



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTOLOGO**

TEMA:

Edentulismo en el embarazo

AUTORA:

Andrea Stefania Pérez Acosta

TUTOR:

Od. Juan Carlos Suarez Palacios esp.

Guayaquil, Mayo, del 2016



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

Dr. Mario Ortiz san Martín, Esp.

Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés, MSc

Subdecano

Dr. Patricio Proaño Yela, Mg.

Gestor de Titulación

APROBACIÓN DE TUTOR

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: EDENTULISMO EN EL EMBARAZO, presentado por la Srta. Andrea Stefania Pérez Acosta, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga

Guayaquil, mayo del 2016.

TUTOR:

Od. Juan Carlos Suárez Palacios Esp.

C.I 0921074340

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Yo, Andrea Stefania Pérez Acosta, con cédula de identidad N° 092786290-4, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, mayo del 2016.

Andrea Stefania Pérez Acosta

C.I 092786290-4

DEDICATORIA.

Este trabajo está dedicado principalmente al Rey de Reyes ya que sin su bendición, cuidado y guía diaria no hubiese sido posible su desarrollo. A mis padres, a mi hermano, por creer en mí en la capacidad que tengo como ser humano por darme su bendición por su intercepción ante el todopoderoso, a lo largo de mi camino. A mi esposo que es la bendición que mi Dios puso a mi lado para darme apoyo, fuerzas, impulso para seguir luchando, a saber que todo es una victoria cuando se lucha por lo que se quiere. A mis suegros por su paciencia, amor, cuidados y sobre todo por sus oraciones que me mantienen con fortaleza y ganas de seguir triunfando a todo ellos ya este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A La Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología, me abrió sus puertas para poder desarrollarme como profesional, mediante su enseñanza que me llevaron a cumplir de esta manera una de mis metas, por lo que expreso mi total gratitud. A las personas que formaron parte de este proceso educativo a los Directivos, Tutores, personal administrativo y de servicio que supieron extender sus manos amiga en diversas ocasiones.

Un agradecimiento especial al Od. Juan Carlos Suárez Palacios por haber seguido mi trabajo de titulación en carácter de tutor, por haber confiado en mí capacidad, por su apoyo brindado en conocimientos, y guía ya que fue un factor significativo para la elaboración de la investigación.

A las Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil dirigida por el Dr. Luis hidalgo guerrero Director Técnico y al Dr. Mauro Viteri jefe del servicio de odontología al área de consulta externa.

Y mi agradecimiento eterno a mi Padres Celestial y familiares.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR A LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Dr.

Mario Ortiz San Martín, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Presente.

A través de este medio indico a Ud. que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos del autor en forma libre y voluntaria del trabajo de titulación, realizado como requisito previo para la obtención del título de odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, mayo del 2016.

Andrea Stefania Pérez Acosta

C.I 092786290-4

CONTENIDO

i	PORTADA	
ii	APROBACION DE TUTOR	
iii	DECLARACION DE AUTORIA DE LA INVESTIGACION	
iv	DEDICATORIA	
v	AGRADECIMIENTO	
vi	CESION DE DERECHO DEL AUTOR A LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	
vii	ÍNDICE GENERAL	
viii	ÍNDICE DE CUADROS	
ix	ÍNDICE DE GRAFICOS	
x	RESUMEN	
xi	ABSTRACT	
	INTRODUCCION	1
	CAPITULO I	4
	1.1. EL PROBLEMA	4
	1.1.1 Planteamiento del problema	4
	1.1.2 Descripcion del problema.....	6
	1.1.3 Delimitacion del problema	6
	1.1.4 Formulacion del problema.....	7
	1.1.5 Subproblemas	7
	1.2 OBJETIVOS	7
	1.2.1 Objetivo general.....	7
	1.2.2 Objetivos especificos	8

1.3 JUSTIFICACION.....	8
CAPITULO II	9
MARCO TEORICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 FUNDAMENTACION TEORICA.....	12
2.2.1 Definicion del edentulismo	12
2.2.1.1 Perdida de reabsorcion osea	13
2.2.2 Migración de los dientes hacia los espacios vacíos	14
2.2.2.3 Perdida de las funciones: masticatorias, fonéticas y estéticas.....	14
2.2.2 Mitos o realidades del edentulismo	155
2.2.3 Prevalencia de enfermedad gingival durante el embarazo.	16
2.2.4 Cambios y niveles hormonales relacionados con el embarazo.....	18
2.2.5 Higiene bucodental a lo largo del embarazo	19
2.2.6 Riesgos farmacologicos del empleo de medicamentos en enfermedades bucodentales mas frecuentes durante la gestacion	19
2.2.7 Complicaciones orales durante el embarazo	20
2.2.8 Manejo odontológico en el período de gestación.....	21
2.2.9 Administracion de farmacologica en el embarazo.....	22
2.2.10 Diagnostico radiografico.....	26
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	26
2.3.1 Articulo	26

2.4 DEFINICIONES CONCEPTUALES	29
2.5 HIPOTESIS Y VARIABLE	34
2.5.1 declaracion de variables	35
2.5.2 operacionalizacion de las variables.....	36
CAPITULO III	37
MARCO METODOLOGICO	37
3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION.....	37
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	38
3.3 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	39
3.4 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION.....	41
3.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS.....	41
CAPITULO IV.....	58
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	58
4.1 RESULTADOS	58
4.2 DISCUSIÓN	61
4.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
4.3.1 Conclusiones.....	62
4.3.2 Recomendaciones	64
ANEXOS	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73

ÍNDICE DE CUADROS.

TABLA N° 1 Edades De Las Gestantes Del Área De Consulta Externa De La Maternidad Enrique Sotomayor.....	42
TABLA N° 2 Edad Del Primer Embarazo.....	43
TABLA N° 3 Frecuencia De Atención Odontológica Durante La Gestación.....	44
TABLA N° 4 Frecuencia Diaria De Cepillado Dental.....	46
TABLA N° 5 Cree Usted Que El Embarazo Origina La Perdida Dental.....	47
TABLA N° 6 Durante El Periodo De Embarazo Ha Sentido Ud. Algún Cambio En Su Boca.....	48
TABLA N° 7 Que Tipo De Alteraciones A Nivel Bucal Reconoce Ud. Haber Presentado Durante El Periodo De Gestación.....	49
TABLA N° 8 Durante El Embarazo Sufrió Ud. Algunas De Estas Enfermedades Bucales.....	51
TABLA N° 9 Durante El Embarazo Obtuvo Prescripción De Suplementos Vitamínicos.....	52
TABLA N° 10 Durante Que Trimestre Del Embarazo Se Tuvo Mayor Pérdida Dental.....	54
TABLA N° 11 Cuantas Piezas Dentarias Perdió Usted Durante Sus Embarazos.....	55
TABLA N° 12 Considera Ud., Que Después Del Embarazo Se Presentaron Mayores Cambios A Nivel Dental.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

GRAFICO N° 1.....	42
GRAFICO N° 2.....	43
GRAFICO N° 3.....	45
GRAFICO N° 4.....	46
GRAFICO N° 5.....	47
GRAFICO N° 6.....	48
GRAFICO N° 7.....	50
GRAFICO N° 8.....	51
GRAFICO N° 9.....	53
GRAFICO N° 10.....	54
GRAFICO N° 11.....	55
GRAFICO N° 12.....	57

RESUMEN

Estudio descriptivo, sobre la odontológica brindada a las madres gestantes del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, fue llevado a cabo de Enero a Marzo del 2016 ;cuyo universo estuvo constituido por 150 madres gestantes de edades entre 25-39 años que cruzaban la etapas de gestación, estos datos fueron obtenidos de la revisión de historia clínica y encuestas realizadas a las interesada, estableciendo la prevalencia del edentulismo después del embarazo en un 98% de las gestantes, las mismas que presentaron cambios dentarios después de este anotados en un 97% del total de las gestantes. En la creación de resultados se evidencio que la causa del edentulismo está dada por la escasa importancia de las gestantes hacia las visitas odontológicas con un 54%, y un 22% que si realizan el chequeo correspondiente, estas causas están relacionadas a los mitos generados durante del embarazo y que las madres creen son ciertos en el 75% de los casos, aumentando el desarrollo de alteraciones gingivales en un 79%, y de otras enfermedades destructivas a lo largo del fase de gestación como son la caries, alteración del ph salivar en un 36%, debido a escaso conocimiento en la importancia del cuidado bucodental en las mujeres que acudieron al área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor.

PALABRAS CLAVES: Edentulismo, Mitos, Atención odontológica.

ABSTRACT

Descriptive study, on the odontologic one offered to the mothers gestantes of the area of external consultation of the Maternity Enrique Sotomayor of the city of Guayaquil, was carried out from January to March, 2016; whose universe was constituted by 150 mothers gestantes of ages between 25-39 years that were crossing the etapas of gestation, this information was obtained of the review of clinical history and surveys realized to them interested, establishing the prevalencia of the edentulismo after the pregnancy in 98 % of the gestantes, the same ones who presented changes toothworts after this one annotated in 97 % of the total of the analyzed gestantes. In the creation of results I demonstrate that the reason of the edentulismo is met by the scanty importance of the gestantes towards the odontologic visits by 54 %, and 22 % that if they realize the corresponding checkup, These reasons are related to the myths generated during of the pregnancy and that the mothers believe are true in 75 % of the cases, increasing the development of alterations gingivales in 79 %, and of other destructive diseases along the period of gestation since, they are The caries, alteration of the ph to salivate in 36 %, due to the mistake of knowledge in the importance of the oral care in the women who came to the area of external consultation of the Maternity Enrique Sotomayor.

KEY WORDS: Edentulismo, Myths, odontologic Attention.

INTRODUCCION

Considerando que el embarazo es un estado fisiológico normal y especial de toda mujer en el cual, se presentan una serie de manifestaciones las cuales se adoptan de una forma eventual a las estructuras del organismo humano de la mujer en proceso de germinación de su embarazo. (*Mendez Alvarado, Nieto Serrano, & Escolar, 1867*).

Todo este acontecimiento de felicidad que produce la llegada del nuevo ser, hace que la mujer embarazada centra su atención en su barriga y por ello muchas veces pasa por alto lo que sucede en la boca, hasta que esta protesta y exige más cuidados. (*Murkoff, Eisenberg, Hathaway, & B.S.N, 2005*).

Las diversas modificaciones que se producen el cuerpo de una gestante están relacionados con los cambios tanto a nivel sistémico (problemas cardiovasculares por incremento del volumen de plasma), así también como en diferentes áreas del organismo como es el aumento en la producción especialmente de las hormonas progesterona, estrógeno y prolactina, esenciales durante el proceso de embarazo pero que se consideran que provocan destrucción de los mastocitos gingivales provocando liberación de enzimas proteolíticas ocasionado un proceso inflamatorio a nivel buco-dentario afectando de forma directamente a las encías originado dando como resultado afecciones de mayor intensidad. (*Napoles Garcia, Napoles Mendez, Moráquez Perello, Cano Garcia, & Montes de Oca Garcia, 2012*)

Existen otras hormonas relacionadas con el embarazo dentro de las cuales se encuentra la relaxina, que se cree que provoca una ligera movilidad dental del ligamento periodontal la misma que fomenta la acumulación de alimentos y la

proliferación de la placa dentoalveolar alrededor del diente y la encía. *(Rodriguez Chala & Lopez Santana, 2003)*.

Investigaciones muestran que una enfermedad seria en las encías de una mujer embarazada puede provocar un parto prematuro o bajo peso del bebe al nacer. *(Murkoff, Eisenberg, Hathaway, & B.S.N, 2005)*.

Dentro de la cavidad oral se han descrito diversas lesiones y alteraciones que han sido consideradas normales dentro del proceso gestacional como es el caso de la gingivitis del embarazo o el granuloma gravídico que generalmente suele aparecer durante el segundo mes de gestación y extenderse hasta el octavo mes del embarazo posteriormente mejora y da paso al alumbramiento. *(Díaz Guzman & Castellanos Suárez, 2004)*

Otras variaciones como la caries dental en cambio han demostrado mayor prevalencia y se encuentra considerada dentro de un 99% en la población gestacional, alteración asociada con la perdida dental puede aumentar debido a diversas circunstancias como es el aumento del número de los streptococcus mutans, lactobacilos acidofilos debido a que durante el proceso de gestación se producen una serie de sucesos que alteran la microflora bucal en la mujer como son los síntomas como: vómitos, aumento de alimentos con mayor porcentaje de carbohidratos junto con un desequilibrio del pH salival lo que ocasiona un medio ideal para la proliferación de bacterias y posterior desarrollo de las enfermedades oportunistas relacionadas a los factores adversos en la cavidad bucal y general. *(Oviedo Perez, Betancourt Valladares, Espeso Napoles, Naranjo, & Gonzales Barreras, 2011)*.

Es por esta razón que los cambios hormonales, microbiológicos, salivales e inmunológicos están relacionados a factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir pérdida dental prematura pero no ocasionan de una forma directa el edentulismo durante el embarazo.

