



Guía de Salud Bucal en Gestantes
para el Equipo Multidisciplinario



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRÍA

Índice de Contenido

	pág.
Introducción.	4
Embarazo.	5
Condiciones Fisiológicas durante el embarazo que podrían influir en la salud bucal de la mujer. Enfermedades bucales que pueden presentarse.	7
Prevención en Salud Bucal. Importancia de los controles odontológicos durante la gestación para la mujer y su bebé.	13
Cuidados bucales durante el embarazo. Tratamiento Odontológico en Gestantes.	14
Mitos y realidades de la atención odontológica durante el embarazo.	15
Recordemos.	19
Referencias bibliográficas.	20

Introducción

La gestación es una etapa de muchos cambios para la mujer y su familia, por lo tanto es un buen momento para otorgar beneficios al niño que percibe su entorno desde el útero. Es una etapa donde se puede contribuir en el cuidado de la salud bucal de la madre, del niño y la familia.

La Organización Mundial de la Salud considera clave trabajar en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles para la calidad de vida, con acciones durante todo el ciclo vital iniciando desde el periodo pre concepción, prenatal y post natal, continuando en todas las demás etapas. Además confirma la importancia de los primeros dos años de vida como una ventana de oportunidades para promover la salud. La Organización Panamericana de la Salud, en su Guía "Plan de Salud Oral para las Américas 2006-2016", entre sus objetivos estipula: la integración de la salud oral a la Atención Primaria de Salud y mayor acceso a atención. En el año 2008, The Lancet, fue la primera en referirse a que una adecuada nutrición in útero y en los primeros dos años de vida es esencial para la formación de un capital humano. Luego la ONU y OMS, en 2010, continuaron combatiendo la desnutrición y promoviendo la lactancia materna en esta etapa, ya que se consideró un marcador de vida. Los primeros 1.000 días de vida de un niño (desde su concepción hasta los 2 años) constituyen un periodo breve y único de oportunidades en el que se establecen las bases para que los niños logren alcanzar un crecimiento, desarrollo y un estado de salud óptimos a través de la vida, una etapa donde las intervenciones producen el mayor beneficio. El equipo de salud que atiende a la gestante debe estar comprometido con el mismo objetivo, contribuir con información y educar para lograr la salud integral de la gestante y su familia.

El objetivo de esta guía es ofrecer información basada en evidencias para el cuidado bucal de la mujer en el periodo prenatal, dirigido al equipo sanitario multidisciplinar y público en general, en términos sencillos que facilite la comprensión y sea un apoyo a la labor preventiva y de promoción de salud, con acciones individuales y colectivas que busquen influir positivamente en el proceso de salud integral de la gestante.



Embarazo

Se podría dividir el momento del embarazo, de manera práctica en tres periodos, el de óvulo, desde el momento de la fertilización a la implantación; embrionario, desde la 2da a 8va semana y fetal, desde la 8va semana hasta el término. El periodo más importante y sensible para la teratogénesis es el periodo embrionario porque es en donde se produce la organogénesis, por tanto tener en cuenta este periodo para la administración de fármacos y lo referente al abordaje en la consulta odontológica. Es interesante informar a la madre lo que ocurre en este periodo en relación a la formación de la futura cavidad bucal de su hijo, dar a conocer que a partir de la tercera semana de vida intrauterina, ya se observa en el embrión la futura cavidad bucal (estomodeo) y en la sexta semana de vida embrionaria se inicia el desarrollo de los dientes y que el ser humano presenta dos tipos de denticiones, 20 dientes primarios y 32 dientes permanentes. Muchos de ellos ya se están formando durante el embarazo y que el cuidado de ella influirá en la calidad de los mismos.

Cronología aproximada del inicio de la formación de los gérmenes dentales

Periodo	Órgano dentario
6a - 8a SVIU	Incisivos y Caninos primarios
8a - 9a SVIU	1er molar primario
10a - 11a SVIU	2º molar primario
3a - 4a SVIU	Incisivos, Caninos y 1er molar permanente
Del nacimiento - 10º mes de vida	1º y 2º premolares
9º - 12º mes de vida	2º molar permanente

SVIU: Semana de Vida Intra Uterina.

Alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina los dientes comienzan a calcificarse y al momento del nacimiento se encuentran calcificadas la mayoría de las coronas de los dientes primarios. Las coronas de estos dientes completan su calcificación entre el momento del nacimiento y los doce meses de edad. Por tanto la calidad del embarazo beneficiará a los futuros dientes.

Diente	Calcificación aproximada de la corona		Formación completa de la corona	Raíz completa
	Inicio del germen dentario	Inicio de la calcificación		
Dientes Primarios Maxilares				
Incisivo central	7 semanas IU	3-4 meses IU	1-4 meses	1,5-2 años
Incisivo lateral	7 semanas IU	4,5 meses IU	2-5 meses	1,5-2 años
Canino	7,5 semanas IU	5,5 meses IU	9 meses	2,5-3,3 años
Primer molar	8 semanas IU	5 meses IU	6 meses	2-2,5 años
Segundo molar	10 semanas IU	6 meses IU	10-12 meses	3 años
Dientes Primarios Mandibulares				
Incisivo central	7 semanas IU	4,5 meses IU	4 meses	1,5-2 años
Incisivo lateral	7 semanas IU	4,5 meses IU	4,5 meses	1,5-2 años
Canino	7,5 semanas IU	5 meses IU	9 meses	2,5-3,3 años
Primer molar	8 semanas IU	5 meses IU	6 meses	2-2,5 años
Segundo molar	10 semanas IU	6 meses IU	10-12 meses	3 años

IU: Intra Uterina

Condiciones Fisiológicas durante el embarazo que podrían influir en la salud bucal de la mujer.

Enfermedades bucales que pueden presentarse.

Los cambios hormonales que se producen durante el embarazo modifican el cuerpo de la mujer y también se observan cambios en la cavidad bucal. Es importante conocer cuáles son, cómo afectarían y cuándo sería el momento oportuno para tratarlos. Los dientes, los tejidos de soporte y la mucosa bucal pueden verse afectados por estos cambios fisiológicos, los cuales sumados a una dieta alta en carbohidratos y un déficit en autocuidados en la higiene bucal, se transformen en factores de riesgo para caries y enfermedad periodontal durante este periodo. Estos cambios podrían ser, disminución en la cantidad de saliva, inflamación de las encías acompañada o no de sangrado (gingivitis), inflamación de los tejidos de soporte del diente (periodontitis), encías con aumento de tamaño, hinchadas y rojas (hiperplasia gingival), encías agrandadas en forma de quiste (granuloma piógeno), desgaste de los dientes (erosión dental) y caries.



Enfermedad Periodontal

Caries y Erosión:

La caries es una enfermedad prevenible, crónica, no transmisible y multifactorial, influenciada fuertemente por el alto consumo de azúcares en la dieta junto al componente socio-conductual. La caries puede producir afecciones de dolor e infección local o a distancia (a otros órganos del cuerpo), produciendo complicaciones durante este periodo a la madre y al bebé. Todas las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida constituyen una importante herramienta para la promoción de la salud, permitiendo que la salud bucal de la madre constituya un factor favorable para que el bebé se desarrolle en un núcleo familiar con medidas preventivas, fomentando hábitos que puedan prevenir la aparición de caries en la primera infancia y alteraciones en la oclusión, como también en el desarrollo de los maxilares. Estas acciones deberían implementarse idealmente a partir del período prenatal (enfocadas a la salud bucal de la madre, su influencia sobre la salud bucal de su bebé y algunas informaciones sobre el cuidado bucal del recién nacido) y continuar en el periodo postnatal (atención al bebé de 0 a 36 meses, con acciones como: consejo en lactancia materna, dieta, higiene bucal, utilización del flúor, hábitos no nutritivos, controles preventivos y clínicos para mantener la motivación de los padres) todo esto con la ayuda del equipo multidisciplinar que atiende a la embarazada y a su bebé, incluyendo así el trabajo del odontólogo dentro de dicho equipo.

