

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA.

TESIS

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN
EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA
ODONTOLÓGICA EN EL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ
DEL INSTITUTO DE SALUD DE TUXTLA GUTIERREZ,
CHIAPAS (SEPTIEMBRE 2019-FEBRERO 2020).”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN CIRUJANA DENTISTA.**

PRESENTA:

VIRLENE PAOLEHT GUTIERREZ SOLIS.

ASESORES:

DRA. DEBORA AMALIA DIAZ RUIZ.

DRA. NELLY SANCHEZ ESCOBAR.

MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS. MARZO DE 2022.





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Marzo 4 de 2022

C. VIRLENE PAOLEHT GUTIERREZ SOLIS

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Prevalencia de enfermedades bucales en embarazadas que acuden a consulta odontológica en el Centro de Salud Santa Cruz del Instituto de Salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas (Septiembre 2019-Febrero 2020).

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Firmas

Dra. Nelly Sánchez Escobar

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Dra. Débora Amalía Díaz Ruíz

Ccp. Expediente



DEDICATORIA

Con todo cariño y amor dedico esta investigación:

A Dios, por ser lampara para mis pies en todo este camino.

*A mi familia, por quienes lucho por superarme día a día,
apoyarlos y darles lo mejor.*

*En memoria mi amado abuelo Adelin, por ser mi ejemplo
de vida, fortaleza, amor, fe y humildad.*

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por darme la dicha de la vida y por guiarme en cada paso de mi vida.

A mi madre, por darme todo su amor y esfuerzo para salir adelante, por ser promotora de mis sueños y siempre pedirle a Dios por mí.

A mi hermana Yulani, por ser el motivo de mi inspiración, superación y llenar de alegría mi vida.

A mis abuelos Rosario y Adelin (+), por su infinito amor y consejos llenos de sabiduría y paciencia.

A mis tías y tíos, por guiarme, ser mi apoyo invaluable en cada momento de mi vida y por cada granito de arena que aportaron para lograr este sueño.

A esa persona, que como bien sabe mi progenitor no quiso estar en mi vida, y sin dudar me apoyo cuando más lo necesite sin esperar algo a cambio, gracias por siempre Don Robert por creer, confiar, quererme y sobre todo aceptarme como su hija.

A mis maestros y asesores de tesis, Dra. Débora Ruiz, Mtra. Nelly Sánchez y Mtro. Rolando Rosas por formarme en esta noble profesión, por su paciencia y dedicación durante el proceso de esta investigación.

A mis amigos de la infancia, Raúl, Jasivi, Diana y Gaby, que han sido como mis hermanos, por ser mi lugar seguro y siempre brindarme estabilidad emocional.

A Madian, Karla, Selene, Yajaira y Andrés, con quienes caminé en este sueño profesional y personal, que, en el proceso de nuestra formación, fueron mi mano derecha y de quienes aprendí mucho de cada uno.

A cada uno de ellos, ¡GRACIAS!

CONTENIDO

RESUMEN GENERAL.....	IV
PREFACIO.....	V
LISTA DE CUADROS.....	VI
LISTA DE GRAFICAS.....	VII
LISTA DE ANEXOS.....	VIII
ABREVIATURAS.....	IX
CAPITULO I. INTRODUCCION.....	1
INTRODUCCION.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3 HIPOTESIS.....	6
CAPITULO II. REVISION DE LITERATURA.....	7
2.1 EMBARAZO.....	8
2.1.1 Hormonas presentes en el embarazo.....	9
2.2 ENFERMEDADES BUCALES PRESENTES EN EL EMBARAZO.....	11
2.2.1 Flujo salival y capacidad buffer.....	11
2.2.2 Niveles de pH bajos.....	13
2.2.3 Placa bacteriana.....	13
2.2.4 Gingivitis.....	14
2.2.5 Enfermedad periodontal.....	16
2.2.6 Movilidad dental.....	18
2.2.7 Granuloma piógeno.....	18
2.2.8 Caries.....	19
2.2.9 Erosión dental.....	21
2.2.10 Infecciones odontogénicas.....	22
2.2.11 Sensibilidad dental.....	25
2.2.12 Otros cambios bucales dependientes del embarazo.....	26
2.3 MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA EMBARAZADA.....	26
2.3.1 Historia clínica.....	27

2.3.2	Consentimiento informado.....	27
2.3.3	Nota de evolución.....	28
2.3.4	Posición del sillón dental por trimestre.....	29
2.3.5	Estudios radiográficos.....	30
2.3.6	Plan de tratamiento.....	30
2.3.7	Farmacología.....	32
2.4	DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN MEXICO.....	38
CAPITULO III. OBJETIVOS.....		42
3.1.	OBJETIVO GENERAL.....	43
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
CAPITULO IV. MATERIAL Y METODO.....		44
4.1	DISEÑO DE ESTUDIO.....	45
4.2	DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO.....	45
4.3	POBLACION.....	45
4.4	MUESTRA.....	46
4.4.1	Selección y tamaño de muestra.....	46
4.5	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	46
4.5.1	Criterios de inclusión.....	46
4.5.2	Criterios de exclusión.....	46
4.6	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	47
4.6.1.	RECURSOS HUMANOS.....	47
4.6.2	RECURSOS MATERIALES.....	48
4.7	VARIABLES.....	49
4.7.1	Definición operacional de variables.....	49
4.8	TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	51
4.9	TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	51
4.10	ASPECTOS ETICOS Y LEGALES.....	52
4.11	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	53
CAPITULO V. RESULTADOS.....		54
CAPITULO VI. DISCUSION.....		67
CAPITULO VII. CONCLUSIONES.....		73
CAPITULO VIII. RECOMENDACIONES.....		76

BIBLIOGRAFIA.....	82
ANEXOS.....	90
GLOSARIO.....	99

RESUMEN GENERAL.

Se realizó un estudio de tipo transversal, diseñado para determinar prevalencias de enfermedades bucales en pacientes de control prenatal en el primer nivel de atención en el cual se utilizaron: historia clínica odontológica, consentimiento informado, encuesta sobre salud bucal, las cuales permitieron obtener datos sobre hábitos bucales y conocimientos sobre cuidado e higiene bucal para obtener datos más precisos y determinar resultados, en el periodo comprendido de septiembre de 2019 a febrero de 2020, se realizó la evaluación bucal a todas las embarazadas que acudieran a control prenatal médico y odontológico que estuvieran dispuestas a participar en la investigación firmando consentimiento informado para posterior evaluación, referidas por interconsulta externa de control prenatal.

Los datos del examen clínico fueron recolectados en una historia clínica odontológica la cual fue proporcionada por el departamento de salud bucal de la Jurisdicción Sanitaria N°1, además se realizó una encuesta con preguntas cerradas y de opción múltiple, con previa revisión del encargado del departamento de odontología. Las variables utilizadas fueron: motivo de consulta, enfermedades bucales, trimestre de gestación, edad, estado civil, ocupación, alimentación, nivel socioeconómico, servicios públicos, saneamiento, numero de cepillado al día, hábitos bucales y creencias populares entorno al embarazo.

Se observó que las enfermedades bucales con más frecuencia que presentaron las embarazadas examinadas son caries y gingivitis en una prevalencia de 100% y 83.87% respectivamente, además, se observó y constato que las embarazadas percibían sangrando gingival ante la presencia o no de algún estímulo sobre los tejidos gingivales en un 93.55% de las embarazadas con o sin la presencia de placa dentobacteriana o sarro dental, así como una serie de malos hábitos de higiene oral y creencias que aparentemente inducen a estos problemas sanitarios.

Palabras clave: embarazo, enfermedades bucales, salud bucal, atención odontológica en el embarazo

PREFACIO.

La presente edición de tesis titulada “*Prevalencia de enfermedades bucales en embarazadas que acuden a consulta odontológica en el Centro de Salud Santa Cruz del Instituto de Salud de Tuxtla Gutierrez, Chiapas*”, es uno de los requisitos para obtener el grado de Licenciada en Cirujana Dentista de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; se presenta en ocho capítulos, mismos que contienen información esencial para reconocer y diagnosticar enfermedades bucales que se presentan en embarazadas, los cuales se detallan a continuación:

En el Capítulo 1, se presenta la introducción, la cual contiene además el planteamiento del problema, la justificación e hipótesis. La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades del sistema estomatognático afectan a la salud general de un individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas, porque pueden llegar a afectar la alimentación, las relaciones interpersonales y en casos complejos hasta la salud mental de la persona, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

El Centro de Salud Santa Cruz en Tuxtla, Gutierrez, Chiapas fue elegido para realizar esta investigación por la población de embarazadas que acuden a consulta médica e interconsulta odontológica y su fácil acceso para recolectar los datos necesarios.

En el Capítulo 2, se refiere a la revisión de literatura, con tiene información acerca del periodo de embarazo, sus características fisiológicas de acuerdo a cada trimestre, además de la descripción de las enfermedades bucales que pueden presentarse en el periodo de gravidez.

En los Capítulos 3 al 8, se mencionan los objetivos, material y método utilizado, resultados obtenidos en la investigación, discusión, conclusiones y recomendaciones propuestas.

La importancia de la investigación radica en conocer cuáles son las enfermedades bucales más frecuentes que presentan las pacientes embarazadas en control prenatal en el primer nivel de atención, mediante consulta odontológica en el Centro de Salud Santa Cruz del Instituto de Salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

LISTA DE CUADROS.

Cuadro 1. Atención odontológica a la paciente embarazada por trimestres.	30
Cuadro 2. Tratamientos indicados durante cada trimestre.	32
Cuadro 3. Categorías farmacológicas sin riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration.	33
Cuadro 4. Lista de fármacos que de acuerdo a la indicación y la dosis pueden ser usados con seguridad durante el embarazo Committee of Proprietary Medicinal Products. European Community;1991.	33
Cuadro 5. Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuesto por la European Community Committee on Proprietary Medicinal Products.	34
Cuadro 6. Motivos de consulta.	55
Cuadro 7. Trimestre de gestación de la paciente.	55
Cuadro 8. Edad de la paciente.	55
Cuadro 9. Estado civil de la paciente.	55
Cuadro 10. Ocupación de la paciente.	57
Cuadro 11. Alimentación de la paciente.	57
Cuadro 12. Nivel socioeconómico de la paciente.	57
Cuadro 13. Servicios públicos de la paciente.	58
Cuadro 14. Primera vez en acudir al dentista.	58
Cuadro 15. Miedo de acudir al dentista.	58
Cuadro 16. Enfermedades bucales.	59
Cuadro 17. Consideración de la paciente sobre acudir al dentista.	63
Cuadro 18. Relación entre la salud bucal de la embarazada y la de su futuro hijo.	63
Cuadro 19. Numero de cepillados al día.	63
Cuadro 20. Hábitos bucales de la paciente.	64
Cuadro 21. Creencias en relación de la salud bucal y el embarazo.	65

LISTA DE GRAFICAS.

Grafica 1. Frecuencia de edades en las embarazadas	56
Grafica 2. Prevalencia de enfermedades bucales en embarazadas	60
Grafica 3. Prevalencia de enfermedades bucales por trimestre de gestacion.....	61
Grafica 4. Prevalencia de enfermedades bucales por edad	62
Grafica 5. Prevalencia de otras alteraciones bucales por edad.....	62
Grafica 6. Habitos de higiene bucal en embarazadas.....	64
Grafica 7. Malos habitos bucales de las embarazadas	65
Grafica 8. Creencias relacionadas con la salud bucal y el embarazo	66

LISTA DE ANEXOS.

SOLICITUD DE PERMISO A INSTITUCION.....	91
HISTORIA CLINICA. ANVERSO	92
HISTORIA CLINICA. REVERSO.....	93
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.	
ANVERSO	94
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS.	
REVERSO.....	95
NOTA DE EVOLUCION.	96
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION.	97
CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL.	98

ABREVIATURAS.

CAOD: Dientes con Caries, Ausentes, Obturados.

FDA: Food and Drug Administration.

FDI: Federación Dental Internacional.

GCH: Gonadotropina Coriónica Humana.

IPC: Índice Periodontal Comunitario.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

ODM: Objetivos del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SIVEPAB: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales.

SOFAR: Salud Oral y factores de Riesgo.

SSA: Secretaría de Salud y Asistencia.

CAPITULO I. INTRODUCCION.



INTRODUCCION.

El embarazo es un proceso natural y excepcional en la vida de una mujer, etapa que está acompañada de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos, que pueden llevar a generar cambios en el estado de la salud oral.

Las enfermedades bucales con mayor prevalencia en embarazadas y que se convierte en prioridad por la estrecha y recíproca relación entre la salud bucal y el embarazo en los siguientes aspectos: la salud oral deficiente puede afectar el buen desarrollo del embarazo y, a su vez, el embarazo puede afectar la salud bucal de la gestante. De aquí que se le de vital importancia seguir de cerca el control prenatal bucal de las embarazadas por los cambios que ocurren durante este periodo para orientarlas sobre las actividades bucodentales y acciones que deben poner en práctica durante este periodo.

Las embarazadas merecen el mismo nivel de atención que cualquier otro paciente que acude a la consulta y atención dental, para el odontólogo la embarazada no debe ser una paciente distinta, pero si una paciente especial.

La presente investigación cuyo propósito es la obtención del grado de Licenciada en Cirujano Dentista, de la Facultad de Odontología y Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, tiene también como objetivo obtener conocimientos que, de acuerdo a los casos clínicos analizados se lograría determinar el estado de la salud bucal con la que acuden por primera vez las embarazadas, con ello la posibilidad de realizar tratamientos preventivos, restaurativos y educativos, así como los factores de riesgo de padecer enfermedades bucales previas o durante el embarazo con mayor severidad, necesarias para minimizar la frecuencia de enfermedades bucales en las embarazadas y futuros bebés tomando en cuenta el periodo de gestación en que se presentan.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las enfermedades bucodentales afectan a un área específica del cuerpo humano pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS. 2018) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”.

García-Martin, González-Díaz y García-Pola (2017) evaluaron 90 pacientes embarazadas, 45 migrantes, de las cuales 29 eran latinoamericanas, 7 africanas, 7 europeas y 2 asiáticas y 45 españolas, el porcentaje de caries se presentó en el 76% de las embarazadas; el índice CAOD (Dientes con Caries, Ausentes, Obturados) más alto correspondió al grupo de embarazadas asiáticas (CAOD= 15).

En Colombia, Corchuelo-Ojeda, Soto-Llanos y Villavicencio (2016), encontraron una prevalencia de caries y de gingivitis mayor en las mujeres gestantes que en las no gestantes.

Rodríguez-Lezcano, León-Valle, Arada-Otero y Martínez-Ramos (2013), encontraron que la afección más predominante en el grupo de embarazadas estudiada fue la gingivitis con un 88,9 %. Además, que se puede evidenciar el importante factor de riesgo placa dentobacteriana y su relación con la caries dental ya que el mayor porcentaje de las embarazadas con índice de placa 2 tuvo más presencia de caries (69 %).

Por otro lado, Bastarrechea-Milián, Fernández-Ramírez y Martínez-Naranjo (2009), indica que la afección bucal encontrada con más frecuencia en el grupo de embarazadas fue la gingivitis con un 50%, seguida por la caries 21.2% y finalmente la periodontitis 7.6%.

En México se presenta una baja demanda de servicios dentales en mujeres embarazadas, y de acuerdo con Díaz-Romero, Robles-Andrade, Espino y Sosa. (2013), existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda disminuya a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario.

De acuerdo a los reportes sobre enfermedades periodontales y gingivales durante el embarazo Galdámez López (2009) encontró una frecuencia de alteraciones bucales importante entre las mujeres embarazadas de los Altos de Chiapas que acudieron al hospital estudiado, la frecuencia de padecimientos bucales en las mujeres entrevistadas es bastante alta, más de un 90%, de las cuales la caries y la gingivitis fueron asociadas a la falta de higiene oral y de conocimiento en cuanto a la prevención y tratamiento de estas.

Díaz Ruiz (2013) reconoce que la enfermedad periodontal en indígenas tzotziles de una comunidad rural del estado de Chiapas se encuentra relacionada estadísticamente a algunos riesgos sociales y biológicos como la fecundidad y la escolaridad, es decir a menor escolaridad mayor prevalencia de enfermedad periodontal; además de que es mayor en el sexo femenino (OR = 3.5) y aumenta a partir de los 43 años.

El embarazo además de constituir un periodo de muchas modificaciones a nivel físico, biológico y emocional, ha sido rodeado de una serie de mitos y creencias alrededor de la salud bucal que se va transmitiendo generación tras generación. Es común escuchar durante la consulta a las embarazadas mencionar que “el embarazo descalcifica los dientes”, “infecta las encías” o “por cada hijo un diente”, entre otras más. Además, que existen creencias que impiden los cuidados bucales o atenciones odontológicas debido a las molestias que ocasiona cada tratamiento y los temores que existen a su alrededor relacionados a los daños o complicaciones que estos pudieran ocasionarle al bebé.

Lo anterior nos lleva a generar las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las enfermedades bucales más frecuentes que presentan las pacientes embarazadas en control prenatal en el primer nivel de atención, mediante consulta odontológica en el centro de salud santa cruz del instituto de salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?
- ¿Qué nivel de conocimientos de salud bucal tienen las embarazadas de diferentes edades?
- ¿Cómo se relacionan las creencias entre embarazo y enfermedades bucales en las embarazadas?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

La gravedad de las enfermedades bucales no ha sido identificada en nuestro país por un sin fin de razones, entre las que cabría destacar la dificultad de lograr una medición precisa en el ámbito epidemiológico. Sin embargo, es importante conocer la magnitud de estas anomalías en nuestra población como punto de partida, con el fin de tener elementos para planear adecuadamente los servicios dentales.

Ante la recurrencia de embarazadas al área de odontología por interconsulta medica de control prenatal, surge la necesidad de llevar a cabo este estudio, retomando la importancia de conocer las enfermedades bucales que presentan las embarazadas con más frecuencia y conocer los procedimientos terapéuticos a seguir de acuerdo a cada manifestación en el primer nivel de atención, en relación con la prevalencia y gravedad de forma especializada y personalizada. Además de prevenir enfermedades, permitiría un manejo apropiado de urgencias bucales.

La importancia de realizar esta investigación radica en mostrar las enfermedades bucales más frecuentes en las embarazadas que pueden ser resueltos por tratamientos bien elaborados. El conocimiento sobre la fisiología del embarazo y el adecuado diagnostico será imperativo para poder implementar un plan de tratamiento a corto, mediano o largo plazo, abordando los procedimientos necesarios para el restablecimiento de la salud bucal.

En esta investigación se propone obtener información específica sobre las enfermedades bucales presentes en embarazadas que acuden a consulta odontológica en el primer nivel de atención, centrándose en la fisiología, patologías, estrategias, revisión de protocolos y manejo odontológico que permitan realizar tratamientos y procedimientos adecuados.

Los resultados de esta investigación tendrían una relevancia importante en todo el equipo de profesionales del área de odontología y salud pública, porque de acuerdo a los casos clínicos analizados se lograría determinar el estado de la salud bucal con la que acuden por primera vez las embarazadas, con ello la posibilidad de realizar tratamientos preventivos, restaurativos y educativos, así como los factores de riesgo de padecer enfermedades bucales previas o durante el embarazo con mayor severidad, necesarias para minimizar la frecuencia de enfermedades bucales en las embarazadas y futuros bebés tomando en cuenta el periodo de gestación en que se presentan.

1.3 HIPOTESIS.

¿Cuál es la prevalencia de enfermedades bucales en pacientes embarazadas que acuden a consulta odontológica en el Centro de Salud Santa Cruz del Instituto de Salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

CAPITULO II. REVISION DE LITERATURA.



2.1 EMBARAZO.

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo se implanta en la pared del útero, cuando ocurre la fecundación se produce una nueva secuencia de fenómenos totalmente nuevos llamados gestación o embarazo y el óvulo fecundado completa su desarrollo y forma un feto a término. (Guyton y Hall, 2011, cap. 82).

Durante este período, hasta el parto, suceden una serie de acontecimientos los cuales pueden llevar consigo la perturbación de la salud bucal de la futura mamá.

La secuencia de procesos inicia con la fecundación; desde la fecundación hasta las 8 semanas del desarrollo, etapa denominada embrionaria, el ser humano se denomina embrión (de *embryos*, que se desarrolla en el interior). El periodo fetal comienza a las 9 semanas y continua hasta el nacimiento alrededor de 38 o 40 semanas después del último periodo menstrual, durante esta etapa el ser humano en desarrollo se denomina feto. El desarrollo prenatal es el tiempo que transcurre desde la fecundación hasta el nacimiento e incluye tanto el desarrollo embrionario como el fetal. Se divide en tres trimestres:

- *Primer trimestre:* es la etapa más crítica del desarrollo durante el cual aparecen las estructuras rudimentarias de los órganos más importantes; en su transcurso, además, el organismo en desarrollo es más susceptible a los efectos de fármacos, radiaciones y microorganismos.
- *Segundo trimestre:* se caracteriza por el desarrollo casi completo de los sistemas orgánicos. Al final de esta etapa, el feto ya tiene rasgos humanos distintivos.
- *Tercer trimestre:* representa el periodo de crecimiento fetal rápido. Durante las etapas más tempranas, la mayor parte de los sistemas orgánicos se vuelven completamente funcionales. (Tortora y Derrickson 2006, cap. 29)

Fernández y Chávez (2010) identifican que la duración promedio del embarazo humano es de 280 días (40 semanas), que se divide en tres trimestres con signos y síntomas característicos en cada etapa:

- *Primer trimestre:* desde la concepción hasta la semana 13.5; suspensión de la menstruación, náuseas, vómitos, sensación de hormigueo y aumentos en las glándulas mamarias y cambios en el útero.
- *Segundo trimestre:* de la semana 13.6 a la 27; percepción de movimientos fetales, contracciones uterinas, palpación e identificación del feto, ruidos cardiacos fetales y cambios dérmicos.
- *Tercer trimestre:* de la semana 27.1 al final de la gestación; amenorrea continua, contracciones uterinas más apreciables, aumento de las molestias pélvicas y menos compresión del abdomen.

2.1.1 Hormonas presentes en el embarazo.

El embarazo involucra una serie de interacciones hormonales complejas, presentando un incremento en la producción de las hormonas maternas y el inicio en la generación de las hormonas placentarias; variando su concentración a lo largo del periodo gestacional, estimulando a su vez cambios fisiológicos profundos. Díaz-Romero, Robles-Andrade, Espino y Sosa, (2013) menciona los cambios hormonales que una embarazada presenta en cada trimestre.

2.1.1.1 Cambios hormonales durante el 1° trimestre del embarazo.

“Durante el primer trimestre del embarazo, la primera hormona en actuar es la gonadotropina coriónica humana (GCH). Ésta es segregada por las membranas placentarias y se puede detectar a partir de los 8 días de la fecundación e interviene hasta la 12ª semana del embarazo, con un pico máximo en la 10ª semana. Su función es mantener el embarazo, impidiendo el rechazo del embrión. Ésta hormona actúa sobre los ovarios, suprimiendo la menstruación y produciendo progesterona. La gonadotropina es la causante de las típicas náuseas y mareos del primer trimestre. Al principio del embarazo, la progesterona engrosa el revestimiento del útero para nutrir al embrión. También ayuda al útero a relajarse para que no se presente el parto antes de tiempo. Los estrógenos, por su parte ayudan al embrión a crecer y a desarrollarse. Estas dos hormonas también son las responsables de que las mamas crezcan y se

sientan adoloridas, y así, se preparan para la lactancia. La hormona denominada lactógeno placentaria, empieza a actuar en la 6ª semana de embarazo y sigue presente hasta el final del mismo. Estimula el crecimiento fetal, y ayuda a preparar las glándulas mamarias para producir leche para la alimentación del bebé.”

