

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**LIMITACIONES EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EMBARAZADAS CON
ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL CENTRO DE SALUD TIII XOCHIMILCO**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CENTRO DE SALUD T III XOCHIMILCO

PSSO. JESSICA IVONNE TORRES VILLANUEVA

MATRÍCULA: 2182032553

AGOSTO 2021- AGOSTO 2022

FECHA DE ENTREGA: JULIO 2024

ASESORA: C.D PB. ANGÉLICA ARACELI CUAPIO ORTÍZ



ASESOR INTERNO
C.D. P B ANGÉLICA ARACELI CUAPIO ORTÍZ



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA
CDE. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

RESUMEN

El proyecto se llevó a cabo en el centro de salud de Xochimilco, en el periodo de agosto 2021 a junio del 2022.

La patología bucal más común que prevalece en mujeres embarazadas es la enfermedad periodontal. La atención odontológica en el sector de salud se ve restringida, debido a las limitaciones y complicaciones durante el proceso gestacional en las pacientes.

Se trata de un estudio retrospectivo, comparativo, cuantitativo y descriptivo en el que se destacan los siguientes resultados:

El 73% de las pacientes, vive en condiciones precarias, debido a que su economía es mala, el 60% señaló sentirse triste, el 76% experimenta ansiedad al recibir atención odontológica y el 81% estrés. Asimismo, el 60% ha tenido pensamientos negativos durante su embarazo, el 74% no recibe apoyo de su pareja, ni de familiares cercanos, y el 64% ha recibido agresiones por parte de alguno de ellos. Dichos problemas se consideran una limitación en la atención odontológica, por estar relacionados con los estados de ánimo y conducta ya que son detonantes de depresión. Al cursar con depresión, la mujer embarazada descuida la higienización de su boca con normalidad, pues solo el 43% aseaa su boca 1 día sí y un día no, el 32% solo una vez al día y el 21% cada 3 días. El 93% ignora que es la enfermedad periodontal, por lo que el 79% presenta gingivitis y el 17% periodontitis.

El 79% no tiene información sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo. Por lo tanto, el 31% no considera importante la salud bucal durante el embarazo. La ignorancia y la falta de información sobre la importancia de la atención odontológica es otra limitación.

Las experiencias traumáticas durante la atención odontológica, generalmente, por malas prácticas: generan ansiedad y estrés por lo que la mujer gestante evita dichas prácticas. En este estudio, el 30% tuvo alguna experiencia traumática acudiendo al servicio de odontología en el centro de salud.

Se concluye que las limitaciones fueron: Los problemas económicos, la ansiedad, el estrés, la depresión, la ignorancia y la falta de información sobre la atención odontológica durante el embarazo. Asimismo, el trato y la mala práctica odontológica.

Se propone realizar campañas sobre gestación y su relación con salud bucal, capacitar al personal de odontología en el manejo de la mujer gestante, con la finalidad de poder ofrecer una buena práctica odontológica, incrementar la disponibilidad de los horarios de atención y finalmente, informar que del servicio dental en la mujer gestante es gratuito.

Palabras clave: Embarazo, enfermedad periodontal, estrés, depresión, salud bucal.

ABSTRACT

The project was carried out at the Xochimilco health center, in the period from August 2021 to June 2022.

The most common oral pathology that prevails in pregnant women is periodontal disease. Dental care in the health sector is restricted due to limitations and complications during the gestational process in patients.

This is a retrospective, comparative, quantitative and descriptive study in which the following results stand out:

73% of the patients live in precarious conditions, because their economy is bad, 60% reported feeling sad, 76% experience anxiety when receiving dental care and 81% stress. Likewise, 60% have had negative thoughts during their pregnancy, 74% do not receive support from their partner or close family members, and 64% have been attacked by one of them. These problems are considered a limitation in dental care, as they are related to mood and behavior states and are triggers of depression. When suffering from depression, pregnant women neglect to clean their mouth normally, since only 43% clean their mouth every other day, 32% only once a day and 21% every 3 days. 93% do not know what periodontal disease is, so 79% have gingivitis and 17% have periodontitis.

79% do not have information about the importance of dental care during pregnancy. Therefore, 31% do not consider oral health important during pregnancy. Ignorance and lack of information about the importance of dental care is another limitation.

Traumatic experiences during dental care, generally due to bad practices: generate anxiety and stress, which is why the pregnant woman avoids these practices. In this study, 30% had some traumatic experience when attending the dental service at the health center.

It is concluded that the limitations were: Economic problems, anxiety, stress, depression, ignorance and lack of information about dental care during pregnancy. Likewise, treatment and poor dental practice.

It is proposed to carry out campaigns on pregnancy and its relationship with oral health, train dental personnel in the management of pregnant women, in order to be able to offer a good dental practice, increase the availability of care hours and finally, inform that Dental services for pregnant women are free.

Keywords: Pregnancy, periodontal disease, stress, depression, oral health.

ÍNDICE	PÁGINA
RESUMEN -----	3
ABSTRACT -----	4
Capítulo I. INTRODUCCIÓN GENERAL -----	7, 8
Capítulo II. INVESTIGACIÓN -----	9, 10, 11
II.1 MARCO TEÓRICO -----	12
II.1.1 GENERALIDADES DEL EMBARAZO -----	12
II.1.1.1 Sistema cardiovascular y hematológico -----	12
II.1.1.2 Sistema respiratorio -----	13
II.1.1.3 Sistema gastrointestinal: náuseas y vómitos -----	13
II.1.2 LIMITACIONES EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL EMBARAZO -----	14, 15
II.1.3 LA INFLUENCIA EN LOS ESTADOS DE ÁNIMO Y LA CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES EMBARAZADAS -----	15, 16
II. 1.3.1 ANSIEDAD -----	16, 17, 18
II.1.3.2 ESTRÉS -----	19, 20
II.1.3.2.1 Efectos del estrés durante el embarazo -----	20
II.1.3.2.1.1 Aborto espontáneo -----	20
II.1.3.2.1.2 Prematuridad -----	20
II.1.3.2.1.3 Preeclampsia -----	20
II.1.3.2.1.4 Bajo peso al nacer -----	20
II.1.3.2.2 Nivel de estrés psicosocial y económico -----	21
II.1.3.3 DEPRESIÓN -----	21, 22, 23
II.1.4 PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES -----	24
II.1.4.1 Prevención primaria -----	24
II.1.4.2 Prevención secundaria -----	24
II.1.4.3 Prevención terciaria -----	24
II.1.5 LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL EMBARAZO -----	25, 26
II.1.6 PATOLOGÍAS BUCALES FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO -----	26, 27
II.1.6.1 Periodonto normal -----	27, 28
II.1.6.1.1 La encía -----	28, 29
II.1.6.2 GINGIVITIS -----	29, 30
II.1.6.2.1 Gingivitis inducida por placa -----	30, 31
II.1.6.2.2 Gingivitis asociada al embarazo -----	31, 32, 33
II.1.6.2.2.1 Cambios vasculares -----	33
II.1.6.2.2.2 Aspectos hormonales-bioquímicos -----	34, 35
II.1.6.2.2.3 Aspectos histológicos -----	35
II.1.6.2.2.4 Aspectos microbiológicos -----	35, 36
II.1.6.2.2.5 Pronóstico -----	36
II.1.6.2.2.6 Plan de tratamiento -----	36, 37
II.1.6.2.2.7 Educación de la paciente -----	37
II.1.6.2.2.8 Raspado y alisado radicular -----	37

II.1.6.2.2.9 Cirugía periodontal -----	37, 38
II.1.6.2.3 Enfermedades gingivales modificadas por Desnutrición -----	38
II.1.6.3 PERIODONTITIS -----	39, 40, 41
II.1.6.4 CARIES DENTAL -----	41, 42
II.1.6.5 TUMOR DEL EMBARAZO -----	42
II.1.7 SALUD BUCAL -----	42, 43, 44
II.1.8 PREVENCIÓN DE PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO -----	44
II.1.8.1 Etapas del embarazo para la atención dental Y de urgencia -----	44, 45
II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	46
II.3 JUSTIFICACIÓN -----	46
II.4 OBJETIVOS -----	47
II.4.1 Objetivo general -----	47
II.4.2 Objetivo específico -----	47
II.5 MATERIAL Y MÉTODO -----	47
II.5.1 Criterios de inclusión -----	47
II.5.2 Criterios de exclusión -----	47
II.6 RESULTADOS -----	48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58
II.7 DISCUSIÓN -----	59, 60, 61, 62
II.8 CONCLUSIÓN -----	63, 64
II.9 BIBLIOGRAFÍA -----	65, 66, 67, 68
Capítulo III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA -----	69
III.1 Responsables del proyecto de investigación y sus funciones -----	69
Capítulo IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO -----	70
IV.1 Sesiones académicas -----	70, 71
IV.2 Actividades de promoción a la salud -----	71, 72
IV.3 Actividades en módulo -----	73
IV.4 Consultas por grupo de edad -----	73
IV.5 Actividades preventivas -----	73, 74
IV.6 Actividades curativas supervisadas -----	74
IV.7 Actividades en campo (escuelas) -----	74, 75
Capítulo V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN -----	76, 77
Capítulo VI. CONCLUSIONES -----	78
ANEXOS -----	79, 80, 81, 82

Capítulo I. INTRODUCCIÓN GENERAL

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, comparativo, cuantitativo y descriptivo basado en el estudio de las limitaciones en la atención odontológica de la paciente gestante específicamente en el centro de salud de Xochimilco, en el periodo de agosto del 2021 a junio del 2022. En donde se aplicaron 140 encuestas a mujeres embarazadas de diferentes edades.

Las mujeres embarazadas se enfrentan a múltiples cambios generales y bucales. El embarazo acontece cambios a nivel biológico, psicológico y sociocultural, que repercuten sobre la salud bucal y que se presentan como limitantes para la atención odontológica. La mujer en esta etapa requiere de atención especial en su manejo odontológico. ⁴

En la primera consulta odontológica se pueden identificar alteraciones en el ánimo y la conducta de la mujer embarazada que pueden ser trastornos psiquiátricos, y que se ven influidos a factores económicos y psicosociales, así como están asociados al estrés, ansiedad y depresión, que son comunes en el embarazo. Por esta razón debemos mantener el tacto, transmitiendo confianza y empatía en esta primera consulta y a lo largo del tratamiento odontológico. ¹³

Muchas de las mujeres embarazadas viven en situaciones precarias, viven bajo preocupación, estrés y ansiedad. ¹³ Sin embargo; la visita al odontólogo es la situación que más ansiedad y estrés genera, influyendo a su vez en la aceptación del procedimiento dental, y en la asistencia a la consulta, siendo consecuencia del abandono del tratamiento y si no se llega al diagnóstico precoz, provoca futuros problemas mayores tanto como para el bebé y la madre. ^{7,12} Por ende se debe realizar el tratamiento sin dolor para que la paciente regrese sin miedo o trauma. ^{7,2}

Se ha encontrado que en varios estudios las mujeres embarazadas viven también en un ambiente de violencia de parte de sus familiares o pareja, y en donde a causa de esto las mujeres embarazadas llegan a presentar depresión, este fenómeno afecta negativamente, ya que las mujeres descuidan su higiene general y bucal. ^{7, 2, 13}

La gingivitis y periodontitis constituyen unas de las enfermedades periodontales más comunes identificadas en las mujeres embarazadas, sin embargo; el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival, en este período se relacionan con la presencia de placa bacteriana, cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal. ^{4,12}

El objetivo de este estudio fue el de encontrar las limitaciones que impiden la atención odontológica a pacientes embarazadas con enfermedad periodontal que acuden al centro de salud de Xochimilco.

Capítulo II. INVESTIGACIÓN

El antecedente más antiguo de atención de una paciente embarazada se remonta a los escritos de Robert Bunon (1702 a 1748). Durante su práctica dental ejercida en París, rechazaba la teoría de que extraer los caninos podría causar daño a los ojos y la idea de que las mujeres embarazadas no debían recibir atención odontológica, insistiendo que, por el contrario, era en este periodo cuando más lo necesitaban. ^{4, 26}

En el embarazo las mujeres se enfrentan a múltiples cambios generales y bucales. El embarazo acontece cambios a nivel biológico, psicológico y sociocultural, que llegan a repercutir sobre la condición bucal de las mujeres gestantes y que se representan también como limitantes para la atención odontológica. ⁴

La mujer embarazada en esta etapa y condiciones requiere de atención especial en su manejo odontológico; debe basarse en atender las necesidades dentales de la madre sin provocar efectos colaterales al feto. La práctica odontológica por lo general es segura, pero existen procedimientos que pueden ser dañinos y se deben evitar. ⁴

El diálogo que se establece a la paciente embarazada durante la primera consulta al elaborar la historia clínica puede identificar alteraciones en el ánimo y la conducta de las pacientes que revelan ser desórdenes o trastornos psiquiátricos, en la que muchas veces requieren de manejo médico, es por esta razón por la que debemos mantener tacto para hacer preguntas que sean personales, transmitiéndoles confianza y empatía. Así mismo realizar el tratamiento de la mejor manera posible sin dolor para que la paciente pueda sentirse con calma y decida regresar sin ningún tipo de miedo o trauma. ^{7, 12}

Los estados de ánimo y de la conducta, tales como la ansiedad, el estrés y la depresión son uno de los principales y más comunes que puede llegar a presentar la mujer embarazada. ^{7, 12}

El estrés va de la mano con la ansiedad, ya que el estrés es una reacción ante cualquier estímulo de tensión emocional que proviene de cualquier pensamiento que genera ansiedad, y la ansiedad es la respuesta ante una sensación que crea inquietud y amenaza que a su vez crea estrés. ^{7, 12}

La ansiedad forma parte de nuestra vida cotidiana, ya que siempre consideramos lo que podría pasar como una posible amenaza; esta emoción viene acompañada de reacciones corporales tales como: estado de agitación, inquietud, tensión muscular, sudoración, náuseas, vómitos e inclusive la sensación de huida. Siendo perjudicial para la vida cotidiana de la persona y como

consecuencia de ello podría desencadenar una crisis ansiosa. La ansiedad ocupa el primer lugar en prevalencia de enfermedades mentales con un 17% siendo más fuerte en las mujeres.⁷

Se sabe que la visita al odontólogo es una situación que más ansiedad y estrés genera, influyendo en la aceptación del procedimiento dental, y donde muchas veces la paciente deja de acudir a la consulta “con tal de evitar ansiedad, estrés y el sufrimiento”, siendo consecuencia de ello el abandono de los tratamientos y si a esto se le suma los cambios físicos, fisiológicos y hormonales por la que pasa la gestante, no se llega al diagnóstico precoz de diversas patologías bucales, provocando futuros problemas mayores tanto como para el bebé y la madre.^{7,12}

Los factores psicosociales y económicos presentan gran relevancia debido a su influencia en el desarrollo de enfermedades y trastornos psiquiátricos mayores, así como también están asociados al estrés y ansiedad. Muchas de las mujeres embarazadas viven en situaciones muy precarias, sin servicios básicos, como: agua, luz y drenaje, viven bajo preocupación, estrés y ansiedad, en un ambiente en donde muchas veces existe la violencia doméstica de parte de sus familiares o pareja, en donde a causa de esto las mujeres embarazadas llegan a presentar pensamientos anormales como es el deseo de morir o hacerse cualquier tipo de daño para evitar su realidad, este trastorno se cataloga como depresión.¹³ Se ha descrito que este fenómeno afecta negativamente la salud bucal de diversos grupos etarios, generando consecuencias que también afectan su calidad de vida. Las embarazadas son un grupo susceptible para padecer enfermedades en la cavidad bucal.¹³

El objetivo de este estudio fue el de encontrar cuáles son algunas de las limitaciones que impiden la atención odontológica a pacientes embarazadas con enfermedad periodontal que acuden al centro de salud de Xochimilco.

