



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE
SALUD ORAL EN MUJERES EMBARAZADAS**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL PROGRAMA DE
TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

EVELYN YULISSA CERVANTES SERRANO

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA



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.

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. ANTECEDENTES	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5. JUSTIFICACIÓN	25
6. OBJETIVOS	26
7. METODOLOGÍA	27
8. RESULTADOS.....	35
9. DISCUSIÓN	47
10. CONCLUSIÓN	50
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
12. ANEXOS	58

1. RESUMEN

En el periodo de gestación se presentan una serie de cambios en el organismo de la gestante que pueden favorecer la aparición de problemas orales.

El cirujano dentista debe promover la prevención oral en mujeres embarazadas para que ellas tengan el conocimiento adecuado para prevenir estas enfermedades.

En este trabajo se determinó el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas en relación a salud oral y el porcentaje de mujeres gestantes que no acuden a revisión dental.

Se diseñó una encuesta con preguntas de respuesta abierta, directa y con escalamiento Likert.

Las entrevistas se realizaron a pie de banqueta, la mayoría fuera del hospital materno infantil cuautepec y el hospital IMSS unidad de gineco pediatría No. 3A ubicados en la alcaldía GAM.

Con las preguntas planteadas, fue posible estimar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas en salud oral, obteniendo un resultado que consideramos regular porque el 58.8% respondió de manera correcta, pero no el deseado ya que el 41 % respondió de forma equivocada.

Al cuestionarlas sobre gingivitis solo el 45% respondió de manera correcta, de caries el 42.5% siendo un poco menos de la mitad de las encuestadas las que conocen que cambios conlleva su embarazo.

Los resultados alentadores fueron que el 96% de las encuestadas respondieron que sí han asistido alguna vez a revisiones odontológicas siendo los motivos con más frecuencia el de revisión con 44% y prevención con 30 %.

Es importante que las mujeres tengan el conocimiento de los cambios orales que pueden sufrir durante el embarazo y así pueden manejarlos de mejor manera para que no se agraven.

2. INTRODUCCIÓN

En el embarazo suceden una serie de transformaciones fisiológicas y psicológicas que tienen como finalidad preparar al cuerpo de la mujer para albergar al nuevo ser, por lo tanto, los cambios orales no son excluidos de este proceso. Para que estos cambios no produzcan o incrementen afectaciones orales, las mujeres gestantes deben de tener un creciente cuidado de la higiene oral, control de la dieta, examen oral periódico y atención estomatológica. Ya que durante el embarazo existen condiciones como por ejemplo la composición salival que se ve alterada disminuyendo el pH salival y la capacidad buffer, lo que hace al medio oral favorable para el desarrollo rápido de gingivitis y caries dental.

3. ANTECEDENTES

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación y se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación ¹

En este periodo se producen importantes cambios fisiológicos que implican a diferentes órganos de la mujer, y que de forma muy significativa afectan a la cavidad oral; de tal manera que es considerado como un factor de riesgo para la salud oral de la mujer. ² Aunque constituye un proceso natural y sublime en la vida de una mujer, esta etapa que está acompañada de una serie de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos que las convierten en pacientes especiales que demandan cuidados exclusivos. La atención oral de las gestantes desde el comienzo es importante para garantizar el desarrollo adecuado del producto y su salud en general ³. Ya que los cambios fisiológicos en el organismo pueden conllevar a la aparición de trastornos en el estado de salud oral. Pero el embarazo por sí solo no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de factores, fundamentalmente de tipo conductuales y relacionados con el estilo de vida, que junto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de estas enfermedades orales como la caries, gingivitis y periodontitis.⁴ Esta última, podrían ser responsables en cierta medida, de complicaciones gestacionales como el bajo peso al nacer ⁵, una menor edad gestacional, la diabetes gestacional y pre-eclampsia.⁶

El periodo de gestación obliga al organismo materno a ciertos ajustes que inciden en la economía de la futura madre. La cavidad oral es sin duda, un sitio que no escapa a esto y requiere su revisión bajo el concepto actual de atención interdisciplinaria e integral, en donde el estomatólogo deberá estar calificado para atender adecuadamente las contingencias adicionales que eventualmente pueden asociarse a la gestación, y en el mejor de los casos, tener en mente y

aplicar las medidas preventivas encaminadas para conservar el bienestar de la cavidad oral antes, durante y después del embarazo. ⁷

En la actualidad se hace imprescindible el análisis integral de los problemas de salud. El tener en consideración este concepto permite hacer importante hincapié en la atención estomatológica de la gestante pues suceden cambios orales dependientes de los que suceden en su organismo y que son resultado de un conjunto de factores que influyen en la salud oral. El aumento de la secreción de estrógenos, aumenta enormemente la vascularización, lo cual hace más susceptible la encía a la acción de los irritantes locales causando gingivitis. También se plantea el aumento de mediadores químicos como las prostaglandinas, así como una alteración del sistema fibrinolítico provocando cambios en las plaquetas que tienen también una función importante en la tendencia trombótica, pueden ocurrir cambios como el aumento de la agregación plaquetaria y de la PGI₂ en vasos maternos y fetales, también la reducción de la respuesta de la adenilatociclasa a la estimulación por la PGI₂. (Es uno de los miembros de la familia de moléculas lipídicas conocidas como eicosanoides. Una de las formas sintéticas de la prostaciclina). ⁸

Las enfermedades orales más prevalentes en este periodo son la caries dental y la enfermedad periodontal, y en cuya causalidad, aparte de la intervención de determinados factores biológicos, como los cambios hormonales, también influyen ciertos factores sociodemográficos vinculados con el estilo y la calidad de vida⁹.

En muchas ocasiones las transformaciones de los tejidos orales están asociados a los cambios de conducta y de estilos de vida que pueden contribuir al inicio de enfermedades bucodentales o agravar las ya establecidas. En sentido general, todas las mujeres embarazadas son propensas a sufrir modificaciones en su organismo, pero estas no llevan implícitos alteraciones en la salud oral.

Durante la etapa de gestación presentan necesidades especiales de atención en cuanto a su salud oral, lo cual las convierte en población vulnerable y propensa a diferentes condiciones en las que se encuentra involucrado el estado de salud como un indicador de la calidad de vida; por lo que en la mayoría de los países son consideradas un grupo prioritario dentro de la salud pública. Las

modificaciones que ellas presentan en su estado general, con frecuencia, se reflejan en la cavidad oral donde se pueden manifestar ya sea en forma adaptativa reversible y transitoria, algunas de las variaciones que presentan son hormonales; produciendo cambios significativos a nivel del periodonto, especialmente en presencia de inflamación gingival inducida por placa bacteriana preexistente. Las modificaciones en el nivel hormonal ocurren cuando el lóbulo anterior de la hipófisis secreta Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH), que dan como resultado la maduración del ovario y la producción cíclica de estrógeno y progesterona¹¹. Por otro lado, el aumento de gonadotropina en el primer trimestre se asocia con náuseas y vómitos, el aumento de progesterona enlentece el vaciamiento gástrico y la acidez resultante durante los vómitos provocan erosión del esmalte de los dientes, fundamentalmente en la cara lingual de los molares e incisivos inferiores¹².

El malestar general que padecen la mayoría de las mujeres en esta época trae consigo un inadecuado comportamiento con relación a la higiene oral, que con el cambio de hábitos alimentarios, con una mayor ingestión de alimentos azucarados en intervalos menores de tiempo atentan contra su salud oral.¹³

Los dientes, los tejidos de soporte-sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios inducidos durante el embarazo, lo que hace necesario el cuidado bucodental en la mujer embarazada. Entre las alteraciones más frecuentes que se producen en la cavidad oral en la mujer embarazada cabe destacar:

Gingivitis mediada por factores de riesgo sistémicos (embarazo): Más frecuente en el segundo trimestre del embarazo, relacionada con mala higiene oral, dieta, respuesta inmune y alteraciones hormonales y vasculares. El aumento de estrógeno y progesterona produce vasodilatación capilar favoreciendo el exudado y la permeabilidad gingival. Puede aparecer una respuesta inflamatoria exagerada.

La placa bacteriana es el factor etiológico fundamental para la aparición de la gingivitis, asociada al incremento de la microvascularización y del metabolismo

tisular. La alteración de la flora microbiana está estrechamente relacionada con el inicio de la enfermedad periodontal. ¹⁴

Granuloma del embarazo: También llamado “épulis gravídico” o “tumor del embarazo”. Es una tumoración benigna (1-5%) localizada en una zona con gingivitis en el vestíbulo del maxilar superior que suele remitir después del parto. Es habitual en los primeros embarazos, durante el primer y segundo trimestre.



Imagen de Granuloma del embarazo ¹⁵



Imagen de Granuloma del embarazo ¹⁵

Enfermedad periodontal: Durante el embarazo se produce la hormona relaxina, cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que tiende a desaparecer tras el parto. Es inusual encontrarnos con un cuadro grave de reabsorción ósea y pérdida dentaria por movilidad. Si existe una enfermedad periodontal previa, esta se verá agravada por los mismos factores antes mencionados¹⁶. La presencia y gravedad de periodontitis se relaciona con otros factores ya conocidos en relación con la prematuridad, como son el consumo de tabaco y alcohol en el segundo trimestre del embarazo, con el aumento de riesgo de parto prematuro y niños de bajo peso. Se atribuye como causa de dicha prematuridad a las endotoxinas bacterianas y al aumento de los niveles de prostaglandinas, todo lo cual favorecería las contracciones uterinas tempranas.¹⁷

Durante este período la falta de higiene oral o los inadecuados cuidados orales pueden producir la supresión del sistema inmunológico conllevando a la aparición de diversas enfermedades como gingivitis, lesiones benignas como tumores del embarazo y el aumento de la susceptibilidad a infecciones orales.¹⁸



Imagen de enfermedad periodontal ¹⁹

Caries dental: El embarazo no debe de ser considerado como una causa de esta enfermedad. Existe la creencia de que se produce una desmineralización debida a la pérdida del calcio para “el nuevo ser”, pero el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento conservando su contenido mineral toda la vida. Sin embargo, la mujer embarazada está sometida a unas situaciones que la hacen sensible a padecer esta enfermedad. Se ve alterada la composición salival y la flora oral

produciéndose xerostomía fisiológica que facilita su aparición.²⁰ De igual manera, modificaciones en la dieta y la frecuencia de alimentos altos en carbohidratos pueden aumentar el riesgo de desarrollarla. Adicionalmente, una pobre higiene oral eleva el riesgo de complicaciones durante el embarazo.



Fuente directa.



Fuente directa

La mayoría de las madres no buscan tratamiento dental durante su embarazo a no ser por haber tenido algún problema, lo que favorece la aparición de diferentes afecciones orales, que si no son tratadas a tiempo pueden ocasionar complicaciones que afectan la salud general de las gestantes y a su vez la de su futuro hijo ²¹.

Betancourt y Col ²²., realizaron un estudio donde su objetivo era describir la salud oral y los eventos patológicos relacionados en mujeres embarazadas que asistieron a controles prenatales y odontológicos en Assbasalud Empresa Social del Estado (ESE) en Manizales, Colombia, durante 2016.

Realizaron un estudio descriptivo que revisó 502 historias clínicas de gestantes, como resultados obtuvieron que el 75.1% de las pacientes tuvo de 1 a 3 controles odontológicos y 93.2% presentó patologías dentales durante la gestación, donde las más frecuentes fueron gingivitis (75.4%) y caries (67.6%). 21.1% no tenía dientes cariados y 30.4% contaba con dientes perdidos. Al 79% se le realizó obturación dental durante el embarazo y el 9.9% no asistió a controles odontológicos.

Concluyeron que en Assbasalud ESE hay buena cobertura de odontología durante los controles prenatales, con eficiente promoción y prevención de las patologías dentales durante la gestación. En consecuencia, existe baja relación entre la patología oral y las enfermedades sistémicas. Asimismo, hay un correcto plan de remisión a servicios de tercer nivel de las gestantes con riesgo de complicaciones perinatales²².

Por otro lado, ha existido la falsa creencia que el mal estado de salud oral durante el embarazo es normal y que el tratamiento dental sería perjudicial para el recién nacido, impidiéndole a la gestante acudir para atención odontológica, descuidando parte de su salud. Tal situación refleja que un conocimiento inadecuado sobre el manejo de los problemas dentales en las embarazadas se traduce en tratamientos insuficientes y poco efectivos para el control de la enfermedad.

En la población cubana, como prácticamente en la del mundo entero, existe la creencia errada que durante el embarazo le cuesta un diente o más. Durante el período de gestación en sentido general, todas las mujeres embarazadas son propensas a sufrir cambios en su organismo, pero con un buen control del

cepillado, conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene oral, control de la dieta, examen oral periódico, contribuye a disminuir o controlar las afecciones que pudiera producirse²³.

Un estudio realizado por Hom y col.²⁴ donde examinaron la asociación entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimientos sobre salud oral en 119 embarazadas estadounidenses, reporta que 65% de las participantes tenía un nivel de conocimientos deficiente. Los autores indican la existencia de asociación (Los resultados de los análisis bivariados mostraron que existía una correlación positiva entre la OHL y el conocimiento de la salud bucal ($p < 0,01$). Los niveles más altos de OHL se asociaron con respuestas correctas a dos de los elementos de conocimiento ($p < 0,01$)) entre bajo grado de escolaridad y deficiente nivel de conocimientos sobre salud oral en las embarazadas, indicando que dichos hallazgos repercuten negativamente en la salud de la madre y del hijo.

Los objetivos de un programa de salud bucodental en embarazadas son: motivar a las pacientes sobre la importancia del cuidado de su salud oral y la de su familia; fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables; aplicar medidas preventivas específicas; detectar signos o síntomas indicativos de patología oral actual o futura; efectuar el tratamiento, al menos, de aquellos procesos que puedan ocasionar patología oral aguda durante el embarazo; y facilitar la información adecuada a los padres en cuanto a cuidados orales de su futuro hijo.²⁴

Es importante instruir a la madre sobre la importancia de los autocuidados relacionados con la higiene oral de su boca. Se le explicará qué puede observar en su boca y qué medidas debe tomar para mejorar la gingivitis y evitar que ésta se vea agravada por una reducción en los hábitos higiénicos. Se le informará en cuanto a sus posibles cambios en hábitos dietéticos y el papel que es tos pueden jugar en la aparición de nuevas caries o en la progresión de las existentes e instruirle en cuanto a las medidas que pueden permitirle evitar esta situación. Por otra parte, la madre tiene que conocer que si consigue una situación de niveles bajos de bacterias cariogénicas en su boca, eso implicará un menor riesgo de caries de su hijo. El cirujano dentista y la higienista dental se encargarán de instruir en aquellos consejos o medidas terapéuticas que pudiera precisar para el cuidado de la gestante y del recién nacido.²⁵

La norma oficial mexicana a NOM013SSA22015,²⁶ Para la prevención y control de enfermedades orales pretende establecer y uniformar los criterios y procedimientos, que se llevan a cabo por los integrantes del sistema nacional de salud, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades orales de mayor frecuencia en la población de los Estados Unidos mexicanos.

Esta norma es de lectura y cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional para el personal de la salud, establecimientos de atención médica y consultorios de sectores público, social, privado e instituciones formadoras de recursos humanos y gremiales en estomatología, que realicen acciones para la promoción de la salud oral prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucodentales.

En la introducción de la norma se menciona que de acuerdo con 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 orales, 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 oral.

Estos padecimientos orales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más importantes diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, ya que se ven favorecidas por higiene oral 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 orales 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. 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, sean fundamentales para prevenir las enfermedades orales.²⁶

Dentro de las disposiciones generales de esta norma es necesario mencionar los siguientes puntos:

6.2. Participar en la promoción de medidas preventivas dirigidas a la población en general y en especial a grupos menos favorecidos como son: escolares, mujeres embarazadas, los adolescentes, los adultos mayores, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las personas con VIH, las personas con enfermedades crónico-degenerativas

A.2. El documento está orientado con base al riesgo que presentan las personas de padecer las enfermedades orales de mayor prevalencia en México, se encuentra dividido en siete secciones, la primera y segunda son acciones de aplicación general a todos los grupos de atención y de la tercera a la séptima se realizan de acuerdo con el grupo de edad que corresponda, considerando las siguientes acciones específicas²⁶

A.2.3. Atención a embarazadas

A.6.1.7. Informar, demostrar y observar el desempeño del paciente en relación a su higiene oral, así como corregir errores en el control de la placa bacteriana, enseñanza del cepillado dental, aplicaciones tópicas de flúor, ¡el uso del hilo dental y enjuagues de fluoruro de uso en el hogar;

A.6.1.9. Demostrarle al paciente que la prevención es la mejor opción para evitar las enfermedades orales, y

A.6.1.10. Convencer al paciente para que sea responsable de su salud

A.6.3. Factores de riesgo a enfermedad periodontal:

A.6.3.2. Sistémicos:

A.6.3.3.1. Hormonas sexuales (Pubertad, embarazo, menopausia y anticonceptivos) ;

A.8. Cuidados orales preventivos para embarazadas.²⁵

A.8.1. Consideraciones:

A.8.1.1. Previo al embarazo: Reconocer la salud oral como parte de la salud integral para toda mujer en edad reproductiva;

A.8.1.2. Colocar a la embarazada durante la consulta en el sillón dental en una posición en la que ella refiera comodidad con base a las semanas de gestación

y posterior a las 12 semanas preferentemente semisentada, entre 45 y 60 grados, y

A.8.1.3. Atención preferentemente no mayor a 30 minutos. ²⁶

A.8.2. Acciones:

A.8.2.1. Durante el embarazo realizar lo siguiente:

A.8.2.1.1. Obtener signos vitales de la paciente en cada consulta;

A.8.2.1.2. Promover y realizar el seguimiento y control de la salud oral con base al riesgo;

A.8.2.1.3. Efectuar promoción para la salud oral de ella y del futuro bebé;

A.8.2.1.4. Elaborar plan de tratamiento que incluya realizar acciones preventivas indicadas para:

A.8.2.1.5. Bajo riesgo cariogénico y periodontal;

A.8.2.1.6. Alto riesgo cariogénico;

A.8.2.1.7. Alto riesgo periodontal;²⁶

Riesgo cariogénico	Riesgo periodontal
Resolver urgencia	Resolver urgencia
Controlar la infección y sus condiciones	Controlar la infección y sus condiciones
Prescribir el uso de productos tópicos domésticos que contengan fluoruro, xilitol, clorhexidina o triclosan (de acuerdo al diagnóstico), e instruir a la embarazada sobre el uso correcto y efectos secundarios de estos productos, tomando en cuenta el riesgo de enfermedades orales.	Identificar la presencia de alguna enfermedad periodontal generada o acentuada por hábitos o cambios hormonales como Granuloma Piógeno Gravídico u otras enfermedades.
Indicar el limitar consumo de hidratos de carbono	Rehabilitar
Rehabilitar ²⁶	

La NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.²⁷, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida ,

menciona que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos.

Dentro de las disposiciones generales de esta norma es necesario mencionar los siguientes puntos:

3.15 Embarazo, a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

5. Disposiciones generales

5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

5.1.4 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.²⁷

Por otro lado no debemos olvidar que las mujeres durante este periodo tienen temor a acudir a consultas dentales, ya que piensan que pueden afectar al bebé, lo ideal en este periodo es hacer educación para la salud oral y prevención con profilaxis para que la paciente no necesite algún tratamiento más invasivo como una endodoncia o una extracción, donde ya se tenga que utilizar anestésicos locales o radiografías.

Durante el primer trimestre (1-12 semanas): No se recomienda llevar a cabo procedimientos dentales en este periodo de tiempo. Porque el producto tiene mayor riesgo de teratogénesis durante la organogénesis.

Las recomendaciones que se deben de dar durante primer trimestre son:

- Instruir en higiene oral estricta
- Tener un buen control de la placa bacteriana.
- Eliminación de cálculo dental y realizar pulido dental
- Tratamientos de urgencia solamente.
- Evitar radiografías rutinarias, que deben ser usadas con criterio selectivo y únicamente cuando sean estrictamente necesarias. Siempre con estructuras de protección desde la glándula tiroides hasta la parte superior de la rodilla.²⁸

Para el segundo trimestre (13-24 semanas): La organogénesis ya se ha completado y el riesgo para el feto es menor. La madre también ha tenido tiempo para adaptarse a su embarazo, y el feto no ha crecido aún a un gran tamaño que haga difícil para la madre permanecer sentada durante períodos largos. Como el útero y la placenta se agrandan con el crecimiento del feto, éste descansa directamente sobre la vena cava inferior, los vasos femorales y la aorta.

La hipotensión supina se puede solventar fácilmente girando a la paciente sobre su lado izquierdo y elevando el cabezal del sillón, evitando así la compresión de los vasos sanguíneos principales.



Fuente directa.

El cirujano dentista debe consultar al obstetra de la paciente si duda sobre la seguridad de un procedimiento en particular o si hay circunstancias especiales asociadas a ese embarazo.²⁸

Las recomendaciones que se deben dar durante el segundo trimestre son:

- Medidas preventivas: higiene oral, técnica de cepillado, control de placa y pulido dental.
- Eliminación calculo dental, raspado y alisado radicular si fuera necesario.
- Tratamiento de patologías orales activas, si las hubiera.
- Evitar radiografías rutinarias.

Para el tercer trimestre (25-40 semanas): El crecimiento fetal progresa y la preocupación es el riesgo de parto prematuro y la seguridad y la comodidad-confort de la mujer embarazada (por ejemplo, la posición ergonómica en el sillón dental y evitar fármacos que aumenten el tiempo de sangrado). La posición de las embarazadas en el sillón dental es importante, sobre todo durante el tercer trimestre, variando la angulación del respaldo asiento de 165° en primer trimestre a 150° en el segundo y 135° en el tercero.



Fuente directa.



Fuente directa.



Fuente directa

Es seguro realizar procedimientos dentales en el comienzo del tercer trimestre. En el tercer trimestre se impartirán los conocimientos necesarios para lograr un sano crecimiento y correcto desarrollo de la cavidad oral del niño.

Las recomendaciones que se deben dar durante el tercer trimestre son:

- Higiene oral, instrucciones y control de placa.
- Raspado y alisado radicular si fuera necesario.
- Evitar tratamientos dentales durante la segunda mitad del tercer trimestre.
- Evitar radiografías rutinarias.²⁸

Alfaro y col.²⁸ en su artículo “Embarazo y salud oral” publicado en 2019 dicen que los rayos X son un tipo de radiación electromagnética que tiene la capacidad de ionizar el material que atraviesa. La ionización de la materia causa un daño a las células y a su ADN. Dependiendo de la cantidad de radiación y de la etapa del embarazo, el daño a las células fetales puede causar abortos, malformaciones congénitas o patología mental. Sin embargo, la exposición a radiación dental de la madre sobre el feto es insignificante. El embrión y el feto son más sensibles a la radiación que el adulto, y por ello más susceptibles a los efectos adversos secundarios a la exposición a las radiografías. Durante las 2 primeras semanas después de la concepción, la paciente puede no tener conocimiento de su embarazo, parece así prudente que el dentista pregunte si cree estar embarazada antes de la obtención de una imagen radiográfica.

Se debe utilizar de manera rutinaria un delantal de plomo en todos los pacientes, pero más aún en mujeres en edad fértil.

Se recomienda, para reducir la exposición fetal, el uso de un delantal plomado desde el cuello (cubriendo glándula tiroides) hasta cubrir totalmente el abdomen y los órganos genitales de la paciente, usando un haz de radiación colimado y de cono largo, y una película de alta velocidad.²⁸

Por otra parte, no olvidemos que diferentes factores genéticos, ambientales y endocrinos pueden influir de manera positiva o negativa durante este período. El estado nutricional de la madre es sin duda uno de los principales factores ambientales que influyen en el embarazo. Esto comprende la selección de los alimentos, los nutrientes contenidos en ellos, su metabolismo y el transporte de ellos hacia el feto a través de la placenta. La deficiencia nutricional de vitaminas

del complejo B, entre las que se cuentan folatos y vitamina B₁₂, ha sido relacionada con algunas alteraciones durante el embarazo, como bajo peso al nacer, partos prematuros y malformaciones fetales, entre otras. Los defectos del tubo neural (DTN) constituyen una de las malformaciones fetales que se origina por la deficiencia en el aporte de folato materno en el período previo a la concepción y durante el primer mes de desarrollo fetal etapa en la que se produce el cierre del tubo neural.²⁹

El consumo de ácido fólico se ha relacionado con la disminución en la incidencia de malformaciones congénitas y deficiencias obstétricas, pero existen criterios de que no siempre su uso tiene los efectos favorables esperados para la madre y su descendencia. Con el objetivo de estructurar los presupuestos teóricos que sustentan el beneficio y el riesgo del consumo de ácido fólico para el embarazo, se realizó una búsqueda sobre el tema consultándose 37 referencias bibliográficas actualizadas. El ácido fólico ostenta dos grandes funciones en el organismo: la síntesis y reparación de los ácidos nucleicos, así como la síntesis del aminoácido metionina a partir de la homocisteína, esta última, al acumularse en el organismo se asocia a defectos congénitos y enfermedades crónicas del adulto. A partir de estos aspectos se corrobora que su consumo antes y durante el embarazo es beneficioso pues previene defectos del tubo neural, algunas cardiopatías congénitas, hendiduras bucofaciales, síndrome de Down, desórdenes del espectro autista, infecciones obstétricas, preeclampsia, hemorragia uterina, desprendimiento abrupto de la placenta, retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad. El consumo excesivo de más de 5 mg/día se ha asociado a anemia por deficiencia de vitamina B₁₂, déficit de zinc, crecimiento intrauterino retardado y prematuridad; en 143 modelos animales acelera la transformación maligna de tumores existentes. Se concluye que el ácido fólico contribuye a preservar una embriogénesis y placentación normal y no se han demostrado efectos adversos por su uso, pero debe ser consumido en la dosis adecuada y por prescripción médica.³⁰

La consulta preconcepcional constituye una herramienta efectiva de prevención de enfermedades neonatales y maternas, incluyéndose entre sus objetivos primordiales el control de la diabetes, la intervención sobre el consumo de alcohol y tabaco, así como la suplementación periconcepcional de ácido fólico (AF). El período gestacional es clave para un desarrollo ontogénico adecuado y

para una vida saludable. Diferentes factores genéticos, ambientales y endocrinos pueden influir de manera positiva o negativa durante este período. El estado nutricional de la madre es sin duda uno de los principales factores ambientales que influyen en el embarazo; esto comprende la selección de los alimentos, los nutrientes contenidos en ellos, su metabolismo y el transporte de ellos hacia el vástago a través de la placenta. La deficiencia nutricional de vitaminas del complejo B, entre las que se cuentan folatos y B12, ha sido relacionada con algunas alteraciones durante el embarazo, como bajo peso al nacer, parto pre término y malformaciones congénitas, entre las que se destacan los defectos del tubo neural (DTN), determinadas cardiopatías congénitas (CC) y fisurado labial y palatino (FLP). Esto es consecuencia de que los folatos desempeñan un papel crucial en la síntesis de ácidos nucleicos, la división celular, la regulación de la expresión de los genes y la síntesis de neurotransmisores. Aun cuando existen probadas evidencias del efecto beneficioso del consumo periconcepcional del AF para el embarazo, las estrategias implementadas son aún insuficientes, lo cual se manifiesta en que la incidencia de defectos congénitos asociados a su deficiencia a nivel mundial se mantiene en sus cifras y continúan aportando a la tasa de mortalidad, causando frecuentes discapacidades, asociándose esto a situaciones reales tales como:

- La mayoría de los embarazos no son planificados.
- Existe bajo nivel educativo y desinformación en relación con estos conocimientos.
- Deficiente control preconcepcional y captaciones tardías de embarazos, pues los defectos ocurren precozmente, aún antes de que muchas mujeres tengan conciencia de su embarazo, pues la morfogénesis de la gran mayoría de los sistemas orgánicos acontece justamente en el transcurso de los dos primeros meses de la gestación.
- Ineficaces estrategias de promoción y educación para la salud.
- Incumplimiento por los profesionales de la salud y población con las recomendaciones del consumo de folatos.

Actualmente, a pesar de los irrefutables efectos beneficiosos reconocidos del AF para la salud y sobre todo su consumo antes y durante el embarazo, existen

criterios en la literatura actualizada de que no siempre su uso tiene los efectos favorables esperados para la madre y su descendencia.

Dado su efecto favorecedor de la síntesis y reparación de ácidos nucleicos, y por tanto de la proliferación celular, el consumo adecuado de ácido fólico durante el embarazo contribuye a preservar una embriogénesis y placentación normal. No se han demostrado efectos adversos por el uso del ácido fólico, pero existen criterios de que dosis altas pueden ser riesgosas para la salud, por lo que se recomienda ser consumido bajo estricta prescripción médica.³⁰

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La etapa del embarazo está acompañada de cambios fisiológicos, algunas veces patológicos y psicológicos. El aumento de los niveles hormonales como el estrógeno y progesterona indispensables para el desarrollo del feto, se asocian a enfermedades orales como la gingivitis del embarazo, si a esto le agregamos una mala higiene oral, hábitos alimentarios desorganizados, modificaciones vasculares y una débil respuesta inmunológica tendremos una influencia negativa propiciando la acumulación de placa dentobacteriana (biopelícula), factor que es predisponente para provocar una gingivitis la cual clínicamente se caracteriza por una encía intensamente enrojecida que sangra con facilidad, engrosamiento del margen gingival e inflamación de las papilas interdentarias, que pueden dar lugar a la formación de pseudobolsas periodontales. Las zonas anteriores y los sitios interproximales la mayoría de las veces son los que se ven más afectados.

Si la mujer embarazada no le da tratamiento a su gingivitis esta puede llegar a convertirse en periodontitis que es una infección crónica producida por bacterias aerobias y anaerobias en su mayoría que crecen dentro del surco gingival. Se caracteriza por la inflamación y pérdida de los tejidos periodontales (encía, cemento radicular, ligamento periodontal y hueso alveolar), sangrado gingival, formación de bolsas periodontales, destrucción del tejido conectivo movilidad dentaria y reabsorción ósea alveolar.

La gingivitis se ve aumentada durante el embarazo, la caries dental también puede incrementarse ya que la composición salival se ve alterada, así mismo la capacidad buffer cambia, haciendo que el medio oral sea favorable para el desarrollo de bacterias al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones, agregando una deficiencia del cepillado se contribuirá a la acumulación de placa dentobacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie de las mucosas y dientes; Con todos estos factores interactuando la caries dental logra establecerse aumentando de manera rápida hasta poder llegar a producir en algunos casos la mortalidad dentaria.

La caries dental es considerada como uno de los eventos de mayor prevalencia en la historia de la morbilidad oral nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como un proceso patológico localizado que se inicia

tras la erupción dental y puede producir reblandecimiento del tejido duro del diente evolucionando hasta la formación de una cavidad, de igual forma se produce por los subproductos ácidos como el lactato, resultantes de la fermentación bacteriana de los carbohidratos de la dieta; es multifactorial y se asocia con el consumo de carbohidratos y deficiente salud oral.

Todas estas enfermedades que se ven agravadas en el periodo del embarazo nos llevan a una serie de creencias alrededor de la salud oral de la gestante que se han transmitido de generación en generación. Es común escuchar: “el embarazo descalcifica los dientes”, “enferma las encías”, “cada embarazo cuesta un diente”, entre otros. Existen creencias y prácticas que niegan los cuidados estomatológicos, debido a las molestias que ocasiona el tratamiento y los temores que existen a su alrededor relacionados a los daños que pudiera ocasionar al feto. Debido a estos criterios muy arraigados en algunas culturas, las embarazadas han aprendido a aceptar las alteraciones que puedan surgir en la cavidad oral, considerándolas como un fenómeno “normal e inevitable” en esta etapa de la mujer, esto llega a determinar las conductas en relación a la asistencia al estomatólogo.

Con lo mencionado anteriormente surgen interrogantes:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de salud oral que tienen las mujeres embarazadas?

¿Conocen los cambios orales que conlleva este periodo?

¿Acuden a revisiones odontológicas durante el embarazo?

5. JUSTIFICACIÓN

El que la mujer embarazada tenga información sobre los cuidados de salud oral durante este periodo nos llevará a que disminuya la prevalencia e incidencia de la gingivitis, y sus consecuencias, así como de la caries dental, por otra parte también se evitarán las confusiones con los mitos por ejemplo que por cada hijo se pierde un diente.

El conocer la correcta técnica de cepillado y el uso de auxiliares de la higiene oral permitirá que los cambios fisiológicos no afecten de manera tan incontrolada la salud oral, también el tener consultas periódicas dentales permitirán que se tenga un control de la salud oral de la paciente embarazada.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

Se determinó el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas en relación a salud oral, a partir de la aplicación de una encuesta estructurada.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

6.2.1 Identificar si conocen los cambios orales durante este periodo

6.2.2 Determinar el porcentaje de mujeres gestantes que no acuden a revisión dental

6.2.3 Identificar el motivo por el cual no asisten a consulta dental

7. METODOLOGÍA

Material y método

Para el levantamiento de información se realizó una encuesta (Anexo 1) con 23 preguntas, 9 de respuesta directa, 5 preguntas de respuesta abierta, y 9 con escalamiento de Likert (La escala de Likert es una herramienta de medición que, a diferencia de preguntas dicotómicas con respuesta sí/no, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que le proponamos. Resulta especialmente útil emplearla en situaciones en las que queremos que la persona matice su opinión. En este sentido, las categorías de respuesta nos servirán para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia dicha afirmación.)³¹ Para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud oral, conocimiento sobre los principales cambios en la boca, y atención odontológica.

Las entrevistas se realizaron a pie de banqueta, la mayoría afuera del hospital materno infantil Cuauhtepac y el hospital IMSS unidad de gineco pediatría No. 3A ubicados en la alcaldía GAM.

La encuesta se realizó preguntándoles y anotando sus respuestas al final de la misma se les hizo entrega de un tríptico informativo elaborado exprofeso con los contenidos temáticos de lo que la mujer embarazada debe tener en relación a su salud oral (anexo 2).

Aplicación de la encuesta a mujeres embarazadas fuera del hospital IMSS
unidad gineco pediatra No. 3ª GAM



Fuente directa



Fuente directa



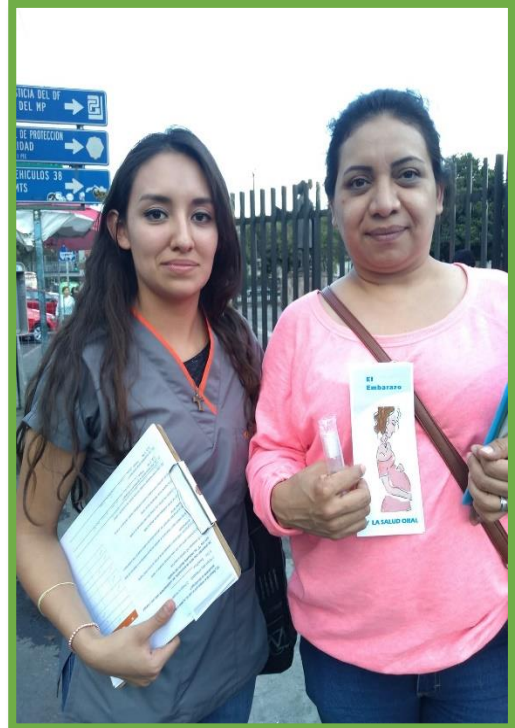
Fuente directa



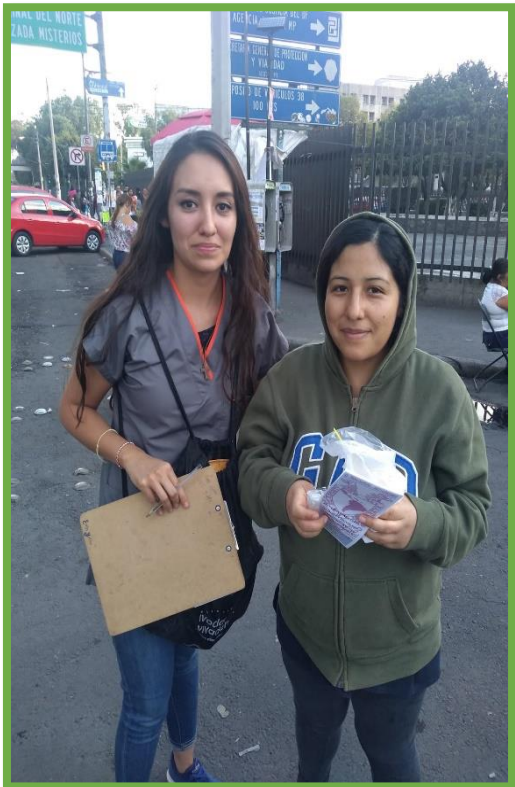
Fuente directa



Fuente directa



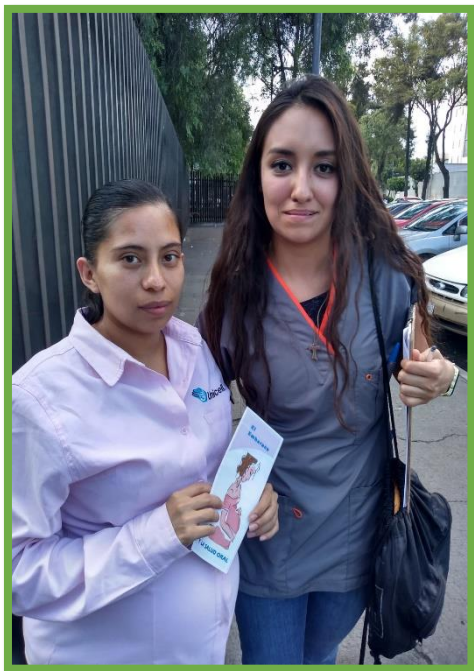
Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

Aplicación de la encuesta a mujeres embarazadas fuera del hospital materno infantil Cuautepec



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa

Aplicación de la encuesta a mujeres embarazadas a pie de banqueta en la alcaldía GAM



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa



Fuente Directa

Tipo de estudio: transversal

Población de estudio: Mujeres embarazadas que se encontraban fuera del hospital materno infantil Cuauhtepac y del hospital IMSS unidad gineco pediatría No. 3 en la alcaldía Gustavo A. Madero

Tipo y tamaño de muestra: El tipo de muestreo fue por conveniencia y se conformó de 50 gestantes con un intervalo de edad de 16 a 41 años.

Criterios de inclusión:

Mujeres que estén en su periodo de gestación

Sin distinción de edad

Que acepten colaborar en el estudio firmando el consentimiento válidamente informado (anexo 3)

Criterios de exclusión:

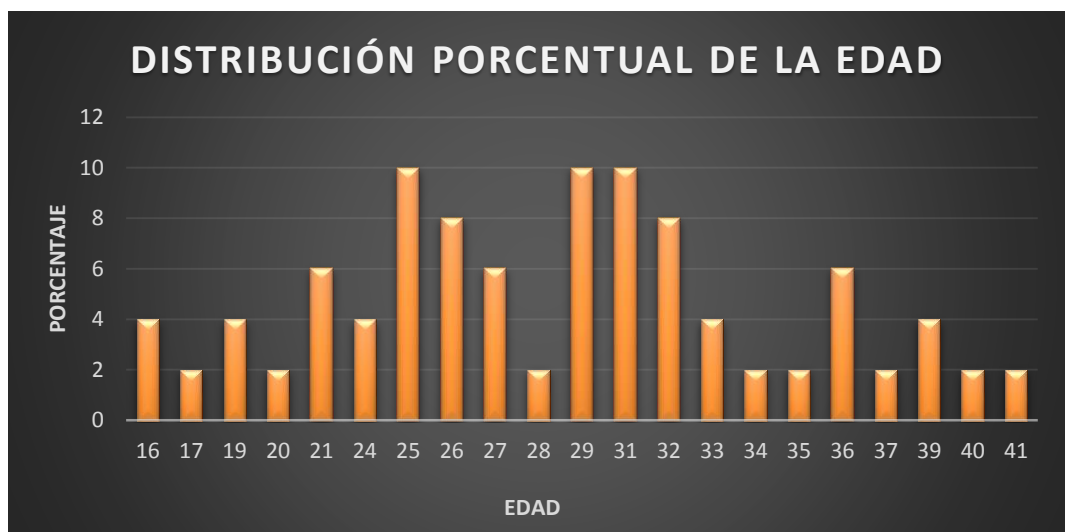
Mujeres gestantes que no deseen colaborar en el estudio

8. RESULTADOS

Se realizó la encuesta contando con la participación de 50 mujeres embarazadas.

El intervalo de edad fue de 16 a 41 años, obteniendo un promedio de 28.46 y una desviación estándar de 6.29.

En la gráfica 1 Se observa que la edad de las participantes oscila entre los 16 a 41 siendo más frecuente con un 10% las siguientes edades 25, 29 y 31.



Gráfica 1

Fuente directa.

En la gráfica 2 se observa que la ocupación de las participantes en su mayoría con un 40 % son empleadas, en seguida con el 34 % se dedican al hogar, el 10% son profesionistas 8% estudiantes, 4 % comerciantes y 2% obreras y administrativas.



Gráfica 2

Fuente directa

En la gráfica 3 observamos la distribución porcentual de las alcaldías donde viven, ubicando al 82 % de las participantes en Gustavo A. Madero que fue en la delegación donde se realizaron las encuestas, el 18% restante se distribuyó entre las alcaldías de Coyoacán, Benito Juárez, miguel hidalgo, Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Cuauhtémoc



Gráfica 3

Fuente directa

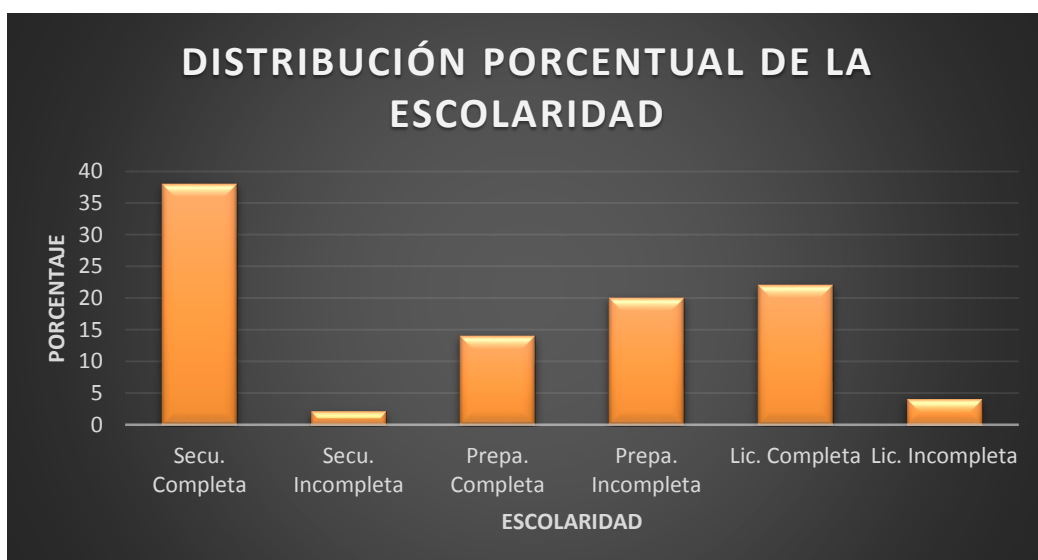
En la gráfica 4 se observa que el 44% de las mujeres están en el tercer trimestre de su embarazo mientras que el 30% en el segundo y el 26 % en el primero. La mayoría de las entrevistadas estaban en el 3er trimestre lo que nos da como ventaja que ya tienen más tiempo notando los cambios en la cavidad oral.



Gráfica 4

Fuente directa

En la gráfica 5 vemos que el 38% de las participantes tienen la secundaria concluida, seguida del 22% con la licenciatura terminada, el 20 % tienen la carrera técnica o preparatoria trunca, mientras que el 14 % la tiene terminada, el 4 % tiene la licenciatura incompleta y el 2% la secundaria trunca.



Gráfica 5

Fuente directa

En la gráfica 6 se observa que el 48 % de las mujeres embarazadas refiere que cepilla sus dientes 3 veces al día, mientras que el 40 % refiere que dos veces, el 6% 4 veces o más, el 4% solo una vez y el 2 % cuando recuerda.



Gráfica 6

Fuente directa

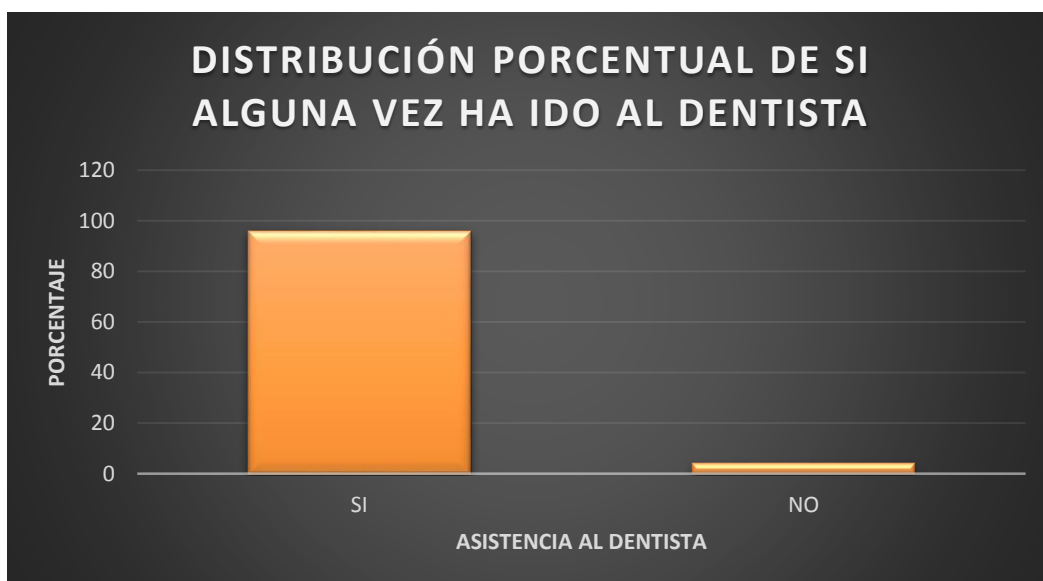
En la gráfica 7 muestra con que aditamentos realizan su higiene oral, el 2.5 % de las gestantes respondieron que únicamente con cepillo, el 62.5% respondió que con cepillo y pasta, mientras que el 25 % ocupa cepillo, pasta y enjuague, el 10% cepillo, pasta, enjuague e hilo dental.



Gráfica 7

Fuente directa

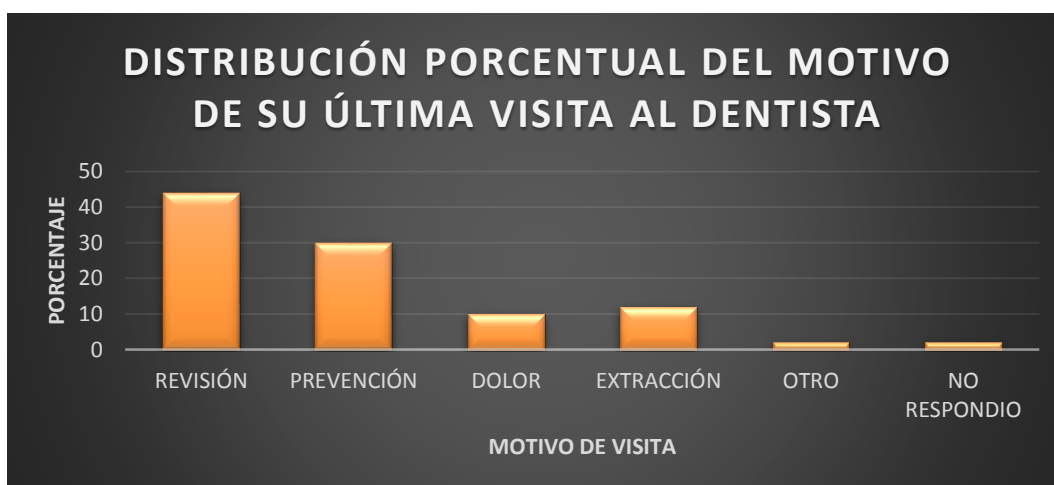
En la gráfica 8 muestra si las gestantes acudieron alguna vez al dentista el 4 % refiere que nunca ha asistido al dentista y el 96% refirió que si ha asistido alguna vez.



Gráfica 8

Fuente directa

La gráfica 9 muestra que el motivo más común de su última visita al dentista fue por alguna revisión con en 44 %, luego por prevención en 30 %, por extracción dental el 12%, dolor el 10%, el 2% dijo haber asistido para que le realizaran una prótesis fija y el otro 2% no respondió. .



Gráfica 9: Distribución porcentual del motivo de última visita dental

Fuente directa

En la gráfica 10 se muestra cuanto es el tiempo que las mujeres gestantes creen que deben visitar al dentista, respondiendo el 70 % cada 6 meses ,4% cada 5 años, 12% una vez al año, 8% cada mes, 6 % respondió que se debe visitar solo si hay algún dolor.

La mayoría respondió que cada 6 meses pero no lo ponen en práctica.



Gráfica 10

Fuente directa

En la gráfica 11 observamos el motivo por los cuales no están acudiendo actualmente al dentista, 36 % respondió que porque no le duele ningún diente, 4% porque estaba embarazada, 2% por motivos económicos, otro 2 % por que no las atienden embarazadas, y 54 % si está acudiendo al dentista de su derechohabencia donde se les brinda atención dental gratuita a estas gestantes. Lo negativo fue que el 36% solo acude cuando tiene dolor, eso refiere la falta de prevención oral de las pacientes embarazadas.



Gráfico 11

Fuente directa

En la tabla 1 observamos con relación a si el embarazo cambia la salud oral, y se obtuvo que el 58 % cree que el embarazo si cambia la salud oral mientras el 42% no sabe o piensa que el embarazo no cambia la salud oral.

Con los resultados de esta afirmación nos percatamos que las mujeres gestantes le restan importancia a la salud oral ya que no tienen el conocimiento de los cambios orales que provoca el embarazo.

Es importante como odontólogos y promotores de salud oral, educar a las mujeres sobre los cambios en cavidad oral durante el embarazo.

Dar a conocer que los dientes, los tejidos de soporte-sostén y la mucosa oral pueden verse afectados por los cambios inducidos durante el embarazo, lo que hace necesario el cuidado bucodental.

En la siguiente oración se afirma que por cada embarazo se pierde un diente respondiendo el 74% que no y el 26% cree que si o no sabe.

Con los resultados de esta afirmación nos percatamos que todavía existen mitos o creencias de la salud que los pacientes siguen creyendo y afirmando que son verdad.

En la consulta debemos aclarar esas creencias que llegan a tener algunos pacientes.

AFIRMACIÓN	si	no / no sé
El embarazo cambia la salud oral	58%	42%
Por cada embarazo se pierde un diente	26%	74%

Tabla 1

Fuente directa

En la tabla 2 hay dos oraciones con respecto a la encía, la primera afirma que la gingivitis es común entre mujeres embarazadas: 48 % respondió que sí, y 52% refiere que no o no sabe. Mientras que los cambios hormonales durante el embarazo causan alteraciones en la encía el 40 % refiere que sí y el otro 60% dice que no o no sabe.

Cabe señalar que el aumento de estrógeno y progesterona produce vasodilatación capilar favoreciendo el exudado y permeabilidad gingival, puede aparecer una respuesta inflamatoria exagerada.

La placa bacteriana es el factor etiológico fundamental para la aparición de la gingivitis, por ello debemos educar a las pacientes a tener una mayor higiene oral durante este periodo.

AFIRMACIÓN	si	no / no sé
La gingivitis es común entre mujeres embarazadas	48%	52%
Los cambios hormonales durante el embarazo causan alteraciones en la encía	40%	60%

Tabla 2

Fuente directa

En la tabla 3 se menciona que la higiene oral deficiente causa caries y 100% respondió que sí. Es muy bueno que todas las encuestadas sepan la importancia de tener una buena higiene oral.

La segunda oración dice que en el embarazo cambian las características de la saliva causando más probabilidad a caries dental y 46 % respondió que si mientras que 54% refiere que no o no sabe. Los resultados no son los ideales ya que la mayoría no considera que el embarazo disminuye su pH salival causando más probabilidad a caries dental.

AFIRMACIÓN	si	no / no sé
La higiene oral deficiente causa caries	100%	0%
En el embarazo cambian las características de la saliva causando más probabilidad a caries dental	46%	54%

Tabla 3

Fuente directa

En la tabla 4 observamos que la primera afirmación menciona que si le realizan algún tratamiento dental causa problemas en el desarrollo del bebé 52% menciona que sí o no sabe y 48% dice que no.

Mientras que si le colocan anestésico este afecta al bebé, 70% refiere que si afecta o que no sabe, mientras 30% refiere que no afecta.

Y la última afirmación dice que cuando toman una radiografía esta repercute en él bebé, 80% refiere que sí o no sabe, mientras 20% refiere que no repercute.

AFIRMACIÓN	si / no	
	sé	No
Si realiza algún tratamiento el dentista este causa problemas en el desarrollo del bebé	52%	48%
Si me ponen anestesia dental afecta al bebé	70%	30%
Cuando me toman una radiografía esta repercute en el bebé	80%	20%

Tabla 4

Fuente directa

En la encuesta se agregaron tres preguntas abiertas la primera es ¿Qué enfermedades orales conoces aparte de la gingivitis y caries dental?

Como respuesta se obtuvo la periodontitis, cándida, abscesos dentales, herpes, cáncer oral, y el 42% respondió que no conocían ninguna enfermedad oral, siendo esta respuesta más común.

Otra pregunta fue ¿Es importante acudir al dentista en el embarazo?

49 mujeres encuestadas respondieron que SI, una respondió que NO.

Al preguntar ¿Por qué? Las respuestas fueron:

Es importante para una revisión, pulido dental, prevención, aplicación de fluoruro, recibir información de los cambios durante el embarazo, prevenir caries, para no tener dolor dental, por el sangrado de encías, para evitar pérdida dental.

También les preguntamos ¿Es importante tomar ácido fólico?

49 respondieron que SI, una respondió que NO.

Al preguntar ¿Por qué? Las que respondieron que, si dijeron que porque ayuda a un buen desarrollo del bebé, y la que respondió que NO, dijo que era opcional.

El período gestacional es clave para un desarrollo fetal adecuado y para una vida saludable.

Con respecto a las preguntas de investigación planteadas en este trabajo, fue posible estimar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas en salud oral mediante la encuesta estructurada, obteniendo un resultado que consideramos regular porque el 58.8% respondió de manera correcta, pero no el deseado ya que el 41 % respondió de forma equivocada, sin embargo cabe destacar que la escala de medición utilizada en la investigación solo permite identificar si tienen conocimiento o no.

Haciéndonos la interrogante de si conocen los cambios orales que conlleva este periodo el resultado no es favorable, ya que al cuestionarlas sobre gingivitis solo el 45% respondió de manera correcta, de caries el 42.5% siendo un poco menos de la mitad de las encuestadas las que conocen que cambios conlleva su embarazo.

Al preguntarnos si acuden a consultas dentales obtuvimos que el 96% de las encuestadas respondieron que sí han asistido alguna vez a revisiones odontológicas siendo los motivos con más frecuencia el de revisión con 44% y prevención con 30 %.

9. DISCUSIÓN

Durante el embarazo se producen importantes cambios fisiológicos que implican a diferentes órganos de la mujer, y que de forma muy significativa afectan a la cavidad oral.

Durante el periodo del embarazo es muy importante que las mujeres gestantes tengan el conocimiento sobre los cambios orales que pueden llegar a presentar. Por lo que la valoración del conocimiento en 50 mujeres embarazadas nos abre un panorama en relación a lo saben o piensan sobre los cambios orales ocurridos en este periodo.

A comparación del estudio realizado por Hom y col.²⁴, donde se reportó que el 65% tenía un nivel de conocimientos deficiente, nuestros resultados resultan alentadores con un 58.8%.

En esta investigación se obtuvo que las 50 mujeres embarazadas reflejan un conocimiento medio, parecido a los resultados obtenidos por Luengo Ferreira.³² Donde su objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre salud oral en un grupo de gestantes mexicanas. Igual que en este trabajo, se aplicó un cuestionario a mujeres embarazadas ($N = 50$) pero ellos bajo control médico prenatal en el Hospital General de la Mujer Zacatecana, México, sus resultados fueron de manera general fueron que el 58% de las encuestadas tiene un nivel regular de conocimientos sobre salud oral, mientras que en esta investigación obtuvimos que el 58.8% respondió de manera correcta.

Valenzuela.³³ reportó datos de acuerdo al conocimiento y actuar de cada cuestionada y observaron que la mayoría de gestantes coincidieron en los parámetros, encontrándose que un 51% presentaba un conocimiento aceptable y 78 % una actitud adecuada frente a la ejecución de prácticas de salud oral; siendo importante acotar que las mujeres con mejor predisposición o actuar ejecutaban prácticas orales con mayor eficacia. Concluyeron que las mujeres embarazadas presentan un nivel regular de conocimiento, coincidiendo con este trabajo.

Otro artículo revisado fue el de Cordero.³⁴ donde el nivel de conocimiento fue regular y prevaleció (64%) en los 3 trimestres. Según las necesidades

percibidas del estado de salud bucodental, el 66% dijo que era bueno. La totalidad de las embarazadas, entre 41 y 45 años, mostraron unos conocimientos regulares. En esta encuesta el intervalo de edad fue 16 a 41 años, estando el 44% de las mujeres en el tercer trimestre de su embarazo mientras que el 30% en el segundo y el 26 % en el primero, con respecto al rango de edad reportamos el valor de 25 años difiriendo de Cordero que reporta un valor de 4 años.

El 52% de las entrevistadas estaban en el 3er trimestre lo que nos da como ventaja que ya tienen más tiempo notando los cambios en la cavidad oral.

Luengo³² menciona que de igual manera la mayoría de las encuestadas (74%) se encontraban en el último trimestre del embarazo. Recordemos que sus resultados fueron muy similares a los nuestros, obteniendo que 58% de sus encuestadas tiene un nivel regular de conocimientos y nosotros el 58.8%.

El 38% de nuestras participantes tienen la secundaria concluida, mientras que el 22% la licenciatura terminada, 20 % tienen la carrera técnica o preparatoria trunca, el 14 % la tiene terminada, el 4 % tiene la licenciatura incompleta y el 2% la secundaria trunca. Concordamos con Hom y col.²⁴ que indican la existencia de bajo grado de escolaridad y deficiente nivel de conocimientos sobre salud oral.

A las encuestadas se les leyó un enunciado que decía: cuando me toman una radiografía dental esta repercute en el bebé, respondiendo el 80% si o no sé y solo el 20 % afirmo que no. Nagi y col³⁵ mencionan que un total del 66.4% de sus participantes no conocían las medidas de protección radiológica que deben tomarse durante el embarazo.

Ascensión Alfaro y col.²⁹ mencionan en su artículo “Embarazo y salud oral” publicado en 2019 que no hay ningún estudio en la literatura médica para apoyar la afirmación “por cada embarazo se pierde un diente”. Al cual nuestras encuestadas respondieron que sí el 26%, mientras que el 74% respondió que no o no sabe.

La pérdida de dientes en una mujer embarazada es probable que refleje su estado habitual de salud oral.

Por último, Nagi y col³⁵. Mencionan que la mayoría de las pacientes desconocían las enfermedades periodontales / gingivales (74%) durante el embarazo, nosotros obtuvimos que el 42% no conocían ninguna enfermedad oral, aunque esta fue respuesta más común.

En términos generales, el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas entrevistadas es regular, sin embargo, será necesario educación y promoción de la salud continua para reforzar su conocimiento.

10. CONCLUSIÓN

El embarazo es un período único con cambios fisiológicos que permiten la formación y la maduración de una nueva vida. Todas las mujeres embarazadas deben seguir controles no sólo médicos sino también odontológicos durante la gestación.

Para ello sería importante hacer más prevención de salud oral durante el embarazo en la Facultad de Odontología, mayor información con respecto a la identificación de cambios orales durante este periodo.

También es necesario que los profesionistas de la salud hagan hincapié a las pacientes embarazadas en cuanto a la corrección de hábitos, tales como alimentación e higiene oral, que pudieran generar enfermedades en la cavidad oral como la gingivitis y caries dental.

Los estudios revisados muestran que el conocimiento de las gestantes sobre su salud oral es deficiente o regular, El resultado que muestran las encuestas no está validado por un protocolo unificado, lo que conlleva que no exista unanimidad en el momento de encuestar el conocimiento de las gestantes, en relación con su salud bucodental y que se vea como un problema de salud en general.

Los programas de Salud oral establecidos para la difusión y propagación no están siendo totalmente efectivos en este grupo poblacional, por lo que se necesita reforzar y replantear los lineamientos estratégicos en cuanto a la difusión de información de medidas de prevención de salud oral dirigidos a las gestantes.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Menéndez GE, Navas C, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [consultado 2019 Agosto 24] ; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.

2.- Niessen LC. Women´s health. In: Patton LL, Glick M. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. New Jersey: Wiley Blackwell; 2015. p. 423-450 [consultado 2019 Agosto 24]

3.- Gómez Porcegué Y, Macías Estrada L. Salud Bucal en un grupo de Embarazadas. Área Sur. Sancti Spíritus. 2014. Gac Méd Espirit. 2015 [consultado 2019 Sep 4]; 17(3): 48-55. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300008&lng=es.

4 -Yero Mier Ileana María, García Rodríguez Marisel, Nazco Barrios Lidia Ester. Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas. 2012. Gac Méd Espirit [Internet]. 2013 Abr [consultado 2019 Sep 18] ; 15(1): 83-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100011&lng=es.

5.- Parihar AS, Katoch V, Rajguru SA, Rajpoot N, Singh P, Wakhle S. Periodontal Disease: A Possible Risk-Factor for Adverse Pregnancy Outcome. J Int Oral Health. 2015; 7:137-142. [consultado 2019 Septiembre 20]

6.- Walia M, Saini N. Relationship between periodontal diseases and preterm birth: Recent epidemiological and biological data. Int J Appl Basic Med Res. 2015; 5:2-6 [consultado 2019 Octubre 24]

7.- Díaz Romero RM, Robles Andrade MS, Espino S, Sosa C. Prevención de enfermedades bucales durante el embarazo. 2014. Elsevier [Internet] 2014 [consultado el 17 Oct 2019]. 14(2):37-44 .Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-pdf-X1665138314356664>

8.- Rahiminejad ME, Moaddab A, Zaryoun H, Rabiee S, Moaddab A, Khodadoustan A. Comparison of prevalence of periodontal disease in women with polycystic ovary syndrome and healthy controls. Dent Res J. 2015 [consultado el 19 nov 2019]; 12(6):507-512. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4696351/>

9.- Tofani AA, Lamarca A, Sheiham A, Vettore MV. The different effects of neighbourhood and individual social capital on health-compromising behaviours in women during pregnancy: a multi-level analysis. BMC Public Health. 2015; 15:890 [consultado 2019 Noviembre 22]

10.- Gupta S, Jain A, Mohan S, Bhaskar N, Walia PK. Comparative Evaluation of Oral Health Knowledge, Practices and Attitude of Pregnant and Non-Pregnant Women, and Their Awareness Regarding Adverse Pregnancy Outcomes. J Clin Diagn Res. 2015 Nov; [consultado el 9 Dic 2019]; 9(11), 26-32.
Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0188-6266201800030006500011&lng=en

11.- Marilia, Mora María Andreína, Rincón Ángel Gabriel, Espinoza Norelkys, Chacín Belkys. La periodontitis como factor de riesgo de preeclampsia. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 Jun [consultado el 9 Dic 19] ; 73(2): 80-87. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000200002&lng=es.

12.- Pereda Rojas María Elena, González Vera Flor Elen. Intervención educativa sobre higiene bucal y gingivitis en embarazadas de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez. ccm [Internet]. 2015 Jun [consultado el 3 de mayo 2020] ; 19(2): 222-232. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200005&lng=es.

13.- Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, Amudhan A. Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. J Clin Diagn Res. 2015 May [consultado el 10 de junio de 2020] 7(5):948-53. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1699-695X201800030014400005&lng=en

14.- Blumer S, Peretz B, Costa L. Periodontal health during pregnancy and the dental health of the child. RefuatHapehVehashinayim. 2015 Abril [consultado el 15 de Agosto de 2020] 32(2):28-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1699-695X201800030014400007&lng=en

15.- Gadea C, Cartagena A, Oral pyogenic granuloma diagnosis and treatment: a series of cases. 2017; [consultado el 9 de Marzo de 2021] 21:e244-5210.1016/j.rodex.2018.01.015. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-diagnostico-tratamiento-del-granuloma-piogeno-S1870199X18300065>

16.- Middleton P , Esposito M, Ihezor-Ejiofor Z. Tratamiento de la enfermedad periodontal para prevenir los resultados adversos del parto en mujeres embarazadas . Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.2015 diciembre [consultado el 20 de Septiembre de 2020] CD005297.disponible en <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005297.pub2>

17.- Vieira ACF, Alves CMC, Rodrigues VP, Ribeiro CCC, Gomes-Filho IS, Lopes FF. Oral, systemic and socioeconomic factors associated with preterm birth. Women. 2018 [consultado el 5 de Octubre de 2020] S1871-5192(17)306000-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1699-695X201800030014400014&lng=en

18.- Radha, G, Sood, P. Oral care during pregnancy: Dentists knowledge, attitude and behavior in treating pregnant patients at dental clinics of Bengaluru, 2015 [consultado el 10 de Noviembre de 2020] 27(4), 135-141. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0188-6266201800030006500019&lng=en

19.- Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. Singapore Med J. 2015 [consultado el 30 de Octubre de 2020] 56 (1): 53-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1699-695X201800030014400017&lng=en

20.- Ventoso C, Enfermedad periodontal y embarazo Feb. 2019 [consultado el 9 de Marzo de 2021] disponible en: <https://gacetadental.com/2019/02/enfermedad-periodontal-y-embarazo-84470/>

21.- Wilson E, Farrell C, Ruth E. Obstetric provider approach to perinatal oral health. 2017[consultado el 10 de Noviembre de 2020] 30:9, 1089-1091. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100004

22.- Betancourt L, Castrillón J, Castro N, Loaiza P .Salud oral en mujeres embarazadas atendidas en un hospital de Manizales, Colombia. Rev. Fac. Med. 2017 [consultado el 11 de Noviembre de 2020] 4: 615-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n4/0120-0011-rfmun-65-04-00615.pdf>

23.- Díaz Valdés L, Valle Lizama RL. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Gac Méd Espirit. 2015 [consultado el 11 Nov 2020]; 17(1): 111-125. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100012&lng=es.

24.- Hom J, Lee J, Divaris K, Baker D, Vann W. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. Journal of American Dental Association, 2015 [consultado el 11 Nov 2020]; 972-980. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0188-6266201800030006500012&lng=en

25.- Vozza I, Capasso F, Marrese E, Polimeni A, Ottolenghi L. Infant and child oral health risk status correlated to behavioral habits of parents or caregivers: a survey in Central Italy. J IntSocPrev Community Dent. 2017 [consultado el 12 Nov 2020] 7 (2):95-9

26.- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016

27.- 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 [consultado 2020 noviembre 24] Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR29.pdf>

28. Alfaro A, Castejón N, Magán R, Alfaro M. Embarazo y salud oral. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [consultado 2021 Ene 14] ; 11(3): 144-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es. Epub 01-Oct-2019

29.- Castaño E, Piñuñuri R, Hirsch S, Ronco A M. Folatos y Embarazo, conceptos actuales: ¿Es necesaria una suplementación con Acido Fólico?. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 Abr [consultado el 13 de Noviembre de 2020] ; 88(2): 199-206. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000200001>.

30.- Hernández F, Martínez G, Rodríguez Y, Hernández D, Pérez A, Almeida S. Ácido fólico y embarazo, ¿beneficio o riesgo?. revmedicaelectronica [Internet]. 2019 [consultado el 13 de noviembre de 2020];41(1):. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3047>

31. Sampieri, R; et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 - 134. [Consultado 2019 Diciembre 3]

32. Luengo Fereira J, Toscano García I, Carlos Medrano L, Anaya Álvarez M. Conocimientos sobre salud bucal en un grupo de gestantes mexicanas. Acta univ [revista en la Internet]. 2018 Jun [consultado el 13 de Enero de 2021] ; 28(3): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300065&lng=es. <https://doi.org/10.15174/au2018.1477>.

33.- Valenzuela B, Mayra A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de mujeres embarazadas que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. Proyecto de investigación presentado como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo. Carrera de Odontología. Quito : UCE. p. 62(2017). [Consultado el 13 de Enero de 2021]
Disponible en :
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/8293>

34.- Cordero M, Rivero T, Mur N, Rodríguez R, Moraleda M, Fernández L, Sánchez A. Conocimiento de la salud bucodental de las mujeres embarazadas. Revisión sistemática. 2018; [consultado el 13 de Enero de 2021] 3(3):202-214 Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2137>.

35.- Nagi R, Sahu S, Nagaraju R. Salud bucal, conocimientos y prácticas nutricionales entre mujeres embarazadas y su conciencia sobre los resultados adversos del embarazo. J Indian Acad Oral Med Radiol [serie en línea] 2016 [consultado el 15 de enero de 2021]; 28: 396-402. Disponible en: <https://www.jiaomr.in/text.asp?2016/28/4/396/200635>

12. Anexos

ANEXO 1 Encuesta

Número de identificación

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque dentro del cuadro la letra que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

1. Edad: _____ 2. Ocupación : _____

2. Delegación donde vive

- 1) GAM 2) Coyoacán 3) Álvaro obregón 4) Benito Juárez 5) Iztapalapa 6) Miguel Hidalgo 7) Tláhuac 8) Venustiano Carranza
9) Azcapotzalco 10) Cuauhtémoc 11) Cuajimalpa 12) Iztacalco 13) Magdalena contreras 14) Tlalpan 15) Milpa Alta 16) Xochimilco

3. ¿En qué trimestre se encuentra de embarazo?

- 1) 1ero 2) 2do 3) 3ero

4) ¿Cuál es su escolaridad?

- 1) Analfabeta 2) primaria completa 3) primaria incompleta 4) secundaria completa 5) secundaria incompleta 6) preparatoria o carrera técnica completa 7) preparatoria o carrera técnica incompleta 8) licenciatura completa 9) licenciatura incompleta f) posgrado

5) ¿Cuántas veces al día cepillas tus dientes?

- 1) 1 vez 2) 2 veces 3) 3 veces 4) + de 4 veces 5) cuando recuerdo 6) nunca

6) ¿Con que limpias tu boca?

- 1) Pasta dental 2) cepillo dental 3) enjuague 4) hilo dental 5) cepillo y pasta 6) cepillo, pasta y enjuague
7) cepillo, pasta, enjuague, hilo dental 8) otro Especifique _____

7) ¿Alguna vez ha ido al dentista?

- 1) Si 2) No

Si su respuesta es NO pase a la pregunta 9

8) ¿Cuál fue el motivo de su última visita al dentista?

- 1) Revisión 2) Prevención 3) Dolor 4) Extracción 5) Otros Especifique _____

9) ¿Cada cuánto tiempo se debe visitar al dentista?

- 1) Cada seis meses 2) Cada año 3) Cada cinco años 4) Cada que tenga algún dolor 5) Otro especifique _____

10) ¿Responda el motivo por el cual Ud. no asiste al dentista (Sólo responda esta pregunta, si es que Ud. no está asistiendo actualmente al odontólogo)?

- 1) Porque estoy embarazada 2) Porque no me duele ningún diente 3) Motivos económicos 4) No me reciben en mi estado
 5) Otro Especifique _____

Se presentan una serie de enunciados, lea cuidadosamente cada uno y marque con una "X" su respuesta dentro del recuadro

- 11) El embarazo NO cambia la salud oral
 12) Considera cierto que "por cada embarazo se pierde un diente"
 13) La gingivitis (inflamación y sangrado de las encías) es común entre mujeres embarazadas.
 14) Si me realiza algún tratamiento el dentista me causa problemas en el desarrollo del bebé
 15) En el embarazo cambian las características de la saliva causando más probabilidad a caries dental
 16) Si me ponen anestesia dental afecta al bebé
 17) Cuando me toman una radiografía esta repercute en el bebé
 18) la higiene bucal deficiente causa caries
 19) los cambios hormonales durante el embarazo causan cambios en la encía

SI	NO SE	NO

20) ¿Qué enfermedades bucales conoces aparte de la gingivitis y caries?

21) ¿Es importante acudir al dentista en el embarazo?

1) Si 2) No Porque: _____


22) ¿Es importante tomar ácido fólico?

1) Si 2) No Porque: _____

ANEXO 2 Tríptico informativo

Hay enfermedades bucales que se hacen mas graves durante en embarazo como:


Gingivitis



caries



Granuloma piógeno



Copyright Medicina Oral

Por eso visita al dentista durante tu embarazo

D NACIONAL AUTONOMA



UNAM "FACULTAD DE ODONTOLOGIA"

CERVANTES SERRANO EVELYN YULISSA

El Embarazo



Y LA SALUD ORAL

¿SABIAS QUE? . . .

En el embarazo la calidad de la saliva cambia, por ello te vuelves mas susceptible a la caries.



Las hormonas que produces Durante el embarazo provocan que tu encía se inflame y llegue a sangrar con mas facilidad.



POR ESO ES IMPORTANTE QUE CEPILLES TUS DIENTES.

MITOS . . .

"Por cada embarazo se pierde un diente"
ES FALSO

El bebé NO roba calcio a los dientes de la madre. Lo que si le perjudica es que no siga una adecuada salud dental durante el embarazo.



Embarazo y salud dental: idesmintiendo mitos!

"NO puedes ir al dentista durante el embarazo" ES FALSO

Durante el embarazo, la mujer se puede someter a tratamientos dentales.



EMBARAZADA: SÍ PUEDE Y DEBE IR AL ODONTÓLOGO

Si padeces vómitos, tu esmalte dental puede sufrir daños



Por eso debes cepillar los dientes con una pasta rica en fluoruro, usar hilo dental y enjuague bucal.




ANEXO 3 Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y el reglamento La ley General de Salud en materia de investigación, Título segundo. De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

A usted se le está invitando a que autorice su participación en un estudio de investigación, para determinar el nivel de conocimiento que tiene en salud oral durante su embarazo.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a la participación en el proyecto, acepto mi participación en el estudio titulado,

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE SALUD ORAL EN MUJERES EMBARAZADAS”

Nombre del paciente

Firma

Nombre del testigo 1, Dirección, relación que tiene con el paciente

Firma

Nombre del testigo 2, Dirección, relación que tiene con el paciente

Firma