2.1.1.2 Cambios hormonales durante el 2º trimestre del embarazo.

“Al principio de este trimestre, los niveles de GCH bajan, mientras que los estrógenos y la progesterona se elevan; la progesterona es primero secretada por el cuerpo lúteo y después por la placenta. La progesterona es la encargada de preparar el útero para la gestación. Inicialmente participa en el engrosamiento del endometrio para que pueda implantarse el embrión. También colabora en estimular las glándulas mamarias que producirán leche y controla la respuesta inmune de la madre ante el feto. La progesterona aumenta la temperatura corporal en 0.5 °C y también induce el incremento del volumen sanguíneo para alimentar al bebé. Paralelamente, empieza a relajar los músculos del cuerpo y las paredes endoteliales para acomodar el exceso de sangre. Por otro lado, el estrógeno ayuda al funcionamiento de la placenta y al crecimiento de los huesos y los órganos del producto.”

2.1.1.3 Cambios hormonales durante el 3º trimestre del embarazo.

“La progesterona y los estrógenos durante el último trimestre llegan a su pico máximo, mientras que la hormona relaxina suaviza el cartílago de las articulaciones para que la pelvis se dilate durante el parto (a veces ocasiona dolor por la llamada separación de la sínfisis del pubis). En las últimas semanas del embarazo la hormona del parto, la oxitocina, empieza a preparar al útero para el alumbramiento, haciéndose presentes las contracciones de Braxton Hicks. Los niveles de la hormona de la lactancia, la prolactina, también aumentan. Gracias a la progesterona, el volumen de sangre sube a su nivel máximo a la 32ª semana. Debido a esto y a que las venas no son tan eficientes como en el estado no gestante, se tiende a retener líquidos y la mujer embarazada presenta los tobillos y los pies edematizados. Antes del parto, los niveles de progesterona y estrógeno, que han estado subiendo a lo largo de todo el embarazo, bajan repentinamente. No se sabe a qué se debe exactamente, pero puede ser el efecto de la presión que el producto hace en el interior del útero. Sin la

progesterona para relajar el útero, la oxitocina desencadena las contracciones y se inicia el parto”.

2.2 ENFERMEDADES BUCALES PRESENTES EN EL EMBARAZO.

El embarazo es un estado fisiológico modificado, en el cual el organismo materno sufre una serie de ajustes hormonales, cardiovasculares, respiratorios, urinarios, gastroenterológicos, y estomatológicos. Todos ellos son alteraciones adaptativas temporales para la madre que son necesarias para dar cavidad al feto que se desarrolla, procurando su homeostasis y bienestar. (Chacón, Kanashiro. 2014), sin embargo, a esto hay que agregar los problemas bucodentales que hay en la población.

Las enfermedades bucodentales afectan a un área específica del cuerpo humano pero las consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera general. La OMS, en 2018, define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”.

Díaz- Valdez y Valle-Lizama (2015) consideran que la embarazada es candidata a presentar una o más enfermedades bucales, ya que durante la gestación existen factores biopsicosociales, que si no se tiene en cuenta pueden desencadenar enfermedades bucales o agravar las ya existentes. Además, relacionan al embarazo con una mayor incidencia de caries y gingivitis.

2.2.1 Flujo salival y capacidad buffer.

La saliva es el principal protector de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, suministra iones que intervienen en la remineralización del esmalte, además puede servir como receptora para el inicio de la colonización bacteriana que da origen a la placa. (Carranza y Newman, 1998.).

La saliva es una secreción acuosa hipotónica compleja de las glándulas salivales mayores en el 93% de su volumen y de las menores en el 7%, las cuales se extienden por todas las regiones de la boca excepto en la encía y en la porción anterior del paladar duro. La secreción diaria oscila entre 500 y 700 ml, con un volumen medio en la boca de 1.1 ml, en reposo la

secreción oscila entre 0.25 y 0.35 ml/min, ante estímulos sensitivos, eléctricos o mecánicos, el volumen puede llegar hasta 1.5 m/min. Su producción está controlada por el sistema nervioso autónomo. El mayor volumen salival se produce antes, durante y después de las comidas, alcanza su pico máximo alrededor de las 12 del mediodía y disminuye de forma muy considerable por la noche, durante el sueño. La cantidad normal de saliva puede verse disminuida, se habla entonces de hiposalivación, esta disminución afecta de manera muy significativa a la calidad de vida de un individuo así como a su salud bucal, los principales síntomas y signos asociados a la hipofunción salival son: sensación de boca seca o xerostomía, sed frecuente, dificultad para tragar, dificultad para hablar, dificultad para comer alimentos secos, necesidad de beber agua frecuentemente, dificultad para llevar prótesis, dolor e irritación de las mucosas, sensación de quemazón en la lengua y disgeusia. Aunque con menor frecuencia, la secreción salival puede verse aumentada, a esta situación se le denomina hipersialia, sialorrea o ptialismo y puede ser fisiológica o patológica. El diagnóstico se realiza por la sintomatología que refiere el paciente, el cual experimenta la incomodidad de tener que deglutir constantemente la saliva o bien en los parálíticos cerebrales o pacientes que presentan otros trastornos neurológicos graves se produce un babeo constante que ocasiona frecuentes lesiones erosivas en los labios, y en la piel de la cara y del cuello, que pueden sobre infectarse. (Llena-Puy, 2006.).

Un buffer es una sustancia que tiende a mantener un pH constante, se conoce que existe una correlación negativa entre la caries, el tiempo y el efecto amortiguador. El bicarbonato es el principal sistema regulador de la saliva. (Loyo-Molina, K., Balda-Zavarce, R., González-Blanco, O., Solórzano Peláez, A. L. & González A, M.,1999).

González, Montes de Oca y Jiménez (2001) en su estudio realizado sobre cambios en la composición de la saliva de pacientes gestantes y no gestantes destacan que, la asociación significativa que se encontró entre el embarazo y la disminución de la secreción salival, la dificultad para deglutir y el agrandamiento gingival, posiblemente se deban a que el factor hormonal juega un papel preponderante en la disminución de la secreción salival. No se debe de olvidar que al reducirse la secreción de la saliva no sólo existe disminución de la cantidad de la misma, sino también disminuye la concentración de glucoproteínas salivales, mucinas y albúmina, que por un lado lubrican el bolo alimenticio y por otro las mucosas, por lo que el proceso de deglución se ve afectado.

Para las embarazadas que presentan xerostomía, se recomienda el consumo frecuente de agua sin azúcar o caramelos que puedan aliviar este problema, el uso de fluoruro en pasta dental o enjuague bucal, para ayudar a remineralizar los dientes y reducir el riesgo de caries. (Lara-Hernández, Santiago-Montealegre, 2016.).

2.2.2 Niveles de pH bajos.

Para el embarazo ocurren cambios en la mujer, haciéndola vulnerable a enfermedades bucales, afectando su salud y la del producto. En estudios realizados por Ortiz-Herrera et al., en 2012 donde se realizó una evaluación del pH salival en pacientes gestantes y no gestantes, donde se ve afectada la capacidad buffer, así como la función de regular los ácidos producidos por bacterias, se considera que el principal componente mineral del esmalte es la hidroxiapatita. La velocidad a la que esta se disuelve en ácido depende de varios factores de los cuales el más importante es el pH y la concentración de iones de calcio y fosfato que ya se encuentran en solución. La mezcla de saliva fresca tiene un pH promedio de 6.4 en adultos. El pH salival juega un papel importante dentro de la cavidad oral, sin el efecto buffer, la destrucción de todos los órganos dentales ocurriría con mayor frecuencia y agresividad. Si el pH salival disminuye durante el embarazo, la gestante se encuentra en mayor riesgo de padecer caries durante el embarazo y lactancia. Dichos estudios concluyen en que los valores de pH salival en las mujeres gestantes y no gestantes fueron similares, manteniéndose ambos dentro del rango considerado como seguro y la segregación de saliva aumenta durante el embarazo.

Al haber disminución del pH, también las peroxidasa salivales disminuyen, lo que reduce la capacidad defensiva de la saliva. El reflujo gastroesofágico también tiene influencia sobre los tejidos al cambio de los niveles de pH. (Lara-Hernández, Santiago-Montealegre, 2016.).

2.2.3 Placa bacteriana

En el transcurso de la vida, todas las superficies de contacto del cuerpo están expuestas a la colonización por una amplia gama de microorganismos. En la cavidad bucal, los depósitos bacterianos han sido denominados *placa dental o placa bacteriana*. Los experimentos clásicos demostraron que la acumulación de bacterias en los dientes induce de manera reproducible una respuesta inflamatoria en los tejidos gingivales. La placa dental puede acumularse supragingivalmente, pero también debajo del margen gingival (Lindhe y Lang, 2017, cap. 8.).

Al cabo de uno a dos días de no realizar la higiene bucal, se observa, con facilidad la placa sobre los dientes. Su color es blanco grisáceo o amarillo y tiene aspecto globular. El desplazamiento de los tejidos y los alimentos sobre los dientes causa la eliminación mecánica de la placa. Esa remoción es muy eficaz en los dos tercios coronarios de la superficie dentaria. En consecuencia, lo característico es observar placa en el tercio gingival de la superficie dental, donde se acumula sin desorganizarse por el movimiento de los alimentos y tejidos sobre la superficie dental en el transcurso de la masticación. Los depósitos de placa también se forman de manera preferente en hendiduras, fosas y fisuras de la estructura dentaria. Asimismo, lo hace por debajo de restauraciones desbordantes y alrededor de dientes en malposición. La localización, velocidad y formación de la placa varían entre los individuos. Factores determinantes incluyen la higiene bucal y elementos relativos al huésped como la dieta o la composición salival y la velocidad de flujo. (Carranza y Newman, 1998 cap. 6)

Estudios epidemiológicos reconocieron una relación entre el grado de cuidados personales y la intensidad de la inflamación gingival. La relación entre los signos de inflamación gingival y la cantidad de placa bacteriana es más estrecha durante el embarazo. La relación entre bacterias anaerobias y aerobias se incrementa conjuntamente con las proporciones de *B. melaninogénicas* y *P. intermedia* de 2.2 a 10%, por lo que opinan que el estradiol y la progesterona pueden ser sustitutos de la menadiona (vitamina K) como factor de crecimiento esencial para que la *P. intermedia* pero no para *Porphyromonas gingivalis* o *Bacteroides coheences*. El incremento relativo de los números de *P. intermedia* puede ser indicador más sensible de la alteración del sistema hormonal que los parámetros clínicos de gingivitis. (Carranza y Newman, 1998, cap. 37.).

2.2.4 Gingivitis.

La gingivitis es la inflamación en diferentes grados de intensidad de la encía sin afectar los tejidos de soporte (ligamento periodontal, cemento radicular, hueso). Los signos de la gingivitis incluyen inflamación y sangrado al sondaje o estímulo. (Botero y Bedoya, 2010.).

Esta se produce por la exposición a los microorganismos de la placa dental, que es una acumulación de bacterias en los dientes lo que induce de manera reproducible una respuesta inflamatoria en los tejidos gingivales, la placa dental puede acumularse supragingivalmente, así como también debajo del margen gingival del diente, esto es, en el área subgingival. Cuando la placa bacteriana se mineraliza se le llama como sarro o calculo dental, este es una

masa de dureza moderada con una coloración que va desde el blanco cremoso hasta el ocre o marrón. (Lindhe y Lang, 2017, cap. 8.).

La microbiota de la placa es característica de la gingivitis y la afección parece ser una respuesta del huésped localizada y exagerada, modulada por los niveles de hormonas endógenas, como andrógenos, estrógeno y progesterona. Los cambios vasculares incluyen el aumento sustancial de la cantidad de vasos permeables y su dilatación. Las alteraciones en la permeabilidad de las paredes vasculares y la presión hidrostática en esos vasos dan lugar al intercambio de líquido y células entre la sangre y el tejido conectivo gingival. Estas modificaciones dan como resultado edema y cambios de color a rojo o rojo azulado. La disgregación del epitelio de unión y el aumento de vasos permeables en el plexo vascular contiguo al epitelio de unión son responsables de la tendencia al sangrado de la encía inflamada ante un estímulo suave, el cual por lo común no coincide con el nivel de placa e irritantes existentes. (Lindhe y Lang, 2017, cap. 17.).

La gingivitis puede ser clasificada como localizada $\leq 30\%$ de sitios afectados y generalizada: $\geq 30\%$ de sitios afectados. (Botero y Bedoya, 2010.).

La gingivitis del embarazo es una inflamación proliferativa, vascular e inespecífica con un amplio infiltrado inflamatorio celular. Los cambios inflamatorios comienzan durante el segundo mes de gestación y alcanzan su punto máximo en el octavo mes, luego se observa una brusca disminución en relación a una disminución concomitante en la secreción de hormonas sexuales esteroideas. Estudios han mostrado que la prevalencia y severidad de la inflamación gingival es significativamente mayor durante el embarazo al compararla con la inflamación gingival presente posterior al parto. (Herane, Godoy, Herane P., 2014.).

De acuerdo con estudios realizados por Lara-Hernández y Santiago-Montealegre (2016), la gingivitis afecta del 60 al 75% de las embarazadas. El mecanismo de la respuesta inflamatoria se atribuye tanto a irritantes locales, así como a los niveles de estrógeno y progesterona. El estrógeno puede aumentar la proliferación celular de los vasos sanguíneos gingivales, causar disminución de la queratinización gingival, y aumentar el glucógeno del epitelio. La progesterona aumenta la permeabilidad vascular de la membrana, provoca edema de los tejidos gingivales, sangrado gingival y aumento del fluido del surco gingival. También reduce la tasa de proliferación de fibroblastos y altera la velocidad y el patrón de la producción de

colágeno, lo que reduce la capacidad de la encía para repararse. (Lara-Hernández y Santiago-Montealegre, 2016.).

2.2.5 Enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria que ataca los tejidos del periodonto, que de acuerdo al grado de compromiso puede afectar de forma significativa el tejido conectivo gingival, ligamento periodontal, cemento y hueso. Se pueden observar recesiones gingivales, supuración, movilidad incrementada, migración dental patológica y dolor. (Botero y Bedoya, 2010.).

Para que exista enfermedad periodontal es necesaria la presencia de microorganismos, pero el crecimiento de éstos dentro del surco está influenciado por varios factores que determinarán el desarrollo final de enfermedad periodontal destructiva o no, tanto locales como generales, alteración de la respuesta inmune, alteraciones del tejido conectivo, influencias farmacológicas, tabaquismo, y alteraciones hormonales (diabetes y hormonas sexuales femeninas). (Philistrom, Michalowicz, Johnson, 2005.).

Diversos factores genéticos, ambientales y biológicos entre otros, favorecen la evolución del proceso destructivo. Dentro de estos factores, las hormonas sexuales femeninas desempeñan un papel muy importante en el mencionado proceso, ya que su concentración aumenta considerablemente en el organismo a nivel vascular, celular, microbiológico e inmunitario durante el embarazo. (Pérez B., Pérez, Araque, Rincón, 2014.).

La secreción de hormonas sexuales femeninas es cíclica, con determinados picos durante el ciclo menstrual; en el embarazo, al final del tercer trimestre, las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona superan en 10 los niveles del ciclo menstrual, de modo que potencialmente el impacto biológico de estas hormonas se incrementa durante el embarazo. Los estrógenos se metabolizan en los tejidos gingivales por acción enzimática que transforma la estrona en estradiol; esta conversión es tres veces mayor en presencia de inflamación, siendo indicativa del grado de inflamación clínica presente. En el tejido gingival existen receptores para estrógenos y progesterona, gracias a los cuales estas hormonas ejercen diversos efectos sobre ellos, ya sea en el epitelio, el tejido conjuntivo o los vasos sanguíneos. La progesterona produce una dilatación de los capilares gingivales, que es la causa de la habitual clínica de la gingivitis del embarazo, también es responsable del aumento del

exudado gingival y la permeabilidad vascular. La progesterona estimula las células endoteliales y disminuye la producción del colágeno, los estrógenos actúan disminuyendo la queratinización del epitelio gingival, inducen la proliferación de fibroblastos y bloquean la degradación del colágeno. Se produce una disminución de la barrera epitelial y mayor respuesta ante los efectos de los irritantes de la placa bacteriana. Durante el embarazo, aumenta la proporción de bacterias anaerobias-aerobias. Múltiples estudios demuestran la proporción aumentada de *Prevotella intermedia* sobre otras especies durante el embarazo, la cual utiliza la progesterona y el estradiol debido a su semejanza estructural con la vitamina K necesaria para su crecimiento. (Méndez-González y Coll, 2008.).

Durante la semana 12 a la 28 hay mayor susceptibilidad a la colonización bacteriana, infección e inflamación por la angiogénesis aumentada, junto con la irritación gingival por factores locales tales como la placa. (Lara-Hernández y Santiago-Montealegre, 2016.).

La Academia Americana de Periodoncia ha publicado una revisión de diversas enfermedades sistémicas para las cuales las enfermedades periodontales podrían ser un potencial factor de riesgo; dentro de éstas se incluyen, prematuridad, bajo peso al nacer, bacteriemias, endocarditis bacteriana y otras. (Organización Panamericana de la Salud, 2004.).

En concordancia con ello, López, Smith y Gutierrez (2002), concluyen que la terapia periodontal en embarazadas reduce significativamente el riesgo de parto pretérmino y nacimiento de recién nacidos con bajo peso en las mujeres afectadas por ese proceso infeccioso. Algunas evidencias apuntan hacia el hecho de que la enfermedad periodontal es un factor de riesgo más para los partos pretérmino y nacimientos de bebés con bajo peso. También se plantea que las embarazadas con periodontopatías, presentan 7 veces más riesgo de parir niños prematuros y muy pequeños.

La enfermedad periodontal es causante, según el estudio realizado por Peña Sisto y cols, de 3,89 % de los casos de nacimientos pretérmino de niños con bajo peso, de modo que resultaría de especial importancia incorporar a los cuidados prenatales, los hábitos de una buena salud periodontal, conociendo que, si el proceso inmunoinflamatorio periodontal está ausente, podrían disminuir los casos en 79,55 % de la población expuesta al problema. (Peña-Sisto, Ortiz-Moncada, Peña-Sisto, Pascual-López, Toirac-Lamarque, 2006.).

2.2.6 Movilidad dental.

Dado que los dientes no están en directo contacto con el hueso alveolar, estos presentan una movilidad fisiológica debido a la presencia del ligamento periodontal. La movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal, trauma por oclusión, ligamentitis, y movimientos ortodónticos. La movilidad dental se mide de la siguiente forma empleando instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestibulolingual:

- *Grado 0:* movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm en dirección horizontal.
- *Grado 1:* movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.
- *Grado 2:* movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.
- *Grado 3:* movimiento en sentido horizontal y vertical. (Botero y Bedoya, 2010.).

Durante el embarazo se presenta de forma generalizada, está relacionada con el grado de enfermedad gingival, ya que perjudica el periodonto mediante cambios minerales en la lámina dura. (Lara-Hernández y Santiago-Montealegre, 2016.).

El organismo en estado de gestación produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones de la gestante para facilitar el parto. Algunos investigadores plantean que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal y provocar una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos de alimentos y el depósito de la placa dentobacteriana entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de estas. Esta movilidad de los dientes se diferencia porque no produce pérdida de la inserción dentaria ni precisa tratamiento y remite posparto, pues es raro que el daño periodontal sea irreversible. (Nápoles-García, Nápoles-Méndez, Moráquez-Perelló, Cano-García, Montes de Oca-García, 2012.).

2.2.7 Granuloma piógeno.

También llamado Epulis del embarazo, se trata de un crecimiento de tipo tumoral que se presenta por lo general durante el segundo o tercer trimestre del embarazo. Su crecimiento es rápido pero rara vez mayor de 2 cm de diámetro. Frecuentemente se presenta en áreas con gingivitis inflamatoria, áreas de irritación recurrente, o como resultado de algún trauma. Es una lesión sésil o pedunculada que generalmente es indolora, el color varía de rojo purpura a azul profundo, según la vascularización de la lesión. La superficie de la lesión puede estar ulcerada y cubierta por exudado amarillento, al tacto se presenta suave, fácilmente sangra. Si

produce molestias, perturba la alineación de los dientes o sangra fácilmente en la masticación, puede ser extirpado. Sin embargo, un granuloma extirpado antes de término puede volver a presentarse. El granuloma disminuirá hasta después del parto, incluso, la extirpación quirúrgica puede ser necesaria para la resolución completa. (Lara-Hernández y Santiago-Montealegre, 2016.).

Se origina en el tejido gingival proximal y tiene una base pedicular. La lesión es más común en el maxilar superior y suele aparece entre 0.2 y 9.6% de los embarazos. (Lindhe y Lang, 2017, cap. 17.).

El granuloma piógeno se desarrolla como resultado de una respuesta inflamatoria exagerada ante un estímulo irritativo, el que, en la mayoría de los casos, es tártaro. Clínicamente corresponde a una masa de crecimiento exofítico que se extiende desde el margen gingival. En general se cree que las hormonas sexuales femeninas desarrollan un factor importante en su patogenia debido a su mayor prevalencia en mujeres con altos niveles hormonales y a la regresión de la lesión luego del parto. Sin embargo, niveles hormonales aumentados en forma aislada, no pueden causar la lesión ya que esta solamente ocurre en sitios con irritantes locales y puede ser prevenida removiendo estos irritantes. (Herane et al., 2014.).

2.2.8 Caries.

Guillen-Vivas (2010) considera que la caries es una enfermedad de origen infeccioso, causada por bacterias (*Streptococcus mutans*) que al encontrar un sustrato favorable en la dieta (hidratos de carbono), acumulado en áreas retentivas del diente, por un tiempo determinado, forma ácidos, que desmineralizan la superficie del diente y que de continuar bajo las mismas condiciones destruye y socava progresivamente los tejidos mineralizados, pudiendo en casos graves afectar a la pulpa.

Rodríguez Chala y López Santana (2003) describen la etiología de la caries como: “el depósito, también denominado placa; una película de productos depositados de saliva y alimentos en los dientes. Esta placa está habitada por un gran número de bacterias disponibles fácilmente para provocar la caries dental. De estas, el asociado con la enfermedad es el *Streptococcus Mutans*. Sin embargo, esta bacteria depende en gran parte de los hidratos de carbono o azúcares para su alimento. A partir de este sustrato, las bacterias producen ácidos, en particular el ácido láctico y enzimas proteolíticas. Los ácidos son la causa principal de la caries, porque las sales de calcio de los dientes se disuelven lentamente en un medio ácido y

una vez que se han absorbido, la matriz orgánica restante es digerida rápidamente por las enzimas proteolíticas; cada vez que se ingiere azúcar los ácidos atacan al esmalte dentario por un tiempo aproximados de 20 minutos por lo que el ataque al ácido es proporcional al tiempo que haya presencia de azúcar”.