No está de menos mencionar acerca del embarazo adolescente que comprende la edad adolescente hasta los 19 años, se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a las condiciones socioculturales que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.²⁷

Las investigaciones refieren que las patologías bucales más comunes como la caries dental oscila entre el 81% y el 94% y las alteraciones periodontales entre el 50% y el 98,3% de las mujeres gestantes, ambas condiciones se limitan en observar los cambios hormonales para referir que durante el embarazo se generan ambientes propicios para que estas patologías se

presenten o se puedan agudizar; esta visión generalmente deja de lado los aspectos económicos, políticos y culturales, y subestiman los aspectos de la salud bucal y su atención. ⁴ La gingivitis y periodontitis constituyen unas de las enfermedades periodontales más comunes identificadas en las mujeres embarazadas, sin embargo; el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival, en este período se relacionan con la presencia de placa bacteriana, cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal; interviniendo los factores hormonales exagerando la respuesta a los irritantes locales afectando directamente la microvascularización de la encía. ^{4,12}

La gingivitis es la complicación más común, y se presenta en la encía marginal o interdental, durante el segundo mes de gestación. Se debe a una respuesta inflamatoria exagerada a irritantes locales y a una pobre higiene bucal durante este periodo. ⁴

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria multifactorial, crónica, asociada con biopelículas dentales disbióticas. Sus características principales incluyen la pérdida de soporte de tejido periodontal, que se manifiesta a través de la pérdida de inserción clínica y la pérdida ósea alveolar evaluada radiográficamente, así como de la presencia de bolsas periodontales y sangrado gingival. ²²

La caries en el embarazo no contribuye por sí sólo a la formación de caries, se atribuye a la presencia de bacterias cariogénicas y carbohidratos fermentables en la boca, así como a una pobre higiene bucal. ⁴

Durante el tercer trimestre la mujer siente mayores incomodidades debido al aumento en el volumen del útero, por lo tanto, es importante que la mayoría de los tratamientos se hayan realizado durante el segundo trimestre. Sin embargo, cualquier emergencia debe ser resuelta inmediatamente y se pueden continuar con los tratamientos para eliminar focos cariosos y enfermedad periodontal; para ello se deben programar citas cortas y cuidar la posición en el sillón dental. ¹

II.1 MARCO TEÓRICO

II.1.1 GENERALIDADES DEL EMBARAZO

El embarazo es un estado fisiológico modificado, que constituye un periodo de 40 a 42 semanas, el cual se divide en tres trimestres o en tres intervalos de 14 semanas. ¹

A partir de que el óvulo es fecundado por el espermatozoide, y se interrumpe la menstruación, se inicia un periodo en el que el organismo materno sufre ajustes, cardiovasculares, respiratorios, urinarios, gastroenterológicos, estomatológicos y hormonales; debido a la producción de hormonas sexuales femeninas, aumentando la secreción de estrógenos y progesterona, así como también hormonas placentarias, las cuales tienen impacto sobre el sistema endocrino del organismo, así como procesos inflamatorios preestablecidos en la boca, tales como gingivitis y periodontitis. Todas estas alteraciones adaptativas son temporales para la madre gestante, ya que abastece la demanda de varias características que el feto requiere para su desarrollo y madurez; a su vez, preparan a la madre para la labor de parto. ^{2,3}

II.1.1.1 Sistema Cardiovascular y Hematológico

Durante el embarazo ocurren cambios hematológicos como: el aumento en la volemia, debido al incremento en la cantidad de plasma, eritrocitos y células blancas. El plasma se incrementa, lo que provoca una "anemia fisiológica". Por lo que en la mujer embarazada se consideran parámetros menores a los normales. ^{1,3,4,5}

La frecuencia cardíaca se eleva entre 10 a 20 latidos por minuto. Es normal que el pulso en una mujer embarazada se encuentre ligeramente aumentado. ³

La disminución en la presión arterial con una lectura de 105/60 mmHg, se considera normal durante el segundo trimestre. Sin embargo, luego de la semana 28 se normaliza. ³

Durante el embarazo aumenta el volumen circulatorio, hasta el 50%, y un incremento del gasto cardíaco de 40%; debido a ello puede apreciarse un soplo a la sobrecarga circulatoria. ³

La identificación de este descarta en la consulta dental la posibilidad de daño valvular, en este caso se debe proporcionar profilaxis antimicrobiana antes de procedimientos dentales que impliquen sangrado. ³

II.1.1.2 Sistema Respiratorio

La paciente embarazada puede presentar frecuencia respiratoria elevada, pues hiperventila como mecanismo compensatorio, para suplir el incremento en el consumo de oxígeno y la disminución en la capacidad respiratoria.^{3,4}

A partir del segundo trimestre se debe evitar colocar a la paciente en posición supina en el sillón dental, ya que causa disminución en el gasto cardiaco originado por la compresión ejercida por el útero sobre la vena cava inferior, pudiendo presentarse el síndrome de hipotensión supina. Esta compresión provoca disminución en el retorno venoso hacia el corazón, lo que estimula a los barorreceptores como mecanismo compensatorio para mantener el volumen sanguíneo y como consecuencia, se puede presentar: náuseas, vértigo, hipotensión, palidez, sudoración, taquicardia, síncope y en casos severos, pérdida de conciencia e inclusive convulsiones.¹ Es por eso que el odontólogo debe de tomar en cuenta que en su último trimestre de las mujeres embarazadas se puede presentar este suceso de hipotensión supina, sin embargo; esta situación de urgencia puede evitarse con sólo modificar la posición de la paciente en el sillón dental, es suficiente. Se recomienda trabajar con ella sentada y el respaldo recto.^{2,3}

El incremento de estrógenos causa edema en la mucosa, las encías pueden volverse hipertróficas, hiperémicas y friables.⁴ Estas complicaciones dificultan la respiración nasal, lo que incrementa la respiración bucal causando xerostomía, lo que aumenta el riesgo de caries.¹

II.1.1.3 Sistema Gastrointestinal: Náuseas y Vómitos

Síntomas que presentan el 66% de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre. Estos se manifiestan durante las mañanas. Por ello, se debe evitar las citas matutinas, pedir a la paciente que no ingiera cítricos ni alimentos grasos, estos retrasan el vaciamiento gástrico.³

Durante el embarazo la salivación aumenta y el tragar con dificultad se asocia con náuseas; el pH de la cavidad bucal disminuye, y puede producir caries.⁴ Se debe de informar a la paciente que las emesis pueden erosionar el esmalte dental; debido al contenido ácido del vómito. Por lo tanto, después de la emesis no debe de cepillarse los dientes, pues el ambiente ácido favorece la desmineralización del esmalte.^{1,3}

II.1.2 LIMITACIONES EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL EMBARAZO

El embarazo es un transcurso de interacción entre el feto, la madre y su entorno psicosocial, en esta etapa importante en la vida de la mujer, se puede ver afectada por diferentes condiciones: psicológicos (eventos de vida, aislamiento social), fisiológicos (enfermedades físicas), socioeconómico (empleo, pobreza, trabajo doméstico), apoyo social (de la pareja, de familiares, de amistades); alterando el estado emocional de la mujer generando ansiedad, estrés o depresión. ^{6, 7, 31}

Desde la antigüedad se ha considerado a la gestación como una época vulnerable para la mujer y el feto. Una de las recomendaciones es que la mujer debe estar tranquila, libre de preocupaciones graves y ser atendida de modo especial. Desgraciadamente, con la creciente movilidad social, “modernización” o globalización, se han abandonado algunas creencias y prácticas protectoras. Hay un número cada vez mayor de mujeres que no reciben cuidados especiales, tienen que trabajar arduamente durante todo el embarazo y están expuestas a innumerables presiones asociadas con la privación económica, las dificultades psicosociales y las tensiones intrafamiliares. ^{6, 31}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo de vida cuando un individuo adquiere la capacidad reproductiva. Abarca el periodo entre los 12 y 17 años. El embarazo adolescente se denomina al que ocurre en esta etapa de la vida, no tiene causa específica, por lo que es multifactorial, se basa en factores de riesgo biológicos y psicosociales. Se le considera un embarazo precoz porque sucede antes de que la mujer concluya su madurez biológica, psicológica y su formación educacional, o cuando la adolescente mantiene total dependencia social y económica con la familia. ⁶

Desde el punto de vista médico y social, el embarazo en la adolescencia se considera como situación de riesgo y como problema de salud pública. En este grupo de edad se ha descrito un mayor número de abortos, anemia, preeclampsia, eclampsia, malnutrición materna, parto prematuro, bajo peso al nacer del bebé, rotura prematura de membrana y cesárea. ^{8, 9}

Es un problema que se presenta en todos los países de América Latina en donde miles de adolescentes se embarazan aun cuando existe información sobre métodos anticonceptivos. ^{8, 9}

En México, el 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años uno de cada seis embarazos termina en aborto, el 50% de los partos se producen sin la atención médica

adecuada, y 12 millones de mujeres se encuentran viviendo en condiciones de pobreza y marginación social.^{9, 10} La repercusión del embarazo en las adolescentes empieza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo. Estos riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas son desfavorables.^{9, 11}

II.1.3 LA INFLUENCIA EN LOS ESTADOS DE ÁNIMO Y LA CONDUCTA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES EMBARAZADAS

La prevalencia de trastornos psiquiátricos es del 25 al 40% en la población en general en servicios de salud. 4 de 10 patologías de enfermedad a nivel mundial son de origen psiquiátrico, sin embargo; sólo la tercera parte de estos problemas reciben tratamiento; pueden ser transitorios y otros pueden requerir ayuda médica. Los médicos de primer nivel deben brindar atención a los trastornos mentales más frecuentes y todo profesional de la salud debe referir a consulta psiquiátrica al paciente que presente: enfermedad psicótica, manía, depresión, ansiedad grave, manifestaciones de estrés postraumático, ideas suicidas u homicidas, entre otros trastornos.^{12, 31}

Para la identificación de estos trastornos de ánimo o padecimientos psicológicos conllevan un interrogatorio directo al elaborar la historia clínica, en donde se puede reconocer condiciones médicas, manejo farmacológico, aspectos familiares, sociales, culturales, laborales, económicos, trastornos psicológicos y problemas bucales de la paciente, pues esta brinda amplia información sobre el estado de salud, niveles de riesgo y enfermedades bucales, que influyen en el ánimo o comportamiento de la paciente, y a su vez estimula la ansiedad, estrés o depresión que afectan la responsabilidad con el tratamiento y cuidado bucal. Además, debe proporcionarse a la paciente las necesidades de tratamiento odontológico, así como opciones de tratamiento de acuerdo con su condición socioeconómica y cultural.¹²

En ocasiones la paciente habla sobre sus problemas familiares, personales o de trabajo, y se siente incapaz de manejar estos temas por lo que desvía el interrogatorio, sin embargo; son estas situaciones las que requieren más atención en la consulta odontológica, pues el odontólogo puede determinar desde su punto de vista psicológico, si la paciente es capaz de darle seguimiento al tratamiento o si requiere referencia al psicólogo o psiquiatra. Es importante destacar que los pacientes proyectan sus problemas de ánimo o trastornos emocionales o psicológicos sobre estructuras dentales, por lo que el odontólogo debe saber identificar y

comprender los problemas a estas manifestaciones y atenderlas. Incluso durante la entrevista el odontólogo puede darse cuenta del autoestima o depresión de la paciente a través de la observación, del aspecto de la persona, la higiene personal y bucal, su estado de vigilia, comportamiento afectivo y actividad psicomotriz. ¹²

Muchos de los problemas se generan entre profesionales de la salud y sus pacientes, como conflictos durante el tratamiento o al final de este, acusaciones de mala práctica, pueden ser el resultado de trastornos psicológicos o psiquiátricos no identificados, que se podrían evitar de manera oportuna. La entrevista debe caracterizarse por la empatía del odontólogo hacia su paciente, el respeto, la calidez y concreción (lograr que los términos sean comprensibles). ¹²

II.1.3.1 ANSIEDAD

Definición: Es una respuesta multisistémica ante una sensación de incertidumbre, agitación, amenaza, temor o aprensión que forma parte de la condición humana y experiencia individual subjetiva, que varía entre las personas. ^{13,14, 28, 30}

Puede ser parte de un cuadro psicológico, psiquiátrico, estrés ambiental, ante alguna enfermedad o la combinación de todos estos factores. ^{4, 28, 30}

En ocasiones puede ser patológica, como cuando se observa integrada a fobias o trastornos del pánico, la ansiedad llega a ser una barrera importante para buscar y recibir atención odontológica. ^{12,13,14, 28, 30}

Entre los trastornos de ansiedad existen dos tipos:

El pánico, observado más en mujeres, hay un miedo, inesperado y repetitivo, sin etiología aparente, que se acompaña de sintomatología intensa; sensación de opresión o dolor en el corazón, sudoración, debilidad, mareo, náuseas, asfixia, hormigueo o adormecimiento de las manos, sensación de irrealidad y pérdida de control. Puede presentarse en cualquier momento.

¹²

Y la ansiedad generalizada, preocupación crónica exagerada que a veces sin ninguna etiología o razón; se acompaña de sintomatología que incluye fatiga, dolor de cabeza, tensión y dolor muscular, dificultad para deglutir, irritabilidad, sudoración, bochornos, temblor y espasmos. Los casos graves pueden incapacitar para llevar a cabo actividades cotidianas. ¹²

Etiología: La ansiedad dental es un fenómeno muy complejo y su presentación no puede justificarse exclusivamente por una sola variable; por lo tanto, se considera multifactorial que incluye causas endógenas y exógenas, siendo las experiencias previas traumáticas una de las principales causas de evasión a la atención dental. ^{4,13, 28, 30}

La ansiedad es adquirida por las siguientes vías: 1) condicionamiento cognitivo: es la conexión que establece el individuo de ciertos estímulos con otros estímulos no condicionados. Por ejemplo, relacionar una visita dental con ansiedad; 2) la experiencia vicaria: que es la adquisición del miedo o ansiedad de manera indirecta mediante la observación de la experiencia temerosa de otro individuo; y 3) la transmisión verbal: que también es un condicionamiento indirecto pero esta vez mediante el relato de experiencias temerosas de terceros. La ansiedad dental es multidimensional, que basa su fundamento teórico en 4 componentes, cognitivo, conductual, fisiológico y emocional. ¹³

Signos y síntomas de ansiedad:

La ansiedad se observa en 20% de la población, esta no pone en riesgo la vida del paciente, sin embargo; a veces genera sufrimiento en alta escala. Es común que vaya acompañada de manifestaciones somáticas como: taquicardia, sofocamiento u opresión en el pecho. Estas reacciones son las mismas observadas en el estrés; las cuales son las vertientes de un mismo problema en el que el individuo ve amenazado su equilibrio interno que pone en marcha reacciones somáticas frente al peligro o amenaza; una vez identificada la ansiedad como el estrés, el organismo descarga catecolaminas que preparan al individuo para la huida o la lucha.

