

Consideraciones para la atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo según riesgos

Considerations for integral and systematic stomatologic care during pregnancy according to risk

Maribel de las Mercedes Bastarrechea Milián^I; Estela Gispert Abreu^{II}; Bárbara García Triana^{III}; María Isabel Ventura Hernández^I; Nayda Nasco Hidalgo^I

^IEspecialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

^{II}Doctora en Ciencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

^{III}Especialista de II Grado en Bioquímica. Profesora Titular. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

RESUMEN

La atención estomatológica a las gestantes se hace imprescindible por diferentes factores que pueden acelerar la progresión de enfermedades iniciales o ya establecidas, por ello se les ha dado prioridad como grupo del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, insertado dentro del Programa Materno Infantil del MINSAP. Por la importancia que reporta mantener a la gestante siempre sana, así como prevenir alteraciones en ella y en el futuro bebé, nos propusimos exponer algunas consideraciones para la atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo, según el riesgo, severidad de la enfermedad y trimestre de gestación. Fueron realizadas revisiones bibliográficas, se valoraron trabajos anteriores en esa localidad, criterios de estomatólogos, médicos de la familia, ginecoobstetras y de la propia embarazada. Este trabajo concluyó que es importante lograr un cambio de conducta en los estomatólogos, que involucre una comunicación fluida y directa con los médicos de la familia y las gestantes, de manera que un trabajo comunitario de promoción, permita garantizar una adecuada atención preventiva y curativa en este sentido.

Palabras clave: atención estomatológica a la embarazada, estomatología para la gestante.

ABSTRACT

The stomatologic care to pregnant is essential due to different factors that in a way or in another may to accelerate the progression of initial diseases or already established, considered as a priority group by the National Group of Integral Stomatologic Care, included in the maternal-child program of Public Health Ministry. Due to significance to maintain the pregnant always healthy, thus preventing the alterations in them and in their babies, our aim was to show some considerations for the integral and systematic stomatologic care during pregnant, taking into account the risk and disease severity according to the pregnancy trimester. For its design authors made bibliographic reviews, assessing previous papers, stomatologists criteria, family physicians, gynecologists-obstetricians and from the pregnant. Present paper concludes alerting stomatologists for a change in behavior in the profession involving a fluent and direct communication with family physicians and the pregnant, so a promotion community work allows to guarantee a curative and preventive appropriate care in that sense.

Key words: Pregnant's stomatologic care, Stomatology for pregnant.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos se ha planteado que cada embarazo hace perder un diente. Aunque este planteamiento no tiene base científica alguna, se ha comprobado que existen factores biopsicosociales durante el embarazo que si no se tienen en cuenta precozmente, pueden desencadenar enfermedades bucales o agravar las ya establecidas. Entre los factores que experimentan cambios durante el embarazo y contribuyen al riesgo de caries dental, podemos mencionar el nivel de infección por *Streptococcus mutans* y lactobacilos, los cuales aumentan durante esta etapa; los influyentes en las propiedades y funciones de la saliva: flujo, viscosidad, capacidad amortiguadora para contrarrestar el efecto de los vómitos y cambios en el pH.¹⁻⁴

Algunos autores¹⁻⁴ han planteado que los cambios bioquímicos que se producen a este nivel, son responsables de la aparición de caries dental en el embarazo. La higiene bucal deficiente es otro factor reconocido en la aparición de enfermedades bucales, ya que conlleva a un aumento en la cantidad y extensión de la placa dentobacteriana (PDB) y en la gestante pudiera aparecer como resultado de la disminución de la frecuencia del cepillado por malestar general y náuseas. Los patrones alimentarios con el aumento de alimentos azucarados en intervalos pequeños de tiempo, denominados como antojos, es otro factor descrito como desfavorable para la salud bucal de la embarazada.¹⁻⁴