La interacción entre la dieta y la caries constituye un aspecto de importancia trascendental porque los alimentos son la fuente de los nutrientes requeridos para el metabolismo de los microorganismos. La caries es una enfermedad infecciosa especial ya que las bacterias dependen de un sustrato externo (azúcares de la dieta). Se deba agregar que la biopelícula expuesta a azúcares produce un descenso del pH que es necesario para la descalcificación permanente del esmalte (curva de Stephan). Es probable que para mantener un grado de descalcificación permanente del esmalte se requiera un descenso sostenido del pH; esta situación puede lograrse fácilmente con un consumo creciente de sacarosa o con alimentos dulces. Los hidratos de carbono ingeridos son transformados por bacterias en polisacáridos extracelulares adhesivos y esto conduce a la adhesión de colonias bacteriana entre sí y a la superficie dental. Las bacterias utilizan los hidratos de carbono como fuente de energía. (Mooney y Barrancos, 2007.).

La incidencia de caries aumenta durante el embarazo o inmediatamente posterior al parto, probablemente se debe a las caries no tratadas previamente, presenta un progreso o exacerbación. (Lara-Hernández y Santiago-Montealegre, 2016.).

A pesar de que hay una convicción general de que el embarazo por sí mismo implica daño para los dientes, no está claro el efecto del embarazo en la iniciación o progresión de la caries dental. Por tanto, no parece que aparezcan más caries durante la gestación que las debidas al abandono de la higiene oral o a la ingesta más frecuente de carbohidratos. El número de microorganismos puede aumentar en el embarazo, coincidiendo con la disminución del pH salival y del efecto buffer. Los cambios en el pH salival antes descritos ocurren en el embarazo ya avanzado y durante la lactancia, pudiendo temporalmente predisponer a la caries y a la erosión dental. (San Martín, Williams, Tsukame, Carstens, Coloma, Lorenzo, Arenas, 2018.).

Se considera que los factores de riesgo que más inciden en las embarazadas son: la dieta cariogénica, la higiene bucal deficiente y el embarazo previo. Las embarazadas que presentan vómitos y pH salival bajo en algún trimestre de gestación pueden verse afectadas por caries

dental. (Pérez-Oviedo, Betancourt-Valladares, Espeso-Nápoles, Miranda-Naranjo y González-Barreras, 2011.).

Díaz-Valdez y Valle-Lizama (2015) consideran que la caries dental es transmitida verticalmente de la madre al hijo. El genotipo del *Streptococcus Mutans* de los niños se equipará al de sus madres en el 70% de las veces. Cuando los dientes emergen en la cavidad bucal se hace receptiva a la colonización. Se cree que la ventana de la inefectividad para adquirir este microorganismo está limitada a los dientes de la primera dentición.

2.2.9 Erosión dental.

De acuerdo con la declaración de principios sobre la erosión dental de la Federación Dental Internacional (FDI) aprobada en el 2007, la erosión dental es un proceso multifactorial que conduce a la pérdida del esmalte y de la dentina, que implica la disolución de ácido en la que no interviene la presencia de bacterias y que puede afectar a todos los grupos de edades.

El origen del ácido puede ser extrínseco a través de alimentos, bebidas y/o fármacos o un origen intrínseco debido a los trastornos orgánicos o psicosomáticos como el reflujo gastroesofágico y bulimia.

Las lesiones lisas y limpias con márgenes redondeados indican que estas lesiones están avanzando activamente; las lesiones con manchas sugieren que están inactivas. Según el nivel de pérdida de estructura dental, puede causar sensibilidad dolor y daño estético.

Desde el punto de vista clínico se describen ciertas características comunes, como son: presentarse tanto en zonas linguales como vestibulares, especialmente en el tercio gingival como pequeñas depresiones o lesiones superficiales más anchas que profundas con forma de disco, cuchara o plato tendido, e irregular tener márgenes lisos y poco definidos exhibiendo la superficie del esmalte pulida y sin brillo. Cuando se presenta en zonas oclusales, lo hace en forma de canaletas o pozos. (Sueldo-Parraguirre, Pesantes-Cruzado, Martucci, Henostroza-Quintans, 2010.).

La erosión dental se va a diferenciar de las abrasiones por estar presentes en la superficie de la mayoría de las piezas dentales especialmente en las caras palatinas de los dientes anteriores. (Mora-Badilla, 2014.).

La pérdida sucesiva de estructura dentaria provocada por el estímulo erosivo prolongado con eventos repetitivos de reblandecimiento del tejido, conducen a la pérdida permanente de volumen, cuya superficie remanente queda ablandada. (De Andrade-Massara y Barbosa-Redua, 2014, cap. 24.).

Los vómitos tienen en su composición gran cantidad de ácido clorhídrico, proveniente de las secreciones gástricas, lo que incrementa la acidez y si además los mecanismos que equilibran el pH salival están deficitarios se favorece aún más la descalcificación del diente. Un medio ácido es señal inequívoca del fallo de los sistemas amortiguadores del equilibrio ácido-base presentes en la saliva; medio favorable para que se produzca con mayor rapidez el ataque y el debilitamiento del esmalte dentario. (Pérez-Oviedo et al., 2011.).

La hiperémesis gravídica es una forma severa de náuseas y vómitos que se producen en 0.3 al 2% de las embarazadas y puede conducir a la pérdida de esmalte dental (perimilólisis) inducida por el ácido. (Lara-Hernández y Santiago-Montealegre, 2016.).

Lorenzo-Puoso, Perez-Sayáns, Suárez-Quintanilla y González-Palanca (2018), consideran que la información publicada sobre hiperémesis gravídica sea factor para provocar erosión dental es muy poca; sin embargo, en las clasificaciones de erosión dental se reflejan como un factor intrínseco del embarazo, rara vez la gestación conduce a erosiones dentales detectables porque es un periodo limitado, solo cuando se ha producido hiperémesis gravídica con vómitos frecuentes durante embarazos sucesivos puede haber signos evidentes de erosión dental.

2.2.10 Infecciones odontogénicas.

El término infecciones odontogénicas se refiere al conjunto de procesos infecciosos que se originan en las estructuras dentarias y periodontales y, desde estas, a las estructuras óseas, a los tejidos blandos orales o a los tejidos cutáneos del territorio cervicofacial. Esta definición comprende los cuadros clínicos de la periodontitis apical, flemón y celulitis de origen odontogénico. En la mayoría de los casos, las infecciones odontogénicas presentan un cuadro clínico de fácil control tras la eliminación de la causa primaria de la infección, el drenaje del material purulento y el tratamiento antibiótico. Las infecciones no deben en ningún caso subvalorarse, ya que, si no se tratan, o si se hace de forma inadecuada, pueden llevar al desarrollo de cuadros clínicos, incluso graves, que requieren la hospitalización del paciente. (Chiapasco, 2004, cap. 6.).

De acuerdo con la etiología las bacterias responsables de las infecciones odontogénicas son las mismas que componen la flora bacteriana oral normal y que causan la caries dentaria o la enfermedad periodontal, suele estar causadas por diferentes especies bacterianas y, en particular, por una combinación de bacterias aerobias y anaerobias. Inicialmente, la patogenia de las infecciones odontogénicas es debida a la colonización bacteriana de la región periapical, que puede producirse por diversas causas:

- *Necrosis pulpar causada por caries dental:* las bacterias presentes en una lesión cariosa, después de causar pulpitis irreversible y, por tanto, necrosis de la pulpa dentaria, puede penetrar en el sistema de conductos y alcanzar la región del periápice por vía ortógrada. Se trata de la modalidad más común de contaminación.
- *Necrosis pulpar por enfermedad periodontal:* la infección del periápice puede producirse también a través de una profunda bolsa periodontal. La contaminación y necrosis se producen por vía retrograda.
- *Necrosis pulpar de origen traumático:* la necrosis pulpar también puede ser debida a traumatismos oclusales, microtraumatismos repetidos (bruxismo), o a la interrupción del fascículo vasculonervioso apical asociada a traumatismos dentarios, fracturas dentoalveolares y fracturas de los maxilares.
- *Contaminación del ápice por vía retrograda:* la infección del periápice con la sucesiva necrosis pulpar también puede producirse por contigüidad con infecciones que incluyen las estructuras anatómicas adyacentes.
- *Pericoronitis:* infección asociada a una incompleta erupción dentaria. La proliferación bacteriana sucede inicialmente en el espacio comprendido entre la corona del diente semi-incluido y los tejidos blandos que lo rodean y se extienden con posterioridad, en las formas más graves, a los tejidos blandos.
- *Infecciones iatrogénicas:* cuando no se aplican correctamente los principios quirúrgicos generales y la adecuada norma de asepsia tiene un riesgo potencial de causar un cuadro infeccioso. (Chiapasco, 2004, cap. 6.).

En el caso específico de las infecciones periapicales, que son las más comunes, una elevada virulencia determinara un absceso periapical agudo, mientras que una baja virulencia llevara a la formación de un granuloma apical. Si el absceso periapical, o periodontitis apical aguda, no se trata inmediatamente (mediante terapia pulpar o de conductos, o avulsión del diente) la infección supera la cortical ósea y el periostio, se propaga a los tejidos blandos circundantes y

ocasiona los cuadros clínicos del flemón, la celulitis o el absceso. También es frecuente la fistulización a la mucosa oral, o más raramente cutánea, en la evolución del absceso periapical. El granuloma periapical puede permanecer como tal o transformarse en un quiste radicular o bien, sufrir reagudización del proceso infeccioso, con una conversión del cuadro crónico de granuloma y del quiste radicular en un cuadro agudo de absceso periapical. (Chiapasco, 2004, cap. 6.).

Los síntomas clínicos típicos de absceso periodontal son dolor, tumefacción, supuración, hemorragia al sondeo y movilidad del diente afectado. Puede haber signos y síntomas sistémicos, como linfadenopatía y cantidad elevada de leucocitos. Las investigaciones revelan que en abscesos periodontales se hallan bacterias reconocidas como patógenos periodontales en cantidades considerables. Estos microorganismos son *F. nucleatum*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*, *P. micros* y *B. forsythii*. (Carranza y Newman, 1998, cap. 6, pág. 113.).

No hay duda de que la administración de cualquier medicamento presupone siempre un riesgo potencial para el nuevo ser en desarrollo. Por otro lado, el tratamiento dental de una mujer embarazada que presenta dolor e infección debe realizarse sin demora, sin importar el tiempo de evolución del embarazo. Además de resolver la urgencia de la madre es importante erradicar la infección, ya que como regla general los riesgos de bacteriemia o septicemia son mayores para el feto que los peligros de la toxicidad que un antibiótico pueda tener en él. Antes de prescribir un antibiótico a una mujer embarazada es necesario:

1. Elaborar una historia clínica, evaluar el tiempo de gestación, los antecedentes familiares de malformaciones congénitas, los antecedentes personales patológicos, si padece complicaciones del embarazo, si tiene antecedentes de abortos espontáneos, alergias, enfermedades crónicas que puedan alterar las defensas del huésped o complicaciones del embarazo por las que pudieran recibir medicamentos que pudieran potenciar una acción teratógena o tener una interacción adversa o antagonista con los antimicrobianos o poner en riesgo la salud de la paciente. (Estos datos son de suma importancia para decidir sobre la conveniencia de dar o no el tratamiento con antimicrobianos o de la necesidad de una comunicación con el obstetra antes de prescribirlos).
2. Eliminar la causa, realizar el acceso endodóntico y si es posible drenar la lesión.

3. Finalmente prescribir un antibiótico (la antibioticoterapia no está indicada, al menos de manera rutinaria en: pacientes con edema posquirúrgico, dolor producido por pulpitis o trauma).
4. Dar seguimiento al paciente, en términos generales se espera que a las 48 horas la sintomatología desaparezca. (Calleja-Quevedo, Gómez-Clavel, García-Hernández, 2002.).

Como regla, durante el embarazo debe evitarse cualquier fármaco innecesario. Cuando sea necesario su uso se debe valorar en cada caso el binomio beneficio-riesgo teniendo en cuenta el diagnóstico, tratamiento, el beneficio que representa para la madre, el riesgo de efectos teratógenos y otras alteraciones adversas para el feto, así como medicamentos alternativos que posean un mejor binomio beneficio-riesgo. (Duarte-Tencio, 2011.).

Para la utilización de fármacos en el embarazo es importante evitar la inducción de alteraciones en el producto de gestación y la generación de ansiedad materna después de la exposición a medicamentos que puedan conducir a la mujer a considerar la terminación del embarazo. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.).

2.2.11 Sensibilidad dental.

La sensibilidad dental o hipersensibilidad dentinaria (HSD) se define como un dolor agudo, de corta duración, que se presenta cuando la dentina responde a un estímulo térmico, químico o físico, y que no se puede atribuir a ninguna otra patología. (Chu, 2010.).

La sensibilidad está causada por los túbulos dentinarios abiertos que comunican a la pulpa con la cavidad oral y su grado de sensibilidad está influenciado por el número y tamaño de los túbulos abiertos. Su origen es multifactorial y el tratamiento para dicho proceso es poco satisfactorio a pesar de haberse usado múltiples métodos para este fin. La fuerte respuesta dentinal se manifiesta como dolor, el cual es de tipo agudo, palpitante y quemante originado en un estímulo nocivo que activa nervios específicos, transmitiendo la sensación hacia el sistema nervioso central, donde es interpretado como dolor. Los casos graves de sensibilidad pueden motivar un cambio emocional y alterar el estilo de vida de las personas afectadas. Los estímulos que desencadenan principalmente el dolor son estímulos térmicos como el aire, frío y calor; estímulos químicos como alimentos dulces, ácidos y cítricos; y estímulos mecánicos

como el cepillado dental, hábitos orales, instrumentos dentales, retenedores de dentaduras parciales removibles y el blanqueamiento dental. (Ardila-Medina, 2008)

Se debe tener en cuenta que también unas restauraciones insuficientes, obturaciones defectuosas o fracturadas, el ajuste deficiente de restauraciones indirectas (inlays, coronas, puentes) y lesiones cariosas pueden manifestar síntomas similares. (Gernhardt, 2011)

La dentina puede auto-desensibilizarse naturalmente por la mineralización peritubular y por la adhesión de componentes de la saliva sobre los túbulos dentinarios. La oclusión natural de la dentina peritubular por los cristales de calcio, es la forma fisiológica como el diente minimiza la sensibilidad dentinaria, de esta forma, disminuirá el movimiento del fluido intratubular y según la teoría hidrodinámica, reducirá el dolor que pueda ocasionar el estímulo externo aplicado. (Ardila-Medina, 2008)

En la actualidad, aún se investiga el mecanismo exacto que provoca la hipersensibilidad dentinaria.

2.2.12 Otros cambios bucales dependientes del embarazo.

Se puede presentar alteraciones de tejidos blandos: extraoralmente, se encuentran con frecuencia en labios secos y fisurados; con queilitis angular. En las alteraciones de la mucosa oral de la gestante se muestra reseca y fisurada, lo que conlleva a sobreinfección por herpes o por cándida; y la mucosa orofaríngea se muestra congestiva, hay sialorrea y olor desagradable. (Bouza-Vera, Martínez-Abreu, Carménate-Rodríguez, Betancourt-González, García-Nicieza, 2016.).

2.3 MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA EMBARAZADA.

Para realizar una correcta atención odontológica a pacientes embarazadas en el primer nivel de atención, los procedimientos para el manejo de la paciente gestante en la consulta odontológica deben ser seguros.

2.3.1 Historia clínica.

La atención de la embarazada debe de iniciar con el correcto llenado de la historia clínica de manera exhaustiva, mediante la cual evaluaremos riesgos: complicaciones previas, abortos, embarazos de alto riesgo, entre otros.

De acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, la historia clínica deberá contener datos como: fecha, hora, nombre completo y firma de quien la elabora, exploración física, diagnóstico y tratamiento, en el orden siguiente:

- Ficha de identificación del paciente.
- Antecedentes heredofamiliares.
- Antecedentes personales patológicos.
- Antecedentes personales no patológicos, incluyendo exfumador, exalcohólico y exadicto, actualmente se sugiere preferencias sexuales.
- Padecimiento actual, incluyendo tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Signos vitales
- Exploración intra y extraoral
- Odontograma.
- Diagnóstico.
- Plan de tratamiento.
- Firma de aceptación del paciente.

2.3.2 Consentimiento informado.

Después de haber realizado una minuciosa historia clínica, se proporcionará información y explicación de riesgos y expectativas para tener en claro los riesgos previstos y los no previstos de los procedimientos y tratamientos a realizarse, esta previa información nos evitará caer en falsas expectativas o expectativas insatisfechas.

Al consentimiento informado le debe anteceder una amplia explicación oral estableciendo una comunicación asertiva, y valiéndose de dibujos, esquemas, modelos de estudio, modelos figurados, fotos o cualquier auxiliar que consideremos útil, para poder así agotar todas las

dudas previas antes que la paciente firme el consentimiento informado y con ello reducir el margen de error y fallas en la información.

2.3.3 Nota de evolución.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, conforme se amplían los estudios y/o desarrolla el tratamiento, éste se documenta en el expediente clínico a través de las notas médicas, cuyas principales características se transcriben textualmente de la NOM:

- 5.9.** Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo, y en su caso, número de cama o expediente.
- 5.10.** Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso, de quien la elabora; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 5.11.** Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

6.2. Nota de evolución.

Deberá elaborarla el dentista cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio.

Describirá lo siguiente:

- 6.2.1. Evolución y actualización del cuadro clínico.
- 6.2.2. Signos vitales, según se considere necesario.
- 6.2.3. Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- 6.2.4. Diagnósticos o problemas clínicos.
- 6.2.5 Pronostico.
- 6.2.6 Tratamientos e indicaciones médicas, en caso de medicamentos, señalar como mínimo: dosis, vía y periodicidad.

Se utiliza el formato SOAP, por sus siglas en inglés (Subjective, Objective, Assessment, Plan) de forma estandarizada y ordenada.

Cantale, en 2003, describió la estructura de las notas de evolución bajo el formato SOAP de la siguiente forma:

- **Sección Subjetiva (S):** aquí se consignarán los datos recogidos en el interrogatorio, incluirá la etiología o el mecanismo de la lesión, la queja principal, los síntomas, la descripción del dolor y el historial pasado.
- **Sección Objetiva (O):** se registrarán en este apartado los datos positivos del examen clínico, las observaciones clínicas que se realizan, se pueden resumir el listado de daños, así como también los datos negativos que se consideren importantes.
- **Sección de Análisis (A):** en esta sección debe incluirse el diagnóstico posible, si aún no se ha realizado un diagnóstico concluyente, pueden plantearse diagnósticos posibles; se debe proporcionar la información de las pruebas diagnósticas solicitadas, por ejemplo, radiografías, análisis médicos y derivaciones a otros especialistas o interconsultas.
- **Sección Plan (P):** esta sección es la planificación que se tomará: plan de diagnóstico, plan terapéutico, plan de seguimiento y plan de educación; incluirá las medidas y tratamientos, debe mencionar medicación, procedimientos, indicaciones y tratamientos a corto, mediano y largo plazo.

2.3.4 Posición del sillón dental por trimestre.

Durante la atención odontológica de la embarazada es de mucha importancia la posición de la paciente, por ello basándonos en investigaciones realizadas por Lara Hernández y Santiago Montealegre (2016) es recomendable que las posiciones del sillón varíen dependiendo el trimestre de embarazo:

- **Primer trimestre:** 165° aproximadamente.
Durante este trimestre la posición casi no sufre cambios.
- **Segundo trimestre:** 150° aproximadamente.
Durante este trimestre los cambios, sobre todo en los sistemas respiratorio y cardiovascular, comienzan a exacerbarse.
- **Tercer trimestre:** 135° aproximadamente.
Este trimestre es el más complicado para la gestante, para reducir el riesgo de hipotensión, se coloca una pequeña almohada bajo la cadera derecha de la paciente y asegurar que la cabeza se eleve por encima de las piernas. Si una paciente se siente mareada, débil o sufre de escalofríos se debe de cambiar la posición hacia su lado izquierdo para aliviar la presión y restablecer la circulación.

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

2.3.5 Estudios radiográficos.

No se ha contraindicado el uso de rayos x, de acuerdo con diferentes autores, ya que la radiación que se produce es mínima, pese a esto se deben de tomar precauciones como el uso de mandil de plomo y collar tiroideo. Cabe mencionar que la mayor susceptibilidad del feto ocurre entre las semanas 2 y 8 de gestación. (Lara-Hernández, Santiago-Montealegre, 2016)

Sin embargo, Duarte-Tencio (2011) menciona que se debe valorar el beneficio-riesgo cuando se precisen radiografías para un diagnóstico urgente, así como el uso de delantal de plomo, películas extra rápidas, el uso de colimador que evite radiaciones secundarias, posicionadores y aparatos de cono largo.

2.3.6 Plan de tratamiento.

La atención de la embarazada comienza realizando la historia clínica, identificando la edad gestacional, exploración, rayos X, diagnóstico, detección de focos de infección y plan de tratamiento. Este se llevará a cabo de acuerdo a cada trimestre de gestación (cuadro 1), priorizando la detección de los focos de infección. (Fernández-García, Chávez-Medrano, 2010).

CUADRO 1. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA PACIENTE EMBARAZADA POR TRIMESTRES.

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa • Instrucciones de higiene oral • Profilaxis y curetajes simples. • Tratamientos de emergencia solamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa. • Instrucciones de higiene oral. • Profilaxis y curetajes simples. • Tratamiento dental de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa. • Instrucciones de higiene oral. • Profilaxis y curetajes simples. • Tratamiento dental de emergencia solamente.

La paciente debe realizar visitas dentales de rutina, ser instruida a cepillarse los dientes con pasta dental fluorada e indicar el uso diario de hilo dental o cepillo interdental, utilizar enjuague bucal sin alcohol, comer saludable y reducir al mínimo el consumo de azúcar.

Todos los procedimientos quirúrgicos electivos deben programarse hasta después del parto.

La edad gestacional es importante para iniciar el tratamiento dental y tratamientos indicados por trimestre.

Lara-Hernández y Santiago-Montealegre (2016), recomiendan que la etapa más segura sea el segundo trimestre del embarazo, durante la semana 13 y 28, la atención odontológica de la embarazada deberá de tomarse en cuenta el trimestre de gestación y los procedimientos a realizar:

- Primer trimestre: Durante el primer trimestre se debe de educar a la paciente sobre los cambios orales, hacer énfasis en la prevención, dar instrucciones estrictas con respecto a la higiene bucal, controlar las infecciones, si es posible, limitar el tratamiento a profilaxis, detartrajes supragingivales y tratamientos no invasivos (Cuadro 2).
- Segundo trimestre: Es más seguro realizar operatoria dental durante este trimestre, seguir reforzando las instrucciones higiene oral y control de placa, se puede realizar detartraje, pulido, curetajes, operatoria dental e incluso extracciones. Es importante poder controlar la enfermedad periodontal durante este trimestre (Cuadro 2).
- Tercer trimestre: A pesar que no se han descrito riesgos para el feto durante este trimestre, la embarazada puede presentar una alta incomodidad, por lo que se considera que es el trimestre más difícil, recomendablemente realizar citas cortas, mantener comodidad utilizando inclinación adecuada del sillón dental. Se continuará con la instrucción de higiene bucal y control de placa, en este semestre se pueden realizar detartrajes, pulido y curetajes (Cuadro 2).

CUADRO 2. TRATAMIENTOS INDICADOS DURANTE CADA TRIMESTRE.

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
<ul style="list-style-type: none">• Drenaje de abscesos.• Neutralización de conductos.• Tratamiento endodóntico.• Usos de antibióticos para control de infecciones.• Exodoncias obligatorias.• Operatoria dental.	<ul style="list-style-type: none">• Drenaje de abscesos.• Tratamientos endodónticos.• Exodoncias.• Operatoria dental.• Uso de antibióticos para control de infecciones.	<ul style="list-style-type: none">• Antibióticos para control de infecciones.• Exodoncias obligatorias.• Operatoria dental.