A pesar de que no existe una evidencia específica que demuestre que el edentulismo está directamente relacionado con el embarazo, si existen cambios generados o producidos durante el mismo, que condicionan el área bucal para que se produzcan alteraciones o afecciones a nivel bucal los mismos que no son considerados letales, pero que sin duda alguna ocasionan dolor dental, problemas al comer o masticar, halitosis, falta de estética a causa de la pérdida dental originada mayormente por caries que puede ocasionar baja autoestima y pérdida de las relaciones sociales. (Bonilla Coronado, 2014). Es por eso que esta investigación va encaminado a determinar la prevalencia del edentulismo durante el embarazo relacionada a los factores existentes durante el periodo gestacional por trimestre de gestación y evaluar el tipo de tratamiento que podrían utilizar dependiendo de su condición social en la Maternidad de Guayaquil Enrique Sotomayor, área de consulta externa.

Con la finalidad de romper el mito que durante el embarazo se pierden las piezas dentales y más bien tener siempre presente que una mujer embarazada necesita cuidado especial que le ayude a mantener de mejor manera su control bucal evitando proliferación de bacterias que de por si son propias de la cavidad oral y que durante el periodo de gestación incrementan su desarrollo debido a los diversos factores antes mencionados y recordar que si se llegara a presentar alguna patología u alteración a nivel bucal se puede deber más bien a hábitos de mala higiene oral que suelen adquirirse durante esta etapa ya sea por cansancio o simplemente porque el uso de ciertos instrumentos de cepillado oral ocasiona algún molestar produciendo acumulo de placa bacteriano desarrollando el factor etiológico predisponente ideal para que se desarrolle una alteración bucal.

CAPITULO I

1.1. EL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde épocas pasadas muchos son los mitos o realidades que se escuchas a diario acerca de la pérdida de las piezas en las etapas de gestación, aun en la actualidad se sigas escuchando a pesar de que el tiempo ha transcurrido, con nuevos inventos y avances tecnológicos, en la totalidad de las gestantes se sigue escuchando este problema como una realidad, quizás por la deterioro de cultura o actualización de los conocimientos o en ocasiones por lectura de publicaciones como la que realiza la revista 'American Journal of Public Health' Health' que menciona que “Las mujeres que han dado a luz más hijos suelen perder más dientes en su vida, más allá de si son ricas o pobres” (*Russell, 2016*)

En la actualidad existen estudios realizados por la misma revista a que demuestran que las mujeres que tienen más hijos son las que tiene mayor riesgo de perder más dientes a lo largo de su vida, se examinan datos de 2.635 mujeres entre 18 a 64 años de diversos estatutos sociales demostrando de esta manera

que las mujeres que no tenían hijos perdían menos dientes que las que tenían hijos. (*Health, 2008*).

Durante el embarazo existe aumento de las hormonas progesterona que hace que la bacteria *Prevotella Intermedia* aumente también su intensidad, lo que hace que si existe una enfermedad periodontal previa no controlada, ésta se agrave causando movimientos dentales. Los estrógenos también influyen en el empeoramiento del periodonto. Otro factores que agravan la enfermedad periodontal es la diabetes gestacional que afecta entre el 8,8-11,6% de las embarazadas españolas. (*Rodríguez, 2015*).

Según investigaciones de Rateitschak, (1967) “encuentra valores de movilidad dental más pronunciados durante el embarazo que tras el parto, por lo que afirma que existe una influencia de las hormonas sexuales femeninas en la membrana periodontal”. Sin embargo, Hugoson (1970) y Lundgren y Lindhe (1971), demuestran que el agravamiento de la gingivitis durante el embarazo no supone daños permanentes en las porciones más profundas del periodonto, por lo que sugieren que el incremento en la movilidad dental observado por Rateitschak no se debe a una pérdida de soporte óseo sino a cambios cualitativos en el ligamento periodontal. (*Figuroa Ruiz, Prieto Prieto, & Basconez Martinez, 2006*).

Si bien es cierto la mujer embarazada es más propensa a sufrir inflamación de las encías (gingivitis del embarazo) y caries pero todo esto se debe a los diversos cambios hormonales propios de cada mujer en periodo de embarazo debido a todos los cambios en el organismo, especialmente a nivel buco-dental los mismo que ocasionan un aumento sanguíneo provocando inflamación debido a una disminución de la capacidad bacteriana a nivel salival. (*Yero Mier, Garcia Rodriguez, Reytor Saavedra, & Narzo Barrios, 2013*). Por todos estos acontecimientos es que se sigue pensando de la pérdida de piezas dentarias está

relacionada directamente con el embarazo, pero aun no existen investigaciones con base científica claramente establecida que afirme con certeza la perdida dental con el periodo gestante.

1.1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El edentulismo en el embarazo que es producido por los diversos factores o cambios que sufre el organismo puede ser causante de la pérdida parcial o total de las piezas dentarias, asociada en su mayor parte a la mala alimentación, falta de higiene oral o cuidado personal debido a las molestias (vómitos, nauseas) que produce el cepillado dental, generalmente en las etapas iniciales del embarazo.

Todo esto complementado en las creencias o mitos de cada mujer que pasa por el periodo de gestación haciendo que se origine con mayor frecuencia el desarrollo de enfermedades oportunistas más frecuentes como son las gingivitis del embarazo, caries que es el principal factor para la perdida dental perdiendo estética y funcionalidad.

1.1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: Edentulismo en el embarazo

Objeto de estudio: mujeres de entre 18 a 39 años de edad en periodo de gestación

Área: Maternidad de Guayaquil Enrique Sotomayor del área de consulta externa correspondiente a los mese enero, febrero y marzo del año 2016.

Lugar: Ciudad de Guayaquil.

1.1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

Establecer la prevalencia de la perdida dental en el embarazo, de las madres gestantes de la Maternidad de Guayaquil Enrique Sotomayor, del área de consulta externa correspondiente a los mese enero, febrero y marzo del año 2016.

1.1.5 SUBPROBLEMAS

- Definición del edentulismo
- Mito que se generan durante en el embarazo.
- Prevalencia de enfermedad gingival durante el embrazo.
- Cambios y niveles hormonales relacionados con el embarazo.
- Higiene bucodental a lo largo del embarazo.
- Riesgos bucodentales más frecuentes durante la gestación
- Complicaciones orales durante el embarazo.
- Manejo odontológico durante el período de gestación.
- Administración de fármacos en el embarazo.
- Diagnostico Radiográfico

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia del edentulismo en mujeres de 25 a 39 años en periodo de gestación en la maternidad de Guayaquil del área de consulta externa correspondiente a los mese enero, febrero y marzo del año 2016.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la prevalencia de edentulismo en mujeres gestantes después del embarazo.
- Indicar la prevalencia de las enfermedades oportunistas desarrolladas a lo largo del embarazo.
- Identificar el principal factor predisponente que origina la pérdida dental prematura y los cambios que las mujeres experimentan post embarazo.

1.3 JUSTIFICACION

La investigación actual es necesaria ya que esta, plantea un estudio a un problema que es generado desde años atrás, enfocado a determinar la prevalencia del edentulismo generado durante el embarazo, el mismo que ayudará de forma directa a la institución involucrada a fomentar el cuidado e higiene buco-dental especialmente durante el embarazo donde se produce el mayor número de cambios en el organismo.

De la misma manera será esta una investigación relevante para la Facultad Piloto de odontología debido a que se desconoce la prevalencia de mujeres embarazadas afectas por pérdida dental prematura las mismas que sufren de baja autoestima debido al grado de afección de los dientes ya sea por fracturas o caries que dañan su sonrisa.

Es por esto la necesidad de un estudio investigativo para analizar que piezas son las que mayormente se ven afectadas durante el periodo gestacional.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Transcurrido el embarazo se observa una sucesión de cambios temporales en la estructura corporal de la mujer que son resultados del acrecentamiento en la producción de estrógeno, progesterona y gonadotropinas, (entre otras), con la finalidad de que el embrión en desarrollo llegue a término. Los cambios fisiológicos del embarazo causan modificaciones en los órganos y sistemas de la mujer, las sobrecargas hormonales temporales interactúan y magnifican procesos inflamatorios preestablecidos como la gingivitis, periodontitis, por lo que se agravan. *(Lee Gonzales, Castellano Suarez, & Diaz Guzman, 2015).*

A más de los cambios endocrinos la correlación entre la caries dental y la gestación no está bien definida, sino más bien puede atribuirse a la preferencia dietética, lo que lleva a una alimentación desbalanceada donde existe una mayor

ingesta de carbohidratos como los azúcares que favorecen la formación de la placa dentobacteriana. (*Salud Dental, 2015*).

El periodo de gestación se encuentra también relacionado con el aspecto socio-económico que les impide a las gestantes su participación en las visitas odontológicas.

La movilidad de piezas que puede ser generalizada, relacionado con el grado de enfermedad de las encías y con alteraciones del aparato de unión dental. Muchas mujeres están convencidas que la gestación provoca pérdida de piezas dentarias. Según *W, A, S, & L, (1998)* “un diente por cada embarazo” o de que se pierde el calcio de los dientes para garantizar el aporte al niño “dientes blancos”.(p.434-441).

De acuerdo a estudios realizados se ha podido demostrar, que durante el embarazo no se produce desmineralización de dientes. (*Oviedo Perez, Betancourt Valladares, Espeso Napoles, Naranjo, & Gonzales Barreras, 2011*).

El esmalte dental puede tener un deterioro mineral muy lento pero da la seguridad de mantener su naturaleza toda la vida, la mayoría de los cambios que se generan en el esmalte es debido al continuo cambio de los minerales con la saliva más no por la disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar que los requerimientos de este elemento están aumentados en el 33 % en comparación con mujeres no gestantes. (Laine, 2002).

Con todo lo expuesto es necesario destacar que la gestación no genera la enfermedad periodontal, sino solo modifica las condiciones y empeora la enfermedad preexistente.

Un estudio en Finlandia demostró que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no recibieron ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal. (Murtomaa, Holttinen, & Meurman, 2010).

Este resultado demuestra que el tratamiento dental durante el embarazo puede afectar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes a través de la vía placentaria. (Rodríguez Chala & Lopez Santana, 2003).

De igual manera un estudio realizado en EEUU a 2635 mujeres de entre 18 a 64 años de edad dio como resultado que las mujeres que no tenían hijos como promedio tenían la pérdida de una pieza dental mientras que las mujeres con un hijo hasta cuatro hijos tenían promedio de una pérdida de una pieza dental por hijo, inclusive estas cifras incrementan si se toma en cuenta el aspecto socioeconómico aumentando en 30% dando hasta un pérdida de 8 piezas dentales. (Rodríguez Chala & Lopez Santana, 2003)

Los doctores que tuvieron el estudio entre sus manos indicaron que la relación que existe entre el período de gestación y el edentulismo debe tener sus bases en otros factores, como que las mujeres con algunos hijos descuidan su salud dental o que durante el embarazo no realizan visitas al dentista y por ende son más vulnerables a sufrir de gingivitis. (Russell, 2016.)

El periodo gestacional se relaciona con una mayor incidencia de procesos cariosos. Si bien es cierto que se producen profundos cambios en la mujer durante esta etapa de su vida, existe una asociación popular científicamente no demostrada, entre la gestación con el incremento de caries y la pérdida de

dientes. *(Oviedo Perez, Betancourt Valladares, Espeso Napoles, Naranjo, & Gonzales Barreras, 2011).*

El embarazo constituye una condición sistémica particular que puede modificar las condiciones bucodentales, de los diente, los tejidos de soporte y sostén, la mucosa bucal entre otros, constituyen blancos directos que pueden afectarse, además de estar sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer alteraciones propias del embarazo. *(Chala Rodriguez & Lopez Santana, 2016).*

como:

- Caries
- Gingivitis del embarazo
- Dientes flojos
- Periodontitis
- Halitosis
- Llagas bucales

(Geo Salud, s.f)

2.2 FUNDAMENTACION TEORICA

2.2.1 DEFINICION DEL EDENTULISMO

El edentulismo se lo puede definir como la perdida de piezas dentarias ya sea de forma parcial o total que es ocasionada por traumatismo, lesiones o por afecciones generada en la cavidad bucal que suelen producirse durante procesos propios del ser humano, especialmente de la mujer en periodo de gestación donde ocurre un incremento de niveles de hormonas que alteran de cierta forma el medio buco-dental creando un medio propicio para la proliferación de microorganismos causantes de la perdida dental. *(Ureña Varela Gabriela, 2010).*

Según Ettinger (1997) “el edentulismo provocaba problemas funcionales, de deglución y fonación, dificultades en la masticación, llevando al surgimiento de anemias, desnutrición y problemas digestivos, así como problemas estéticos y biopsicosociales”. Dentro de las principales consecuencias que se produce debido al edentulismo encontramos:

- La pérdida de reabsorción ósea.
- Migración de los dientes hacia los espacios vacíos.
- Pérdida de las funciones: Masticatorias, Fonéticas y Estéticas.

2.2.1.1 PERDIDA DE REABSORCION OSEA

La pérdida de reabsorción ósea en su mayoría se origina debido a la extracción prematura de una o unas piezas dentarias en donde el hueso que las sostiene tiende a encogerse con el tiempo es un proceso natural por falta de estímulo donde el hueso pierde tanto altura como grosor. (*Academy Of Osseointegration, s.f*)

Otros factores que ocasiona la pérdida ósea son: enfermedades como:

- **PERIODONTITIS O PIORREA** que causa pérdida ósea de dos tipos.