Durante los primeros meses de embarazo, muchas de las gestantes sufren náuseas y vómitos matutinos, siendo más frecuentes durante el primer trimestre del embarazo. Todo esto colabora a tener



Mujer de 33 años, sin antecedentes médicos relevantes, fumadora, 12 cigarrillos diarios, en promedio. Enfermedad periodontal, pérdida prematura de dientes y lesiones de caries múltiples.

una acidez bucal que favorece a la aparición de erosión del esmalte y que junto con una dieta alta en carbohidratos (azúcares refinados) que sobreviene con los “antojos”, se transformen en factores de riesgo para la aparición de caries.

La erosión de los dientes se produce por el desgaste químico-mecánico de los tejidos duros dentarios, esmalte y dentina. Según el grado de desgaste de esos tejidos, puede originarse sensibilidad, dolor o afectar la estética.

Gingivitis y Enfermedad Periodontal:

El aumento de niveles hormonales de estrógeno y progesterona, propias del embarazo, hacen que la gestante sea más susceptible a desarrollar gingivitis y enfermedad periodontal o periodontitis. La presencia del factor local (biofilm dental o placa bacteriana) es un factor agravante. En el caso de la periodontitis, cuando no está controlada, puede causar la pérdida localizada del hueso de soporte del diente y de manera sistémica, originar infecciones en otros órganos del cuerpo (infecciones a distancia) como en el corazón. La enfermedad periodontal puede ser un factor de riesgo de preeclampsia en la gestante y nacimientos prematuros y/o bajo peso al nacer. La diseminación sanguínea de citosinas y bacterias provenientes de la infección periodontal, puede actuar como factor de riesgo de algunas alteraciones sistémicas, principalmente diabetes mellitus tipo 2 y alteraciones cardiovasculares. Por tanto, todo procedimiento dental dirigido a tratar la enfermedad periodontal debe llevarse a cabo para evitar esta propagación.



Pacientes de diferentes edades con gingivitis

Hiperplasia Gingival y Granuloma Piógeno:

Los cambios hormonales durante el embarazo pueden estar relacionados con una forma específica y generalizada de hiperplasia gingival. La presencia de factores irritantes como el biofilm dental, puede acentuar el agrandamiento de la encía originando una patología denominada granuloma piógeno o épuilis gravídico, el cual es una lesión en forma de quiste, benigna, de crecimiento rápido que aparece generalmente en el primer trimestre del embarazo y se mantiene hasta el último trimestre, desapareciendo luego en el post parto. Puede ser recurrente. El autocuidado en higiene bucal de manera apropiada ayudará a disminuir estas manifestaciones bucales. Su extracción quirúrgica se puede realizar según el tamaño y la incomodidad de la mujer embarazada.



Granuloma piógeno

Xerostomía:

La xerostomía (boca seca) es bastante común durante el embarazo, principalmente por los cambios hormonales como así también determinada medicación puede ser susceptible de causarla (antiespasmódicos, antieméticos, antihistamínicos, antidepresivos entre otros). Es importante la orientación sobre la buena hidratación, dieta baja en carbohidratos, buenos hábitos de higiene bucal y el uso de productos con xilitol (chicles o caramelos) que ayudarán a disminuir esta alteración.

¿La Enfermedad Periodontal está asociada a complicaciones obstétricas?

Desde hace casi dos décadas, la literatura se ha interesado en una posible asociación causal entre la presencia o la progresión de la enfermedad periodontal que presenta la madre y varios resultados adversos del embarazo. Bebés prematuros se han reportado en madres con enfermedad periodontal. Aunque no se ha establecido una relación causal definitiva, se pueden ofrecer otras explicaciones para ésta correlación, en el que la infección periodontal crónica podría mediar este efecto sistémico a través de uno o más de los siguientes mecanismos:

- Translocación de patógenos periodontales a la unidad feto placentaria
- Acción de un reservorio periodontal de Lipopolisacáridos (LPS) en la unidad feto placentaria
- Acción de un reservorio periodontal de mediadores inflamatorios (IL-1, IL-6, TNF- α , PGE2) en la unidad feto placentaria.