Fernández y Chávez (2010), hacen hincapié en que se debe realizar eliminación de caries y obturación del órgano dental en una sola cita, así como evitar la colocación de obturaciones temporales; en tratamientos de conductos se debe instrumentar con precaución para evitar perforaciones de ápices y condicionar bacteriemias transitorias, en caso de abscesos periapicales y periodontales, realizar de inmediato tratamiento indicado.

2.3.7 Farmacología.

El objetivo de la farmacología durante el embarazo es combatir infecciones y evitar reacciones adversas en madre y feto. La Food and Drug Administration (FDA) creó una clasificación para los medicamentos proporcionando las directrices definitivas para la prescripción durante el embarazo evaluando el riesgo fetal dividiendo los fármacos en 5 categorías (Cuadro 3).

CUADRO 3. CATEGORÍAS FARMACOLÓGICAS SIN RIESGO FETAL, SEGÚN LA FOOD AND DRUGS ADMINISTRATION.

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.

De acuerdo con Gómez Clavel y Calleja Quevedo (1999), los medicamentos que generalmente prescribimos los odontólogos (Cuadro 4) y que pudieran ser utilizados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales y de estos grupos farmacológicos existen medicamentos de la categoría A que son fármacos que de acuerdo a la indicación y la dosis pueden ser usados con seguridad en el embarazo, según la European Community Committee on Proprietary Medicinal Products (Cuadro 5), ningún antiinflamatorio aparece en esta lista.

CUADRO 4. LISTA DE FÁRMACOS QUE DE ACUERDO A LA INDICACIÓN Y LA DOSIS PUEDEN SER USADOS CON SEGURIDAD DURANTE EL EMBARAZO.

COMMITTEE OF PROPRIETARY MEDICINAL PRODUCTS. EUROPEAN COMMUNITY; 1991.

Sólo se incluyen los fármacos que utilizan los dentistas

- | | | |
|---------------------------|----------------|----------------------|
| • Anfotericina B (tópica) | • Lidocaína | • Cefalosporinas |
| • Eritromicina | • Bupivacaína | • Nistatina (tópica) |
| • Ampicilina | • Lincomicina | • Codeína |
| • Fenoximetilpenicilina | • Clorhexidina | • Paracetamol |
| • Amoxicilina | • Mepivacaína | |

CUADRO 5. CATEGORIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS EN EL EMBARAZO PROPUESTO POR LA EUROPEAN COMMUNITY COMMITTEE ON PROPRIETARY MEDICINAL PRODUCTS

Categoría	Descripción.
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.
B	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y la salud del feto y del neonato.
C	Este fármaco no aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daño por sus efectos farmacológicos.
D	Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y recién nacido.

Fernández-García y Chávez-Medrano (2010), menciona que, de acuerdo a la FDA no existen fármacos que utilizamos los dentistas con clasificación A. Actualmente solo hay antibióticos de categorías B y C y los fármacos de categoría B se creen relativamente seguros para utilizar durante el embarazo, por lo que describen los medicamentos que se pueden prescribir para dar tratamiento óptimo y asegurar que también el feto está siendo protegido al no utilizar fármacos teratogénos, de la siguiente manera:

2.3.7.1 Antibióticos.

- *Ampicilina*: antibiótico bactericida penicilínico semisintético, de amplio espectro y activo vía oral. No cruza la barrera placentaria y durante el embarazo es eliminada por vía urinaria dos veces más rápido, por lo que en infecciones sistémicas la dosis utilizada suele ser el doble que la que se utiliza en mujeres no gestantes. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)
- *Amoxicilina*: antibiótico de amplio espectro tanto para microorganismo Gram+ como Gram-. Está contraindicado en pacientes alérgicos a las penicilinas; se considera fármaco seguro durante el embarazo; se puede excretar en la leche materna en pequeñas cantidades y puede producir salpullido, diarrea o superinfecciones en los lactantes. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)

- *Cefalosporinas*: antibióticos especialmente útiles para el tratamiento de infecciones en el embarazo. Todas atraviesan la barrera placentaria y su vida media puede ser más corta en el embarazo por el aumento de la filtración renal. Son medicamentos de primera elección en el embarazo, por su categoría B según la FDA. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)
- *Eritromicina*: antibiótico de elección cuando se presenta alergia a las penicilinas, de uso muy seguro en el embarazo, suele unirse a proteínas, y por ello, se alcanzan cifras bajas en el feto; debe evitarse la sal de estolato de Eritromicina, ya que se ha encontrado que produce hepatotoxicidad materna. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)
- *Tetraciclinas*: se depositan en los tejidos mineralizados tiñendo de color café el esmalte dentario. El uso de las mismas durante el desarrollo dental (entre 4 y 5 mes de gestación, lactancia y niños menores de 8 años) puede causar decoloración permanente de los dientes, sobre todo en mantenimientos prolongados. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)
- *Clindamicina*: pertenece al grupo de macrólidos y lincosamidas. Está indicado en tratamiento de infecciones recurrentes causadas por gérmenes sensibles y que no responden a antibióticos de primera elección, infecciones graves por anaerobios e infecciones por *Chlamydia*. Este fármaco atraviesa la placenta; no se ha establecido la seguridad de su uso durante el embarazo, por lo que no se recomienda durante el embarazo y en recién nacidos, a no ser que un médico lo considere conveniente al evaluar el riesgo beneficio. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)

2.3.7.2 Analgésicos.

- *Acetaminofén*: analgésico y antipirético de elección en el embarazo, a dosis terapéuticas y por corto tiempo es inocuo, atraviesa la placenta; pero su acción teratógena no está comprobada; la sobre dosis materna puede generar alteraciones renales fetales y/o necrosis hepática. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)
- *Ácido acetil-salicílico*: se ha asociado con la incidencia de fisuras bucales, muerte intrauterina, retardo del crecimiento e hipertensión pulmonar; el mecanismo expuesto para explicar estos hallazgos es por la inhibición de prostaglandinas. Las compañías farmacéuticas que fabrican AINES indican que estos fármacos no deben usarse durante el embarazo. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)

2.3.7.3 Anestésicos locales.

Los anestésicos no están contraindicados, sin embargo, existen consideraciones para su uso. El anestésico de elección para embarazadas y madres lactantes es la lidocaína ya que es el más estudiado y el que menos se asocia con complicaciones médicas. Tampoco está contraindicado el uso de vasoconstrictores. Evitar el uso de estos podría acortar la duración de la acción, lo que limitará el tiempo de consulta, e inducirá estrés y dolor dental o psicológico. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)

- *Lidocaína*: es el anestésico de elección en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)
- *Bupivacaína*: tiene menor 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 mínimo de trabajo en metabolizar este agente. (Fernández-García y Chávez-Medrano, 2010.)

El trabajo en equipo entre el médico responsable y el odontólogo será fundamental ya que además de prevenir enfermedades bucales permitirá un manejo apropiado de las urgencias orales.

La atención humanizada que reciba la gestante de todos los involucrados en el equipo de salud, se traduce en múltiples beneficios para la salud de la mujer y la de su hijo, por lo que el cirujano dentista debe ser sensible a todos los cambios que se presentan en este tipo de pacientes.

Un nivel de conocimientos alto puede condicionar en el individuo hábitos y prácticas favorables como son la higiene bucal, dieta saludable, no hábitos nocivos, entre otros, que se traducirán en una mejor salud bucal.

Juan Manuel Briseño Cerda (2006) hace referencia que el origen de la práctica médica y en este caso de la práctica odontológica, está en la motivación y/o necesidad del ser humano para buscar y solicitar un servicio profesional.

Entre las motivaciones-necesidades más frecuentes de los pacientes se encuentra en primer término el dolor, o molestia crónica, la falta o disminución de alguna función, urgencias traumáticas, estética, solicitar una segunda opinión, reparar una iatrogenia, un tratamiento anterior no terminado o el estatus laboral y/o social, entre otras cosas.

Las estrategias educativas que tienden a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República Mexicana, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes como una población que amerita atención especial. Sin embargo, y a pesar de esto, el paso de los tiempos ha demostrado que en el grupo de embarazadas existen creencias y prácticas que no aceptan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja, a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario.

La atención bucal en esta etapa, así como el aumento de labilidad emocional y las presiones socio-económicas y culturales que rodean a una gestante, se suman a los cambios fisiológicos inherentes de la gestación, y hacen de la mujer embarazada una paciente a quien el cirujano dentista debe brindar dentro del consultorio dental una atención preventiva y terapéutica que no solo abarque aspectos estomatológicos, sino comprometer y ampliar su perspectiva hasta el ámbito perinatal.

En la investigación realizada por Díaz-Valdez y Valle-Lizama (2015) hacen mención que diversos autores plantean que el periodo de gravidez es el ideal para orientar a las madres, pues se encuentran más motivadas, susceptibles y receptivas a cambios de actitud y comportamiento para recibir información y ser educados sobre la salud bucal.

Por su magnitud, las enfermedades bucales constituyen un problema en la paciente embarazada que depende en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas siempre que sea posible.

Rodríguez-Calzadilla, Delgado-Méndez (1996), consideran que el desarrollo y aparición de enfermedades bucodentales es multifactorial, es decir, los factores biológicos son esenciales para la aparición de enfermedades bucales, el comportamiento endémico de muchas de ellas, demuestra la presencia de hábitos culturales y tradicionales que están muy presentes en el estilo de vida personal y comunitaria, así como el nivel socioeconómico y educacional de cada paciente embarazada.

2.4 DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES BUCALES EN MEXICO.

De acuerdo a lo que menciona Orozco-Núñez, González-Block, Kageyama-Escobar y Hernández-Prado (2009), desde el año 2001, las medidas preventivas que aplica la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) en la República Mexicana durante el embarazo, se realizan a través del programa “Arranque parejo en la vida”, el cual fue retomado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y en el plan 2013-2018, en el que una de las metas fue dar continuidad a las políticas de salud materna y perinatal encaminadas a impedir que se produzcan trastornos físicos y mentales.

Díaz-Romero et al., (2013) describen que dicho programa, señala que las acciones preventivas se deben llevar a cabo a través de dos estrategias principales:

1. La Prevención Primaria, que incluye toda acción orientada a evitar la aparición de anomalías, enfermedades y alteraciones que tiendan a producir nacimientos defectuosos y de riesgo para la madre. Es necesario que estas acciones se inicien antes del embarazo.
2. La Prevención Secundaria, que consiste en tomar medidas orientadas hacia el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de todas las enfermedades y sus repercusiones en la madre y en el feto. El momento indicado para llevar a cabo estas acciones es durante los meses del embarazo, cuando se sospeche por síntomas, datos clínicos, análisis clínicos o ecográficos, la presencia de una alteración patológica.
(Díaz-Romero, Robles-Andrade, Espino y Sosa. 2013)

México, al igual que muchos países, la secretaria de Salud y Asistencia (SSA) mediante Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) ha buscado alternativas para determinar el estado de la salud bucal cuando los recursos son limitados sin afectar la calidad de la información, los resultados que ofrece en el año 2018 concluyen:

“La prevalencia de caries dental es una medida primordial de la salud bucal y un indicador de las perspectivas a largo plazo para una dentición natural y funcional. En el total de la población examinada la prevalencia de caries dental fue 92.6%. Así mismo se estudió la prevalencia de caries en relación con la edad, encontrándose que en todos los grupos de edad

ésta fue elevada, superior a 82.5%, sin embargo, en la población a partir de los 40 años la prevalencia fue superior a 95%.”

“No obstante, la vigilancia de la enfermedad periodontal ha sido complicada la implementación y el mantenimiento, debido en gran parte a las diferentes definiciones operacionales y los recursos que se necesitan para ello. El estado periodontal de 41,814 usuarios de 18, 35 a 44 y 65 a 74 años de edad, de los servicios de salud se estratificó por edad y entidad federativa y se evaluó según el Índice Periodontal Comunitario (IPC) bajo los criterios de la OMS. El porcentaje de pacientes sanos fue del 60.1% a la edad de 18 años, que disminuyó significativamente en pacientes de 35 a 44 años de edad, solo un 42.5% mostró un periodonto sano. A la edad de 65 a 74 años una proporción menor de usuarios, el 34.3%, cuentan con un periodonto sano.”

Uno de los problemas bucales que afecta a muchas mujeres embarazadas es la enfermedad periodontal, ésta es una condición inflamatoria destructiva de la encía y el hueso que soporta los dientes. Algunos estudios han mostrado que las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal severa aumentan los efectos adversos. Estos incluyen: parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer y preeclampsia. Estos riesgos aumentan en las mujeres que fuman, la experiencia de las deficiencias nutricionales, o visitas menos frecuentes al dentista.

Los estudios sugieren que las madres con enfermedad periodontal severa tienen hasta siete veces más riesgo de tener un bebé prematuro de bajo peso al nacer. De acuerdo a las cifras del SIVEPAB 2012 solo el 47.5% de las mujeres embarazadas de 15 a 44 años tienen un periodonto sano y el 2.1% de las mujeres embarazadas tienen enfermedad periodontal severa.

Conforme al SIVEPAB 2012 el 46% de las mujeres embarazadas tienen un alto nivel de caries no tratada (seis o más dientes no tratados) y el 2.4% de las mujeres embarazadas tienen un alto porcentaje de dientes perdidos (cinco o más dientes perdidos). Por lo que, es indispensable cuidar el binomio madre-hijo a fin de reducir el riesgo de Caries en la Infancia Temprana.

Los resultados del SIVEPAB 2018 concluyen que el panorama de salud bucal de la población usuaria de los servicios de salud no ha cambiado importantemente a través de los diez años que esta publicación tiene. Sin embargo, esta información es un indicador del impacto que han tenido las intervenciones que cada entidad ha escogido para la prevención y promoción de la salud bucal de su población.

Durante el taller de capacitación del proyecto “Salud Oral y Factores de Riesgo” (SOFAR) en Chiapas (2017), que se llevó a cabo del 23 al 25 de noviembre 2016; como iniciativa de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en el 2014 se llevó a cabo, como prueba piloto en el estado de Tlaxcala, en el 2015 se capacitó: Tamaulipas, Yucatán y Guanajuato y en el 2016: Estado de México, Ciudad de México, Nayarit, Michoacán, Durango y como decimo estado donde se implementó el taller Chiapas, se hizo mención que de acuerdo al SIVEPAB 2015; los datos epidemiológicos en el estado de Chiapas son:

- 8 de cada 10 niños y adolescentes tienen caries dental.
- 1 de cada 10 niños y adolescentes padecen enfermedad periodontal.
- 40% de niños de 3 a 5 años presentan caries dental severa.
- 3 adolescentes de 10 a 14 años de edad tienen dientes afectados por caries dental.
- 94% en etapa adulta presentan caries dental.
- 4 de cada 10 adultos padecen enfermedad periodontal.
- 4 de cada 10 adultos mayores no tienen boca funcional para hablar y comer.
- 73% es el índice de necesidad de tratamiento en la población usuaria.

De acuerdo al Análisis Funcional de la Cuenta Pública del Cuarto Trimestre del 2019, mediante el proyecto Promoción y Atención a la Salud Bucal, desarrollado por la Dirección de Salud Pública del Instituto de Salud de Chiapas, se otorgó atención odontológica en unidades de salud fija y móviles que cuentan con equipo dental realizando acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades bucales para mejorar la calidad de vida en el que se otorgaron 213,227 consultas odontológicas que beneficiaron a 118,346 personas.

López-Pérez, Díaz-Romero, Barranco-Jaubert, Borges-Yáñez y Ávila-Rosas (1996); examinaron pacientes gestantes para determinar la prevalencia de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal en gestantes no diabéticas, diabéticas tipo II y diabéticas gestacionales se encontró una prevalencia de caries dental fue de 100% en los tres grupos y en cuanto la enfermedad periodontal, las diabéticas tipo II tuvieron mayor prevalencia (12.5%) con diferencia significativa en relación con las no diabéticas (3.75%) y las diabéticas gestacionales (0%).

Moreno, Xiong, Buekens y Padilla (2008) examinaron una muestra de 29 mujeres primigestas en Celaya, Guanajuato, detectaron en promedio 12.1 piezas dentales con caries por paciente,

una prevalencia de 72.4% para enfermedad periodontal leve y 13.8% de la severa, así como el predominio del 100% de placa bacteriana en el 44.8% de las personas de la muestra.

De acuerdo con la OMS (2018), las enfermedades bucodentales como la caries dental, las periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral y los cánceres orofaríngeos, las enfermedades bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos orodentales son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general:

- La caries y los problemas periodontales son las enfermedades bucodentales más frecuentes.
- La caries aparece entre el 60%-90% de todos jóvenes en edad escolar.
- Entre el 5% y el 20% de los adultos, dependiendo de la zona geográfica, tiene una probabilidad muy elevada de perder alguna pieza dental derivada de alguna enfermedad grave periodontal.
- La media del cáncer bucodental oscila entre 1 y 10 habitantes por cada 100,000 casos estudiados.
- El VIH desemboca hasta en la mitad de los casos en infecciones bucodentales, lo que lo convierte en una de las enfermedades con mayor relación entre las enfermedades bucodentales.

CAPITULO III. OBJETIVOS.



3.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar la prevalencia de enfermedades bucales en pacientes de control prenatal que acuden a consulta en el primer nivel de atención en el Centro de Salud Santa Cruz en el periodo comprendido de septiembre de 2019 a febrero de 2020.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la prevalencia de enfermedades bucales más frecuentes en pacientes embarazadas que acuden a consulta odontológica.
- Identificar el trimestre de gestación donde hay más frecuencia de enfermedades bucales.
- Clasificar las edades de las pacientes embarazadas que presentan mayor frecuencia de enfermedades bucales.
- Determinar las causas y hábitos bucales que afectan a la salud oral de la paciente embarazada.
- Conocer el nivel de conocimientos de salud bucal que tienen las embarazadas de diferentes edades.
- Determinar las creencias de las participantes en relación con la salud bucal y el embarazo.

CAPITULO IV. MATERIAL Y METODO.



4.1 DISEÑO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio que se realizó en esta investigación es de tipo transversal, diseñado para determinar prevalencias de enfermedades bucales en pacientes de control prenatal en el primer nivel de atención que acuden a consulta odontológica en el Centro de Salud Santa Cruz 2NB de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

4.2 DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO.

Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Santa Cruz 2NB perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria Número 1 del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, ubicado en la calle Luis Vélez Chacón esquina con Av. Santa Cecilia, Colonia Santa Cruz, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Dicho Centro de Salud brinda atención integral a pacientes ambulatorios con turnos de atención matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y fines de semana y días festivos, cuenta con áreas para la atención de servicios de: consultorios médicos de consulta externa, central de enfermería, área de trabajo social, consultorio de odontología, consultorio de nutrición, consultorio de psicología, consultorio de salud de la mujer, área de vacunación, área de hidratación oral, archivo clínico, farmacia y sala de espera.

El consultorio de odontología cuenta con: escritorio y silla, silla para paciente, sillón dental hidráulico y taburete, aparato de rayos X, caja de revelado, cavitron, autoclave, esterilizador de calor seco, vitrinas de almacenamiento de material odontológico, archivero, contenedores de RPBI, lavabo con servicio de agua y drenaje y área climatizada.

4.3 POBLACION.

El Centro de Salud Santa Cruz 2NB atiende aproximadamente un promedio de 88 embarazadas mensualmente entre las cuales un promedio de 13 embarazadas aproximadamente son ingresadas para iniciar control prenatal y que posteriormente acuden de forma subsecuente a su control prenatal, en el periodo comprendido de septiembre de 2019 a febrero de 2020 la población estimada registrada correspondió a 161 embarazadas atendidas en los tres diferentes turnos de atención.

4.4 MUESTRA

4.4.1 Selección y tamaño de muestra

Se realizó el censo y selección, en el que las participantes debieron cumplir con los criterios de inclusión, se obtuvo un número de 31 embarazadas, que fueron captadas en la atención del turno matutino.

Las 31 embarazadas fueron seleccionadas del total de embarazadas inscritas y atendidas en el Centro de Salud Santa Cruz 2 NB por primera vez en el periodo comprendido de septiembre de 2019 a febrero de 2020 en control prenatal.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

4.5.1 Criterios de inclusión.

- Todas las embarazadas que acudieran a control prenatal médico y odontológico del turno matutino, que estuvieran dispuestas a participar en la investigación firmando consentimiento informado para posterior evaluación, referidas por interconsulta externa de control prenatal.

4.5.2 Criterios de exclusión.

- Embarazadas que no cumplieron con los requisitos planteados para la investigación.
- Embarazadas con discapacidades mentales o físicas.
- Embarazadas que presentaban embarazo de alto riesgo.
- Embarazadas que presentaron amenaza de aborto.
- Embarazadas menores de 18 años de edad.
- Embarazadas que se encontraran residiendo fuera del área de atención del centro de salud Santa Cruz.
- Embarazadas que no desearon participar en la investigación.

4.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

4.6.1. RECURSOS HUMANOS.

Se requirió ayuda del personal para la atención de la paciente.

- Médicos: realizó la interconsulta al área de odontología de la paciente embarazada para atención odontológica.
- Personal de archivos clínicos: proporcionó el expediente familiar y clínico de las pacientes.
- Enfermeras: realizó la toma de signos vitales de la paciente previa a la atención odontológica.
- Odontólogo: realizó el llenado de la historia clínica, consentimiento informado, aplicación del cuestionario de conocimientos de salud bucal, exploración intra y extraoral, evaluación de salud oral y captura de datos.

4.6.2 RECURSOS MATERIALES.

Para la evaluación de cada paciente se utilizó:

- Bandeja para examen intraoral que contenía:
 - Espejo intraoral N°5 con mango estéril.
 - Pinza de curación estéril.
 - Explorador estéril.
 - Cucharilla para dentina estéril.
 - Sonda periodontal de la Universidad de Carolina del norte Hu-Friedy estéril.
 - Tabletas reveladoras de placa dentobacteriana
 - Gasas estériles.
- Consultorio con sillón dental y taburete.
- Babero desechable.
- Guantes de exploración de látex desechables talla XS.
- Cubrebocas desechables.
- Lentes de protección.
- Gorro quirúrgico.
- Bata médica.
- Papelería.