REABSORCION OSEA HORIZONTAL.- cuando la destrucción ósea es perpendicular al eje del diente

REABSORCION OSEA VERTICAL.- cuando el patrón de pérdida ósea formaría una línea oblicua al eje axial del diente. Esta es de peor pronóstico y de más difícil tratamiento. (Enrile de Rojas & Fuente Mayor, 2009).

- **TRAUMATISMOS.-** estado físico o psíquico provocado por la acción violenta ocasionada por golpes o caídas que debilitan de tal forma que la

estimulación que recibe el diente se detiene generándose la reabsorción ósea. (Doctissimo, s.f)

- **DIABETES.-** En medicina, el término diabetes comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un aumento de la concentración de glucosa en el plasma sanguíneo. las personas con diabetes están más propensas a sufrir infecciones y problemas en las encías. (CH salud, s.f)

Durante el proceso de reabsorción ósea la encía también se ve afectada disminuyendo su grosos y anchura creando una depresión que puede resultar antiestético y aumentar la capacidad de retención de alimentos alrededor de los dientes adyacentes

2.2.2.2 MIGRACIÓN DE LOS DIENTES HACIA LOS ESPACIOS VACÍOS

Se ve ocasionada a los espacios vacíos generados por piezas faltantes, ya que los dientes por si solo tiene una tendencia a moverse si no presentan una diente adyacente o antagonista que los impida considerándose como una patología ya originado problemas mayores como las enfermedades periodontales debido a la acumulación de placa bacteriana en áreas de difícil acceso, además de altera la estética de una persona así como también la oclusión. (Academy Of Osseointegration, s.f)

2.2.2.3 PÉRDIDA DE LAS FUNCIONES: MASTICATORIAS, FONÉTICAS Y ESTÉTICAS

Según *(Musacchio , Perissinotto, Binotto, Sartori L, & F Zambon S, et al. 2007)*.
“La pérdida de los dientes tiene un efecto marcado en la capacidad masticatoria y

en la elección de la comida”. Por otro lado, esa pérdida dentaria parece tener pequeño efecto en los valores nutricionales o en los niveles de nutrientes.

2.2.2 MITOS O REALIDADES DEL EDENTULISMO

Desde tiempos pasados, el ser humano ha buscado dar explicaciones a diversos fenómenos que aparecen a su alrededor, generándose así los mitos durante el embarazo que generalmente son los uno una “herencia de familia” y las madres novatas son quienes mas propensas están al receptor consejos que entregan mamás, abuelas. Pese a que algunos pueden haber nacido con cierto asidero científico, otros sólo contribuyen a angustiar a las nuevas madres. (Pradenas A, 2009).

Con todo lo anterior cobra aún más importancia el cuidado que se debe tener durante la gestación ya que si bien el embarazo no está íntimamente relacionado con la perdida dental si existen factores predisponentes que originan susceptibilidad como es el incremento de los niveles de hormonas en el organismo que crean un ambiente propicio para la proliferación de bacterias propias de la cavidad bucal debido a una alteración del pH salival que favorece el medio bucal, ocasionando que exista una mayor producción de streptococcus mutan que son los causantes principales de la mayor producción de lesión cariosa. (Oviedo Perez, Betancourt Valladares, Espeso Napoles, Naranjo, & Gonzales Barreras, 2011).

Como se ha mencionado el embarazo constituye una condición sistémica particular que puede modificar las condiciones bucodentales, de los diente, los tejidos de soporte y sostén, la mucosa bucal entre otros, constituyen blancos directos que pueden afectarse, además de estar sometida a una serie de cambios

extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer alteraciones propias del embarazo como: (*Chala Rodriguez & Lopez Santana, 2016*)

- Caries
- Gingivitis del embarazo
- Dientes flojos
- Periodontitis
- Halitosis
- Llagas bucales

2.2.3 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD GINGIVAL DURANTE EL EMBRAZO.

La gingivitis es un tipo de enfermedad periodontal que durante el proceso de gestación se la denomina gingivitis gravídica o del embarazo tiene una prevalencia de entre el 36 y el 100% de las embarazadas con gingivitis previa. (Ferrús, 2015)

Toda enfermedad periodontal es originada por bacilos gram negativos, con algunas formas cocáceas y una gran cantidad de espiroquetas. Los principales microorganismos asociados con esta condición son: Porphyromonas gingivalis (Pg), Bacteroides forsythus (Bf), Treponema denticola (Td), Aggregatibacter actinomycetemcomitans (Aa), Fusobacterium nucleatum (Fn), Prevotella intermedia (Pi). (*Herane , Godoy, & Herane, 2014*).

Los placa bacteriana es solo un factor predisponente para el desarrollo de una enfermedad gingival, pero existen ciertos factores que agravan las condiciones de las encías (*Figueroa Ruiz, Prieto Prieto, & Basconez Martinez, 2006*).

como son:

- **INCREMENTO DEL FLUJO SANGINEO** (que durante el embarazo asegura el paso de nutrientes al feto). (*Cabañas , Longoni, Corominas, Sarobe, Yurrebaso, & Aguirrezábal, s.f*)
- **AUMENTO DE LOS NIVELS HORMONALES.-** El embarazo da como consecuencia un incremento considerable de progesterona y estrógeno. (*Cabañas , Longoni, Corominas, Sarobe, Yurrebaso, & Aguirrezábal, s.f*)
- **EL ESTROGENO.-** es responsable del desarrollo del sistema ductomamario. (*Gleicher, Buttino, Elkayam, Evans, Galbraith, & Sibai, 2000*).
- **LA PROGESTERONA.-** estimula el desarrollo alveololobulillar de 20mg/ml antes del embarazo a 200-300mg/ml hacia el termino del embarazo. (*Gleicher, Buttino, Elkayam, Evans, Galbraith, & Sibai, 2000*).
- **NÁUCEAS Y VOMITOS** (que durante los primeros meses de embarazo tienden a causar cierta aversion al uso de los materiales de higiene oral).

La prevalencia de gingivitis en las mujeres embarazadas, según las investigaciones realizadas reportan entre un 25 y 100% destacan que la gravedad se incrementa en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Asimismo se ha identificado que las mujeres con alteraciones gingivales tienen deficiencias en el nivel de higiene bucal y valores elevados de placa y cálculo, lo que podría estar relacionado con la condición social de la embarazada. (Ramirez, Martinez, & Salazar, 2001).

Otros estudios clínicos muestran una prevalencia que varía entre el 35 y el 100% de las embarazadas con gingivitis previa. (Loe & Silness, 1963).

Sin embargo, su incidencia es de tan sólo 0,03% en aquellas mujeres libres de placa al inicio del embarazo y con buenos hábitos de higiene oral durante el mismo. (Figueroa Ruiz, Prieto Prieto, & Basconez Martinez, 2006).

2.2.4 CAMBIOS Y NIVELES HORMONALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO.

Durante el embarazo se experimentan cambios de humor que tiene relación con los cambios hormonales.

Dentro de las hormonas relacionadas al embarazo tenemos a la hormona gonadotropina Coriónica humana (HCG) producida solo en el embarazo, esta hormona se encuentra durante las 10 primeras semanas. Los elementos involucrados en la disminución de esta hormona son los altos niveles de estrógeno y progesterona. (Campbell & Reece, 2007).

Los niveles de la HCG son:

Mujeres no embarazadas:	<5.0 mUI/ml
3 semanas	D1dc: 5-50 mUI/ml
4 semanas	D1dc: 5-426 mUI/ml
5 semanas	D1dc: 18-7340 mIU/ml
6 semanas	D1dc: 1080- 56500 mUI/ml
7-8 semanas	D1dc: 7650-229000 mIU/ml
9-12 semanas	D1dc: 25700-288000 mUI/ml
13-16 semanas	D1dc: 13300-254000 mUI/ml
17-24 semanas	D1dc: 4060-165400 mUI/ml
25-40 semanas	D1dc: 3640-117000 mUI/ml
Mujeres posmenopáusicas:	<9.5 mUI/ml.

(Proyecto Bebe, 2010-2016)

PROGESTERONA es la hormona más importante para el mantenimiento del embarazo. El 90% de esta hormona pasa a la sangre materna y el 10% restante a la sangre fetal. Los niveles de esta hormona aumentan progresivamente, alcanzando unas concentraciones diez veces superiores que las que se

encuentran durante la fase lútea del ciclo genital. La concentración en la 27 semana de gestación es de 25 mg/ml. (*Figuroa Ruiz , Prieto Prieto, & Basconez Martinez , Cambios hormonales Asociados al embarazo. Afeccion gingivo-periodontal., 2006*).

ESTRÓGENO producida por los ovarios son responsable de la placenta, de la aparición y mantenimiento de los caracteres sexuales primarios, sus niveles se incrementan 30 veces mayor en la fase lútea. (*Figuroa Ruiz , Prieto Prieto, & Basconez Martinez , Cambios hormonales Asociados al embarazo. Afeccion gingivo-periodontal., 2006*).

2.2.5 HIGIENE ORAL DURANTE EL EMBARAZO

El periodo de gestación es un aspecto especial en donde se incrementan las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. La dieta materna debe contribuir con nutrientes energéticos y no energéticos (vitaminas y minerales) en cantidades adecuadas para el desarrollo del futuro bebe y para conservar su metabolismo a lo largo del embarazo. Si es posible utilizar suplementos vitamicos. La magnificencia a determinados nutrientes en períodos críticos de la vida, así como la deficiencia o el exceso de alguno de ellos, puede comprometer el crecimiento y desarrollo fetal y establecer el riesgo a determinadas enfermedades en la vida adulta del infante. (*Lopez Rodriguez, Sanchez Mendez, Sánchez Martínez, & Calderay Dominguez, 2010*).

2.2.6 RIESGOS FARMACOLÓGICOS DEL EMPLEO DE MEDICAMENTOS EN ENFERMEDADES BUCODENTALES MÁS FRECUENTES DURANTE LA GESTACIÓN

El embarazo admite un período especial vista desde un sitio terapéutico tanto por la insistencia de la toma de fármacos durante dicho periodo como por las

secuelas que sus tomas pueden originar. Durante el embarazo se producen un sin número cambios fisiológicos y farmacocinéticas capaces de alterar tanto la eficacia como la seguridad de estos. La mayoría de los fármacos regularmente empleados traspasan la barrera placentaria logrando interferir el desarrollo embrionario. Es por esto que todo profesional tendría que conocer las alteraciones farmacocinéticas acontecidas en durante este periodo y los fármacos seguros o potencialmente teratogénicos para de esta manera efectuar una adecuada utilización en las diferentes patologías que pueden presentarse en la mujer embarazada. (*Orueta Sánchez & López Gil, 2011*).

2.2.7 COMPLICACIONES D ELA CAVIDAD ORAL DURANTE EL EMBARAZO

Según expresa (Reece & Hobbins, 2007)

“Muchas mujeres embarazadas empiezan el embarazo con un estado odontológico precario”. Todo esto puede generarse ya que estas mujeres nunca han pasado por una consulta odontológica, teniendo las piezas dentarias en mal estado, con caries y gingivitis ocasionada por una mala higiene oral. En esta clase de pacientes se debe indicar una higiene oral ordenada y una derivación a un odontólogo.

Estas son algunas de las complicaciones más que puedes afectar la boca durante el embarazo.

- Enfermedad ulcerosa péptica
- Obstrucción intestinal aguda
- Enfermedades inflamatorias intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Pancreatitis

2.2.8 MANEJO ODONTOLÓGICO DURANTE EL PERÍODO DE GESTACIÓN.

El embarazo no es una enfermedad por lo tanto no debe considerarse como tal, existen consideraciones especiales que se deben tomar en cuenta para el tratamiento dental de gestantes. . (Chavez & Fernandez, 2010)

El cuidado odontológica de la gestante empieza con la historia clínica, correctamente elaborada, asignando la edad gestacional, exploración, uso de rayos X, diagnóstico, detección de posibles focos de infección y plan de tratamiento, lo que llevara a la expulsión de los posibles focos infeccioso a través de la educación al paciente. (Chavez & Fernandez, 2010).

PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
Control de placa	Control de placa	Control de placa
Instrucciones de higiene oral	Instrucciones de higiene oral	Instrucciones de higiene oral
Profilaxis y curetaje simples	Profilaxis y curetaje simples	Profilaxis y curetaje simples
Tratamientos de emergencia solamente	Tratamiento dental de rutina	Tratamientos de emergencia solamente

Durante el PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN pueden aparecer los efectos dañinos sobre el feto. Por lo que se aconseja realizar el procedimiento dental en el segundo trimestre cuando se ha completado ya el proceso de organogénesis por lo cual el peligro de malformaciones disminuye. (Published, 2011)

El SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN es ideal para tratar lesiones de caries y enfermedad periodontal. Mantener y cuidar la posición de la gestante, los tratamientos deben realizarse en una sola cita y evitar restauraciones temporales. (Published, 2011).