Por tanto, el tratamiento dental durante el embarazo es necesario, para preservar la salud del periodonto. Durante las



Paciente de 35 años, sin antecedentes médicos relevantes, no fumadora, enfermedad periodontal.

pruebas prenatales, la mujer embarazada debe ser referida a un odontólogo. Profesionales de la salud deben colaborar para desarrollar protocolos de pruebas prenatales que incluya restablecer la salud bucal de la gestante. Estos protocolos también deben apuntar a informar a la gestante apropiadamente para que ella pueda cuidar la salud oral del bebé.

Durante el embarazo, el papel del odontólogo es prevenir problemas de salud bucal, de manera segura y en el momento que se considere necesario. La gestante debe recibir información adecuada de parte de su ginecólogo para visitar al odontólogo lo más temprano posible. Si tenemos en cuenta la relación entre enfermedad periodontal y nacimientos prematuros, los últimos estudios realizados y publicados, demuestran resultado con nivel positivo y moderado. Ante estas evidencias, el equipo de salud debe informar a la gestante sobre los riesgos de una deficiente salud bucal y los profesionales odontólogos deben estar capacitados para la atención de la gestante, trabajando en la prevención y en la atención de infecciones localizadas. Por tanto, se considera a la enfermedad periodontal como una infección crónica que debe ser tratada durante el embarazo de acuerdo al período de gestación en que se encuentra y los factores de riesgo adicionales de orden sistémico que pudiesen estar presentes, como así también en las medidas de prevención para evitar dicha enfermedad en el futuro.



Prevención en Salud Bucal. Importancia de los controles odontológicos durante la gestación para la mujer y su bebé

Los niños perciben su entorno desde el útero, y para brindarles bienestar desde el principio, es importante realizar los cuidados necesarios durante la gestación. El establecer conductas favorables en las madres repercute de manera positiva en la salud bucal de sus hijos. Es importante valorizar a la gestante dentro de grupos con mayor o menor riesgo de desarrollar caries, para facilitar la toma de decisión clínica, ya que esto permitirá el desarrollo de actividades preventivas o curativas específicas y así mantener la salud bucal de las mismas (disminuyendo la carga bacteriana bucal), guiar la toma de decisiones durante el plan de tratamiento y determinar el planeamiento de las citas de controles. Durante la gestación, el papel del odontólogo es la promoción y la prevención de la salud bucal durante todo este periodo, en cualquier momento que se considere necesario. Es de suma importancia que la gestante reciba información adecuada e indicación de su ginecólogo para la evaluación odontológica lo antes posible, lo ideal dentro del primer trimestre de gestación. Debemos aprovechar la oportunidad de ofrecer a las madres información sobre los cuidados bucales para su bebé, los factores de riesgo de caries en la infancia y la promoción de buenos hábitos para los primeros años de vida.



Cuidados bucales durante el embarazo

- La mujer debe iniciar todo cuidado bucal antes del embarazo (pre concepción). El ginecólogo debe orientar y motivar a la pareja para la visita al odontólogo, como parte de un manejo integral, antes de la concepción.
- Toda gestante debe recibir un examen de salud bucal al inicio de su embarazo (primer trimestre), donde se incluya una evaluación de la cavidad bucal para evaluar riesgo odontológico prenatal, consejos sobre higiene bucal, dieta saludable y cuidados preventivos.
- Informar sobre la importancia de la buena nutrición antes y durante el embarazo, frecuencia y tipo de comidas por ejemplo, evitar los snacks o dulces por ser factores de riesgo a caries.
- Una dieta baja en carbohidratos favorece una adecuada nutrición del feto y disminuye el riesgo de caries en la gestante.
- Incentivar el autocuidado (cepillado dental, uso del hilo dental, enjuagues fluorados), junto al control profesional (eliminación de sarro), con el objetivo de disminuir la gingivitis y promover la remineralización.
- Controles odontológicos de acuerdo a la necesidad individual, completar los tratamientos odontológicos básicos y de urgencia antes del parto. Si es necesario realizar algún tipo de tratamiento, se puede aprovechar el segundo trimestre del embarazo para realizarlo.



Tratamiento Odontológico en Gestantes. Mitos y realidades de la atención odontológica durante el embarazo.