4.7 VARIABLES.

4.7.1 Definición operacional de variables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
1.Describir la prevalencia de enfermedades bucales más frecuentes en pacientes embarazadas que acuden a consulta odontológica.	Motivo de consulta.	Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de salud.	1. Prevención. 2. Molestia. 3. Interconsulta medica	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	Enfermedades bucales	Cualquier problema que afecte la cavidad oral y pueda llegar a dificultar comer, beber, hablar, reír, entre otras.	1. Caries dental 2. Gingivitis 3. Enfermedad periodontal 4. Granuloma piógeno 5. Movilidad dental 6. Erosión dental 7. Infecciones odontogénicas	Cualitativa	Ordinal.	Historia clínica
2. Identificar el trimestre de gestación donde hay más prevalencia de enfermedades bucales.	Trimestre de gestación.	Periodo de 3 meses durante el desarrollo prenatal.	1. Primer trimestre 2. Segundo trimestre 3. Tercer trimestre	Cuantitativa	Discreta	Historia clínica
3. Clasificar las edades de las embarazadas que presentan mayor prevalencia de enfermedades bucales.	Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Años cumplidos al momento del interrogatorio.	Cuantitativa	Discreta	Historia clínica

4. Determinar las causas y hábitos bucales que afectan a la salud oral de la embarazada	Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio, que establece ciertos derechos y deberes.	1. Soltera 2. Unión libre 3. Casada 4. Divorciada	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	Ocupación	Se hace referencia a lo que se dedica; trabajo, empleo, ocupación, profesión.	1. Empleado 2. Auto empleado 4. Ama de casa 5. Estudiante 6. No trabaja	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica
	Alimentación.	Ingesta de alimentos para conseguir los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades durante el día.	1. Buena. 2. Regular. 3. Mala	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	Nivel socioeconómico	Condición económica y social de un individuo, familia o país.	1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica
	Servicios públicos	Actividades destinadas a satisfacer necesidades colectivas llevadas a cabo por el estado, entre ellos, abastecimiento de agua potable, electricidad, gas y atención médica.	1. Agua potable 2. Electricidad 3. Gas 4. Servicios médicos	Cualitativa	Ordinal.	Historia clínica
	Saneamiento.	Condiciones sanitarias necesarias de una población, suministro de instalaciones y servicios que permitan eliminar orina y heces.	1. Drenaje Si 2. Drenaje No	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica
	Numero de cepillado al día.	Cantidad de veces que se realiza la higiene dental para eliminación de placa bacteriana de los dientes.	1. Tres o más veces al día. 2. Dos veces al día. 3. Una vez al día. 4. No todos los días.	Cuantitativa	Discreta	Cuestionario de recolección de datos
	Hábitos bucales.	Acciones involuntarias, repetitivas y/o permanentes que pueden llegar a ocasionar un efecto marcado sobre las estructuras faciales y dentales.	1. Uso de hilo dental 2. Uso de enjuague bucal 3. Colocación de objetos entre los dientes 4. Morderse las uñas 5. Morderse el labio	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de recolección de datos
Creencias populares.	Creencia tradicional y ampliamente difundida en una comunidad cuyo origen es desconocido que puede llegar a poner en riesgo la salud.	1. En cada embarazo se pierde un diente 2. El calcio de la leche materna saldrá de los dientes para la lactancia del bebé. 3. Él bebe le quita el calcio y el flúor de los dientes durante el embarazo 4. No se debe visitar al odontólogo durante el embarazo por que los tratamientos le harán daño al bebé.	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario de recolección de datos	

4.8 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

- Historia clínica: Los datos del examen clínico fueron recolectados en una historia clínica odontológica la cual fue proporcionada por el departamento de salud bucal de la Jurisdicción Sanitaria N°1, registrando nombre, edad, dirección, antecedentes heredofamiliares, antecedentes patológicos y no patológicos, interrogatorio por aparatos y sistemas, signos vitales, ficha de diagnóstico y tratamiento, ficha de actividades preventivas y fecha de diagnóstico.
- Cuestionario de conocimientos de salud bucal: Se realizó una encuesta en la que se recogieron datos sobre hábitos de higiene bucal, la relación entre la salud bucal y general, la cual fue entregada a las participantes junto con el consentimiento informado, el cual fue firmado y devuelto para posteriormente realizar el examen clínico.

4.9 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.

El procesamiento para la recolección de datos se dio de manera directa mediante comunicación verbal, aplicación de cuestionario y observación directa mediante el siguiente procedimiento:

1. Solicitud de autorización a la coordinación del Centro de Salud Santa Cruz 2NB para llevar a cabo la investigación.
2. Al requerirse la captación de pacientes embarazadas se solicitó a los médicos encargados de consulta externa referir a interconsulta odontológica a las gestantes que acuden a consultas de control prenatal.
3. Se requirió apoyo del área de archivo clínico para acceder a los expedientes clínicos de cada una de las participantes y constatar control prenatal actual y atención odontológica previa.
4. Una vez que las participantes fueron captadas y seleccionadas se les asignó cita programada para la atención.
5. Para la atención de embarazadas mediante cita programada se le explicó respecto a su participación en el presente estudio, solicitando además la firma de un consentimiento informado para proceder a la realización de historia clínica y examen clínico intra y extraoral.

6. Se aplicó el cuestionario para la evaluación de la salud oral de embarazadas.

Para el análisis de datos se creó una base de datos en Microsoft Excel 2010 y se analizó con el software Epi Info versión 7.2 para obtener frecuencias, distribuciones, porcentajes y análisis de gráficos y tablas y con ello llegar a las conclusiones correspondientes.

4.10 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES.

Para realizar la investigación se solicitó el consentimiento informado verbal y escrito de las participantes, previa explicación de los objetivos del estudio enfatizando que la información es de carácter confidencial y que tendrá únicamente manejo académico y científico.

En esta investigación no aparecen datos personales de pacientes.

CAPITULO V. RESULTADOS.



Del total de embarazadas examinadas, 100% (n=31) acudieron por primera vez al área de odontología por interconsulta de control prenatal médico (Cuadro 6), el 32.26% (n=10) se encontraba en el primer trimestre de gestación, el 61.29 % (n=19) en el segundo trimestre y en el tercer trimestre el 6.45% (n=2). (Cuadro 7)

CUADRO 6. MOTIVOS DE CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA	No.	%
Revisión y prevención de enfermedades	0	0.00%
Interconsulta de control prenatal	31	100.00%
Molestia dental	0	0.00%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

CUADRO 7. TRIMESTRE DE GESTACION DE LA PACIENTE

TRIMESTRE DE GESTACION	No.	%
Primer trimestre	10	32.26%
Segundo trimestre	19	61.29%
Tercer trimestre	2	6.45%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

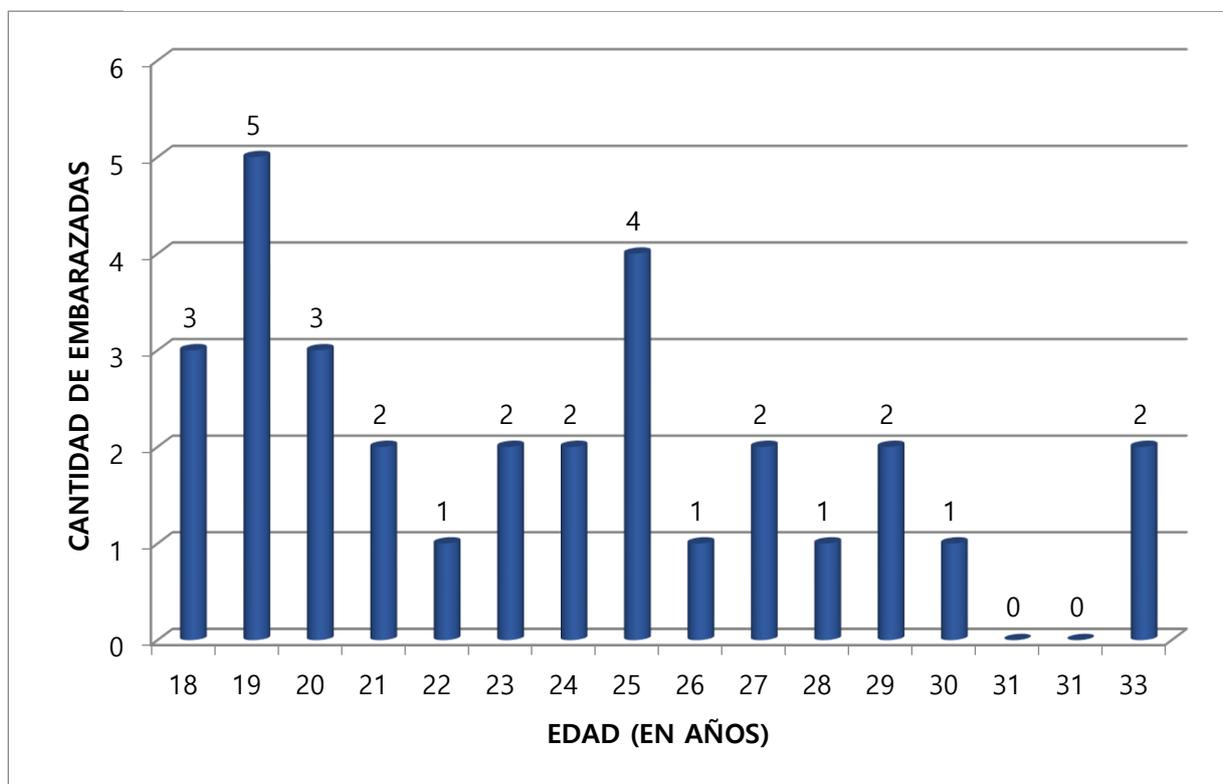
CUADRO 8. EDAD DE LA PACIENTE

EDAD	No.	%
18 a 22	14	45.16%
23 a 27	11	35.48%
28 a 32	4	12.90%
33 y más	2	6.45%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

Se observó que el 45.16% (n=14) de las embarazadas que fueron examinadas y encuestadas estaban en el rango de edad 18 a 22 años, de estas las de mayor frecuencia fueron embarazadas que tenían 19 años de edad (n=5), un 35.48% (n=11) de 23 a 27 años, de 28 a 32 años un 12-90% (n=4) y de 33 años o más un 6.45% (n=2). (Cuadro 8 y Grafica 1)

GRAFICA 1. FRECUENCIA DE EDADES EN LAS EMBARAZADAS



CUADRO 9. ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltera	0	0.00%
Casada	26	83.87%
Unión libre	5	16.13%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

De acuerdo con su estado civil el 83.87% (n=26) estaba casada y el 16.13% (n=5) vive en unión libre. (Cuadro 9)

CUADRO 10. OCUPACION DE LA PACIENTE.

OCUPACION	No.	%
Ama de casa	26	86.87%
Estudiante	3	9.68%
Comerciante	1	3.23%
Empleada	1	3.23%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

El 83.87% (n=26) se dedica a las labores propias del hogar, el 9.68% (n=3) son embarazadas estudiantes, como empleadas se encuentra un 3.23% (n=1) al igual que embarazadas que se dedican al comercio. (Cuadro 10)

CUADRO 11. ALIMENTACION DE LA PACIENTE

ALIMENTACION	No.	%
Buena	15	48.39%
Regular	16	51.61%
Mala	0	0.00%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

En relación con la alimentación de acuerdo al área de nutrición el 48.39% (n=15) tiene una alimentación buena y el 51.61% (n=16) se considera una alimentación regular. (Cuadro 11)

CUADRO 12. NIVEL SOCIOECONOMICO DE LA PACIENTE

NIVEL SOCIOECONOMICO	No.	%
Alto	0	0.00%
Medio	31	100.00%
Bajo	0	0.00%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

El nivel socioeconómico observado y en concordancia con el departamento de trabajo social es un nivel medio para el 100% (n=31) de las participantes. (Cuadro 12)

CUADRO 13. SERVICIOS PUBLICOS DE LA PACIENTE

SERVICIOS PUBLICOS	No.	%
Agua potable	27	87.10%
Electricidad	31	100.00%
Gas	30	96.77%
Servicios médicos	31	100.00%
Saneamiento	25	80.65%
TOTAL DE ENCUESTAS	31	

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

En cuanto servicios públicos solo el 80.64% (n=25) cuenta con todos los servicios públicos como agua potable, saneamiento, electricidad, gas y servicios médicos, el 16.12% (n=5) solo cuenta con electricidad, gas y servicios médicos, solo un 3.22% (n=1) de las embarazadas cuenta únicamente con agua potable, electricidad y servicios médicos, cabe resaltar que el 100% (n=31) de las embarazadas cuentan con atención médica gratuita dentro de los servicios públicos. (Cuadro 13)

CUADRO 14. PRIMERA VEZ EN ACUDIR AL DENTISTA

PRIMERA VEZ EN ACUDIR AL DENTISTA	No.	%
SI	15	48.39%
NO	16	51.61%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL

El 48.38% (n=15) acudía por primera vez a consulta odontológica durante toda su vida (Cuadro 14) y solo el 22.58% (n=7) del total refirió tener miedo de asistir a consulta dental (Cuadro 15).

CUADRO 15. MIEDO DE ACUDIR AL DENTISTA

MIEDO DE ACUDIR AL DENTISTA	No.	%
SI	7	22.58%
NO	24	77.42%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL

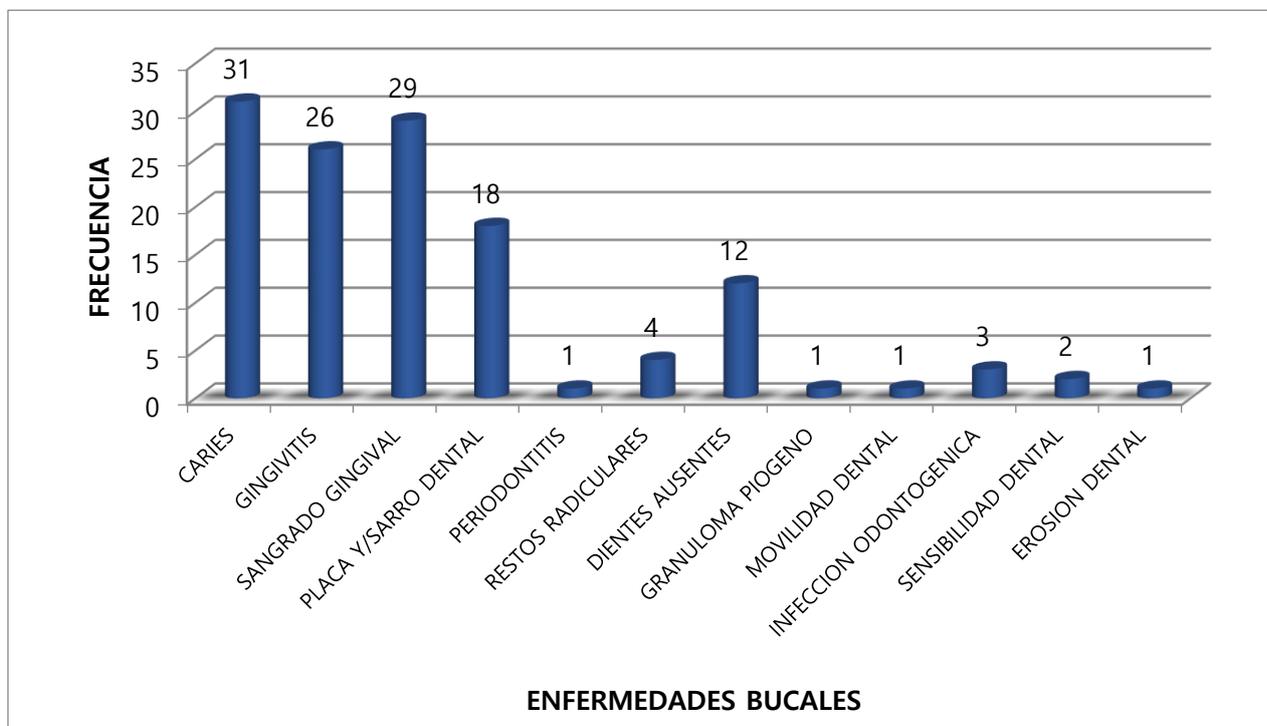
De acuerdo con la salud bucal en el 100% (n=31) de embarazadas se observó caries el día del examen intraoral, se presentó gingivitis en un 83.87% (n=26), sangrado gingival en 93.55% (n=29) de ellas, placa dentobacteriana y/o sarro dental 58.06% (n=18), solo un 3.22% (n=1) se presentó con periodontitis y en concordancia con ello el 3.22% (n=1) presento movilidad dental grado 1 en dos órganos dentales, el 12.90% (n=4) presentaba restos radiculares de órganos dentales, se observó la presencia de órganos dentales ausentes en un 38.71% (n=12) de la muestra, el granuloma piógeno se hizo presente en un 3.23% (n=1) al igual que la presencia de erosión dental, en 6.45% (n=2) de las embarazadas refirió sensibilidad dental, las infecciones odontogénicas se observaron en un 9.68% (n=3) y se encontró un 16.13% (n=5) de las embarazadas que tenían al menos una obturación dental. (Cuadro 16 y Grafica 2)

CUADRO 16. ENFERMEDADES BUCALES

ENFERMEDADES BUCALES	No.	%
Caries	31	100.00%
Gingivitis	26	83.87%
Sangrado gingival	29	93.55%
Placa y/o sarro dental	18	58.06%
Periodontitis	1	3.23%
Restos radiculares	4	12.90%
Dientes ausentes	12	38.71%
Granuloma piógeno	1	3.23%
Movilidad dental	1	3.23%
Infección odontogénica	3	9.68%
Sensibilidad dental	2	6.45%
Erosión dental	1	3.23%
TOTAL DE ENCUESTAS	31	

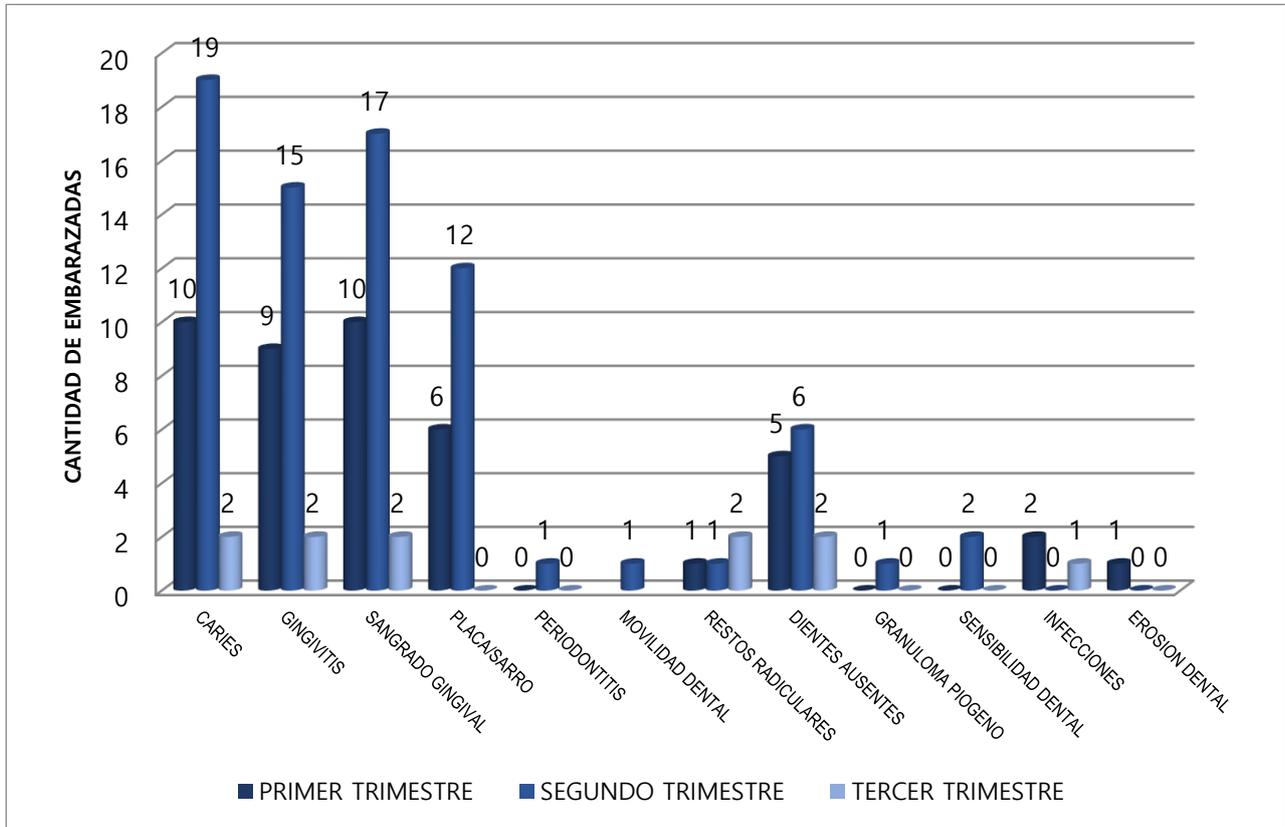
FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

GRAFICA 2. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN EMBARAZADAS



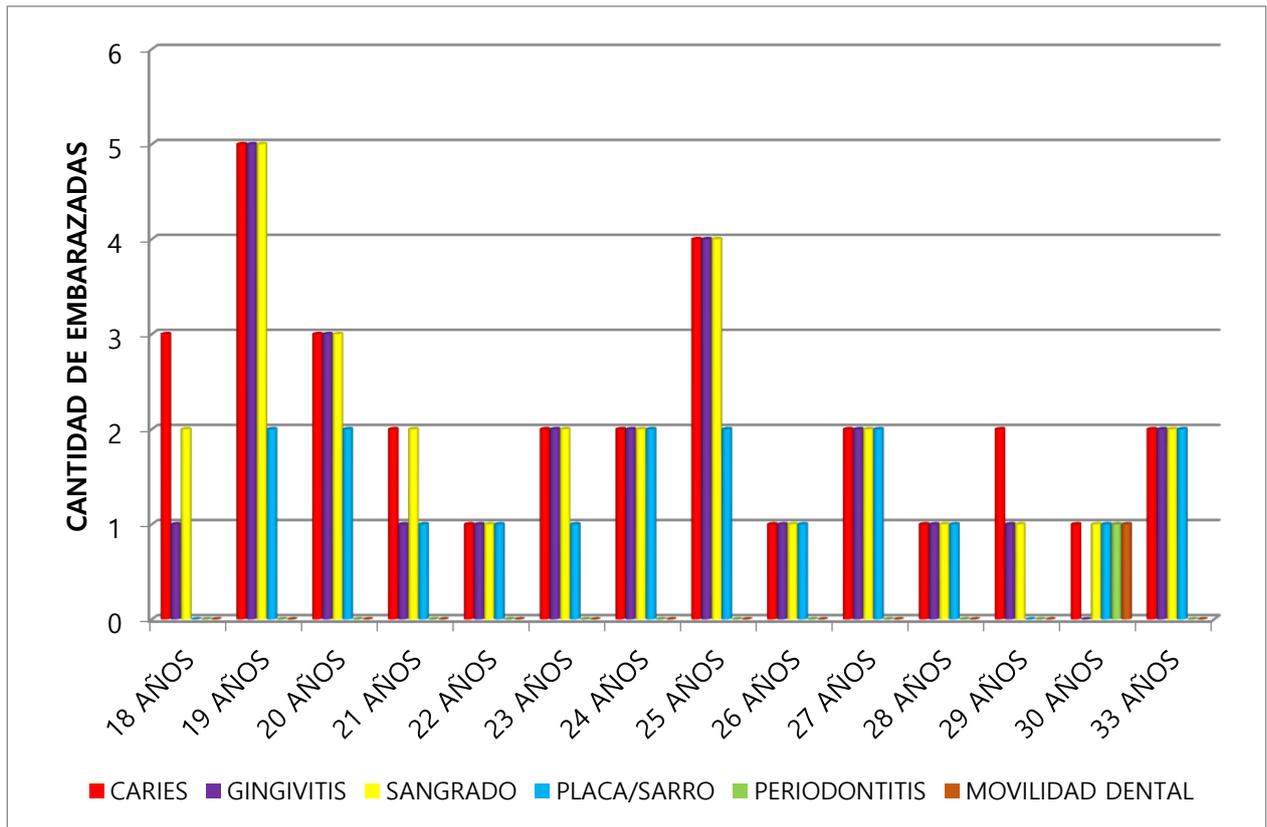
Se observa el segundo trimestre de gestación con mayor número de embarazadas y en el cual se encontraron mayor número de enfermedades bucales en comparación al primer y tercer trimestre de gestación. (Grafica 3)

GRAFICA 3. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES POR TRIMESTRE DE GESTACION