^{4,12, 28, 30}

Sus manifestaciones clínicas son: aumento en frecuencia de la respiración (arriba de 20/min), frecuencia cardíaca (más de 100) y presión arterial (mayor de 140/90), temblor de los músculos esqueléticos, dilatación pupilar, diarrea, urgencia miccional, diaforesis profusa y piloerección. ^{4,}

^{28, 30}

La ansiedad extrema puede exacerbar situaciones de emergencia médica que podrían presentarse en la consulta odontológica como: síncope, asma, epilepsia, convulsiones; o bien, inducir otros relacionados con estrés como síndrome de hiperventilación o síncope vasodepresor, y menos regular pero más comprometedores de la vida de los pacientes son los infartos de

miocardio, angina de pecho, descompensación de diabetes mellitus, cuadros hipertensivos o arritmia. ^{4,12, 28, 30}

En la práctica profesional odontológica la ansiedad se observa con frecuencia durante la primera cita en el consultorio dental, pues tiene múltiples causas que influyen de manera negativa en la salud bucal, como la relación que existe con el ambiente del consultorio, el trato que se le da a la paciente, temor a las inyecciones, los olores, sonidos, sensaciones, aquellas pacientes que sufren de dolor agudo por un problema pulpar o cuadro infeccioso, ya que la paciente suele percibir intensidad del dolor, así como aceptación al propio tratamiento dental que genera cierta ansiedad y significa un reto en la atención odontológica. ^{4, 11, 13, 28, 30}

La mayoría de las pacientes supera el problema doloroso o evento que le causa ansiedad, sin embargo otra gran parte de las pacientes busca opciones de tratamiento que den solución más rápida y sin dolor o solo dejan de acudir a la consulta con tal de evitar la “ansiedad y el sufrimiento”, siendo consecuencia de ello el abandono de los tratamientos y si a esto se le suma los cambios físicos, fisiológicos y hormonales por la que pasa la gestante, no se llega al diagnóstico precoz de diversas patologías bucales, donde la falta de atención dental provoca futuros problemas mayores y la necesidad de tratamientos rehabilitadores de mayor complejidad que causan un aumento en la ansiedad en la paciente, así como puede llegar a afectar al bebé como a la madre. ^{7, 12, 13}

El odontólogo puede ayudarle a su paciente a superar sus miedos y la ansiedad al brindar calidez en su trato y empatía, pero ante situaciones generalizadas o extremas, en los trastornos de pánico, en los cuadros mixtos de ansiedad-depresión, en los eventos obsesivos-compulsivos o en las pacientes que sufrieron estrés agudo grave (catástrofes, atracos, violaciones, entre otros), o trastornos de adaptación, como cambios bruscos en la vida de las personas: mudarse de residencia, migración, separación, divorcio, pérdida de un ser querido, entre otros; en todos ellos será necesaria la referencia psicológica o psiquiátrica si así lo requiere, ya que el médico podrá asesorar en la prescripción de ansiolíticos. En estos casos será necesario que el paciente acuda al consultorio acompañado de otra persona. ¹²

II.1.3.2 ESTRÉS

Definición: Es una reacción biológica ante cualquier estímulo de tensión, físico, mental o emocional, que proviene de cualquier situación o pensamiento que genera frustración, rabia o ansiedad. ^{8, 29}

Se considera normal cuando es de poca intensidad y a corto plazo, como situaciones de riesgos o inesperadas que conllevan cambios importantes en la vida, así como: la muerte de un ser querido, cambio de ciudad, el nacimiento de un bebé, divorcio, accidentes, entre otras modificaciones. ^{8, 29}

Todas las personas sienten estrés agudo, este puede ser positivo y desaparecer; sin embargo, cuando la causa se perpetúa o la respuesta del individuo es inadecuada o intensa, produce trastornos mentales como ansiedad, tristeza, fatiga, irritabilidad, trastornos del sueño, depresión, incapacidad para concentrarse, obsesiones, fobias y despersonalización. ^{8, 12, 29}

La tolerancia ante factores de estrés, mejora cuando se cuenta con un entorno personal y familiar de apoyo. Por otro lado, ante situaciones similares y repetidas de estrés, las personas suelen aprender a manejarlo. ^{12, 29}

Signos y síntomas del estrés:

Cuando la paciente se enfrenta a un ambiente retador puede presentar alteraciones fisiológicas como: hipertensión, diarrea o estreñimiento, gastritis, cefalea, desatención, adinamia, insomnio y problemas sexuales, que varían de intensidad. ^{12, 29}

Ante situaciones de bajo estrés durante periodos cortos, pueden presentarse aburrimiento o letargo, en cambio; alta carga de estrés. Durante un periodo largo puede propiciar ansiedad, depresión, pérdida de autoconfianza y la persona suele sentirse exhausta; en cambio, es usual que cargas moderadas de estrés durante un periodo medio de tiempo generen desafío, satisfacción, sensación de eficacia y disfrute. ¹²

En las adolescentes el estrés se puede manifestar con irritabilidad, cambio de apetito o de peso, trastornos del sueño, aprehensión, llanto fácil y temblores. ⁸

Los efectos del estrés excesivo y la falta de apoyo psicosocial tienen efectos negativos en la salud física de la persona, así como en su salud mental. Se ha observado que cuando alguien tiene una red de soporte emocional menor, hay una menor actividad de las células “aniquiladoras”

(killer cells) en el sistema inmunológico y en general una respuesta inmunológica deficiente. Varios autores han sugerido que el mecanismo de los efectos negativos del estrés es que afecta el funcionamiento inmunológico de la gestante.^{6, 29}

II.1.3.2.1 Efectos del Estrés durante el Embarazo:

II.1.3.2.1.1 Aborto Espontáneo. Cuando hay un alto nivel de estrés, el cortisol aumenta en la madre, esta hormona suprarrenal correlaciona la duración del embarazo y la capacidad de llevar al feto a término, por lo que existe mayor riesgo de presentar un aborto espontáneo.⁶

II.1.3.2.1.2 Prematurez. Existe asociación entre un mayor nivel de tensión emocional, ansiedad y estrés y el riesgo de presentar un parto prematuro. Algunos de los marcadores de mayor estrés es el de no contar con una red de apoyo de confianza y un bajo soporte emocional por parte del compañero, así como presentar un mayor número de síntomas psicósomáticos.^{6, 15, 29}

II.1.3.2.1.3 Preeclampsia. La ansiedad y la depresión tienden a presentarse juntas, con un mayor riesgo de sufrir preeclampsia si se presentan desde el primer trimestre. El estrés y la ansiedad aumentan la concentración de la hormona liberadora de corticotropina proveniente de la placenta, lo cual se asociaría con la hipertensión arterial.⁶

II.1.3.2.1.4 Bajo Peso al Nacer. El aumento en los corticosteroides sanguíneos debido al estrés puede tener un efecto en la inmunocompetencia de la madre, lo cual la hace vulnerable a las enfermedades. Ocurren contracciones de la arteria uterina que causan una respuesta de estrés en el feto, en términos de una menor oxigenación y de alteración de su fisiología. Una de sus consecuencias es el bajo peso del bebé al nacer.^{5, 6, 29}

Al estar expuesta a un alto número de estresores, la mujer está en mayor riesgo de tener no sólo un parto prematuro sino también un bebé más pequeño de lo que debiera ser para su edad gestacional.^{5, 6, 29}

El reconocimiento de este trastorno es de vital importancia, ya que el odontólogo puede determinar desde el punto de vista psicológico, si la paciente es capaz de tolerar el estrés asociado con el tratamiento dental programado.⁴

II.1.3.2.2 Nivel de Estrés Psicosocial y Económico

Algunas situaciones psicosociales y económicas que se asocian con el estrés son, por ejemplo; en la que las mujeres viven en malas condiciones de vida, en casas precarias sin servicios públicos, con preocupaciones económicas, pobreza, vivir en un medio ambiente con violencia doméstica y criminalidad, tienen mucho más estrés crónico y peores resultados obstétricos. Un factor de protección es que la mujer viva con sus padres, quienes cuidan de ella, no obstante; en una perspectiva social está mal visto e inadecuado. Sin embargo, el poco acceso a los alimentos, en conjunto con todo esto, se consideran factores de riesgo universales. ^{6, 12}

Los problemas son frecuentes entre parejas de mujeres embarazadas, la violencia doméstica en el embarazo afecta del 15 al 20% en México. Así mismo, las situaciones tensionantes no tienden a ocurrir de manera aislada, sino que coexisten unas con otras. ⁶

La pobreza crea ciclos de desventajas y situaciones de estrés para la mujer, que van desde el acceso a cuidados de salud médica y bucal, pobres condiciones de vivienda, mayores dificultades en el medio ambiente y menor posibilidad de nutrirse de forma adecuada. La pobreza es a menudo un denominador común, que conlleva riesgos que afectarán la salud del feto a largo plazo, tales como infartos al miocardio y la hipertensión arterial en la edad adulta, por lo que se debe considerar la importancia de todos estos factores tanto económicos, psicosociales y socioculturales en la atención médica y odontológica. ⁶

II.1.3.3 DEPRESIÓN

Definición: La depresión es un trastorno que se considera “dimensional”, es decir, que los sentimientos que se experimentan son anormales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en grado ligero. ^{6, 12, 28, 30}

Se consideran un trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos en el funcionamiento psicosocial de la mujer, lo que quiere decir que pueden sentirse tristes o abrumadas en forma pasajera, pero cuando la mujer se siente intensamente triste la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de auto culpa persistentes, deseos de morir o de suicidarse, se consideran como sentimientos anormales y parte de un trastorno depresivo. ^{6, 12,}

28, 30

Durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es mayor que después de él. En el postparto hay una caída en la cantidad de dichas hormonas, lo que contribuye a la elevación del nivel de cortisol que se relaciona con la depresión. ^{6,30}

El odontólogo puede identificar este trastorno a través del interrogatorio que forma parte de la historia clínica o cuando la paciente confía y extiende sus sentimientos. ^{4,12}

El profesional de la salud hace referencia al médico psiquiatra quien será quien diagnostique a la mujer con depresión y de tratamiento. ^{4,12}

El médico psiquiatra prescribirá antidepresivos. Estos fármacos suelen producir boca seca, con las repercusiones que la hiposalivación tiene sobre la salud bucal, el desarrollo de caries, enfermedad periodontal, tendencia a infecciones micóticas, tendencia a erosión de la mucosa bucal, entre otros problemas bucales. ¹²

El 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé, estimándose que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión posparto, pero este número se reduce al 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho período. ⁹

Esta depresión se asocia a diferentes factores. Puede haber variaciones en cuanto a la gravedad de la sintomatología y a su momento de aparición. ^{4,12,28,30} La duración de la depresión puede remitir espontáneamente en algunos meses, mientras que otros pueden durar hasta un año. ⁶

Síntomas: La depresión tiende a coexistir con síntomas de ansiedad. Al principio, cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de los comunes durante el embarazo o puerperio, estos son: cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir. Cuando la depresión es grave la madre puede experimentar una sensación de futilidad y sentimientos suicidas. ^{6,12}

La depresión se asocia con la falta de búsqueda de cuidados prenatales y por lo tanto la mujer tendrá mala higiene personal y bucal. Entre más deprimida se encuentre, menos buscará mejorar y no acudirá a servicios para atender sus problemas. ^{6,12}

Manifestaciones clínicas en la depresión:

- Tristeza la mayor parte del tiempo.

- Pensamientos pesimistas sobre el futuro.
- Pensamientos de autorreproche.
- La paciente puede sentirse abrumada por no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el niño por temor a no poder satisfacer sus necesidades.
- No tiene ánimo, deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.
- Irritabilidad, poca paciencia, deseos de comer más de lo normal o puede perder el apetito, asimismo puede cursar con insomnio. ^{6, 12, 28, 30}

La frecuencia de depresión es más frecuente en mujeres adultas de entre 18 a 44 años, y la depresión postparto es frecuente entre 10 y 20% en las mujeres. Estas mujeres están expuestas a varios factores de riesgo. Sin embargo, las principales causas de depresión son de índole psicosocial. ⁶

Los principales factores de riesgo son:

- Una pareja que no ofrezca apoyo emocional o que la mujer sea madre soltera.
- Antecedentes de pérdidas tempranas.
- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia.
- Aislamiento social. La mujer no tiene una red de personas que la apoyen emocionalmente.
- Factores de estrés socioeconómico.
- Atención de sus otros hijos pequeños.
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas.
- Episodios depresivos previos.
- Que viven en condiciones de pobreza
- Causa hormonal. ^{6, 12, 28, 30}

La mujer deprimida tendrá un mayor riesgo de abuso de sustancias ilegales o drogas, de alcohol, y un pobre cuidado prenatal; es decir, tiende a no cuidarse. Otro problema es la baja ingesta de comida y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebé y su crecimiento en el útero. ^{6, 12}

II.1.4 PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN ETAPA DE EMBARAZO.

II.1.4.1 Prevención Primaria

Prevenir y promover la aparición de alteraciones, conductuales y emocionales.⁶

II.1.4.2 Prevención Secundaria

Evitar el riesgo de sufrir algún trastorno o padecimiento en la vida de las personas o de que no sea tan grave e incapacitante.⁶

II.1.4.3 Prevención Terciaria

Se trata de personas que ya han manifestado el trastorno y solo se alivia su sufrimiento o incapacidad por medio de tratamiento.⁶

Cuando hablamos de “prevención” es necesario tener en cuenta ciertos factores, como los que se refieren a los costos o dificultad para llevar a cabo determinadas intervenciones y su eficacia en cuanto a la función preventiva. Aunque la idea sea prevenir, hay múltiples factores a considerar.⁶

Cualquier persona estaría en favor de que se pusieran en práctica intervenciones preventivas; sin embargo, es necesario que tales programas no hagan promesas que no se puedan realizar.⁶

Un buen programa que se podría implementar sería el de intervenir en la infancia temprana con situación de pobreza, en donde se brinde apoyo psicológico para ellos y sus familias, pues se considera que tendrán menos tasa de presentar problemas emocionales y conductuales en un futuro. Las experiencias después de la infancia temprana pueden tener una gran influencia en modificar el curso del desarrollo de la persona, tanto en el sentido de riesgo como en el de protección.⁶

Una forma de pensar en las alteraciones emocionales y de conducta es incluir un desequilibrio entre “factores de riesgo” y “factores de protección”. Cuando se habla de programas de prevención, sabemos que tienden a favorecer la acción de los factores de protección y minimizar los de riesgo.⁶

En términos generales, entre más factores de riesgo haya es más probable que se desarrolle un trastorno, y lo opuesto operaría con los de protección; sin embargo, estas predicciones no siempre operan así en la vida real: cada programa debe evaluarse a corto y largo plazo.⁶

Como programas para la prevención de estos problemas emocionales, se sugieren sesiones de terapia de pareja durante el embarazo que consisten en ayudar a los futuros padres a mejorar su comunicación, resolver los desacuerdos existentes entre ellos y ayudarlos a prepararse para su futuro papel de padres y esposos o pareja. ⁶

II.1.5 LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL EMBARAZO

La Enfermedad Periodontal es una infección crónica producida por bacterias anaerobias que crecen dentro del surco gingival. La gingivitis es la forma más leve de enfermedad periodontal; es una condición inflamatoria causada fundamentalmente por placa bacteriana acumulada en los dientes adyacentes a la encía, sin comprometer las estructuras de soporte subyacentes. Por otra parte, la periodontitis es una infección bacteriana que resulta en una inflamación crónica de los tejidos, caracterizada por sangrado gingival, formación de sacos periodontales, destrucción del tejido conectivo y reabsorción ósea alveolar. ^{12,16}

Las bacterias relacionadas con la enfermedad periodontal son generalmente bacilos Gram negativos, con algunas formas cocáceas y una gran cantidad de espiroquetas. Se han aislado cerca de 500 especies bacterianas de la placa subgingival, sin embargo, se sabe que sólo un pequeño porcentaje de éstas son consideradas agentes etiológicos de la enfermedad Periodontal. Los principales microorganismos asociados con esta condición son: *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Treponema denticola*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia*. ^{12,16}

Las embarazadas tienen gran riesgo de padecer enfermedades en la cavidad bucal. El periodo de gestación involucra una serie de cambios, tanto fisiológicos como conductuales. Entre los fisiológicos están las variaciones hormonales que generalmente se presentan en el primer trimestre como son, fatiga, náuseas y vómitos, lo que produce una baja en el pH salival, así como existe la aparición de agravamiento de gingivitis y periodontitis preexistentes. Por otra parte, la dieta cariogénica y la mala higiene bucal son los cambios conductuales más importantes del periodo. La suma de estos factores involucra un aumento del riesgo cariogénico en la embarazada. Durante el embarazo también los niveles de inflamación gingival son significativamente más altos que fuera de este periodo. ¹⁷

La enfermedad periodontal en embarazadas se relaciona con resultados adversos del embarazo como, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, edad pequeña para la gestación, preclamsia y aborto espontáneo. ¹³

Durante el segundo trimestre se agranda la parte inferior del abdomen para dar cabida al feto que está creciendo, las glándulas mamarias aumentan de volumen preparándose para la lactancia. En este periodo es importante vigilar el protocolo de higiene bucal, pues será necesario reforzarlo ante los cambios hormonales que tienen repercusión directa en la salud periodontal. ^{2,}

¹²

El tercer trimestre se caracteriza por la ganancia de talla y peso del feto. Es frecuente observar también cierta depresión y fatiga en la gestante, lo que puede dar lugar a una paciente dental poco cooperadora. ^{2, 12}

II.1.6 PATOLOGÍAS BUCALES FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

Las variaciones hormonales que experimentan las mujeres en situaciones fisiológicas como la pubertad, menstruación, embarazo y menopausia; y no fisiológicas como la terapia de reemplazo hormonal y el uso de anticonceptivos orales, producen 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 progesterona.

