



TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

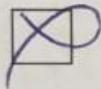
ESPECIALIDAD EN ODONTOLOGÍA GENERAL AVANZADA

Dra. Flor Jiménez Segura
Decana

Estimada señora:

Le informamos que el/la estudiante Manuel José Zamora Marín, carné No. A35809, del Programa de Posgrado Especialidad en Odontología General Avanzada.

Aprobó



Reprobó



Su trabajo final de graduación el día 16 de diciembre 2021, titulado: "Propuesta de un Programa Integral de Promoción de Salud Bucodental Para Mujeres Gestantes que Consultan los Servicios de Odontología en Primer Nivel de Atención de la C.C.S.S."



Se le concede mención honorífica

COMITÉ ASESOR

Nombre	Firma	No. Cédula
Dra. Kattia Rojas Jiménez Director/directora Trabajo Final de Graduación		1.0650.0895
Dr. Johnny Chaves Cortés Asesor/asesora		107340073
Dra. Maritza Vega Alpizar Asesor/asesora		109510287
Dr. Luis Muñoz Viquez Representante Posgrado en OGA		203140170
Dr. David Lafuente Marín Representante Posgrado en Odontología		1689659

Nota: En cada caso, firmarán el acta solamente los responsables de la actividad descrita.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROPUESTA DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE
PROMOCIÓN DE SALUD BUCODENTAL PARA
MUJERES GESTANTES QUE CONSULTAN LOS
SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA EN PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN DE LA CCSS

Trabajo final de investigación sometido a la consideración de
la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Odontología para optar al grado y título de Especialidad en
Odontología General Avanzada

MANUEL JOSÉ ZAMORA MARÍN

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

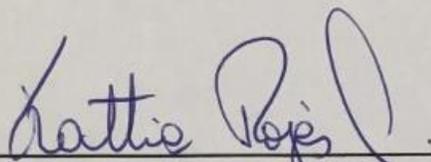
2021

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

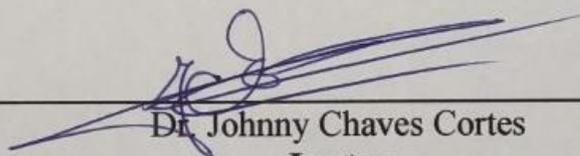
Dedicada a todas las personas que de alguna u otra manera han sido parte de este proyecto y mi formación, por ser entes de cambio en mejorar la atención profesional a la población costarricense.

Muy agradecido a los maestros académicos y espirituales, en especial a mis padres.

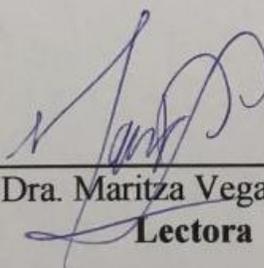
Este trabajo final fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Odontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialidad en Odontología General Avanzada



Dra. Kattia Rojas Jimenez
Profesora Guía



Dr. Johnny Chaves Cortes
Lector



Dra. Maritza Vega Alpizar
Lectora



Manuel José Zamora Marín
Sustentante

Tabla de contenido

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE GRÁFICOS	8
INTRODUCCIÓN.....	9
Introducción.....	10
I CAPÍTULO	11
MARCO DE REFERENCIA.....	11
Justificación	12
Alcances.....	13
Limitaciones.....	13
Objetivos.....	13
II CAPÍTULO	15
MARCO TEÓRICO	15
Promoción de la Salud	16
Gestación	19
Cambios bucales originados por cambios fisiológicos producidos en el embarazo	22
Promoción en la Salud Oral	25

CAPÍTULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
Población y Muestra	30
Tipo de estudio.....	30
Criterios de inclusión.....	31
Criterios de exclusión	31
Análisis de datos	31
IV CAPÍTULO	32
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	32
Resultados	33
Discusión	39
Sugerencias	42
Propuesta.....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
Conclusiones	52
Recomendaciones	52
GLOSARIO Y BIBLIOGRAFÍA	53
Glosario.....	54
Bibliografía	57

RESUMEN

La atención a la mujer gestante se debe realizar mediante un abordaje integral de las disciplinas profesionales de salud. En el ámbito particular de la odontología, es conveniente considerar el estado de gestación para ofrecer herramientas cognitivas y educativas, que facilite cambios de conocimiento, actitudes y prácticas de la mujer, que favorezca su propia salud dental y la del niño o niña en gestación. Es deseable que este proceso educativo tenga impacto también en los familiares directos, por lo que se motivará para propiciar un cambio hacia las mejores prácticas de salud dental en el entorno familiar.

Por lo que se procedió mediante una encuesta a determinar el tipo de atención que brindan los odontólogos a las mujeres gestantes en la CCSS. El 74% de odontólogos indica tener un programa de atención en salud oral para mujeres embarazadas en su servicio y a pesar de eso solo un 23% de los tratamientos son preventivos, como limpiezas dentales, aplicaciones tópicas de flúor e instrucciones de fisioterapia oral.

La importancia de implementar un programa integral de educación y promoción de salud bucodental en mujeres gestantes es muy importante y hacer una propuesta viable es el objeto de este trabajo.

Palabras Clave: embarazo, salud bucodental, promoción de la salud

ABSTRACT

Care for pregnant women must be carried out through a comprehensive approach to professional health disciplines. In the particular field of dentistry, it is convenient to consider the state of pregnancy to offer cognitive and educational tools, which facilitate changes in knowledge, attitudes and practices of women, which promote their own dental health and that of the child in pregnancy. It is desirable that this educational process also has an impact on direct family members, so it will be motivated to promote a change towards the best dental health practices in the family environment.

Therefore, a survey was carried out to determine the type of care that dentists provide to pregnant women in the CCSS. 74% of dentists indicate having an oral health care program for pregnant women in their service and despite this, only 23% of the treatments are preventive, such as dental cleanings, topical applications of fluoride and instructions for oral physiotherapy.

The importance of implementing a comprehensive program of education and promotion of oral health in pregnant women is very important and making a viable proposal is the object of this work.

Key Words: pregnancy, oral health, health promotion

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.....	33
Gráfico 2.....	34
Gráfico 3.....	34
Gráfico 4.....	35
Gráfico 5.....	36
Gráfico 6.....	36
Gráfico 7.....	37
Gráfico 8.....	38
Gráfico 9.....	38
Gráfico 10.....	39

INTRODUCCIÓN

Introducción

La promoción de la salud ayuda a reducir el exceso de mortalidad y a tratar los principales factores de riesgo y los determinantes de la salud, es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

La salud bucal es parte fundamental de la salud general y bienestar de las personas, ya que influye no solo en el bienestar físico, sino que, en su autoestima, comunicación y relaciones sociales, en fin, en su calidad de vida y felicidad.

El embarazo es un período muy especial en el cual se requiere buenos hábitos de higiene oral y nutrición para el mantenimiento de la salud bucal, con el fin de prevenir problemas dentales en la madre y ayudar a determinar la buena salud oral y general del bebé.

Durante el periodo de gestación se presentan una serie de cambios en el organismo de la gestante que pueden favorecer la aparición de problemas dentales o periodontales, por lo que se debe de proveer un diagnóstico bucal y un plan de tratamiento oportunos con el fin de evitar complicaciones.

Es necesario educar para prevenir. Todo odontólogo que esté involucrado en el manejo de una mujer gestante, deberá incorporarla a un programa educativo que le permita adquirir conocimientos sobre la importancia de prevenir enfermedades bucales.

I CAPÍTULO
MARCO DE REFERENCIA

Justificación

Es esencial en las mujeres gestantes la atención integral en salud debido a los diferentes cambios biopsicosociales que se enfrentara en dicho periodo. Estos cambios que va a tener la mujer, es necesario manejarlos de una forma integral incluyendo una óptima atención de la salud bucodental, con conocimientos y herramientas que debe adquirir mediante educación y seguimiento del profesional en salud, para prevenir posibles enfermedades bucodentales a las que pueden estar expuestas por su embarazo.

En el embarazo, la mujer se enfrenta a cambios fisiológicos, entre ellos la producción de hormonas, y también otros factores locales como su alimentación y además con frecuencia vómitos, causando alteraciones en boca como cambio en el pH y el flujo salival desencadenando un aumento en la probabilidad de enfermedades bucodentales, principalmente caries y gingivitis.

Pese a ello, existen iniciativas individuales en la CCSS y no un protocolo estandarizado para la atención de las mujeres gestantes que les explique el impacto de sus cambios por el embarazo en boca, la forma de contrarrestar los síntomas que pudiera tener o la forma de controlar adecuadamente la placa bacteriana para tener dientes y encías en las mejores condiciones posibles.

Educar para el manejo de los cambios fisiológicos y sus manifestaciones bucales, así como sobre la prevención de enfermedades bucodentales a las mujeres gestantes posiblemente repercuta también en una mejor atención de la salud bucodental del niño en gestación. Una mamá informada y entrenada en control de placa, reproducirá sus conocimientos en su familia.

La inversión del recurso en educación a la mujer gestante es un gran beneficio que se verá a largo plazo en todos los actores implicados. Desde el sistema, la mujer gestante, el niño pronto a nacer y el núcleo familiar. De ahí, la importancia en el desarrollo de un programa integral de la promoción de salud bucodental en mujeres gestantes.

La importancia de implementar un programa integral de educación y promoción de salud bucodental en mujeres gestantes resulta obvia y hacer una propuesta viable es el objeto de este trabajo.

Alcances

- Contribuir a mejorar la salud bucodental de la mujer y como replica a los niños nacidos luego de que el programa educativo a gestantes pueda desarrollarse en la CCSS.
- Una guía para los odontólogos con el fin de brindar información certera a las madres gestantes.

Limitaciones

- Tiempo disponible para realizar la investigación.
- Disponibilidad para realizar la encuesta por parte del odontólogo

Objetivos

Objetivo General

Proponer un programa integral de la promoción de salud bucodental en mujeres gestantes que consultan los servicios de odontología en Primer Nivel de Atención de la CCSS.

Objetivos Específicos

1. Determinar el tipo de atención que brinda el odontólogo general en los servicios de odontología de la CCSS a las mujeres gestantes.
2. Desarrollar un programa educativo para mujeres gestantes.

II CAPÍTULO
MARCO TEÓRICO

Promoción de la Salud

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, en 1986, se promulga la Carta de Ottawa que señala la importancia de dar a la población los medios necesarios para mejorar la salud para un adecuado bienestar físico, mental y social de forma individual o grupal, identificando sus necesidades para realizar los cambios o adaptaciones del medio ambiente. La salud se ve como parte del diario vivir, no solo dando importancia a los entornos sociales y personales sino también a las aptitudes físicas. Por esto, el concepto de salud dado como bienestar que va más allá de formas de vida sanas, la promoción de la salud no es concerniente solamente al sector sanitario, sino también a los gobiernos, sectores sociales, económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. (Organización Mundial de la Salud, 1986).

La acción de diferentes actores que tienen relación con la salud, son amplios y esa unión permite desarrollar esa importancia integral con que se debe dimensionar la promoción de la salud:

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores tanto políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud organizadas por la OMS han establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia y han situado la promoción de la salud en el contexto general de la globalización, realizadas en 1988 en

Adelaide, Australia; en 1991 Sundsvall, Suecia; en 1997 en Yakarta, Indonesia; en el 2000 en México; en el 2005 en Bangkok, Tailandia; en el 2009 en Nairobi, Kenia; en el 2013 Helsinki, Finlandia y la última en el 2016 en Shanghái, China donde señalaron tres componentes esenciales: buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y ciudades saludables. (Organización Mundial de la Salud, 2016):.

La promoción de la salud es uno de los pilares de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en esta última ponencia mundial se marcó un nuevo rumbo para los próximos quince años, con el objetivo de inspirar a los gobiernos nacionales, los dirigentes municipales y otras partes interesadas para que entiendan el enorme potencial de promover la salud en todos los sectores de la sociedad. (Organización Mundial de la Salud, n.d.)

En Costa Rica se tiene una amplia normativa y legislación que constituyen una oportunidad para fundamentar e implementar dichas acciones. Como parte de esta normativa están: principios legales estipulados en la Constitución Política, Ley General de Salud, Ley General de la Persona Joven, Código de Niñez y Adolescencia, entre otros. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2017). Además de los siguientes decretos, N° 38536-MP: define el sector salud y sus responsabilidades y el N° 38218-S: crease la Comisión Nacional de Promoción de la Salud. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2015)

En la Ley General de Salud esta explícito el derecho a la salud que tiene la población, enfocado en la promoción de la salud:

Artículo 9.-Todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y salud mental, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, así como a la

disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad. (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1973).

También, se indica en el artículo diez que todo usuario tiene el derecho de recibir por parte del profesional en salud, la información e instrucciones de promoción en la salud con el fin de conservar la integridad física y mental, tanto en el ámbito personal y familiar. (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1973).

La gestante tiene el derecho a los servicios de información materno-infantil, como se señala en el artículo 12:

Toda mujer embarazada, antes, durante y después del parto, tiene derecho a:

- a) Ser tratada de manera cordial y respetuosa por parte de los funcionarios del centro médico.
- b) Recibir atención oportuna y personalizada.
- c) Recibir información clara sobre los distintos tratamientos, diagnósticos, pronósticos o intervenciones médicas posibles.

El incumplimiento por parte del personal de salud de alguno de los anteriores derechos y en general el sometimiento contra la mujer embarazada de cualquier forma de violencia ginecobstétrica, se considerará falta en el desempeño del cargo, que será sancionada de conformidad con la legislación vigente.

(Así reformado por el artículo único de la ley N° 9824 del 3 de marzo del 2020).

(Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1973)

El Ministerio de Salud de Costa Rica, como ente rector tiene una misión clara:

Es la institución que dirige y conduce a los actores sociales para el desarrollo de

acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando un ambiente humano sano y equilibrado, bajo los principios de equidad, ética, eficiencia, calidad, transparencia y respeto a la diversidad. (Ministerio de Salud de Costa Rica, n.d.)

La Caja Costarricense del Seguro Social con el fin de mantener un lineamiento general en la atención del embarazo tiene un Modelo de Atención, enfocado en las maternidades del país, en donde señala dentro de los objetivos específicos “definir estrategias que favorezcan la atención de la mujer gestante y el desarrollo de buenas prácticas durante el embarazo”. (CCSS, 2017). Además, un Manual Familiar para la Salud Bucodental, donde indica la necesidad de tener una salud oral materna y que en las consultas en el servicio de odontología debe ser instruida sobre los cuidados y controles bucodentales que debe poner en práctica, con instrucciones de fisioterapia oral, profilaxis dentales, controles y otros. (CCSS, n.d.).

Gestación

En este periodo la madre experimenta diversos cambios fisiológicos, estos comienzan desde etapas muy tempranas del embarazo, evolucionan de manera gradual, y continúan durante todo el embarazo. Estos cambios pueden ser evidentes para la madre, evidentes durante la exploración física que realiza el médico o solo detectados mediante estudios paraclínicos. Muchos de estos cambios suponen un verdadero estado de estrés fisiológico para el organismo de la embarazada, por esta razón resulta crucial que la mujer esté preparada y

en un estado de salud óptimo para poder enfrentar adecuadamente todos estos cambios y, por lo tanto, el embarazo no resulte en estados patológicos. (Carrillo Mora et al., 2021) Esto hace que el tema de la prevención de la salud bucodental sea indispensable.

Es importante conocer los cambios que se dan en cada trimestre del embarazo para ofrecer a la mujer gestante una óptima atención odontológica. El trimestre más relevante es el primero, que es cuando se produce el desarrollo embrionario y fetal temprano. (Moore, K.L., Persaud, T.V.N. y Torchia, 2013).

En el primer trimestre, desde la concepción hasta alrededor de la semana doce, se recomienda realizar evaluaciones y atención solo de urgencias, considerando que es el periodo de organogénesis. Mediante cuidados y protocolos preventivos deben iniciarse lo antes posible, reforzando hábitos de higiene bucal, autocuidado como instrucciones de fisioterapia oral, aplicaciones de flúor profesional y recomendaciones nutricionales. (ALOP, 2019). En este periodo tan importante de desarrollo, algunas mujeres desconocen su estado o incluso existen casos reportados que desconocen del mismo hasta el parto, puede deberse al sangrado no menstrual irregular y continuo que podría llevar a algunas mujeres a malinterpretar e ignorar su propio embarazo. (Gomes Gonçalves, 2016).

En el segundo trimestre, desde la semana trece a la veinticuatro, 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. Los tratamientos postergados en primer trimestre pueden realizarse en esta etapa, al igual continuar reforzando protocolo preventivo en el consultorio, el autocuidado y la alimentación saludable. (ALOP, 2019).

En el tercer trimestre, desde la semana veinticinco a la cuarenta, es el periodo donde la

mujer se siente menos confortable, con mayor aumento de peso fetal y de la madre, haciendo menos cómoda la atención en la silla dental. Es importante realizar cambios de posición, para prevenir síndrome de hipotensión postural y atención con 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 y en la clínica, también cualquier otra medida según necesidad de la gestante. El raspado 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. (ALOP, 2019).

Por otro lado, la mortalidad materna en Costa Rica ha mostrado un comportamiento irregular, pero el 2019 y al primer semestre del 2020 ha tenido una razón de mortalidad de 2,5 por cada diez mil nacimientos. (INEC, 2020). Las causas más frecuentes de la mortalidad materna, en el 2013, en cuanto a grandes grupos de causas son: otras afecciones obstétricas no clasificables en otra parte, en segundo lugar, las complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio y en tercer lugar edema proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016). Por lo que se debe de contemplar ya que el embarazo tiene una relación directa con la enfermedad periodontal, la cual tiende a una mayor prevalencia de enfermedades sistémicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastorno pulmonar obstructivo

crónico y aterosclerosis. (Tettamanti et al., 2017).

La atención integral de la mujer embarazada se debe analizar de acuerdo con el riesgo en que se encuentre la gestante y es fundamental definir conjuntamente (equipo de salud y usuaria) los planes y acciones, así como la prioridad de éstas, durante la atención prenatal, el parto y el posparto. (CCSS, 2009). La atención de la mujer embarazada en la institución garantiza el acceso a los servicios de salud en el momento requerido sin importar el periodo de gestación que se encuentra y la programación de sus citas.

Cambios bucales originados por cambios fisiológicos producidos en el embarazo

El embarazo es un proceso natural y fisiológico donde se producen cambios en la producción de hormonas, como progesteronas y estrógenos, lo que provocan alteraciones vasculares, celulares e inmunológicas. (Lacalzada-Pastor et al., 2011). En este período, se dan una serie de cambios adaptativos temporales en el cuerpo de las mujeres, debido a la alteración hormonal y la cavidad bucal, no está exenta de sufrir estos cambios, puede presentar algunas alteraciones reversibles o transitorias y otras más consideradas como patológicas. Los tejidos orales como los dientes y la mucosa oral se convierten en objetivos directos que pueden verse afectados. Las revisiones dentales en forma constante de las mujeres embarazadas son importantes desde el primer trimestre para garantizar un desarrollo óptimo y normal de la madre y el bebé. (Méndez-Monge et al., 2018). Es muy importante brindar todos los cuidados preventivos que necesita para evitar cambios bucales debido al proceso en que esta la mujer durante ese estadio. (ALOP, 2019).

En el embarazo, la mujer se encuentra con diferentes cambios en la cavidad bucal como son los cambios en la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo ácido, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos. Estos aumentan la vulnerabilidad a desarrollar caries dental.(Díaz Valdés & Valle Lizama, 2015). Se considera una mayor prevalencia de caries dental en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas debido a varios factores: ingesta de bocadillos entre comidas y cambios hormonales, específicamente los niveles de estrógenos durante el embarazo, estos provocan una disminución del flujo salival, lo que a su vez provoca una mayor susceptibilidad al desarrollo de caries dental. (Rodríguez Lezcano et al., 2013).

Se ha demostrado que las mujeres embarazadas tienen un pH ligeramente más ácido, esto podría deberse al consumo frecuente de alimentos que producen una reducción recurrente del pH salival, así como una disminución del volumen de producción de saliva. (Méndez-Monge et al., 2018).

Aproximadamente dos tercios de las pacientes embarazadas desarrollan reflujo gastroesofágico y aumenta directamente con el tiempo de gestación y es tan común que tanto los pacientes como los médicos la ven como una situación normal durante un embarazo saludable. El origen es multifactorial, pero el predominante es una disminución en la presión del esfínter esofágico inferior causada por hormonas sexuales femeninas, especialmente progesterona y las complicaciones por reflujo durante el embarazo son raras; algunas modificaciones en el estilo de vida y cambios en la dieta pueden mejorar. (Richter, 2003). El odontólogo tiene un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico por las alteraciones bucales que se encuentran como las erosiones dentales, las aftas, el ardor bucal y la sensibilidad dental, provocando malestar en el paciente lo que

empeora su calidad de vida. La alteración del pH salival por el reflujo gastroesofágico también causa xerostomía, donde las personas se quejan de la sensación de boca seca y dificultad para tragar alimentos. Además, es importante el diagnóstico para la elección del plan de tratamiento del paciente que debería ser realizado por un equipo multidisciplinario entre médico y odontólogo. (Barbosa et al., 2019).

La gingivitis es la enfermedad más prevalente y puede incluso llegar hasta un 90% de la población mundial, esto puede variar según la zona geográfica y los parámetros. Diferente es la situación de la enfermedad periodontal en embarazadas que alcanza un promedio del 30% al 80% y es más frecuente a partir del segundo trimestre del embarazo. (García-Morales et al., 2016). En América Latina, afecta entre un 30% y 40% de la población. Se estima que durante el embarazo hay un mayor riesgo a tener enfermedad periodontal en una proporción de 1 de cada 5 mujeres. (Duque, 2016). La enfermedad periodontal es un conjunto de enfermedades inflamatorias que perjudican los tejidos de soporte del diente: encía, cemento radicular, ligamento periodontal y hueso alveolar. Existen factores de riesgo que pueden empeorar la salud bucodental en la embarazada. Estos pueden ser intrínsecos como hormonales, vasculares, salivales, microbiológicos e inmunológicos o extrínsecos como la acumulación de placa bacteriana, dieta cariogénica, disminución en la frecuencia del cepillado y deficiente nivel de conocimiento sobre salud bucal. (Cuya García et al., 2019).

Se ha demostrado que existe una relación directa entre el agravamiento de la enfermedad periodontal y el embarazo. (Tettamanti et al., 2017). Esto se debe a la variación hormonal que ocurre en este periodo, la cual promueve el crecimiento excesivo de microorganismos patógenos responsables de la inflamación gingival. (Cuya García et al., 2019).

El mecanismo de acción se caracteriza por la acumulación de bacterias periodontales en forma de biofilm, lo que produce irritación, inflamación y destrucción de tejido periodontal. Durante este periodo, los cambios hormonales incrementan la permeabilidad de los vasos sanguíneos y esto facilita la entrada de agentes patógenos orales y de mediadores de la inflamación en la circulación sanguínea. Una vez en el torrente sanguíneo, los derivados de los patógenos orales y los mediadores de la inflamación pueden diseminarse sistemáticamente y producir inflamación e infección de la placenta. (Komine-Aizawa et al., 2019)

La enfermedad periodontal tiende a una mayor prevalencia de enfermedades sistémicas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastorno pulmonar obstructivo crónico y aterosclerosis. (Tettamanti et al., 2017).

Varios estudios epidemiológicos encontraron asociación entre enfermedad periodontal y resultados adversos en el embarazo, mientras que otros usaron diferentes métodos de medición e investigación en varias poblaciones y no coinciden en que hay una posible relación entre enfermedad periodontal y resultados adversos durante el embarazo. (Cuya García et al., 2019). Por ahora, este sigue siendo una incertidumbre y se recomiendan más estudios.

Promoción en la Salud Oral

El embarazo es un buen momento para fomentar e inculcar comportamientos saludables ya que las mujeres están en contacto con el sistema de salud a través de frecuentes visitas prenatales. Los estudios han demostrado que la recomendación de un proveedor tiene una gran influencia en el uso de los servicios de salud y en la disminución de las conductas de

alto riesgo. (Johnson et al., 2006)

La mujer embarazada requiere ser vista no solo como alguien que está formando un ‘producto’, sino como alguien a quien asistir íntegramente, educar y enseñarle que el autocuidado es parte esencial en su etapa de la gestación; es necesario como profesionales en salud conocer la teoría del autocuidado y así poder intervenir en pláticas educativas que ayudaran a que las mujeres embarazadas conozcan y apliquen técnicas de autocuidado propio y de su bebe, así como también evitar y/o disminuir las complicaciones de salud materno infantil. Sin la enseñanza a estas mujeres los resultados no serán positivos. La educación ofrecida por los profesionales en salud a las mujeres en el periodo del embarazo es una gran oportunidad para comprometerse con el cumplimiento de metas desde el ámbito local hasta nivel internacional, he aquí el compromiso de promover la salud con la esperanza de provocar impacto positivo en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad, de fomentar la calidad de vida de estas mujeres, sus hijos y sus familias. De no ser así el resultado sería definitivamente negativo. (Alcántara de Jesús et al., 2018)

La promoción de la salud bucal por parte de los proveedores de salud tiene un efecto sustancial en una visita al dentista durante el embarazo. Este hallazgo tiene varias implicaciones políticas para los proveedores de salud y los encargados de formular políticas. Para la mayoría de las mujeres, los proveedores de atención médica, como obstetras, ginecólogos, enfermeras practicantes y parteras, son los profesionales de la salud que se ven con más frecuencia en comparación con los odontólogos. Esto crea oportunidades únicas y tempranas para que los proveedores de salud de la mujer eduquen y asesoren a las mujeres sobre la importancia de la salud bucal a través de varias etapas de la vida. (Naavaal et al., 2019).

Durante la gestación, el papel del odontólogo en la promoción de la salud y la prevención

de la enfermedad bucal es una buena herramienta con que se cuenta y se puede aplicar 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. (ALOP, 2019).

En Costa Rica la Caja Costarricense del Seguro Social, debe garantizar la atención prenatal a todas las mujeres embarazadas, independientemente de su condición migratoria o de morosidad, como está establecido, en la Código de la Niñez y la Adolescencia:

Artículo 12°- Derecho a la vida.

La persona menor de edad tiene el derecho a la vida desde el momento mismo de la concepción. El Estado deberá garantizarle y protegerle este derecho, con políticas económicas y sociales que aseguren condiciones dignas para la gestación, el nacimiento y el desarrollo integral. (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1998).

La institución desarrolla un modelo de prestación de la atención obstétrica calificada en las maternidades públicas del país, donde el enfoque esta dado a las mujeres y en su proceso reproductivo, en todas sus dimensiones, desde los enfoques de género y derechos humanos e interculturalidad con intervenciones necesarias para una atención segura y sin riesgo. (CCSS, 2017):

Este modelo penetrará las acciones desplegadas en los tres niveles de atención, de la salud partiendo del conocimiento de la realidad local e institucional donde se desenvuelve cada establecimiento de salud, sin separar el análisis de la totalidad del contexto social donde se encuentran inmersas las mujeres y sus familias. Esto incluye un plan de capacitación y sensibilización con fortalecimiento del papel de liderazgo comunitario dentro del sector salud en el nivel local; proyectando la perspectiva de género y de pertinencia cultural en las acciones de promoción, prevención, prestación de servicios, rehabilitación, investigación, capacitación y formación en todos los niveles de atención. (CCSS, 2017)

Mediante el Plan Nacional de Atención a la Salud Bucodental, se tiene claro que es indispensable establecer acciones que aseguren la salud bucodental de manera prioritaria con mayor impacto como es la promoción de la salud apoyándose con acciones educativas y preventivas de carácter obligatorio. Con el objetivo de fortalecer las estrategias de promoción de la salud dento-buco-craneofacial, utilizando modelos de atención preventiva individual y colectiva. (CCSS, 2004):

Las nuevas tendencias sobre la salud, requiere de la creación de espacios para establecer acciones no tradicionales y flexibles, que permitan detectar situaciones que afecten los aspectos que se relacionan con las formas en las que los grupos comunitarios descubren y facilitan la ubicación de los recursos alternativos idóneos para buscar soluciones viables, factibles y sostenibles. (CCSS, 2004)

La CCSS cuenta con recurso humano en odontología en los tres niveles de atención, por lo que conviene facilitar que éstos puedan trabajar con el comité de salud bucodental en la comunidad o actividades de prevención y educación bucodental. (CCSS, 2020).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

Para realizar este estudio, se aplica un cuestionario con 10 preguntas a los odontólogos generales relacionadas con la atención que brindan a mujeres embarazada en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. En la pregunta 9, si respondían en negativa, finalizaban la encuesta. El instrumento se aplica de manera digital, con una carta de autorización de la Dirección de Desarrollo de los Servicios de Salud – Gerencia Médica, CCSS. En esta carta estaba el cuestionario con el enlace de la plataforma de Formularios Google.

Población y Muestra

Para abril del año 2021, el Área de Regularización Sistematización Diagnostico Tratamiento Odontológico, de la CCSS, indica tener una población de 451 odontólogos generales laborando. Por lo que se decide realizar el estudio con una muestra probabilística de esta población, la cual consiste en 103 odontólogos generales, para un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 0.5. El total de respuestas que se obtuvieron, son 109. En la pregunta 10 se finaliza con 105 odontólogos generales, por responder con un no en la pregunta 9.

Tipo de estudio

El estudio es con un paradigma mixto que cuenta con datos cuantitativos y cualitativos, mediante una forma investigativa, descriptiva y propositiva.

El tipo investigativo, es conocer que tratamientos realizan los odontólogos con mayor frecuencia en la atención de pacientes mujeres gestantes.

La investigación es descriptiva y propositiva, al generar un programa indicando recomendaciones en la atención odontológica.

Criterios de inclusión

En este trabajo se aplicó un cuestionario a odontólogos generales que trabajan en el Primer Nivel de Atención de la CCSS, con los siguientes criterios de inclusión:

- Graduados de cualquier universidad nacional o extranjera, incorporados al Colegio de Cirujanos Dentistas
- Odontólogos generales que atienden pacientes gestantes en el primer nivel de atención de la CCSS.

Criterios de exclusión

Los siguientes puntos son utilizados como criterios de exclusión para el estudio:

- Odontólogos que durante el periodo que se realizaran las entrevistas, indican que no atendieron ninguna gestante.
- Los que luego de tres recordatorios no dieron su consentimiento para participar en el estudio.

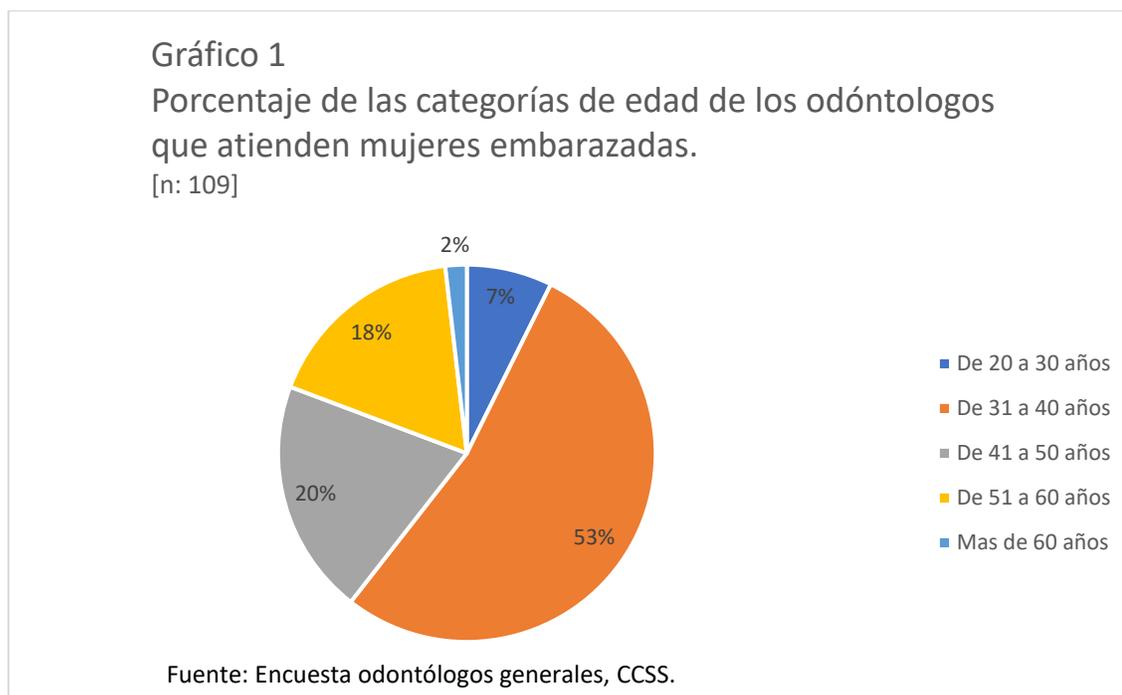
Análisis de datos

Se realiza el análisis de datos con el programa de Excel, para obtener la tabulación y gráfica de estos.

IV CAPÍTULO

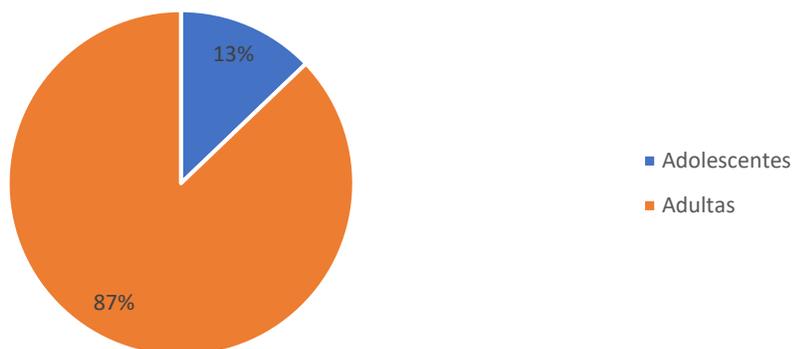
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Resultados



De acuerdo con los resultados, el 53% son odontólogos que están en la categoría de edad entre 31-40 años, seguido con un 20% la categoría de edad que esta entre 41-50 años. Luego un 18% entre 51-60 años, continua con un 7% los de edades entre 20-30 años y finalizando con un 2% odontólogos con más de 60 años.

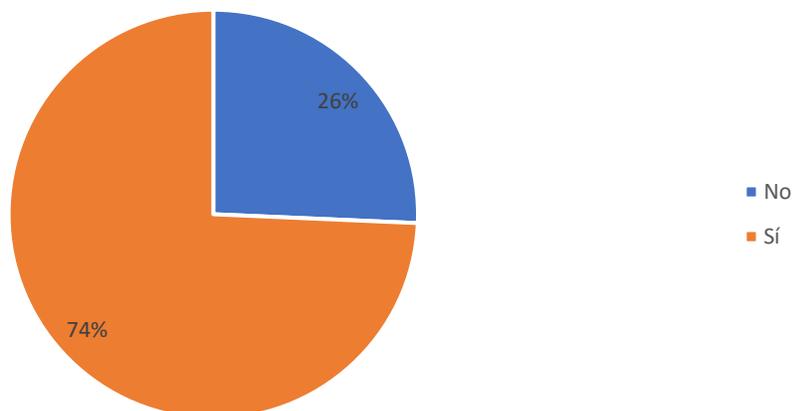
Gráfico 2
Porcentaje del grupo poblacional de pacientes embarazadas a las que se brinda atención odontológica.
[n: 109]



Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

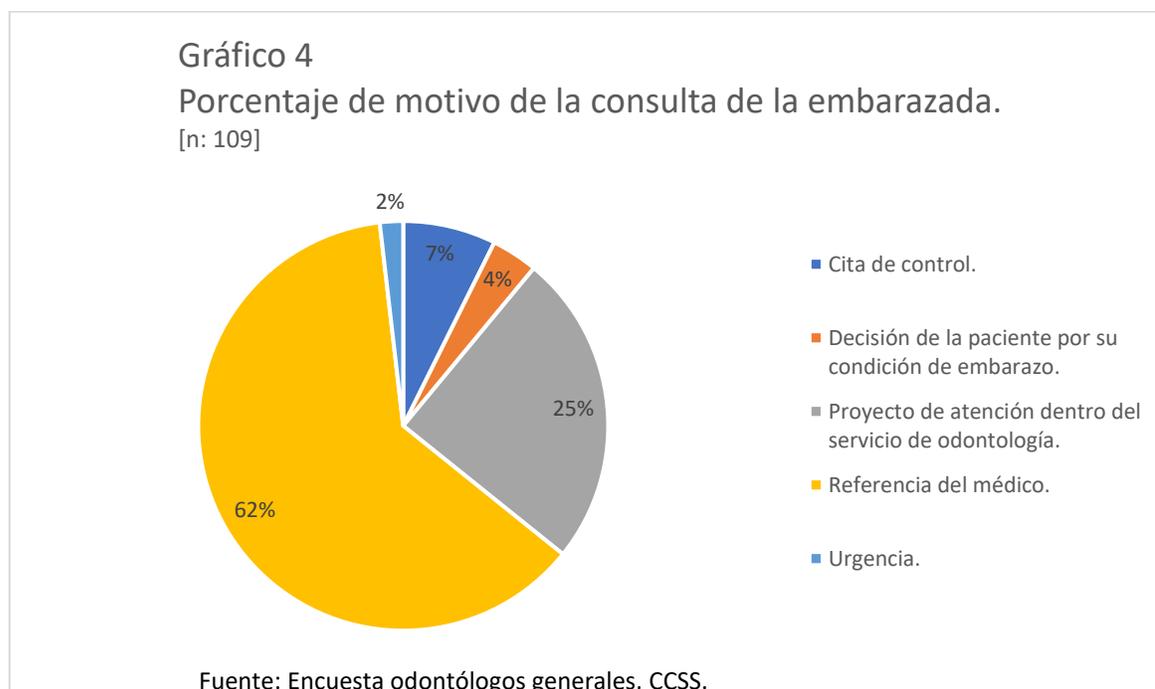
La atención de los odontólogos a mujeres embarazadas según el grupo poblacional, son adultas un 87% y adolescentes un 13%.

Gráfico 3
Porcentaje de servicios que cuentan con un programa de atención en salud oral a la mujer embarazada.
[n: 109]



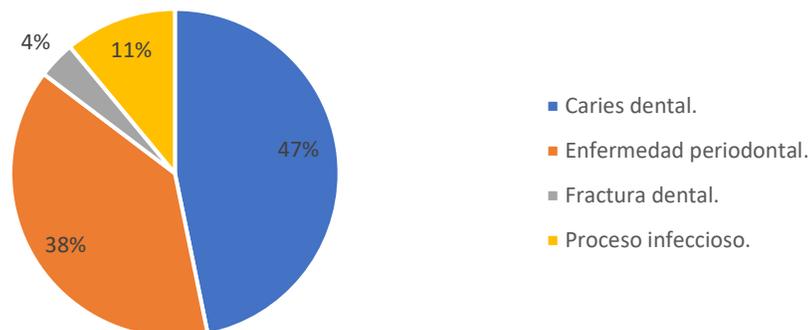
Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

Los odontólogos generales que cuentan con un programa de atención en salud oral a mujeres embarazadas son un 74% y el restante 26% no tienen.



El 62% de motivos de consulta en odontología de la mujer embarazada es por referencia médica y un 25% es por un proyecto de atención dentro del servicio de odontología. El restante porcentaje es por cita de control para un 7%, por decisión de la paciente debido a su condición un 4% y por urgencia un 2%.

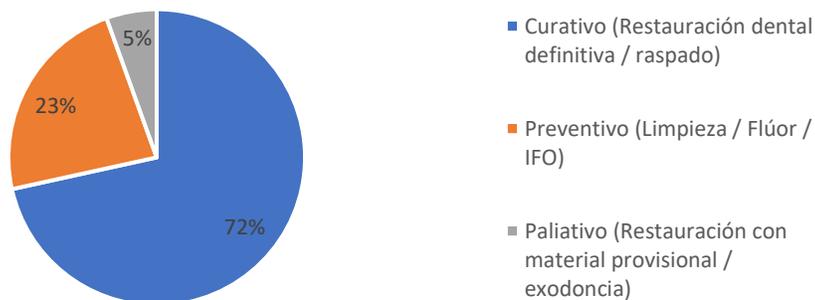
Gráfico 5
Porcentaje de diagnósticos por urgencia por lo que la embarazada asiste a consulta.
[n: 109]



Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

La mujer embarazada asiste por urgencia en un 47% por caries dental, seguido por un 38% por enfermedad periodontal, un 11% por proceso infecciosos y solamente un 4% por fractura dental.

Gráfico 6
Porcentaje de procedimiento realizado a las mujeres gestantes por parte de los odontólogos.
[n: 109]



Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

El procedimiento odontológico que se realiza a las mujeres gestante es en un 72% curativo (restauraciones dentales definitivas / raspados). Luego, un 23% preventivo (limpieza / flúor / IFO) y un restante 5% paliativo (restauración con material provisional / exodoncias)

Gráfico 7

Porcentaje de odontólogos que dan temas afines a factores protectores de la salud oral en el abordaje binomio madre-hijo.

[n: 109]



Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

El porcentaje de odontólogos que dan temas afines a factores protectores de la salud oral en el abordaje binomio madre-hijo es 51%, dividido de la siguiente manera: sobre promoción de la salud un 41%, un 15% sobre alimentación y un 5% de la lactancia materna. El restante 39% no dan temas afines a factores protectores de la salud oral en el binomio madre-hijo.

Gráfico 8

Porcentaje de odontólogos que da alguna instrucción a la madre sobre cuidado oral para el bebé pronto a nacer.

[n: 109]



Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

El 93% de los odontólogos da alguna instrucción a la madre sobre el cuidado oral para el bebé pronto a nacer y un 7% no da ninguna instrucción a la madre.

Gráfico 9

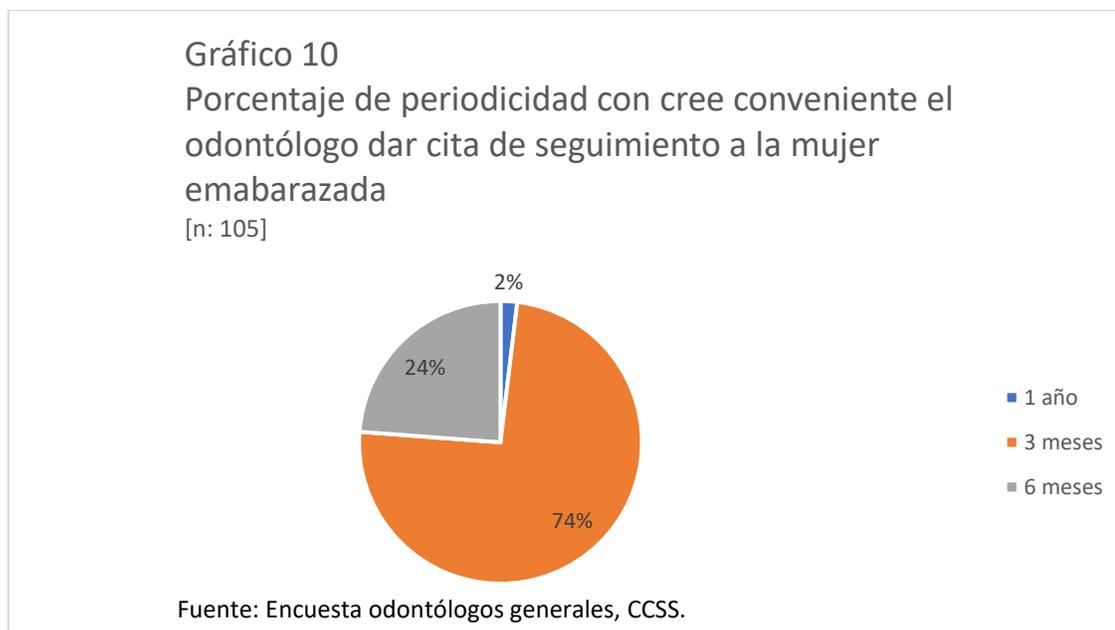
Porcentaje de odontólogos que consideran conveniente dar cita de seguimiento a la mujer embarazada

[n: 109]



Fuente: Encuesta odontólogos generales, CCSS.

Solamente el 96% de odontólogos considera conveniente dar una cita de seguimiento a la mujer embarazada y el 4% de odontólogos no lo considera conveniente.



El 74% de odontólogos considera conveniente dar cita de seguimiento a la mujer embarazada a un periodo de 3 meses, el 24% de cirujanos dentistas cree conveniente a un periodo de 6 meses y para un 2% considera bien a un periodo de 1 año.

Discusión

Las disminuciones en las tasas de natalidad en adolescentes reflejan una serie de cambios de comportamiento, incluida la disminución de la actividad sexual y el aumento en el uso de anticonceptivos. Aproximadamente el 50% de los embarazos de adolescentes ocurren dentro de los primeros seis meses de la relación sexual inicial. (The American Academy of Pediatric Dentistry, 2016). En esta investigación se observa que la atención odontológica en mujeres embarazadas es de un 13% contrario al 87% que corresponden mujeres adultas.

A pesar de eso aún se tiene que reforzar los programas educativos en temas de educación sexual, la reproducción, el embarazo en adolescentes y otros. (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1998).

El 74% de los odontólogos que brindan servicios odontológicos, en su área de salud cuentan con un programa de atención de salud oral en embarazadas, pero aún queda un poco más de esfuerzo para completar el ámbito de equidad y universalidad de las acciones en salud, como la manifiesta el apartado de atención primaria de salud bucodental. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2016)

Los motivos de referencia de consulta en odontología para mujeres gestantes, se da un 25% a por los programas de salud oral y un 62% por referencia médica, lo que demuestra la importancia de un trabajo multidisciplinario y resultado del esfuerzo de la CCSS en esta línea, bajo la ley que indica que toda embarazada debe ser referida al odontólogo, en su primera consulta. (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 2009)

El diagnóstico por urgencia que atiende el odontólogo general en el primer nivel es de un 47% de caries dental porque durante el embarazo se observa disminución del pH y flujo salival, lo que unido a los resultados de una evaluación del riesgo de caries da un aumento de esta enfermedad. La enfermedad periodontal se diagnostica por urgencias en 38% de los casos. La enfermedad periodontal en embarazadas alcanza un promedio del 30% al 80% y es más frecuente a partir del segundo trimestre del embarazo. (García-Morales et al., 2016). En América Latina, afecta entre un 30% y 40% de la población. Se estima que durante el embarazo hay un mayor riesgo a tener enfermedad periodontal en una proporción de 1 de cada 5 mujeres. (Duque, 2016).

Los 72% de los procedimientos realizados a las embarazadas en la consulta son curativos como restauraciones dentales definitivas o raspados periodontales. A pesar de eso el 74% indica tener un programa de atención en salud oral para mujeres embarazadas en su servicio y solo un 23% de los tratamientos son preventivos como limpiezas dentales, aplicaciones tópicas de flúor e instrucciones de fisioterapia oral. En muchos casos, ni las mujeres embarazadas ni los profesionales de la salud comprenden que el cuidado de la salud bucal es un componente importante de un embarazo saludable. (Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup., 2012)

Un 39% de los odontólogos no da temas de protección de salud oral en el abordaje del binomio madre-hijo y el 7% no da alguna instrucción a la madre de cuidado oral para el bebé pronto a nacer. Dejando de lado una atención profesional importante ya que 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. (ALOP, 2019).

Sugerencias

La mujer debe iniciar todo cuidado bucal antes del embarazo, Lo ideal es que el médico tratante, como el ginecólogo oriente y motive a la pareja para la visita al odontólogo, como parte de un manejo integral, antes de la concepción.

Importante reforzar medidas de higiene en autocuidado (cepillado dental, uso del hilo dental, enjuagues fluorados) cada trimestre y en la clínica (profilaxis dental, y otras medidas según necesidad del paciente). El raspado dental y pulido radicular son procedimientos seguros durante el embarazo y deben ser indicados para recuperar la salud periodontal. En cuanto a reconstrucciones dentales 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. (ALOP, 2019)

Historia clínica

La evaluación inicial incluye un examen exhaustivo de la historia médica, mediante la cual evaluamos el riesgo, y conocemos la historia reproductiva (complicaciones previas, abortos, embarazos de alto riesgo, otros). (Lara Hernández & Santiago Montealegre, 2016). También se valora la necesidad o no de realizar una interconsulta con el médico tratante, para modificar el plan de tratamiento odontológico y coordinar juntos el momento más adecuado de la atención odontológica.

Examen clínico

Una revisión extraoral y una evaluación de la cavidad bucal para evaluar riesgo odontológico prenatal. (ALOP, 2019) Además, se recomienda en cada consulta la toma de signos vitales.(Lara Hernández & Santiago Montealegre, 2016)

Estudio radiográfico

El uso de los rayos X es uno de los temas más controversiales en la mujer gestante. No está contraindicado el uso de rayos X, ya que la radiación es mínima, por lo que no representa daño para la madre ni para el feto con todas las precauciones como el uso del delantal de plomo y collar tiroideo. (Lara Hernández & Santiago Montealegre, 2016). El juicio clínico del odontólogo en coordinación con el ginecólogo determinaría la necesidad y tipo de radiografía para el adecuado diagnóstico. (ALOP, 2019)

Primer trimestre

Se recomienda realizar evaluaciones y atención solo de urgencias, considerando que es el periodo de organogénesis. Cuidados y protocolos preventivos se deben iniciar lo antes posible, reforzando hábitos de higiene bucal, autocuidado (cepillado dental con pasta fluorada y la utilización del hilo dental), aplicaciones de flúor profesional y consejería dietética. (ALOP, 2019)

Segundo trimestre

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. (ALOP, 2019)

Tercer trimestre

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. (ALOP, 2019)

Posición del sillón dental

Con modificaciones muy simples, el tratamiento dental puede ser cómodo física y psicológicamente, es importante mantener a la paciente libre de estrés.

Durante el primer trimestre de embarazo la posición casi no sufre cambios, el sillón se inclina 165° , en el segundo trimestre a 150° aproximadamente puesto que los cambios, sobre todo en los sistemas respiratorio y cardiovascular, comienzan a exacerbarse. Mientras que, en el tercer trimestre, el más complicado para la madre, la inclinación es aún mayor, se habla de

135° para reducir el riesgo de hipotensión, se coloca una pequeña almohada bajo la cadera derecha del paciente y asegurar que la cabeza se eleve por encima de las piernas. (Lara Hernández & Santiago Montealegre, 2016).

Uso 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 del dolor o infección se debe tener en cuenta, primero, si el cuadro puede ser aliviado con medidas locales y 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 lo tanto, si es posible, lo mejor es abordar la causa. Es importante para los profesionales de la salud que cuidan a las mujeres embarazadas estén familiarizados con la clasificación de los medicamentos para proporcionar orientación terapéutica en el uso de drogas durante la gestación. (ALOP, 2019). La Food and Drug Administration (FDA) creó una clasificación para los medicamentos proporcionando las directrices definitivas para la prescripción durante el embarazo. (Lara Hernández & Santiago Montealegre, 2016).

Cuidados bucales durante el embarazo

En el año 2019, la Asociación Americana de Odontopediatría, recomienda:

- 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 con 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.

Consejos para la salud bucal del recién nacido.

La Asociación Americana de Odontopediatría, en el 2019, señala la importancia de dar:

- Información sobre la aparición de los dientes primarios (secuencia y cronología) y número de dientes primarios.
- 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.

Propuesta

Se deben de dar las citas correspondientes que precise la mujer embarazada, pero como mínimo deben dar seis citas, dos en cada trimestre del periodo de gestación, por los cambios que presenta la mujer gestante.

Primer trimestre

Primera cita:

1. Instrucciones de fisioterapia oral (IFO)
 - Técnicas de cepillado dental.
 - Utilización de hilo dental.
 - Aditamentos adicionales: enjuagues fluorados, cepillos interdentes, tipos de crema dental, entre otros.
 - Tiempos de lavado, entre comida y lavado dental.

Importante recordarle a la mujer embarazada que lleve a la próxima cita los aditamentos que usa para su higiene dental.

2. Hablar sobre los perjuicios de la dieta:
 - Alta en carbohidratos: afectación a la madre y al bebé, en desarrollar una costumbre.

- Riesgo de caries dental.
3. Conversar sobre el riesgo de presentar gingivitis y/o periodontitis, propio y del feto por el riesgo bacteriano en comunicación a través de la barrera placentaria.
 4. Dar información de las posibles enfermedades sistémicas:
 - Diabetes gestacional
 - Preclampsia
 5. Medir el riesgo de caries dental
 - Hiposalivación.
 - Alta ingesta de azúcares.
 - Nivel socioeconómico.
 - Medir la motivación y el compromiso.
 - Placa dental.
 - Utilización de crema dental fluorado mínimo 1000ppm (factor protector).
 6. Realizar el tratamiento urgente que amerite. (Por estar en el período de organogénesis).

Segunda cita:

1. Realizar índice de placa dental.
2. Reforzar IFO con los implementos de higiene oral que utiliza.
3. Evaluar de nuevo el riesgo de caries dental de la madre.
4. Realizar el tratamiento urgente que amerite. (Por estar en el período de organogénesis).

Segundo trimestre

Tercera cita:

1. Realizar índice de placa dental.
2. Reforzar IFO.
3. Realizar el tratamiento dental que amerite.

Cuarta cita:

1. Realizar índice de placa dental.
2. Reforzar IFO.
3. Realizar el tratamiento dental que amerite.

Tercer trimestre

Quinta cita:

En este periodo son importante los consejos y educación referente a la pronta llegada del niño, por lo que se debe indicar:

1. Beneficios de la lactancia materna, Ley 7430 "Fomento de la lactancia materna" y su reglamento.
2. El uso prolongado de biberones o chupetes. (Alteración en la masticación, deglución, fonética, maloclusión, habla, caries dental, entre otros)
3. Malos hábitos del niño (succión digital, entre otros)
4. Informar sobre el crecimiento del complejo dento-buco-maxilo-facial
 - a. La importancia de los dientes temporales, cantidad de dientes.
 - b. Crecimiento de los maxilares y perfiles dentales.

5. IFO para el niño.
6. La dieta sin azúcar, refrescos y café (antes de los 2 años del bebé)
7. Riesgo de fluorosis (sin dejar de utilizar las dosis correspondientes a su edad de pasta fluorada)
8. Realizar el tratamiento urgente que amerite.

Sexta cita:

1. Índice de placa dental y refuerzo de IFO a la madre gestante.
2. Conversar sobre los temas tratados y medir el conocimiento con una pequeña evaluación.
3. Realizar el tratamiento urgente que amerite.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Durante la gestación, el papel del odontólogo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bucal es una buena herramienta con que se cuenta y se puede aplicar 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.

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 estos, pues influirá directamente en hábitos positivos previniendo la enfermedad periodontal en ella, y en su hijo, previniendo la caries dental en la primera infancia, alteraciones en la oclusión y desarrollo de los huesos maxilares.

Recomendaciones

Los programas de promoción de la salud son importantes a desarrollar en toda la población costarricense, con el enfoque correspondiente. Este recurso a disposición de los profesionales de salud puede maximizar y generar un ahorro en recursos empleados de atención curativa y paliativa.

GLOSARIO Y BIBLIOGRAFÍA

Glosario

Aftas: son úlceras pequeñas, dolorosas y poco profundas que aparecen en el tejido de la boca. Pueden presentarse como lesiones individuales o en grupo y normalmente afectan el tejido de las mejillas, lengua y el interior de los labios.

Agentes patógenos: son microorganismos que pueden causar una determinada enfermedad, después de superar una serie de obstáculos y poder sobrevivir sobre o en el interior de un hospedador.

Aterosclerosis: el engrosamiento y endurecimiento de las arterias de mediano y gran calibre.

Biofilm: una comunidad bacteriana inmersa en un medio líquido, caracterizada por bacterias que se hallan unidas a un substrato o superficie, o unas a otras, que se encuentran embebidas en una matriz extracelular producida por ellas mismas, y que muestran un fenotipo alterado en cuanto al grado de multiplicación celular o la expresión de sus genes.

Desarrollo embrionario: es un proceso complejo por el cual una célula huevo se transforma, tras la fecundación, en un organismo adulto

Esfínter esofágico inferior: un anillo muscular en el punto donde el esófago y el estómago se unen

Estrógenos: son hormonas sexuales esteroideas (derivadas del colesterol) de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

Flora oral: es el conjunto de los microorganismos que viven en la boca.

Gingivitis: enfermedad que se produce cuando la se acumula en los dientes y produce toxinas que irritan las encías, causando sangrado, hinchazón, dolor, inflamación o enrojecimiento de las encías.

Instrucciones de fisioterapia oral: conjunto de técnicas, destinadas a suscitar el control de placa bacteriana en el paciente

Organogénesis: es la fase del desarrollo embrionario que comienza al final de la gastrulación y continúa hasta el nacimiento, donde se dan diferentes cambios que permiten que las capas embrionarias se transformen en los diferentes órganos que conforman un organismo.

pH: es una medida de acidez o alcalinidad de una disolución. El pH indica la concentración de iones de hidrógeno presentes en determinadas disoluciones, en este caso la boca.

Profilaxis dentales: es el procedimiento de higiene dental cuyo objetivo es limpiar las superficies dentarias, eliminando por completo la placa bacteriana y el cálculo que hay sobre la superficie dental.

Progesteronas: son hormonas sexuales que liberan los ovarios y posteriormente la placenta. Durante el ciclo menstrual, su función es acondicionar el endometrio para facilitar la implantación del embrión en este, y durante el embarazo ayuda a que transcurra de manera segura.

Puerperio: el periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta, en el momento del parto y generalmente dura seis semanas, dándose una serie de transformaciones para volver a la normalidad el organismo femenino.

Raspado y alisado radicular: es la técnica que se utiliza para eliminar sarro, placa bacteriana, pigmentaciones además de otros depósitos orgánicos que se encuentran en la superficie radicular.

Reflujo ácido / gastroesofágico: es el flujo del ácido estomacal que retrocede al tubo que conecta la garganta con el estómago (esófago).

Restos radiculares: son fragmentos de raíz dental que permanecen en la cavidad oral sin realizar ninguna función

Síndrome de hipotensión postural: es una forma de presión arterial baja que se produce cuando te pones de pie tras estar sentado o acostado, puede sentir mareo o aturdimiento, e incluso puede desmayarse.

Trastorno pulmonar obstructivo crónico: es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones con síntomas como las dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.

Xerostomía: es la sensación subjetiva de sequedad bucal debido a la disminución de saliva, provocada por una alteración del funcionamiento de las glándulas salivales

Bibliografía

- Alcántara de Jesús, O., Solano Solano, G., Ramírez González, T. B., Ramírez González, M. J., Latorre Cervantes, S., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2018). Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *Journal of Negative & No Positive Results*, 3(11), 875–886. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2621>
- ALOP. (2019). *Guía de Salud Bucal en Gestantes para el Equipo Multidisciplinario*. <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guia-de-Salud-Bucal-en-Gestantes/Guia-de-Salud-Bucal-en-Gestantes-imprenta.pdf>
- Barbosa, C. N., Luiz, O., & Barbosa, C. (2019). The influence of gastroesophageal reflux in oral cavity. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(1), 70–73.
- Carrillo Mora, P., García Franco, A., Soto Larad, M., Rodríguez Vásquez, G., Pérez Villalobos, J., & Martínez Torrese, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 64, 39–48.
- CCSS. (n.d.). *Manual Familiar para la Salud Bucodental*. <https://www.ccss.sa.cr/odontologia>
- CCSS. (2004). *Plan Nacional de Atención a la Salud Bucodental*. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/bucodental.pdf>
- CCSS. (2009). *Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto*. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/prenatal.pdf>
- CCSS. (2017). *Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la comunidad, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social*. <https://www.mamasol.com/wp-content/uploads/2019/12/Modelo-ATENCION-CALIFICADA-EN-EL-EMBARAZO-PARTO-POSPARTO-ULTIMO.pdf>
- CCSS. (2020). *Manual descriptivo de puestos*. <https://rrhh.ccss.sa.cr/portalrh/documentos/manual-puestos.pdf>
- Cuya García, R., Flores Culqui, S., Quinto Benalcázar, R., Chávez Raymi, A., Párraga Navarro, M., & Tafur Vásquez, Ó. (2019). Enfermedad periodontal asociada al embarazo. *Revista Científica Odontológica*, 7(1), 132–139. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0701-2019-132-139>
- Díaz Valdés, L., & Valle Lizama, R. (2015). Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(1), 111–125.
- Duque, A. (2016). Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.005>
- García-Morales, G., Vega-Vega, S., & Tolentino-Alvarado, A. (2016). Prevalencia de enfermedad periodontal en embarazadas de una unidad de medicina familiar de

- Acapulco, Guerrero. *Aten Fam*, 23(3), 75–79.
- Gomes Gonçalves, T. (2016). Denial of pregnancy: a literature review and case report in Brazil. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 16(2), 613–623. <https://doi.org/10.12957/epp.2016.29336>
- INEC. (2020). *Total de defunciones maternas, nacimientos y razón de mortalidad materna, I semestre 2011 - 2020*. https://www.inec.cr/estadisticas?keys=mortalidad&fuente_tid=All&field_periodo_tid=All&field_anio_documento_value%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=2020
- Komine-Aizawa, S., Aizawa, S., & Hayakawa, S. (2019). Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(1), 5–12. <https://doi.org/10.1111/jog.13782>
- Lacalzada-Pastor, M., Gil-Samaniego, J., Giménez-Juncosa, M., López-López, J., & Chimenos-Küstner, E. (2011). Estado periodontal y de la mucosa oral en un grupo de embarazadas: Estudio clínico. *Avances En Periodoncia e Implantología Oral*, 23(2), 123–128. <https://doi.org/10.4321/s1699-65852011000200006>
- Lara Hernández, A., & Santiago Montealegre, C. (2016). Manejo odontológico de mujeres embarazadas. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, VIII(3), 105–112. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=74412>
- Méndez-Monge, J. A., Neri-Aranda, Z., Luna-Ayala, A., Hernandez Navarro, H. M., Jimenez-Del Valle, J. A., Calderon-Porras, A. N., Sosa-Martinez, L. R., & De La Garza-Ramos, M. A. (2018). The importance of pH, salivary flow and different dental caries risk factors in pregnant women. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene*, 10(3), 18–22.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (n.d.). *No Title*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/mision-y-vision>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2015). *Plan Estratégico de la Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud, Central Occidente 2015-2019*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/planes-estrategicos-institucionales/2993-plan-estrategico-de-la-comision-regional-intersectorial-de-promocion-de-la-salud-central-occidente-2015-2019/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2016). *Plana Nacional de Salud 2016-2020*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2017). *Resumen: Modelo de rectoría en promoción de la salud*. 1–34. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/modelo-conceptual-y-estrategico/3742-modelo-de-rectoria-en-promocion-de-la-salud/file>
- Moore, K.L., Persaud, T.V.N. y Torchia, M. . (2013). *Embriología Clínica* (Elsevier Saunders (ed.); 9a ed., p. 5).
- Naavaal, S., Brickhouse, T. H., Hafidh, S., & Smith, K. (2019). Factors Associated with

- Preventive Dental Visits before and during Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 28(12), 1670–1678. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7509>
- Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. (2012). Oral Health Care During Pregnancy: A National Consensus Statement. *National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2012*, 1–2. <http://www.mchoralhealth.org>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *9.ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: acerca de la Conferencia*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para Promoción de la Salud. *Una Conferencia Internacional Sobre La Promoción de La Salud Hacia Un Nuevo Concepto de La Salud Pública*, 6. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Promoción de la Salud*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>
- Richter, J. E. (2003). Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 32(1), 235–261. [https://doi.org/10.1016/S0889-8553\(02\)00065-1](https://doi.org/10.1016/S0889-8553(02)00065-1)
- Rodríguez Lezcano, A., León Valle, M., Arada Otero, A., & Martínez Ramos, M. (2013). Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 17(5), 51–63.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (1973). *Ley N° 5395 General de Salud*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=6581
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (1998). *Ley N°7739 Código de la niñez y la adolescencia*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC¶m2=1&nValor1=1&nValor2=43077&strTipM=TC&lResultado=4&strSelect=sel
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2009). *Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico*. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=65538&nValor3=76612&strTipM=TC
- Tettamanti, L., Lauritano, D., Nardone, M., Gargari, M., Silvestre-Rangil, J., Gavoglio, P., & Tagliabue, A. (2017). Pregnancy and periodontal disease: Does exist a two-way relationship? *Oral & Implantology*, 10(2), 212–218. <https://doi.org/10.11138/orl/2017.10.2.112>
- The American Academy of Pediatric Dentistry. (2016). Oral Health Care for the Pregnant Adolescent. In *Best Practices: Pregnant Adolescent* (pp. 241–248).