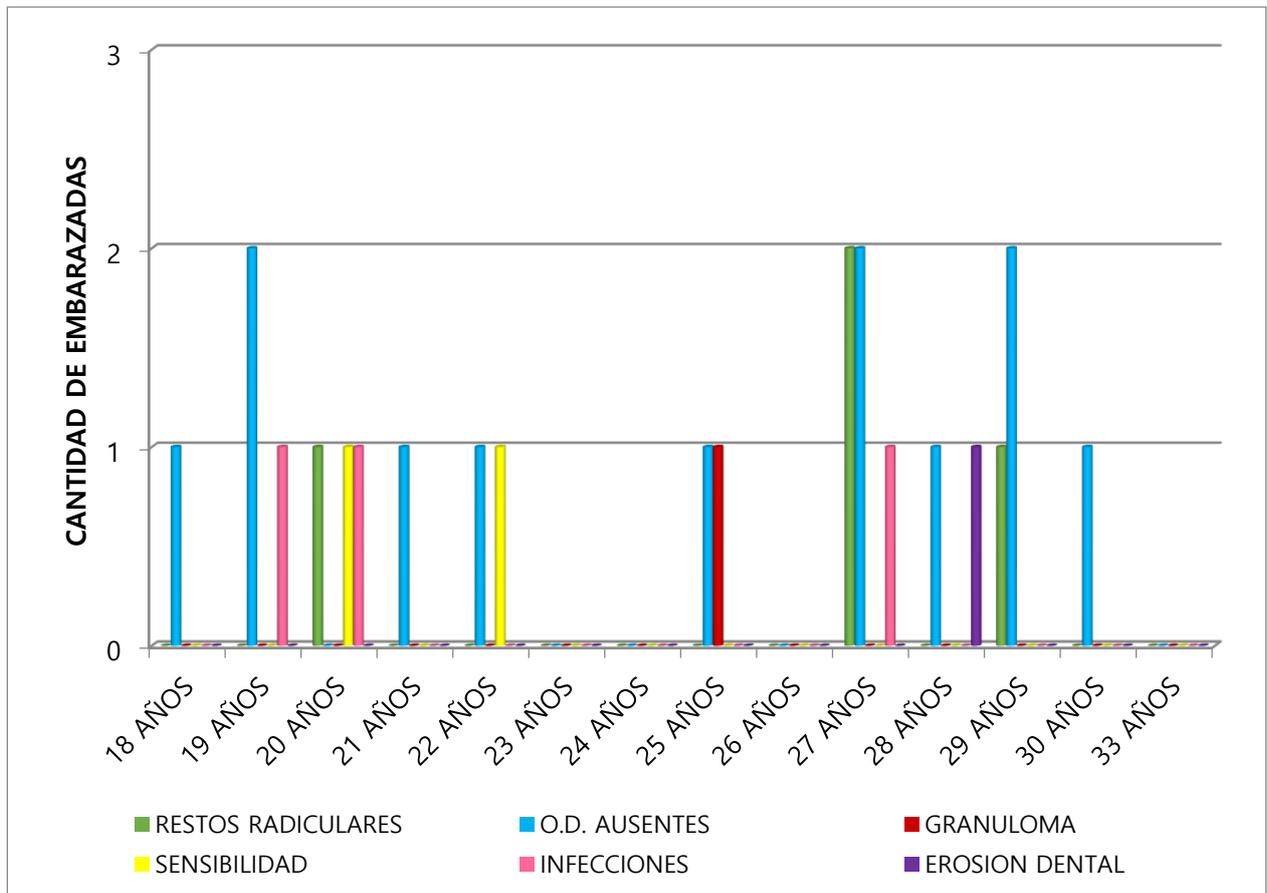


En cuanto a la edad y la presencia de enfermedades bucales, se observó que las embarazadas examinadas poseen diferentes niveles de cuidados de salud bucal en las diferentes edades. (Grafica 4 y 5).

GRAFICA 4. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES POR EDAD



GRAFICA 5. PREVALENCIA DE OTRAS ALTERACIONES BUCALES POR EDAD.



CUADRO 17. CONSIDERACION DE LA PACIENTE SOBRE ACUDIR AL DENTISTA

CONSIDERA OPORTUNO VISITAR AL DENTISTA DURANTE EL EMBARAZO	No.	%
SÍ	28	90.32%
NO	3	9.68%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL

CUADRO 18. RELACION ENTRE LA SALUD BUCAL DE LA EMBARZADA Y LA DE SU FUTURO HIJO

CONSIDERA QUE EXISTE RELACION ENTRE SU SALUD BUCAL Y LA DE SU FUTURO HIJO	No.	%
SI	4	12.90%
NO	27	87.10%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL

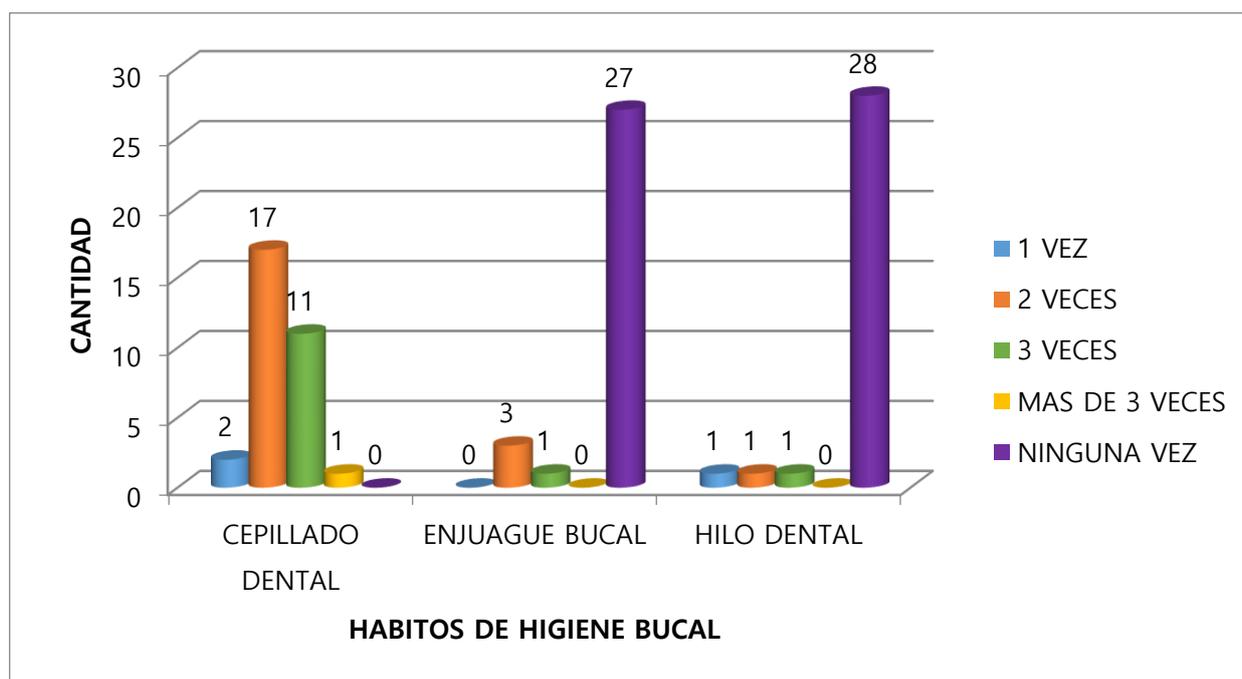
El 90.32% (n=28) de las embarazadas consideran oportuno acudir al dentista durante el embarazo y el cuanto la relación de la salud oral y la de su futuro hijo (Cuadro 17); el 87.09% (n=27) considera que no existe relación en contraparte con el 12.90% (n=4) que si considera la relación. (Cuadro 18)

CUADRO 19. NUMERO DE CEPILLADOS AL DÍA

NUMERO DE CEPILLADOS AL DÍA	No.	%
1 vez al día	2	6.45%
2 veces al día	18	58.06%
3 veces al día	10	32.26%
Más de 3 veces al día	1	3.23%
TOTAL	31	100.00%

FUENTE: HISTORIA CLINICA SSA

GRAFICA 6. HABITOS DE HIGIENE BUCAL DE LAS EMBARAZADAS.



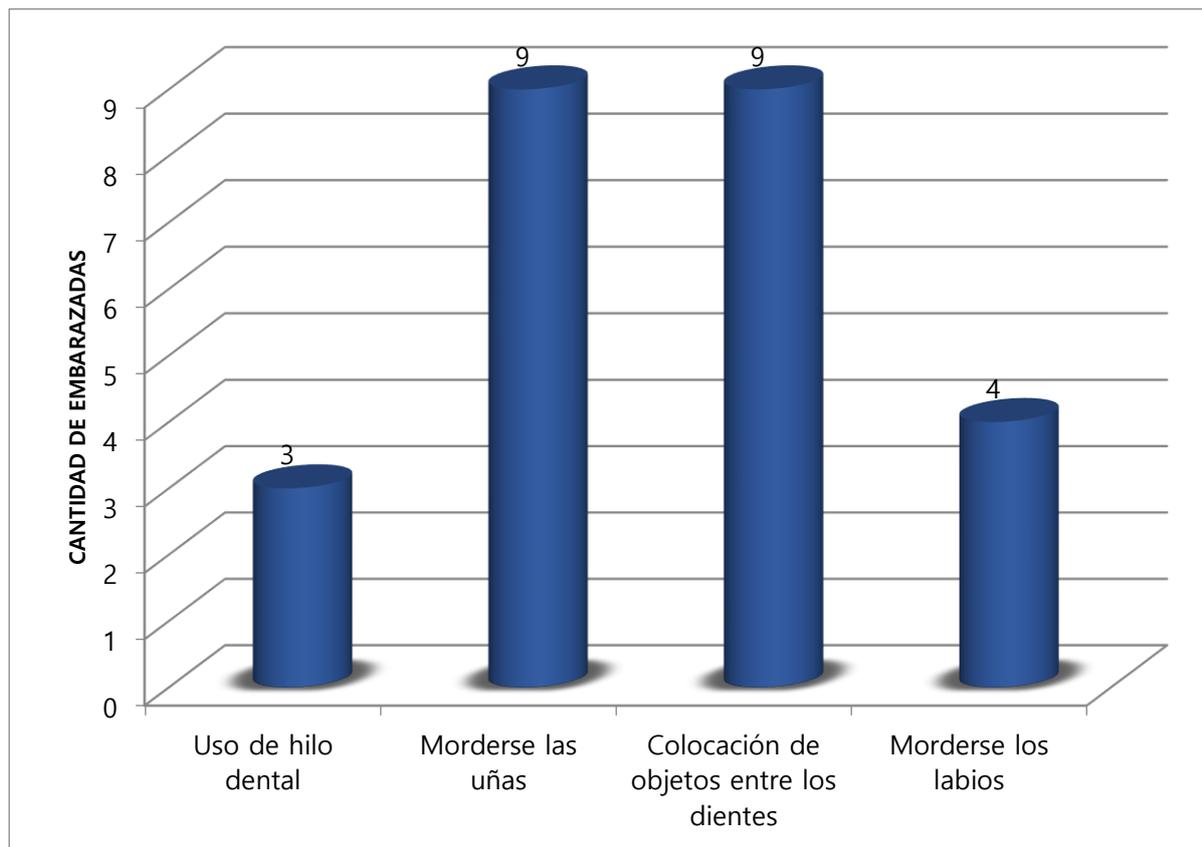
De acuerdo con la higiene y hábitos bucales que poseen las embarazadas se encontró que el 6.45% (n=2) solo se cepilla los dientes una vez al día, el 54.84% (n=17) realiza cepillado bucal dos veces al día, el 35.48% (n=3) tres veces al día y solo un 3.23% (n=1) realiza cepillado dental más de 3 veces al día (Cuadro 19 y Grafica 6). El uso de enjuague bucal se observó en un 12.90% (n=4) de las embarazadas y el uso de hilo dental en un 9.68% (n=3) (Grafica 6).

CUADRO 20. HABITOS BUCALES DE LA PACIENTE

HABITOS BUCALES	No.	%
Uso de enjuague bucal	4	12.90%
Uso de hilo dental	3	9.68%
Morderse las uñas	9	29.03%
Colocación de objetos entre los dientes	9	29.03%
Morderse los labios	4	12.90%
TOTAL DE ENCUESTAS	31	

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL

GRAFICA 7. MALOS HABITOS BUCALES DE LAS EMBARAZADAS



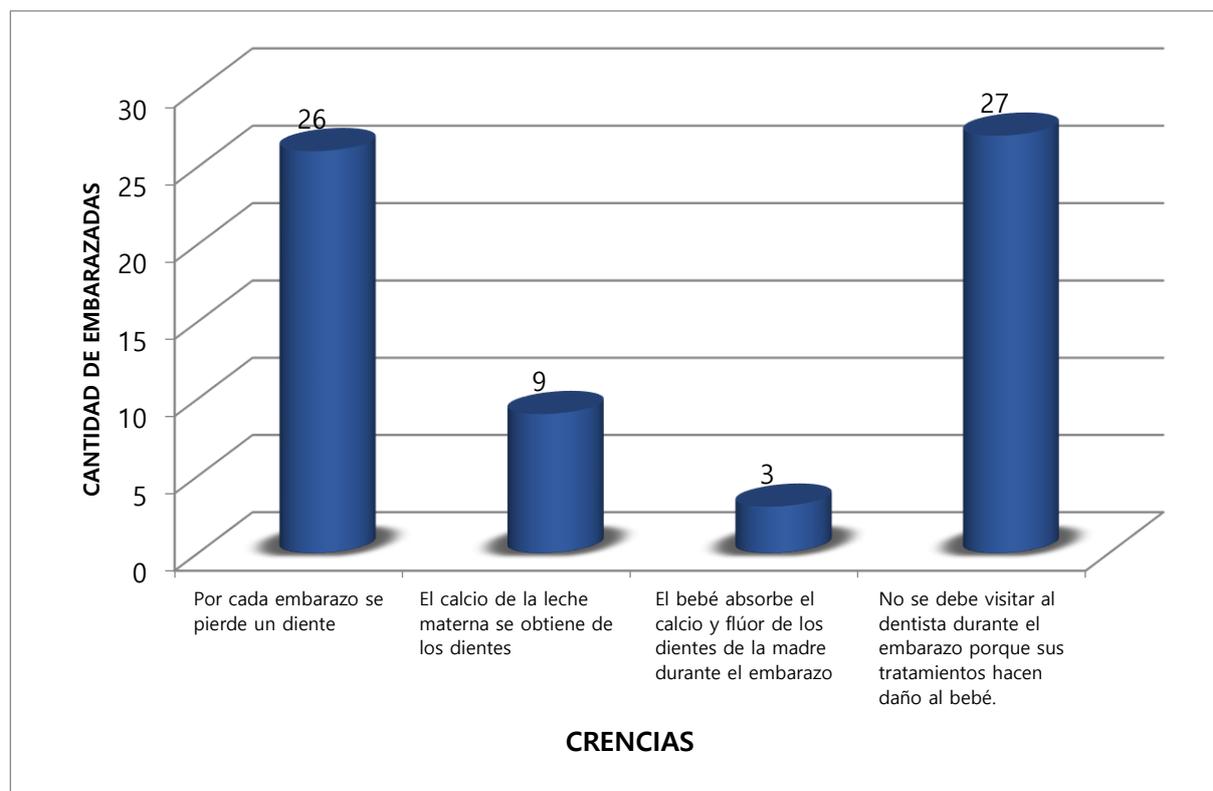
Se encontraron malos hábitos bucales como morderse las uñas en 29.03% (n=9), morderse los labios y/o mejillas un 12.90% (n=4) y el 29.03% (n=9) de las embarazadas mencionaron colocar objetos entre sus dientes o utilizarlos para acciones que no están destinados fisiológicamente como abrir bolsas, cortar hilos, morder lapiceros, utilizar palillos de madera, entre otros. (Cuadro 20 y Grafica 7).

CUADRO 21. CREENCIAS EN RELACION DE LA SALUD BUCAL Y EL EMBARAZO

CREENCIAS	No.	%
Por cada embarazo se pierde un diente.	26	83.87%
El calcio de la leche materna se obtiene de los dientes de la madre.	9	29.03%
El bebé absorbe el calcio y flúor de los dientes de la madre durante el embarazo.	5	16.13%
No se debe visitar al dentista durante el embarazo porque sus tratamientos hacen daño al bebé.	6	19.35%
TOTAL DE ENCUESTAS	31	

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL

GRAFICA 8. CREENCIAS RELACIONADAS CON LA SALUD BUCAL Y EL EMBARAZO.



Se les pregunto sobre algunas creencias asociadas a la salud bucal y el embarazo entre las cuales se encontró que la más arraigada es la que menciona que por cada embarazo o hijo se pierde un diente teniendo un 83.87% (n=26) de presencia entre las embarazadas encuestadas, un 29.03% (n=9) de ellas considera que parte del calcio que aporta la leche materna para la alimentación del bebé se obtiene de los dientes, un 9.68% (n=3) menciona que el bebé absorbe el calcio y el flúor de los dientes de la madre durante el embarazo y el 12.90% (n=4) considera que no es oportuno visitar al dentista durante el embarazo porque los procedimientos que este le realice afectaran al bebé, mientras que el 87.10% (n=27) considera que los procedimientos no presentan ningún riesgo para el bebé. (Cuadro 21 y Grafica 8)

CAPITULO VI. DISCUSION.



Los objetivos planteados para este estudio se cumplieron en su totalidad, a partir de los hallazgos encontrados se establece que todas las embarazadas presentaron al menos una de las enfermedades o condiciones bucales que se evaluaron, incluso con las formas más graves de la enfermedad no solicitaron atención odontológica, esta situación es contradictoria ya que se supone que las pacientes presentaron algún tipo de signo y síntoma que las motivara a solicitar algún tratamiento, siendo que únicamente acuden cuando se presenta dolor o alguna molestia que no es considerada como normal.

En dicho grupo se observó que existe poco interés por recibir la atención odontológica, ya que acudieron por ser remitidas por su médico tratante de consulta externa que le realiza el control prenatal, percibiendo falta de interés sobre los tratamientos dentales y observando que la mayoría solo acuden en casos de urgencias.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Romero y Sánchez (1989), en donde consideraron que las condiciones en que la mujer llega al embarazo y sus conocimientos limitados sobre las técnicas higiénicas y sobre ciertas causas de la patología oral más frecuente, ponen en alerta al odontólogo y al equipo de educadores para dirigir sus esfuerzos preventivos desde antes de la etapa reproductiva. Por lo que concluyeron que el binomio teoría-práctica es fundamental para las actividades educativas de prevención de enfermedades bucales, en la ejecución de las técnicas de higiene bucal es indispensable la constancia y reafirmación periódica por parte del odontólogo y que los resultados sugieren disminuir los tiempos dedicados a la caries dental y aumentarlos en la enfermedad periodontal y medidas preventivas.

Tomando en cuenta que las afectaciones más frecuentes son la caries dental en una prevalencia de 100%, en diferentes grados de severidad, las cuales se consideran como caries no tratadas previamente que siguen su progreso y exacerbación.

En concordancia con la investigación realizada por Pérez-Oviedo et al (2011), donde destaca que la mayoría de las caries estaban presentes al inicio del periodo gestacional; por lo que no es posible establecer una relación causa-efecto entre embarazo y caries dental. Sí fue preocupante el estado bucal deficiente que presentaron las mujeres al llegar al momento del embarazo

La gingivitis se encontró en cada una de las embarazadas en diferentes grados de intensidad y no únicamente ante la presencia de placa dentobacteriana y sarro dental, por lo que se

establece que la inflamación gingival en las embarazadas que no presentaron irritantes locales se debe a niveles hormonales.

Es importante destacar que la mayor parte de las embarazadas evaluadas, siendo un 93.55% de la muestra, presentaron sangrado gingival, el cual se exacerbó al inicio del embarazo ante la presencia o no de gingivitis.

La enfermedad periodontal se diagnosticó como periodontitis localizada conjuntamente con movilidad dental grado uno de dos órganos dentales, identificando que se exacerbó con el embarazo y no haber recibido tratamientos previos.

En un estudio realizado por Norambuena Suazo y Palma Cardenas (2016), del total de las embarazadas examinadas, el 97% presentó necesidad de tratamiento periodontal; del porcentaje anterior, el 41.6% presentaron gingivitis, mientras que un 57.6% presentó periodontitis.

Peña-Sisto et al (2006) mencionan que la enfermedad periodontal es causante, según este estudio, de 3.89 % de los casos de nacimientos pretérmino de niños con bajo peso, de modo que resultaría de especial importancia incorporar a los cuidados prenatales, los hábitos de una buena salud periodontal, conociendo que, si el proceso inmunoinflamatorio periodontal está ausente, podrían disminuir los casos en 79.55 % de la población expuesta al problema.

El granuloma piógeno solo se presentó un 3.22% de la muestra, refiriendo que su aparición ocurrió entre el tercer y cuarto mes de gestación de la paciente.

La sensibilidad dental con una prevalencia en la muestra de 6.68%, el cual fueron asociados a traumas oclusales y restauraciones mal ajustadas.

La erosión dental fue observada en un 3.22% de la muestra, asociada a hiperémesis gravídica de embarazos múltiples que presentó la paciente.

Las infecciones odontogénicas acompañadas de absceso periodontal y supuración fueron asociadas a la presencia de restos radiculares, caries dental y necrosis pulpar.

En lo que respecta a la variable de trimestre de gestación y prevalencia de enfermedades bucales, en este estudio se encontró que existe una asociación entre el trimestre de gestación y la prevalencia de enfermedades bucales dependiente del trimestre de gestación en que se realizó la evaluación, siendo el segundo trimestre de gestación en el que se registró un mayor

número de embarazadas y en el cual se registraron el mayor número de enfermedades bucales en comparación al primer y tercer trimestre de gestación.

Por otro lado, en cuanto a la variable edad y prevalencia de enfermedades bucales, no se encontró relación estadísticamente significativa de acuerdo con la presencia de enfermedades bucales en la edad, debido a los diferentes niveles de cuidados de salud oral de las embarazadas en las diferentes edades.

Es importante destacar que la actitud de las personas hacia el proceso salud-enfermedad está influida por muchos factores entre los que podemos mencionar creencias, temores conductas personales, así como la importancia que se le otorgue a la enfermedad.

De acuerdo con Luengo-Ferreira, Toscano-García, Carlos-Medrano y Anaya-Álvarez (2018) en la investigación realizada que trata acerca del nivel de conocimientos sobre salud bucal de las gestantes que asisten al Hospital de la Mujer, en Zacatecas, México; las madres desempeñan un papel crucial en la transferencia y demostración de los hábitos de salud a sus hijos, por lo que las mujeres embarazadas deben ser un grupo objetivo para la educación sobre salud bucal, especialmente en un país como México donde el crecimiento poblacional va en ascenso. La educación del paciente es una prioridad, convirtiéndose en un aspecto importante la enseñanza y seguimiento de adecuadas técnicas de higiene durante todo el embarazo. Las mujeres embarazadas deben ser conscientes de que la atención dental durante el embarazo es segura, tanto para la madre como para el niño.

Ello es acorde con lo que en este estudio se halla con respecto a la variable de causas y hábitos bucales que afectan a la salud oral de la embarazada.

El nivel de conocimientos sobre la salud bucal, hábitos de higiene bucal y los auxiliares de limpieza es insuficiente por lo que se debe de proporcionar la información correcta y suficiente sobre salud bucal.