Alrededor del TERCER TRIMESTRE DE GESTACION se evitarán los tratamientos por la incomodidad en el sillón dental, ya que se puede originar compresión de la vena cava inferior originada por la posición o situación de decúbito o en caso de una emergencia colocar a la paciente en posición decúbito lateral o elevar la cadera derecha unos 10-12 cm durante el tratamiento. (Published, 2011).



FIGURA 1.- Posiciones del sillón odontológico durante los periodos de gestación

2.2.9 ADMINISTRACION DE FARMACOS EN EL EMBARAZO

La Comunidad Europea (CE) y la Food And Drugs Administration (FDA) crearon clasificaciones de productos farmacológicos en el embarazo. (Fernandez García & Chávez Medrano, 2010)

(Figura 2 y 3).

Cuadro III. Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration (FDA).	
Categoría	Descripción
A	Sin riesgo fetal; seguridad comprobada del uso durante el embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo.

FIGURA 2.- Categoría Farmacológica de riesgo fetal según la FDA

Cuadro II. Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuesto por la European Community, Committee on Proprietary Medical Products.	
Categoría A	Este fármaco ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen efectos nocivos durante el curso del embarazo ni en la salud del feto o recién nacido.
Categoría B	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y la salud del feto y del neonato.
Categoría C	Este fármaco no aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daño por sus efectos farmacológicos que pueden alterar el curso del embarazo o lesionar al feto o al recién nacido.
Categoría D	Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y recién nacido.

FIGURA 3.- Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo.

La **categoría X** presenta evidencia positiva de un riesgo definido de anomalías fetales.

En el periodo fetal durante el segundo y tercer trimestres de gestación pueden originarse variaciones del desarrollo; la acción teratógeno es capaz de frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas. En esta

etapa son principalmente sensibles a lesiones o daños los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción. (Orueta Sanchez & Lopez Gil, 2011)

Los preparados empleados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales; de estos grupos farmacológicos existen medicamentos según su categoría, categoría A (CE); ningún antiinflamatorio aparece en esta lista. (Fernandez García & Chávez Medrano, 2010)

(Figura 4).

Cuadro IV. Lista de fármacos que de acuerdo a la indicación y dosis pueden ser usados con seguridad durante el embarazo (Committee of Proprietary Medical Products. European Community)	
Amfotericina B (tópica)	Eritromicina
Ampicilina	Fenoximetilpenicilina
Amoxicilina	Lidocaína
Bupivacaína	Lincomicina
Clorhexidina	Mepivacaína
Cefalosporinas	Nistatina (tópica)
Codeína	Paracetamol

FIGURA 4.- Fármacos indicados durante el embarazo

- **ANTIBIOTICOS**

SEGÚN LA FDA ACTUALMENTE SÓLO HAY ANTIBIÓTICOS de categorías B y C y los fármacos de la categoría B considerados seguros durante el embarazo. (Fernandez García & Chávez Medrano, 2010).

- **ANALGESICOS**

PARACETAMOL O ACETAMINOFENO (analgésico y antipirético de elección en el embarazo) la sobredosis materna puede dar alteraciones renales fetales y/o necrosis hepática. (Fernandez García & Chávez Medrano, 2010)

ÁCIDO ACETIL-SALICÍLICO: se ha asociado con la incidencia de fisuras bucales, muerte intrauterina, retardo de crecimiento e hipertensión pulmonar. (Fernandez García & Chávez Medrano, 2010).

- **ANESTÉSICOS LOCALES**

LA BUPIVACAÍNA, LA LIDOCAÍNA Y LA MEPIVACAÍNA no originan efectos desfavorables en el embarazo siempre que se los utilice en dosis adecuadas. LA LIDOCAINA Es el anestésico de elección en el caso de atención odontológica a las embarazadas que requiere tratamiento.

BUPIVACAÍNA: Tiene mínimo nivel plasmático en la sangre fetal por su unión a las proteínas plasmáticas de la sangre materna, por lo que el hígado fetal realiza un pequeño trabajo en metabolizar este agente. (Chavez & Fernandez, 2010)

La FDA nos dice que existen fármacos que utilizamos los dentistas con clasificación A (Figura 5).

Cuadro V. Categorías farmacológicas de riesgo fetal de antibióticos, según la FDA.	
Fármaco	Categoría
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Tetraciclinas	D
Eritromicina	B
Clindamicina	B
Metronidazol	B
Estreptomina	D
Trimetoprima-sulfametoxazol	C

FIGURA 5.- Fármacos de riesgo fetal según la FDA

2.2.10 DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Las radiografías odontológicas están suprimidas especialmente durante el primer trimestre debido al proceso de organogénesis que lo hace susceptible a la emisión radiológica. Sin embargo en caso de requerir un tratamiento estomatológico será indispensable su uso para un buen diagnóstico. La radiografía dental maneja una muy baja radiación en donde el profesional deberá proteger especialmente el cuello y abdomen de la gestante por medio del delantal de plomo. (Llodra Calvo, s.f).

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.3.1 ARTICULO

Art. 26.- La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008)

Art. 27.- La educación se centrará en el ser humano y garantizará su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; estimulará el sentido crítico, el arte y la cultura física, la iniciativa individual y comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar. La educación es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país

soberano, y constituye un eje estratégico para el desarrollo nacional. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008)

Art. 3.- Fines de la Educación Superior.- la educación superior de carácter humanista, cultural y científica constituyen un derecho de las personas y un bien público social que , de conformidad con la Constitución de la República, responderá al interés público y no estará al servicio de intereses individuales y corporativos. (Del Pozo Barrezueta Hugo Enrique, 2010).

Art. 4.- Derecho a la educación superior.- el derecho a la educación superior consiste en el ejercicio efectivo de la igualdad de oportunidades, en función de los meritos respectivos, a fin de acceder a una formación académica y profesional con producción de conocimiento pertinente y de excelencia.

Las ciudadanas y los ciudadanos en forma individual y colectiva, las comunidades, pueblos y nacionalidades tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo superior, a través de los mecanismos establecidos en la Constitución y esta Ley. (Del Pozo Barrezueta Hugo Enrique, 2010)

Según:

Art. 8.- Serán Fines de la Educación Superior.- la educación superior tendrá los siguientes fines:

- a) Aportar al desarrollo del pensamiento universal, al despliegue de la producción científica y a la promoción de la transferencias e innovaciones tecnológicas;
- b) Fortalecer en las y los estudiantes un espíritu reflexivo orientado al logro de la autonomía personal, en una marco de la libertad de pensamiento y de purismo ideológico;

- c) Contribuir al conocimiento, preservación y enriquecimiento de los saberes ancestrales y de la cultura nacional;
- d) Formar académicos y profesionales responsables, con conciencia ética y solidaria, capaces de contribuir al desarrollo de las instituciones de la República, a la vigencia del orden democrático, y a estimular la participación social;
- e) Aportar con el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo previsto en la Constitución y en el Plan Nacional del Desarrollo;
- f) Fomentar y ejecutar programas de investigación de carácter científico, tecnológico y pedagógico que coadyuven al mejoramiento y protección del ambiente y promuevan el desarrollo sustentable nacional;
- g) Constituir espacios para el fortalecimiento del Estado Constitucional, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico; y,
- h) Contribuir en el desarrollo local y nacional de manera permanente, a través del trabajo comunitario o extensión universitaria. (Del Pozo Barrezueta Hugo Enrique, 2010)

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008)

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008)

2.4 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **CARIES DENTAL** es una infección bacteriana que lesiona la estructura de los dientes. (P. Langlais, Craig S, & Nield Gehring, 2009)
Además constituye uno de los principales problemas que afectan a las embarazadas.
- **INFLAMACIÓN GINGIVAL** es la afectación bucal asociada al embarazo más frecuente. Está presente en aproximadamente entre un 60% y un 75% de las mujeres en este periodo. (Higienistas vitis, 2012).
- **GINGIVITIS DEL EMBARAZO:** son alteraciones inflamatorias de la encía que se identifica como gingivitis hormonal, que en ausencia de tratamiento puede progresar a periodontitis, ocasionando la pérdida de la pieza dentaria. (Corozo, Miqueri, Esquivel, Vera, & Larrosa, 2006).
- **LA GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA** es una inflamación de la encía debida a la localización de bacterias en el margen gingival, y que posteriormente se puede extender a toda la unidad gingival (Basconez Martiez & Figueroa Ruiz, 2005).

- **GINGIVITIS.-** La gingivitis del embarazo presente en el 70% de las embarazadas, se considera un cuadro inflamatorio gingival condicionado por la interacción entre el significativo aumento de los niveles plasmáticos de hormonas y la presencia de un irritante local, como es la placa bacteriana. No suele producirse en ausencia de placa bacteriana. Es decir que el embarazo en si no produce esta lesión. *(Echeverria Garcia, Segura Guerrero, & Fernandez Bullon, 2005).*

- **PERIODONTITIS.-** Es una lesión inflamatoria que afecta a todos los componentes del periodonto, el proceso destructivo da lugar a la migración apical del epitelio de inserción del periodonto y a la afectación de los tejidos periodontales profundos: el cemento radicular queda expuesto y tanto el ligamento periodontal como hueso alveolar que rodeaban a la superficie expuesta se destruyen. *(Echeverria Garcia, Segura Guerrero, & Fernandez Bullon, 2005).*

- **EDENTULO.-** sin dientes, con ausencia de todos los dientes.

- **CÁLCULO DENTAL.-** El sarro dental a veces denominado cálculo o tártaro dental, es la placa bacteriana que se ha endurecido sobre sus dientes.

- **ACIDOSIS.-** aumento de la acidez en líquidos y tejidos del cuerpo.

- **ACTH.-** (hormona adrenocorticotropa), hormona ACTH.

- **CONTROL PRENATAL.-** conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. (*Escuela.med, s.f*).

- **CÁLCULO DENTAL.-** El sarro dental a veces denominado cálculo o tártaro dental, es la placa bacteriana que se ha endurecido sobre sus dientes. (Colgate centro de cuidado bucal, s.f)

- **ACIDOSIS.-** aumento de la acidez en líquidos y tejidos del cuerpo. (*ProZ.com, s.f*)

- **REABSORCION.-** la pérdida de sustancia de cualquier tejido mineralizado, mediada por sistemas celulares y humorales propios. (*Del Nero Viera, 2005*).

- **FACTOR DE RIESGO.-** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (*Semana Mundial de la Inmunizacion, 2016*).

- **FDA.-** La FDA (Food and Drug Administration: Agencia de Alimentos y Medicamentos o Agencia de Drogas y Alimentos) es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación

de alimentos (tanto para personas como para animales), medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y derivados sanguíneos.

- **RED CONE.-** normas para el cuidado obstétrico y neonatal esencial.

- **HIPÓTESIS.-** Suposición hecha a partir de unos datos que sirve de base para iniciar una investigación o una argumentación.

- **HABITO.-** Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático

- **PLACA BACTERIANA.-** La placa bacteriana es una película incolora y pegajosa que se genera y deposita en las superficies de la boca, como los dientes o las encías.

- **ENCÍA:** Porción de color rojo de la mucosa bucal profundamente modificada que cubre los arcos dentarios y que se encuentra fuertemente adherida a los maxilares y a los dientes. (*Doctissimo, s.f*).

- **CURETAJE DENTAL.-** o raspado y alisado radicular es un tratamiento de eliminación de la placa bacteriana o sarro supra y subgingival (que se encuentra debajo de las encías) y sirve para tratar la periodontitis. Es por lo tanto un tratamiento empleado por el periodoncistas para limpieza profunda

de las encías devolviendo la salud a las encías, detener la pérdida de hueso y detener las consecuencias de la enfermedad periodontal.

- **SERIADA RADIOGRÁFICA.-** es una parte útil, imprescindible y obligatoria en el diagnóstico periodontal y está constituida por un total de 18 radiografías que se deben actualizar al menos una vez al año. (*Propdental, s.f.*)
- **PREVENCIÓN.-** Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.
- **GESTACION.-** Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (*Doctissimo, s.f.*)

2.5 HIPOTESIS Y VARIABLE

Los cambios hormonales en el embarazo no constituyen un factor determinante del edentulismo en gestantes, más bien está directamente relacionado con las condiciones de falta de higiene que presentan las gestantes debido a situaciones propias durante el periodo de embarazo.

2.5.1 DECLARACION DE VARIABLES

Las unidades de observación para el edentulismo den el embarazo que utilizaremos serán: los factores predisponentes para la prevalencia de la pérdida dental.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Edentulismo

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Condiciones del embarazo

Edad

2.5.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

	DEFINICION	DIMENSIONES O CATEGORIAS	INDICADORES	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE				
	Edentulismo			Ordinal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
	Genero	Mujer	Mujeres	Nominal
	Nivel Social	Media	Referencia del paciente	Nominal
		Baja		
	Dientes	Centrales	Afección Dentaria	Nominal
		Laterales		
		Caninos		
		Premolares		
		Molares		
	Edad	25 a 39	Años Específicos	Nominal
	Enfermedades	Gingivitis	Enfermedades Bucales	Nominal
		Periodontitis		

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

El presente proceso investigativo está diseñado, mediante una investigación cuantitativa la misma que reconoce hechos, procesos en su totalidad, con un tipo de investigación basada en un estudio descriptivo el cual registra, analiza e interpreta las condiciones existentes en el momento determinado todo esto mediante la recolección o recopilación de datos apoyados en historia clínica de las pacientes y encuestas a cada una de ellas donde indican la cantidad de piezas perdidas por cada embarazo y el número de piezas perdidas en cada periodo de gestación, así como también el padecimiento de enfermedades buco dentarias asociadas a esta pérdida dental a las mujeres gestantes que acudieron a la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil durante los meses de enero a marzo del 2016.

