TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Odontología

SALUD ORAL EN EL EMBARAZO Y EN EL RECIÉN NACIDO

Madrid, curso académico 2025/2026

Número identificativo: 15

RESUMEN

Introducción: Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que pueden afectar a la salud oral de la mujer y, a su vez, influir en la salud del recién nacido. La educación recibida en este periodo puede condicionar la adopción de prácticas preventivas en los primeros meses de vida. **Objetivo:** Analizar la relación entre el estado de salud oral de las gestantes, la educación recibida durante el embarazo y las prácticas preventivas que prevén aplicar en la salud oral de sus hijos durante los primeros seis meses de vida. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario autoadministrado dirigido a mujeres embarazadas. La muestra final estuvo formada por 73 gestantes, tras la exclusión de un cuestionario incompleto de un total de 74 recogidos. Se analizaron variables sociodemográficas, estado de salud oral, educación recibida y prácticas preventivas previstas para el recién nacido. **Resultados:** La mayoría de las gestantes presentó una percepción favorable de su salud oral y una alta frecuencia de cepillado. Sin embargo, el uso de medidas complementarias, como la higiene interdental, fue menor y se observó un porcentaje relevante de desconocimiento o uso no constante de pasta fluorada. En relación con las prácticas preventivas, predominó la intención de lactancia materna, aunque se identificaron dudas en aspectos como el inicio de la higiene oral o el uso del biberón nocturno. **Conclusiones:** La educación en salud oral durante el embarazo parece influir en la intención de adoptar prácticas preventivas en el recién nacido, aunque persisten lagunas en su aplicación. Estos resultados sugieren la necesidad de reforzar la educación sanitaria con un enfoque más práctico y adaptado a las gestantes.

PALABRAS CLAVE

Odontología, Embarazo, Salud bucodental, Recién nacido, Prevención.

ABSTRACT

Introduction: During pregnancy, physiological changes may affect maternal oral health and potentially influence the oral health of the newborn. Education received during this period may play a key role in the adoption of preventive practices in early life. **Objectives:** To analyse the relationship between maternal oral health status, oral health education received during pregnancy, and the preventive practices that pregnant women intend to apply to their children during the first six months of life. **Material and methods:** A cross-sectional, descriptive observational study was conducted using a self-administered questionnaire. The final sample included 73 pregnant women, after excluding one incomplete questionnaire out of 74 collected. Sociodemographic variables, maternal oral health, education received, and planned preventive practices for the newborn were analysed. **Results:** Most participants reported a favourable perception of their oral health and a high frequency of toothbrushing. However, the use of complementary hygiene measures, such as interdental cleaning, was lower, and a relevant proportion of participants reported inconsistent use or lack of knowledge regarding fluoride toothpaste. Regarding preventive practices, breastfeeding was the most frequently intended option, although uncertainties were identified in areas such as the initiation of oral hygiene and the use of nighttime bottle feeding. **Conclusions:** Oral health education during pregnancy appears to be associated with the intention to adopt preventive practices for the newborn, although gaps remain in their practical application. Strengthening educational strategies with a more practical and targeted approach is recommended.

KEYWORDS

Dentistry, Pregnancy, Oral health, Newborn, Prevention.

ÍNDICE

1.	**INTRODUCCIÓN**	5
2.	**OBJETIVO**	8
3.	**MATERIAL Y MÉTODOS**	9
4.	**RESULTADOS**	11
5.	**DISCUSIÓN**	19
6.	**CONCLUSIONES**	22
7.	**SOSTENIBILIDAD**	23
8.	**BIBLIOGRAFÍA**	24
9.	**ANEXO**	27

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Salud oral en el embarazo

A lo largo del embarazo se producen modificaciones hormonales, inmunológicos y vasculares que pueden alterar el equilibrio de la cavidad oral y favorecer la aparición de alteraciones como gingivitis gestacional, erosión dental o caries (1,2). Estos cambios afectan a la salud oral materna y se han asociado con algunos desenlaces obstétricos adversos como parto pretérmino o bajo peso al nacer (3, 4). Sin embargo, la asistencia odontológica durante el embarazo continúa siendo insuficiente: muchas gestantes desconocen la necesidad de control odontológico y no consideran prioritario tratar problemas bucales durante la gestación (5, 6).

1.1.1. Factores biológicos

El aumento de estrógenos y progesterona incrementa la permeabilidad vascular y modifica la respuesta inflamatoria de los tejidos periodontales, favoreciendo gingivitis incluso en mujeres con higiene adecuada (2). Los vómitos y el reflujo gástrico, frecuentes en el primer trimestre, provocan erosiones del esmalte por exposición al ácido gástrico (7). Además, la saliva sufre cambios en composición y flujo, disminuyendo la capacidad tampón y facilitando el desarrollo de caries (8).

Los cambios en la conducta alimentaria —como el aumento del consumo de azúcares— incrementan aún más el riesgo de caries y enfermedad periodontal (9). A pesar de ello, muchas mujeres consideran el sangrado gingival como algo normal y no consultan (10).

