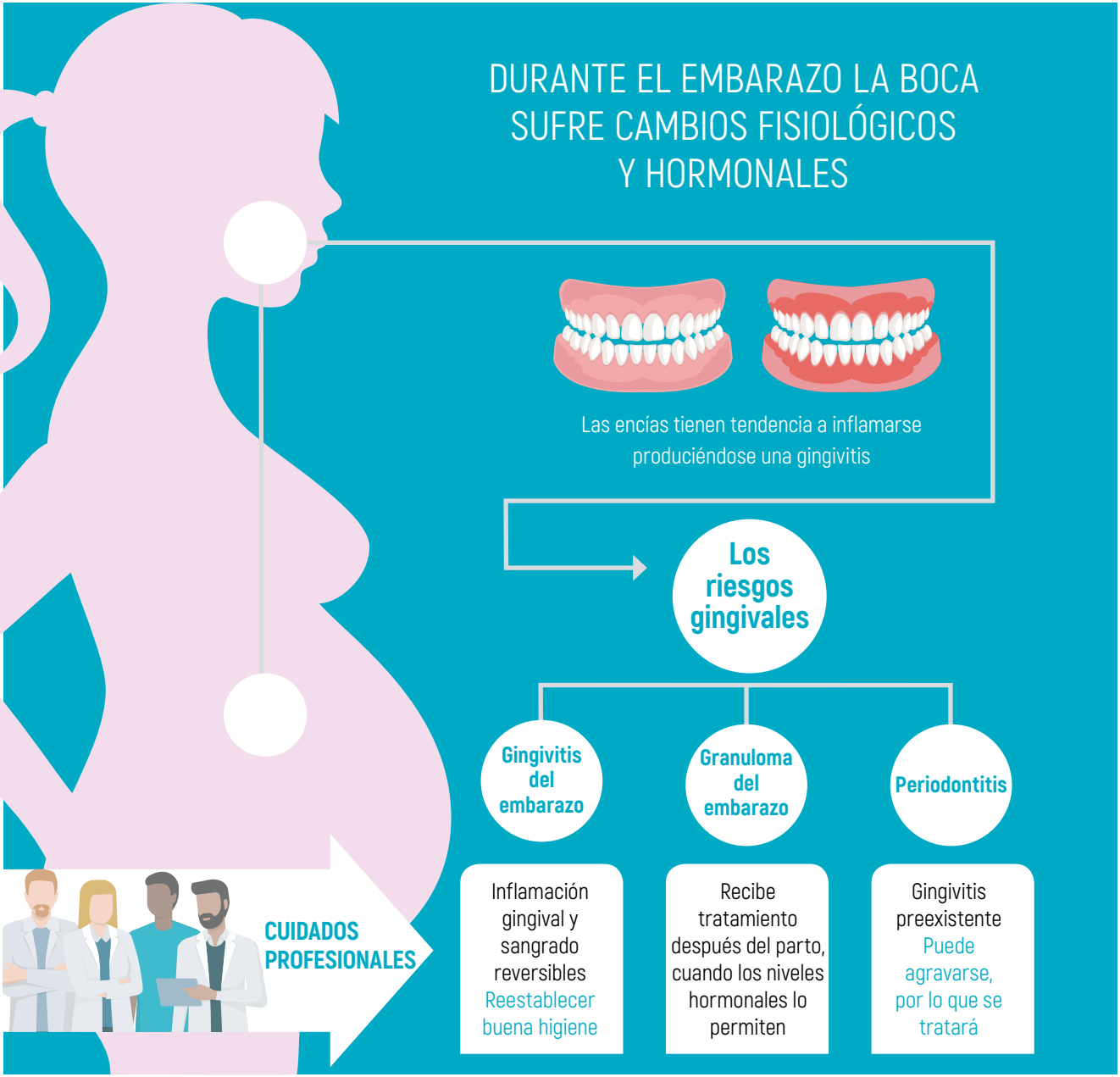


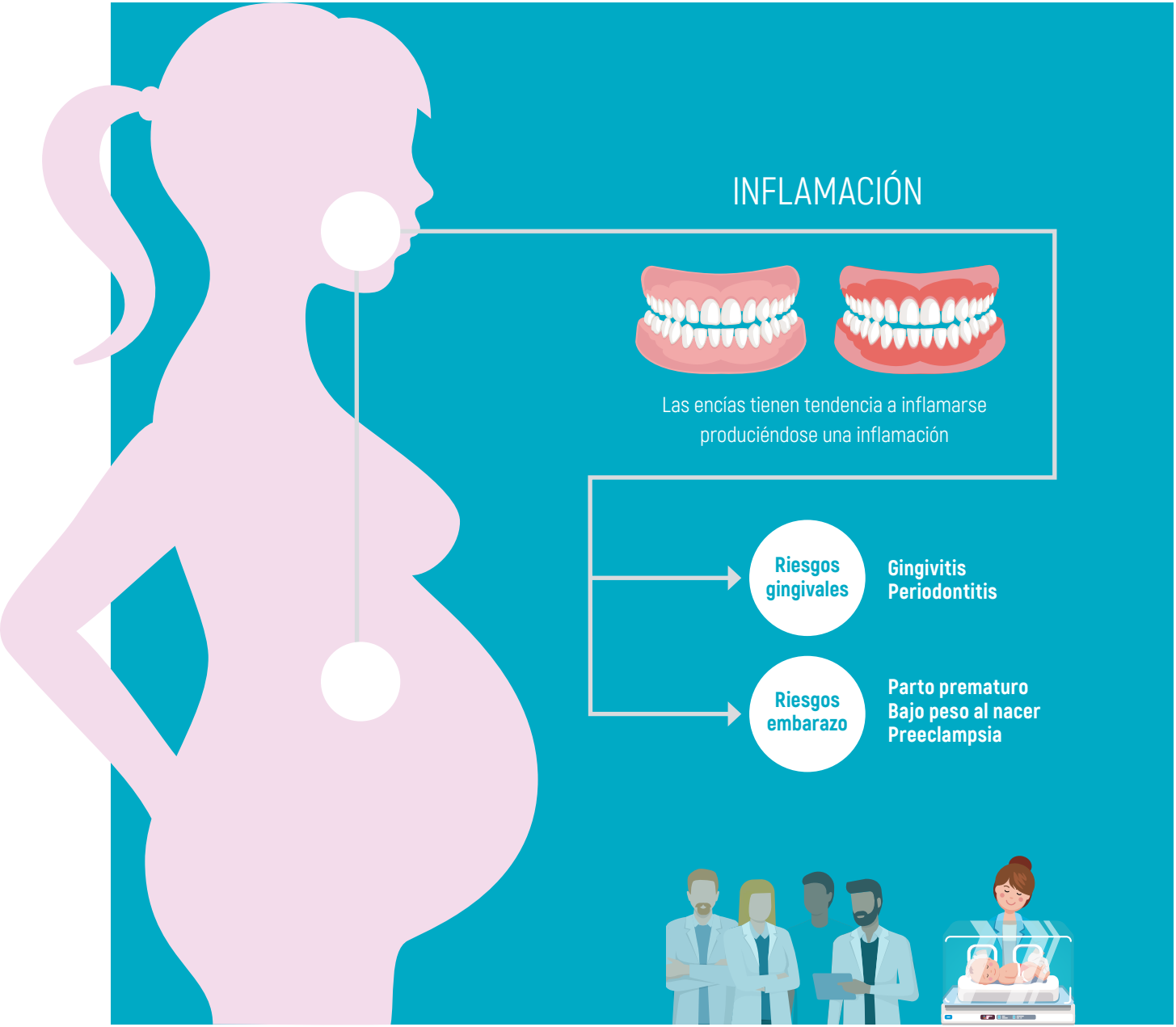
Granuloma del embarazo

Se presenta como un pequeño tumor de color rojo y se debe a la reacción inflamatoria de los irritantes como la placa y las bacterias

Gingivitis del embarazo

Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo favorecen la aparición de unas encías inflamadas

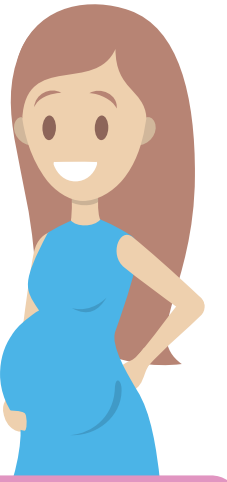

DURANTE EL EMBARAZO LA BOCA SUFRE CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y HORMONALES
Las encías tienen tendencia a inflamarse produciéndose una gingivitis
Los riesgos gingivales
Gingivitis del embarazo
Granuloma del embarazo
Periodontitis
Inflamación gingival y sangrado reversibles Reestablecer buena higiene
Recibe tratamiento después del parto, cuando los niveles hormonales lo permiten
Gingivitis preexistente Puede agravarse, por lo que se tratará
CUIDADOS PROFESIONALES


INFLAMACIÓN
Las encías tienen tendencia a inflamarse produciéndose una inflamación
Riesgos gingivales
Gingivitis
Periodontitis
Riesgos embarazo
Parto prematuro
Bajo peso al nacer
Preeclampsia

SALUD ORAL Y HORMONAS FEMENINAS

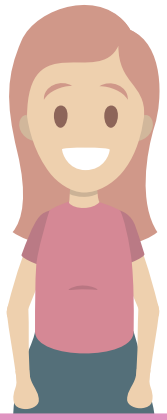
PUBERTAD

El aumento de producción de estrógenos y progesterona aumenta el flujo sanguíneo en las encías y provoca inflamación y sangrado durante el cepillado



EMBARAZO

Niveles aumentados de progesterona son muy normales durante el segundo trimestre. La gingivitis del embarazo dificulta la respuesta frente a las bacterias, haciendo más fácil la acumulación de placa. Una limpieza profesional durante el embarazo es muy conveniente



MENOPAUSIA

Los cambios hormonales durante la menopausia, unido a una determinada medicación frecuente en personas mayores, incrementa el riesgo de boca seca, la cual aumenta la probabilidad de desarrollar caries y enfermedades periodontales

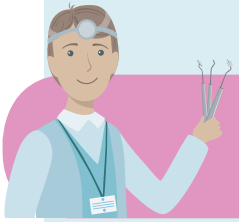
PREVENIR ES ADQUIRIR HÁBITOS SALUDABLES

Siempre

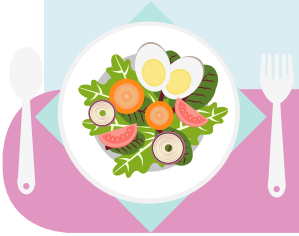
Al menos, 2 cepillados al día, por la mañana y por la noche, durante 2 minutos

Una pasta fluorada de 1.200 ppm

Pasa la seda o el cepillo interdentario por la noche



Visita al dentista durante el embarazo



Dieta sana y equilibrada

Y en complemento

Mastica chicles sin azúcar después de las comidas

Colutorio fluorado como complemento de la higiene

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. Hemalatha VT et al. Dental Considerations in Pregnancy-A Critical Review on the Oral Care. J Clin Digan Res 2013; 7: 948-952.
5. Steinberg B. Women's oral health issues. J Calif Dent Assoc. 2000;28:663-6679.
6. Belt JV et al. Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. J Oral Pathol Med. 2019 Jan 23. doi: 10.1111/jop.12831.
7. Raber-Durlacher JE, et al. Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: Clinical, endocrinological and microbiological aspects. Journal of Clinical Periodontology 1994;21:549-558.
8. Yuan K, Wing LY, Lin MT. Pathogenetic roles of angiogenic factors in pyogenic granulomas in pregnancy are modulated by female sex hormones. J Periodontol. 2002;73:701–08.
9. Sherman P, Flaxman SM. Nausea and vomiting of pregnancy in an evolutionary perpective. Am J Obstet Gynecol. 2002;185:190–97.
10. Manrique-Corredor EJ et al. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. Dent Oral Epidemiol. 2019;47::243-251.
11. Iheozor-Ejiofor Z1, Middleton P, Esposito M, Glenny AM.Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 12;6:CD005297.
12. Muthu MS et al.Impact of Pharmacological Interventions in Expectant Mothers Resulting in Altered Mutans Streptococci Levels in their Children. Pediatr Dent. 2015 ;37:422-8.
13. 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.
14. Mustafa N et al. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. Saudi J of Dent Res 2016; 7:138-146
15. Boggess KA ; Edelstein BL.Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health Matern Child Health J. 2006; 10(Suppl 1): 169–174.
16. Toppenberg KS, Hill DA, Miller DP. Safety of radiographic imaging during pregnancy. Am Fam Physician 1999; 59:1813-1818.
17. American Dental Association, U.S.Food and Drug Administration. The Selection of Patients for Dental Radiograph Examinations. Available at: www.ada.org.
18. CDA Foundation. Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence-Based Guidelines for Health Professionals. California, 2010.
19. Vinay M et al.The Importance of Oral Health during Pregnancy: A review. MedicalExpress (São Paulo, online) vol.5 São Paulo 2018 Epub Apr 09, 2018.
20. Moore PA. Selecting drugs for the pregnant dental patient. JADA 1998;129:1281-1286.
21. Becker DE, Rosenberg M. Nitrous Oxide and the Inhalation Anesthetics. Anesth Prog 2008; 55:124-131.
22. 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.

23. Al-Salehi SK. Effects of bleaching onmercury ion release from dental amalgam. J Dent Res. 2009 ;88:239-43.. Daalderop et al. Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. JDR Clin Trans Res. 2018 ; 3: 10–27.
24. Clarkson TW. The three modern faces of mercury. Environ Health Perspect. 2002;110 Suppl 1:11-23.
25. Diario oficial de la Unión europea. 24.05.2017; Articulo 10 apartado 2, T.
26. Vandenberg LN, Hauser R, Marcus M, et al. Human exposure to bisphenol A (BPA).Reprod Toxicol. 2007;24(2):139-177.
27. 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.
28. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. J Can Dent Assoc. 2003; 69:304-307.
29. Takahashi R et al.Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children.Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct; 2017(10): CD011850.
30. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A practical guide to infant oral health. Am Fam Physician, 2004;70:2113-2120.
31. Ramos-Gomez F, Crall J, Gansky, Slayton R, Featherstone J. Caries risk assessment appropriate for the age 1 visit (infants and toddlers). J Calif Dent Assoc. 2007;35:687-702.
32. Xiao J et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. Caries Res 2018;DOI: 10.1159/000495187.

CONSEJO
DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA
FDE
Fundación Dental Española