RECURSOS EMPLEADOS

Esta investigación fue desarrollada utilizando el método de la encuesta de tipo cuestionario para lo cual se utilizó los siguientes recursos:

RECURSOS MATERIALES

- Fichas de encuestas
- Lapiceros
- Computadora
- Impresiones
- Encuadernación
- Anillados

3.2 POBLACION Y MUESTRA

Constituida por un infinito de 150 mujeres gestantes que asistieron a la atención odontológica del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil durante los meses de enero a marzo del 2016.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Se incluyeron en esta publicación a 150 mujeres embarazadas que concurrieron a consulta odontológica del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil durante los meses de enero a marzo del 2016.
- Se requirió disposición para realizar el estudio
- Mujeres gestantes de entre 25 a 39 años de edad

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Madres o mujeres gestantes atendidas odontológicamente fuera del periodo de enero a marzo del 2016.
- Madres no gestantes que se realizaron una atención odontológica durante el periodo de enero a marzo del 2016.
- Mujeres gestantes de menos o mayor edad requerida
- Falta de disposición para realizar la investigación.

RECONOCIMIENTO DEL LUGAR DE ESTUDIO

El área decretada para la realización de la investigación fue en la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, en el área de consulta externa ubicada en las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo.

3.3 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

Los métodos utilizados para el avance de la investigación corresponden a un método Inductivo-Deductivo:

- **HISTORIA CLINICA**

Esta permitió obtener información específica, sobre la salud oral y los cambios que se experimentan durante el proceso de gestación en las madres que acuden a controles odontológicos prenatales, la misma que fue aportada por el área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil.

- **HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La misma que registra cada uno de los antecedentes relevantes para el desarrollo de esta investigación.

▪ ENCUESTAS

La información investigativa contenida en la hoja de encuesta fue atestada de forma personal por cada una de los encuestadas embarazadas que asistieron al área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil durante el periodo de enero a marzo del 2016.

OBTENCION DE LA INFORMACION

Antes de la recolección de datos se realizan las siguientes gestiones administrativas.

- Solicitud de autorización dirigida al Decano de la Facultad para realizar la investigación.
- Autorización y consentimiento respectivo de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil para realizar la investigación en el área de consulta externa.
- Reconocimiento del departamento odontológico del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor.
- Revisión de las Historias Clínicas de las gestantes que recibieron atención odontológica en la Maternidad Enrique Sotomayor durante el periodo de enero a marzo del 2016.
- Selección y recopilación de la información mediante las Historias Clínicas.
- Determinar el estado de Salud Bucal mediante el desarrollo de las encuestas a las madres gestantes.

La información recopilada de esta investigación se utilizara para efecto únicamente del desarrollo del trabajo de titulación.

Para determinar la prevalencia del edentulismo generado durante el embarazo se utilizó el método de encuestas el cual hace referencia a la prevalencia de enfermedades bucales causantes de la pérdida dental.

3.4 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

- Con la recolección de los datos generados por las Historias Clínicas de todas las mujeres gestantes atendidas en el departamento odontológico de la maternidad de Guayaquil durante el periodo de enero a marzo del presente año se procedió a ordenar en valores numéricos y porcentuales.

- Finalizado el periodo de recolección de datos y de selección de los mismos se procedió a fijar las operaciones para la programación y tabulación de la encuesta así como también para el cálculo, clasificación y ordenación de la encuesta en tablas, cuadros y gráficos personificados gráficamente.

- Durante la obtención de datos se encuestó a 150 gestantes en forma circunstancial, lo cual me ayudo a almacenar información acerca de su cuidado buco dental.

- Recolectados los datos, se procedió al análisis de los resultados mediante estadística descriptiva obteniéndose frecuencias y porcentajes.

3.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

Toda la investigación fue contenida en Excel, por lo cual la tabulación de datos fue creada mediante cuadros y pasteles los mismos que representan números y porcentajes.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

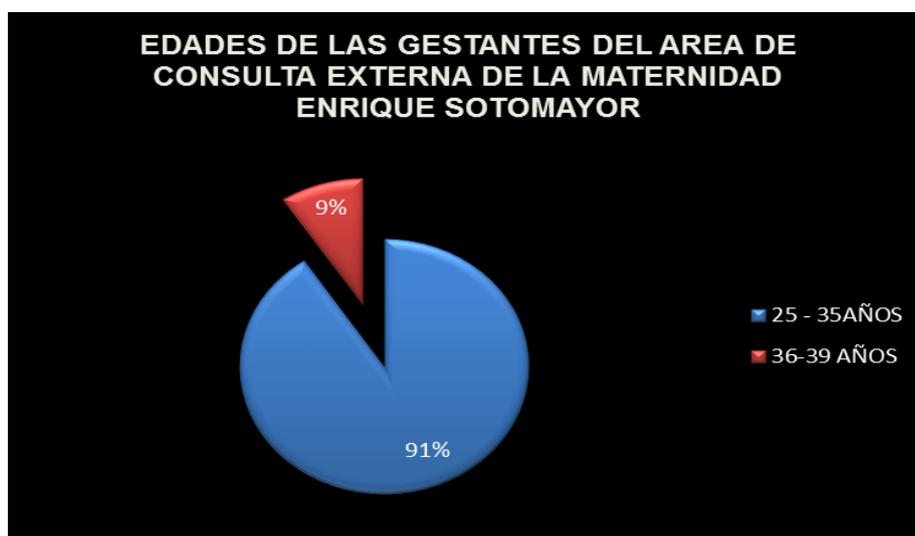
TABLA N°. 1 EDADES DE LAS GESTANTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR

EDADES DE LAS GESTANTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR		
	NUMERO	PORCENTAJE
25 - 35AÑOS	136	9%
36-39 AÑOS	14	91%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N°. 1



ANÁLISIS

Del total de las mujeres gestantes que recibieron atención odontológica el 91% se encuentran entre los 25 a 35 años y el 9% entre los 36 a 30 años.

TABLA N°. 2 EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO		
	NUMERO	PORCENTAJE
25 - 35AÑOS	157	98%
36-39 AÑOS	3	2%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 2



ANÁLISIS

La edad prevalente que registran las gestantes del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor en haber tenido su primer embarazo se encuentran en un 98% entre los 25 a 35 años y en un 2% entre los 36 a 30 años.

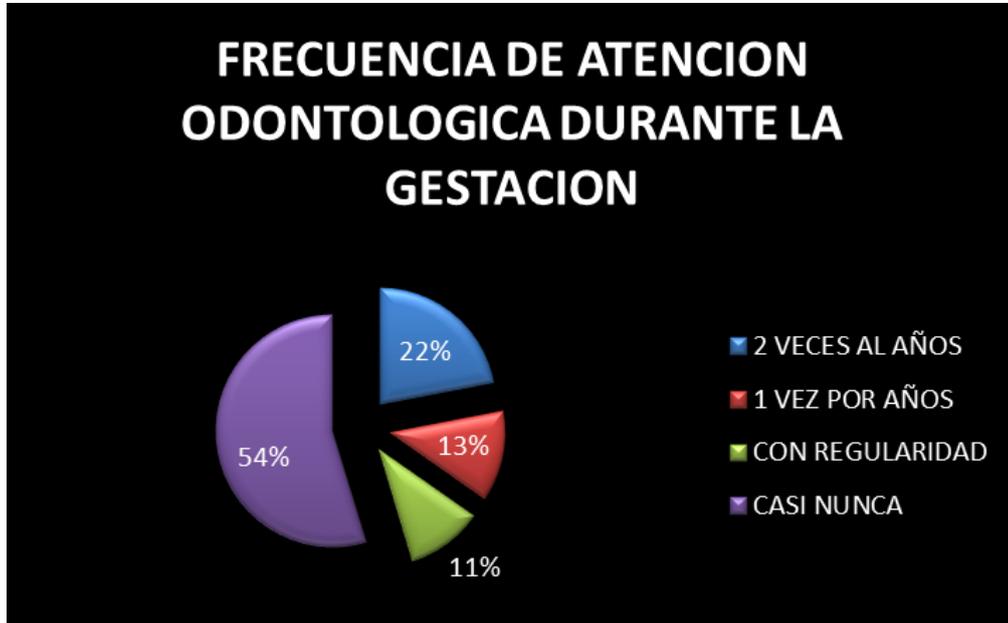
TABLA N° 3 FRECUENCIA DE ATNCION ODONTOLOGICA DURANTE LA GESTACION

FRECUENCIA DE ATNCION ODONTOLOGICA DURANTE LA GESTACION		
	NUMERO	PORCENTAJE
2 VECES AL AÑOS	33	22%
1 VEZ POR AÑOS	19	13%
CON REGULARIDAD	16	11%
CASI NUNCA	82	54%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 3



ANÁLISIS

El 22% de las mujeres gestantes acuden a visitas odontológicas dos veces al año, el 13% una vez por año, el 11% con regularidad y el 54% afirma que casi nunca acuden a una consulta odontológica.

TABLA N° 4 FRECUENCIA DIARIA DE CEPILLADO DENTAL

FRECUENCIA DIARIA DE CEPILLADO DENTAL		
	NUMERO	PORCENTAJE
UNA VECES AL DIA	136	91%
DOS VECES AL DIA	11	7%
TRES VECES AL DIA	2	1%
NO LO REALIZA	1	1%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 4



ANÁLISIS

El 91% de las gestantes realiza el cepillado dental 1 vece al día el 7% dos veces al dia el 1% dos veces al dia y el restante 1% refiere que no realiza por ningún motivo el cepillado porque le produce malestar.

TABLA N° 5 CREE USTED QUE EL EMBARAZO ORIGINA LA PERDIDA DENTAL

CREE USTED QUE EL EMBARAZO ORIGINA LA PERDIDA DENTAL		
	NUMERO	PORCENTAJE
SI	112	75%
NO	38	25%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 5



ANÁLISIS

El 75% de las mujeres gestantes afirma como cierta la pérdida dental durante el embarazo y el 25% que no es cierta.

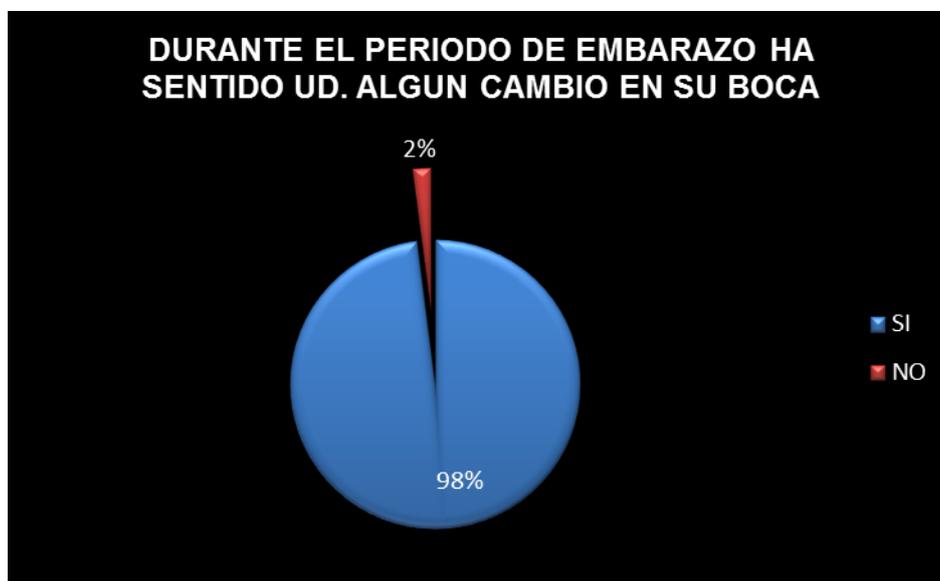
TABLA N° 6 DURANTE EL PERIODO DE EMBARAZO HA SENTIDO UD. ALGUN CAMBIO EN SU BOCA

DURANTE EL PERIODO DE EMBARAZO HA SENTIDO UD. ALGUN CAMBIO EN SU BOCA		
	NUMERO	PORCENTAJE
SI	147	98%
NO	3	2%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 6



ANÁLISIS

El 98% de las gestantes afirma haber presentado cambio bucal durante el periodo de gestación y solo un 2% afirma no haber sentido ningún cambio.

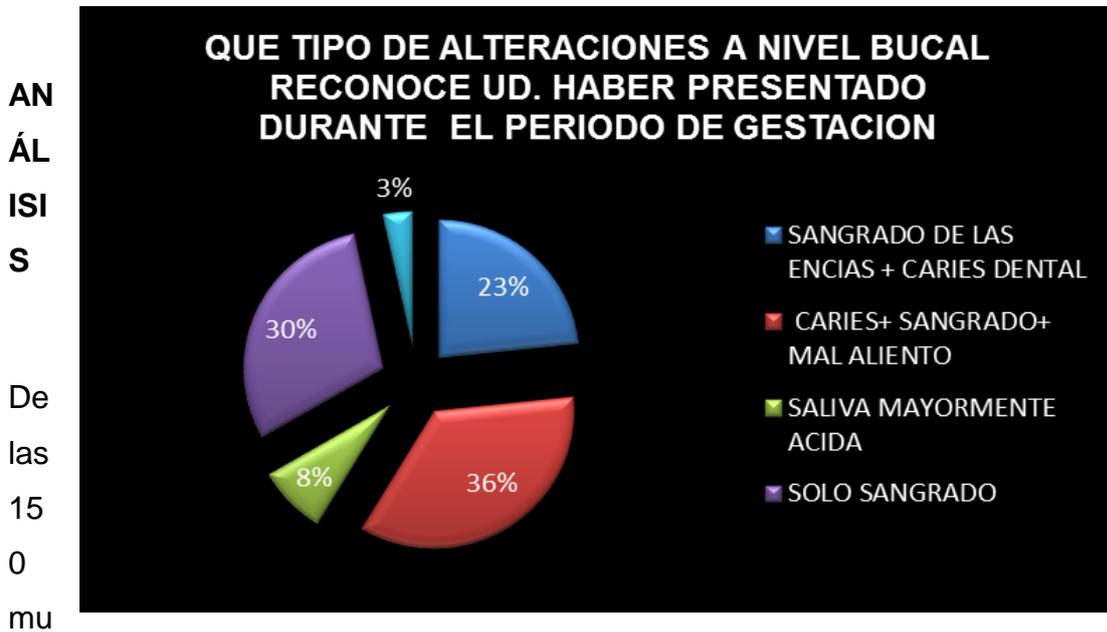
TABLA N° 7 QUE TIPO DE ALTERACIONES A NIVEL BUCAL RECONOCE UD. HABER PRESENTADO DURANTE EL PERIODO DE GESTACION

QUE TIPO DE ALTERACIONES A NIVEL BUCAL RECONOCE UD. HABER PRESENTADO DURANTE EL PERIODO DE GESTACION		
	NUMERO	PORCENTAJE
SANGRADO DE LAS ENCIAS + CARIES DENTAL	35	23%
CARIES+ SANGRADO+ MAL ALIENTO	53	36%
SALIVA MAYORMENTE ACIDA	12	8%
SOLO SANGRADO	45	30%
LEVE MOVILIDAD DENTARIA	5	3%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 7



eres gestantes un 23% afirma haber presentado sangrado más caries dental, un 36% nos dice que presento caries, mal aliento y sangrado dental, un 8% solo presento una sensación de saliva acida , un 30% solo sangrado gingival y un 3% una leve movilidad dentaria

TABLA N° 8 DURANTE EL EMBARAZO SUFRIO UD ALGUNAS DE ESTAS ENFERNEADES BUCALES

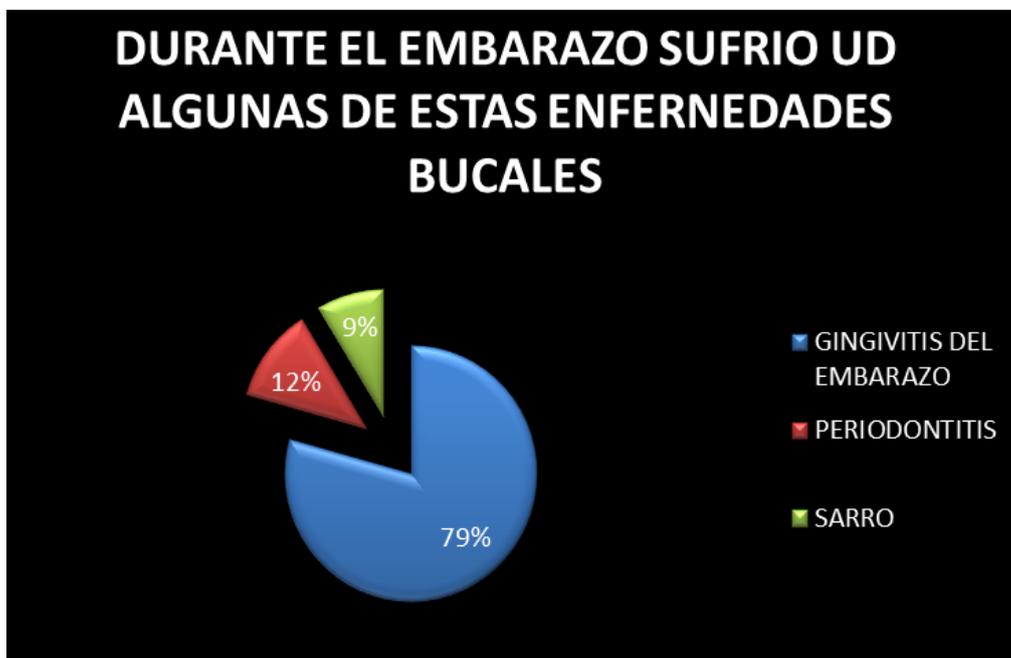
DURANTE EL EMBARAZO SUFRIO UD ALGUNAS DE ESTAS
ENFERNEADES BUCALES

	NUMERO	PORCENTAJE
GINGIVITIS DEL EMBARAZO	119	79%
PERIODONTITIS	18	12%
SARRO	13	9%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 8



ANÁLISIS

El 79% de las mujeres gestantes que acudieron al control odontológico del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor presentaron gingivitis del embarazo un 12% un grado de enfermedad periodontal y un 9% sarro dental.

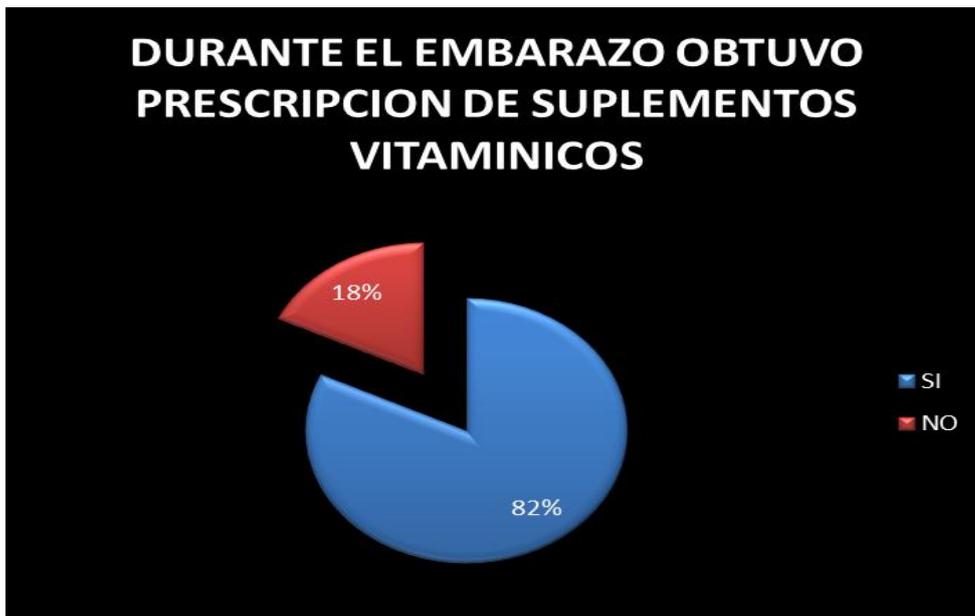
TABLA N° 9 DURANTE EL EMBARAZO OBTUVO PRESCRIPCION DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS

DURANTE EL EMBARAZO OBTUVO PRESCRIPCION DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS		
	NUMERO	PORCENTAJE
SI	123	82%
NO	27	18%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 9



ANÁLISIS

De las gestantes atendidas en el área de odontología de la Maternidad Enrique Sotomayor el 82% afirmó recibir un suplemento vitamínico, mientras que el 18% afirmó no haber recibido ningún suplemento.

TABLA N° 10 DURANTE QUE TRIMESTRE DEL EMBARAZO SE TUVO MAYOR PERDIDA DENTAL

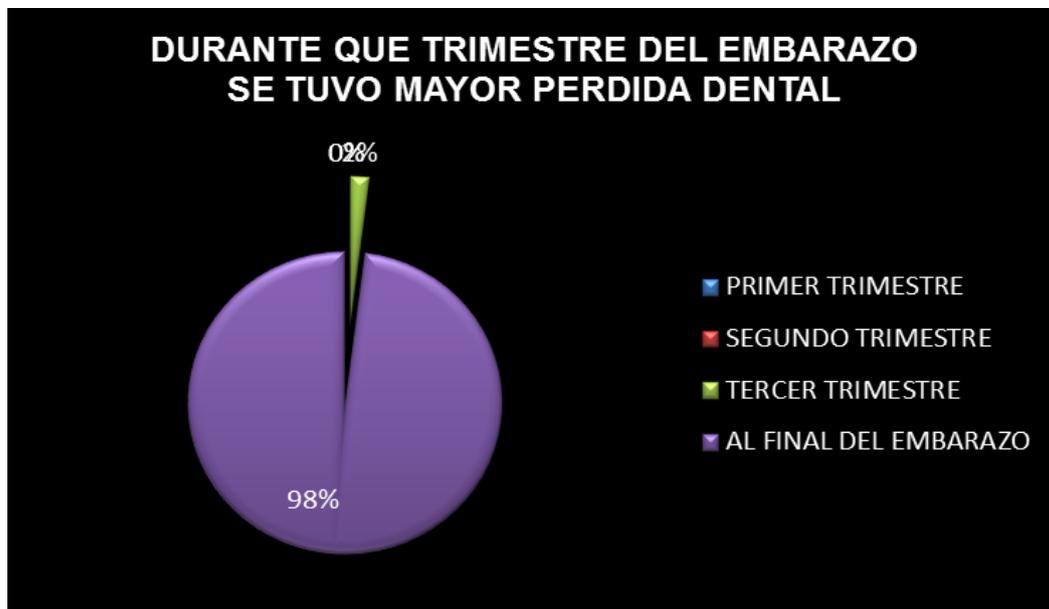
DURANTE QUE TRIMESTRE DEL EMBARAZO SE TUVO MAYOR PERDIDA DENTAL

	NUMERO	PORCENTAJE
PRIMER TRIMESTRE	0	0%
SEGUNDO TRIMESTRE	0	0%
TERCER TRIMESTRE	3	2%
AL FINAL DEL EMBARAZO	147	98%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 10



ANÁLISIS

El 1% de las gestantes afirma haber presentado pérdida dental durante el tercer trimestre de gestación mientras que el 98% dice que la pérdida se produjo una vez finalizado el embarazo.

TABLA N° 11 CUANTAS PIEZAS DENTARIAS PERDIO USTED DURANTE SUS EMBARAZOS

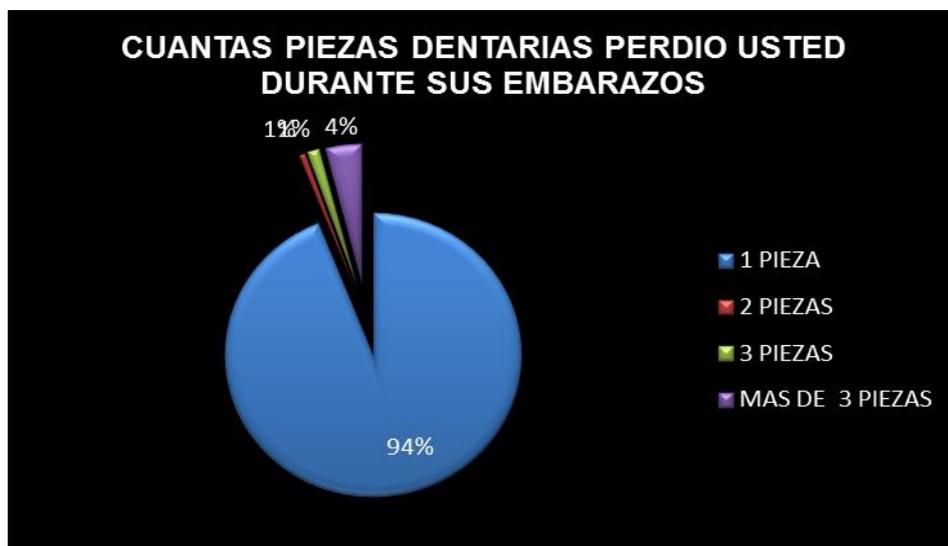
PIEZAS DENTARIAS PERDIDAS DESPUES DE SUS EMBARAZOS		
	NUMERO	PORCENTAJE
1 PIEZA	141	94%
2 PIEZAS	1	1%
3 PIEZAS	2	1%
MAS DE 3 PIEZAS	6	4%
TOTAL	150	100%

FUENTE:

Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 11



ANÁLISIS

El 94% de las gestantes afirma haber perdido 1 piza dentaria el 1% de las gestantes 2 piezas, el otro 1% de las gestantes afirma que perdió 3 piezas mientras que el 4% de las gestantes afirma la pérdida dental de más de 3 piezas dentarias

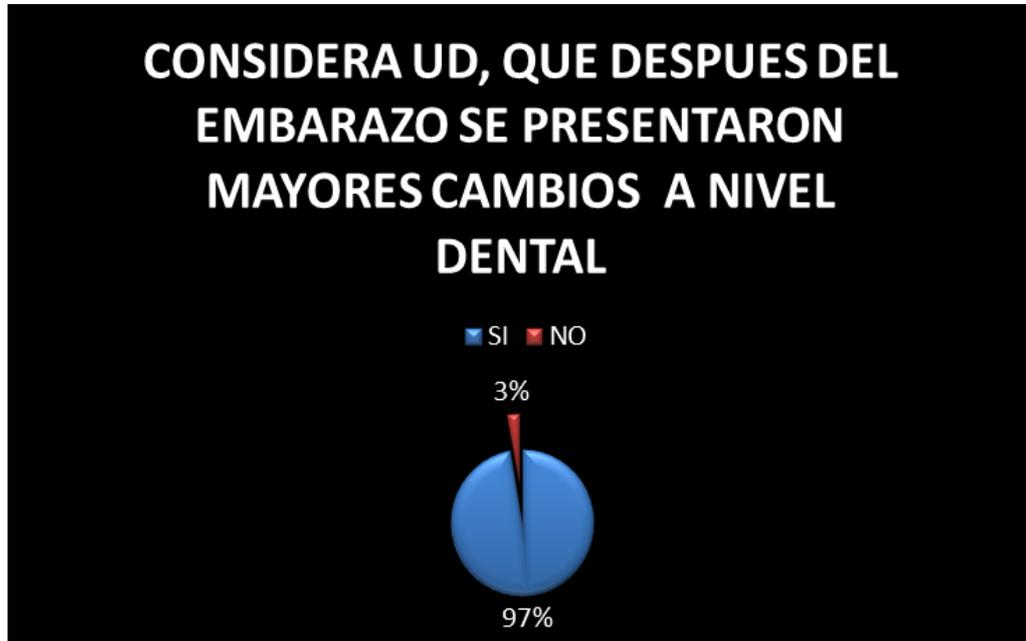
TABLA N° 12 CONSIDERA UD, QUE DESPUES DEL EMBARAZO SE PRESENTARON MAYORES CAMBIOS A NIVEL DENTAL

CONSIDERA UD, QUE DESPUES DEL EMBARAZO SE PRESENTARON MAYORES CAMBIOS A NIVEL DENTAL		
	NUMERO	PORCENTAJE
SI	146	97%
NO	4	3%
TOTAL	150	100%

FUENTE: Propia de la investigación

AUTOR: Andrea Pérez Acosta

GRAFICO N° 12



ANÁLISIS

El 97% de las gestantes afirma haber presentado cambios dentales después del embarazo solo un 3% dice lo contrario.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Esta investigación realizada en el departamento de odontología del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor fue realizada mediante encuestas y un análisis de las historias clínicas de 150 mujeres gestantes de entre 25 a 39 años de edad (TABLA N° 1) correspondientes al periodo de enero a marzo del 2016.

Las edades de las gestantes son determinantes para valorar su cuidado e higiene dental durante cada uno de sus embarazos ya que se registra un 98% de embarazadas de entre 25-35 años y un 2% de entre 36-39 años (TABLA N° 2). Todas ellas creen que por presentar menos edad son menos propensas de padecer enfermedades periodontales.

El resultado de este trabajo investigativo sugirió que el embarazo por sí solo no demuestra ser el factor determinante para que se genere el edentulismo durante esta etapa, pero si está relacionado a una baja frecuencia de visitas al odontólogo

las mismas que indican un 54% de gestantes que casi nunca asisten al odontólogo, además de otros factores como la baja frecuencia del cepillado dental que se produce durante el embarazo debido a los diversos malestares que este puede provocar (nauseas, vómitos), se registrando un 91% las gestantes solo realizan el cepillado una vez al día creando de esta manera un ambiente propicio para el acumulo y proliferación de bacterias que ocasionan alteraciones a nivel gingival (TABLA N° 3-4) .Sin mencionar las creencias TABLA N° 5) que tiene cada mujer que hacen que su cuidado bucal sea deficiente originando cambios bucales que ayudan desarrollo de enfermedades gingivales de carácter no invasivo como la gingivitis propia en este periodo, pero todo esto se genera debido a una originando de esta manera enfermedades que afectan las encías originando sangrado abundante que alteran la cavidad bucal de la gestante (TABLA N° 6-7).

El sangrado gingival, la falta de frecuencia del cepillado, y la casi nunca visita al odontólogo registrada en un 54% , determinan el desarrollo de caries dental y mal aliento en un 36% de las embarazadas (TABLA N° 8).

La mayor frecuencia de piezas dentales pérdidas registradas en esta investigación no se encuentra dentro de los periodos de gestación sino más bien al finalizar el embarazo con un 98% (TABLA N° 9). Y así también lo demuestra la (TABLA N°10) con una pérdida dental de por lo menos 1 pieza después del embarazo registrada en un 94%.

Además de la falta de suplemento vitamínico durante el embarazo que hacen que la mujer gestante pierda nutrientes esenciales para ella y para el desarrollo del nuevo ser. Todo esto hace que más susceptible a la mujer frente a las diversas enfermedades oportunistas.

Con todo los datos de los estudio realizado a través de las encuesta y las historias clínicas de cada paciente se obtiene como resultado final que la prevalencia del edentulismo generado durante el embarazo está relacionada a la mala higiene, a los diferentes hábitos que se crean u originan, a los mitos o creencias, a la falta de cultura y de amor propio hacia nuestro cuerpo que causan las diferentes alteraciones o patologías durante la etapa de gestación en cada mujeres que si no es cuidada, vigilada y tratada a tiempo lleva a la perdida prematura de las piezas dentales a cualquier edad de vida de una persona sin necesidad de estar embarazadas.

4.2 DISCUSIÓN

Mediante este trabajo investigativo se pudo reconocer que la prevalencia del edentulismo generado en el embarazo no está relacionado con las etapas de gestación, sino más bien a la falta de higiene, a malos hábitos, a ciertas creencias que hacen que la gestante pierda sus costumbres del buen aseo bucal, demostrando esta prevalencia de pérdida dental después del embarazo debido a factores que se han aumentado o incrementado durante el embarazo que se generan por no haber tenido una correcta higiene oral y las visitas tan necesarias al odontólogo.

4.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3.1 CONCLUSIONES

La etapa de gestación como tal no parece ser una causa de principal riesgo para el aumento de la prevalencia del edentulismo, al parecer las complicaciones generadas que se han podido demostrar mediante esta investigación están basadas en la falta de interés propio hacia el cuidado de la cavidad oral durante el embarazo debido a las molestias que suele causar el uso del cepillo dental, así como también todas los mitos o creencias que se han generado durante años acerca del embarazo y el cuidado dental que hacen que las mujeres pierdan el interés en su boca y más aún crean que las visitas al odontólogo son perjudiciales para el ser en desarrollo agravando los problemas bucales, causando un incremento mucho mayores del daño que no solo termina afectando su dentadura sino también su seguridad como mujeres debido a que está perdida prematura en la mayoría de las personas genera baja autoestima del ser humano.

La prevalencia de esta pérdida dental se encuentra orientada hacia la etapa final de embarazo es decir, después del alumbramiento en donde ocurre un mayor descuido bucal y que a pesar de presentir ciertos cambios no adecuados o propios de la boca como esa registrados en esta investigación en un 97% la mujer es incapaz de acudir a un chequeo odontológico, debido a que los intereses cambian ya no es la madre el centro de atención sino el nuevo ser.

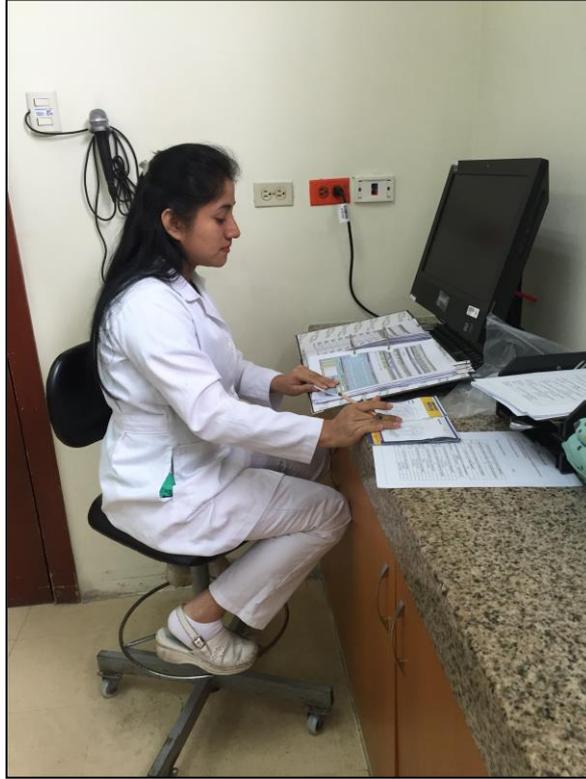
Otro factor que origina la perdida dental prematura es la falta de conocimiento acerca de la atención prenatal odontológica que tiene la mayoría de servicios médicos lo que implica una afección directa sobre la madre y el niño en crecimiento.

Según lo observado en el departamento odontológico del área de consulta externa de la Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil es la falta de enseñanza en el cuidado bucal durante el periodo de embarazo por parte de algunos médicos o más bien la falta de control durante todo el periodo gestacional, ya que según las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador estas deben comprender un mínimo de cinco chequeos por parte del profesional de salud calificado durante el período del embarazo de bajo riesgo.

4.3.2 RECOMENDACIONES

- Hacer uso del cepillo dental tres veces al día así como también sus complementos de higiene oral tales como: hilo dental como norma de prevención de caries, enjuagues bucales.
- Manejar la información de la Historia clínica de una forma segura y responsable ya que es uno de los ejes importantes en la atención primaria de salud.
- Tener presente que la alimentación es otro factor significativo para la limitación y la aparición de enfermedades oportunistas.
- Demandar el desempeño por parte de los profesionales frente a los requisitos creados en la Regla materno-neonatal, y en caso de existir delito realizar los ajustes legales necesarios.
- Enseñar, instruir a las madres en periodo de gestación desde su primera visita al odontólogo acerca del cuidado que deben ejercer en su buena higiene oral para que de esta manera entienda y tomen conciencia, en ellas explicándole sobre los mitos generados durante el embarazo , garantizando de esta manera la confianza en la asistencia odontológica de forma regular asegurando su buen funcionamiento bucal y el de su bebe

ANEXOS





ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO M F		NÚMERO DE HOJA		HISTORIA CLÍNICA	
MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA				
1 MOTIVO DE CONSULTA										ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE	
2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, FRECUENCIA, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.											
3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES											
1. ALERGIA ANTERIORES	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMOFILIAS	4. VIRSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO		
4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES										NO APLICA	
FRECUENCIA ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA BUCA 'C'	TEMPERATURA AXILAR 'C'	PESO	TALLA					
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO										DESCRIBIR LA FIOTOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO	
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PESO	8. CARILLOS				
9. GLANDULAS SALIVALES	10. OROFARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS								
6 ODONTOGRAMA											
SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA Caries O Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. U Prótesis total □ Sellante * Extracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0											
Usar color ROJO para Patología actual. AZUL para tratamientos odontológicos realizados.											
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL										CARIES	
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENF. PERIODONTAL			MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS					LEVE			ÁNGULO I		LEVE	
10 17 24 31 48					MODERADA			ÁNGULO II		MODERADA	
11 21 28 35 42					SEVERA			ÁNGULO III		SEVERA	
16 23 30 37 44											
21 28 35 42											
26 33 40 47											
31 38 45											
36 43											
41 48											
TOTAL											
										D C P O TOTAL	
										d c e o TOTAL	

“EDENTULISMO EN EL EMBARAZO”

ENCUESTA

El cuestionario presentado, responde a objeto de investigación de mucho valor sobre la salud oral de la mujer embarazada

De antemano agradezco su colaboración

NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS

EDAD:

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	
25-35	
36-39	

FRECUENCIA DE ATNCION ODONTOLOGICA DURANTE LA GESTACION	
2 VECES AL AÑOS	
1 VEZ POR AÑOS	
CON REGULARIDAD	
CASI NUNCA	

FRECUENCIA DIARIA DE CEPILLADO DENTAL	
UNA VECES AL DIA	
DOS VECES AL DIA	
TRES VECES AL DIA	
NO LO REALIZA	

CREE USTED QUE EL EMBARAZO ORIGINA LA PERDIDA DENTAL	
SI	
NO	

DURANTE EL PERIODO DE EMBARAZO HA SENTIDO UD. ALGUN CAMBIO EN SU BOCA	
SI	
NO	

QUE TIPO DE ALTERACIONES A NIVEL BUCAL RECONOCE UD. HABER PRESENTADO DURANTE EL PERIODO DE GESTACION	
SANGRADO DE LAS ENCIAS + CARIES DENTAL	
CARIES+ SANGRADO+ MAL ALIENTO	
SALIVA MAYORMENTE ACIDA	
SOLO SANGRADO	
LEVE MOVILIDAD DENTARIA	

DURANTE EL EMBARAZO SUFRIO UD ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES BUCALES	
GINGIVITIS DEL EMBARAZO	
PERIODONTITIS	
SARRO	

DURANTE EL EMBARAZO OBTUVO PRESCRIPCION DE SUPLEMENTOS VITAMINICOS	
SI	
NO	

DURANTE QUE TRIMESTRE DEL EMBARAZO SE TUVO MAYOR PERDIDA DENTAL	
PRIMER TRIMESTRE	
SEGUNDO TRIMESTRE	
TERCER TRIMESTRE	
AL FINAL DEL EMBARAZO	

PIEZAS DENTARIAS PERDIDAS DESPUES DE SUS EMBARAZOS	
1 PIEZA	
2 PIEZAS	
3 PIEZAS	
MAS DE 3 PIEZAS	

CONSIDERA UD, QUE DESPUES DEL EMBARAZO SE PRESENTARON MAYORES CAMBIOS A NIVEL DENTAL	
SI	
NO	



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

16 MAR 2016
BOLSA 4982
SECRETARIA DE EDUCACION

GUAYAQUIL, 15 DE MARZO DEL 2016

Doctor
MARIO ORTIZ SAN MARTIN
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo ANDREA STEFANIA PEREZ ACOSTA con C.I 0927862904 ante usted muy respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera de ODONTOLOGIA en la Universidad de Guayaquil, solicito se me conceda el permiso para realizar mi trabajo investigativo con el tema EDENTULISMO EN EL EMBARAZO en la Maternidad Enrique Sotomayor, área de consulta externa a 150 mujeres en periodo de gestación, al año correspondiente 2016 mediante una encuesta e Historia Clínica que servirán para la obtención de mi título profesional.

POR LO EXPUESTO
Quedo totalmente agradecida.

Atentamente

DE CADA UNO DE LOS
MIS DEPARTAMENTOS
LA COORDINADORA
MILY FERRER SOTOMAYOR
C.I. 0927862904
MAYO 2016

DR. MARIO ORTIZ SAN MARTIN
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

ANDREA STEFANIA PEREZ ACOSTA
C.I 0927862904

TUTOR
Od. Juan Carlos Suarez Esp.

M. H.
Dr. Ortiz
por falta de presupuesto



GUAYAQUIL, 15 DE MARZO DEL 2016

Doctor
JORGE DAHER NADER
SUB-DIRECTOR TÉCNICO I DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo **ANDREA STEFANIA PEREZ ACOSTA** con C.I **0927862904** ante usted muy respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo egresada de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, solicito se me conceda el permiso para realizar mi trabajo investigativo con el tema "EDENTULISMO EN EL EMBARAZO" en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor, áreas de consulta externa a 150 mujeres en periodo de gestación, correspondientes a los meses enero, febrero y marzo del 2016 mediante una encuesta e Historia Clínica que servirán para la obtención de mi título profesional.

POR LO EXPUESTO:

Quedo totalmente agradecida.

Atentamente:

DR. JORGE DAHER NADER
SUB-DIRECTOR TÉCNICO I DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Basconez Martiez, A., & Figueroa Ruiz, E. (2005). Las Enfermedades Periodontales como infecciones bacterians. *Scielo*, 150.
2. Bonilla Coronado, A. (2014). Salud bucal y principales factores de riesgo en adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud “Cerro Redondo” Durán 2012 Salud Bucal y principales factores de riesgo en adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud. *Repositorio Istitucional de la Universidad de Guayaquil*.
3. Cabañas , M. J., Longoni, M., Corominas, N., Sarobe, C., Yurrebaso, M. J., & Aguirrezábal, A. (s.f). *Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>
4. Campbell, N. A., & Reece, J. B. (2007). *Biología* (Séptima Edicion ed.). Madrid, Estados Unidos: Panamericana.
5. Chala Rodriguez, E. H., & Lopez Santana, N. (2016). El Embarazo. Su Relacion con la Salud Dental. *Revista cubana de estomatologia*.
6. Corozo, B. J., Miqueri, A. G., Esquivel, C. V., Vera, M. A., & Larrosa, E. S. (2006). *Prevencion en Embarazadas: Un doble beneficio*. Obtenido de <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-119.pdf>
7. Del Nero Viera, G. (Dic de 2005). La resorcion como proceso inflamtorio. Aproximacion a la patogenia de las resorciones dentaria y periodontal. *Scielo*, 10(5-6).
8. Díaz Guzman, L. M., & Castellanos Suárez, J. L. (nov.-dic de 2004). Lesiones de la Mucosa Bucal y Comportamiento de la Enfermedad Periodontal en Embarazadas. *Scielo*, 9(5).

9. Echeverria Garcia, J. J., Segura Guerrero, A., & Fernandez Bullon, P. (2005). *Manual SEPA de Periodncia y Terapeutica de Implantes* (Vol. 2). Madrid: Panamericana.
10. Enrile de Rojas, F., & Fuente Mayor, V. F. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Madrid: Medica Panamericana.
11. Ettinger , R. L. (1997). *The Unique Oral Health Needs Of An Aging Population* (Vol. 41). North Americam.
12. Fernandez García, O., & Chávez Medrano, M. G. (2010). Atencion odontologica en la mujer embarazada. *Archivos de Investigacion Materno Infantil*, 2(2), 80-84.
13. Figueroa Ruiz , E., Prieto Prieto, I., & Basconez Martinez , A. (2006). Cambios hormonales Asociados al embarazo. Afeccion gingivo-periodontal. *Scielo*, 18(2), 105-107.
14. Figueroa Ruíz, E., Prieto Prieto , I., & Basconez Martinez, A. (Agosto de 2006). Cambios hormonaales asociados al embarazo. *Scielo*, 18(2), 101-113.
15. Figueroa Ruiz, E., Prieto Prieto, I., & Basconez Martinez. (2006). Cambios hormonales asociados al embaraz. afeccion gingivo-periodontal. *Scielo*, 18(2), 1-13.
16. Gleicher, Buttino, Elkayam, Evans, Galbraith, & Sibai. (2000). *Tratamiento de las Complicaciones Clinicas del Embarazo*. buenos Aires: Medica Panamerica.
17. Health, A. J. (30 de Mayo de 2008). Washington Reuters España. *American Journal of Public*.
18. Herane , M., Godoy, C. C., & Herane, P. C. (2014). Enfermedad Periodontal y Embarazo. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 25(6).

19. Laine, M. (2002). Effect Of Pregnancy on Periodontal and dental health. En PubMed (Ed.), *Acta odontologica Scand* (págs. 257-264). PubMed.
20. Larrea de Granados, E., & Superior, C. d. (s.f). *Unidad Curricular de Titulacion*. Obtenido de <http://www.ces.gob.ec/doc/2-seminario/unidad-de-titulacion.pdf>
21. Lee Gonzales, E. A., Castellano Suarez, J. L., & Diaz Guzman, L. M. (2015). Medicina en Odontología. En E. A. Lee Gonzales, J. L. Castellano Suarez, & L. M. Diaz Guzman, *Medicina en Odontología Manejo dental en pacientes con enfermedades Sistemicas* (págs. 425-435). Mexico: El Manual Moderno.
22. Llodra Calvo, J. C. (s.f). salud oral y embarazo. *salud oral y embarazo una guía parctica*, 13.
23. Loe, H., & Silness, J. (21 de Dec de 1963). Periodontal disease in pregnancy: prevalence and severity. *Scielo*, 533-51.
24. Lopez Rodriguez, M. J., Sanchez Mendez, J. I., Sánchez Martínez, M. C., & Calderay Dominguez, M. (2010). Suplementos en Embarazadas. *Dialmet*, 34(4), 117-128.
25. Mendez Alvarado, D., Nieto Serrano, & Escolar, S. (1867). El Siglo Medico. En D. Mendez Alvarado, N. Serrano, & S. Escolar, *Boletin de Medicina y Gaseta Medica* (págs. 596-597). Madrid: Imprenta de P. Garcia y Orga.
26. Murkoff, H. M., Eisenberg, A., Hathaway, S. H., & B.S.N. (2005). *Que esperar cuando se se esta esperando*. Bogota: Grupo Editoria Norma.
27. Murtomaa, H., Holttinen, T., & Meurman, J. (2010). Conceptions of dental amalgam and oralhealth aspects during pregnancy in Finish women. En *Scand J Dent* (págs. 522-6). Cuba.
28. Musacchio , E., Perissinotto, E., Binotto, P., Sartori L, & F Zambon, S. (2007). Tooth Loss in the Eldery and its association with Nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. *Acta Odontol Scand*, 65(2), 78-86.

29. Napoles Garcia, D., Napoles Mendez, D., Moráquez Perello, G., Cano Garcia, V., & Montes de Oca Garcia, A. (Marzo de 2012). Estado de Salud Periodontal en Embarazo. *Scielo*, 16(3).
30. Orueta Sanchez, & Lopez Gil. (2011). Manejo de Farmacos Durante el Embarazo. *IT del Sistema Nacional de Salud*, 35(4), 107-110.
31. Orueta Sánchez, R., & López Gil, M. (2011). Manejo de los farmacos en el embarazo en las patologías más frecuentes. *Dialnet*, 35(4), 107-113.
32. Osteointegración, Sociedad Española de periodoncia y Salud Bucal. (2009-2011). Periodoncia y salud bucal para todos. *SEPA*.
33. Oviedo Perez, A., Betancourt Valladares, M., Espeso Napoles, N., Naranjo, M., & Gonzales Barreras, B. (2011). Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. 48(2).
34. P. Langlais, R., Craig S, M., & Nield Gehring, J. (2009). *Atlas Color de Enfermedades Bucales*. Mexico: Manual Moderno.
35. Pradenas A, M. P. (noviembre de 2009). Embarazo...Mitos y Verdades. *Clinica las Condes*.
36. Publica, M. d. (2000). Componente Normativo Materno Neonatal. *Mejoramiento continuo de la calidad (MCC) de la Atención Materno-Neonatal*, págs. 5-8.
37. Published 2011. (2011). *Manejo preventivo y curativo en la mujer embarazada*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/andreab1301/manejo-odontologico-en-pacientes-embarazada>
38. Ramirez, L., Martinez, C., & Salazar, G. (2001). Estrato social y prevalencia de gingivitis en gestantes. *Acta Odontologica Venezolana*, 6.
39. Rateitschak, K. H. (1967). Tooth mobility changes in pregnancy. En *J Periodontal Res* (Vol. 2, págs. 199-206.).

40. Reece, A., & Hobbins, J. (2007). *Obstetricia Clinica*. Madrid: Medica Panamericana.
41. Rodriguez Chala, H. E., & Lopez Santana, M. (2003). El Embaraz. Su relacion con la salud bucal. *Revista Cubana de Etomatolohogia*, 40(2).
42. Russell, S. (2016). *20 minutos*. Recuperado el 03 de 2016, de <http://www.20minutos.es/noticia/384108/0/mujeres/hijos/dientes/>
43. *Academy Of Osseointegration*. (s.f). Recuperado el 03 de 2016, de http://www.osseo.org/images/PDF%20folder/SPANISH_tooth%20loss_wm.pdf
44. *CH salud*. (s.f). Obtenido de <http://www.chsalud.es/index.php/site/page?view=Diccionario#D>
45. *Colgate centro de cuidado bucal*. (s.f). Obtenido de <http://www.colgate.com.pe/es/pe/oc/oral-health/conditions/plaque-and-tartar/article/what-is-tartar>
46. *Dental Mobility*. (S.f). Recuperado el 2016, de <http://dentalmobility.com/es/tratamiento-movilidad-dental.html>
47. *Doctissimo*. (s.f). Recuperado el 2016, de Diccionario de Medicina VOX: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/traumatismo.html>
48. *Escuela.med*. (s.f). Obtenido de Control Prenatal: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html
49. *Geo Salud*. (s.f). Recuperado el 03 de 2016, de <http://www.geosalud.com/saluddental/salud-dental-embarazada.html>
50. *Ministerio de Salud Publica*. (s.f). Recuperado el 2016, de <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>

51. *Propdental*. (s.f). Recuperado el 2016, de <https://www.propdental.es/periodontitis/seriada-radiografica/>
52. *ProZ.com*. (s.f). Obtenido de <http://fra.proz.com/?sp=gloss/term&id=1785294>
53. *Trigemino*. (s.f). Recuperado el 2016, de Diccionario de Términos Odontológicos: <http://www.clinicadentaltrigemino.es/recursos/diccionario>
54. Serna Muñoz, C., & Rodríguez, M. (2015). *La salud oral en la embarazada*. Recuperado el 2016, de <http://www.emilcar.es/podcasts/lactando15.pdf>
55. Ureña Varela Gabriela. (2010). *Ulacit*. Recuperado el 03 de 2016, de Tesis Publicaciones: <http://bb9.ulacit.ac.cr/tesinas/publicaciones/040454.pdf>
56. W, J., A, D., S, C., & L, N. (1998). Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. En J. W, D. A, C. S, & N. L, *Gestacion y Lactancia* (págs. 434-441). Madrid: Harcourt Brace.
57. Yero Mier, I. M., Garcia Rodriguez, M., Reytor Saavedra, E., & Narzo Barrios, L. (ene-abr. de 2013). Conocimiento sobre Salud Buco-dental de las Embarazadas. *Scielo*, 15(1).