1.1.2. Factores educativos y de la conducta

El nivel de conocimientos en salud oral durante el embarazo puede influir no solo en la probabilidad de recibir atención odontológica, sino también en la adopción de conductas preventivas relacionadas con la salud oral del recién nacido (8,16). Persisten creencias erróneas, como que el tratamiento dental “daña al bebé” o que “el calcio para el feto se obtiene de los dientes de la madre”, lo que reduce la adherencia a controles preventivos (6, 10).

Las guías de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría recomiendan integrar educación y evaluación odontológica dentro de los controles prenatales (7). Programas de intervención educativa realizados en hospitales han demostrado mejorar la higiene oral y aumentar la asistencia al odontólogo durante la gestación (8, 9).

Además, la salud oral materna puede desempeñar un papel relevante en la salud oral del bebé, ya que la transmisión bacteriana entre madre e hijo participa en la colonización microbiana inicial de la cavidad oral del recién nacido (11).

1.2. Salud oral en el recién nacido (0-6 meses)

La salud oral del recién nacido depende de la microbiota inicial, influenciada por la madre y por el tipo de alimentación (11, 12). La educación prenatal que recibe la gestante puede influir en decisiones relacionadas con la prevención de enfermedades orales en el recién nacido, como el inicio de la higiene oral, el tipo de lactancia o el uso de chupete (13, 16).

1.2.1. Lactancia materna y desarrollo orofacial

La lactancia materna exclusiva fomenta una microbiota oral más protectora frente a la caries (11). La succión activa que requiere el pecho fortalece la musculatura orofacial y favorece un crecimiento armónico de maxilares y mandíbula (14). Está demostrado que los niños amamantados presentan menor prevalencia de maloclusiones y caries temprana en comparación con aquellos alimentados con biberón (11, 14, 15).

1.2.2. Prevención de hábitos nocivos (chupete, biberón nocturno, etc.)

El uso de chupete puede resultar útil, pero su introducción precoz y prolongada se asocia con mordida abierta y alteraciones en el patrón de succión (13, 16, 19). Además, el uso de biberón nocturno y la falta de higiene posterior favorecen la aparición de caries de aparición temprana (11, 20).

Más del 60 % de los padres desconoce que debe iniciarse la higiene oral desde los primeros días de vida (17). Las madres que reciben educación prenatal sobre salud oral tienen mayor probabilidad de aplicar prácticas preventivas, evitar el biberón nocturno y retrasar la introducción del chupete (18, 19).

1.3 Justificación

Este estudio se justifica por la necesidad de integrar la salud oral dentro del cuidado prenatal y neonatal, promoviendo una educación preventiva eficaz (1, 3, 7). A pesar de la evidencia que vincula la salud bucodental materna con resultados obstétricos y con el bienestar del recién nacido, la educación sobre este tema continúa siendo insuficiente en los programas sanitarios (4, 5, 10).

La información que recibe la gestante puede influir directamente en sus conductas y en la salud oral del bebé, ya que el nivel de conocimiento condiciona decisiones como el inicio de la higiene oral temprana, el tipo de lactancia o la evitación de hábitos potencialmente nocivos (11, 13, 14, 17). Se ha observado que una mayor educación prenatal se asocia con una mayor probabilidad de adoptar prácticas preventivas adecuadas en el recién nacido (12, 16, 18, 21).

Por ello, se planteó analizar la relación entre el estado de salud oral de las gestantes, la educación recibida durante el embarazo y las prácticas preventivas que prevén aplicar en la salud oral de sus hijos en los primeros meses de vida. Los resultados de este estudio podrían contribuir al desarrollo de estrategias educativas orientadas a mejorar la prevención temprana de enfermedades orales y a reforzar la promoción de la salud bucodental desde el periodo prenatal (7, 8, 9, 13, 20). Además, comprender esta relación resulta especialmente relevante en la práctica clínica, ya que el embarazo representa una etapa clave para intervenir de forma preventiva y promover hábitos de salud que pueden mantenerse a largo plazo tanto en la madre como en el niño.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Evaluar la relación entre el estado de salud oral de las mujeres embarazadas y las prácticas preventivas que prevén aplicar en la salud oral de sus hijos durante los primeros seis meses de vida.

2.2. Objetivos secundarios

- Describir el estado de salud oral y los hábitos de higiene bucodental de las gestantes.
- Analizar el nivel de conocimiento y la educación recibida sobre salud oral durante el embarazo y sobre el cuidado oral del recién nacido.
- Determinar si la educación prenatal influye en la intención de realizar lactancia materna y en la adopción de prácticas saludables en el recién nacido (higiene oral temprana, uso de chupete y biberón nocturno).

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño del Estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, de tipo descriptivo y con diseño transversal, basado en la recogida de información mediante un cuestionario autoadministrado. Este enfoque permitió obtener, en un único momento, datos sobre la salud oral de las gestantes, la educación recibida durante el embarazo y las prácticas preventivas que preveían aplicar en la salud oral de sus hijos durante los primeros meses de vida (3, 8, 16, 18).

El estudio se orientó a explorar la posible relación entre el estado de salud oral materna y el nivel de información en salud bucodental con la intención de adoptar medidas preventivas en el recién nacido, siguiendo el planteamiento empleado en investigaciones previas sobre salud oral durante la gestación y primera infancia (4, 7, 11, 14). Para ello, se empleó un cuestionario estructurado en diferentes bloques temáticos: datos sociodemográficos, estado de salud oral, educación recibida durante el embarazo y prácticas preventivas previstas para el bebé (8, 16, 18).

Pregunta de investigación

En mujeres embarazadas, ¿cómo se relacionan el estado de salud oral materna y el nivel de información en salud bucodental recibido durante el embarazo? Estableciendo una comparación con un menor nivel de información o un peor estado de salud oral, con la intención de aplicar prácticas preventivas en la salud oral del recién nacido durante los primeros seis meses de vida.

3.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por mujeres embarazadas que acudían a control prenatal en centros de salud y consultas de obstetricia, de acuerdo con el tipo de población descrito en trabajos previos sobre salud oral en gestantes (1, 4, 6).

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, invitando a participar a aquellas gestantes que cumplían los criterios de inclusión durante el periodo de recogida de datos, tal como se ha empleado en estudios transversales similares (16, 17, 19).

Se estableció un tamaño muestral mínimo de 60 participantes, considerado suficiente para analizar relaciones básicas entre las variables de interés, en consonancia con tamaños utilizados

en estudios observacionales comparables (16, 18, 20). Finalmente, se recibieron 74 cuestionarios y, tras la revisión de los datos, se excluyó uno por presentar información incompleta según los criterios definidos. La muestra final analizada estuvo formada por 73 gestantes.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación (1, 4).
- Edad igual o superior a 18 años.
- Capacidad de comprensión lectora en español.
- Participación voluntaria (8, 12).

3.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con patologías médicas graves que contraindicasen la lactancia por causas no relacionadas con la salud oral, dado el posible papel protector de esta en la salud oral infantil (14, 17).
- Mujeres con alteraciones cognitivas que impidan la comprensión del cuestionario.

3.4. Intervención

No se realizó ninguna intervención clínica ni educativa, al tratarse de un estudio observacional.

Para el análisis, se consideraron como variables principales el estado de salud oral materna y el nivel de educación en salud bucodental recibido durante el embarazo a través de los profesionales sanitarios habituales (obstetras, matronas, odontólogos, entre otros) (3, 7, 8, 16).

El estado de salud oral materna se clasificó a partir de la autopercepción y de los signos referidos en el cuestionario (1, 4, 5):

- Buena salud oral: autopercepción muy buena o buena, sangrado gingival inexistente u ocasional, ausencia de caries durante el embarazo y al menos una visita al dentista durante la gestación.
- Salud oral regular: autopercepción regular y presencia de alguno de los siguientes: sangrado gingival frecuente, caries o ausencia de visita odontológica.
- Mala salud oral: autopercepción mala y/o presencia de dos o más de los factores anteriores.

El procedimiento incluyó la información previa sobre el estudio, la comprobación de los criterios de inclusión, la cumplimentación del cuestionario y la posterior revisión y la organización para su análisis (8, 12, 16, 18).

3.5. Método de recolección de datos

Se empleó un cuestionario anónimo, en formato digital y en papel, organizado en cuatro bloques y basado en instrumentos utilizados en estudios previos sobre educación materna y prácticas preventivas en salud oral infantil (8, 16, 18, 20):

- Datos sociodemográficos: edad, nivel educativo, trimestre de gestación (16, 17).
- Salud oral materna: autopercepción de la salud oral, sangrado gingival, caries recientes y visitas al dentista (1, 4, 5).
- Educación recibida: fuentes de información, frecuencia y claridad percibida (valorada en una escala de 1 a 5), incluyendo contenidos relacionados con la higiene oral durante el embarazo (7,8), la lactancia materna y la salud oral del bebé (11, 14), hábitos como el uso de chupete o el biberón nocturno (13, 19, 20), y la higiene oral del recién nacido (16).
- Prácticas previstas para el recién nacido: intención de lactancia materna exclusiva (11, 14, 21), inicio de higiene oral (16), uso de chupete (13, 19) y biberón nocturno (20).

En cuanto a la calidad de los datos, se revisaron los cuestionarios para identificar posibles omisiones. Se estableció como criterio de exclusión la presencia de más del 10% de respuestas no cumplimentadas dentro de un mismo bloque, siguiendo procedimientos habituales en estudios observacionales similares (16, 18).

3.6. Aspectos éticos

El estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD, UE 2016/679). La participación fue voluntaria y anónima. La cumplimentación del cuestionario se consideró como aceptación implícita de la participación en el estudio. No se recogió información identificativa de las participantes y los datos fueron tratados de forma agregada con fines exclusivamente académicos.

Dado el carácter observacional del estudio y la naturaleza anónima del cuestionario, no se contemplaron riesgos físicos ni interferencia con la asistencia sanitaria habitual, en línea con el

diseño metodológico empleado en estudios similares (3, 8, 16). El estudio contó con la aprobación del Departamento correspondiente, con código OD.015/2526.

4. RESULTADOS

4.1. Proceso de inclusión de participantes

La encuesta se difundió mediante dos vías: distribución digital a través del entorno cercano de la investigadora (contactos personales y grupos de madres) y distribución presencial en el Centro de Salud de Villaviciosa de Odón y del Ramón y Cajal durante cinco días laborables con apoyo de profesionales sanitarios.

Se estima que la encuesta pudo alcanzar aproximadamente 90 mujeres embarazadas**.**

Se recibieron un total de 74 cuestionarios. Tras la revisión de los datos, se excluyó un cuestionario por presentar datos incompletos según el criterio establecido de datos perdidos (<10 % por bloque). La muestra final analizada estuvo formada por 73 gestantes.

La participación fue voluntaria y anónima. La cumplimentación del cuestionario se consideró como aceptación implícita del consentimiento informado, de acuerdo con los principios éticos descritos en la metodología del estudio.

El proceso de inclusión de las participantes se resume en la **Figura 1**.

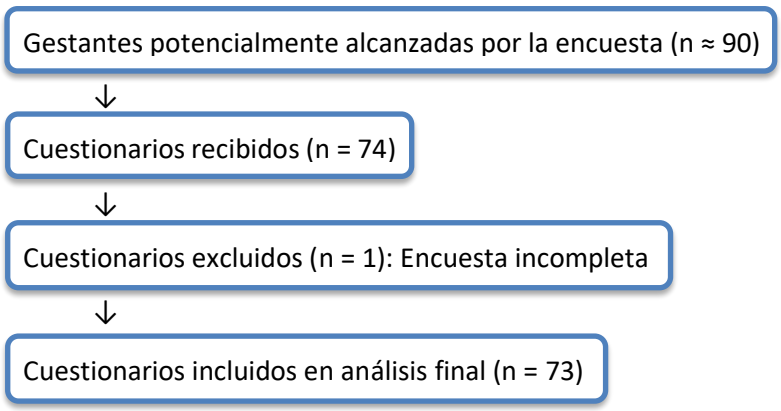


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de inclusión de las participantes.

4.2. Características de la muestra

Las características sociodemográficas de las gestantes se presentan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características de la muestra (n = 73)

Variable	Categoría	n	%
Nivel educativo	Universitarios	31	42.5
	Postgrado	25	34.2
	Formación profesional	13	17.8
	Secundarios	3	4.1
	Primarios	1	1.4
Trimestre de gestación	3º trimestre	46	63.0
	2º trimestre	16	21.9
	1º trimestre	11	15.1
Hijos previos	Ninguno	51	69.9
	Uno	19	26.0
	Dos o más	3	4.1

4.3. Estado de salud oral percibido por las gestantes

El estado de salud oral de las gestantes se presenta en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Estado de salud oral de las gestantes

Variable	Categoría	n	%
Autopercepción de salud oral	Buena	42	57.5
	Muy buena	19	26.0
	Regular	11	15.1
	Mala	1	1.4
Caries durante el embarazo	No	61	83.6
	Sí	6	8.2
	No sabe	6	8.2
Visita al dentista durante el embarazo	Sí, una vez	44	60.3
	Si, >2 veces	14	19.2
	No	15	20.5
Cambios en dieta hacia más azúcares	Sí, leves	39	53.4

	No	12	16.4
	Sí, claros	11	15.9
	No, he mejorado mi dieta	11	15.1
Náuseas o vómitos en el primer trimestre	No	40	54.8
	Sí	33	45.2

4.4. Hábitos de higiene bucodental

Los hábitos de higiene bucodental de las gestantes se presentan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Hábitos de higiene bucodental

Variable	**Categoría**	**n**	**%**
Frecuencia de cepillado	≥3 veces/día	36	49.3
	2 veces/día	29	39.7
	1 vez/día	7	9.6
	<1 vez/día	1	1.4
Uso de pasta fluorada (≥1450 ppm)	No/ No sabe	27	37.0
	Siempre	16	21.9
	A veces	30	41.1
Uso de hilo o cepillo interdental	No	30	41.1
	Sí, todos los días	16	21.9
	Sí, 1 vez/semana	18	24.7
	Sí, 1 vez/mes	7	9.6
	Sí, <1 vez/mes	2	2.7

En general, se observó una frecuencia de cepillado elevada entre las gestantes. El uso de higiene interdental fue menos frecuente. En cuanto al uso de pasta fluorada, una parte de las gestantes indicó no utilizarla de forma habitual o no conocer su composición.

4.5. Educación recibida sobre salud oral durante el embarazo

La educación recibida sobre salud oral durante el embarazo se presenta en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Educación recibida sobre salud oral durante el embarazo

Variable	Categoría	n	%
Información recibida	Sí	48	65.8
	No	25	34.2
	Total	**73**	**100**
Frecuencia de la información recibida	Una vez	17	23.3
	Varias veces	20	27.4
	Regularmente	11	15.1
	Total	**48**	**100**
Claridad de información recibida (escala 1-5)	1	2	2.7
	2	4	5.5
	3	13	17.8
	4	19	26.0
	5	10	13.7
	Total	**48**	**100**
Tras la información recibida, ¿siente que sabe qué hacer?	No	5	6.8
	Parcialmente	18	24.7
	Sí	25	34.2
	Total	**48**	**100**

En la **Figura 2** se muestran las fuentes de información sobre salud oral durante el embarazo y la frecuencia con la que fueron referidas por las gestantes que indicaron haber recibido información.