Entre los factores más estudiados con relación a riesgos de gingivitis y periodontitis en la embarazada, se encuentran: los cambios vasculares, pues la progesterona

produce dilatación de los capilares y trae consigo la gingivitis del embarazo, que se caracteriza por edema y eritema, aumento del exudado gingival y la permeabilidad capilar. Existe además variaciones en la síntesis de prostaglandinas y supresión de la respuesta celular y ocurren cambios celulares debido a que la progesterona estimula a las células endoteliales y disminuye la producción de colágeno. Por su lado los estrógenos disminuyen la queratinización del epitelio gingival y la polimerización de la capa basal, todo esto conduce a la disminución de la barrera epitelial y por tanto a una mayor respuesta inflamatoria a los irritantes de la placa. También ocurren cambios microbiológicos, ya que existe relación directa entre el aumento de progesterona y estrógenos, con el de *Prevotella intermedia* sobre otras especies, así como cambios inmunológicos, debido a que la respuesta inmune de tipo celular disminuye, al igual que el número de linfocitos T.⁵⁻¹⁰

Los conocimientos, conductas y el estado de salud bucal de la embarazada, pueden trascender a su futuro hijo y se describe asociación entre la enfermedad periodontal, el bajo peso al nacer y los partos prematuros.¹⁰⁻¹⁸ Otro aspecto importante a destacar es la desnutrición materna, el retardo en la captación y la ganancia escasa de peso durante el embarazo, que son también factores de riesgo de bajo peso al nacer (BPN). El BPN puede ser consecuencia de una inadecuada ingestión de alimentos, tanto en el orden cuantitativo como cualitativo o de una absorción deficiente. Por tanto, se hace necesario educar en la alimentación, ya que de esta manera influimos en la nutrición y en la prevención de alteraciones en los futuros niños.

Por todo lo anteriormente expuesto, es que el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población,¹⁹ contempla acciones estomatológicas al grupo priorizado de embarazadas y madres con niño menor de un año. Además se pueden mencionar otros programas implementados previamente durante la práctica estomatológica, que han tenido como base el Programa Materno Infantil, como en el año 1974 los programas básicos del área de salud y en 1979 un nuevo modelo de atención integral que se denominó Estomatología en la Comunidad. El fundamental objetivo de los mismos ha sido el de contribuir a elevar el nivel de salud bucal de las gestantes con acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer embarazada. Trabajos recientes¹⁸⁻²⁰ subrayan la importancia de la promoción de salud bucal a través de acciones educativas en la comunidad. En ellos se propone utilizar programas educativos y estrategias a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico en el ámbito prenatal y utilizar la educación para la salud para conservar la misma en los diferentes niveles de atención.

Por los riesgos descritos que presuponen alteraciones al embarazo y la importancia que le concede nuestro país a la atención estomatológica de la gestante, es que nos propusimos realizar un nuevo enfoque de atención estomatológica integral y sistemática a la embarazada, para lo que se tuvo en cuenta el riesgo y severidad de la enfermedad, según trimestre de gestación.

MÉTODOS

Para la confección de este trabajo, se consultaron 72 referencias bibliográficas, incluidas búsquedas en Internet, de ellas se seleccionaron 41, por la importancia de los reportes y su actualización. Se utilizaron estudios previos realizados por la autora principal, publicados anteriormente. Se consultaron a expertos en atención estomatológica integral, médicos de la familia, ginecoobstetras y a las propias embarazadas.

DESARROLLO

Antecedentes que justifican el nuevo enfoque

Morbilidad por enfermedades bucales durante el embarazo

En trabajos previos realizados por la autora⁴ se describe que la caries dental estuvo presente en el 41,8 % de las pacientes y el 57,2 presentó enfermedad periodontal, a pesar de las medidas preventivas y la atención estomatológica que se brinda en nuestro país.

De la misma manera la *Marrero Fente*¹⁸ plantea en su estudio, que existe en la embarazada un alto grado de afectación periodontal y cita los estudios de Costa en el 2001 y Nuahmah en 1999, que obtienen por cientos de afectación del 88 y 89 % respectivamente. *Rosell y otros*²¹ encontraron un 90,2 % de afectación. Otros autores,^{20,22,23} al examinar 100 embarazadas para determinar la presencia de caries dental y periodontopatías, obtuvieron una prevalencia de caries dental en un 76 % de casos y un 81 % de la muestra, afectada por la enfermedad periodontal. Al coincidir todos estos resultados podemos plantear, que la morbilidad por caries dental durante el embarazo es alta.

El aumento de la caries dental en este periodo puede estar en correspondencia con el incremento de los factores cariogénicos locales planteado en la literatura universal.⁴ Se analizó además en estudios anteriores la emésis, en el primer trimestre de embarazo, como factor desfavorable en la aparición de la caries dental. Se plantea que del 50 al 80 % de las embarazadas sufren de vómitos durante el primer trimestre y aunque en menor frecuencia, se puede mantener durante todo el embarazo. Esto constituye un elemento desfavorable, ya que estudios han demostrado que el ácido del vómito produce una desmineralización de la matriz inorgánica con disolución de los cristales de hidroxapatita, debido a la unión del ion H del ácido con el ion calcio del esmalte, lo cual conlleva a la pérdida del esmalte en todas las zonas que están en contacto con el ácido. La gravedad de la afectación del esmalte depende de su grado de mineralización, duración de la exposición, frecuencia y concentración del ácido (a menor pH del ácido, mayor descalcificación).^{23,24}

El tratamiento recomendado por los médicos en estos casos, es el de ingerir alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, estos ayudan a mantener un nivel adecuado de azúcar (glucosa) en la sangre, llenan el estómago y alivian el malestar. También es recomendable ingerir menor cantidad de alimentos en intervalos de tiempo más cortos. Esta práctica genera perjuicios en los dientes de la embarazada.²⁵⁻²⁷ Si tenemos en cuenta que el malestar de los vómitos puede disminuir la frecuencia del cepillado para evitar las náuseas,²⁸⁻³⁰ debemos considerar este aspecto como negativo para la salud bucal.

Podemos entonces llegar a la conclusión que una paciente que presente más de cinco vómitos diarios y que además no sea persistente en el cepillado, puede estar predispuesta a un aumento de desarrollo o aparición de caries dental durante el embarazo. Consideramos de mayor riesgo que la paciente incremente la frecuencia de la ingestión de alimentos azucarados.⁴

Causas de la no asistencia de las embarazadas a la consulta estomatológica

Muchas embarazadas no asisten a la consulta estomatológica en el primer trimestre porque alegan sentir miedo, otras desconocen su importancia.^{23,31} En estudios previamente citados por la autora,⁴ se revela que el 47 % de las embarazadas estudiadas, presentaron escasa información respecto a que las enfermedades bucales más frecuentes estuvieran asociadas a los cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que tienen lugar en la mujer durante el embarazo. Por otra parte, gran cantidad desconocen los motivos del deterioro dental en esta etapa, aunque algunas de ellas identifican la insuficiente higiene dental, el excesivo consumo de dulces y los cambios hormonales como factores causales de las caries dentales y del sangrado gingival. Estos resultados se corresponden con los descritos por Goepel, Bowsher, citados por *Nastri*.³²

También se manifiestan creencias erróneas en cuanto a la inevitabilidad de la afectación de la salud bucal, al sustentar la teoría de que en este periodo el calcio es extraído de la dentición materna, para cubrir los requerimientos fetales, cuando se ha comprobado que el calcio es fácilmente movilizado del hueso, para satisfacer las demandas del feto, por lo que la embarazada no muestra la importancia requerida a los hábitos alimentarios, esto influye en la aparición de caries dental y periodontopatías. *Marwick*⁹ cita a Misrachi y Sáez quienes en los Cuadernos Médicos Sociales encontraron que las mujeres atribuyen al embarazo un efecto nocivo en la dentición. A raíz de estos análisis se obtuvo que existe desconocimiento acerca de la necesidad de priorizar la atención bucal y cuándo debe comenzar la misma.

Consideraciones para la atención estomatológica sistemática e integral durante el embarazo

En el primer trimestre: Dado a que buena parte de las enfermedades que aparecen durante el embarazo tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la embarazada, consideramos que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud bucal. La percepción de las embarazadas acerca de la influencia de la condición de salud bucal en su calidad de vida, con frecuencia no es bien apreciada.³³ Estas razones nos hacen considerar que la promoción de hábitos saludables es una de las medidas que más puede contribuir a la esperanza y calidad de vida de la misma.

Para lograr esto se necesitará de la captación precoz del embarazo por el médico de la familia, con el cual es imprescindible mantener una estrecha vinculación. Solo el esfuerzo coordinado del estomatólogo y el médico garantizará crear guías o pautas que puedan beneficiar la salud bucal materna y prenatal, esto es reafirmado por varios autores.^{9,26,34} Ellos plantean que las gestantes deben visitar al estomatólogo aun antes de visitar al ginecólogo, aunque esta afirmación no la consideramos del todo pertinente. Otros autores³⁵ reafirman la necesidad del trabajo en conjunto con el médico tutor del control prenatal y los odontólogos; exponen que será necesario establecer un buen canal de comunicación entre ellos ya que en sentido general, se ignora la importancia del control odontológico durante el embarazo. Nosotros agregamos en este acápite que no solo el trabajo conjunto del médico y el estomatólogo es importante para la atención de la embarazada, también se hace necesario el trabajo conjunto con el equipo de salud, la comunidad y la participación intersectorial.

En trabajos previos realizados por la autora⁴ se constata que muchas embarazadas reconocen que deben recibir atención odontológica, sin embargo, demandaron atención un bajo porcentaje de ellas. Estos últimos datos son sensiblemente menores a los reportados por *Gaffield*³⁶ en embarazadas de cuatro estados de los Estados Unidos de América y cita a Rogers, que estudió mujeres de Birmingham,

Reino Unido, ellos opinan que la aceptación de la propia susceptibilidad a una enfermedad, despierta en la persona una fuerza que la conduce a la acción. La conducta de la gestante dependerá del grado de beneficio que a su juicio, le ofrecen las distintas posibilidades. Por esta razón creemos conveniente que una vez captada la embarazada, el siguiente paso es motivarla, crear un ambiente de *rapport*, mejor comunicación y pedirle que asista a la consulta. Es necesario tener en cuenta que siempre influyen las creencias de la persona sobre la eficacia relativa de las posibles medidas que conoce y que puede tomar para reducir el riesgo de enfermedad al que se siente sometido.

Para cumplimentar lo que anteriormente hemos expuesto, se hace necesaria la visita a la casa, donde además sugerimos una clasificación de las gestantes mediante un interrogatorio y examen físico, lo cual permitirá posteriormente realizar el tratamiento de acuerdo a las particularidades individuales de cada caso. El interrogatorio se realizará sin dejar de tener presente algunos factores de riesgo que pudieran influir desfavorablemente en la salud bucal de las gestantes, según experiencias, bibliografía revisada y la factibilidad real para detectarlos, las cuales serían:

Emesis: cuando la paciente presentó cinco o más vómitos diarios.

Aumento de la frecuencia de ingestión de alimentos azucarados: cuando la paciente refirió la ingestión de dulces sólidos o pegajosos entre comidas con mayor frecuencia que antes del embarazo.

Disminución de la frecuencia del cepillado: cuando la paciente manifestó que la frecuencia del cepillado disminuyó con relación a su estado anterior. Se agruparon aquí también aquellas mujeres que variaron la forma de cepillarse por malestar general o náuseas.

Enfermedades sistémicas: cuando las pacientes refirieron padecer alguna enfermedad sistémica o que la enfermedad se instaló durante el embarazo, como diabetes.

Para el examen físico se tuvo en cuenta la presencia de sarro o de PDB, caries dental, gingivitis o periodontitis instalada, saliva viscosa o escasa.

Clasificación de las gestantes

Riesgo con enfermedad activa moderada o avanzada: se denomina así, a aquella paciente que en el interrogatorio plantea tener tres o cuatro de los riesgos anteriormente explicados, y en el examen físico presenta sarro, placa dentobacteriana visible, gingivitis o periodontitis instalada, caries dental y saliva viscosa o escasa.

Mediano riesgo con enfermedad incipiente: se denomina así, a aquella paciente que en el interrogatorio plantea uno o dos de los riesgos anteriormente explicados, y en el examen físico presenta placa poco visible, gingivitis leve o moderada, estrías profundas o manchadas y saliva viscosa o escasa.

Sin riesgo ni enfermedad activa: se denomina así, a aquella paciente que en el interrogatorio no plantea factores de riesgo y en el examen físico no se observan alteraciones.

Aunque menos frecuente, podemos encontrar pacientes que a pesar de poseer varios factores de riesgo, no sean evidentes las alteraciones clínicas descritas en el examen físico. En estos casos la clasificación de la gestante se realiza según los riesgos. De igual manera pudiéramos encontrar pacientes que en el examen clínico se le detecten un grupo de alteraciones descritas y no presenten los riesgos explicados previamente, entonces clasificaremos a la gestante, por su peor condición, según el examen físico realizado y los factores de riesgos asociados.

En la bibliografía revisada existen criterios diversos acerca del tratamiento estomatológico a la embarazada durante este trimestre. Uno de ellos acepta su tratamiento en este momento basado en evidencias.³⁷ Tampoco hemos encontrado reportes de medicamentos que se usan frecuentemente en la práctica estomatológica, que con una adecuada dosificación y aplicación causen daños. Sin embargo, el criterio que más prevalece en nuestro estudio, es el de postergar el tratamiento de la embarazada para el segundo trimestre.³⁸ Primero, porque en este trimestre ocurre la organogénesis y segundo, porque este es un período difícil para la gestante por el malestar general, náuseas, vómitos e inconvenientes propios de este estado. De esta manera planteamos que sería favorable realizar solo el tratamiento estomatológico a aquellas gestantes donde el foco séptico bucal represente mayor riesgo que lo que el propio tratamiento pueda causar en sí y evitar en todos los casos el uso de las radiografías. Al conocer los criterios antes expuestos y con el uso de la clasificación anterior, se propone el siguiente esquema de tratamiento según clasificación ([tabla](#)).

Tabla. Esquema de tratamiento según clasificación

Clasificación de riesgo	1er trimestre Promoción y prevención	2do trimestre Curación	3er trimestre Control
Riesgo con enfermedad activa moderada o avanzada	Educación para la salud. Orientación del cepillado. Control de placa dentobacteriana (CPDB). Tartrectomía. Aplicación de agentes preventivos (laca flúor, sellantes de fosas y fisuras, enjuagatorios con clorhexidina). Tratamientos urgentes.	Citar a consulta. (tres grupos). Realizar tratamientos curativos. Continuar tratamientos preventivos.	Visita a la casa Examen y valoración de higiene bucal. Citar a consulta solo en caso necesario. Orientaciones para el mantenimiento de la salud bucal del futuro bebé y lactancia materna.
Mediano riesgo con enfermedad incipiente	Educación para la salud. Orientación del cepillado. CPDB.		
Bajo riesgo ni enfermedad activa	Educación para la salud. CPDB.		

El tercer trimestre tampoco es adecuado para los tratamientos curativos por la incomodidad que supone para la paciente el sillón dental y prevenir así la compresión de la vena cava, además se debe evitar dejar tratamientos incompletos por la aproximación de la fecha de parto.³⁸ Por tanto solo recomendamos como necesario visitar el hogar para valorar las condiciones bucales que presenta la paciente con la realización de un examen y poder detectar alguna obturación desplazada y aparición de sarro. Solo alguno de estos problemas determinará si es necesaria la visita a la consulta y en caso necesario se deberá tener en cuenta la posición de la paciente, que será de cúbito lateral o elevar la cadera de 10 a 12 cm durante el tratamiento, para evitar así la compresión de la vena cava.^{4,38}

Es importante en este período brindarle orientaciones para el mantenimiento de la salud del futuro bebé, ya que ha sido demostrada por diferentes investigaciones la transmisión de *Streptococcus mutans* de la madre al niño y con esto la aparición de caries dental en edades tempranas.³⁹ Las orientaciones sobre la lactancia materna y su importancia serán dadas también en estos momentos.^{40,41}

CONCLUSIONES

La atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo es una prioridad en nuestro sistema de salud y este trabajo contribuye a tener en cuenta algunos factores de riesgo que pueden desencadenar enfermedades bucales o agravarlas. La clasificación de las gestantes según grupo de riesgo a contraer enfermedades bucales permite trazar diferentes estrategias según las necesidades de cada grupo. La unificación de criterios para la atención estomatológica a la gestante permite un enfoque preventivo y oportuno que evite que aparezcan o se agraven las enfermedades bucales así como el tratamiento curativo en caso que se requiera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez H, López Santana M. El embarazo su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 2003;40(2).
2. Clunes Ricardo C. El cuidado de los dientes en el embarazo. Webdental [serie en Internet]. 2009 Marzo [citado 23 Marzo 2009]. Disponible en: <http://webdental.wordpress.com/2009/03/23/cuidado-de-los-dientes-en-el-embarazo/>
3. Hiskin S. Embarazo y salud bucal. Artículos educativos, 2006. Disponible en: <http://www.sergiohiskin.com.ar/av05.htm>
4. Bastarrechea Milián M, Fernández Ramírez L, Martínez Naranjo T. La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado. Área de salud Moncada. Revista Cubana Estomatol. 2009;46(4).
5. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by related articles, Books, Link Out. J Am Dent Assoc. 2001;132(7):1009-6.
6. Bastarrechea Milián M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la Enfermedad Periodontal y la Caries Dental en Adén. Rev Cubana Estomatol. 2009;46(4).
7. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009;26(4):455-61.
8. Kim A. Boggess. Pathogenicity of periodontal pathogens during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005;193(2):311-2.

9. Marwick C. Periodontal diseases may pose risk for premature birth (news). *Jornal*. 2000;283(22):2922.
10. Garbero I, Delgado AM, Benito de Cárdenas IL. Salud oral en embarazadas. Conocimientos y Actitudes. [Serie en Internet]. 2005 [citado 14 Feb 2007]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/salud_oral_embarazadas.asp
11. Sembene M. Periodontal infection in pregnant women and low birth weight babies. *Odontostomatol Trop*. 2000;23(89):19-22.
12. Yeo BK, Lim LP, Williams RC. Periodontal disease -the emergence of a risk for systemic conditions: Pre-term Low Birth Weight *Ann Acad Med Singapore*. 2005;34:111-6.
13. Klaus Friese. The role of infection in preterm labour. *Ann Acad Med Singapore*. 2005;34:111-6.
14. Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G, Alarcón AM, Bustos Medina L, Prieto Gómez R, Rico Williams H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. [serie en Internet]. 2009 Mayo-Junio. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n3/original3.pdf>
15. Jarjoura K, Patricia C, Devine MD, Perez-Delboy A, Herrera-Abreu MS, D'Alton M. Markers of periodontal infection and preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;192.
16. Marwick M. Periodontal diseases may pose one risk for premature birth (news) *Jama*. 2000;283(22):2922.
17. Jeffcoat MK, Geurs RC, Reddy MS, Goldenberg RL, Hauth JC. Current evidence regarding periodontal disease as a risk factor in preterm birth. *Annals of Periodontol*. 2001;6:183-8.
18. Marrero Fente A, López Cruz E, Castells Sayas BS, Ribacoba Novoa E. Diagnóstico educativo en salud bucal para gestantes. *Archivo Médico de Camagüey*. 2004;8(1):1025-55.
19. Colectivo de autores. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba, febrero de 2002.
20. Díaz Romero RM, Carrillo Cárdenas M, Terrazas Ríos JF. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. *Rev ADM*. 2001;58(2):68-73.
21. Rosell FL, Valsecki J. Registro periodontal simplificado para mujeres embarazadas. *Rev Saude Pública*. 1999;33(2):157-62.
22. Gómez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries dental preventive program in pregnancy women and new mothers on their off spring. *Rev Pediat Dent*. 2001;11(2):117-22.
23. Pertt C. The pregnant patient in dental caré huwerz Moratsschr Zahnned. 2000;110(1):37-46.

24. Lee A. Care of the pregnant patient in the dental office. Dent Clin North Am. 1999;43(3):485-94.
25. Machuca, Khoshfiz O. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. J Periodontal. 1999;70(7):179-85.
26. Slaokovic V, Pantic V. The effect of knowledge regarding the importance of oral health in pregnancy. Srp Ach Celok lek. 1997;125(5-6):168-70.
27. Siles S. La maternidad y los dientes. Santa Cruz de la Sierra-Bolivia. [Serie en Internet]. [citado 11 mayo 2008]. Disponible en: <http://www.eldeber.com.bo/extra/2008-05-11/nota.php?id=080512201926>
28. Ochoa García L, Dufoo Olvera S, León Torres CS. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. Revista Odontológica Mexicana. 2008;12(1):46-54.
29. Náuseas y vómitos durante el embarazo. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003119.htm>
30. Hiperemesis gravídica patología propia de la gestación 2009. Disponible en: <http://bebesyembarazos.com/hiperemesis-o-vomitos-durante-el-embarazo/>
31. Descalcificación dental en embarazadas 2009. Disponible en: <http://dentalchosica.blogspot.com/2009/11/descalcificacion-dental-en-embarazadas.html>
32. Nastri N. La salud bucal en el embarazo: derribando el mito de que cada embarazo cuesta un diente 2009. [serie en Internet]. [citado 14 febrero 2009]. Disponible en: <http://www.femeninas.com.ar/salud-bucal-durante-el-embarazo.asp>
33. Ríos Matías MC, Morales Lacarrere IG, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009;26(4):455-61.
34. Meléndez Wong C. Salud Bucal / Prevención de caries dental durante el embarazo. [Serie en Internet]. [citado 4 febrero 2009]. Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/53027.su-salud-bucal-prevencion-de-CariesDental-durante-e.html>
35. Lee A, Mc Williams M, Janchar T. Care of the pregnant patient in the dental office. Dent Clin North Am. 1999;43(3):485-94.
36. Gaffield ML, Colley Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy. An analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. JADA. 2001;132:1009-16.
37. Ruiz M, Gómez R. Investigación clínica: Epidemiología clínica aplicada. Bogotá D.C. Centro editorial javeriano. 2001;(245-266):379-406.
38. Junco Latuente P, Ortega Páez. Programa Integral para Embarazadas. ROE. 1996;1(7):511-3.

39. Caufield AP, Dasanayake HW, Wiener Vermund SH. Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus mutans* in infants. J Dent Res. 2005;84(9):806-11.

40. Boggess K, Edelstein L. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Matern Child Health J. 2006;10(7):169-74.

41. Guía Clínica Atención Odontológica Integral de la Embarazada Santiago: Minsal, 2008. Disponible en:
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/quiasges/2009/SaludOralEmbarazadas.pdf>

Recibido: 16 de julio de 2010.
Aprobado: 21 de agosto de 2010.

Dra. *Maribel Bastarrechea Milián*. Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. E-mail: maribel.milian@infomed.sld.cu