Un nivel de conocimiento alto sobre salud bucal puede condicionar en la paciente hábitos y prácticas benéficas como son correcta higiene bucal, dieta saludable, evitar hábitos nocivos, entre otras que a futuro se traducirían en una mejor salud bucal tanto como para la madre como el futuro hijo.

González Castillo y Roldan Roldan (2015) concluyen que la evidencia científica apoya firmemente que una pobre higiene oral y una atención inadecuada de la salud bucal durante el

embarazo generan un impacto negativo en el desarrollo del feto, así como efectos postnatales adversos significativos. Por este motivo, el cuidado de la salud oral en la paciente embarazada debe formar parte de los programas de atención prenatal implantando todas las medidas necesarias para el mantenimiento de su higiene bucal. Por esta razón, es necesario educar para prevenir, lo que justifica el desarrollo de los programas educativos para que las gestantes puedan adquirir conocimientos sobre la importancia de prevenir enfermedades bucales. Un buen control del cepillado conjuntamente con una dieta adecuada, y el examen bucal periódico, contribuirán a disminuir o controlar estas alteraciones, por lo que podemos concluir que el estado de gestación modifica las condiciones bucales e incide de esta forma en la salud bucal.

Por otro lado, Outes, Iriarte y Trungadi (2004) consideran que “un Proyecto de Salud Bucal es eficaz cuando se basa en una filosofía y un método pensado desde la salud y no en la enfermedad. Si el tratamiento tiene como objetivo mantener la salud de nuestras pacientes, entonces los tratamientos restauradores como elementos conceptuales y rectores de salud son insuficientes, pues estos aparecen como necesidad ante la aparición de enfermedad en la paciente. Tratamos de vincular la odontología al ámbito de generación de salud y no de resolución de enfermedades comenzando por disminuir o anular las causas de enfermedad y no por solucionar solamente las consecuencias de éstas. Nuestro desafío, para el futuro inmediato, será aplicar, además, un modelo con proyección hacia la salud en las adolescentes, quienes a su vez serán agentes multiplicadores de los conocimientos que adquieran y que transmitirán a su entorno las bondades de la prevención y enseñarán los métodos de higiene bucal en sus hogares. En otras palabras, acercar la odontología preventiva cada vez más a la población para poder revertir el proceso salud-enfermedad a través de acciones básicamente preventivas con la incorporación de técnicas sencillas, de poco costo económico y formadoras de recursos humanos para tal fin.”

La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades del sistema estomatognático afectan a la salud general de un individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas, porque pueden llegar a afectar la nutrición, las relaciones interpersonales y hasta la salud mental de la persona. Lo fundamental es orientar hábitos adecuados de higiene, alimentación, etc., así como factores que favorecen la aparición de enfermedades bucales. (Benavente Lipa, L. A., Chein Villacampa, S. A., Campodónico

Reátegui, C. H., Palacios Alva, E., Ventocilla Huasupoma, M. S., Castro Rodríguez, A., & Espetia Aguirre, A. 2014).

Resultados como los obtenidos en este estudio podrían ayudar a impulsar el desarrollo de programas preventivos que mejore el nivel de salud bucal de las embarazadas, enfocándose en la necesidad de reducción de caries y enfermedad periodontal.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES.



Aunque el presente estudio es de tipo transversal, permite generar algunas conclusiones:

En las embarazadas examinadas predominó un alto nivel de enfermedades bucales presentes, con más frecuencia caries y gingivitis en una prevalencia de 100% y 83.87% respectivamente

Se observó y constato que las embarazadas percibían sangrando gingival ante la presencia o no de algún estímulo sobre los tejidos gingivales en un 93.55% de las embarazadas con o sin la presencia de placa dentobacteriana o sarro dental.

Existe una asociación entre el trimestre de gestación y la prevalencia de enfermedades bucales al ser el segundo trimestre de gestación en que se presentó el mayor número de embarazadas y en el cual se encontraron mayor número de enfermedades bucales en comparación al primer y tercer trimestre de gestación.

No se encontró relación estadísticamente significativa de acuerdo con la presencia de enfermedades bucales en un rango de edad específico, esto debido a los diferentes niveles de cuidados de salud oral de las embarazadas en las diferentes edades.

Al analizar los buenos y malos hábitos bucales que realizaban las embarazadas, se consideró que la poca higiene bucal en conjunto a malos hábitos como morderse las uñas u otros objetos, son parte de la principal causa de la aparición de enfermedades bucales y que durante el proceso del embarazo se exacerban.

El nivel de conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal es insuficiente en comparación a las creencias que aparentemente inducen a estos problemas sanitarios.

Cabe destacar que la mayoría de las embarazadas no buscan tratamientos para enfermedades bucales a no ser que hayan tenido algún problema, lo que favorece a la aparición de las enfermedades bucales.

En cuanto a las creencias sobre salud bucal y embarazo, se concluye que las creencias están muy arraigadas en el entorno que las rodea y que esto en ocasiones puede causar que desistan de cualquier atención medica-odontológica que requieran, por lo que, se considera imperativo promover comportamientos saludables a través de la información sobre qué hacer y cómo hacerlo.

Las embarazadas merecen el mismo nivel de atención que cualquier otro paciente que acude a la consulta y atención dental, para el odontólogo la embarazada no debe ser una paciente distinta, pero si una paciente especial.

CAPITULO VIII. RECOMENDACIONES.



De acuerdo a los resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) del año 2018, se observa que el panorama de salud bucal de la población usuaria de los servicios de salud no ha cambiado importantemente a través de los diez años que esta publicación tiene. Sin embargo, esta información es un indicador del impacto que han tenido las intervenciones que cada entidad ha escogido para la prevención y promoción de la salud bucal de su población.

A partir de esto se encuentra relevante la necesidad de establecer y reforzar los programas de promoción y prevención para concientizar a la población de embarazadas acerca de las enfermedades bucales que se pueden establecer de acuerdo a su estado fisiológico.

La atención a la embarazada deberá realizarse según a las políticas públicas establecidas con el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 en el Plan Nacional de desarrollo 2019-2024 de la República Mexicana, cuyo objetivo general es hacer efectivo el artículo cuarto constitucional, se plantea incrementar el acceso a la salud de forma paulatina para todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica. Al igual que se destacan que la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades se desarrollarán a su máxima capacidad, sin descuidar la atención a los enfermos, a través de redes integradas, incluyendo la participación de hospitales y servicios especializados.

En base al informe final de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud en la región de las Américas (2017), publicado por la Organización Panamericana de la Salud, se busca atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar, entre los cuales el ODM 5 es mejorar la salud materna, que busca reducir las desigualdades en el acceso a la buena salud, es imprescindible que se proporcione a las mujeres una atención continua desde antes de la concepción y durante el embarazo, el parto y el puerperio, junto con la atención del recién nacido.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, menciona en su disposición general 5.1.3 que, en las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

En 2013 se establecieron las primeras directrices americanas emitidas en Oral Health Care During Pregnancy por Bárbara Steinberg y cols, donde se señala que el tratamiento dental puede realizarse de manera segura durante todos los trimestres del embarazo.

Es de mucha importancia tener en cuenta que el periodo prenatal será de gran ayuda en la prevención y tratamiento de enfermedades, así como también establecer una buena salud bucal a su futuro hijo.

Diaz-Valdez y Valle-Lizama (2015) consideran que en la estomatología actual, cada vez más preventiva y educacional se plantea la necesidad de realizar programas educativos para prevenir a temprana edad, enfermedades como la caries dental y las periodontopatías, trabajando con los diferentes factores de riesgos de estas afecciones sobre todo con el control de la dieta y la higiene bucal deficiente, los cuales son los factores fundamentales, lo cual no se niega; sin embargo, se considera, que además de la promoción de salud y la prevención de enfermedades que se realiza en la etapa posnatal de la vida, estas pudieran ser reforzadas si se tiene en cuenta también el período prenatal; ya que desde entonces se crearía un órgano dentario más “fuerte”, todo lo cual redundaría en obtener una calidad y textura óptima en los tejidos dentales.

Este estudio recoge experiencias y percepciones, sobre aspectos relacionados con las enfermedades bucales, así como la educación para la salud bucal que las embarazadas poseen.

Para ello, se propone, que en el modelo de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales se tome en cuenta:

1. Informar sobre la importancia de la salud bucal, las manifestaciones orales y el tratamiento que debe de llevarse a cabo.
2. Promover el cuidado de la salud bucal desde la gestación.
3. Promover la incorporación del componente de salud bucal en el cuidado infantil.

Este modelo pretende dar una respuesta integral a la necesidad de tratamiento de las enfermedades bucales y aplicar los conceptos de atención primaria que comienza en el período perinatal al abordar de manera más amplia los determinantes sociales de la salud. En este sentido la promoción de salud bucal temprana desde el embarazo puede causar una mejora sostenida a largo plazo de la salud bucal de los niños y adultos.

Reformular la educación en la salud bucal de la mujer embarazada como una intervención compleja que incluya actividades educativas en el nivel individual, nivel grupal y el nivel familiar y/o comunitario. En cada nivel pueden intervenir distintos profesionales y técnicos del equipo de salud, integrando el componente de educación para la salud bucal a las acciones de salud propias de la Atención Primaria.

Enfatizar contenidos educativos que se relacionen con las percepciones de la mujer respecto a la susceptibilidad y severidad del daño y/o a las expectativas y valoración de los riesgos que constituye el embarazo para su salud bucal, para el resultado del embarazo y para la salud bucal de su hijo o hija. Especialmente relacionados a:

- Efecto de los cambios hormonales y conductuales, durante el embarazo, sobre órganos bucales y tejidos bucales.
- Formación dentaria del embrión durante el embarazo.
- Enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.

Entregar las herramientas e información necesaria mediante el desarrollo de talleres educativos dirigidos a mejorar los cuidados preventivos de salud bucal en las mujeres embarazadas y sus futuros hijos, en el marco de los cuidados perinatales y la atención integral de la embarazada.

Tomando como modelo el manual de Orientación Técnica para la Educación en Salud Bucal de la Embarazada (Pública, S. D. S. 2013), se describen 2 talleres, que pueden desarrollarse de manera independiente, en distintos momentos del embarazo.

Primer taller *“Como cuidar mi salud bucal y la de mi futuro bebé”*, tiene por objetivos dar a conocer la importancia de tener una boca sana durante el embarazo y reconocer las enfermedades más comunes que afectan la cavidad bucal, incluyendo contenidos sobre:

- Desarrollo dentario durante la gestación.
- Control de la placa bacteriana que se realizara por medio del cepillado dental.
- Cepillado 5 veces al día o como mínimo 3 veces al día con la técnica de cepillado que se adecue a las necesidades y características de la cavidad oral
- Cepillado dental utilizando cepillo de cerdas suaves.
- Cambiar el cepillo dental cada 3 meses.
- Uso de pastas dentales con flúor.
- Uso de hilo dental 1 vez al día.

- Uso de enjuagues bucales con Clorhexidina o sin alcohol.
- Si hay presencia de hiperémesis gravídica, realizar enjuagues bucales mezclando una cucharada de bicarbonato de sodio disuelto en un vaso con agua, para ayudar a reducir la cantidad de ácido en la boca o uso de antiácidos que ayudan a neutralizar el ácido estomacal.
- Fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables.
- Erupción dentaria e higiene bucal del niño o niña.
- Informar a las embarazadas sobre los cuidados bucales que se deberán tener con el recién nacido, sobre cuándo y cómo iniciar la limpieza de los rodets gingivales.
- Se debe informar que en algunas ocasiones el recién nacido posee dientes natales, o que los órganos dentarios pueden erupcionar en el primer mes de vida, a los que se les denomina dientes neonatales, y en estos casos el odontólogo solicitará la interconsulta con el odontopediatra para que realizar un diagnóstico y tomar las medidas necesarias y no se extraigan.

Segundo taller “*Riesgos en el embarazo y mi salud bucal*”, tiene por objetivos: reconocer las situaciones de riesgo que pueden provocar un parto prematuro y relacionar la salud bucal de su hijo en gestación con el estado de salud de su boca, además de contenidos sobre:

- Enfermedades bucales y factores de riesgo de las enfermedades bucales durante el embarazo.
- Motivar a las pacientes sobre la importancia del cuidado de la salud oral y la de su familia.
- Brindar asesoramiento dietético y disminución del consumo de alimentos que contengan alto contenido de azúcar.
- Brindar información y capacitar el autocuidado de su salud bucal.
- Realizar vistas dentales de rutina.
- Enseñar a la embarazada en las actividades y cuidados que se deberán de llevar a cabo para mejorar la calidad de la salud bucal en la que se encuentran.
- Aplicar medidas preventivas específicas.

En ambos talleres para promover comportamientos saludables en cuanto a salud oral, se pretende tener en cuenta que las pacientes necesitan tener la información adecuada sobre qué hacer y cómo hacerlo.

El tamaño de los grupos dependerá del contexto local, siendo lo ideal formar grupos de 10 a 15 mujeres embarazadas y sus acompañantes. La duración estimada de cada taller es de 30 a 45 minutos.

Utilizando presentaciones digitales, videos, trípticos de información, dibujos, esquemas, modelos de estudio, modelos figurados, macromodelos, fotos o cualquier auxiliar que consideremos útil

Se deben realizar refuerzos periódicos de promoción de la salud para generar cambios en las conductas de salud bucal a largo plazo y/o permanentes.

Se deberá hacer especial énfasis en quitarle a la paciente los miedos y tabúes existentes sobre el embarazo y los tratamientos orales. Es importante instruir a la madre sobre la importancia de los autocuidados relacionados con la higiene oral de su boca. Se le explicará qué puede observar en su boca y qué medidas debe tomar para mejorar la salud oral. Se le informará en cuanto a sus posibles cambios en hábitos dietéticos.

BIBLIOGRAFIA.



1. Ardila-Medina, C. M. (2009). Hipersensibilidad dentinal: Una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Avances en Odontoestomatología*. 25(3), 137-146.
2. Bastarrechea Milián, M., Fernández Ramírez, L., & Martínez Naranjo, T. (2009). La embarazada y su atención estomatológica integral como grupo priorizado.: Área de salud Moncada. *Revista Cubana de Estomatología*, 46(4), 60-69.
3. Benavente Lipa, L. A., Chein Villacampa, S. A., Campodónico Reátegui, C. H., Palacios Alva, E., Ventocilla Huasupoma, M. S., Castro Rodríguez, A., & Espetia Aguirre, A. (2014). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontología Sanmarquina*. 15(1). 14-18.
4. Botero, JE, Bedoya, E. (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*. 3(2), 94-99.
5. Bouza-Vera, M., Martínez-Abreu, J., Carménate-Rodríguez, Y., Betancourt-González, M., García-Nicieza, M. (2016). El embarazo y la salud bucal. *Revista Médica Electrónica*. 38(4).628-634. Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1274/3113>.
6. Briseño-Cerda, J. M. (2006). La responsabilidad profesional en odontología. *Revista ADM*. 63(3), 111-118.
7. Calleja-Quevedo, E. A., Gómez-Clavel, J. F., García-Hernández, A. L. (2002). Utilización de antibióticos en la mujer embarazada. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 59(3), 94-99.
8. Cantale, C. R. (2003). Historia clínica orientada a problemas. *Curso Básico de Medicina Familiar*.
9. Carranza, F., Newman, M. (1998). *Periodontología Clínica*. 8ª ed. Los Ángeles, California.
10. Chacón, P., Kanashiro, C. (2014). Salud bucal en el embarazo. *Odontología Pediátrica*. 13(2). 91-97.
11. Chiapasco, M. (2004). *Cirugía oral: texto y atlas en color*. Barcelona, España: Masson.

12. Chu, C. (2010). Management of dentine hypersensitivity. *Dent Bull.*; 15(3). 21-23.
13. Corchuelo-Ojeda, J., Soto-Llanos, L., Villavicencio, J. (2017). Situación de caries, gingivitis e higiene oral en gestantes y no gestantes en hospitales del Valle del Cauca, Colombia. *Universidad y Salud.* 19 (1), 67-74
14. De Andrade-Massara, M. D. L., Barbosa-Redua, P. C. (2014) *Manual de referencia para procedimientos clínicos en Odontopediatría.* 2ª ed. Sao Paulo: Santos.
15. Díaz-Romero, R. M., Robles-Andrade, M. S., Espino y Sosa, S. (2013). Prevención de enfermedades bucales durante el embarazo. *Ciencias Clínicas.* 14(2), 37-44.
16. Díaz Ruiz, D. A. (2013). Prevalencia de enfermedad periodontal en indígenas tzotziles de una comunidad rural del estado de Chiapas, México. Disponible en: <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/589>
17. Díaz-Valdés, L., Valle-Lizama, R. (2015). Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gaceta Médica Espirituana,* 17(1), 11-125.
18. Duarte-Tencio, A. (2011). El embarazo y la práctica odontológica: generalidades. *Revista Científica Odontológica.* 7(2), 70-74.
19. Federación Dental Internacional (FDI). (2007). Erosión dental. Dubái. Disponible en: [https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/dental-erosion.](https://www.fdiworlddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/dental-erosion)
20. Federación Dental Internacional (FDI). (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales-Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental.* 2ª ed. Ginebra. Disponible en: <http://www.fdiworldental.org/media/84768/book-spreads-oh2-spanish.pdf>
21. Fernández-García, O. M., Chávez-Medrano, M. G. (2010). Atención odontológica en la mujer embarazada. *Archivos de Investigación Materno Infantil.* 2(2), 80-84.
22. Galdámez López, M. A. (2009). Los padecimientos bucales de las mujeres embarazadas de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (No. TE/617.6097275 G3).
23. García-Martin, J. M., González-Díaz, Á., & García-Pola, M. J. (2017). Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante. *Revista de Salud Pública.* 19, 145-152.

24. Gernhardt, C. R. (2011). Hipersensibilidad dentinaria: causas y tratamiento de sensibilidades del cuello dental. *Quintessenz*. 25(10), 597-603.
25. Gobierno de Chiapas. (2019). Análisis Funcional de la Cuenta Pública, Cuarto Trimestre 2019. *Secretaría de Salud*. Disponible en: <http://saludchiapas.gob.mx/storage/app/uploads/public/5eb/c25/6dc/5ebc256dc49aa458485065.pdf>
26. Gómez-Clavel, J. F., Calleja-Quevedo, E. (1999). Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 44(4), 158-162.
27. González Castillo, S., Roldán Roldán, R. 2015. Programa de prevención de la salud bucal a embarazadas en atención primaria. *II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud (23/10/2015)*. Universidad Carlos III de Madrid.
28. González, M., Montes de Oca, L. M., Jiménez, G. (2001). Cambios en la composición de la saliva en pacientes gestantes y no gestantes. *Perinatología y Reproducción Humana*. 15(3), 195-201.
29. Guillen-Vivas, X. (2010). *Fundamentos de Operatoria Dental*. (2da. Ed.). New York, EUA: Dreams Magnet
30. Guyton, A. C., Hall, J. E. (2011). *Tratado de fisiología médica*. 12ª ed. Madrid, España: Elsevier.
31. Herane, M. D. L. Á., Godoy, C., Herane, P. (2014). Enfermedad periodontal y embarazo, revisión de literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes* 25(6), 936-943.
32. Lara-Hernández, A., Santiago-Montealegre, C. (2016). Manejo odontológico en mujeres embarazadas. *Archivos de Investigación Materno Infantil*. 8(3). 105-112.
33. Lindhe J, Lang N. P. (2017). *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 6ª ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
34. Llena-Puy C. (2006). The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 11.E449-E455.
35. Lopez, N. J., Smith, P. C., Gutierrez, J. (2002). Higher risk of preterm birth weight in women with periodontal disease. *Journal of Dental Research*. 81(1). 58-63.

36. López-Pérez R, Díaz-Romero RM, Barranco-Jaubert A, Borges-Yáñez A, Ávila-Rosas H. (1996). Prevalencia de caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal en la paciente gestante diabética. *Salud Pública Mex.* 38(2), 101-109.
37. Lorenzo-Puoso, A. I., Pérez-Sayáns, M., Suárez-Quintanilla, J. A., González-Palanca, S. (2018). Evaluación propia en mujeres gestantes al respecto de opiniones, hábitos y estado de su salud oral en una población al sur de Galicia. *Medicina en familia SEMERGEN.* 44(2). 138-143.
38. Loyo-Molina, K., Balda-Zavarce, R., González-Blanco, O., Solórzano Peláez, A. L. & González A, M. (1999). Actividad Cariogénica y su Relación con el Flujo Salival y la Capacidad Amortiguadora de la Saliva. *Acta Odontológica Venezolana,* 37(3), 10-17.
39. Luengo Ferreira, J. A., Toscano García, I., Carlos Medrano, L. E., & Anaya Álvarez, M. (2018). Conocimientos sobre salud bucal en un grupo de gestantes mexicanas. *Acta Universitaria.* 28(3). 65-71.
40. Méndez-González, J. A., Coll, W. A. (2008). Enfermedad periodontal y embarazo (revisión bibliográfica). *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 7(1), 1-9.
41. Ministerio de salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2013). Orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada. *Ministerio de Salud.* Recuperado en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/04/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-para-la-Educaci%C3%B3n-en-Salud-Bucal-en-la-Embarazada.pdf.
42. Mooney, J. B., Barrancos, P. J. (2007). *Operatoria dental: integración clínica.* 4ª ed. 2ª reimp. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
43. Mora-Badilla, A. C., (2014). Bulimia y anorexia en la práctica odontológica. *Revista científica odontológica.* 10(1), 73-76.
44. Moreno, E. A., Xiong, X., Buekens, P., & Padilla, N. (2008). Prevalencia de enfermedad periodontal en primigestas en un Centro de Salud Urbano en Celaya, Guanajuato. *Revista de la Asociación Dental Mexicana,* 65(1), 13-19.
45. Nápoles-García, D., Nápoles-Méndez, D., Moráquez-Perelló, G., Cano-García, V., Montes de Oca-García, A. (2012). Estado de la salud periodontal en embarazadas. *MEDISAN.* 16(3), 333-340.

46. Norambuena-Suazo, P., Palma-Cárdenas, I. (2016). Necesidad de tratamiento periodontal en embarazadas, Frutillar, Chile, 2015. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9(2), 121-124.
47. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
48. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
49. Organización Mundial de la Salud. (24 de septiembre de 2018). Salud bucodental. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
50. Organización Panamericana de la Salud. (2004) La conexión entre la salud bucodental y las enfermedades cardiovasculares. 109-3. Washington, DC: OPS,
51. Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas*. Washington D.C.: OPS.
52. Orozco-Núñez, E., González-Block, M. Á., Kageyama-Escobar, L. M., Hernández-Prado, B. (2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Salud Pública de México*. 51(2), 104-113.
53. Ortiz-Herrera, D., Olvera-Pérez, A., Carreón-Burciaga, G., Bologna-Molina, R. (2012). Evaluación del pH salival en pacientes gestantes y no gestantes. *Revista ADM*. 69(3), 125-130.
54. Outes, M. S., Iriarte, B. F., & Trungadi, M. (2004). Prevención y control: subprograma de salud bucal para embarazadas. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 23(4), 161-162.
55. Peña-Sisto M, Ortiz-Moncada C, Peña-Sisto L, Pascual López V, Toirac-Lamarque A. (2006). La enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y nacimiento de niños con bajo peso. *MEDISAN*. 10.
Artículo en línea: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san04\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san04(esp)06.htm)
56. Pérez B., M. G., Pérez, M. F., Araque, L., Rincón, Á. (2014). Periodontitis crónica en mujeres embarazadas y el nacimiento de niños de bajo peso y parto pretérmino. *Acta Odontológica Venezolana*. 52, (1).