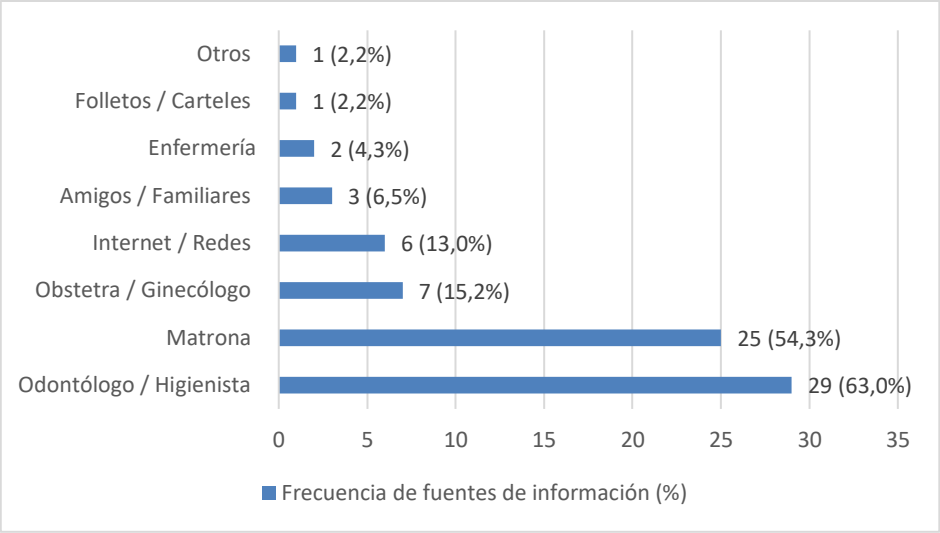


Figura 2. Fuentes de información sobre salud oral durante el embarazo y frecuencia de respuesta entre las gestantes que indicaron haber recibido información (n = 48). *Pregunta de respuesta múltiple.*

4.6. Prácticas preventivas previstas para el recién nacido.

Las prácticas preventivas que las gestantes prevén aplicar en la salud oral de sus hijos durante los primeros meses de vida se presentan en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Prácticas preventivas previstas para el recién nacido (n = 73)

Variable	Categoría	n	%
Tipo de alimentación prevista	Lactancia materna exclusiva	45	61.6
	Lactancia mixta	18	24.7
	Fórmula	10	13.7
	Total	**73**	**100**
Inicio previsto de higiene oral del bebé	Desde el nacimiento	22	30.1
	Con la erupción del primer diente	28	38.4
	Más adelante/no lo sabe	23	31.5
	Total	**73**	**100**
Uso previsto de chupete	Sí	52	71.2
	No	21	28.8

	Total	**73**	**100**
En caso de no ofrecer chupete	Permitirá succión digital	7	33.3
	No promoverá ninguna succión no nutritiva	14	66.7
	Total	**21**	**100**
Uso de biberón nocturno	Sí, sin limpieza posterior	15	20.5
	Sí, pero limpiará la boca después	5	6.8
	No lo dará	26	35.6
	No lo sabe	27	37.0
	Total	**73**	**100**
Previsión de visita al odontopediatra durante el primer año de vida	Sí	47	64.4
	No	7	9.6
	No lo sabe	19	26.0
	Total	**73**	**100**

En conjunto, los datos reflejan una mayor intención hacia la lactancia materna, mientras que persisten dudas en relación con otras prácticas preventivas, como el inicio de la higiene oral o el uso del biberón nocturno.

5. DISCUSIÓN

En este estudio se observó que las gestantes presentaron, en general, una valoración favorable de su salud oral y hábitos básicos de higiene relativamente adecuados. Sin embargo, esta percepción positiva coexistió con factores que podrían aumentar la vulnerabilidad oral durante la gestación, como el incremento del consumo de azúcares, la presencia de náuseas o vómitos en el primer trimestre y una utilización limitada de medidas complementarias de higiene. Estos resultados reflejan una situación frecuente en la práctica clínica, donde la percepción subjetiva de salud no siempre se corresponde con la presencia de factores de riesgo reales.

Estos resultados son coherentes con lo descrito en la literatura, donde se ha observado que muchas gestantes consideran que su estado bucodental es bueno incluso cuando existen condiciones o hábitos que podrían comprometerlo (1,2). Este hallazgo resulta relevante, ya que durante el embarazo pueden producirse cambios hormonales y vasculares que favorecen la inflamación gingival y alteran el equilibrio oral, por lo que la percepción subjetiva no siempre refleja con precisión el riesgo real (2,4). En este sentido, el hecho de que una parte de la muestra no acudiera al dentista durante la gestación sugiere que todavía persisten barreras de acceso o una baja percepción de necesidad asistencial.

En relación con los hábitos de higiene, los datos indican que el cepillado dental forma parte de la rutina diaria de la mayoría de las gestantes. No obstante, otras prácticas preventivas mostraron una menor utilización. Esta diferencia sugiere que las medidas más conocidas o más sencillas están mejor consolidadas que aquellas que requieren mayor conocimiento o una práctica más específica. En el caso de la pasta fluorada, este resultado podría estar relacionado con un cierto grado de desconocimiento, especialmente en relación con la presencia o la concentración de flúor en los dentífricos de uso habitual, ya que muchas de las pastas de uso habitual contienen flúor sin que las usuarias sean plenamente conscientes de ello. La menor frecuencia de higiene interdental y el uso no constante o poco informado de flúor pueden favorecer la acumulación de placa y reducir el efecto protector frente a la caries, lo que refuerza la necesidad de mejorar la educación en salud oral durante el embarazo.

Otro hallazgo relevante fue que, aunque una proporción considerable de participantes refirió haber recibido información sobre salud oral durante el embarazo, no todas manifestaron sentirse capaces de aplicarla. Esto sugiere que recibir información no equivale necesariamente a comprenderla ni a incorporarla a la práctica diaria. Estudios previos han señalado que la calidad, la claridad y la repetición de los mensajes influyen en la adopción de conductas

preventivas (8,16). Por ello, más que una simple transmisión de recomendaciones, resulta necesario promover estrategias educativas más claras, repetidas y orientadas a conductas concretas. Además, aunque en este estudio no se analizaron asociaciones específicas con el nivel educativo, la literatura sugiere que este factor puede influir en el grado de conocimiento y en la adopción de prácticas preventivas en salud oral.

En cuanto a las prácticas preventivas previstas para el recién nacido, destacó la intención de realizar lactancia materna, lo que refleja una predisposición favorable hacia conductas beneficiosas y coincide con la evidencia que señala su relación con la salud oral infantil (11,14). Sin embargo, también se identificaron dudas sobre el momento de inicio de la higiene oral, el uso de biberón nocturno y la utilización del chupete. Estos resultados sugieren que el conocimiento preventivo no es homogéneo y que existen áreas concretas en las que las gestantes podrían beneficiarse de una orientación más práctica durante el seguimiento prenatal (13,19,20). Estas lagunas de conocimiento pueden tener implicaciones clínicas relevantes, ya que la aplicación inadecuada de estas prácticas se ha relacionado con un mayor riesgo de caries de aparición temprana y alteraciones en el desarrollo orofacial.

En conjunto, los resultados sugieren que la salud oral materna y la educación recibida durante el embarazo pueden influir en la intención de adoptar prácticas preventivas dirigidas al recién nacido. Aunque en esta muestra se observa una disposición positiva hacia la prevención, siguen existiendo lagunas en la aplicación práctica de determinadas recomendaciones, lo que refuerza la importancia de integrar la salud oral dentro de la atención prenatal habitual y de promover intervenciones educativas coordinadas entre los profesionales implicados.

En este sentido, el embarazo constituye una oportunidad única para implementar intervenciones educativas dirigidas, aprovechando el mayor contacto de la gestante con los servicios sanitarios. Entre las limitaciones del estudio deben señalarse el tamaño muestral moderado y el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados. Además, al tratarse de un cuestionario autoadministrado, los datos dependen de la percepción y del recuerdo de las participantes, por lo que puede existir sesgo de información o tendencia a respuestas socialmente aceptables. Aun así, el estudio aporta una visión relevante sobre la relación entre conocimiento, salud oral materna e intención preventiva en una etapa especialmente importante para la promoción de la salud, y refuerza la necesidad de mejorar la educación preventiva desde el periodo prenatal.

Futuros estudios podrían profundizar en esta relación mediante diseños longitudinales que permitan analizar la aplicación real de estas prácticas tras el nacimiento.

6. CONCLUSIONES

1. El nivel de información recibido durante el embarazo se relaciona con la intención de adoptar prácticas preventivas en la salud oral del recién nacido, aunque esta intención no siempre se traduce en una aplicación adecuada.

2. Las gestantes mostraron una percepción favorable de su salud oral y una frecuencia de cepillado adecuada, pero persistieron carencias en medidas complementarias como la higiene interdental y el uso regular o informado de pasta fluorada.

3. Aunque una parte importante de las participantes ha recibido información sobre salud oral durante el embarazo, esta no siempre se traduce en una comprensión adecuada, lo que sugiere la necesidad de mejorar la educación sanitaria con un enfoque más práctico.

4. A pesar de la predisposición hacia prácticas beneficiosas, como la lactancia materna, persisten dudas en la aplicación de medidas preventivas en el recién nacido, especialmente en relación con el inicio de la higiene oral y con hábitos como el uso prolongado del chupete o el biberón nocturno.

7. SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad aplicada a este Trabajo Fin de Grado se fundamenta en su contribución a la mejora de la salud oral desde una perspectiva preventiva. Promover la salud oral durante el embarazo y en el recién nacido puede contribuir a reducir la aparición de caries temprana y de alteraciones orofaciales, evitando tratamientos futuros más invasivos y costosos tanto para las familias como para el sistema sanitario.

Este proyecto se alinea con la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, especialmente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) nº3: Salud y bienestar, al fomentar prácticas de promoción y prevención de la salud oral en una etapa en la que las mujeres mantienen un contacto frecuente con los servicios sanitarios. Asimismo, contribuye al ODS nº4: Educación de calidad, ya que promueve la transmisión de información veraz, accesible y basada en evidencia científica dirigida a las gestantes. Además, puede relacionarse con el ODS nº10: Reducción de las desigualdades, al favorecer el acceso a recomendaciones preventivas aplicables independientemente del nivel socioeconómico o cultural de la madre.

El impacto sostenible de este estudio radica en que la educación en salud oral durante el embarazo puede generar beneficios a largo plazo. Las madres informadas pueden transmitir hábitos saludables a sus hijos desde los primeros meses de vida, lo que podría contribuir a disminuir la prevalencia de caries en edades tempranas y a reducir futuras cargas sanitarias y económicas evitables.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(5):433–8.

2. Dellinger TM, Livingston HM. Physiologic changes in oral health during pregnancy. *Dent Clin North Am*. 2006;50(4):661–76. doi:10.1016/j.cden.2006.06.001.

3. Clark SJ, Byrappagari D, Sailor L. A pilot program to promote maternal and infant oral health through collaboration between dental and obstetric providers: impact on dental visits during pregnancy. *Matern Child Health J*. 2025;29(1):45–53. doi:10.1007/s10995-025-04158-8.

4. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Lange-Kessler J. Oral health in pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(4):565–73. doi:10.1016/j.jogn.2016.04.005.

5. García-Martín JM, González-Díaz A, García-Pola MJ. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante / Impact of oral health on the quality of life of pregnant woman. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2017;19(2):145–52. doi:10.15446/rsap.v19n2.55195.
6. Alfaro-Alfaro A, de la Fuente-Hernández E, Pérez-García I, et al. Embarazo y salud oral. *Med Fam (And)*. 2018;44(3):144–50.

7. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP). Guía de Salud Bucal en Gestantes para el equipo multidisciplinario. ALOP; 2020.

8. Martínez-Beneyto Y, Poza-Pascual A, Carazo C, Serna-Muñoz C, Pérez-Silva A, Ortiz-Ruiz AJ. Conocimientos, práctica y actitudes hacia la salud oral entre matronas de España / Knowledge, practices and attitudes toward oral health among midwives of Spain. *Educ Med*. 2024;25(3):101021. doi:10.1016/j.edumed.2024.101021.

9. Ayala-Díaz S, Tiol-Carrillo A. Odontología y maternidad: importancia de la salud oral en el cuidado integral del embarazo. *Rev ADM*. 2020;77(4):193–9. doi:10.35366/120438.

10. Concha-Sánchez SC. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influencian su atención. *Univ Salud*. 2012;10(2):115–22. doi:10.15332/us.v10i2.1142.

11. Carrillo-Díaz M, Ortega-Martínez AR, Ruiz-Guillén A, Romero-Maroto M, González-Olmo MJ. Impact of breastfeeding and cosleeping on early childhood caries: A cross-sectional study. *J Clin Med*. 2021;10(8):1561. doi:10.3390/jcm10081561.

12. Yang R, Rashwan N, Al Jallad N, Wu Y, Lu X, Wu T, Xiao J. Maternal and infant oral health benefits from mothers receiving prenatal total oral rehabilitation: a pilot prospective birth cohort study. *Front Oral Health*. 2024;5:1443337. doi:10.3389/froh.2024.1443337.

13. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Pacifiers. *Pediatr Dent*. 2024;46(6):115–17.

14. Holmes L Jr, Williams J, Thompson N, John V, Depeika K, Ogundele B, Enwere M. Implication of Exclusive Breastfeeding in Early Childhood Dental Disorders: Large Cohort Evidence, US National Survey of Children Health. *Children (Basel)*. 2024;11(10):1201. doi:10.3390/children11101201.

15. Żbikowska M, Tokarczuk O, Durlej G, Szalewski L, Wysokińska-Miszczuk J. Relationship between breastfeeding duration and the development of malocclusion and dental caries in children. *Sci Rep*. 2025;15:3933. doi:10.1038/s41598-025-03933-5.

16. Taing MW, Li W, Do LG, Ha DH. Influence of maternal information sources on infant oral hygiene practices for six-month-olds in South Australia: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;22(6):826. doi:10.3390/ijerph22060826.

17. Hassan MS, Hossain MM. Challenges for influencing exclusive breastfeeding practice among lactating mothers with infants aged 0–6 months in Borama District, Somaliland: A cross-sectional study. *Health Sci Rep*. 2023;6(11):e1693. doi:10.1002/hsr2.1693.

18. Badrov M, Matijević M, Tadin A. Parental knowledge of breastfeeding and nutrition: Influence on oral health and self-reported early childhood caries in preschool children in Croatia. *Pediatr Rep*. 2025;17(2):43–52. doi:10.3390/pediatric17020043.

19. Saniatan KL, Neupane S, Cross C, Buccini G. Socio-demographic, maternal, and infant characteristics associated with pacifier use among six-month-old infants in Clark County, Nevada. *PLoS One*. 2023;18(5):e0285097. doi:10.1371/journal.pone.0285097.

20. de Melo LSA, da Silva LF, da Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Júnior A, Zuanon ACC, et al. Association between pacifier use, bottle-feeding, and pre-postnatal variables: a cohort study. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2023;23:e084. doi:10.1590/pboci.2023.084.

21. Anyanechi CE, Ekabua KJ, Ekpenyong AB, Ekabua JE. Parturients' awareness and perception of benefits of breastfeeding in the prevention of infant and childhood oral and dental diseases. *Ghana Med J*. 2017;51(2):83–87. doi:10.4314/gmj.v51i2.6.

9. ANEXOS

9.1. CUESTIONARIO AUTOCUMPLIMENTADO (Gestantes)

Instrucciones: Marque una opción por pregunta (salvo que se indique lo contrario). El cuestionario es anónimo y no recoge datos identificativos.

Datos sociodemográficos (16,17)

Edad: ☐ ____ años

Semana de gestación (aprox.): ☐ 1º trimestre (1–13) ☐ 2º (14–27) ☐ 3º (28–40)

Nivel educativo: ☐ Primarios ☐ Secundarios ☐ Formación profesional ☐ Universitarios ☐ Postgrado

Situación laboral actual: ☐ Estudiante ☐ Trabajo remunerado ☐ Desempleo ☐ Ama de casa / Cuidados

Hijos previos: ☐ No ☐ Sí, número: ___

Salud oral materna (autopercepción y hábitos) (1,4,5)

¿Cómo valora su salud oral actual? ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Sangrado de encías al cepillado en el último mes: ☐ Nunca ☐ Ocasional ☐ Frecuente ☐ Siempre ☐ Más frecuente que cuando no estaba embarazada. (1,2,4)

Caries diagnosticadas durante el embarazo: ☐ No ☐ Sí ☐ No sabe (1,4,5)

Visita al dentista desde que está embarazada: ☐ No ☐ Sí, una vez ☐ Sí, ≥2 veces (3,4,5)

Frecuencia de cepillado: ☐ <1/día ☐ 1/día ☐ 2/día ☐ ≥3/día *(1,7)*

Uso de pasta fluorada (≥1450 ppm): ☐ Siempre ☐ A veces ☐ No / No sabe (7,8)

Hilo/interdental 3–7 días/semana: ☐ Sí ☐ No (1,7)

Cambios de dieta hacia más azúcares (antojos, picoteo): ☐ No, he mejorado mi dieta ☐ No ☐ Sí, leves ☐ Sí, claros *(9)*

Náuseas/vómitos frecuentes en 1º trimestre (Semana 1-13): ☐ No ☐ Sí (2,7)

Educación recibida durante el embarazo (7,8,16)

¿Ha recibido información sobre salud oral del embarazo? ☐ No ☐ Sí (marque fuentes): (7,8)

☐ Obstetra/Ginecólogo ☐ Matrona ☐ Odontólogo/Higienista ☐ Enfermería ☐ Folletos/Carteles ☐ Internet/Redes ☐ Otros: ____

Frecuencia de la información recibida: ☐ Una vez ☐ Varias veces ☐ Regularmente (8,16)

Claridad de la información (1–5): 1 2 3 4 5 (8,16)

Temas recibidos (marcar todo lo que aplique):

☐ Higiene oral en el embarazo (7,8)

☐ Pasta con flúor (7,8)

☐ Dieta/azúcares (9)

☐ Náuseas/erosión y enjuague con agua/bicarbonato (2,7)

☐ Lactancia materna y salud oral del bebé (11,14)

☐ Chupete (cuándo/tiempo) (13,19,20)

☐ Biberón nocturno (20)

☐ Higiene del RN (gasa/dedal) (16)

Tras la información, ¿siente que sabe qué hacer? ☐ No ☐ Parcialmente ☐ Sí (8,16)

Índice de educación recibida (IER) → sumar: fuente profesional (1 punto), ≥2 contactos (1), claridad ≥4 (1), ≥3 temas clave marcados (1). Puntuación 0–4. (8,16,18)

Prácticas preventivas previstas para el recién nacido (0–6 meses) (11,13,14,16,19,20,21)

Tipo de alimentación que prevé: ☐ Lactancia materna exclusiva (0–6 m) ☐ Mixta ☐ Fórmula (11,14,21)

¿Cuándo prevé iniciar la higiene bucal del bebé? ☐ Desde nacimiento (encías) ☐ Al primer diente ☐ Más adelante / No lo sé (16)

Uso previsto de chupete: ☐ No ☐ Sí, a partir de ___ semanas/meses (13,19,20)

Si usa chupete, prevé limitarlo a: ☐ Sueño/consuelo breve ☐ Uso frecuente (13,19)

Biberón nocturno con leche/zumos:

☐ No lo dará

☐ Sí, pero limpiará la boca después

☐ Sí, sin limpieza posterior

☐ No sabe (20)

¿Acudirá a revisión odontopediátrica en el 1º año? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe *(11,16)*

¿Le gustaría recibir material educativo breve tras este cuestionario? ☐ Sí ☐ No

Gracias por su participación.