La atención odontológica puede realizarse durante todo el tiempo del embarazo:

Es de gran importancia que la gestante realice la consulta odontológica, el no realizarla o postergarla a último momento puede implicar un riesgo mayor para ella y su hijo. Una buena salud bucal, la prevención y el control de enfermedades bucales protegen la salud general de las mujeres antes, durante y después del embarazo. La atención odontológica a la gestante debe ser realizada lo más temprano posible dentro del primer trimestre, si es necesario la realización de tratamientos, se podrán realizar preferentemente en el 2do trimestre y continuar con los controles y protocolos individuales en el tiempo restante. En caso de urgencias (dolor o infección), puede ser realizada en cualquiera de los trimestres de gestación.

Cuando la gestante tenga patologías de base sistémica o esté utilizando medicamentos que puedan alterar la salud bucal, es recomendable consultar a su ginecólogo, para modificar plan de tratamiento odontológico y coordinar juntos el momento más adecuado para la atención odontológica.

Primer trimestre (concepción hasta semana 12) se recomienda realizar evaluaciones y atención solo de urgencias, considerando que es el periodo de organogénesis. Cuidados y protocolos preventivos deben iniciarse lo antes posible, reforzando hábi-

tos de higiene bucal, autocuidado (cepillado dental con pasta fluorada y la utilización del hilo dental), aplicaciones de flúor profesional y consejería dietética.

Segundo trimestre (semanas 13 a 24) es el periodo más conveniente para la realización de tratamientos odontológicos, pues la organogénesis fetal ha concluido, existe menos incidencia de náuseas y vómitos, la gestante está menos incómoda, incluso que en el último trimestre. Tratamientos postergados en primer trimestre pueden realizarse en esta etapa. Continuar reforzando protocolo preventivo en el consultorio, el autocuidado y la alimentación saludable.

Tercer trimestre (semana 25 a 40) la mujer se siente menos confortable, mayor aumento de peso fetal y de la madre, haciendo menos cómoda la atención en el sillón. Es importante permitir cambios de posición, para prevenir Síndrome de hipotensión postural y realizar sesiones cortas. La postergación del tratamiento hasta después del parto puede ser problemática en caso de presentar focos infecciosos complicados, porque la mujer concentrará toda su atención en el recién nacido y tendrá menos tiempo para su tratamiento, lo que puede desencadenar en urgencias odontológicas. Importante reforzar medidas de higiene en autocuidado (cepillado dental, uso del hilo dental, enjuagues fluorados) y en la clínica (profilaxis dental, y otras medidas según necesidad del paciente). El destartraje (eliminación de sarro) y pulido radicular son procedimientos seguros durante el embarazo y deben ser indicados para recuperar la salud periodontal. En cuanto a reconstrucciones dentarias extensas y cirugías complejas, pueden postergarse hasta después del parto. Lo ideal es realizar la eliminación de lesiones cariosas activas y restos radiculares presentes, para mejorar la salud bucal de la madre.

En esta etapa se puede dar consejos para la salud bucal del recién nacido.

Información básica sobre la lactancia materna, la aparición de los dientes primarios (secuencia y cronología), número de dientes primarios. Así también se deberá incluir información sobre promoción de salud bucal en los bebés, informando de los beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva en el crecimiento, desarrollo y maduración funcional adecuada del complejo dento-buco-maxilo-facial del niño y su importante papel en la prevención de maloclusiones dentales y hábitos no nutritivos. También la importancia de evaluar al niño dentro del primer año de vida (evaluación de la cavidad bucal, hábitos no nutritivos, higiene bucal, recomendación del flúor tópico, consejos sobre dieta, información del contenido de azúcar en medicamentos, jugos envasados y ciertos alimentos para bebés); motivando a los futuros padres, en los controles y cuidados bucales de su hijo.

Uso de radiografías, pueden realizarse, tomando las medidas de protección necesarias para minimizar la exposición a la radiación, como la protección tiroidea (cuello) y de abdomen (delantal de protección).

El juicio clínico del odontólogo en coordinación con el ginecólogo determinaría la necesidad y tipo de radiografía para el adecuado diagnóstico.