57. Pérez-Oviedo, A. C., Betancourt-Valladares, M., Espeso-Nápoles, N., Miranda-Naranjo, M., González-Barreras, B. (2011). Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Revista Cubana de Estomatología*. 48(2), 104-112
58. Pihlistrom, B.L., Michalowicz, B.S., Johnson N.W. (2005). Periodontal diseases. *The Lancet*. 366(9499), 1809-1820.
59. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Gobierno de México. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
60. Rodríguez-Calzadilla A, Delgado Méndez L. (1996). Diagnóstico de salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología*. 33(1), 1-10
61. Rodríguez Chala, H. E., López Santana, M. (2003). El embarazo: Su relación con la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología*, 40(2). Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200009&lng=es&tlng=es.
62. Rodríguez Lezcano, A., León Valle, M., Arada Otero, A., Martínez Ramos, M. (2013). Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(5), 51-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500006&lng=es&tlng=pt.
63. Romero, RMD, Cárdenas, MC, Ríos, JFT y Martínez, CEC (2001). Actitudes de las mujeres embarazadas hacia el tratamiento odontológico. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 58 (2), 68-73.
64. San Martín H. V., Williams, D. C., Tsukame, K. Y., Carstens, A. M., Coloma, O. M. C., Lorenzo, V. M., Arenas, V. G. (2018) Comparación de la salud oral de embarazadas y puérperas hospitalizadas según uso de programa de salud oral integral de la embarazada: Estudio transversal. *International Journal of Odontostomatology*. 12(2), 110-116.
65. Secretaria de Salud. (2020). Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sivepab-2018>.
66. Steinberg, B. J., Hilton, I. V., Iida, H., Samelson, R. (2013). Salud bucal y cuidado dental durante el embarazo. *Clínicas dentales*. 57(2), 195-210.

67. Sueldo-Parraguirre, G. P., Pesantes-Cruzado, L. M., Martucci, D. G., Henostroza-Quintans, N. (2010) Erosión o corrosión dental: factores etiológicos y diagnóstico. *Actas Odontológicas*. 7(2): 5-11.
68. Taller de Capacitación Proyecto Salud Oral y Factores de Riesgo (SOFAR), Chiapas. (2017). Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Disponible en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/SOFAR_CHIAPAS.html
69. Tortora, G. A., Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología*. 11ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana.

ANEXOS.



SOLICITUD DE PERMISO A INSTITUCION.



**SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. I
COORDINACION DE SALUD BUCAL**

Asunto: Solicitud de permiso de investigación
para la elaboración de protocolo de investigación.
Tuxtla Gutierrez, Chiapas; a 30 de Septiembre de 2019

DRA. FLERY ALEJANDRA FARRERA ZORRILLA.
COORDINADOR DEL C. S. SANTA CRUZ

Por este conducto me permito solicitar su valioso apoyo para la autorización de permiso de investigación para la elaboración de protocolo de investigación titulado “*Prevalencia de enfermedades bucales en pacientes embarazadas que acuden a consulta odontológica en el primer nivel de atención. Chiapas, México, 2020.*” Que será realizado por la C. Virlene Paoleht Gutierrez Solis, Pasante de Odontología, en el centro de salud a su cargo.

Lo anterior para obtener la liberación del Servicio Social promoción Agosto 2019-Julio 2020, mediante la modalidad de elaboración de protocolo de investigación.

Agradeceré a usted, brindarle las facilidades necesarias para el mejor desempeño de sus actividades.

Sin otro particular por el momento y en espera de su respuesta, aprovecho la ocasión para saludarle.

A T E N T A M E N T E

DR. MANUEL PEREZ CRUZ
COORDINADOR DE SALUD BUCAL
JURISDICCION SANITARIA NO. I

HISTORIA CLINICA. ANVERSO



INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS
 JURIDICCION SANITARIA NO.1 TUXTLA
 CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ 2NB



HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA

FECHA: _____

N° DE EXPEDIENTE: _____

N° P SEGURO POPULAR: _____

CURP: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACION

ESTOMATOLOGO TRATANTE: _____

NOMBRE: _____		EDAD: _____	SEXO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____		OCUPACION: _____ TEL: _____	
DOMICILIO: _____			
CALLE	No.	COLONIA	C.P.
REFERIDO POR: _____		MOTIVO DE LA CONSULTA: _____	
DERECHOHABIENTE.	IMSS. _____	ISSSTE. _____	SEGURO POPULAR. _____
		OTRA. _____	NINGUNA. _____
CARTILLA NACIONAL DE SALUD. SI. _____ NO. _____ ETNIA. _____			

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

1.- HIPERTENSION: _____ 4.- NEOPLASIAS: _____
 2.- CARDIOPATIAS: _____ 5.- TUBERCULOSIS: _____
 3.- DIABETES: _____

III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

HIPERTENSION ARTERIAL	SI _____ NO _____	DISCRACIAS SANGUINEAS	SI _____ NO _____
CARDIOPATIAS	SI _____ NO _____	ENF. VIAS AEREAS	SI _____ NO _____
DIABETES	SI _____ NO _____	HEPATITIS	SI _____ NO _____
VIH	SI _____ NO _____	EPILEPSIA	SI _____ NO _____
FIEBRE REUMATICA	SI _____ NO _____	OTRAS	SI _____ NO _____
		¿CUAL?	_____
ADICCIONES	SI _____ NO _____	¿CUALES?	_____
EMBARAZADA	SI _____ NO _____	TRIMESTRE	ALTO RIESGO SI _____ NO _____
ALERGIA A MEDICAMENTOS	SI _____ NO _____	¿CUALES?	_____
ALERGIA ANESTESICOS	SI _____ NO _____	¿CUALES?	_____
ACTUALMENTE SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MEDICO ? SI _____ NO _____ CAUSA: _____			
ESPECIFIQUE MEDICAMENTO: _____			
HA ESTADO HOSPITALIZADO EN ESTE UTIMO AÑO. SI _____ NO _____ ¿POR QUE? _____			

IV. ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

VIVIENDA: TIPO DE POBLACION: URBANA _____ RURAL _____ ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN CASA? _____ ¿CUENTA EN CASA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS? DRENAJE: _____ LUZ: _____ AGUA: _____ GAS: _____ PISO: _____
 NIVEL SOCIOECONOMICO: BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____
 ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS: SI _____ NO _____ INTERMEDIO _____ DISTANCIA : _____
 DIETA: BUENA: _____ MALA: _____ REGULAR: _____ N°. DE COMIDAS AL DIA: _____
 HIGIENE ORAL: BUENA: _____ MALA: _____ REGULAR: _____ N°. DE CEPILLADO AL DIA: _____

V. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO DIGESTIVO: _____
APARATO RSPIRATORIO: _____
APARATO CARDIOVASCULAR: _____
APARATO GENITOURINARIO: _____
APARATO TEGUMENTARIO: _____
APARATO MUSCUELO ESQUELETICO: _____
SISTEMA ENDOCRINO: _____
SISTEMA HEMATOPOYETICO: _____
SISTEMA NERVIOSO: _____

HISTORIA CLINICA. REVERSO.

VI. EXAMEN INTRAORAL

A)- LABIOS _____ E)- PALADAR BLANDO _____ I)- PARODONTO _____
 B)- LENGUA _____ F)- PISO DE BOCA _____ J)- OCLUSION _____
 C)- CARRILLOS _____ G)- GLAD. SALIVALES _____ K)- ATM _____
 D)- PALADAR DURO _____ H)- REG. GANGLIONARES _____
 L) CABEZA Y CUELLO _____

VII. SIGNOS VITALES

PESO:	TALLA:	T/A:	FC:	FR:	TEMP:	GLICEMIA:
-------	--------	------	-----	-----	-------	-----------

VIII. PADECIMIENTO ACTUAL:

ODONTOGRAMA INICIAL

FECHA: _____

REFERENCIAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

1.- SANO (AZUL) 2.- CARIADO (*ROJO) 3.- PERDIDO (X AZUL) 4.- OBTURADO (*AZUL) 5.- EXTRACCION INDICADA (X ROJO) 6.- PROTESIS (—VERDE)
 7.- GINGIVITIS (—ROJO) 8.- MOVILIDAD (+ MORADO)

ODONTOGRAMA DE SEGUIMIENTO

FECHA: _____

REFERENCIAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

1.- SANO (AZUL) 2.- PERDIDO (X AZUL) 3.- OBTURADO (*AZUL)

IX. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

ESTUDIOS DE GABINETE _____
 AUXILIARES E DIAGNOSTICO _____
 DIAGNOSTICO _____
 PLAN DE TRATAMIENTO _____
 REFERENCIA _____ CONTRAREFERENCIAS _____

X. ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE RUTINA

ACTIVIDAD	FECHA			FECHA			FECHA			FECHA		
	DIA	MES	AÑO									
CONTROL DE PLACA BACT.												
INSTRUCC. DE TEC. DE CEPILLADO												
INSTRUCC. DE USO DE HILO DENTAL												
PROFILAXIS												
REVISION DE TEJIDOS BUCALES												
REVISION E HIGIENE DE PROTESIS												
SESION SOBRE SALUD BUCAL												

XI. AUTORIZACION DEL PACIENTE.

Autorizo al C. _____ Cirujano Dentista con cedula profesional _____ con adscripción al _____ Para realizar los tratamientos dentales requeridos, aceptando las complicaciones que pudieran presentarse durante el procedimiento quirurgico y anestésico. Libero de toda responsabilidad al Cirujano Dentista de esta institucion, cuando por incumplimiento de las indicaciones otorgadas durante el tratamiento surgieran complicaciones. Firmando de acuerdo por lo descrito en esta historia clinica y autorización.

Nombre y firma del paciente o representante legal

Nombre y firma del Estomatologo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS. ANVERSO



INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS

JURISDICCION SANITARIA NO.1

C.S. SANTA CRUZ



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ EXPEDIENTE/SPSS _____ HORA: _____

COMO PACIENTE, USTED TIENE DERECHO A SER INFORMADO DE LOS BENEFICIOS Y DE LOS RIESGOS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO ESCOGIDO. EL PROPÓSITO DE ESTA INFORMACIÓN NO ES CREAR ALARMA Y MUCHO MENOS, DE LIBERAR DE RESPONSABILIDADES AL ODONTÓLOGO. SIMPLEMENTE ES UN ESFUERZO PARA QUE USTED CONOZCA MEJOR EL TRATAMIENTO Y PUEDA TOMAR LA DECISIÓN, LIBRE Y VOLUNTARIA, DE AUTORIZAR O DE RECHAZAR EL TRATAMIENTO.

HA DE SABER QUE ES NORMA DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ODONTÓLOGO DE INFORMARLO Y SOLICITAR SU AUTORIZACIÓN.

1.- POR LO QUE SE REFIERE A LA ANESTESIA LOCAL:

- Se aplicará mediante inyección en la cavidad oral anestesia que provoca el bloqueo reversible de la conducción nerviosa.
- El/La paciente notará una sensación de insensibilidad en la zona anestesiada que desaparecerá de forma espontánea en dos o tres horas y tendrá especial cuidado de no morderse la zona que tiene dormida.
- Evitará masticar hasta que presente una sensibilidad intacta para evitar lesiones en la mucosa oral.
- En el área de aplicación de anestesia local puede provocar la aparición de úlceras en la mucosa oral, dolor, limitación de la abertura local por contractura muscular y, menos habitualmente, alteraciones transitorias que pueden requerir un tratamiento posterior.
- Puede provocar alteraciones en la presión sanguínea y, raramente, un síncope o fibrilación ventricular con consecuencias graves.
- Puede provocar urticaria o reacciones alérgicas imprevisibles que pueden requerir un tratamiento urgente.
- El componente vasoconstrictor de la anestesia puede provocar, raramente, complicaciones cardíacas en pacientes con alteraciones de corazón, complicaciones que requieren un tratamiento urgente.

2.- POR LO QUE SE REFIERE A LA ODONTOLÓGIA CONSERVADORA:

CUANDO SE HA PERDIDO UNA PARTE DE DIENTE SE PUEDE REEMPLAZAR MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE MATERIALES CON RESINA (RELLENO BLANCO), TAMBIÉN AMALGAMA (COMUNMENTE CONOCIDA COMO RELLENO DE PLATA), LAS OBTURACIONES REQUIEREN CONTROL Y MANTENIMIENTO CON EL FIN DE EVALUAR SU ADAPTACIÓN, FUNCIÓN, APARIENCIA, ESTABILIDAD ENTRE OTROS ASPECTOS.

- La obturación de la(s) pieza(s) dental(es) indicada(s) consiste en la eliminación del tejido dental afectado por la caries, sustituyéndolo por un material odontológico que sella herméticamente la cavidad resultante. De esta manera se podrá(n) conservar la(s) pieza(s) dental(es) y retomar la función y de alguna manera la estética.
- Con una determinada frecuencia la(s) pieza(s) tratada(s) queda(n) más sensible(s) durante poco tiempo o puede ser necesaria alguna visita para ajustar la (s) obturación(es).
- Incluso con obturaciones perfectamente realizadas, no se pueden evitar alteraciones de la pulpa dental.
- El proceso cariogénico puede haber alterado irreversiblemente el nervio de la pieza dental, y hacer necesaria una endodoncia.
- En casos de caries extensas o profundas, teniendo en cuenta que hay menos tejido dental sano, puede ser necesaria la colocación de una funda o corona protésica parcial o completa para disminuir el riesgo de fractura.

3.- POR LO QUE SE REFIERE A LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS DENTALES:

CUANDO POR ENFERMEDAD PERIODONTAL (ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS) O CARIÉS DENTAL (PICADURA DE LOS DIENTES) ESTAN EN ESTADO AVANZADO, ES NECESARIO REALIZAR UNA EXTRACCIÓN DENTAL (QUITAR EL DIENTE ENFERMO) Y SE DEBERAN REALIZAR DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MÉDICAS DEL ODONTÓLOGO Y EN OCASIONES CON PREVIA MEDICACIÓN PARA PREVENIR COMPLICACIONES GRAVES EN EL PACIENTE, TALES COMO DOLOR, HEMATOMAS (MORETONES), SHOCK ANAFILÁCTICO (REACCIONES ALÉRGICAS POR APLICACIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL), ALVEDLITIS (INFECCIÓN LOCALIZADA), HEMORRAGIAS, PARESTESIAS (ADORMECIMIENTO DE LA ZONA POR PERIODOS PROLONGADOS), TRISMUS (NO PODER ABRIR LA BOCA), SEPTICEMIA (INFECCION GENERALIZADA EN SANGRE QUE PUEDE PROVOCAR LA MUERTE).

- Después de la extracción, hay posibilidades de tener una hemorragia, inflamación o infección en la zona de la extracción, que requerirá tratamiento farmacológico.
- No es frecuente, pero puede suceder que se dañen prótesis vecina de la(s) pieza(s) que se ha(n) de extraer, lesiones de la mucosa oral en las zonas vecinas o en la lengua, inserción de un resto radicular en el seno maxilar o comunicación con este, fractura del hueso inter radicular de la tabla externa o de la tuberosidad maxilar, y/o luxación de la articulación mandibular, complicaciones que no dependen necesariamente de la forma de practicar la intervención, sino de la intervención en sí.
- Raramente se puede afectar el nervio de la zona correspondiente, con alteraciones sensitivas durante un tiempo variable, con recuperación completa en la mayor parte de los casos.
- En las extracciones de muelas del juicio inferiores, a menudo hay limitación de abertura bucal y afectación del nervio correspondiente, por bien que no guarda siempre una relación con la complejidad de la extracción.
- El tabaco siempre empeora los procesos de cicatrización.

Calle Luis Vélez Chacón S/N Colonia Santa Cruz CP. 29019

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS. REVERSO

4.- POR LO QUE SE REFIERE A LA PERIODONCIA:

CUANDO EXISTA SANGRADO E INFLAMACIÓN DE LAS ENCIAS Y ACUMULACIÓN DE SARRO EN LOS DIENTES, SE REALIZARÁ ODONTOLISIS (QUITAR SARRO DE LOS DIENTES) Y SE REALIZARÁN ACTIVIDADES PREVENTIVAS (CEPILLADO DE DIENTES Y USO DEL HILO DENTAL) POR EL PACIENTE. ACUDIR CADA 6 MESES PARA SU MANTENIMIENTO Y CONTROL MINIMAMENTE DE ACUERDO A SU PADECIMIENTO Y A CRITERIO DEL ODONTÓLOGO.

- Tiene por objeto la eliminación de los factores irritativos e infecciosos presentes en los tejidos de soporte de los dientes, para conseguir el mantenimiento de los dientes, la función y la estética, y evitar la movilidad, la pérdida del hueso y de los dientes.
- Después de las sesiones de tratamiento, es normal presentar un aumento de la sensibilidad dental, más movilidad, dolor e inflamación transitorias, que remiten con la medicación adecuada.
- Como en todo proceso de cicatrización, se ha de mantener la mejor higiene oral posible y el éxito del tratamiento dependerá del mantenimiento estricto de la mejor higiene posible, según las técnicas indicadas por el/la profesional.
- El tabaco siempre empeora el diagnóstico.
- Pese a que no es frecuente, hay casos que no evolucionan correctamente.

ES NECESARIO COMPRENDER QUE LA ODONTOLOGÍA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y POR TANTO LA GARANTIA DE LOS RESULTADOS ESTAN SUJETOS A MULTIPLES FACTORES.

HE LEIDO Y RECIBIDO INFORMACION ACERCA DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL/ LA C.D. _____

CON CÉDULA NO. _____ ME REALICE EL SIGUIENTE TRATAMIENTO: _____

GRADO DE URGENCIA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATOLOGO

MENORES DE EDAD CON CONSENTIMIENTO DELEGADO

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARENTESCO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOTA DE EVOLUCION.



INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS
 JURISDICCION SANITARIA NO.1 TUXTLA
 CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ 2NB



NUCLEO: _____
 EXPEDIENTE: _____
 FOLIO SPSS: _____

NOTAS DE EVOLUCIÓN

A. IDENTIFICACIÓN

1. NOMBRE: _____	2. EDAD: _____
APELLIDOS PATERNO MATERNO NOMBRES (S)	

B. SIGNOS VITALES, DIAGNOSTICOS, PRESCRIPCION Y EVOLUCION

3. HORA:	DIA	MES	AÑO	
4. PESO ACTUAL:				
5. TALLA:				
6. TEMPERATURA:				
7. FRECUENCIA CARDIACA:				
8. FRECUENCIA RESPIRATORIA:				
9. TENSION ARTERIAL:				
10. GLICEMIA:				
C.D.	CEDULA PROFESIONAL: _____			

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ he sido informada del trabajo de investigación (protocolo de investigación para obtener liberación de servicio social) titulado: **“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLOGICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION. CHIAPAS, MEXICO, 2020.”** La encuesta y exploración intraoral será realizada por Virlyne Paoleht Gutierrez Solís, pasante de odontología. Sé que el objetivo del trabajo es recolectar información y evaluar las enfermedades bucales que se presentan durante el periodo de embarazo.

Los beneficios, riesgos y procedimientos a seguir me han sido explicados por el investigador. Sé que puedo negarme a participar o retirar mi consentimiento del estudio sin ninguna sanción. Además no recibiré ningún tipo de compensación ni pago económico por mi participación. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias y han sido debidamente respondidas por el investigador. Me informaron que mis datos personales serán tratados con privacidad.

Por lo tanto expreso que mi participación es totalmente voluntaria y que después de haber iniciado el trabajo de investigación, puedo rehusarme a responder cualquier pregunta y dar por terminada mi intervención en el momento que así lo desee.

Fecha: ____/_____/____

Nombre completo

Firma.

CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA SALUD ORAL DE EMBARAZADAS

CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ 2NB

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___

Edad: _____ Trimestre: _____

Instrucciones: responda las siguientes preguntas colocando una marca (O X / -- * etc) en la respuestas que considere.

1. ¿Es primera vez que acude al dentista?

A) Si B) No

2. ¿Considera oportuno acudir al dentista durante el embarazo?

A) SI B) NO Porque: _____

3. ¿Tiene miedo acudir al dentista?

A) SI B) NO Porque: _____

4. Actualmente, ¿está recibiendo algún tratamiento odontológico?

A) SI B) NO Porque: _____

5. ¿Cuántas veces se cepilla durante el día?

A)1 B)2 C)3

6. ¿Utiliza algún tipo de enjuague bucal para su higiene bucal?

A) Si B) No

7. ¿Utiliza hilo dental para la limpieza bucal?

A) Si B) No

8. ¿Cuál o cuáles de los siguientes hábitos bucales realiza?

__ Morderse las uñas

__ Colocación de objetos en los dientes

__ Morderse los labios

__ Otros (Mencione cual)

9. ¿Considera que hay relación entre la salud oral y la salud de su futuro hijo?

A) Si B) No

10. ¿Cuál de estas frases cree que influyen en su embarazo?:

__ En cada embarazo perderé un diente.

__ El calcio de mi leche saldrá de mis dientes cuando amamante a mi bebé.

__ Mi bebe le quita el calcio y el flúor de mis dientes durante mi embarazo.

__ No debo visitar al odontólogo durante el embarazo por que los tratamientos le harán daño a mi bebé.

GLOSARIO.



Albuminas: Proteínas necesarias para mantener la presión oncótica. La presión oncótica posibilita que los líquidos del cuerpo se distribuyan de manera adecuada. Por lo tanto, la albúmina es necesaria para el buen funcionamiento orgánico.

Biopelícula: Estructura formada por microorganismos que posee continuidad temporal y potencialmente puede ser patogénico. Inicialmente, no es visible a simple vista, pero si no se retira correctamente mediante el cepillado dental rutinario, la placa irá progresando hasta hacerse evidente su presencia.

Disgeusia: Trastorno médico que causa una alteración del gusto en la boca persistente y desagradable, en el que hay un mal sabor persistente en la boca. Dicho sabor puede ser salado, rancio o metálico. La disgeusia a veces está acompañada del síndrome de la boca ardiente, que se caracteriza por presentar una sensación de dolor y ardor en la boca.

Enzimas proteolíticas: Todas las enzimas que hidrolizan, con distinto grado de especificidad, las proteínas nativas o fragmentos peptídicos y ayudan a digerir las proteínas contenidas en los alimentos.

Glucoproteínas: Proteína conjugada cuyos componentes no proteicos son hidratos de carbono.

Ligamentitis: Lesión inflamatoria aséptica dolorosa crónica, no roja, no tumoral, no febril y dolorosa.

Mucinas: Mucoproteínas de alto peso molecular que protegen la superficie de las células epiteliales al actuar como barrera a las partículas y microorganismos. Es uno de los principales constituyentes de la secreción mucosa.

Pedunculado: Que tiene un pedúnculo. Pieza de sostén que une dos partes.

Periápice: Complejo de tejidos que circunda la porción apical de la raíz de un diente: cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Perimilólisis: También llamada perimolisis; es un tipo de erosión en la que el agente químico implicado es el ácido de origen gástrico.

Perinatal: Etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

Preeclampsia: Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso.

Queilitis angular: Inflamación de la comisura labial por causa infecciosa, mecánica, nutricional o alérgica. Puede aparecer en un lado de la boca (unilateral) o en los dos (bilateral).

Sésil: Que está unido a una superficie externa. Que carece de pedúnculo o tallo.

Sialorrea: Excreción excesiva de saliva por la boca como resultado de un aumento de su producción. Puede deberse a afecciones de la mucosa oral y de la lengua, estados de dentición y factores psicógenos.

Xerostomía: Síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales