



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

---

---

**LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**IMPORTANCIA EN LA ASISTENCIA DE LA CONSULTA  
ODONTOLOGICA DE LA MUJER EMBARAZADA QUE ACUDE AL  
HOSPITAL GENERAL ADOLFO PRIETO**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

**C.ANGEL ALBERTO PEREZ ROBLES**

**C.JORDANI KI HERNANDEZ JAIMES**

Asesor:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

Iguala de la Independencia Gro., Noviembre 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**  
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

**LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**IMPORTANCIA EN LA ASISTENCIA DE LA CONSULTA  
ODONTOLOGICA DE LA MUJER EMBARAZADA QUE ACUDE AL HOSPITAL  
GENERAL ADOLFO PRIETO**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. ANGEL ALBERTO PEREZ ROBLES

C. JORDAN IKI HERNANDEZ JAIMES

Dirigido por:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

**SINODALES**

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez \_\_\_\_\_

Presidente

LIC. ENF. Concepción Brito Romero \_\_\_\_\_

Secretario

MCE. Virginia Hernández García \_\_\_\_\_

Vocal

## DEDICATORIA

Principalmente a dios por permitirme llegar hasta este momento de mi vida. A mis padres Nancy Robles y Gilberto Perez, que me han brindado todo lo necesario por para poder llegar hasta este momento, por estar siempre a mi lado, por brindarme su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, lo cual sin ellos no me hubiese sido posible llegar hasta este momento.

A mis hermanos David, Yahir y Luz Angelica, a mis abuelas Margarita y Rosa, por estar presentes en cada uno de los momentos mas importantes de mi vida, asi mismo a mis tíos y mis primos que a pesar de la distancia siempre me brindaron su apoyo incondicional.

Angel Alberto Perez Robles.

A mis padres, que sin ellos no hubiera logrado una meta mas en la vida profesional. Gracias por estar a mi lado en esta etapa de mi vida, por su apoyo moral y entusiasmo que me brindaron para seguir adelante en cada uno de mis propósitos, por el tiempo que estuvieron conmigo compartiendo su tiempo, conocimiento y experiencia, por todo ese cariño y amor. ¡Gracias!

Jordán Iki Hernández Jaimes.

## AGRADECIMIENTO

La culminación de este trabajo de tesis es gracias a nuestra profesora y asesora de tesis quien nos brindó su apoyo durante la elaboración del siguiente trabajo de investigación, que siempre nos brindo su apoyo incondicionalmente la Lic. Enf. Martha Elena Cisneros Martínez. Al Hospital General Adolfo Prieto, el cual nos presto sus instalaciones para llevar acabo este trabajo de investigación así mismo por dejarme realizar mi Servicio Social, el cual fue culminado con gran éxito, a mis supervisoras de turno la Lic. Enf. Rosi Moyano y Lic. Enf. Sandra Galindo, las cuales me brindaron apoyo y solidaridad, así mismo me capacitaron y confiaron en mi para realizar los procedimientos que me servirán para mi formación profesional.

Angel Alberto Perez Robles

A mis maestros por todo su tiempo y esfuerzo dedicado en compartir sus conocimientos, ya que sin su instrucción profesional no hubiese llega a este gran logro, quienes me brindaron dedicación y trasmitirnos a cada uno de sus alumnos

Jordán Iki Hernández Jaimes

## RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General Adolfo Prieto, donde se tomó como muestra de estudio a la población conformada por cincuenta pacientes, mujeres embarazadas que acuden a los servicios de Modulo Mater, Ginecológica y Control Prenatal en el Hospital General Adolfo Prieto. Fue de tipo no probabilístico por conveniencia por el cien por ciento de los participantes que fue pacientes embarazadas en el Hospital General Adolfo Prieto en el turno matutino. Se utilizó un instrumento de tipo transversal, el cual cuenta con un consentimiento informado, datos de la persona encuestada, con 23 ITEMS de opción múltiple. Los resultados se obtuvieron mediante el instrumento de medición SPSS versión 22, de los cuales se obtuvo que el 66% tiene conocimiento sobre la caries y un 34% no tienen conocimiento, el 54 % de usuarios embarazadas no asisten a consulta dental durante el embarazo y un 46% de las mismas si asisten a consulta dental durante el embarazo, el 52% de los usuarios no muestra preocupación, el 38 % acude atención por profesional dental, y el 10% muestra solo preocupación. En base a todas las preguntas se llegó a la conclusión de que el conocimiento por parte de las mujeres embarazadas del Hospital General Adolfo Prieto es insuficiente lo cual nos dice que hace falta reforzar los conocimientos y hacer un plan para que toda usuaria pueda ser capacitado adecuadamente y asistir a sus consultas dentales durante el embarazo

**Palabras clave:** salud bucal, caries, embarazo, higiene bucal.

## SUMARY

The present investigation was carried out within the facilities of the Adolfo Prieto General Hospital, where the population of fifty patients, pregnant women attending the services of Mater, Gynecological and Prenatal Control Module at the Hospital was taken as a study sample General Adolfo Prieto. It was of the non-probabilistic type for convenience by one hundred percent of the participants who were pregnant patients at the Adolfo Prieto General Hospital in the morning shift. A transverse type instrument was used, which has an informed consent, data of the person surveyed, with 23 ITEMS multiple choice. The results were obtained through the measuring instrument SPSS version 22, of which it was obtained that 66% have knowledge about caries and 34% have no knowledge, 54% of pregnant users do not attend dental consultation during pregnancy and 46% of them if they attend dental practice during pregnancy, 52% of users show no concern, 38% attend for dental professionals, and 10% show only concern. Based on all the questions, it was concluded that the knowledge on the part of the pregnant women of the Adolfo Prieto General Hospital is insufficient, which tells us that it is necessary to reinforce the knowledge and make a plan so that every user can be properly trained and attend your dental consultations during pregnancy

Keywords: oral health, caries, pregnancy, oral hygiene.

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pagina</b>
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Summary	v
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	5
1.4 Hipotesis	5
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>6</b>
2.1 Teorías de la investigación	6
2.2 Marco referencial	7
2.3 Marco Legal	10
2.4 Marco teórico	11
2.4.1 Cambios fisiológicos durante el embarazo	11
2.4.2 Cambios orales	14
2.4.3 Protocolo de atención odontológica en pacientes embarazadas	18
2.4.4 Caries dental y el embarazo	19
2.4.5 El embarazo en relación con la enfermedad periodontal	21
2.4.6 Parto prematuro asociado con la enfermedad periodontal	23
2.4.7 Plan de tratamiento	26
2.4.8 Edad gestacional para iniciarse tratamiento dental y tratamientos indicados por trimestre	27
2.4.9 Control de infecciones y tratamientos endodónticos	30
2.4.10 Posición en la unidad dental por trimestre	30
2.4.11 Farmacoterapia en el embarazo	31
2.4.12 Complicaciones	35
<b>III. DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>40</b>



Tabla de variables	41
<b>IV. RESULTADOS</b>	44
<b>V. CONCLUSION Y SUGERENCIAS</b>	56
<b>VI. BIBLIOGRAFIA</b>	58
<b>VII. ANEXO A</b>	63
<b>VIII. ANEXO B</b>	64
<b>IX. ANEXO C</b>	71
<b>X. ANEXO D</b>	75

<b>Tablas</b>	<b>Pagina</b>
Tabla 1. Edad	44
Tabla 2. Lugar de residencia	45
Tabla 3. Tiempo de gestación	45
Tabla 4. Estado civil	46
Tabla 5. Escolaridad	46
Tabla 6. Conocimiento sobre la caries	47
Tabla 7. Conocimiento sobre la prevención de caries en el embarazo	47
Tabla 8. Razones por la cual se pierden los dientes durante el embarazo	48
Tabla 9. Tratamiento bucal que dañan al bebe durante el embarazo	48
Tabla 10. Cuando acudir al dentista durante el embarazo	49
Tabla 11. Cuando se realiza un tratamiento dental	49
Tabla 12. Se realizaría una limpieza dental durante el embarazo	50
Tabla 13. Reacción ante la gingivitis	50
Tabla 14. Que hace cuando le duelen los dientes	51
Tabla 15. Ha asistido a consulta durante el embarazo	51
Tabla 16. Ultima visita al dentista	52
Tabla 17. Tratamiento dental utilizado durante el embarazo	52
Tabla 18. Instrumentos utilizados para el aseo dental	53
Tabla 19. Frecuencia de cambio de cepillo dental	53
Tabla 20. Cuantas veces al dia cepilla los dientes	54
Tabla 21. Ha visitado algún dentista estando embarazada	54

Tabla 22. Última vez que acudió al dentista	55
---	----

<b>Cuadros</b>	<b>Página</b>
Cuadro 1. Tratamientos indicados durante cada trimestre del embarazo	29
Cuadro 2. Periodo indicado para los tratamientos específicos	29
Cuadro 3. Medicamentos en el periodo de embarazo	35
Cuadro 4. Reacciones adversas durante el embarazo inducidas por fármacos	36

<b>Índice de ilustraciones</b>	<b>Página</b>
Ilustración 1. Gingivitis	16
Ilustración 2. Granuloma piógeno	17
Ilustración 3. Periodontitis	17
Ilustración 4. Posición de unidad dental por trimestre	31
Ilustración 5. Metronidazol 500mg tab.	33
Ilustración 6. Eritromicina 500mg tab	33
Ilustración 7. Paracetamol 500mg tab	33
Ilustración 8. Ibuprofeno 800mg tab	33

<b>Índice de graficas</b>	<b>Página</b>
Anexo 1. Grafica 1	75
Anexo 2. Grafica 2	75
Anexo 3. Grafica 3	76
Anexo 4. Grafica 4	76
Anexo 5. Grafica 5	77
Anexo 6. Grafica 6	77
Anexo 7. Grafica 7	78
Anexo 8. Grafica 8	78
Anexo 9. Grafica 9	79
Anexo 10. Grafica 10	79
Anexo 11. Grafica 11	80

Anexo 12. Grafica 12	80
Anexo 13. Grafica 13	81
Anexo 14. Grafica 14	81
Anexo 15. Grafica 15	82
Anexo 16. Grafica 16	82
Anexo 17. Grafica 17	83
Anexo 18. Grafica 18	83
Anexo 19. Grafica 19	84
Anexo 20. Grafica 20	84
Anexo 21. Grafica 21	85
Anexo 22. Grafica 22	85

## I. INTRODUCCION

El embarazo es el periodo desde la implantación del cigoto en el útero hasta el parto en el cual se presentan cambios fisiológicos como resultado del aumento de las necesidades maternas y fetales y que pueden afectar la salud oral<sup>1-2</sup>

Debido a la relación de la salud bucal con la salud general, los problemas orales deben abordarse rápida y adecuadamente. Ciertos principios deben tenerse en cuenta durante el tratamiento, de manera que se reduzca al mínimo el riesgo para el feto y la madre. <sup>3</sup>

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es “Mejorar la Salud Materna”, con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la

mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.<sup>4</sup>

La investigación acumulada muestra que el cuidado dental es seguro y eficaz durante todo el embarazo. Datos recientes sugieren que aproximadamente el 50% de las mujeres no tienen una visita al dentista durante el embarazo. Muchos dentistas son reacios a proporcionar atención dental a pacientes embarazadas y madres lactantes, debido a los riesgos que implica el tratamiento.<sup>5</sup>

## **1.1 Planteamiento del problema**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial crónico cáncer de boca o garganta aftas bucales defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido enfermedad periodontal (de la encía) caries dental pérdida de otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca o cavidad bucal. Estos padecimientos bucales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas mas importantes diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer ya que se ven favorecida por higiene bucal deficiente mala alimentación, tabaquismo y consumo de alcohol. La estrategia del programa de fluorización de la sal y el programa educativo preventivo se implementaron con el esfuerzo conjunto del sector salud siendo una de las grandes

intervenciones de salud pública en nuestro país, con más éxito que ha ayudado al cambio del perfil epidemiológico en México. A pesar de los esfuerzos realizados, la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales siguen siendo altas, reconocidas como un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menos favorecidos como son escolares, embarazadas, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas personas con VIH/SIDA y personas con enfermedades crónico-degenerativas.<sup>6</sup>

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales se inscribe dentro de estos propósitos al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo. Constituye un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales. Actualmente se reconoce la necesidad de consolidar los mecanismos vigentes de vigilancia epidemiológica y ampliar su cobertura mediante el manejo ágil y eficiente de la información necesaria para la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, por lo que se considera indispensable homogeneizar los procedimientos y criterios institucionales que orienten y faciliten el trabajo del personal que se encarga de estas actividades dentro de los hospitales. Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.<sup>7</sup>

## **1.2 Justificación**

En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología. El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto. Es de vital importancia que el personal de enfermería que labora dentro de las instituciones de salud, sea 1er o segundo nivel, incluso hasta un 3er nivel de atención, se encuentre capacitado en el control prenatal de la mujer embarazada para contribuir a la disminución de incidencias en la atención de la mujer embarazada.

Este estudio de investigación pretende evaluar el conocimiento que tiene toda aquella mujer embarazada sobre la atención odontológica, así mismo darles a conocer la importancia que tiene llevar dentro de su control prenatal, la atención al servicio de estomatología, así mismo capacitar principalmente al personal de enfermería ya que es el primero en estar en contacto con toda aquella mujer en su periodo de embarazo, es por esta razón que resulta de gran importancia realizar esta investigación para obtener un mejor conocimiento, de atención del embarazo, y con ello poder realizar acciones que mejoren la calidad de los mismos.

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo general.**

Identificar el nivel de conocimiento que tiene toda aquella mujer embarazada, sobre la atención odontológica durante el embarazo.

#### **Objetivo específico.**

- Identificar a cada una de las embarazadas dependiendo de su costumbres y tradiciones.
- Fomentar la importancia que tiene acudir al servicio de estomatología durante el embarazo.
- Explicar a toda aquella mujer embarazada las complicaciones que puede llevar una infección bucal.

### **1.4 Hipotesis**

**HO:** La mujer embarazada tiene conocimiento en la importancia de la asistencia en la consulta odontológica del Hospital General Adolfo Prieto

**HA:** La mujer embarazada no tiene el conocimiento adecuado de la importancia a la consulta odontológica den Hospital General Adolfo Prieto



## II REVISION DE LITERATURA

### 2.1. Teorías de la investigación

Dorothea Elizabeth Orem.

Dorothea Orem nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914, específicamente en Baltimore, Maryland. De su padre se conoce que fue constructor y que disfrutaba de la pesca. De su madre se sabe que era una mujer dedicada al hogar y que aprovechaba su tiempo libre para dedicarlo a la lectura. Dorothea fue la menor de dos hermanas. El 22 de junio de 2007 falleció en Savannah, Georgia, Estados Unidos, a la edad de 92 años. Dejó como legado una productiva carrera en el área de la salud, no solo desde el punto de vista de la práctica, sino en materia intelectual.

Bases teóricas que influyeron en su modelo:

Dorothea Orem también señala una definición propia de enfermería, que consiste en proporcionar a las personas asistencia directa en su autocuidado. La misma se brindará en función de sus propias demandas, y en razón de la insuficiencia de las capacidades debido a las situaciones personales de los individuos o colectivos de personas. Otras nociones fundamentales son las de salud, el autocuidado, la enfermería, el entorno y la relación enfermero-paciente-familia. Toda esta conceptualización realizada por Orem dio solidez a un dispositivo teórico de gran madurez. Tanto es así, que sirvió de referencia ineludible en el ámbito de la enfermería moderna y de las políticas públicas en materia de salud.

En función de este concepto, creó la teoría del déficit de autocuidado como un área de conocimiento compuesta por tres subteorías relacionadas entre sí: el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería. Esta teoría

desarrollada y explicada por Orem llegó a recibir el nombre de Modelo Orem, y la hizo merecedora de numerosos reconocimientos y publicaciones.<sup>8</sup>

Metaparadigmas desarrollados en la teoría:

- Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.
- Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona.
- Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.<sup>9</sup>

## **2.2 Marco referencial**

El Hospital Isidro Ayora (HGOIA), 2015. Realizo una investigación para explorar conocimientos, actitudes y prácticas de embarazadas que acuden al Hospital Isidro Ayora, para entender su relación con la salud bucal. Para este estudio utilizaron metodología transversal analítico diferencial, realizado en agosto-septiembre 2015 en consulta externa odontológica del HGOIA, aplico una encuesta que investigo datos sociodemográficos; conocimientos sobre embarazo y salud bucal: actitudes sobre atención odontológica durante el embarazo y acciones prácticas de salud oral en su embarazo. Los resultados indican que las embarazadas conocen que es la

caries y como prevenirla; estarían dispuestas a realizarse una profilaxis. Sin embargo, acudirían al dentista por derivación del ginecólogo, solo cuando hay dolor y siempre que no haya riesgo (madre o bebe).

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (ALOP). A través de la Revista de Odontopediatría Latinoamericana 2015. Publica artículo de revisión “enfermedad periodontal en embarazadas adolescentes”. Con el objetivo de Indagar en la literatura información sobre la enfermedad periodontal en adolescentes embarazadas, que le permitan al odontopediatra opinar acerca de los diferentes hallazgos según las patologías periodontales más prevalentes en estas pacientes. La búsqueda de artículos publicados desde 1963 hasta 2013 , se encontraron 40 publicaciones sobre enfermedad periodontal y embarazo, de los cuales solo 4 se referían a adolescentes, los autores coinciden en que se requiere una mayor atención interdisciplinaria, que incluya al odontólogo, no solo por la salud bucal de la madre gestante sino para asegurarle mejores condiciones de desarrollo del proceso gestacional y el hijo que está en formación, así como existe controversia sobre la influencia del embarazo sobre la enfermedad periodontal .

Archivos de Investigación Materno Infantil, órgano oficial de difusión del Instituto Materno Infantil del Estado de México, 2016. Publica artículo llamado “Manejo odontológico de mujeres embarazadas”, dando a conocer la importancia en el manejo dental dependiendo al trimestre del embarazo. En el embarazo se presentan cambios fisiológicos que pueden afectar la salud oral. Existen directrices que deben tenerse en cuenta durante el tratamiento odontológico para reducir al mínimo el riesgo para el feto y la madre. En el presente artículo se hace una revisión a los cambios que ocurren durante la gestación y del manejo odontológico integral en la mujer embarazada. Concluimos que el tratamiento dental es seguro y eficaz en cualquier trimestre. Los profesionales de la salud oral deben educar a la paciente embarazada sobre la importancia de la salud bucal, ser advertidas sobre las manifestaciones orales comunes y el tratamiento que debe llevarse a cabo.

Journal of negative & and positive results de España, revista internacional, publica mensualmente artículos al área de la salud publica artículo en el 2018 sobre “Conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas”. La salud bucodental de las embarazadas depende de los conocimientos, actitudes y comportamientos aprendidos con anterioridad al embarazo. Las investigaciones evidencian que el problema más frecuente y específico que se encuentra durante este periodo, y que se prolonga durante la lactancia, es la gingivitis gestacional, es decir, la inflamación de las encías. Por tanto, el conocimiento que tenga la embarazada sobre estas alteraciones es esencial, no solo para prevenirlas, sino por las consecuencias que puede tener durante el embarazo, parto y posparto.

Unidad de salud bucodental 7. Centro de Salud Zona VII. Albacete España 2018 publico un artículo especial llamado “Embarazo y salud oral” donde dan a conocer información acerca de la salud de la embarazada, a su percepción e interacción con el entorno. Una mujer embarazada necesita a lo largo de este tiempo supervisión médica, prevención y ayuda física y emocional. El cuidado dental de las embarazadas requiere una atención especial, retrasándose ciertos procedimientos terapéuticos, de modo que coincidan con los periodos del embarazo dedicados a la maduración y no a la organogénesis. La aplicación de la odontología preventiva irá enfocada al cuidado pre y postnatal. En este artículo repasamos algunos cambios fisiológicos y patologías orales que se asocian con el embarazo, y cómo estas alteraciones pueden afectar a la salud oral de la paciente.

## 2.3 Marco legal

Art. 2. "Toda persona tiene derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar"

Art. 3. "La enumeración de los derechos establecidos en este capítulo no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo, del Estado democrático de derecho y de la forma republicana de gobierno.

- ✓ El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas fue ratificado en 1,978.
- ✓ Ley General de Salud No. 26842, Art. 10 menciona el derecho a recibir una alimentación sana y suficiente.
- ✓ Decreto Supremo 066-2004-PCM que aprueba la ENSA (Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria).
- ✓ Decreto Supremo 017-2005-JUS que aprobó el Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010 recomienda promover la elevación en la jerarquía normativa del derecho a la alimentación.

Ley publicada en el Número 50 Bis, el miércoles 19 de abril de 2017. Ley que establece el derecho a recibir información para la prevención de enfermedades bucodentales (Gaceta Oficial de la Ciudad de México).

### CAPITULO UNICO

- Artículo 1.- La presente ley es de orden público, interés social y observancia general y tiene por objeto dotar gratuitamente de un Paquete de Salud Bucodental

- Artículo 2.- Para efectos de la presente se entenderá por Paquete de Salud Bucodental al conjunto de tres elementos de las siguientes herramientas:  
I Crema/pasta dental de entre 40 y 75 ml contando con los siguientes Ingredientes: Flúor 1450 ppm, Carbonato de Calcio.  
II. Cepillo de dientes de mango plástico con cerdas hechas de nylon con punta redondeada, para el caso de preescolar tamaño chico y para educación primaria tamaño mediano.  
III. Manual de los buenos hábitos del cepillado para la salud bucal
- Artículo 3.- La Secretaria de Desarrollo Social, deberá incluir en su Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Ciudad de México, un monto suficiente que garantice la operación de la presente ley en la prevención de enfermedades bucodentales

## **2.4 Marco teórico**

### **2.4.1 Cambios Fisiológicos durante el embarazo**

#### Sistema Cardiovascular y sus implicaciones

El volumen sanguíneo se incrementa por hipertrofia y dilatación de las cavidades izquierdas, hay aumento del volumen sistólico por lo que el peso aumenta a 30° aproximadamente, la frecuencia cardiaca aumenta, por lo tanto, el gasto cardiaco también y hay cambios en la resistencia vascular sistémica.<sup>10,11</sup>

Estos cambios producen un soplo cardiaco funcional y taquicardia en el 90% de las mujeres, que no debe confundirse con enfermedades cardiacas que requiera profilaxis. Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, hay disminución de presión arterial y del gasto cardiaco que estimulan los bolorreceptores como un mecanismo de compensación normal para mantener el gasto cardiaco, provocando

hipotensión, náuseas mareos y desmayos. La distribución varía por la posición del cuerpo, lo que aumenta la aparición del síndrome hipotensivo supino; para prevenirlo la paciente debe tener la cadera derecha y elevada de 10 a 12 cm, con una inclinación del 5 al 15 % en su lado izquierdo para aliviar la presión sobre la vena cava inferior. Si esta no es aliviada, puede ser necesaria una posición totalmente lateral a la izquierda.<sup>12</sup>

### Cambios en el Sistema Respiratorio y sus implicaciones

Se requieren cambios por el aumento del tamaño del feto en desarrollo y las necesidades de oxígeno materno-fetal.<sup>12</sup> El feto empuja el diafragma hacia arriba, provocando aumento de la presión intratorácica que conduce a una reducción de la capacidad residual funcional (CRF), hay disnea e hiperventilación en el primer trimestre, puede haber hipoxemia moderada y algunas pacientes desarrollan un gradiente de oxígeno alveolo-arterial anormal cuando se coloca en posición supina. Esta posición afecta la función de las vías respiratorias al final del embarazo.<sup>10</sup> En una situación estresante podría disminuir el flujo de la arteria uterina y causar disminución en la oxigenación fetal. He aquí la importancia de mantener tranquila a la paciente durante el tratamiento.<sup>2-12</sup>

### Cambios Hematológicos y sus implicaciones

Hay un leve descenso de plaquetas llamado trombocitopenia gestacional, aumento en el número de eritrocitos, de su tasa de sedimentación, de leucocitos, y de la mayoría de los factores de coagulación causando un estado de hipercoagulabilidad, lo que aumenta el riesgo cinco veces de tromboembolismo.<sup>13</sup> Debido al aumento de la masa de células rojas, se provoca una "hemodilución" o anemia fisiológica del embarazo para proteger a la madre de la depleción de volumen por hemorragia y de eventos trombóticos.<sup>11-12</sup> Se deben evitar citas largas. Si la paciente toma

heparina, cualquier otro anticoagulante o aspirina (antitrombóticos) debemos referir a segundo nivel para dar un mejor manejo y estar en contacto directo con otras especialidades.<sup>10-11</sup>

### Cambios en el Sistema Gastrointestinal y sus implicaciones

Dos tercios de las pacientes se quejan de náuseas y vómitos, el reflujo se produce como resultado de un aumento de la presión intragástrica debido al crecimiento fetal, también se puede presentar pirosis (ardor de estómago). Si la paciente sufre de hiperémesis, se deben evitar las citas matutinas. Durante procedimientos dentales, las pacientes deben estar en posición supina. El procedimiento debe interrumpirse inmediatamente si la paciente experimenta náuseas y ser colocada en posición vertical.<sup>12</sup>

### Cambios Renales, Genitourinarios y Endocrinos

El cambio más significativo es la dilatación ureteral, hay aumento del flujo plasmático renal, existe un alto riesgo de padecer infecciones urinarias, hay aumento del filtrado glomerular, por lo tanto, de la orina y disminución de la densidad, por ambas situaciones la excreción de fármacos se acelera. De acuerdo con esto debemos ajustar las dosis que prescribimos.<sup>10-12</sup> El aumento de estrógeno, progesterona, y gonadotropina humana son los responsables de la mayoría de los cambios fisiológicos. Alrededor del 45% de las mujeres embarazadas son incapaces de producir cantidades suficientes de insulina para superar la acción antagonista de los estrógenos y la progesterona, debido a esto se presenta resistencia a la insulina y como resultado pueden desarrollar diabetes gestacional.<sup>12</sup>



## Sistema Inmune

Como respuesta de la madre al feto hay supresión del sistema inmune, por lo que la paciente está expuesta a un mayor crecimiento local de bacterias y potencial de progresión más rápida.<sup>11</sup> Esta disminución se debe a la lentitud en la quimiotaxis, los neutrófilos, la inmunidad mediada por células, y la actividad de las NK.<sup>9</sup> Como odontólogos debemos priorizar el control de focos de infección que puedan exacerbarse y comprometer la salud.<sup>1-3</sup>

### **2.4.2 Cambios orales.**

Gingivitis, afecta del 60 al 75% de las mujeres embarazadas.<sup>3</sup> Se caracteriza por una respuesta exagerada a los irritantes locales, incluyendo la placa bacteriana y el cálculo. El mecanismo de esta respuesta inflamatoria se atribuye a los niveles de progesterona y estrógeno, ya que tienen un efecto sobre el sistema inmunológico. Deprimen la quimiotaxis de neutrófilos y la fagocitosis, así como la respuesta de las células T y de los anticuerpos.<sup>14-15</sup> Se han encontrado receptores específicos para estas hormonas en el tejido gingival. El estrógeno puede aumentar la proliferación celular de los vasos sanguíneos gingivales, causar disminución de la queratinización gingival, y aumentar el glucógeno del epitelio. Estos cambios disminuyen la función de la barrera epitelial de la encía. 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 los fibroblastos y altera la velocidad y el patrón de la producción de colágeno, lo que reduce la capacidad de la encía para repararse. El ácido fólico es indispensable para mantener la mucosa oral sana, éste se incrementa en presencia de mayores niveles de hormonas sexuales. La deficiencia de folato en relación subsiguiente aumenta la destrucción inflamatoria del tejido bucal mediante la inhibición de su reparación.<sup>3</sup> Incremento de la microflora subgingival, sea

anaeróbica o aeróbica, se da de la semana 12 a la 28 y comienza a reducir durante el tercer trimestre hasta el parto. Se ha demostrado un aumento 55 veces mayor de *Prevotella intermedia*.<sup>3-15</sup>

Niveles de pH bajos, por lo tanto, también de las peroxidasa salivales lo que reduce la capacidad defensiva de la saliva. El reflujo gastroesofágico también tiene influencia sobre los tejidos al cambiar el pH.<sup>2-15</sup> Disminución del flujo salival y la capacidad buffer posiblemente explicados por las alteraciones hormonales. Para las mujeres que tienen xerostomía, se recomienda el consumo frecuente de agua sin azúcar o caramelos que puedan aliviar este problema, el uso de fluoruro en pasta de dientes o enjuague bucal, para ayudar a remineralizar los dientes y reducir el riesgo de caries.<sup>14-15</sup> Erosión dental. La hiperémesis gravídica es una forma severa de náuseas y vómitos que se produce en 0.3 a 2% de las mujeres embarazadas, generalmente en los primeros estadios; puede conducir a la pérdida de esmalte superficial (perimilólisis) inducida por el ácido.<sup>2,3</sup>

Las pacientes embarazadas deben ser instruidas para realizar enjuagues inmediatamente después del vómito con una cucharadita de bicarbonato de sodio disuelto en un vaso de agua, lo que puede impedir que el ácido afecte el esmalte, deben ser advertidas de evitar cepillarse los dientes inmediatamente después. También se recomienda la aplicación de fluoruro.<sup>3-11</sup>

Caries. Se consideran factores etiológicos la higiene oral deficiente, la dieta rica en carbohidratos, los cambios en la composición salival que pueden predisponer temporalmente a la erosión y caries, y la proliferación y descamación de las células de la mucosa bucal que proporcionan un entorno adecuado para el crecimiento bacteriano.<sup>10-12</sup> 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.<sup>3</sup>

Granuloma piógeno o épulis del embarazo, crecimiento de tipo tumoral que se presenta por lo general durante el segundo o tercer trimestre. 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. Contribuye la angiogénesis incrementada debido al aumento del nivel de progesterona y de los efectos del estradiol.<sup>13</sup> Es una lesión sésil o pedunculada que generalmente es indolora, el color varía de rojo púrpura a azul profundo, según la vascularización de la lesión y el grado de estasis venosa. La superficie de la lesión puede estar ulcerada y cubierta por exudado amarillento, al tacto se presenta suave y fácilmente sangra. La destrucción ósea se observa raramente. 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 del embarazo disminuirá hasta después del parto, incluso, la extirpación quirúrgica puede ser necesaria para la resolución completa.<sup>3</sup>

Exacerbación de la periodontitis preexistente. Durante la semana 12 a 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 (Figuras 1 a 3)<sup>12-14</sup>



Figura 1. Gingivitis



Figura 2. Granuloma Piógeno



Figura 3. Periodontitis

En la enfermedad periodontal existen bacterias Gram negativas anaerobias en la placa dentobacteriana, las cuales pueden volverse más patógenas, e incluso ser difundidas por vía sistémica y colonizar el complejo materno-fetal de la placenta. Alternativamente, la enfermedad periodontal puede causar cambios inmunológicos anormales sistémicos, que conducen a complicaciones del embarazo.<sup>3,16</sup> El primer informe que sugiere que la infección periodontal materna puede ser un posible factor de riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer fue publicado en 1996.<sup>3</sup> En

general, los estudios con resultados positivos a esta relación se han aplicado en poblaciones en desventaja económica, por lo que la interpretación de la investigación es desafiante, ya que se comparten factores de riesgo comunes, como tabaquismo, estrés, edad avanzada, enfermedades crónicas y susceptibilidad genética. Sigue habiendo dudas acerca de si las asociaciones observadas representan una relación causal o se deben a los efectos de confusión de otras variables. Por otra parte, existen ensayos controlados en los Estados Unidos que han demostrado que el tratamiento dental de rutina durante el embarazo, incluyendo la terapia periodontal, no aumenta la incidencia de resultados adversos del embarazo.<sup>3</sup> Movilidad dental. 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.<sup>3,12</sup>

#### **2.4.3 Protocolo de atención odontológica en pacientes embarazadas.**

Las mujeres embarazadas merecen el mismo nivel de atención que cualquier otro paciente dental. En 2012 se establecen las primeras directrices americanas emitidas en: *Oral health care during pregnancy: a national consensus statement of an expert workgroup meeting*, el cual señala que el tratamiento dental puede realizarse de manera segura durante todos los trimestres del embarazo. Se debe consultar con un médico especialista que nos ayude a conocer las condiciones comórbidas que podrían afectar a la gestión de los problemas orales del paciente.<sup>3</sup>

#### Historia Clínica

La evaluación inicial incluye un examen exhaustivo de la historia médica, mediante la cual evaluamos el riesgo, y conocemos la historia reproductiva (complicaciones previas, abortos, embarazos de alto riesgo, etcétera).<sup>2-12</sup> En la exploración realizaremos el examen físico y en cada consulta toma de signos vitales.<sup>2</sup> El

expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.<sup>17</sup>

#### Estudio Radiográfico y Diagnostico

No está contraindicado el uso de rayos X, ya que la radiación es mínima, por lo que no representa daño para la madre ni para el feto, pese a esto, se deben tomar precauciones como el uso de mandil de plomo y collar tiroideo. Una dosis de radiación de 10 Gy (5 Gy en el primer trimestre, cuando se inicia la organogénesis) causa anomalías fetales congénitas.<sup>13-18</sup> Cabe mencionar que la mayor susceptibilidad del feto ocurre entre las semanas dos y ocho. Tras la recopilación de los datos anteriores podemos establecer el diagnóstico integral de la paciente.<sup>2</sup>

#### **2.4.4 Caries dental y el embarazo.**

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para una mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que esta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que, a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído

del tejido dentario.<sup>19-20</sup> Si se establece que la caries dental requiere de un tratamiento curativo, no debe verse solo desde el punto de vista maternal, sino también a partir de las consecuencias que puede tener para el futuro bebé.<sup>20-21</sup>

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 de la cavidad bucal se hace receptiva a la colonización. Se cree que la ventana de la infectividad para adquirir este microorganismo está limitada a los nuevos dientes emergidos. Sin embargo, un estudio en niños de seis a 36 meses en la isla de Saipán, el *Streptococcus mutans* fue detectado en la mayoría antes de los 12 meses y en el 25 % de los niños presentados, atribuyéndole papel fundamental a la madre. Un estudio en Finlandia demostró que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no recibieron ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal. Este resultado demuestra que el tratamiento dental durante el embarazo puede evitar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes a través de la vía placentaria<sup>22</sup>. Se ha sugerido que un embarazo previo pudiera aumentar el riesgo de padecer enfermedades bucales o padecerlas con mayor severidad. No existe aún una teoría definida al respecto, sin embargo, sí se cuenta con algunos elementos que permiten un acercamiento al fenómeno. El sistema inmune materno se suprime en alguna medida para evitar el rechazo madre-feto; la existencia de una disminución en la actividad de las células T y el bloqueo del proceso inicial de activación de linfocitos por la progesterona han sido reportados.<sup>23-24</sup> Todos estos factores podrían hacer que la embarazada responda de forma ineficaz ante el ataque de la caries dental y cabe esperar una respuesta intensificada en una segunda exposición al mismo evento.

El conocimiento del riesgo de padecer de caries dental durante el periodo de embarazo es esencial para un correcto plan de tratamiento con las acciones educativas y preventivas necesarias para que las madres puedan cuidar

adecuadamente de su salud bucal y la de sus hijos<sup>25</sup>. La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque las investigaciones permiten deducir que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cario génicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora bucal, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos<sup>26</sup>.

La experiencia práctica e investigativa de los autores ha evidenciado como la dieta cario génica y la deficiente higiene bucal influyen significativamente en la aparición y desarrollo de la caries dental. Sin embargo, durante el embarazo a pesar de que en este período se intensifica la respuesta del huésped, por todo lo anteriormente expuesto, si se logran controlar estos factores de riesgo entonces se minimizan los efectos de esta afección o se contribuye a su prevención.

#### **2.4.5 El embarazo en relación con la enfermedad periodontal**

En las embarazadas es muy común que sangren las encías y se produzca gingivitis, tanto, que se le conoce como la “gingivitis del embarazo”. En esta etapa debido a las alteraciones endocrinas, aumentan los niveles hormonales, en especial de estrógenos y progesterona, que son esenciales para el desarrollo y desenvolvimiento del feto pero que pueden ser causa de alteraciones gingivales,<sup>27</sup> que aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes de gestación, donde afecta desde el 30 % al 100 % de las gestantes<sup>28</sup>. También influyen en su aparición, la higiene bucal deficiente que propicia la acumulación de placa dentobacteriana, factor determinante en el aumento de la inflamación gingival considerada como el principal agente causal de la enfermedad periodontal<sup>29</sup>. El embarazo aumenta la movilidad dental, la profundidad de bolsa y el fluido gingival. La vascularidad pronunciada es la característica clínica más saliente. A pesar de que los cambios gingivales durante el embarazo son los más marcados, los periodontales no se excluyen en este período<sup>20</sup>.



El organismo en el estado de gestación produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones de la gestante para facilitar el parto. Algunos estudios plantean que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos de alimentos y que la placa dentobacteriana se deposite entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de estas. Esta movilidad dentaria se diferencia por no llevar consigo pérdida de inserción dentaria, que no precisa tratamiento y remite posparto, ya que es raro que el daño periodontal sea irreversible<sup>30</sup>. Se considera que el aumento de la profundidad de la bolsa durante el embarazo se debe principalmente a un aumento del tejido gingival más que a destrucción periodontal.

El efecto del embarazo sobre la respuesta gingival a los irritantes locales se explica sobre una base hormonal, la intensidad de la gingivitis varía con los niveles hormonales en el embarazo. En algunos casos, la encía inflamada forma masas circunscritas de "aspecto tumoral", denominadas tumores del embarazo<sup>31</sup>. La eliminación de los irritantes locales al comienzo del embarazo es una medida preventiva contra la enfermedad gingival en general. Una zona residual de irritación local e inflamación que no se trate, puede producir la destrucción progresiva de los tejidos periodontales<sup>32</sup>.

Hay una reducción parcial de la intensidad de la gingivitis a los dos meses después del parto, y luego de un año el estado de la encía es comparable al de pacientes no embarazadas. Sin embargo, la encía no vuelve a la normalidad mientras haya irritantes locales. Después del embarazo también disminuyen la movilidad dental, el fluido gingival y la profundidad de la bolsa. Kornman y Loesche coincidieron que el aumento más significativo de Prevotella intermedia (Pi) sucede durante el segundo trimestre del embarazo, coincidiendo con un aumento clínico de la gingivitis, el cual se debe a que los microorganismos de la familia (Pi) necesitan vitamina K para su crecimiento, pero son capaces de sustituirla por progesterona y estrógenos, que son moléculas muy parecidas a la Vitamina K<sup>33</sup>.

En relación con la embarazada, los cambios más frecuentes y marcados radican sobre el tejido gingival. Aunque no existe consenso general con relación a los factores que se consideran intervienen en su aparición hay tendencia a conceputar que el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este periodo se relacionan con la presencia de la biopelícula, el cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal, así como factores hormonales, exagerando la respuesta a los irritantes locales. De manera que aunque existen en la mujer embarazada condiciones fisiológicas que favorecen el agravamiento de la inflamación gingival, si se interviene a tiempo con acciones preventivo curativas, la enfermedad no se agrava, o incluso podría desaparecer<sup>34</sup>.

Los autores de este artículo coinciden con el planteamiento anterior y consideran que la enfermedad bucal más frecuente en este período es la gingivitis a pesar de que deben continuarse los estudios para lograr un consenso general con relación a los factores que intervienen en los cambios que ocurren en el tejido gingival.

#### **2.4.6 Parto prematuro asociado a la enfermedad periodontal**

El bajo peso al nacimiento es un problema mundial de salud, que impacta en gran medida sobre la morbilidad y la mortalidad neonatal e infantil. Las tres causas más frecuentes y sin embargo evitables son la malnutrición, las infecciones y las toxinas, cuyos problemas potenciales pueden vigilarse y a menudo evitarse mediante una asistencia prenatal adecuada que se inicie en el primer trimestre y se mantenga durante el resto del embarazo<sup>35</sup>. Un bebé bajo peso es aquel que presenta al nacer menos de 2500 g, y un parto pretérmino es el que ocurre antes de las 37 semanas (258 días o menos). La enfermedad periodontal ha sido identificada como un factor de riesgo para que aquellas mujeres que la sufren durante el embarazo, tengan partos prematuros o hijos de bajo peso al nacer<sup>36</sup>.

Un estudio de la Universidad de Carolina del Norte mostró que las mujeres con enfermedad periodontal fueron siete veces más propensas a partos pretérminos y a tener niños de bajo peso. De manera fisiológica, se produce durante toda la gestación un aumento de los niveles intraamnióticos de prostaglandinas (PGE 2) y del factor de necrosis tumoral alfa (FNT), hasta alcanzar un nivel suficiente en el momento del parto para inducir la dilatación cervical. Las infecciones genitourinarias producen un aumento artificial de estos mediadores, al igual que infecciones que se originan en otros sitios a distancia.

Las infecciones periodontales deberían ser causa de preocupación durante el embarazo, pues actúa silenciosamente y suponen un depósito de microorganismos anaerobios gram negativos, lipopolisacáridos y endotoxinas, y mediadores inflamatorios como PGE2 y TNF alfa, que podrían suponer un riesgo para la unidad feto-placentaria, lo que pudiera repercutir en el parto pretérmino con bajo peso<sup>37</sup>. El nacimiento de niños con bajo peso constituye un factor de riesgo a caries, mal oclusiones, alteraciones de los dientes en formación, en cuanto a calidad y textura de los tejidos y de las proporciones de las estructuras en el área cráneo facial que alteran la armonía facial en el período prenatal. En condiciones de desnutrición hay una mayor susceptibilidad a caries y defectos hipoplásicos. Algunos estudios han demostrado que una deficiencia proteico energética o de otros nutrientes esenciales durante el desarrollo dentario produce una mayor susceptibilidad a caries, retardo en la erupción dentaria, defectos estructurales en el esmalte, alteraciones en las estructuras de soporte y desarrollo de las glándulas salivales, lo que puede alterar en cantidad y calidad la saliva secretada.

La malnutrición fetal es un riesgo para la salud bucodental, sin olvidar su particular influencia en la pérdida de longitud de las arcadas y el espacio disponible para la correcta alineación dentaria y armonía de la oclusión, estética y funcionalmente. Kalenga<sup>38</sup> determinó los efectos negativos sobre las vías aéreas y, por ende, sobre la respiración, cuestión está de gran interés para las especialidades

estomatológicas, por las repercusiones anatómo-fisiológicas, que induce una mala respiración nasal en las estructuras faciales.

La dentición temporal generalmente sigue un orden en tiempo y secuencia de erupción, que de alguna manera está relacionada con el desarrollo general del niño, lo que significa que en los prematuros la erupción es más tardía; de igual forma, se afirma que el peso al nacer influye en el brote dentario. Se plantea que el microorganismo transversal es también una consecuencia del déficit de crecimiento impuesto a estos niños desde la gestación<sup>39</sup>. La maduración y la mineralización de los tejidos duros de los dientes antes del nacimiento dependen del metabolismo intrauterino y, por tanto, los gérmenes dentarios en formación son sensibles a las restricciones nutritivas, y se asevera que todas las deficiencias nutritivas pueden producir disturbios en la amelogénesis, en tanto el diente será más propenso a las lesiones cariosas, tal como ha sucedido en algunas investigaciones realizadas<sup>40</sup>.

Los autores consideran que en Cuba aún son insuficientes los estudios respecto al parto prematuro y el bajo peso al nacer asociado a la enfermedad periodontal por lo que deben realizarse investigaciones referentes a esta temática, en particular en nuestra provincia. El parto prematuro y el bajo peso al nacer son factores de riesgo para la salud bucodental como se evidencia en los artículos revisados y en nuestra práctica diaria.

En la estomatología actual, cada vez más preventiva y educativa 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.

El recambio materno fetal de nutrientes y energía constituye la garantía fundamental de un crecimiento y desarrollo adecuados en la etapa prenatal y un buen punto de partida para el recién nacido y su crecimiento posnatal<sup>39</sup>. Estudios epidemiológicos revelan que el deterioro del crecimiento intrauterino se asocia con el incremento de la incidencia de enfermedades en la vida adulta. El bajo peso, en particular, se relaciona con la hipertensión, isquemia cerebral, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, diabetes tipo II, hiperlipidemia, obesidad, trastornos pulmonares y reproductivos, cuyas asociaciones han sido descritas en poblaciones de diferentes edades, sexos y origen étnico<sup>41</sup>.

#### **2.4.7 Plan de tratamiento**

Se basará en la detección de focos de infección ya que son una prioridad.<sup>2-12</sup> Si bien es importante iniciar con el tratamiento dental, una vez tratados los focos de infección, se busca mejorar el enfoque preventivo, evaluar los riesgos, el estilo de vida y los cambios de conducta y hábitos que una mujer puede hacer para reducir su riesgo de enfermedades dentales. La paciente debe realizar visitas dentales de rutina, debe ser instruida a cepillarse los dientes con pasta dental con fluoruro e indicar el uso diario de hilo dental o cepillo interdental, utilizar enjuague bucal sin alcohol, e incluso, después de comer usar goma de mascar o pastillas de menta que contengan xilitol para ayudar a reducir las bacterias, comer saludable y reducir al mínimo el consumo de azúcar. En ciertos casos, el enjuague de clorhexidina (sin alcohol) puede indicarse para lograr una salud gingival óptima.<sup>3-11</sup> Todos los procedimientos quirúrgicos electivos deben posponerse hasta después del parto. Los procedimientos quirúrgicos orales ambulatorios y maxilofaciales deben ser remitidos.

## Condiciones que Ameritan Tratamiento Prioritario

- El dolor dental, el cual es generalmente el motivo de consulta.<sup>2</sup>
- Infecciones agudas que mantienen a la madre en un estado de estrés que pudieran llevarla a una condición más grave.<sup>13</sup>
- Sangrado gingival, ya que su etiología durante el embarazo es diversa, puede ser por alteración del sistema fibrinolítico, por el cambio hormonal, por trombocitopenia gestacional, por medicación para prevención de trombofilia o trombosis venosa, padecimientos que podrían modificar el plan de tratamiento.<sup>10</sup>
- Granuloma piógeno.<sup>2</sup>
- Control de infecciones crónicas como fístulas, restos radiculares y abscesos crónicos que pudieran reagudizarse y/o complicarse.<sup>42</sup>
- Si existen múltiples focos de infección se debe remitir a cirugía maxilofacial para que la paciente reciba un manejo intrahospitalario<sup>42</sup>

### **2.4.8 Edad gestacional para iniciarse tratamiento dental y tratamientos indicados por trimestre**

La etapa más segura es en el segundo trimestre durante la semana 13 y 28. El riesgo de aborto involuntario antes de las 20 semanas de embarazo es del 15 y 20%, la mayoría de éstos no se puede prevenir. Por definición, el riesgo de teratogenicidad, ya sea por procedimientos de imagen, medicamentos u otros tratamientos médicos, puede ocurrir antes de las 12 semanas de gestación. Sin embargo, hay poca evidencia de que los medicamentos que se usan en la práctica dental estándar tengan un efecto teratogénico.<sup>3</sup>

### Primer Trimestre (Desde la concepción hasta la semana 13.6)

En este trimestre se lleva a cabo la división celular y la organogénesis, entre la segunda y la octava semana de concepción. Por lo tanto, hay mayor riesgo de susceptibilidad al estrés y agentes teratógenos, del 50 al 75% de todos los abortos espontáneos se producen durante este periodo.<sup>12</sup> Pueden producirse alteraciones del desarrollo, frenar el crecimiento y la maduración de los órganos o causar anomalías muy graves.<sup>2-3</sup> Son especialmente sensibles a la acción teratógena los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción.<sup>2</sup> En el primer trimestre se debe educar al paciente sobre los cambios orales, enfatizar la prevención, dar instrucciones estrictas de higiene oral, controlar las infecciones, de ser posible, limitar el tratamiento a profilaxis, detartrajes supragingivales y tratamientos no invasivos. Si existe una emergencia, es importante valorar el riesgo beneficio. A pesar de que las radiografías intraorales no representan riesgo, se deben realizar sólo cuando sea necesario (*Cuadros I y II*).<sup>12</sup>

### Segundo Trimestre (Semana 14 a la 28.6)

El riesgo para el feto se reduce, ya que la organogénesis se ha completado. Es más seguro realizar operatoria dental, tratar padecimientos que pudieran exacerbarse y que serían más complicados de atender durante el tercer trimestre.<sup>2-12</sup> Se dan instrucciones de higiene oral y control de placa, se puede realizar detartraje, pulido, curetajes, operatoria dental e incluso extracciones.<sup>12</sup> Es importante controlar la enfermedad periodontal ya que una infección activa predispone mayor riesgo de resultados adversos que el tratamiento dental necesario, por lo que preferentemente dichos procedimientos deberán aplazarse a este trimestre entre las semanas 14 y 27 (*Cuadros I y II*).<sup>2</sup>

### Tercer Trimestre (Semana 29 al parto)

A pesar de que no existe ningún riesgo para el feto durante este trimestre, la mujer embarazada puede experimentar un alto nivel de incomodidad, en ese aspecto es su trimestre más difícil, así que se recomienda realizar citas cortas, mantenerla cómoda usando la inclinación adecuada en el sillón dental. Se continúa la instrucción de higiene oral y control de placa, se pueden realizar detartrajes, pulido, y curetajes. A partir de la segunda mitad del tercer trimestre se debe evitar el cuidado dental electivo (*Cuadros I y II*).<sup>1</sup>

<b>Cuadro I. Tratamientos indicados durante cada trimestre del embarazo</b>	
<b><i>Trimestre de embarazo</i></b>	<b><i>Tratamiento indicados</i></b>
<b>Primer trimestre</b>	<b>Drenajes de abscesos, neutralización de conductos, tratamiento endodóntico, uso de antibiótico para el control de infecciones, exodoncias obligatorias, operatoria dental.</b>
<b>Segundo trimestre</b>	<b>Drenaje de abscesos, tratamientos endodónticos, exodoncias, operatoria dental, uso de antibiótico para control de infecciones.</b>
<b>Tercer trimestre</b>	<b>Antibiótico para control de infecciones, exodoncias obligatorias, operatoria dental.</b>

<b>Cuadro II. Periodo indicado para los tratamientos específicos.</b>	
<b><i>Tratamiento periodontal</i></b>	<b><i>Periodo indicado</i></b>
<b>Tratamiento periodontal</b>	<b>Cualquier trimestre</b>
<b>Detartraje subgingival</b>	<b>Semana 2 a 28</b>
<b>Alisador radicular</b>	<b>Semana 2 a 28</b>



#### **2.4.9 Control de infecciones y tratamientos endodónticos**

Generalmente el tratamiento endodóntico causa controversia debido al dolor, a la farmacoterapia, el seguimiento, o las reagudizaciones que pudieran presentarse. Sin embargo, posponer la atención puede causar más daño, ya que lleva a los pacientes a automedicarse o a que la infección tenga un desenlace sistémico más grave. El manejo farmacológico se describe más adelante. Sin embargo, cuando no se puede finalizar el tratamiento por tiempo o cualquier otro factor, se puede realizar una pulpectomía con ayuda de un localizador apical, realizando una excelente irrigación con hipoclorito de sodio y el uso de medicamento intraconducto con hidróxido de calcio, finalmente se debe sellar con una obturación temporal.<sup>2-42</sup>

Cuando se necesita drenar un absceso se debe premedicar 24 horas antes, manejar como urgencia o intrahospitalariamente, donde generalmente la medicación es intravenosa para realizar el drenaje y dejar en observación durante 24 horas. En caso de celulitis y abscesos orofaciales se debe iniciar un tratamiento de control de infecciones de manejo parenteral por las condiciones de inmunosupresión relativa. Referir de urgencia a nivel II de atención, donde normalmente se administra penicilina G cristalina 4.000.000 U IV cada cuatro horas y clindamicina de 600 mg de forma intravenosa cada seis horas. Otra condición para solicitar el manejo hospitalario es en pacientes que presentan otras patologías sistémicas, o en mujeres con embarazos de alto riesgo.<sup>42</sup>

#### **2.4.10 Posición en la unidad dental por trimestre**

Con modificaciones muy simples, el tratamiento dental puede ser cómodo física y psicológicamente, es importante mantener a la paciente libre de estrés. La posición ideal es en decúbito lateral izquierdo. Un estudio realizado en la India indicó que sólo el 56% de los odontólogos trataban a sus pacientes en esta posición.<sup>3-18</sup>

Durante el primer trimestre de embarazo la posición casi no sufre cambios, el sillón se inclina  $165^\circ$ , en el segundo trimestre a  $150^\circ$  aproximadamente puesto que los cambios, sobre todo en los sistemas respiratorio y cardiovascular, comienzan a exacerbarse. Mientras que, en el tercer trimestre, el más complicado para la madre, la inclinación es aún mayor, hablamos de  $135^\circ$  (Figuras 4).<sup>43</sup> Para reducir el riesgo de hipotensión, se coloca una pequeña almohada bajo la cadera derecha del paciente y asegurar que la cabeza se eleve por encima de las piernas. Si una paciente se siente mareada, débil o sufre de escalofríos, se debe cambiar la posición hacia su lado izquierdo para aliviar la presión y restablecer la circulación. El síndrome hipotensivo supino es una preocupación clínica y se produce en 15 a 20% de las mujeres embarazadas; provoca una disminución en el gasto cardíaco, lo que resulta en hipotensión, síncope y disminución de la perfusión uteroplacentaria.<sup>3-12</sup>



Figura 4. Posición de la unidad dental por trimestre

#### 2.4.11 Farmacoterapia en el embarazo

El objetivo de la farmacoterapia durante el embarazo es evidentemente combatir la infección y evitar reacciones adversas en la madre o el feto.<sup>5-28</sup> Existe una considerable confusión entre los profesionales de la salud dental sobre la seguridad

del medicamento en la gestación.<sup>3</sup> Durante el embarazo existe mayor volumen de distribución de las drogas, la concentración plasmática máxima es más baja, el fármaco tiene menor vida media en el plasma, hay mayor solubilidad en lípidos, y un mayor aclaramiento de los fármacos.<sup>12</sup> Para mantener las concentraciones terapéuticas se pueden requerir altas dosis o bajos intervalos de dosificación, por el incremento en la volemia y el alto gasto cardiaco, las náuseas y vómito pueden llevar a la falla en la terapia.<sup>2</sup> La mayoría de las drogas atraviesan la placenta por difusión simple; sin embargo, una vez que el embrión se ha convertido en feto, el riesgo se reduce.<sup>11</sup>

La mayoría de los fármacos se excretan en la leche materna, causando exposición del recién nacido a las drogas. La toxicidad depende de las propiedades químicas, dosis, frecuencia, duración de la exposición a las drogas, y la cantidad de leche que se consume.<sup>13-28</sup> Sin embargo, la mayoría de los medicamentos utilizados en odontología, a dosis adecuadas, no representan daño a la madre o el feto.<sup>5</sup> La Food and Drug Administration (FDA) creó una clasificación para los medicamentos proporcionando las directrices definitivas para la prescripción durante el embarazo.<sup>12</sup> Los anestésicos y medicamentos de primera elección deben ser aquéllos que tienen un sólido historial de baja incidencia de efectos adversos. Algunos ejemplos incluyen la lidocaína al 2% con epinefrina 1:100.000 y mepivacaína al 3%; antibióticos como la penicilina, amoxicilina y clindamicina; antifúngicos como la nistatina; y el uso a corto plazo de analgésicos como el acetaminofeno con codeína.<sup>3</sup>

### Antibiótico

La mayoría de los antibióticos atraviesan la placenta y, por lo tanto, tienen el potencial de afectar al feto. El uso de metronidazol está justificado para las infecciones orales y maxilofaciales significativas debido a sus menores efectos.<sup>12</sup> La eritromicina es el antibiótico de elección cuando existe alergia a las penicilinas,

aunque produce trastornos gastrointestinales suele unirse a proteínas, por ello se alcanzan cifras bajas en el feto (figura 5 y 6).<sup>12-15</sup>



Figura 5. Metronidazol 500mg Tab.



Figura 6. Eritromicina 500mg Tab

### Analgésico

Se clasifican como medicamentos de categoría C. En general se deben evitar al final del embarazo ya que los AINEs inhibidores de la COX-2 pueden causar el cierre prematuro del conducto arterioso. En general deben evitarse por afectar el sangrado y porque tienden a inhibir la síntesis de prostaglandinas lo que podría prolongar el embarazo.<sup>12-28</sup> El analgésico de elección para las mujeres embarazadas es el paracetamol, y para la madre lactante son el paracetamol y el ibuprofeno (Figura 7 y 8).<sup>18</sup> Sin embargo, el acetaminofeno es uno de los analgésicos más seguros y causa menos irritación gástrica.<sup>16-28</sup>



Figura 7. Paracetamol 500 mg Tab



Figura 8. Ibuprofeno 800 mg Tab

## Ansiolíticos

La administración de cualquier depresor del sistema nervioso central comúnmente utilizado para la sedación es problemática debido a que los agentes sedantes inhiben la función neuronal y cruzan la barrera placentaria. Según estudios se relacionan con hendiduras orales la exposición prolongada a dosis altas de óxido nítrico en ratas ha producido defectos teratógenos esqueléticos y de comportamiento. Provoca abortos espontáneos y reducción de la fertilidad.<sup>5</sup>

## Anestésicos Locales

No están contraindicados; sin embargo, existen consideraciones para su uso.<sup>42</sup> El anestésico local de elección para mujeres embarazadas y madres lactantes es la lidocaína con adrenalina, ya que es el más estudiado y el que menos se asocia con complicaciones médicas.<sup>18</sup> Tampoco está contraindicado el uso de vasoconstrictores, de hecho, su uso disminuye la toxicidad.<sup>28</sup> Evitar el uso de éstos podría acortar la duración de la acción, lo que limitará el tiempo de consulta, e inducirá estrés y dolor dental/psicológico.<sup>18</sup> Los vasoconstrictores pueden ejercer efectos directos sobre el músculo liso uterino y causar contracciones, atravesar la placenta y causar depresión fetal, lo que limita la dosis al mínimo necesaria. Sin embargo, las dosis máximas recomendadas son demasiado pequeñas para alcanzar niveles fetales significativos.<sup>5</sup> La toxicidad fetal depende de la cantidad de fármaco libre que llega al feto, la vía de administración, los vasoconstrictores, la tasa de metabolismo materna, la excreción, el pH fetal, el pKa del fármaco, y el grado de la proteína materna y fetal vinculantes. Los anestésicos tipo éster causan más alergias, las amidas rara vez.<sup>16-28</sup> Un estudio realizado en la India mostró que sólo el 40% de los dentistas usan vasoconstrictor.<sup>18</sup>

En algunos casos, los odontólogos deben prescribir antibióticos y analgésicos para tratar la infección y controlar el dolor. Sin embargo, éstos no sustituyen a los procedimientos dentales oportunos y apropiados. La FDA (Food and Drug Administration), ha creado categorías para las compañías farmacéuticas, de modo de que etiqueten los productos farmacéuticos en relación a sus efectos en el proceso reproductivo y embarazo (cuadro III).<sup>44</sup>

<b>Cuadro III. Medicamentos en el periodo de embarazo</b>	
<b>Permitidas</b>	<b>No permitidas</b>
<b>ANTIBIOTICO</b> ✓ Penicilina ✓ Amoxicilina ✓ Cefalosporinas ✓ Clindamicina ✓ Eritromicina (excepto estolato) ✓ Metronidazol	<b>ANTIBIOTICO</b> ✓ Tetraciclina ✓ Eritromicina en estolato ✓ Quinolonas ✓ Claritromicina ✓ Cloranfenicol ✓ Gentamicina
<b>ANALGESICOS</b> ✓ Acetaminofeno (paracetamol) <small>DESPUES DEL 1ER TRIMESTRE POR 24 O 72 HORAS SOLAMENTE</small> ✓ Ibuprofeno ✓ Naproxeno	<b>ANALGESICOS</b> ✓ Aspirina
<b>ANESTESICOS LOCALES</b>	
✓ Lidocaína ✓ Mepivacaina ✓ Prilocaina ✓ Bupivacaina ✓ Etidocaina ✓ Prilocaina ✓ Procaína	

#### 2.4.12 Complicaciones

Síndrome de hipotensión supina, por compresión de la vena cava inferior. Síncope, debido a hipotensión, hipoglucemia, anemia, deshidratación y desórdenes neurológicos. Crisis hipoglucémicas. Arritmia, por aumento de la actividad

parasimpática. Vómito y aspiración, debido al aumento de la presión intragástrica. Otras como sangrado vaginal, contracciones dolorosas, etcétera (*Cuadro IV*).<sup>11</sup>

<b>Cuadro IV. Reacciones adversas durante el embarazo, inducidas por fármacos</b>	
<b><i>Hipersensibilidad</i></b>	<b><i>Reacciones tóxicas</i></b>
<b>Alergias</b>	<b>Complicaciones durante el parto</b>
<b>Defecto congénito</b>	<b>Bajo peso al nacer</b>
<b>Farmacodependencia</b>	<b>Aborto involuntario</b>

## **2.5 Marco Institucional**

El hospital general Adolfo prieto es una empresa dedicada a hospitales generales del sector público. Se ubica en calle chorrillo 94 barrio chorrillo Taxco de Alarcón, guerrero. cp. 40220. Emplea alrededor de 251y más personas. Esta registrada en base de datos desde julio de 2010 (Directorio Empresarial Mexico , 2016). Esta empresa está clasificada dentro del sector (622 - Hospitales que agrupa Unidades económicas dedicadas principalmente a proporcionar servicios médicos, que cuentan con las instalaciones para la hospitalización de los pacientes. Excluye: U.E.D.P. a proporcionar servicios de consulta médica externa; a la atención de aspectos relacionados con el comportamiento humano; servicios de atención médica externa para la rehabilitación de enfermos mentales y adictos; consultorios de psiquiatría; centros de planificación familiar, y centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización (621, Servicios médicos de consulta externa y servicios relacionados); U.E.D.P. a proporcionar cuidados a enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales; cuidados a personas que padecen retardo mental, trastorno mental o adicción, los servicios con los que cuenta la unidad hospitalaria son: pediatría, gineco-obstetricia, medicina, cirugía, neurocirugía, neurocirugía pediátrica, cirugía oncológica, cirugía reconstructiva,

traumatología y ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, estomatología, terapia intensiva, mastografía, rayos x, ultrasonido, colposcopia, electrocardiogramas, laboratorio, anestesiología, rehabilitación, banco de sangre, farmacia, ambulancia, dermatología y urgencias las 24 horas del día, los 345 días del año. (623, Residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud), y servicios de orientación y trabajo social mediante pláticas y conferencias para la prevención o combate de adicciones o enfermedades (624, Otros servicios de asistencia social) (Directorio Empresarial Mexico , 2016).

## **2.6 Marco Conceptual**

Norma Oficial Mexicana. NOM-013-SSA2-2015. Para la prevención y control de enfermedades bucales. La salud bucal y de la población, resulta del proceso salud-enfermedad y de acuerdo con el estudio sobre la carga mundial de enfermedad 2010 (Global Burden Disease, GBD 2010), de las cincuenta enfermedades y trastornos mas prevalentes e incapacitantes, tres son del ámbito de la salud bucal: caries dental, enfermedad periodontal y edentulismo (reconocidos como problemas de salud pública). Su tratamiento es muy costoso, incluso en los países industrializados y no está al alcance de la mayoría de la población en los países de bajos y medianos ingresos. Específicamente la sociedad mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica y administrativa, para resolver las necesidades de atención estomatológica de la población. Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud bucodental se define como la ausencia de dolor orofacial cronico, cancer de boca o de garganta aftas bucales, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, enfermedad periodontal (de la encía), caries dental, pérdida de dientes, otras



enfermedades y trastornos que afectan a la boca o cavidad bucal. Estos padecimientos bucales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más importantes diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, ya que se ven favorecidas por higiene bucal deficiente, mala alimentación tabaquismo y consumo de alcohol. La estrategia del programa de fluoruración de la sal y el programa educativo preventivo se implementaron con el esfuerzo conjunto del sector salud, siendo una de las grandes intervenciones de salud pública en nuestro país con más éxito que ha ayudado al cambio del perfil epidemiológico en México. A pesar de los esfuerzos realizados, la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales siguen siendo altas, reconocidas como un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentran concentradas principalmente en los grupos menores favorecidos como son: escolares, embarazadas, adolescentes adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas personas con VIH/SIDA personas con enfermedades crónico-degenerativas.

Ante este panorama la educación para la salud y la prevención son factores medulares que generan un cambio de cultura, iniciando desde la atención prenatal. Es notable que la enseñanza y la realización de acciones de protección específica, sobre todo a nivel escolar en niños y adolescentes, sean fundamentales para prevenir las enfermedades bucales. Con el objetivo de una redacción basada en la economía del lenguaje, se utiliza el genérico universal (masculino), reconociendo que no visibiliza las necesidades diferenciadas de mujer y hombres.

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. La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189

países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es “Mejorar la Salud Materna”, con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

### III DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio se llevó a cabo mediante un diseño de estudio cuantitativo descriptivo y transversal.

**Ubicación:** El siguiente estudio se realiza en el “Hospital General Adolfo Prieto”, que se encuentra localizado en la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero. Domicilio: Calle segunda del Chorrillo No. 94, Barrio del Chorrillo. Código postal: 40220.

**Localización:** Latitud, Longitud 18.56584067,-99.60483565.

**Tiempo:** El tiempo para la recolección de datos fue del mes de febrero- junio del 2019. En tiempo prospectivo.

**Universo de estudio:** La población a estudiar estuvo conformada por cincuenta pacientes de Modulo Mater, Ginecología Y Control prenatal en el Hospital General Adolfo Prieto.

**Muestra:** Fue de tipo no probabilístico por conveniencia por el cien por ciento de los participantes que fueron pacientes que acuden al Hospital General Adolfo Prieto en el turno matutino.

**Criterios de inclusión:** Todas las pacientes que acuden a Modulo Mater, Ginecología y Control Prenatal en el turno matutino en el Hospital General Adolfo Prieto.

**Criterios de exclusión:** Todo paciente que decida no participar en el estudio.

**Criterios de eliminación:** Todo paciente que no conteste la encuesta.

### 3.1 Tablas de variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala De Medición
	Conceptual	Operacional			
Embarazo	Embarazo:  Estado consiente en tener un embrión o feto en desarrollo en el cuerpo, después de la fecundación del ovulo por el espermatozoide	Salud bucal:  La salud bucal es integral a la salud general y es esencial a la salud total y al bienestar de todos los individuos	Sociodemográficos	Edad	15-20 Años 21-25 Años 26-30 Años 31-35 Años 36-40 Años
				Estado Civil	Soltera Casada Unión Libre
				Nivel De Escolaridad	Primaria Secundaria Bachillerato licenciatura
				Lugar de residencia:	Rural urbano
				Tiempo de gestación:	1° trimestre 2° trimestre 3° trimestre
				Conocimiento sobre caries	Si No
				Conocimiento sobre prevención de caries en el embarazo	° Usó de cepillo, pasta dental y enjuague bucal ° Lavarse los dientes al menos una vez al día ° Otros

<p>Conocimiento sobre salud bucal en el embarazo</p>	<p>Hace referencia a todos los problemas de salud bucal que se presentan durante la gestación</p>	<p>La identificación temprana de los padecimientos bucales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas.</p>	<p>Nivel de conocimiento odontológico durante el embarazo</p>	<p>Razones por la cual se pierden los dientes durante el embarazo</p> <p>Tratamiento bucal que dañan al bebe durante el embarazo</p> <p>Cuando acudir al dentista durante el embarazo</p> <p>Cuando se realiza un tratamiento dental</p> <p>Se realizaría una limpieza dental durante el embarazo</p> <p>Reacción ante la gingivitis</p> <p>Que hace cuando le duelen los dientes</p> <p>Ha asistido a consulta</p>	<p>° Porque no acude al dentista ° Porque al bebe le quita calcio Otras</p> <p>° Extracciones ° Antibioticos ° Anestesia ° Otros</p> <p>° Una vez durante el embarazo ° Cuando el ginecologo lo indique ° Cuando hay dolor</p> <p>° Si hay riesgo con el embarazo ° Despues del embarazo ° Solo si es urgente</p> <p>° Si ° No</p> <p>° Ninguna ° Acudir al profesional ° Preocupacion</p> <p>° Tomar pastilla para el dolor ° Consultar a su ginecologo ° Ir al dentista</p> <p>° Si ° No</p>
--	---	---	---	---	--

				<p>dental durante el embarazo</p> <p>Ultima visita al dentista</p> <p>Tratamiento dental utilizado en este embarazo</p> <p>Instrumentos utilizados para el aseo dental</p> <p>Frecuencia de cambio de cepillo dental</p> <p>Cuantas veces al dia cepilla los dientes</p> <p>Ha visitado algún dentista estando embarazada</p> <p>Ultima vez que acudió al dentista</p>	<p>°Hace más de 1 año</p> <p>°Hace más de 6 meses</p> <p>°menos de 6 meses</p> <p>°Exodoncia y/o RX</p> <p>°Resinas</p> <p>°Ninguna</p> <p>°Cepillo y pasta dental</p> <p>°Cepillo, pasta dental y enjuague</p> <p>°Una vez cada 6 meses</p> <p>°Cada 2 meses</p> <p>°Cuando ya no sirve</p> <p>°Una vez al dia</p> <p>°Despues de cada comida</p> <p>°Dos veces al dia</p> <p>°Si</p> <p>°No</p> <p>°Hace 1 año</p> <p>°Hace mas de 6 meses</p> <p>°En la ultima semana</p>
--	--	--	--	--	--

## IV RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a las pacientes embarazadas sobre la importancia en la asistencia odontológica de la mujer embarazada que acude al Hospital General Adolfo Prieto durante febrero-junio del 2019.

4.1 Tabla No. 1

		<b>Edad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15-20	15	30	30	30
	21-25	6	12	12	42
	26-30	15	30	30	72
	31-35	12	24	24	96
	36-40	2	4	4	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar grupo de edad de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

En los rangos de edad obtenidos en este estudio se encontró que la mayoría de las embarazadas está dentro del rango de edad de 15-20 y 26-30 años con un 30% mientras que en los rangos de edades de entre 31-35 años con un 24%, de 21-25 años se encuentran en un 12% y de 36-40 años con un 4%. Lo cual nos dice que por tener este rango de edad mayoritario nos podría dar a conocer que no todas las embarazadas cuentan con el conocimiento adecuado sobre el tema.

4.2 Tabla No. 2

		Lugar de residencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	31	62	62	62
	Rural	19	38	38	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar lugar de residencia de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos podemos observar que el 62% son pacientes de la comunidad urbana, mientras que el 38% son pertenecientes a la comunidad rural. Lo cual nos dice que las pacientes pudieran tener los conocimientos necesarios sobre medidas de prevención y enfermedades bucales.

4.3 Tabla No. 3

		Tiempo de gestación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1er trimestre	20	40	40	40
	2do trimestre	21	42	42	82
	3er trimestre	9	18	18	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el tiempo de gestación de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos podemos observar con un 42% las pacientes pertenecen al 2do trimestre de gestación, con un 40% pertenecen al 1er trimestre y un 18% corresponden al 3er trimestre de gestación. Lo cual nos dice que la aún están a tiempo que puedan presentar alguna enfermedad bucal.



4.4 Tabla No. 4

		<b>Estado civil</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	25	50	50	50
	Casada	11	22	22	72
	Unión libre	14	28	28	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el estado civil de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos podemos observar con un 50% las pacientes son solteras, un 28% se encuentran en unión libre y con un 22% son casadas. Lo cual la mayoría las pacientes acuden solas y en ocasiones con algún familia o conocido por lo tanto no pueden acudir a consulta de revisión dental.

4.5 Tabla No. 5

		<b>Escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	28	56	56	56
	Secundaria	13	26	26	82
	Bachillerato	6	12	12	94
	Licenciatura	3	6	6	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el grado de escolaridad de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

Las pacientes embarazadas encuestadas tienen un grado de escolaridad primaria con un 56%, con un 26% cuentan con secundaria, un 12% con nivel bachillerato y un 6% cuentan con un grado de licenciatura. Lo cual el personal de salud deberá implementar métodos distintos para una comunicación efectiva y entendible sobre el tema de salud bucal durante el embarazo.

4.6 Tabla No. 6

<b>Conocimiento sobre caries</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	33	66	66	66
	No	17	34	34	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el conocimiento sobre la caries de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos podemos observar con un porcentaje del 66% las pacientes embarazada cuentan con conocimiento acerca de las caries y un 34% no cuentan con el conocimiento sobre este tema. Lo cual es necesario impartir temas o talleres acerca de la salud bucal.

4.7 Tabla No. 7

<b>Conocimiento sobre prevención de caries en el embarazo</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal	27	54	54	54
	Lavarse los dientes al menos una vez al día	22	44	44	98
	Otros	1	2	2	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el conocimiento de cómo se previene la caries durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos observamos que un 54% saben como prevenir las caries durante el embarazo, un 44% tiene un conocimiento de prevencion regular y con un 2% no tienen conocimiento acerca de la prevencion de caries durante el embarazo

4.8 Tabla No. 8

Razones por la cual se pierden los dientes durante el embarazo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Porque no acude al dentista	22	44	44
	Porque el bebe le quita calcio a la madre	23	46	90
	Otras	5	10	100
	Total	50	100	100

Fuente: Encuesta para identificar las razones por la cual se pierden los dientes durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

Los resultados obtenidos observamos que el 46% de las pacientes tienen un concepto erróneo acerca de la razón de perder dientes durante el embarazo, un 44% que no acuden a revisión dental durante el embarazo y un 10% no explica las razones adecuadas.

4.9 Tabla No. 9

Tratamiento bucal que dañan al bebe durante el embarazo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Extracciones	16	32	32
	Antibióticos	20	40	72
	Anestesia	11	22	94
	Otros	3	6	100
	Total	50	100	100

Fuente: Encuesta para identificar el tratamiento bucal que puede dañar al bebe durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De las encuestas aplicadas a pacientes embarazadas obtuvimos un 40% que piensan que el tratamiento de antibióticos puede dañar al bebe durante embarazo, con un 32% las extracciones, un 22% la anestesia y un 6% que otros tratamientos pueden dañar al bebe durante el embarazo.

4.10 Tabla No. 10

<b>Cuando acudir al dentista durante el embarazo</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una vez durante el embarazo	20	40	40	40
	Cuando el ginecólogo lo indique	24	48	48	88
	Cuando hay dolor	6	12	12	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cuando acudir al dentista durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos un 48% las pacientes acuden al dentista solo si el ginecólogo lo indica, un 40% acude una vez durante el embarazo y un 12% solo cuando presentan dolor o alguna molestia.

4.11 Tabla No. 11

<b>Cuando se realiza un tratamiento dental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si hay riesgo con el embarazo	22	44	44	44
	Después del embarazo	21	42	42	86
	Solo si es urgente	7	14	14	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cuando se realiza un tratamiento dental la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos un 44% de las pacientes embarazadas acuden a tratamiento dental solo si presenta algún riesgo durante el embarazo, un 42% acuden después del embarazo y un 14% solo si llegara hacer urgente.

4.12 Tabla No. 12

<b>Se realizaría una limpieza dental durante el embarazo</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	15	30	30	30
	No	35	70	70	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar si se realizaría una limpieza dental durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos con un porcentaje del 70% las pacientes si se realizarían una limpieza dental durante el embarazo y un 30% no se lo realizaría.

4.13 Tabla No. 13

<b>Reacción ante la gingivitis</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	26	52	52	52
	Acudir al profesional	19	38	38	90
	Preocupación	5	10	10	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cual sería la reacción ante la gingivitis de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos con un 52% las pacientes no hacen nada ante la presencia de gingivitis, un 38% acudirían con algún profesional de salud y un 10% solo muestra un poco de preocupación.

4.14 Tabla No. 14

<b>Que hace cuando le duelen los dientes</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tomar una pastilla para el dolor	13	26	26	26
	Consulta a su ginecólogo	28	56	56	82
	Ir al dentista	9	18	18	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar que hace cuando le duelen los dientes la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

Con los resultados obtenidos observamos un 56% de las embarazadas acuden al ginecólogo cuando les duelen los dientes, un 26% toman alguna pastilla para el dolor y solo un 18% acude al dentista para una valoración mas especializada.

4.15 Tabla No. 15

<b>Ha asistido a consulta dental durante el embarazo</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	23	46	46	46
	No	27	54	54	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar si ha asistido a consulta dental durante el embarazo la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos un 54 % no ha asistido a consulta dental durante el embarazo y un 46% si ha asistido alguna consulta dental durante su embarazo.

4.16 Tabla No. 16

<b>Ultima visita al dentista</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hace más de 1 año	24	48	48	48
	Hace más de 6 meses	17	34	34	82
	Menos de 6 meses	9	18	18	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cuando fue la última vez que visito al dentista la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos el 48% de las pacientes describen que hace mas de 1 año que acudieron al dentista, un 34% hace aproximadamente 6 meses y un 18% hace menos de 6 meses que visito al dentista.

4.17 Tabla No. 17

<b>Tratamiento dental utilizado en este embarazo</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Exodoncia y/o RX	14	28	28	28
	Resinas	9	18	18	46
	Ninguna	27	54	54	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cual tratamiento dental utilizo en este embarazo la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

Los resultados obtenidos observamos que el 54% de las pacientes encuestadas no se ah realizado ningún tratamiento dental en este embarazo, un 28% se al realizado algún tratamiento de exodoncia y/o de RX y con un 18% se han realizado alguna resina en algún órgano dental.

4.18 Tabla No. 18

<b>Instrumentos utilizados para el aseo dental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cepillo y pasta dental	42	84	84	84
	Cepillo, pasta dental y enjuague	8	16	16	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar instrumentos utilizados para el aseo dental de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos un 84% solo utiliza cepillo y pasta dental para su aseo bucal y un 16% llega a utilizar el enjuague bucal aparte de sus instrumentos de costumbre para su aseo bucal.

4.19 Tabla No. 19

<b>Frecuencia de cambio de cepillo dental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una vez cada 6 meses	11	22	22	22
	Cada 2 meses	38	76	76	98
	Cuando ya no sirve	1	2	2	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar con que frecuencia cambia de cepillo dental la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos el 76% de las pacientes cambian su cepillo dental al menos cada 2 meses, un 22% por lo menos una vez cada 6 meses y con un 2% solo cuando ya no sirve su cepillo dental.



4.20 Tabla No. 20

<b>Cuántas veces al día cepilla los dientes</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Una vez al día	23	46	46	46
	Después de cada comida	24	48	48	94
	Dos veces al día	3	6	6	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cuántas veces al día cepilla los dientes la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos el 48% de las embarazadas encuestadas se cepilla los dientes después de cada comida, con un 46% solo una vez al día y el 6% se los cepilla por lo menos 2 veces al día.

4.21 Tabla No. 21

<b>Ha visitado algún dentista estando embarazada</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	48	48	48
	No	26	52	52	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar si ha visitado algún dentista estando embarazada la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos con un 52% de las pacientes encuestadas no ha visitado alguna vez al dentista estando embarazada y un 48% si ha visitado al dentista estando embarazada.

4.22 Tabla No. 22

<b>Ultima vez que acudió al dentista</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hace 1 año	25	50	50	50
	Hace más de 6 meses	17	34	34	84
	En la última semana	8	16	16	100
	Total	50	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar cuando fue la última vez que acudió al dentista la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero – Junio del 2019.

De los resultados obtenidos el 50% de las pacientes embarazadas acudió al dentista hace aproximadamente 1 año, con un 34% acudió hace mas de 6 meses y un 16% acudió en la ultima semana.

## V. CONCLUSINES Y SUGERENCIAS

### Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos del trabajo de investigación que se llevo a cabo en el Hospital General Adolfo Prieto, nos dice que un 66 % de los usuarios embarazadas encuestadas tienen un conocimiento acerca de la caries y un 34 % no tienen conocimiento sobre este tema, así mismo, un 54 % de usuarios embarazadas no asisten a consulta dental durante su embarazo, mientras que un 46 % de los mismos usuarios si asisten por lo menos a una consulta dental durante su embarazo, en relación ante la presencia de Gingivitis el 52% de los usuarios muestran preocupación, el 38 % acude atención por un profesional dental y el 10 % muestra solo preocupación.

La mayoría de los usuarios que acuden al Hospital General Adolfo Prieto en este caso las embarazadas es favorable con respecto al conocimiento sobre la caries, mientras que las pacientes que no tienen conocimiento alguno, la importancia de acudir a consulta odontológica durante el embarazo es de suma importancia. La mala información o creencias que tienen en relación a la consulta odontológica durante el embarazo es una opción errónea, así mismo es necesario explicar y dar a conocer acerca de la importancia de asistir a consulta dental, ya que las infecciones bucales puede ser una causa de mortalidad de mujeres embarazadas, durante el periodo de embarazo.

Los usuarios del Hospital General Adolfo Prieto en este caso las embarazadas, en la gráfica No. 15 podemos observar que un 54 % no asisten por lo menos a una consulta odontológica durante su periodo de embarazo, mientras que un 46% de las mismas asisten por lo menos a una consulta dental dentro de su periodo de embarazo, es necesario terminar con los mitos acerca de la consulta dental de las

embarazadas, llevando a cabo diferentes métodos para dar a conocer los beneficios y sus complicaciones.

El cambio del cepillo dental es de suma importancia, por lo tanto, es necesario hacer un cambio del mismo por lo menos una vez al mes o cada dos meses, en este caso Los usuarios del Hospital General Adolfo Prieto en su caso las embarazadas, la gráfica No. 19 nos muestra como un 76% cambian su cepillo dental cada 2 meses, un 22 % lo cambian por lo menos su cepillo dental cada 6 meses y un 2 % lo cambian cuando ya no funciona adecuadamente.

Es muy importante hacer conciencia acerca del lavado dental, es de suma importancia y de gran ayuda para prevenir enfermedades bucales y las caries según la gráfica No. 20 nos da a conocer que un 48% de las pacientes entrevistadas tiene un uso correcto de lavado bucal y se los cepilla después de cada comida, un 46 % se los cepilla una vez al día y con un 6 % se los cepilla por lo menos dos veces al día,

### Sugerencias

- El personal de salud, debe dar a conocer los beneficios y complicaciones que tiene la asistencia a consulta dental.
- Fomentar talleres y capacitaciones toda aquella mujer embarazada acerca de la importancia de acudir a consulta dental durante su embarazo.
- Reforzar conocimiento de las embarazadas acerca de la higiene y prevención de enfermedades bucales.
- Involucrar mas al personal de las diferentes áreas que tienen acceso directo con toda embarazada acerca de importancia de este tema

## VI BIBLIOGRAFÍAS

1. Nayak AG, Denny C, Veena KM. Oral healthcare considerations for the pregnant woman, *Dent Update*, 2012; 39 (1): 51-54.
2. Sikorska-Jaroszyńska MH, Sikorski R. Dental care during pregnancy, *Ginekol Pol*, 2001; 72 (12A): 1572-1577.
3. Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy, *Dent Clin North Am*, 2013; 57 (2): 195-210.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Publicada en el diario oficial de la federación 17 de febrero 2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacido.
5. Moore PA. Selecting drugs for the pregnant dental patient, *J Am Dent Assoc*, 1998; 129 (9): 1281-1286.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015. Publicada en el diario oficial de la federación 15 de diciembre 2014. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Publicada en el diario oficial de la federación 8 de diciembre 2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales.
8. Naranjo Hernández, Ydalsys y otros (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Recuperado en: [revmespirituana.sld.cu](http://revmespirituana.sld.cu)
9. Teorías de enfermería UNS. El cuidado. Sábado 9 junio 2012. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
10. Lachat MF, Solnik AL, Nana AD, Citron TL. Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies, *J Perinat Neonatal Nurs*, 2011; 25 (4): 312-319
11. Ressler-Maerlender J, Krishna R, Robison V. Oral health during pregnancy: current research, *J Womens Health (Larchmt)*, 2005; 14 (10): 880-882.
12. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, Sriram SK, Rao VKP, Bhupathi A et al. Management of pregnant patient in dentistry, *J Int Oral Health*, 2013; 5 (1): 88-97.
13. Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease, *Periodontol 2000*, 2013; 61 (1): 160-176

14. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy, Singapore Med J, 2015; 56 (1): 53-57
15. Martínez-Pabón MC, Patiño-Gómez LM, MartínezDelgado CM, López-Palacio AM. Características físico-químicas y microbiológicas de la saliva durante y después del embarazo, Rev Salud Pública, 2014; 16 (1): 128-138.
16. Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2004; 97 (6): 672-682
17. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Publicada en el diario oficial de la federación 4 de diciembre 2010. Del expediente clínico.
18. Patil SK, K P M. Awareness of dental treatment protocol for pregnant women and lactating mother's in general dental practitioners of davangere district, Karnataka, India, J Clin Diagn Res, 2013; 7 (12): 3126.
19. Yost J, Li Y. Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries. MCN Am J Matern Child Nurs[Internet]. 2008 Jan-Feb[citado 7 sep 2010];33(1):17-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18158522>
20. Rodríguez Chala H, López Santana M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol[Internet]. 2003[citado 7 sep 2010]; 40(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200009&script=sci_arttext)
21. Dobarganes Coca A, Lima Álvarez M, López Larquin N, Pérez Cedrón R, González Vale L. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. AMC[Internet]. 2011 May-jun[citado 7 ene 2014];15(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000300010&script=sci_arttext)
22. Murtomaa H, Holttinen T, Meurman JH. Conceptions of dental amalgam and oral health aspects during pregnancy in Finish women. Scand J Dent Res[Internet]. 2001[citado 7 sep 2010];99(6):522-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0722.1991.tb01064.x/abstract>
23. Pérez Oviedo A, Betancourt Valladares M, Espeso Nápoles N, Miranda Naranjo M, González Barreras B. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. Rev Cubana Estomatol[Internet]. 2011 Abr-jun[citado 7 ene 2014];48(2).

- Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000200002&script=sci_arttext)
24. Vera Delgado MV, Martínez Beneyto Y, Pérez Lajarín L, Fernández Guillart A, Maurandi López A. Nivel de salud bucal de la mujer embarazada de la comunidad autónoma de la región de Murcia. *Odontología Preventiva*[Internet]. 2010[citado 7 ene 2011];2(1):1-7. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v2i1/01.pdf>
  25. Carolina De Aguiar T, Valsecki Junior A, Rocha Corrêa Da Silva S, Lopez Rosell F, Pereira Da Silva Tagliaferro E. Evaluación de factores de riesgo de padecer caries dental en gestantes de Araraquara, Brasil. *Rev Cubana Estomatol*[Internet]. 2011Oct-dic[citado 7 ene 2014];48(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072011000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400005)
  26. Bastarrechea Milián M, Alfonso Betancourt N, Oliva Pérez M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. *Rev Cubana Estomatol*[Internet]. 2009 Oct-dic[citado 7 sep 2010];46(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400001&script=sci_arttext)
  27. Bastiani C, Soares Cota AL, Arias Provenzano MG, Calvo Fracasso ML, Marques Honório H, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clín Cient Recife*[Internet]. 2010 Abr-jun[citado 7 ene 2014];9(2):155-60. Disponible en: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/gestantes.pdf>
  28. Fayans EP, Stuart HR, Carsten D, Ly Q, Kim H. Local anesthetic use in the pregnant and postpartum patient, *Dent Clin North Am*, 2010; 54 (4): 697-713.
  29. Méndez González JA, ArmestoColl W. Enfermedad periodontal y embarazo. *Rev Haban Cienc Méd.* [serie en Internet]. 2008 [citado 7 sep 2010]; 7(1). Disponible en: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_7num\\_1/rhcm06108.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_1/rhcm06108.htm)
  30. Banoczy J, Orosz M, Gabris K, Nyarasy I, Rigo O, Schuder L. Investigation on the correlation of pregnancy, caries and gingivitis. *Zahn MundKieferheilkZentralb.* [Internet] 1978[citado 7 sep 2010];66(6):573-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/152536>

31. Meyer K, Werner G, Günay H. An early oral health care program starting during pregnancy. Results of a prospective clinical long-term study. Clin Oral Invest [Internet]. 2010 [citado 7 Dec 2010]; 14:257-64. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol48\\_4\\_11/est05411.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol48_4_11/est05411.htm)
32. Rodríguez Lezcano A, León Valle M, Arada Otero A, Martínez Ramos M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. Rev cienc méd pinar río [Internet]. 2013 Sept.-oct [citado 7 ene 2014]; 17(5):51-63. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000500006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000500006&script=sci_arttext)
33. Korman K, Loesche W. The subgingival microflora during pregnancy. J. Periodontol. Res [Internet]. 1980 [citado 7 sep 2010]; 15:111-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1729-519X2008000100006&caller=scielo.sld.cu&lang=es>
34. Betancourt Valladares M, Pérez Oviedo AC, Espeso Nápoles N, Miranda Naranjo M. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado: 10 ago 2009]; 44(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
35. Leal MC. Bajo Peso al Nacer: Una mirada desde la influencia de los factores sociales. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 7 sep 2010]; 34(1): 1-6. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos93/desarrollo-instrumento-predictor-preeclampsia/desarrollo-instrumento-predictor-preeclampsia2.shtml>
36. Jeremias F, Silva SRC, Valsecki Jr A, Tagliafero EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. Odontol Clín-Cient [Internet]. 2010 [citado 7 ene 2011]; 9:359-63. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072011000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400005)
37. Peña Sisto M, Peña Sisto L, Díaz Felizola A, Torres Keiruz D, Lao Salas N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 ene.-mar [citado 7 sep 2010]; 45(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072008000100006&script=sci_arttext&tlng=pt)



38. Kalenga M, Battisti O, Francois A, Langhendries JP. Prenatal nutrition and respiratory outcome in premature newborns. Biol Neonate[Internet]. 2001[citado 7 sep 2010]; 80: 313-28. Disponible en <http://www.karger.com/Article/PDF/47162>
39. Machado Martínez M. Efectos de la malnutrición fetal en el crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial. [Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Estomatológicas]. Villa Clara: Universidad de Ciencias Médicas[Internet]; 2010[citado 7 ene 2011]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/105/1/MiriaMachadoMart%C3%ADnez.pdf>
40. See AW, Kaiser ME, White JC, Claquett-Dane M. A nutritional model of late embryonic vitamin A deficiency produces defects in organogenesis at a high penetrance and reveals new roles for the vitamin in skeletal development. Dev Biol [Internet]. 2008[citado 7 sep 2010]; 316(2):171-90. Disponible en:
41. ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE LA EMBARAZADA. Santiago: Minsal, 2008<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18321479>
42. Fowden AL, Giussani DA, Forheard AJ. Intrauterine programming of physiological system: causes and consequences. Physiology [Internet]. 2006[citado 7 sep 2010]; 21:29-37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16443820>
43. Abramowicz S, Abramowicz JS, Dolwick MF. Severe life threatening maxillofacial infection in pregnancy presented as Ludwig's angina, Infect Dis Obstet Gynecol, 2006; 2006: 51931.
44. Fernández-García OM, Chávez-Medrano MG. Atención odontológica en la mujer embarazada, Arch Inv Mat Inf, 2010; 2 (2): 80-84.
45. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica ATENCIÓN
46. Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos, recuperado de: [http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL.\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf)



**VII ANEXO A**  
**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA**  
**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD**  
**NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A quien corresponda

Al firmar este documento, otorgó mi consentimiento para participar en la investigación que tiene como finalidad determinar el nivel de conocimientos sobre el lactario por parte del personal de enfermería del Hospital General Adolfo prieto en agosto 2018 y contestar el cuestionario de esta. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general. Así como el lugar y horario de aplicación y duración del cuestionario.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo seré registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estoy de acuerdo en participar y expresar mi consentimiento firmando esta carta.

---

Firma del aceptante

---

Nombre y firma del investigador



**VIII ANEXO B**  
**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA.**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**HOSPITAL GENERAL ADOLFO PRIETO TAXCO DE ALARCÓN GRO.**

**INSTRUCCIONES GENERALES**

A continuación, hay una serie de preguntas, favor de subrayar la respuesta que crean conveniente.

**1.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

**1. Edad:**

- A) 15-20
- B) 21-25
- C) 26-30
- D) 31-35
- E) 36-40

**2. Lugar de residencia:**

- A) Urbano.
- B) Rural.

**3. Tiempo de gestación:**

- A) 1er trimestre
- B) 2do trimestre
- C) 3er trimestre

**4. Estado civil:**

- A) Soltera
- B) Casada
- C) Unión libre

**5. Escolaridad:**

- A) Primaria
- B) Secundaria
- C) Bachillerato.
- D) Licenciatura.

## 2.- Conocimiento.

1. ¿SABE QUE ES LA CARIES?	<b>A)</b> SI <b>B)</b> NO
2. COMO SE PREVIENE UNA CARIES EN EL EMBARAZO	<b>A)</b> Uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal. <b>B)</b> Lavarse los dientes al menos una vez al día. <b>C)</b> Otros.
3. RAZONES POR LAS CUALES SE PIERDEN LOS DIENTES EN EL EMBARAZO	<b>A)</b> Porque no acude al dentista. <b>B)</b> Porque el bebe le quita el calcio a la madre. <b>C)</b> Otras.
4. TRATAMIENTOS BUCALES QUE DAÑAN AL BEBE EN EL EMBARAZO	<b>A)</b> Extracciones. <b>B)</b> Antibióticos. <b>C)</b> Anestesia <b>D)</b> Otros
5. CUANDO NECESITARIA IR AL DENTISTA DURANTE EL EMBARAZO	<b>A)</b> Una vez durante el embarazo. <b>B)</b> Cuando el ginecólogo lo indique. <b>C)</b> Cuando hay dolor.
6. QUE HACE CUANDO LE SANGRAN LAS ENCIAS EN EL EMBARAZO	<b>A)</b> Nada. <b>B)</b> Confiaría en el dentista para el tratamiento. <b>C)</b> Cepillarse más veces.
7. CUANDO SE REALIZARIA UN TRATAMIENTO DENTAL DURANTE EL EMBARAZO	<b>A)</b> Si hay riesgo con el embarazo. <b>B)</b> Después del embarazo. <b>C)</b> Solo si es urgente.
8. SE HARIA UNA LIMPIEZA DENTAL DURANTE EL EMBARAZO	<b>A)</b> Si. <b>B)</b> No.
9. AL VER SANGRE EN EL CEPILLO DENTAL SU REACCION SERIA	<b>A)</b> Ninguna. <b>B)</b> Acudir al profesional. <b>C)</b> Preocupación.
10. QUE HACE CUANDO LE DUELEN LOS DIENTES	<b>A)</b> Tomar una pastilla para el dolor. <b>B)</b> Consultar a su ginecólogo. <b>C)</b> Ir al dentista.
11. HA VISITADO ALGUN DENTISTA ESTANDO EMBARAZADA	<b>A)</b> Si <b>B)</b> No
12. CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE VISITO AL ODONTOLOGO	<b>A)</b> Hace más de 1 año <b>B)</b> Hace mas de 6 meses <b>C)</b> Menos de 6 meses

13. QUE TRATAMIENTO DENTAL SE HA REALIZADO EN ESTE EMBARAZO	<b>A)</b> Exodoncia y/o rx <b>B)</b> Resinas <b>C)</b> Ninguna
14. CUAL LAVARSE LA BOCA USTED UTILIZA	<b>A)</b> Cepillo y pasta dental <b>B)</b> Cepillo dental, pasta y enjuague
15. CON QUE FRECUENCIA CAMBIA DE CEPILLO DENTAL	<b>A)</b> Una vez cada 6 meses <b>B)</b> Cada 2 meses <b>C)</b> Cuando ya no sirve.
16. CUANTAS VECES AL DIA SE CEPILLA LOS DIENTES	<b>A)</b> Una vez al día. <b>B)</b> Después de cada comida. <b>C)</b> Dos veces al día.
17. HA VISITADO ALGUN DENTISTA ESTANDO EMBARAZADA	<b>A)</b> Si. <b>B)</b> No.
18. CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE VISITO AL DENTISTA	<b>A)</b> Hace 1 año <b>B)</b> Hace más de 6 meses <b>C)</b> En la última semana

# ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

**0** Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



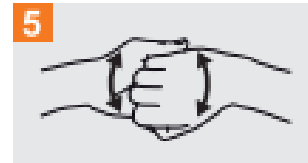
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



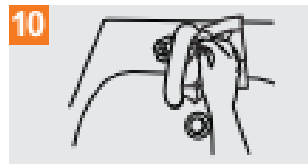
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



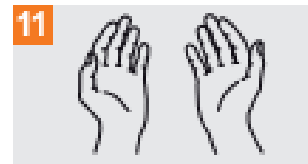
Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



Organización  
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

ON ALBA BUNDA, PAKA BUN GUNDA BUN BUNDA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo especializado de las Naciones Unidas que se dedica a promover la salud, prevenir enfermedades y prolongar la vida humana. La OMS es el organismo líder mundial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La OMS es el organismo líder mundial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La OMS es el organismo líder mundial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

## 5 Momentos para la Higiene de las manos

# Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



<b>1</b>	<b>ANTES DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
<b>2</b>	<b>ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
<b>3</b>	<b>DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>4</b>	<b>DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>5</b>	<b>DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



**Organización Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente  
THE GLOBAL ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

**SAVE LIVES**  
Clean Your Hands



**JALISCO**  
UNIVERSIDAD DEL ESTADO

**SALUD**

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Complete el lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

## Acciones esenciales para la seguridad del paciente

**SALUD** SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
COORDINACIÓN ESTATAL DE CALIDAD

**GUERRERO**  
ESTADO LIBRE ASOCIADO

### ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

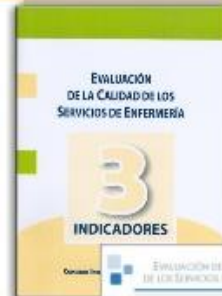
- 1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**  
Con al menos dos identificadores, nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año)
- 2 COMUNICACIÓN EFECTIVA**  
Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares  
ESCUCHAR · ESCRIBIR · LEER · CONFIRMAR · TRANSCRIBIR · CONFIRMAR y VERIFICAR
- 3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN**  
Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos
- 4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS**  
Evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.
- 5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)**  
Implementar un Programa Integral de Higiene de Manos
- 6 REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS**  
Evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas
- 7 REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS**  
Contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la Seguridad del Paciente
- 8 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar



# SICALIDAD. Líneas de calidad y seguridad del paciente



- Trato Digno
- Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos vía oral.
- Vigilancia y control de venoclisis instalada
- Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada.
- Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados
- Prevención de caídas en pacientes hospitalizados



## IX ANEXO C

### Código De Núremberg

#### Tribunal Internacional de Núremberg, 1947

- 1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente.
- 2) El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.
- 3) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
- 4) Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación\*

El Código consta de reglas, algunas generales y otras específicas, que guían en su trabajo a los investigadores o a los revisores. Tales reglas son a menudo inadecuadas para cubrir situaciones complejas; a veces se contradicen y frecuentemente son difíciles de Interpretar o aplicar.

En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes.

Estos principios no siempre pueden ser aplicados de modo que se resuelvan, sin dejar dudas, problemas éticos particulares. El objetivo es brindar un marco de análisis que guíe la resolución de los problemas éticos, que surgen de la investigación con seres humanos.

Esta formulación consta de una distinción entre la investigación y la práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos y notas sobre la aplicación de estos.

#### A. Límites entre práctica e investigación

La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y, también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

La investigación se describe usualmente en forma de un protocolo que fija un objetivo y delinea una serie de procedimientos para alcanzarlo.

Cuando un clínico se aparta en forma significativa de la práctica estándar o aceptada, la innovación no constituye, en sí misma, investigación. El hecho de que un procedimiento es "experimental" en el sentido de nuevo, no probado o diferente no lo coloca automáticamente en la categoría de investigación. Los procedimientos radicalmente nuevos deberán, sin embargo, ser objeto de investigación formal en una fase precoz de modo que se determine si son seguros y efectivos.

Es por tanto una responsabilidad de los comités de práctica médica, por ejemplo, insistir en que una innovación importante sea incorporada a un proyecto formal de investigación.

La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de la segunda. Esto no debe causar confusión acerca de si la actividad requiere o no revisión; la regla general es que si hay algún elemento de investigación en una actividad ésta debe sufrir revisión para protección de los sujetos humanos.

**B. Principios éticos básicos** Esta expresión se refiere a aquellos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas.

Tres principios básicos, entre los generalmente aceptados en nuestra tradición cultural, son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos; ellos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

#### 1. Respeto por las personas.

Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

#### 2. Beneficencia.

Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan

lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

### 3. Justicia.

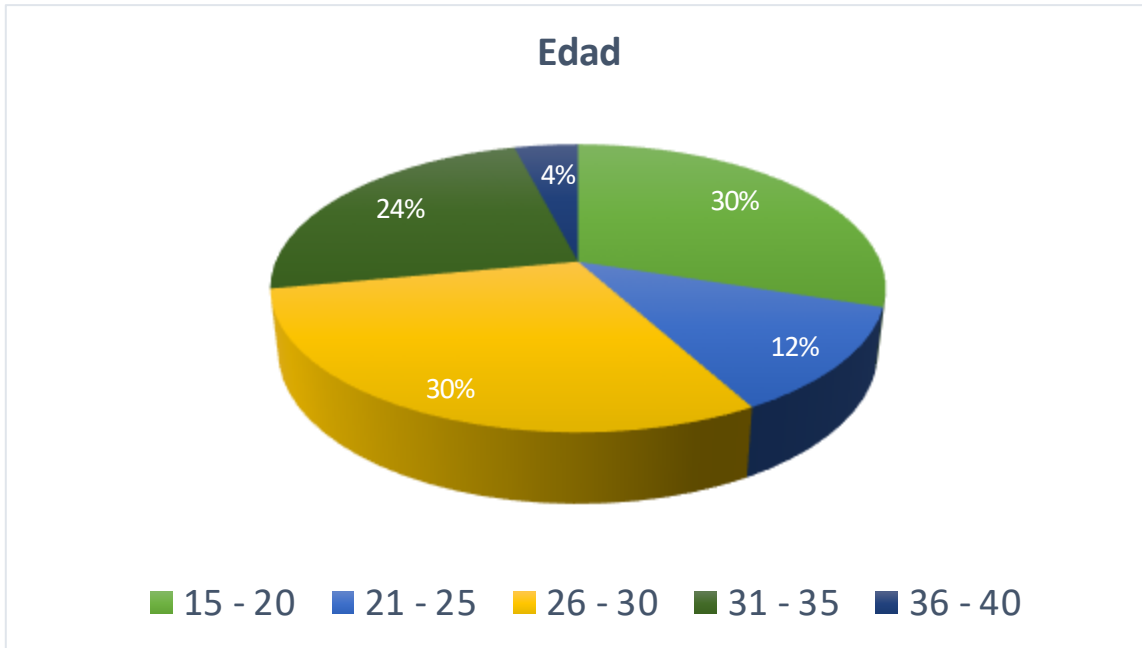
¿Quién debiera recibir los beneficios de la investigación y quién soportar sus cargas?; esta es una cuestión de justicia en el sentido de "equidad en la distribución" o "lo que se merece". Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados. Sin embargo, este planteamiento requiere explicación. ¿Quién es igual y quién desigual?; ¿qué consideraciones justifican apartarse de la distribución igual?; casi todos los tratadistas conceden que las distinciones basadas en la experiencia, la edad, la carencia, la competencia, el mérito y la posición si constituyen algunas veces criterios que justifican el tratamiento diferencial para ciertos propósitos. Es entonces necesario explicar en qué aspectos la gente debe ser tratada igualmente. Hay varias formulaciones ampliamente aceptadas de formas justas para distribuir las cargas y los beneficios. Cada formulación menciona alguna propiedad relevante sobre cuya base se debieran distribuir las cargas y los beneficios.

### 1. Consentimiento informado.

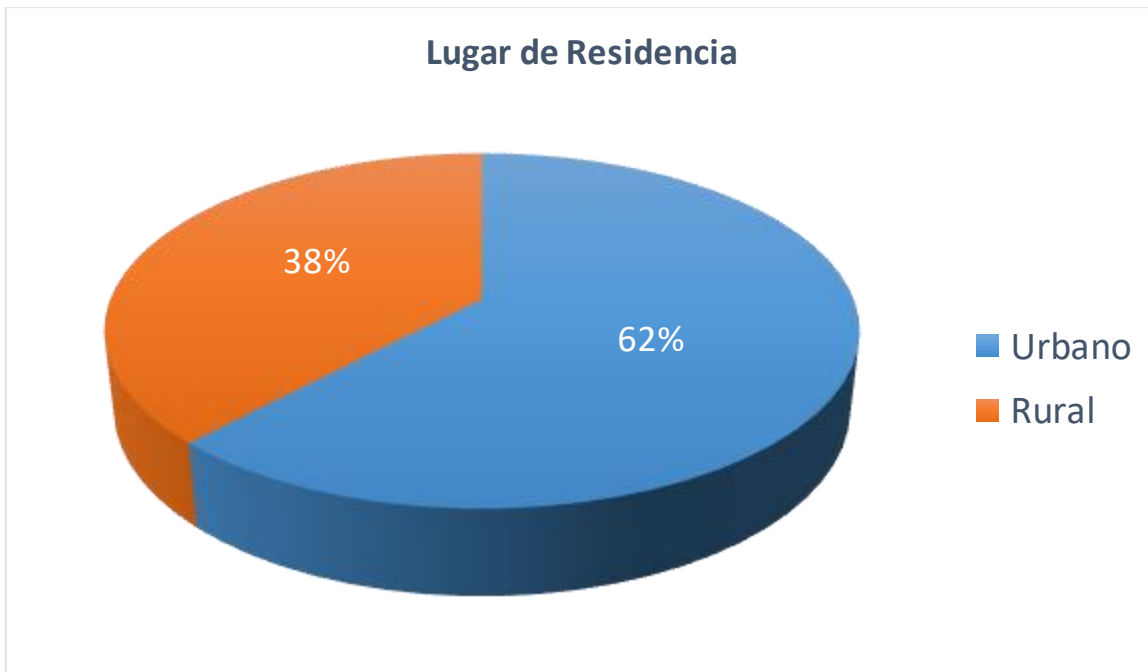
El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces, se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado. No hay duda sobre la importancia del consentimiento informado, pero persiste una polémica sobre su naturaleza y posibilidad; no obstante, hay acuerdo amplio en que el proceso del consentimiento contiene tres elementos: a) información; b) comprensión; c) voluntariedad.<sup>46</sup>

## X Anexo D

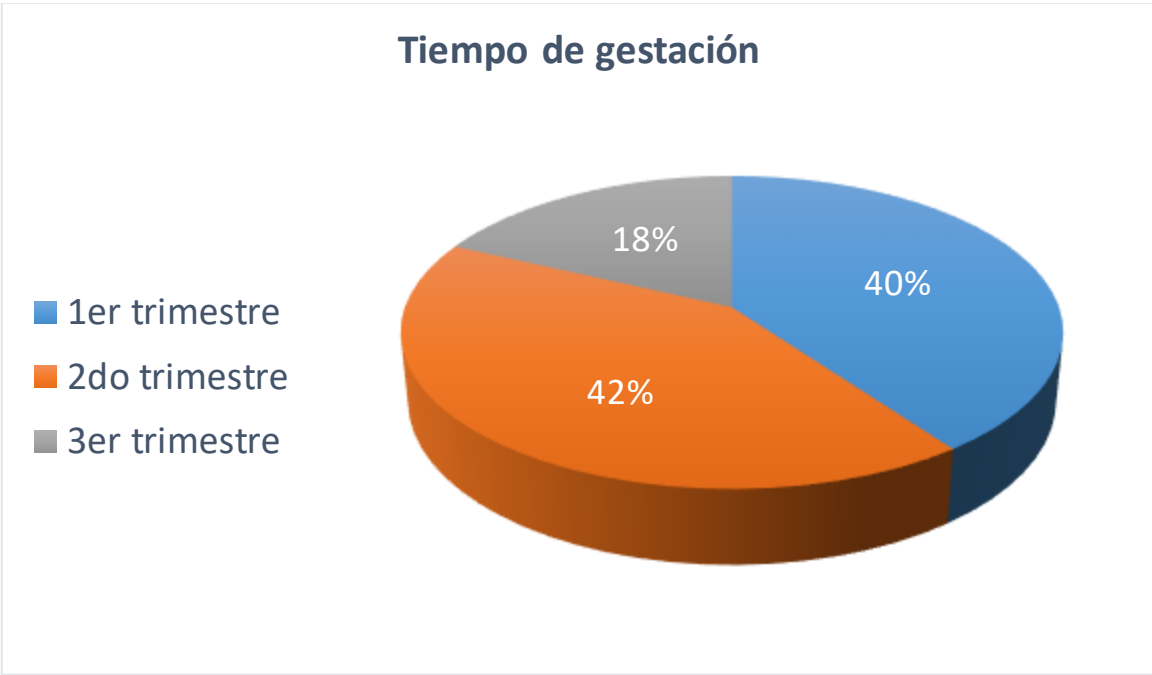
### Anexo "D" Graficas



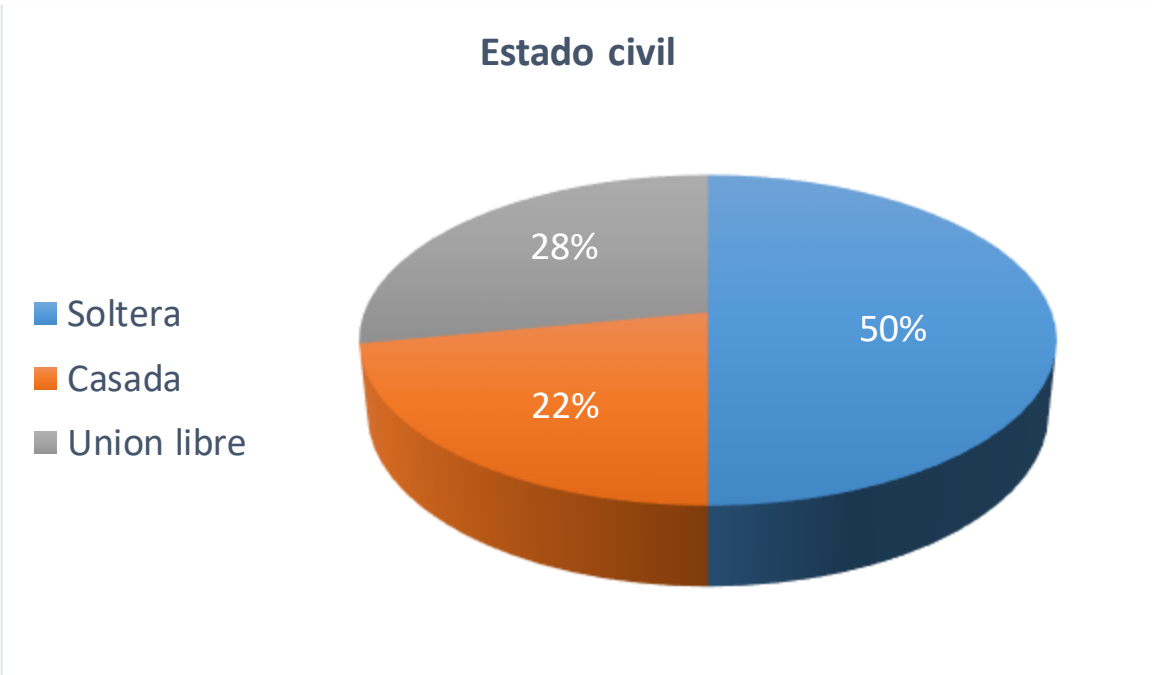
Grafica de datos de grupo de edad de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto  
Febrero – Junio 2019



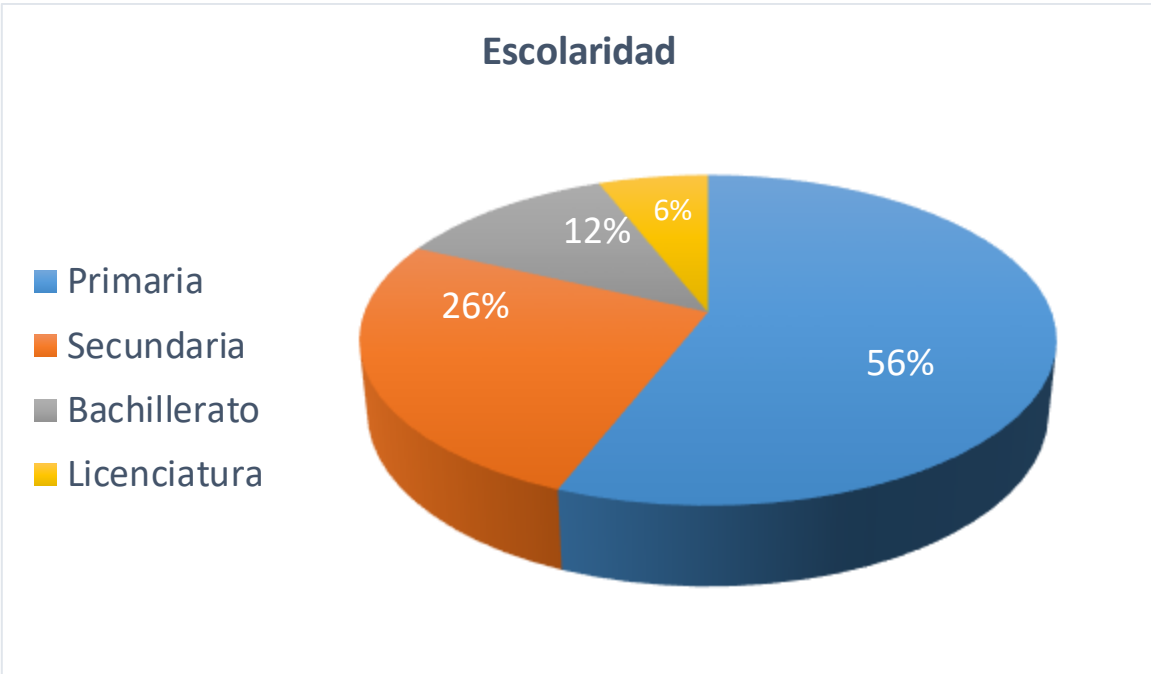
Grafica de datos lugar de residencia de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto  
Febrero - Junio 2019.



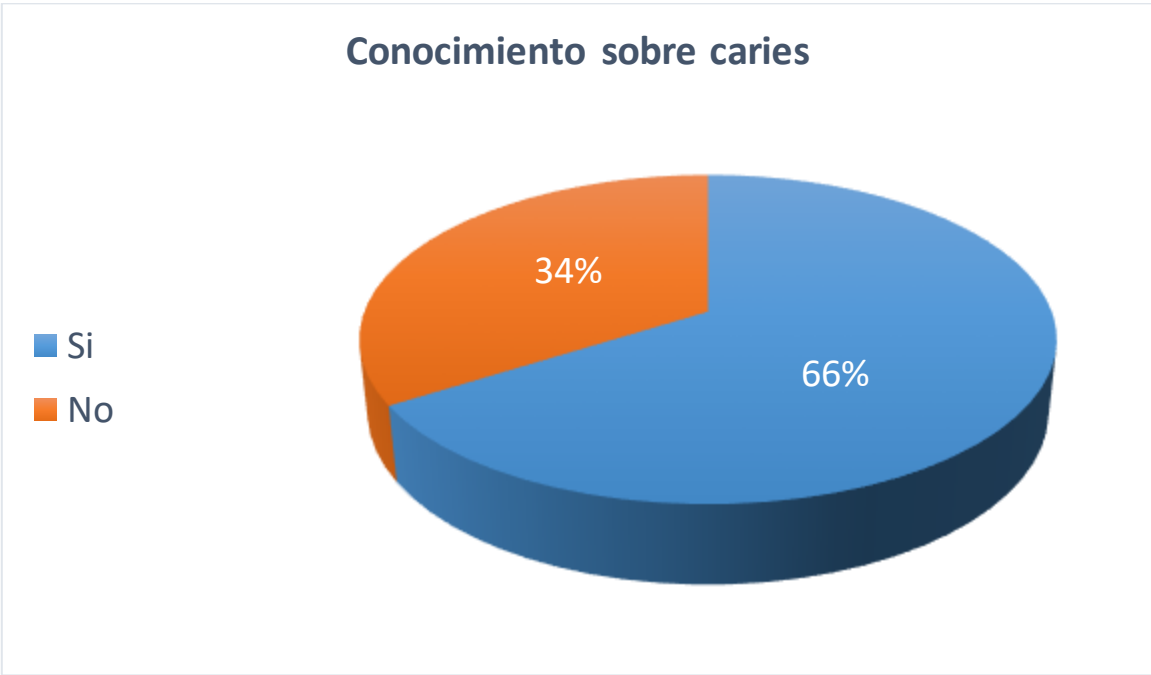
Grafica de datos tiempo de gestación de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero - Junio 2019



Grafica de datos del estado civil de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero - Junio 2019.



Grafica de datos del grado de escolaridad de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero - Junio 2019.

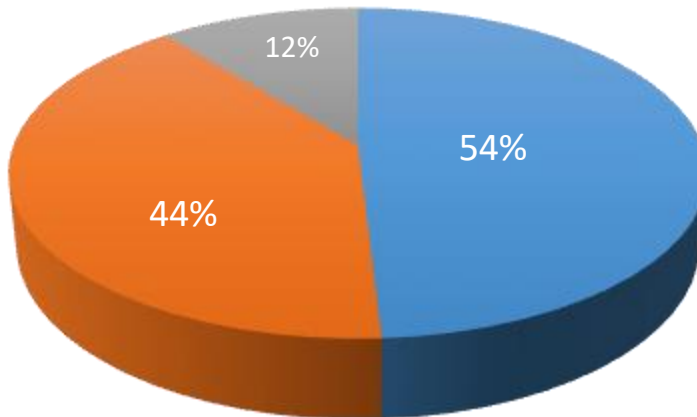


Grafica de datos para identificar el conocimiento sobre la caries de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero - Junio 2019.



### Conocimiento sobre prevencion de caries en el embarazo

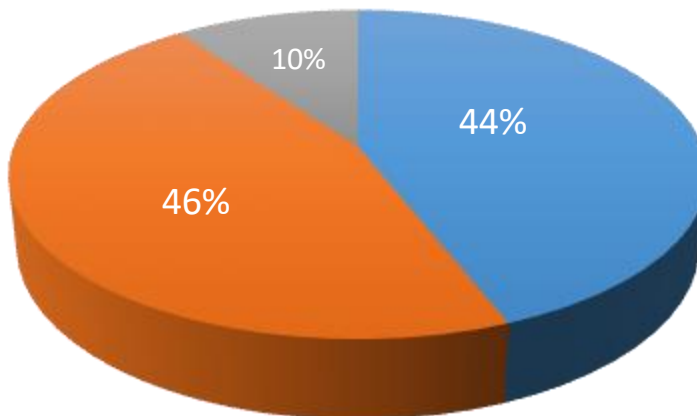
- Uso de cepillo, pasta dental y enjuague bucal
- lavarse los dientes al menos una vez al dia
- Otros



Grafica de datos para identificar el conocimiento sobre prevención de caries en el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero - Junio 2019.

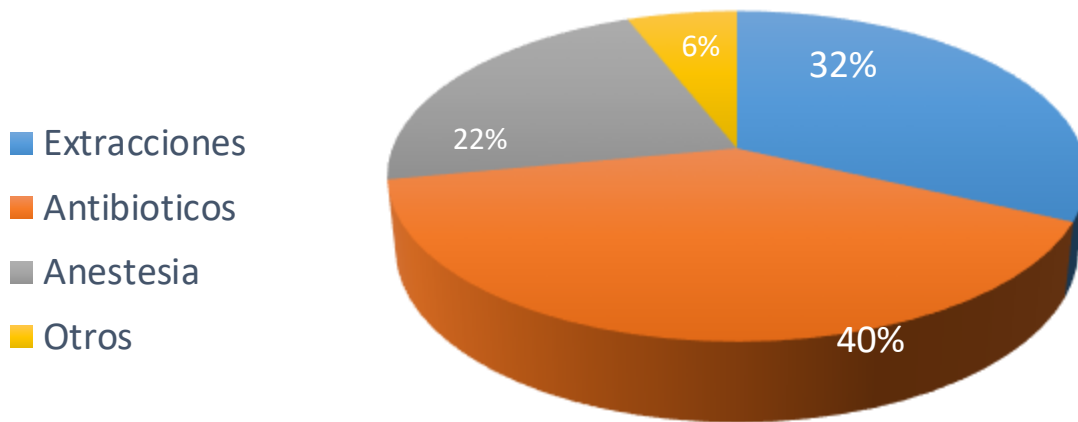
### Razones por la cual se pierden los dientes durante el embarazo

- Porque no acude al dentista
- Porque el bebe le quita calcio a la madre
- Otras



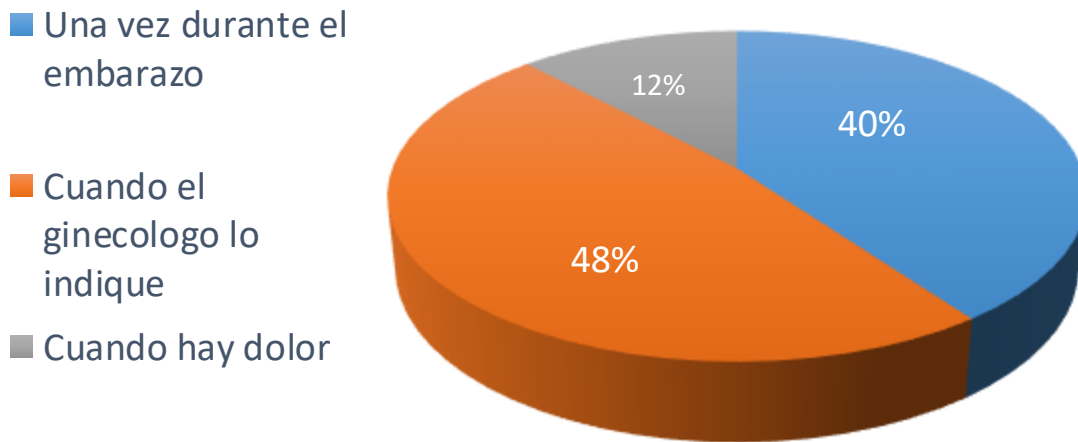
Grafica de datos para identificar las razones por la cual se pierden los dientes durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero- Junio 2019.

### Tratamiento bucal que dañan al bebe durante el embarazo



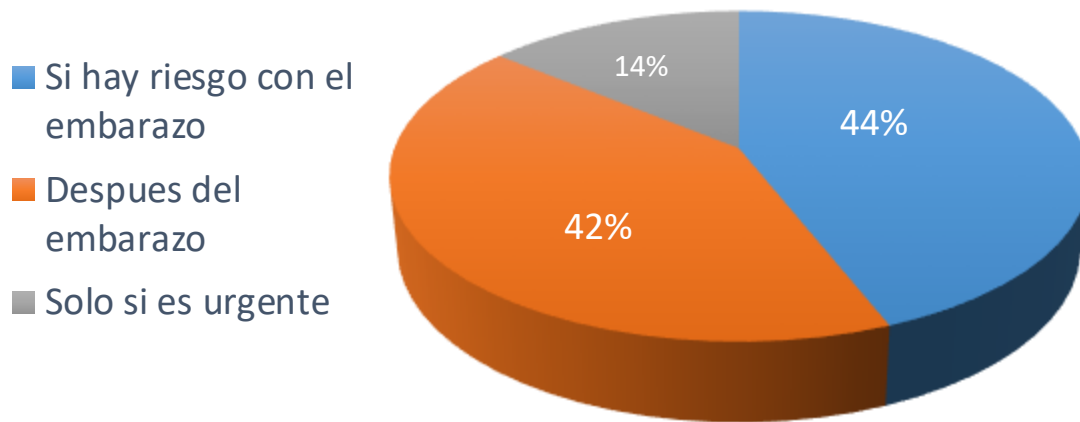
Grafica de datos para identificar el tratamiento bucal que puede dañar al bebe durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Cuando acudir al dentista durante el embarazo



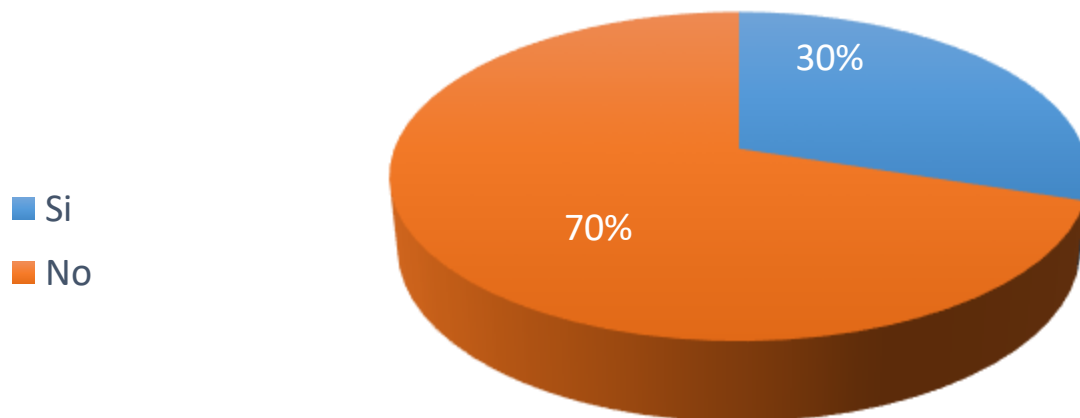
Grafica de datos para identificar cuando acudir al dentista durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019

### Cuando se realiza un tratamiento dental



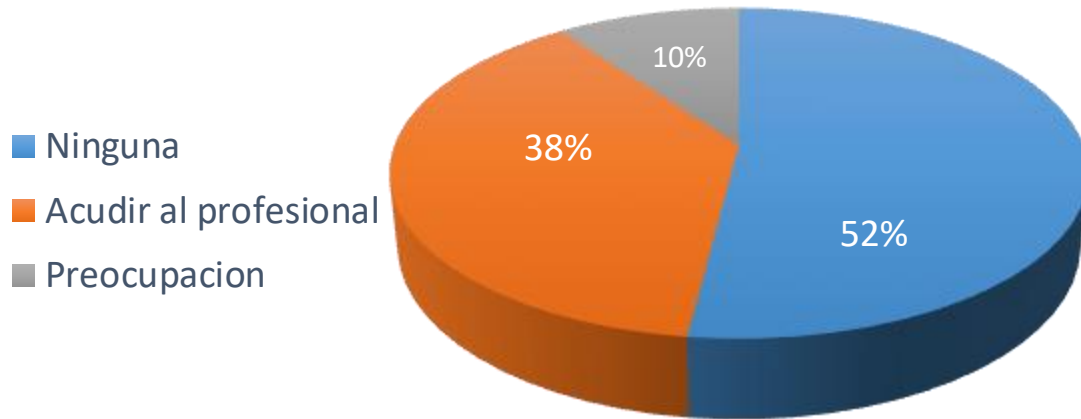
Grafica de datos para identificar cuando se realiza un tratamiento dental la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Se realizaria una limpieza dental durante el embarazo



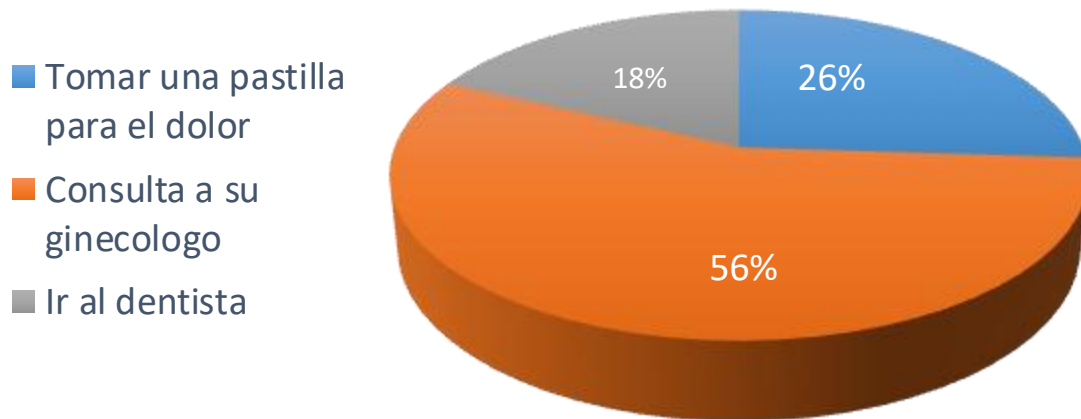
Grafica de datos para identificar si se realizaría una limpieza dental durante el embarazo de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Reaccion ante la gingivitis



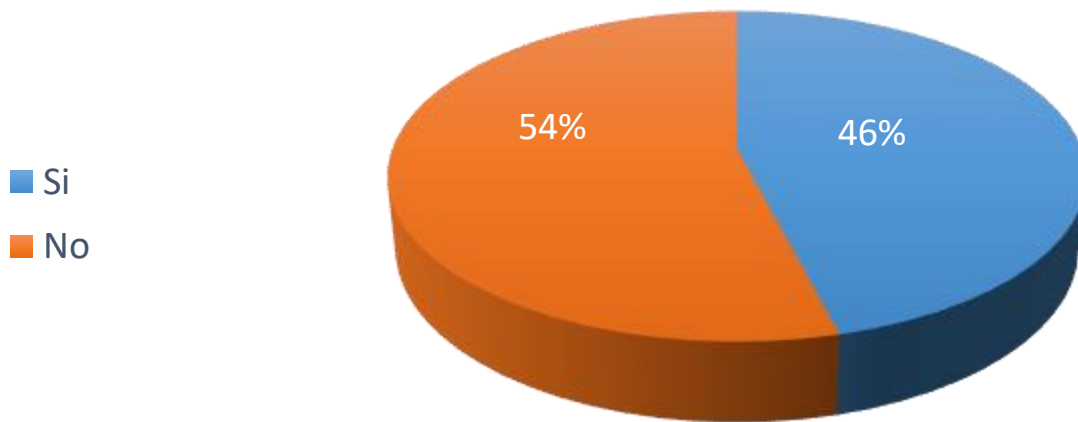
Grafica de datos para identificar cual sería la reacción ante la gingivitis de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Que hace cuando le duelen los dientes



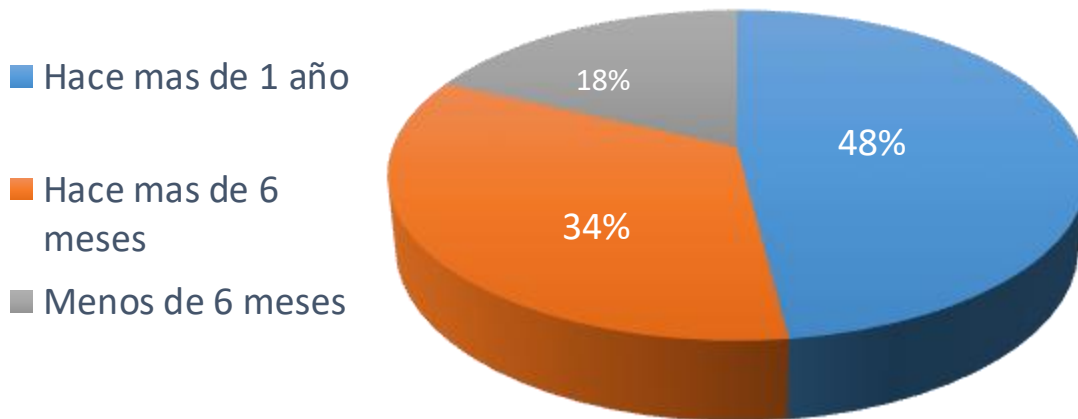
Grafica de datos para identificar que hace cuando le duelen los dientes la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Ha asistido a consulta dental durante el embarazo



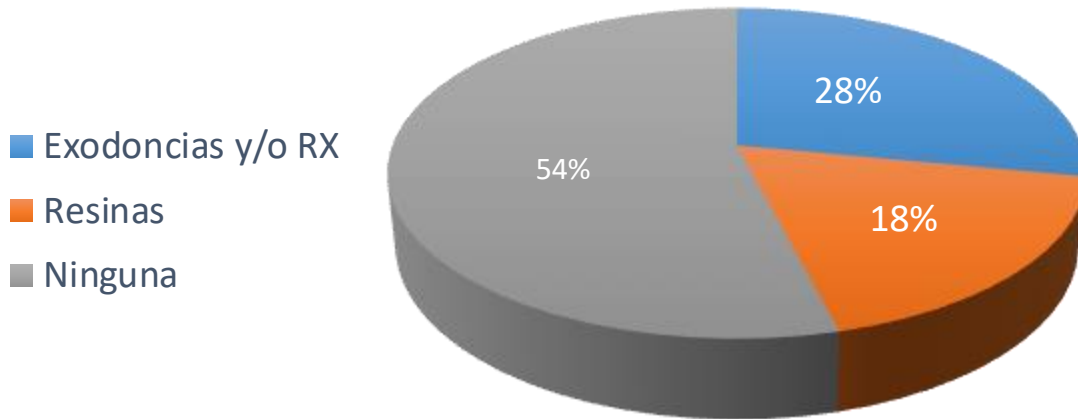
Grafica de datos para identificar si ha asistido a consulta dental durante el embarazo la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Ultima visita al dentista



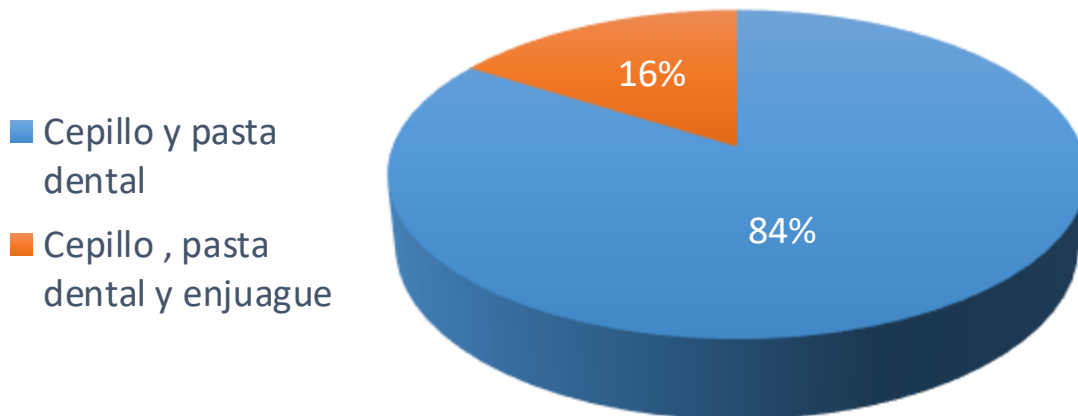
Grafica de datos para identificar cuando fue la ultima vez que visito al dentista la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Tratamiento dental utilizado en este embarazo



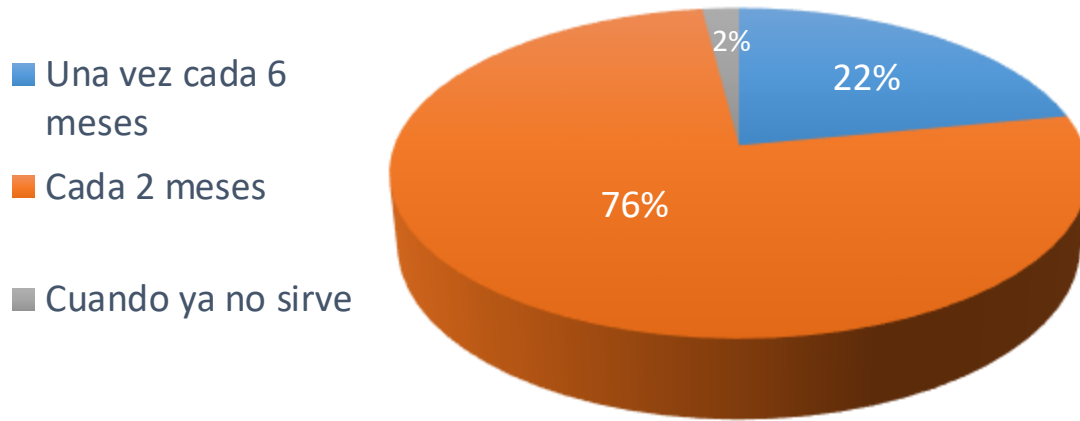
Grafica de datos para identificar cual tratamiento dental utilizo en este embarazo la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Instrumentos utilizados para el aseo dental



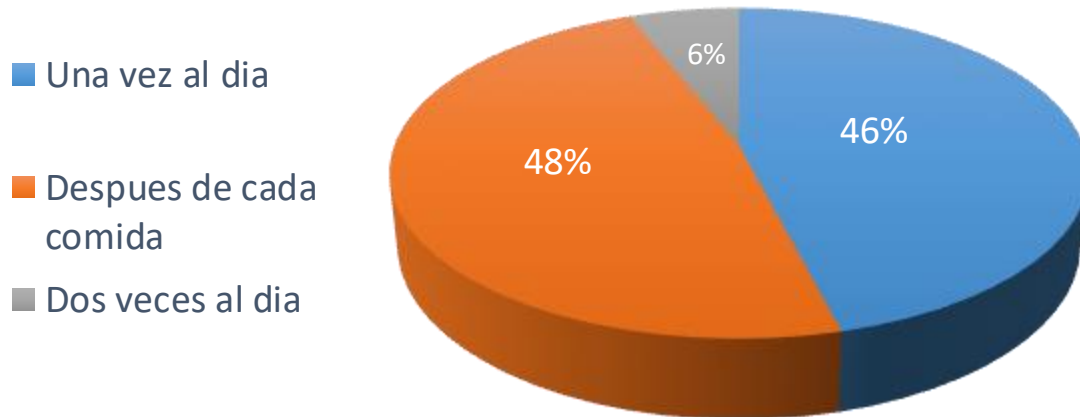
Grafica de datos para identificar los instrumentos utilizados para el aseo dental de la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Frecuencia de cambio de cepillo dental



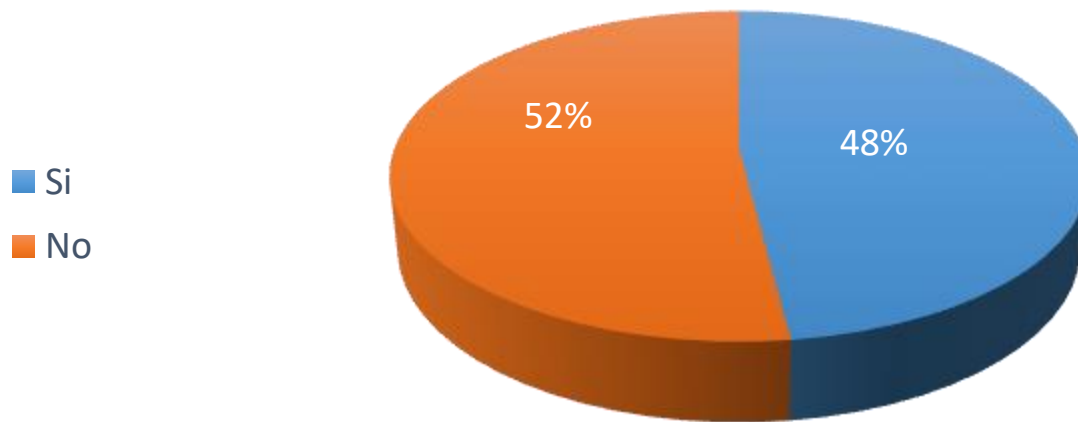
Grafica de datos para identificar con que frecuencia cambia de cepillo dental la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Cuántas veces al día cepilla los dientes



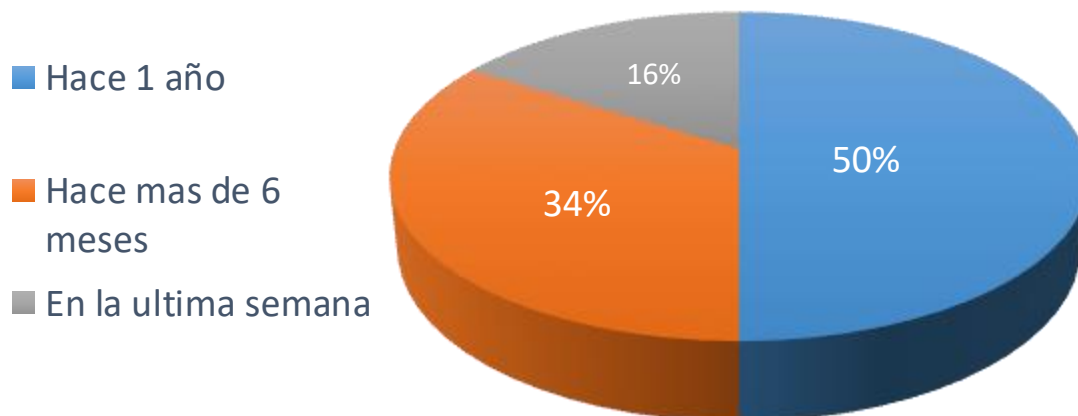
Grafica de datos para identificar cuántas veces al día cepilla los dientes la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Ha visitado algun dentista estando embarazada



Grafica de datos para identificar si ha visitado algún dentista estando embarazada la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.

### Ultima vez que acudio al dentista



Grafica de datos para identificar cuando fue la última vez que acudió al dentista la usuaria en el Hospital General Adolfo Prieto Febrero-junio 2019.