Utilización de fármacos: Durante el embarazo, evitar la politerapia y la dosis administrada debe ser la mínima efectiva por el menor tiempo posible. El uso de medicamentos durante esta etapa tiene el potencial riesgo de daño fetal si la droga atraviesa la barrera placentaria. Antes de realizar la indicación de algún medicamento para controlar algún tipo de dolor o infección se debe tener en cuenta, primeramente, si el cuadro podría ser aliviado con medidas locales, no farmacológicas. La

enfermedad específica no tratada en sí misma, puede plantear problemas más graves para la madre y el feto que cualquier riesgo no comprobado de los medicamentos, por tanto si es posible, lo mejor es abordar la causa. Es importante para los profesionales de la salud que cuidan a las mujeres embarazadas que estén familiarizados con la clasificación de los medicamentos para proporcionar orientación terapéutica para el uso de drogas durante la gestación.

- Paracetamol en la gestante: Es de primera elección como antipirético y analgésico.
- Uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Ibuprofeno, Naproxeno, Diclofenaco y Piroxicam, no se consideran teratógenos, pero pueden tener efectos adversos en el feto cuando se administran en el tercer trimestre. Los riesgos y beneficios para el tratamiento del dolor o la fiebre dependen de la dosis, la edad gestacional, y la duración de la terapia.
- Antibióticos: Se utilizan tanto en periodo gestacional como en lactancia, por infecciones generales o bucales. Las penicilinas representan un subgrupo seguro, junto a los inhibidores de las mismas (ácido clavulánico). Existen grupos no aconsejados durante el embarazo como, aminoglucósidos, tetraciclinas y fluoroquinolonas.
- Uso de anestesia: puede ser utilizada la anestesia local con epinefrina durante el embarazo. La lidocaína con epinefrina prolonga la duración de la anestesia porque la droga se absorbe lentamente. Hay una preocupación teórica sobre el efecto de la epinefrina en el músculo uterino. Sin embargo, no se encontraron estudios científicos para confirmar este efecto en gestantes. El uso de 2% de lidocaína y epinefrina a una concentración de 1: 100.000 es preferible.



Recordemos...

- La salud bucal es un componente esencial del estado general de salud de la embarazada. Es importante que los profesionales del equipo de salud, que atiende a la gestante, reconozcan y valoren la salud bucodental en la etapa prenatal.
- Promover la atención odontológica materno infantil, mejorando así los indicadores de salud enfocando al binomio madre-hijo desde la concepción, involucrando a su núcleo familiar, a su realidad social, cultural y económica.
- Todas las gestantes deberían ser encaminadas por el ginecólogo a recibir evaluación odontológica prenatal, al inicio del embarazo, previniendo de esta manera las enfermedades bucales, infecciones a distancia, y promocionando la salud. Sobre todo la misma, debe estar informada de las posibles asociaciones entre enfermedad periodontal y complicaciones obstétricas.
- El periodo gestacional, es un momento ideal para que la mujer tenga acceso a la educación en salud bucal para ella y para su hijo (lactancia materna, hábitos de higiene, controles odontológicos, dieta, hábitos no nutritivos). La educación y capacitación de la gestante forma parte de los programas de prevención temprana, otorgando mayor efectividad de los mismos, pues influirá directamente en hábitos positivos previniendo la enfermedad periodontal en ella, y en su hijo, previniendo la caries en la primera infancia, alteraciones en la oclusión y desarrollo de los huesos maxilares.

Referencias Bibliográficas

- Abanto J, Bonecker M, Pettorossi J, Salet M, Correa O. Odontopediatria Evidencias Científicas para la Conducta Clínica en Bebés y Preescolares. 1ra edición. Sao Paulo; Quintessence: 2019.
- Alonso Rosado A, Pérez Gómez RM, Criado Pérez L, Duque Alonso N, Hernández Marcos C, et al. Enfermedades periodontales durante el embarazo y su asociación con parto prematuro y bajo peso al nacimiento. Evidencias y controversias. Av Periodon Implantol. 2010; 22(2): 85-89.
- Amare T, Asmare Y. Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic review. Pan Afr Med J. 2016; 24: 215.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.aapd.org/assets/1/7/g_perinataloralhealthcare.pdf
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_pregnancy.pdf
- Amini H, Casimassimo PS. Prenatal dental care: a review. Gen Dent. 2010; 58(3): 176-180.
- Asociación Latinoamérica de Odontopediatria. Guía de Salud Bucal Infantil para Pediatras [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web.pdf>
- Asociación Latinoamérica de Odontopediatria. Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatria [Internet]. Sao Paulo, Brasil; 2017. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>
- Babalola DA, Omole F. Case Report: Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes. Journal of Pregnancy. 2010; (6): 293439.
- Barker D. Developmental Origins of Chronic Disease. Public Health. 2012; 126(3):185-9.
- Barreto A, Almeida I, Fraiz F. Asesoramiento dietético en odontopediatria. Asociación Latinoamérica de Odontopediatria. Manual de Referencia para Procedimientos Clínicos en Odontopediatria [Internet]. Sao Paulo, Brasil; 2017. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/manuales/referencia-para-procedimientos-en-odontopediatria/Manual-de-Referencia-para-Procedimientos-en-Odontopediatria.pdf>
- Berghella V. Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines. 3ra Edición. Pennsylvania: CR Press; 2017.
- Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences. Lancet. 2008; 371(9608): 243-60.

- California Dental Association Foundation; American College of Obstetricians and Gynecologists, District IX. Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals. *J Calif Dent Assoc.* 2010;38(6):391-440.
- Castellanos JL, Lee EA, Díaz LM. *Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas.* 3ra Edición. México DF: El Manual Moderno; 2015.
- Chambrone L, Pannuti CM, Guglielmetti MR, Chambrone LA. Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight: II: a systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *J Clin Periodontol.* 2011; 38(10): 902-14.
- Chaveli B, Sarrión M, Jiménez Y. Dental considerations in pregnancy and menopause. *J Clin Exp Dent.* 2011; 3(2): e135-44.
- Chiego D. *Principios de histología y embriología bucal.* 4ta Edición. Elsevier; 2014.
- Cotis A, Guerra ME. Enfermedad periodontal en embarazadas adolescentes. Revisión bibliográfica. *Rev odontopediatr Latinoam.* 2015; 5 (1). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2015/1/art-6/>
- Da Matta M, Correa-Faria P, Chavez B, Pereira L, Martins S, Almeida I. Percepción en la salud bucal de adolescentes embarazadas. *Rev odontopediatr Latinoam.* 2012; 2(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-3/>
- Ercan E, Eratalay K, Deren O, Gur D, Ozyuncu O, Altun B, et al. Evaluation of periodontal pathogens in amniotic fluid and the role of periodontal disease in pre-term birth and low birth weight. *Acta Odontologica Scandinavica.* 2013; 71(3): 553–559.
- Fogacci MF, Vettore MV, Leão AT. The effect of periodontal therapy on preterm low birth weight: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(1): 153-65.
- Fraiz F, Chávez B, Lipari MA, Lopes LA, Hoffmann I, Sotomayor R, et al. Relatorios de la mesa de representantes de sociedades de Odontopediatria de los países Latinoamericanos: Odontología Materno Infantil. *Rev odontopediatr Latinoam.* 2014; 4(2) Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-5/>
- George A, Shamim S, Johnson M, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. Periodontal treatment during pregnancy and birth outcomes: a meta-analysis of randomised trials. *Int J Evid Based Healthc.* 2011; 9(2): 122-147.
- Gómez JF, Peña RE. La valoración del riesgo asociado a caries. *Revista ADM.* 2014; 71 (2): 58-65.
- Hujoel P, Lingström P. Nutrition, Dental Caries and Periodontal Disease: A Narrative Review. *J Clin Periodontol.* 2017; 44 Suppl 18: S79–S84.
- Hullah E, Turok Y, Nauta M, Yoong W. Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in a sample of immigrant women in North London. *Arch Gynecol Obstet.* 2008; 277 (5): 405-409.

- Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes--systematic review. *J Periodontol*. 2013; 84 (4 Suppl): S181-S194.
- Kandan PM, Menaga V, Kumar RR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *J Pak Med Assoc*. 2011; 61(10): 1009-14.
- Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for dental care during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2011; 56(2): 110-7.
- Koch G, Poulsen S. *Odontopediatría Abordaje Clínico*. 2da Edición. Amolca: 2011.
- Logan WHG, Kronfeld R. Development of the human jaws and surrounding structures from birth to the age of fifteen years. *J Am Dent Assoc* 1933; 20(3): 379-427.
- Martinez de Tejada B, Gayet-Ageron A, Combescure C, Irion O, Baehni P. Association between early preterm birth and periodontitis according to USA and European consensus definitions. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25(11): 2160-2166.
- Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ Salud Oral Integral de la Embarazada [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Atenci%C3%B3n-Odontol%C3%B3gica-Integral-Embarazada.pdf>
- Moura da Silva G, Coutinho SB, Piscocoy MD, Ximenes RA, Jamelli SR. Periodontitis as a risk factor for preeclampsia. *J Periodontol*. 2012; 83(11): 1388-1396.
- Moore K, Persaud T. *Embriología Clínica del Desarrollo del Ser Humano*. 9na Edición. Madrid; Elsevier: 2004.
- Nanci A. *Ten Cate's Oral Histology*. 8va edición. Montreal: Mosby: 2013.
- Nayak AG, Denny C, Veena KM. Oral healthcare considerations for the pregnant woman. *Dent Update*. 2012; 39(1): 51-54.
- Ojeda J, Rodríguez M, Estepa J, Piña C, Cabeza B. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. *Medisur [revista Internet]*. 2011 [citado 29 de abril de 2020]; 9(5): 484-491. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/articulo/view/1801>
- Palacio M. Hiperemesis Grávidica [Guía Clínica en Internet]. Hospital Clinic Barcelona; 2014 [Citado 05 de Junio de 2020]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>
- Polyzos N, Polyzos I, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou E, et al. Obstetric Outcomes After Treatment of Periodontal Disease During Pregnancy: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMJ*. 2010;341:c7017.
- Puertas A, Magan-Fernandez A, Blanc V, Revelles L, Ovalle E, León R, Mesa F. Association of periodontitis with preterm birth and low birth weight: a comprehensive review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 31 (5): 1-6.

- Rashidi Maybodi F, Haerian-Ardakani A, Vaziri F, Khabbazian A, Mohammadi-Asl S. CPITN changes during pregnancy and maternal demographic factors 'impact on periodontal health. *Iran J Reprod Med*. 2015; 13(2): 107-112.
- Sadler TW. *Langman Embriología médica*. 12a edición. Lippincott W&W: 2016.
- Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. *Horiz Med*. 2018; 18(2): 71-79.
- Saini R, Saini S, Saini SR. Periodontitis: A risk for delivery of premature labor and low-birth-weight infants. *J Nat Sci Biol Med*. 2010; 1(1): 40-42.
- Sanz M, Kornman K; working group 3 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol*. 2013; 84(4 Suppl): S164-S169.
- Schuurs A. *Pathology of the Hard Dental Tissues*. 1ra edición. UK: Wiley-Blackwell: 2013.
- Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V, Gluud C. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. *PLoS One*. 2015; 10(6): e0129060.
- Shah M, Muley A, Muley P. Effect of nonsurgical periodontal therapy during gestation period on adverse pregnancy outcome: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013; 26(17): 1691-1695.
- Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008;77(8):1139-1144.
- Silveira P, Portella A, Goldani M, Barbieri M. Origens desenvolvimentistas da saúde e da doença (DOHaD). *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(6): 494-504.
- Souza L , Seixas da Cruz S , Gomes-Filho I, Barreto M, Santana J, Castro S, et al. , Effect of maternal periodontitis and low birth weight - A case control study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2015; 74 (1): 1-8.
- Trivedi S, Lal N, Singhal R. Periodontal diseases and pregnancy. *J Orofac Sci*. 2015; 7(1): 67-8.
- Victora C, Adair L, Fall C, Martorell R, Richter L, Singh H. Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital. *Lancet*. 2008; 371(9609): 340-57.
- Winett L, Wallack L, Richardson D, Boone-Heinonen J, Messer L. A Framework to Address Challenges in Communicating the Developmental Origins of Health and Disease. *Curr Environ Health Rep*. 2016; 3(3): 169-177.



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ODONTOPEDIATRÍA