^{12,16}

La enfermedad periodontal es una de las patologías más frecuentes durante el embarazo, se debe principalmente a la deficiente higiene bucal. Existe incremento de estrógenos y progesterona, el aumento de estas hormonas promueve la permeabilidad capilar y altera el tejido conectivo de la encía, lo que favorece la inflamación gingival; también, hay una disminución en la respuesta inmunológica a las bacterias. Estas favorecen a que la mujer embarazada presente “gingivitis del embarazo”, la cual se caracteriza por enrojecimiento, inflamación y sangrado principalmente en la encía marginal y papilar. ^{1, 12}

Ciertos factores locales favorecen a la gingivitis mediante la acumulación de bacterias. Algunos se relacionan con alteraciones en la forma de los dientes, de forma genética o adquiridas, y otros se relacionan con las obturaciones o restauraciones dentales. ^{4, 5}

En otras ocasiones, los factores sistémicos modifican la respuesta del hospedador frente a las bacterias e influyen en la evolución o gravedad de la gingivitis. Así, surgen gingivitis asociadas al sistema endocrino, a discrasias sanguíneas y a la toma de fármacos. ^{4, 5, 12}

A continuación, solo se mencionan aquellas que están asociadas al sistema endocrino:

Cambios hormonales fisiológicos: Como el ciclo menstrual, la pubertad y el embarazo se pueden asociar a alteraciones de la encía. En estos casos se necesita la unión de las bacterias de la placa dental con las hormonas, aunque el microbiota sea totalmente inespecífico. ^{4, 5, 12}

Como se mencionó anteriormente el incremento en la secreción de estrógenos y progesterona puede afectar la salud bucal, por lo que es importante estar familiarizados con estos cambios odontológicos. Así como estas patologías bucales frecuentes: Gingivitis, periodontitis y caries. ⁴ Sin embargo; nos enfocaremos en definir la enfermedad periodontal en el embarazo e informar el manejo y comportamiento de esta, así como mencionar superficialmente caries en el embarazo. ⁴

A continuación, se habla acerca de cómo está conformado un periodonto normal, así como las características de una encía sana, ya que se considera que es parte fundamental para saber detectar alguna de las patologías bucales como: la enfermedad periodontal, puesto que esta patología es frecuente en la población en general, cuya prevalencia es mayor en las mujeres embarazadas.

II.1.6.1 Periodonto Normal

El periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente, (encía, ligamento periodontal, cemento, hueso alveolar). ⁵

Se divide en dos partes:

La encía, cuya función principal es proteger los tejidos subyacentes. ⁵

Y el aparato de inserción, compuesto de ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. ⁵

El cemento es parte del periodonto pues, junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras del ligamento periodontal. ⁵

Es imprescindible tener conocimiento de las características normales de los tejidos periodontales para entender las enfermedades del periodonto. Se denominan enfermedades periodontales a

una serie de procesos patológicos de carácter infeccioso que tienen en común el afectar a los tejidos de soporte del diente. ⁵

II.1.6.1.1 La Encía

La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes. ⁵

Sus características clínicas: desde el punto de vista anatómico, la encía se divide en marginal, insertada e interdental. ⁵

Una encía sana y normal debe de caracterizarse por lo siguiente:

Color: Debe ser de color rosa coral o rosa pálido, esto se debe al aporte vascular, grosor y grado de rehabilitación del epitelio, así como las células que contienen pigmentos. El color varía entre las personas y se relaciona con la pigmentación de la piel (pigmentación fisiológica de melanina).

⁵

Tamaño: Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su irrigación. La alteración del tamaño es un rasgo común de la enfermedad gingival. ⁵

Contorno o forma: Varía dependiendo de la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal, así como de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. ⁵

Consistencia: Es firme y elástica, con excepción del margen libre móvil, se fija con firmeza al hueso subyacente. ⁵

Textura superficial: Textura similar a la cáscara de naranja, se visualiza mejor cuando se seca la encía. La encía insertada es graneada, la marginal no. El graneado tiene relación con la edad. No lo hay en la infancia, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano. Es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida de graneado es un signo frecuente de la enfermedad periodontal. ⁵

La flora bacteriana dental de la encía es la siguiente:

- Streptococcus: S. mutans, S. sanguis, S. mitior, S. salivarius, 28.8%.
- Bacilos grampositivos anaerobios: Actinomyces, Eubacterium, Lactobacillus, Leptotrichia 20.2%.

- Bacilos gramnegativos: Fusobacterium, Prevotella o Porphyromonas, Bacteroides, Campylobacter, 16.4%
- y Lactobacilos: 15.3%. ^{4, 5, 12, 18}

La cavidad bucal es una de las zonas del organismo con mayor número y variedad de bacterias aerobias y anaerobias que interactúan entre sí y con el medio, creando un ecosistema dinámico. Se puede clasificar a las infecciones bacterianas en dos grupos: odontogénicas y no odontogénicas. ^{4, 5, 12, 18, 19}

Infecciones odontogénicas: caries dental, pulpitis, absceso periapical, gingivitis, periodontitis, pericoronaritis, osteítis y las de los espacios aponeuróticos, que involucran agentes bacterianos. ^{4, 20, 21}

Infecciones no odontogénicas: corresponde a las de la mucosa bucal y de las glándulas salivales. ⁴

A continuación, se mencionan las clasificaciones de las enfermedades periodontales más comunes durante el embarazo. Debido a los cambios que sufren las mujeres en esta etapa, es importante que se tenga una atención odontológica adecuada y pronta, sin embargo; lo ideal sería tenerla antes de llegar a este estado.

De igual forma es fundamental brindarles a las mujeres embarazadas estrategias para el control de placa dentobacteriana. ⁴

II.1.6.2 GINGIVITIS

Es una inflamación de los tejidos blandos que rodean al diente, fundamentalmente la encía, no se extiende al cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. La gingivitis se caracteriza por la presencia de signos clínicos de inflamación. ^{5, 12, 32}

En el embarazo, esta complicación es la más común, y se presenta en la encía marginal o interdental, generalmente en el segundo mes de gestación. Se debe a una respuesta inflamatoria exagerada a irritantes locales y a una pobre higiene bucal. ^{5, 12}

La clasificación de la gingivitis es la siguiente:

Gingivitis (AAP Workshop 1999)

1. Enfermedades gingivales producidas por placa

1.1. Sin otros factores locales favorecedores

1.2. Con otros factores locales favorecedores

1.3. Modificadas por factores sistémicos

- Asociadas al sistema endocrino

- Cambios hormonales fisiológicos, como la pubertad, el ciclo menstrual o el embarazo
- Alteraciones metabólicas como la diabetes mellitus

- Asociadas a discrasias sanguíneas

- Agrandamientos gingivales idiopáticos y por causas desconocidas

- Asociadas a la toma de fármacos

- Agrandamientos gingivales relacionados con medicamentos
- Gingivitis relacionadas con la toma de anticonceptivos orales

2. Lesiones gingivales no inducidas por placa ⁵

II.1.6.2.1 Gingivitis Inducida por Placa

La gingivitis es una enfermedad inflamatoria reversible que evoluciona en brotes de intensidad y duración variable; inducida por la placa dentobacteriana, por higiene bucal deficiente, el grado de afectación depende en la predisposición del hospedador y es la forma más frecuente de la enfermedad gingival que puede aparecer en un periodonto sin pérdida de inserción previo o con pérdida de inserción previa estable que no avanza. ^{5, 22}

Clínicamente esta inflamación se caracteriza por:

- Cambios en la coloración de la encía: color rojo o eritematoso.
- Contorno de la encía: abultada.
- Textura de la encía: lisa y aumento del exudado gingival. ^{4, 5, 12, 32}

Ocurre sangrado gingival espontáneo o producido por estímulos como el cepillado. También existe aumento de la temperatura sulcular. No hay pérdida de soporte óseo. ^{4, 5, 12}

Tiene origen polimicrobiano, ya que están en relación con la placa supragingival más próxima a la unión dento-gingival. Son las bacterias de la placa y sus productos, las que inducen el proceso inflamatorio. En todos los casos hay incremento en masa y grosor de la placa, con un sobrecrecimiento de los microorganismos encontrados en la encía sana. ^{4, 5, 12}

Los microorganismos bacterianos que componen la placa bacteriana subgingival, que en condiciones normales, es decir; en individuos sanos, está constituida por microorganismos grampositivos, principalmente *Streptococcus sanguis* y *Actinomyces* spp., aunque en presencia de gingivitis y placa subgingival cambia a gran proporción de bacilos anaerobios, gramnegativos y *Prevotella intermedia* como bacterias aisladas. ^{4, 5, 12}

Bacterias presentes en Gingivitis: *Actinomyces* spp., *Capnocytophaga* spp. ^{4, 5, 12}

Como se menciona anteriormente es producto de la interacción entre microorganismos que se encuentran en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped. La interacción placa-huésped puede alterarse por los efectos de factores locales. generales, o ambos, los medicamentos y la desnutrición que influye sobre la intensidad y la duración de la respuesta. ^{4, 5, 12}

II.1.6.2.2 Gingivitis Asociada al Embarazo o Gingivitis del Embarazo

La gingivitis asociada al embarazo es una inflamación proliferativa, vascular e inespecífica con un amplio infiltrado inflamatorio celular. ^{3, 16}

Esta enfermedad bacteriana se presenta como una respuesta inflamatoria pronunciada a nivel gingival, producida localmente por la acumulación de placa dentobacteriana y sistémicamente por la variación en los niveles hormonales propios del embarazo; generalmente ocurre a partir del tercer o cuarto mes. ^{3, 16}

Epidemiología: Aparece durante el segundo mes alcanzando su punto máximo hacia el octavo mes, luego va disminuyendo hasta el momento del parto. Se observa que la zona más afectada es la zona anterior a nivel interproximal ^{16, 23}

Respecto a la gingivitis durante el embarazo, la incidencia varía entre el 70% y 100%. La inflamación gingival aumenta cuanto más joven son las pacientes debido a una doble presencia hormonal, (pubertad y embarazo). ^{5, 16, 23}

Etiología: El principal factor para la aparición de gingivitis en el embarazo es la presencia de placa dentobacteriana, interviniendo otros factores como los cambios hormonales que ocurren

en esta etapa, los cuales únicamente exacerban la respuesta gingival a los irritantes locales como la placa y el tártaro. ²³

Estas descargas hormonales durante el embarazo producen diferentes cambios tanto en el tejido gingival como en la flora bacteriana bucal. Las hormonas presentes en el embarazo son el estrógeno y la progesterona. ²³

La placa dentobacteriana es la principal causa para la iniciación de la enfermedad periodontal, la susceptibilidad del huésped también es un factor relevante, ya que los periodonto-patógenos por sí solos no son suficientes para que se produzca la enfermedad. Son necesarios factores locales y sistémicos para que se presente la enfermedad, y esta condición sistémica puede repercutir en la prevalencia, progresión y severidad de esta. ²³

Dentro de estos factores sistémicos, en el caso del embarazo, se manifiesta como cambios hormonales.

Existen otros factores que favorecen a la enfermedad como la mala higiene bucal, modificaciones en el pH salival y disminución de las IgA. ²³

Características clínicas: Los primeros síntomas aparecen en el segundo mes de embarazo, intensificando hasta el octavo mes, para luego desaparecer progresivamente con el parto ya que se observa una brusca disminución en relación con una disminución concomitante en la secreción de hormonas sexuales esteroideas. ^{16, 23}

Las características son similares a la gingivitis convencional, encía intensamente enrojecida, presencia de cálculo, incremento en el volumen de la encía y agrandamiento a nivel papilar, el puntilleo superficial de la encía se pierde debido al edema, aumenta el sangrado gingival, que en estados avanzados puede presentar dolor ligero, halitosis y sensación de boca sucia. ²³

La tendencia al sangrado es uno de los principales signos de la gingivitis, el cual puede ser espontáneo o provocado al sondear el surco gingival o al cepillarse los dientes. Este signo establece el diagnóstico de gingivitis, ya que detecta las alteraciones vasculares de la inflamación. El surco gingival sano no sangra espontáneamente. ²³

Se observa la encía eritematosa, lisa, brillante y hemorrágica por el incremento vascular. En menor proporción, se presentan agrandamientos gingivales denominados granulomas, épulis o tumores del embarazo. ²³

En la gingivitis no hay pérdida de inserción ni pérdida ósea, pero si el cuadro no es controlado puede presentarse esto, produciéndose periodontitis. Esto es importante ya que depende del nivel de adherencia epitelial, de la inserción de fibras periodontales, el hacer una diferenciación entre gingivitis y periodontitis. ²³

Todas estas manifestaciones son dadas por mecanismos de daño tisular, en el cual la destrucción puede ser directa, cuando las bacterias producen sustancias que alteran el periodonto; o indirecta cuando el huésped genera mecanismos de respuesta inflamatoria. ²³

II.1.6.2.2.1 Cambios Vasculares:

Altos niveles de estrógeno y progesterona afectan la microvascularización gingival, aumentando la permeabilidad vascular y produciendo un aumento en la severidad de gingivitis durante el embarazo. En las mujeres, el estrógeno en concentraciones fisiológicas es la principal hormona esteroidea femenina responsable de las alteraciones de los vasos sanguíneos. En contraste con los principales efectos inducidos por los estrógenos en los vasos sanguíneos, la progesterona puede tener poco o ningún efecto en la vascularización. Se ha observado que la progesterona probablemente antagoniza la acción de los estrógenos al reducir el número de receptores de estrógeno. Sin embargo, en la encía y otros tejidos intraorales no periodontales, hay mayor cantidad de evidencia acerca de la progesterona afectando la vascularización local que los estrógenos. ¹⁶

Los efectos del estrógeno y de la progesterona en la vascularización gingival podrían potencialmente explicar el aumento en el edema, eritema, exudado de Fluido Gingival Crevicular (FGC) y hemorragia de los tejidos gingivales durante el embarazo. ¹⁶

Varios estudios clínicos han correlacionado altos niveles de FGC con la presencia de hormonas sexuales esteroideas, lo que indica que estas hormonas afectan la permeabilidad vascular en el surco gingival. ¹⁶

II.1.6.2.2 Aspectos Hormonales - Bioquímicos

En el embarazo están presentes dos hormonas: la progesterona y el estrógeno, los cuales varían sus niveles de acuerdo con la etapa del embarazo. A partir del 7° mes de embarazo la secreción de estrógenos asciende hasta 30 veces conforme llega el momento del parto, mientras que la progesterona se mantiene constante o incluso disminuye. ^{16, 23}

Esto se debe a que los estrógenos aumentan la contractibilidad uterina, es decir inducen el parto, por eso aumentan sus niveles hacia finales del embarazo, mientras que la progesterona reduce las contracciones, ayudando así a evitar la expulsión del óvulo implantado en los primeros meses de gestación. Estas hormonas influyen en los tejidos periodontales afectando la microflora periodontal, el sistema inmune local, la vascularidad gingival, y las células específicas del periodonto. ^{16, 23}

En estudios in vitro se reveló que la progesterona y el estradiol (un tipo de estrógeno) pueden sustituir a la vitamina K, la cual es esencial en el crecimiento de una bacteria denominada *Prevotella intermedia*, presente en este tipo de gingivitis. ^{16, 23}

La progesterona también tiene una estructura similar a la naftoquinona, otro nutriente esencial de la mencionada bacteria. Al estar esta hormona tan relacionada con la proliferación de esta bacteria, se presenta una disminución en la enfermedad conforme termina el embarazo, ya que va disminuyendo la concentración de esta hormona. ^{16, 23}

Estas hormonas también influyen en el sistema inmune ya que generan (principalmente la progesterona) una inmunosupresión en la madre, de esta manera se explica el hecho por el cual la madre no rechaza al feto. ^{16, 23}

La progesterona estimula la producción de PgE2 (mediador de la inflamación), e incrementa la acumulación de leucocitos polimorfonucleares (PMN) en el surco gingival, lo que genera una respuesta exagerada. Cuando la progesterona presenta niveles altos, altera el metabolismo de fibroblastos ya que disminuye los niveles del Inhibidor del Activador del Plasminógeno tipo 2 (PAI-2), un importante inhibidor de la proteólisis de los tejidos, lo que produce una mayor severidad inflamatoria. ^{16, 23}

Los estrógenos, en adición, reducen la inflamación mediada por células T, inhiben la quimiotaxis y estimulan la fagocitosis de PMN; y suprimen la producción de leucocitos. ^{16, 23}

A nivel vascular, aumentan la permeabilidad de los capilares gingivales por lo cual se produce edema, exudado crevicular gingival, y tejidos gingivales hemorrágicos durante el embarazo. ^{16, 23}

También alteran los componentes celulares del periodonto. Inhiben la síntesis de colágeno por los fibroblastos, el cual es componente principal de la matriz gingival. Influyen de manera directa e indirecta en la proliferación celular, diferenciación y crecimiento de los tejidos, incluyendo queratinocitos. Los altos niveles de progesterona alteran la síntesis de glucosaminoglucanos, los cuales también son parte de la matriz de tejido conectivo de la gingiva. ^{16, 23}

II.1.6.2.2.3 Aspectos Histológicos

Entre las características histológicas se presenta una disminución de queratina, elongación de clavos epiteliales y proceso inflamatorio de la lámina propia. La progesterona produce mayor permeabilidad vascular, y los estrógenos producen desqueratinización epitelial y se reduce el número y grosor de fibras colágenas del tejido conjuntivo. ^{16, 23}

Si esta lesión continuara, se produciría un proceso inflamatorio crónico que llegue hasta el periodonto de inserción, y reemplazaría la médula por un exudado de leucocitos y fluido. ^{16, 23}

El infiltrado celular inflamatorio comprende principalmente linfocitos, macrófagos y neutrófilos y como existe un aumento en la infiltración celular, existe un cambio en la composición de los tejidos. Este infiltrado ocupa hasta un 5% del volumen del tejido conectivo. ^{16, 23}

II.1.6.2.2.4 Aspectos Microbiológicos

Muchos estudios refieren a la bacteria "Prevotella intermedia" como el patógeno periodontal representante en la gingivitis de la mujer gestante. Otros estudios también señalan a la "Porphyromonas gingivalis" como otra bacteria presente en esta etapa, pero en menor grado. ^{16, 23}

Este incremento subgingival de la Prevotella intermedia, está relacionado al incremento en los niveles de las hormonas antes mencionadas, ya que actúan como factores de crecimiento al sustituir a la naftoquinona y la vitamina K, nutrientes esenciales de dicha bacteria. ^{16, 23}

Al hacer estudios experimentales en mujeres gestantes y posparto expuestas a la misma cantidad de placa dental, se evidenció que las manifestaciones clínicas en el embarazo eran más intensas que en el postparto y estas tenían relación con el incremento de *P. intermedia*.^{16, 23}

La *P. intermedia* es una bacteria anaerobia gram negativa que se pueden ver como cocobacilos o bastones alargados. Esta bacteria tiene bastante relación en la patogénesis de enfermedades periodontales destructivas, colonizando el sulcus gingival. Esta bacteria requiere de vitamina K y hemina para desarrollarse y proliferar. Pertenece al grupo de *Prevotella pigmentada*, resistente a la vancomicina y la kanamicina, y susceptible a la colistina; sus colonias son típicamente secas y negras.^{16, 23}

Este tipo de bacterias anaerobias endógenas son oportunistas causando enfermedad cuando se combinan los factores que promueven su crecimiento.^{16, 23}

II.1.6.2.2.5 Pronóstico

El pronóstico a largo plazo dependerá del control de los factores locales que predisponen la inflamación como es la acumulación de placa, porque los cambios hormonales durante el embarazo no se pueden evitar.²³

II.1.6.2.2.6 Plan de Tratamiento

Toda atención odontológica en pacientes gestantes debe ser tan segura para el feto como para la madre, es por eso por lo que son limitados determinados tratamientos.²³

El segundo trimestre es el más propicio para realizar tratamientos dentales, estos están limitados al mínimo, como operatoria simple, tratando la enfermedad activa y los factores que la potencializan. Se evita la cirugía bucal y periodontal mayor, las cuales deben posponerse para después del parto.²³

El objetivo de la terapia periodontal en el embarazo es disminuir la potencial respuesta inflamatoria exagerada a la placa bacteriana, aumentada por las hormonas. Esto se puede lograr con métodos preventivos para el control de placa.²³

Se recomienda que, durante todo el embarazo en relación con el área periodontal, se efectúe cepillado continuo y control de placa, así como tratamiento periodontal conservador (raspaje y alisado), y evitar la utilización de fármacos innecesarios. ²³

II.1.6.2.2.7 Educación de la Paciente

Son pacientes muy receptivas ante cualquier medida que involucre una mejora en su salud y la de su hijo, por eso es un buen momento para insistir en su higiene bucal, enseñarles una buena técnica de cepillado, el uso de hilo dental e instruir a las mujeres embarazadas en la necesidad de llevar un buen control de placa para disminuir los efectos de los cambios hormonales en la encía. ²³

Es necesario que estas pacientes tengan una buena técnica de cepillado y la practiquen con frecuencia ya que la alimentación en esta etapa se caracteriza por alimentos dulces (carbohidratos) como pasteles, postres, etc., generalmente entre comidas, los cuales al no ser removidos pueden aumentar más la placa y con ello la inflamación gingival. ²³

Es necesaria la prevención y un tratamiento inicial para evitar así complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. ²³

II.1.6.2.2.8 Raspado y Alisado Radicular - Profilaxis

Las profilaxis y raspados o alisado radicular de las superficies dentales para remover la placa y cálculo supra y subgingival pueden efectuarse en intervalos más cortos en pacientes susceptibles si son necesarios. ²³

Debe procurarse que durante el tercer trimestre las visitas sean cortas, evitar la posición supina por mucho tiempo, y hacia las últimas semanas evitarse los tratamientos por riesgo de parto prematuro. ²³

II.1.6.2.2.9 Cirugía Periodontal

La cirugía periodontal se sugiere posponer para después del parto a menos que el tumor del embarazo (granuloma gravídico) dificulte la masticación, sangre, supure con frecuencia o

produzca molestias. El control de placa y un buen mantenimiento de la salud periodontal son decisivos para el éxito del tratamiento y evitar recidivas. ²³

II.1.6.2.3 Enfermedades Gingivales Modificadas por Desnutrición

El embarazo también predispone a un incremento en el apetito, la mujer embarazada ingiere alimentos poco comunes y saludables, lo que la motiva a comer pocas cantidades de alimento, y da lugar a una dieta mal balanceada. Ante la deficiencia grave de ácido ascórbico (vitamina C) o escorbuto, se observa la encía roja y brillante, tumefacta y hemorrágica, que ocasiona dolor y sangrado de las encías. ⁴

Las deficiencias nutricionales afectan la función inmunitaria y pueden impactar sobre la capacidad del huésped para protegerse contra los efectos deletéreos de productos celulares como los radicales de oxígeno. Generalmente las recomendaciones dietéticas se enfatizan más en las adolescentes embarazadas, debido a que estos casos se presentan más comúnmente en servicios de salud pública y puesto a que sus necesidades metabólicas son mayores también; se requieren nutrientes que sean adecuados para el crecimiento en esta etapa de la vida y para el crecimiento del feto. ^{2, 12}

Las variaciones en la dieta, en especial cuando ésta es altamente cariogénica, pueden iniciar lesiones cariosas nuevas o agravar las ya existentes, así como favorecer el establecimiento de enfermedad periodontal. ^{2, 12}

Los desbalances alimenticios sumados a la higiene bucal deficiente promueven la formación y maduración de placa dentobacteriana, que puede provocar caries y periodontopatías. La gingivitis que se desarrolla puede ser grave, o la preestablecida y agravarse por la presencia hormonal aumentada que favorece estados inflamatorios. ^{2, 12}

Durante la gestación, algunas mujeres desarrollan intolerancia a la glucosa durante esta etapa de su vida, o bien, diabetes gestacional, con todas las características clínicas y complicaciones de este trastorno del metabolismo de los carbohidratos. Éste es un dato importante en la historia clínica, ya que esta etapa, aunque es transitoria puede generar un deterioro muy importante en la salud periodontal de la futura madre. ^{2, 12}

II.1.6.3 PERIODONTITIS

Es la enfermedad inflamatoria crónica multifactorial de los tejidos de soporte de los dientes o periodonto; causada por microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. ^{5, 22, 24, 32}

La característica clínica que distingue la periodontitis es: la presencia de pérdida ósea y de su inserción, también puede ocurrir recesión de la encía marginal, la presencia de bolsas periodontales y sangrado gingival. ^{5, 22, 24, 32}

Los signos clínicos son: inflamación, cambios de color, contorno, consistencia, y hemorragia al sondeo, no siempre son Indicadores positivos de la pérdida de Inserción. ^{4, 5, 22, 24, 32}

Se produce periodontitis cuando la agresión bacteriana es capaz de generar una lesión de las fibras más coronales del ligamento periodontal, o fibras transeptales, con afectación y destrucción de los tejidos de soporte del diente (ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar). Aunque no siempre, la traducción clínica es el incremento de la profundidad del surco gingival, que, cuando mide más de 3 mm, pasa a llamarse entonces bolsa periodontal. ^{22, 32}

La clasificación de la periodontitis es las siguiente:

Periodontitis (AAP Workshop 1989)

1. Periodontitis del adulto
2. Periodontitis de comienzo precoz
 - 2.1. Periodontitis rápidamente progresiva
 - 2.2. Periodontitis juvenil. Generalizada y localizada
 - 2.3. Periodontitis prepuberal. Generalizada y localizada
3. Periodontitis asociadas a enfermedades sistémicas
4. Periodontitis ulcerativa necrosante*. Periodontitis del SIDA*
5. Periodontitis refractarias ⁵

En periodontitis, la complejidad de la flora de la placa subgingival aumenta y comienzan a predominar Porphyromonas gingivalis y anaerobios gramnegativos. ⁴

En periodontitis grave, la placa subgingival consiste de microorganismos sacarolíticos, como *Actinobacillus actinomycetemcomitans* y *Capnocytophaga* spp., como las especies más comunes identificadas.⁴

Bacterias presentes en periodontitis: *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinomyces actinomycetemcomitans*.^{3, 4, 5, 32}

La enfermedad periodontal como ya se mencionó, es una infección crónica causada por bacterias, principalmente Gram negativas y anaerobias. Las endotoxinas bacterianas activan el sistema inmunológico del hospedero liberando mediadores inflamatorios, como prostaglandinas, interleucinas y factor de necrosis tumoral, entre otras citoquinas. Estas sustancias causan la destrucción del ligamento periodontal y el hueso alveolar, lo que provoca la pérdida del sistema de soporte dental, si la paciente no recibe un tratamiento de la enfermedad periodontal pronto y adecuado, podría perder piezas dentales.^{1, 3}

La enfermedad periodontal y su repercusión en la salud sistémica en la mujer embarazada:

El periodonto, puede ser un reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores de la inflamación, los cuales pueden interactuar con órganos alejados a la cavidad bucal.²³

En las gestantes, la enfermedad periodontal es un factor de riesgo para el nacimiento pretérmino, ya que la respuesta inflamatoria del huésped ante la infección periodontal genera la producción de mediadores químicos de la inflamación como la PgE2 y las citoquinas, y estas sustancias inducen el trabajo de parto. De esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad del nacimiento, por incremento en los niveles de estos mediadores.²³

Además de la enfermedad periodontal, hay varios factores que influyen en el riesgo de sufrir un parto pretérmino y bajo peso al nacer, como la edad de la madre, cuando es menor de 17 años o mayor de 34 años; bajo nivel socioeconómico, lo cual se asocia al escaso control prenatal; malos hábitos de la madre como el tabaco, la ingesta de bebidas alcohólicas y otras drogas; así como la presencia de infecciones genitourinarias, malnutrición, baja ganancia de peso de la madre, preeclampsia o desórdenes en la coagulación; embarazos múltiples. Es importante dar medidas de prevención al igual que brindar apoyo odontológico.^{1, 5}

Se considera también a la enfermedad periodontal como un factor de riesgo en el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), el cual representa una de las principales causas de mortalidad infantil. Los nacidos con RCIU tienen dificultad para la adaptación a la vida extrauterina, y están más expuestos a diversos trastornos en el primer año de vida. ²³

Se ha visto en el RCIU, la prematurez y el bajo peso al nacer, la presencia de varios factores, los cuales deben ser controlados como una forma de prevención para que no se produzca esta alteración. Dentro de estos factores de riesgo está la enfermedad periodontal, la cual incluye un cuadro inflamatorio que lleva a la destrucción de las estructuras de soporte del diente. ^{5, 23}

Se sugiere que los incrementos en PgE, observados en la enfermedad periodontal, así como también en las citoquinas, entre ellas la interleuquina-1 (IL-1), el TNF-a. y la interleuquina-6 (IL-6), están implicados en el trabajo de parto pretérmino. Otras teorías afirman que el paso de las bacterias gingivales a través de la barrera fetoplacentaria produce estímulos inflamatorios los cuales inducen hiperirritabilidad de los músculos lisos del útero lo que genera contracciones, este daño placentario puede causar áreas focales de hemorragia y necrosis que llevan a una pobre perfusión fetal y retardo del crecimiento intrauterino. ²³

La Academia Americana de Periodoncia recomienda que las mujeres embarazadas y las que lo planean, reciban una evaluación periodontal y tratamiento odontológico para disminuir focos infecciosos e instrucciones de higiene bucal, lo cual beneficia la salud bucal de la madre y a su vez, disminuye la probabilidad de transmisión de microorganismos cariogénicos al niño.

II.1.6.4 CARIES DENTAL

Es la destrucción localizada de los tejidos dentales provocada por la fermentación bacteriana de los carbohidratos de los alimentos en un tiempo dado. Representa el foco primario en la mayoría de las infecciones odontogénicas. Una vez instalada la caries el único tratamiento es restaurativo. Cuando se diagnostica en las primeras etapas, en forma de mancha blanca, puede ser mineralizada con agentes tópicos. ^{3, 4}

Tiene asociación etiológica con *Streptococcus mutans* ²¹, ya que es el único microorganismo aislado de manera consistente de las fisuras dentales y se ha encontrado en gran número de piezas con caries que en aquellas que no tienen. ^{3, 4}

Bacterias presentes: Streptococcus mutans, Lactobacillus spp. ^{3,4}

Cuando la mujer está embarazada, ocurren cambios en la cavidad bucal, algunas de ellas descuidan su higiene bucal pues incrementan su ingesta de alimentos con alto contenido de carbohidratos y azúcares; lo que activa el mecanismo microbiano de esos carbohidratos, cambia la composición salival, lo que generan ácidos que disminuyen el pH y contenido de sodio; a su vez se incrementa el potasio, las proteínas y los niveles de estrógeno. Estos exacerban la descamación de la mucosa bucal y con ello, crean un ambiente propicio para la proliferación bacteriana, y, por ende, aumenta el riesgo de caries. ³

Como se mencionó antes, el tratamiento se basa en eliminar el tejido dental afectado y posteriormente, se restaura con materiales definitivos; pues algunas madres cancelan sus citas por falta de tiempo. También es importante brindar tratamiento a aquellas piezas dentales que les causan dolor, pues la mujer embarazada podría abusar del uso de analgésicos. ³

II.1.6.5 TUMOR DEL EMBARAZO (Granuloma Gravidum, Epulis Gravidarum)

Es una reacción inflamatoria de carácter proliferativo, por la agresión producida por las bacterias. Clínicamente se observa como una masa exofítica indolora, suave a la palpación, de coloración rojo brillante o azulado, que sangra con facilidad; usualmente se presenta en alguna papila vestibular y puede medir más de 2 centímetros. Esta patología es más frecuente durante el segundo trimestre del embarazo debido al aumento de las hormonas sexuales femeninas e irritantes gingivales, como el cálculo o la biopelícula dental. ^{1,3}

La paciente debe evitar “comer entre comidas” alimentos ricos en azúcares o bebidas carbonatadas y enseñarle el correcto uso del hilo dental y el cepillado para un mejor control de la biopelícula dental. Se le debe recomendar el uso de pasta dental con flúor y dependiendo del riesgo de caries se le puede aconsejar enjuagues con clorhexidina. ¹

II.1.7 SALUD BUCAL

Según la (OMS, 2021) lo define como la manera de gozar una buena salud y calidad de vida, asociándolo con la ausencia de dolor, infecciones, enfermedades periodontales, pérdida de

piezas dentarias, lesiones cariosas, u otras enfermedades que afectan al individuo en funciones tales como la masticación, al sonreír, al hablar; y con el tiempo puede implicar en aspecto psicosocial. ³

El trabajo en equipo entre el médico tratante de la paciente y el cirujano dentista adquiere gran relevancia, ya que no sólo se favorecen aspectos preventivos para enfermedades como caries y periodontopatías, estados a los que son muy susceptibles y que pueden dejar secuelas considerables en las futuras madres, sino que puede permitir un manejo apropiado de las urgencias bucales. Un buen protocolo ginecológico debe incluir la consulta dental para la preservación de la salud bucal, ya que muchos estados cariosos y periodontales pueden ser controlados antes que se produzcan daños mayores. ^{2, 12}

El estado de salud bucal debe ser rigurosamente buscado y atendido antes del embarazo, dado que el ginecólogo maneja mujeres que anticipadamente manifiestan su intención de embarazarse. ^{2, 12}

La paciente embarazada debe ser motivada para que asista a la consulta odontológica por lo menos una vez durante esta etapa. La futura madre, embarazada o por embarazarse, debe estar convencida de la importancia de las actividades preventivas bucales y del diagnóstico y tratamiento oportunos de nuevas lesiones, para bienestar del feto y de ella misma. ^{2, 12}

Para llevar a cabo procedimientos electivos la mejor época será el segundo trimestre del embarazo, ya que durante los primeros tres meses son frecuentes las náuseas y el vómito, y en las últimas etapas de la gestación la madre no se siente cómoda en casi ninguna posición, le cuesta trabajo desplazarse, por lo que es mejor en esta época sólo actividades operatorias sencillas. Durante el segundo trimestre pueden llevarse a cabo procedimientos periodontales, restauraciones, extracciones, tratamientos de endodoncia o rehabilitaciones sencillas. Las actividades quirúrgicas o protésicas complejas es preferible realizarlas después del parto. ^{2, 12}

El estrés que produce el asistir a la consulta dental debe disminuirse al máximo mediante el trato cordial a la paciente, el empleo de técnicas lo menos traumáticas posible, así como desarrollando sesiones cortas de trabajo, y empleando procedimientos anestésicos que garanticen la abolición de los estímulos dolorosos para la paciente. ^{2, 12}

En especial durante el último trimestre debe evitarse en la paciente la posición supina, por el riesgo de que sufra hipoxia pasajera o bien el síndrome de hipotensión supina. Para ello, es conveniente tratarla sentada o ligeramente reclinada en el sillón, y en caso de presentarse síntomas de compresión sobre la vena cava, hacerla girar sobre su costado izquierdo para liberar la circulación y mejorar también la ventilación. Se recomienda hacerle “moverse” en el sillón eventualmente, como medida anti compresiva. ^{2, 12}

En la mujer embarazada, la hipotensión se puede presentar durante el primer trimestre y se produce al levantarse de la cama en la mañana; por lo general no se repite en el resto del día. Durante el tercer trimestre, el útero grávido flácido comprime la vena cava inferior, disminuyendo el retorno venoso desde las piernas; esto se presenta si la paciente permanece en posición supina más de 3 a 7 minutos. A este cuadro clínico se le denomina síndrome de hipotensión supina del embarazo. Es por lo tanto muy prudente pedir (antes de que se incorpore) que se acomode de forma lateral para evitar la compresión descrita, durante unos minutos y luego ayudarla a incorporarse lentamente y con poco esfuerzo. ⁴

II.1.8 PREVENCIÓN DE PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO.

En el primer trimestre, el aumento en la secreción de saliva la vuelve más ácida y provoca acumulación de sarro en las encías, produciendo problemas periodontales. Pero también en el segundo y tercer trimestre existen otro tipo de eventualidades. ⁴

II.1.8.1 Etapas del Embarazo para la Atención Dental Electiva y de Urgencia

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Control de placa	Control de placa	Control de placa
Instrucciones de higiene bucal	Instrucciones de higiene bucal	Instrucciones de higiene bucal
Profilaxis y curetajes simples	Profilaxis y detartraje	Profilaxis y detartraje
Tratamiento de urgencia solamente	Tratamiento de rutina solamente	Tratamiento de urgencia solamente

Atención Dental de pacientes embarazadas. Universidad Tecnológica de México 2008. ⁴

Una vez que ocurre el embarazo se recomienda acudir a cita con el dentista regularmente, cada tres meses, para realizarse estudio bucal y sobre todo cuando surja algún problema.

Las caries y complicaciones en la boca deben solucionarse de preferencia antes de estar embarazada; si surgiese algún problema o molestia el tratamiento dental a realizarse deberá ser a partir del segundo trimestre del embarazo, en este momento aún no resulta incómodo para la paciente permanecer en el sillón dental. ^{4, 25}

Cabe señalar que toda alteración en la madre puede influir en la calidad de desarrollo del bebé. Es fundamental integrar al odontólogo en el proceso de gestación, quien guiará a la madre a adoptar medidas de higiene bucal antes, durante y después del embarazo. ^{3, 7}

II.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abordaje del tema: "Limitaciones en la atención de pacientes embarazadas con enfermedad periodontal en el centro de salud T-III Xochimilco" desde la perspectiva de las limitaciones por las que pasa la mujer embarazada, se plantea como una alternativa que nos permite reconocer la complejidad del problema de la salud bucal y su atención en el sector de salud pública, específicamente el centro de salud T-II Xochimilco, y que simultáneamente afectan de diferente manera a las mujeres gestantes. Durante el embarazo ocurren múltiples cambios que acontecen a nivel biológico, psicológico y sociocultural que repercuten sobre la condición bucal de las mujeres gestantes, la enfermedad periodontal es la patología más común que se presenta durante el embarazo. El periodo de gestación representa una de las fases más críticas para la mujer, y en donde la atención odontológica en pacientes embarazadas es sumamente importante, ya que puede complicar aspectos en las fases de gestación en la mujer embarazada e incluso afectar directamente al feto. Es por esta razón que se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las limitaciones que impiden la atención odontológica a mujeres embarazadas en el centro de salud de Xochimilco? ¿Cuál es el manejo y el comportamiento de la enfermedad periodontal en el embarazo? y ¿Cuáles son las alternativas para mejorar la atención odontológica en el centro de salud de Xochimilco?

II.3 JUSTIFICACIÓN

Se observó el tipo de población que acudía al centro de salud de Xochimilco, y gran parte de la población atendida era la de mujeres embarazadas. Al observar esta situación, nos preguntamos lo siguiente: ¿Por qué estas mujeres no atienden su salud bucal y no son constantes en su tratamiento odontológico siendo un servicio gratuito?, por lo que se dispuso el tema de "Limitaciones en la atención de pacientes embarazadas con enfermedad periodontal en el C.S.T-III Xochimilco", ya que el embarazo, la salud bucal y su atención representan un componente esencial de su salud, así como son aspectos que despiertan interés en el área odontológica. Al investigar nos percatamos que son escasas las investigaciones que analizan la salud bucal, la atención odontológica y las limitaciones que enfrentan las mujeres embarazadas que impiden su asistencia al odontólogo. Por lo que lo abordamos de forma investigativa y comprensiva para comprender las limitaciones y crear conciencia de la importancia de acudir a consulta odontológica en esta etapa, así como promover la atención del servicio odontológico gratuito, previniendo a su vez la enfermedad periodontal. Para ello, se aplicarán encuestas a pacientes embarazadas con enfermedad periodontal.

II.4 OBJETIVOS:

II.4.1 Objetivo General: Conocer cuáles son las limitaciones en la atención de pacientes embarazadas con enfermedad periodontal en el centro de salud T-III Xochimilco.

II.4.2 Objetivo Específico:

1. Reafirmar conocimientos de periodoncia y generalidades del embarazo.
2. Definir la enfermedad periodontal, sus características y explicar su manejo y el comportamiento en las mujeres embarazadas.
3. Conocer la influencia de los estados de ánimo y la conducta en la atención odontológica en pacientes embarazadas.
4. Saber el manejo odontológico en pacientes embarazadas.
5. Saber cuáles son las alternativas para mejorar la atención odontológica en el centro de salud de Xochimilco.

II.5 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo retrospectivo, comparativo, cuantitativo y descriptivo.

Para la recopilación de datos se aplicaron 140 encuestas a mujeres embarazadas con enfermedad periodontal en el centro de salud T-III Xochimilco. Y para la búsqueda de información se realizó una revisión bibliográfica en base de datos especializados en buscadores científicos como: scielo, pubmed, medigraphic, google academic, redalyc, en donde se inició la búsqueda de conceptos generales como: "Limitaciones en la atención odontológica a mujeres embarazadas" y "Enfermedad periodontal en el embarazo".

II.5.1 Criterios de Inclusión

- Tener expediente clínico en el centro de salud de Xochimilco.
- Estar cursando con un embarazo.
- Aceptar participar en el estudio de investigación.

II.5.2 Criterios de Exclusión

- No tener expediente clínico en el centro de salud de Xochimilco.
- No estar embarazada.
- No aceptar participar en el estudio de investigación.

II.6 RESULTADOS

Se aplicó una encuesta a 140 mujeres embarazadas, previamente informadas sobre el proyecto, se realizó la encuesta a aquellas que aceptaron realizarla de manera voluntaria y con su consentimiento, esta fue realizada en el centro de salud T-III Xochimilco.

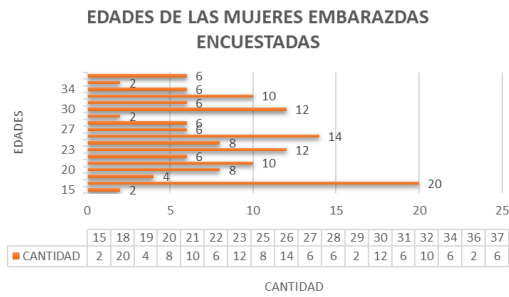


Fig. 1 Se observa la distribución de edades, las cuales variaron en un rango de edad de 15 a 37 años. Así mismo se aprecia la cantidad de mujeres embarazadas por edad que fueron encuestadas.

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

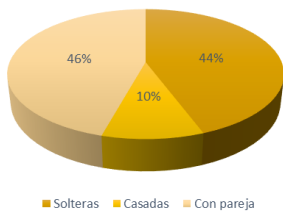


Fig. 2 Se observa el estado civil, el 10% de ellas son casadas, el 44% solteras y el 46% con pareja.

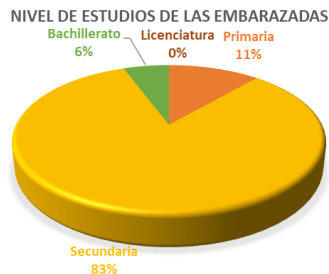


Fig. 3 El nivel de estudios indicó que el 11% cursó la primaria, el 83% la secundaria, el 6% el bachillerato.

OCUPACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

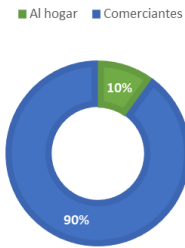


Fig. 4 El 10% se dedica a las labores del hogar y el 90% es comerciante.

¿Con quién viven las mujeres embarazadas?

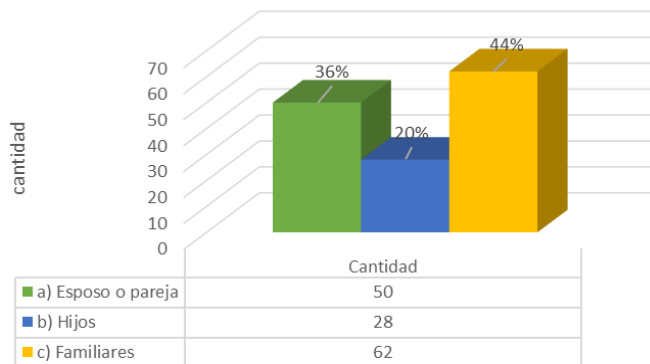


Fig. 5 El 36% vive con su esposo o pareja, el 20% con sus hijos y el 44% con familiares.

¿En sus viviendas las mujeres embarazadas cuentan con todos los servicios, agua, luz y drenaje?

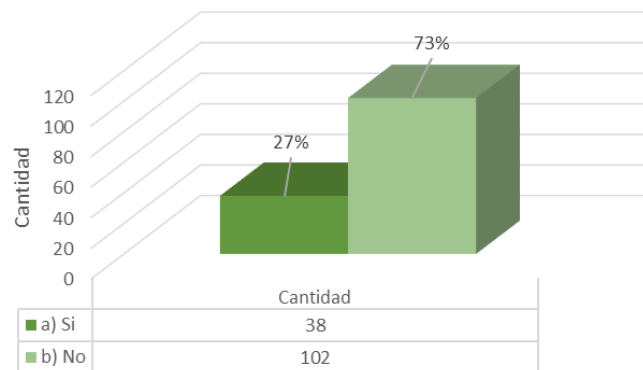


Fig. 6 De acuerdo con el lugar donde habitan, el 27% indicó que cuenta con todos los servicios básicos en sus viviendas como: agua, luz y drenaje, mientras que el 73% no cuenta con todos los servicios.

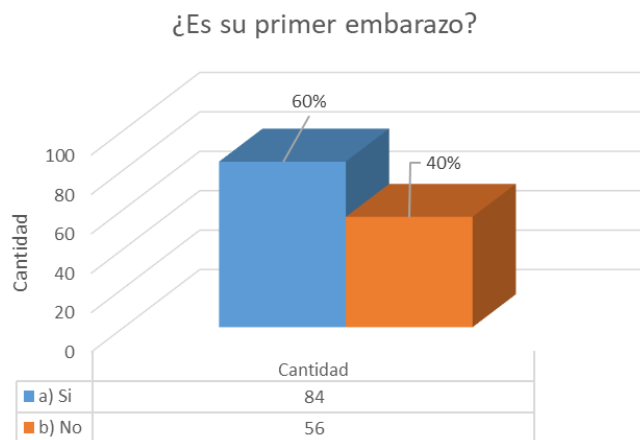


Fig. 7 De acuerdo con la encuesta, el 60% señaló que es su primer embarazo y para el 40% su segundo o tercer embarazo.

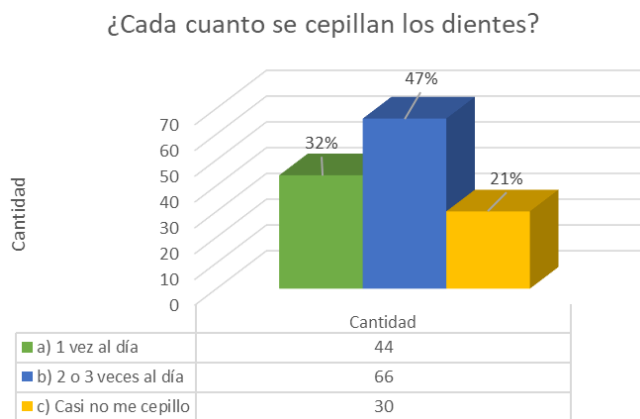


Fig. 8 En cuanto a la higiene bucal, el 32% cepilla sus dientes 1 vez al día, el 47% de 2 a 3 veces al día y el 21% casi no cepilla sus dientes.

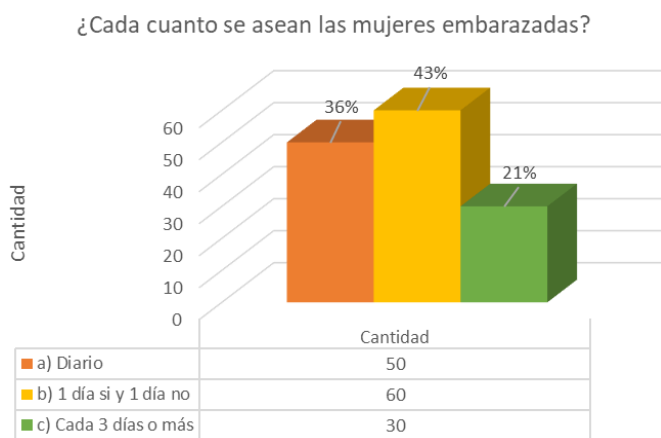


Fig. 9 A cerca de la higiene personal, el 36% se asea diariamente, el 43% 1 día sí y un día no, y el 21% cada 3 días o más.

¿Las mujeres embarazadas experimentan ansiedad al recibir atención odontológica?

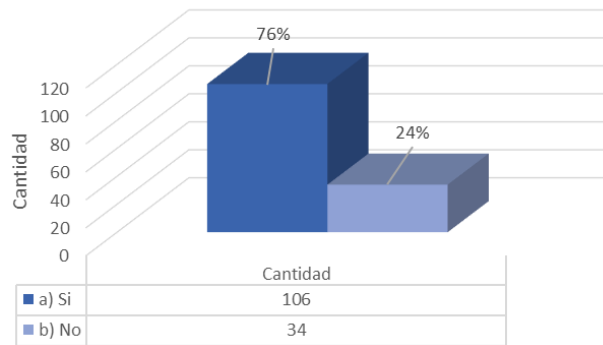


Fig. 10 Referente a la ansiedad y estrés, el 76% señaló haber experimentado ansiedad al recibir atención odontológica, mientras que el 24% no la experimenta.

¿Las mujeres embarazadas experimentan estrés al acudir al odontólogo?

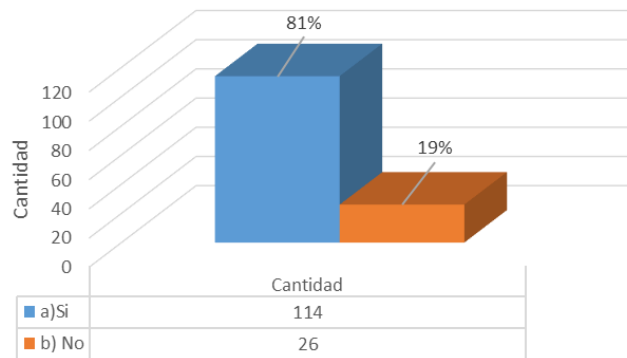


Fig. 11 En cuanto al estrés, el 81% ha experimentado estrés al acudir al odontólogo, mientras que el 19% no.

¿Las embarazadas han tenido alguna experiencia traumática acudiendo al servicio de odontología del C.S?

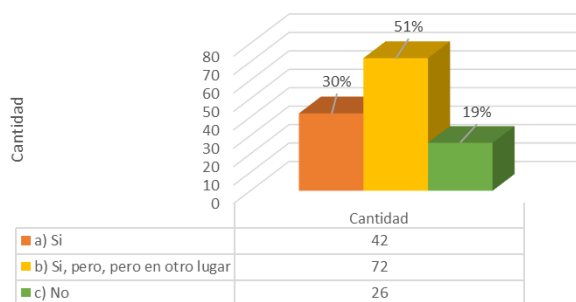


Fig. 12 El 30% menciona haber tenido experiencia traumática acudiendo al servicio de odontología en el centro de salud, sin embargo; el 51% refiere lo mismo, pero en otras instituciones o en consulta privada, y el 19% no refiere haber tenido experiencia traumática acudiendo al centro de salud.

¿Las embarazadas han tenido alguna experiencia traumática acudiendo al odontólogo?

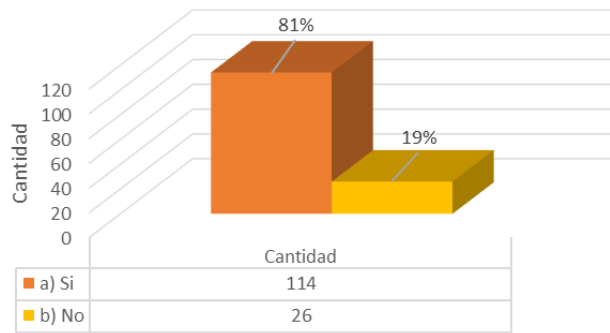


Fig. 13 Generalizando la misma sin importar el lugar, el 81% ha tenido experiencia traumática acudiendo al odontólogo y el 19% no.

¿Cómo se encuentran las mujeres embarazadas económicamente?

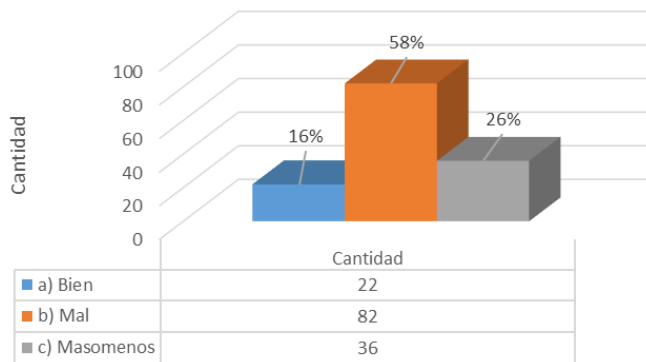


Fig. 14 El 16% señaló que económicamente se encuentran bien, el 58% mal y el 26% más o menos.

¿Las embarazadas consideran que el dinero es una barrera para acudir al odontólogo al C.S?

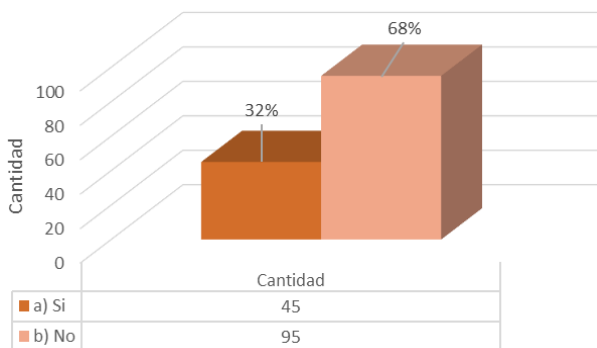


Fig. 15 De acuerdo con lo anterior, el 32% considera que el dinero es una barrera para acudir al odontólogo en el centro de salud, mientras que el 68% no lo considera una barrera.

¿Cómo se siente la mujer embarazada en estos momentos de su embarazo?

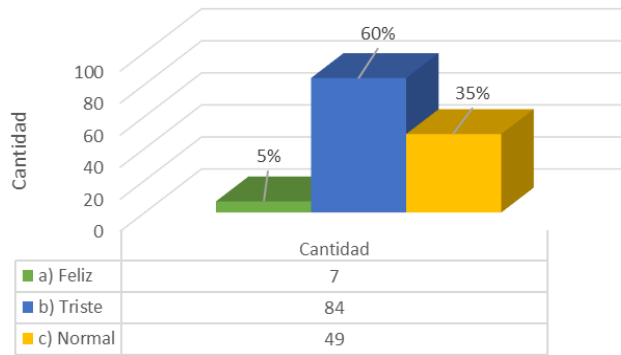


Fig. 16 Sobre el estado de ánimo, el 5% indica que en estos momentos de su embarazo se encuentra feliz, el 60% triste y el 35% normal o indiferente.

¿Las embarazadas se sienten apoyadas por sus familiares o esposo/pareja?

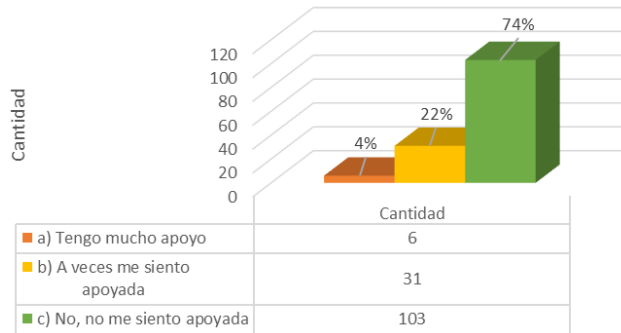


Fig. 17 Un 4% recibe apoyo de parte de sus familiares o esposo, el 22% pocas veces recibe apoyo, mientras que el 74% no recibe apoyo de ninguna parte.

¿Las mujeres embarazadas del C.S han recibido alguna agresión por parte de sus familiares o esposo/pareja?

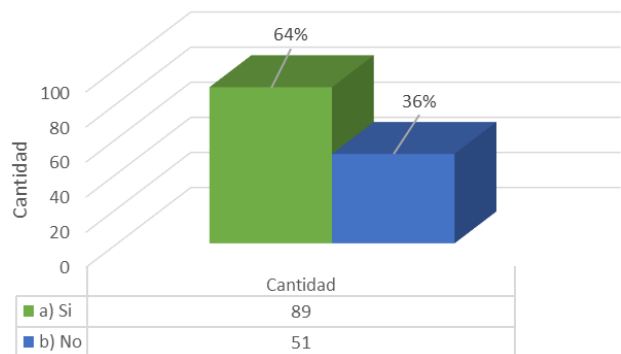


Fig. 18 Referente a la violencia intrafamiliar, el 64% comenta haber recibido agresión de parte de sus familiares, esposo o pareja, mientras que el 36% no ha recibido agresión.

¿Las mujeres embarazadas han tenido pensamientos negativos durante su embarazo?

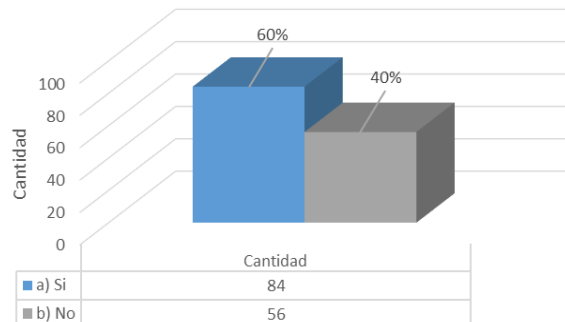


Fig. 19 En relación con la depresión en el embarazo, el 60% señaló que ha tenido pensamientos negativos a lo largo de su embarazo y el 40% no ha presentado estos pensamientos.

¿Las mujeres embarazadas hablan sobre sus sentimientos con el odontólogo del C.S?

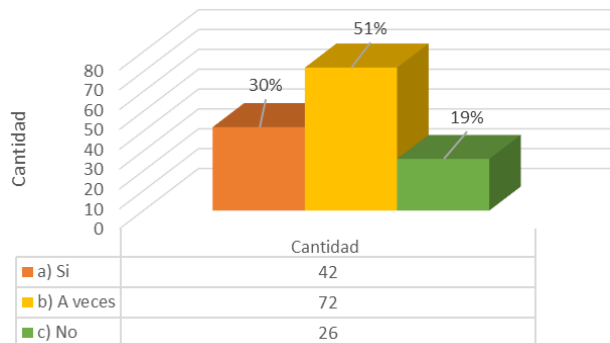


Fig. 20 El trato, la empatía, la confianza y su relación con la atención odontológica es perjudicial para la decisión de asistir al odontólogo, se obtuvo que el 30% de las mujeres habla acerca de sus sentimientos con el odontólogo tratante en el centro de salud, el 19% no lo hace.

¿Las mujeres embarazadas consideran importante la atención odontológica?

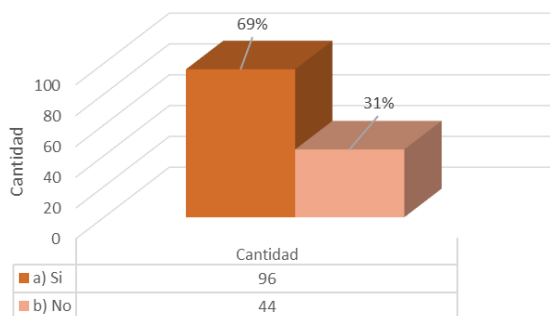


Fig. 21 El 69% considera que es importante la atención odontológica durante el embarazo, mientras que el 31% no lo considera importante.

¿Las mujeres embarazadas creen que afrontan limitaciones que les impide la atención odontológica en el C.S?

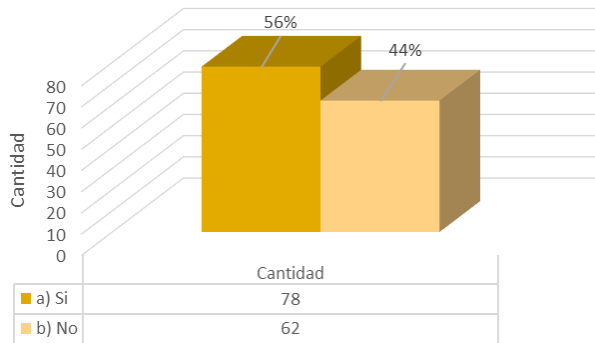


Fig. 22 El 56% cree que se enfrentan a limitaciones que les impide la atención odontológica en el centro de salud, y el 44% no lo cree.

¿Qué limitación en la atención odontológica creen las embarazadas que es más común en el C.S?

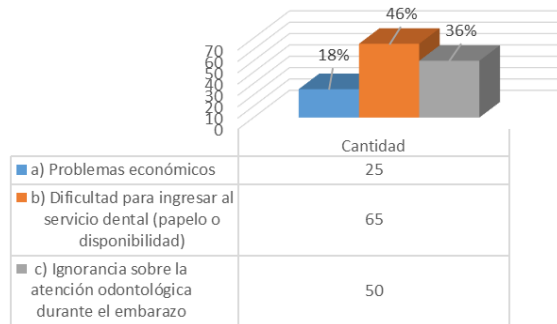


Fig. 23 De acuerdo con la limitación más común que creen las mujeres embarazadas para la atención odontológica en el centro de salud, el 18% considera los problemas económicos, el 46% la dificultad para ingresar al servicio dental, y el 36% considera la ignorancia sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo.

¿Las mujeres embarazadas saben que es la enfermedad periodontal?

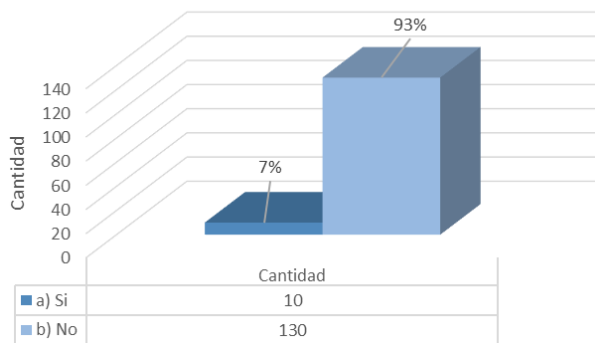


Fig. 24 El 7% sabe del significado de enfermedad periodontal, por lo contrario, el 93% es ignorante sobre esto.

¿las mujeres embarazadas han notado sangrado en sus encías?

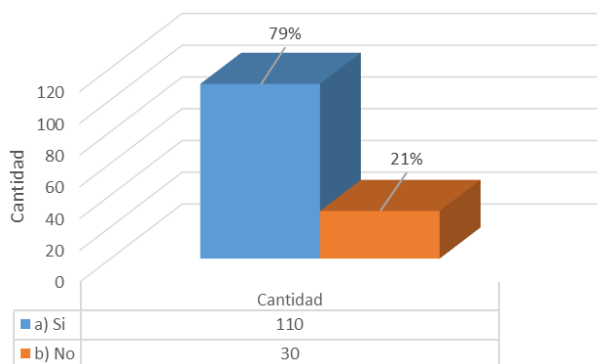


Fig. 25 Con relación a la enfermedad periodontal el 79% refiere tener sangrado en sus encías, mientras que el 21% no ha notado este signo.

¿Las mujeres embarazadas han notado movilidad en algún diente?

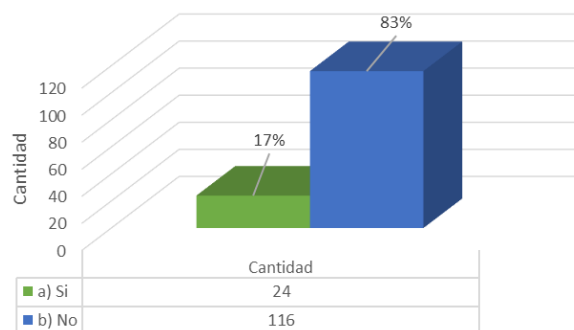


Fig. 26 El 17% notó movilidad en alguno de sus dientes, mientras que el 83% no notó esta situación.

¿Qué problemas creen las embarazadas que sucedan si no se recibe atención odontológica durante el embarazo?

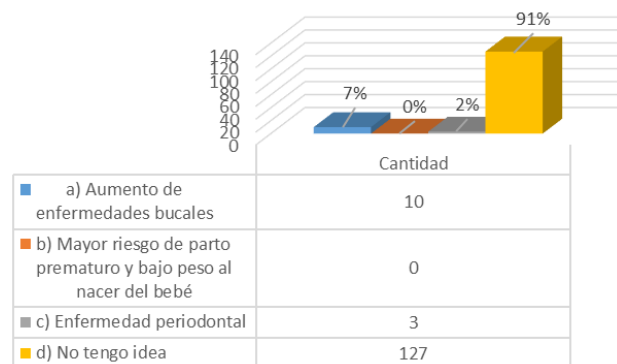


Fig. 27 Se les evaluó sobre el conocimiento que tienen sobre las problemáticas que surgirían si no son atendidas odontológicamente durante su embarazo, el 7% piensa que puede haber aumento en las enfermedades bucales, el 2% el de la existencia de la enfermedad periodontal y el 91% desconoce sobre todo esto.

¿Las mujeres embarazadas consideran que falta información sobre la importancia de la atención odontológica en el embarazo en el C.S?

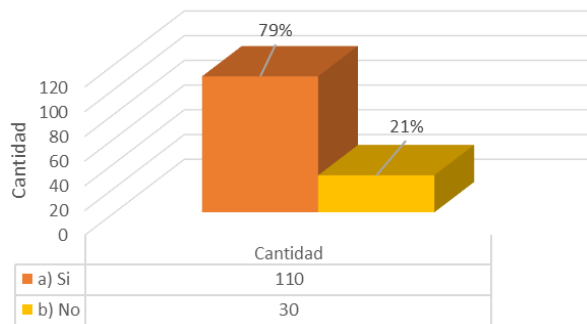


Fig. 28. El 79% considera que falta información sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo en el centro de salud, mientras que 21% no lo piensa así.

¿Qué medidas consideran las embarazadas para mejorar la atención odontológica en el C.S?

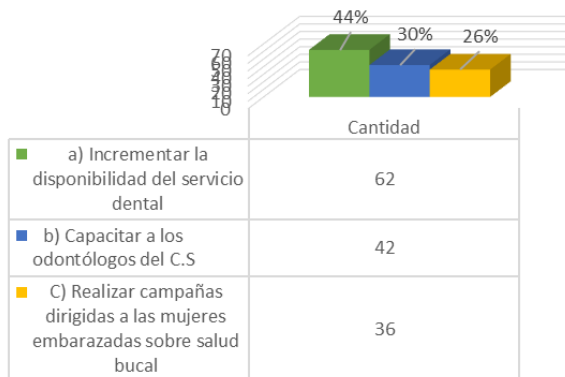


Fig. 29 En relación con la importancia de la atención odontológica y la asistencia a esta, el 44% cree que para mejorar la atención se debe incrementar la disponibilidad del servicio, el 30% considera que capacitar a los odontólogos, el 26% propone realizar campañas dirigidas a mujeres embarazadas sobre la salud bucal y su importancia en esta etapa.

¿Las mujeres embarazadas creen que los odontólogos del C.S están capacitados para la atención odontológica a embarazadas?

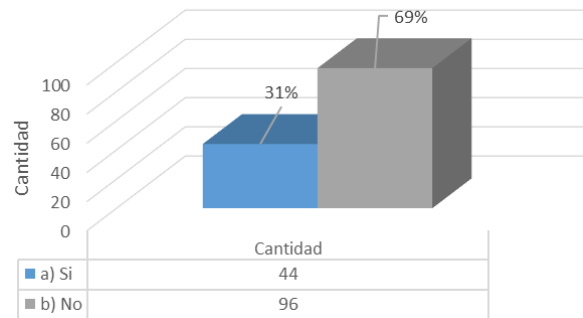


Figura. 30 En cuanto a la capacitación de los odontólogos del centro de salud, el 31% considera que es necesario capacitarlos sobre la atención odontológica durante el embarazo, por lo contrario, el 69% cree que no se necesita.

¿Cuál es la percepción de las mujeres embarazadas en cuanto a la atención odontológica en el C.S?

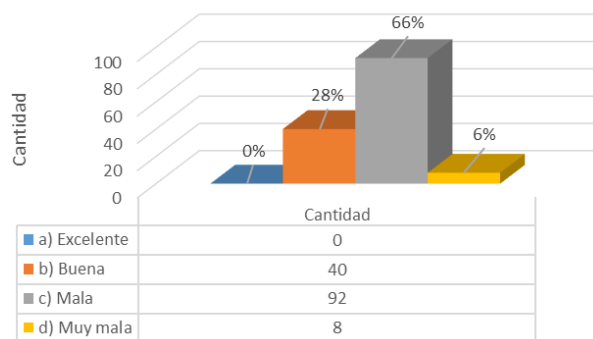


Fig. 31 Acerca de la impresión que tienen las mujeres embarazadas sobre la atención odontológica en el centro de salud de Xochimilco, el 0% considera que es de excelencia, el 28% que es buena, el 66% mala y el 6% la considera muy mala.

II.7 DISCUSIÓN

La atención odontológica a mujeres embarazadas es sumamente importante, sin embargo; estas toman la decisión de no atenderse, se atribuye a limitaciones que atraviesan en esta etapa. La salud bucal de la mujer embarazada se ve afectada por ciertas patologías, tales como la enfermedad periodontal la cual es la más común en el embarazo.

El enfoque que se tiene hoy en día para abordar la atención odontológica a mujeres embarazadas y la enfermedad periodontal como causa principal de la falta de atención dental, considera una compleja interacción de factores de riesgo que abarcan aspectos conductuales, psicosociales y sociales.

Se realizó el análisis de la encuesta, en el que se evaluaron variables como: la edad (de 15 a 37 años). Solo dos de las pacientes tenían 15 años, así que de acuerdo con investigaciones no se obtuvieron cifras grandes de embarazos adolescentes en el centro de salud. Otra variable fue el estado civil, en donde el 10% de ellas casadas, el 46% con pareja y el 44% solteras.

Otro punto para considerar fue el nivel de estudios, en su mayoría el 83% cursó la secundaria. El 90% se dedica a las labores del hogar. En cuanto al lugar donde viven, el 36% vive con su esposo, el 20% con sus hijos y el 44% con familiares. El 27% cuenta con todos los servicios en sus hogares, el 73% no cuenta con todos ellos, viven en condiciones precarias y situaciones de inestabilidad económica, ya que el 58% indica que se encuentra mal económicamente y el 26% más o menos.

Comparando resultados con artículos que dicen que los problemas económicos son una limitación para la atención odontológica a mujeres embarazadas, el 32% considera el dinero una barrera para acudir al servicio dental en el centro de salud, pues tienen la idea de que la atención odontológica tiene costo, siendo un servicio gratuito.

El nivel socioeconómico se relaciona y afecta negativamente el estado de ánimo y de la conducta. El 60% señala sentirse triste en estos momentos de su embarazo. De acuerdo con lo anterior, existe interacción con el estado emocional de la mujer embarazada que genera ansiedad, pues el 76% nos indicó que experimenta ansiedad al recibir atención odontológica, comparando esta respuesta con un estudio de **Nimfi Ismael Magan Rodriguez 2022**, en donde menciona que el 73% de las gestantes sufre ansiedad con varios factores que lo provoca, entre esos la atención odontológica.

Un hallazgo similar de **Óscar Alejandro Bonilla Sepulveda 2021** quien encontró una prevalencia de ansiedad en embarazadas del 40.7%.

También surge el nivel de estrés que tiene gran correlación con la ansiedad, puesto que el 81% indicó experimentar estrés al acudir al odontólogo, comparando con otros estudios, **Roberth Alirio Ortiz Martínez 2016**, encontró prevalencia de estrés en un grupo de mujeres embarazadas del 73.6%.

Nimfi Ismael Magan Rodriguez 2022, realizó un estudio para comparar el grado de ansiedad y estrés a 125 embarazadas. La prevalencia de ansiedad fue del 68% y de estrés del 73.6%. Se evidenciaron como factores asociados a las malas relaciones familiares.

El 30% de las mujeres ha tenido experiencia traumática acudiendo al servicio de odontología del centro de salud, el 51% ha tenido trauma en otras instituciones o en consulta privada, dando como resultado general que un 81% refiere haber tenido experiencia traumática acudiendo al odontólogo, y gracias a esta mala práctica se puede generar ansiedad y estrés, la mujer embarazada desconfía de la capacidad del odontólogo y encierra sus sentimientos. El odontólogo debe brindar acciones integradas por la línea de vida para evitar complicaciones médicas y psicológicas. Esto se confirma, pues el 19% no habla sobre sus sentimientos con el odontólogo tratante y el 51% solo a veces, por lo que la mala práctica odontológica puede ser una limitación que interviene en la atención odontológica.

Angélica Díaz 2012 nos menciona que es importante intervenir en los factores de riesgo específicos para la ansiedad y estrés, ya que se ha demostrado que, implementando programas de control destinados a mujeres embarazadas, mejora el pronóstico materno y perinatal.

Analizando estos artículos y los resultados del proyecto, la ansiedad y estrés son limitaciones en la atención odontológica.

Una investigación llevada a cabo por **J Martín Maldonado Durán 2011**, estudió la asociación entre una baja autoestima en la futura madre y un alto nivel de estrés psicosocial (evaluado en 2.596 mujeres), con la posibilidad de nacimiento prematuro y bajo peso para la edad gestacional. Ambas asociaciones fueron estadísticamente significativas.

Este mismo estudio de **J Martín Maldonado Durán 2011**, pone en discusión de su investigación un estudio realizado por **Murray 1995** (no citado en esta investigación), en donde hizo una revisión de las características de 232 mujeres embarazadas con depresión, encontró que las mujeres con depresión postparto tenían antecedentes de haber tenido una mala relación con sus padres y mayores dificultades ocupacionales.

Comparando este estudio con la presente investigación, el 60% de las mujeres embarazadas ha tenido pensamientos negativos durante su embarazo, que se relaciona con la depresión, el 74% no recibe apoyo por parte de su pareja o familiares y el 64% refiere haber recibido agresión de

parte de su pareja o familiares, reafirmando que la depresión también puede ser una limitación en la atención odontológica y que muchos de los aspectos y características de este trastorno no permite realizar actividades con normalidad.

Los problemas económicos, las malas relaciones familiares, la violencia intrafamiliar y la mala práctica odontológica son factores para la ansiedad, el estrés y la depresión; que a su vez impide realizar actividades con normalidad, pues la mujer embarazada descuida aspectos importantes para su salud en general, el 43% mencionó asearse 1 día sí y un día no, el 21% se asea cada 3 días o más, en cuanto a su higiene bucal, el 21% menciona no cepillarse los dientes frecuentemente y el 32% cepilla sus dientes una vez al día.

El 56% está consciente del enfrentamiento a limitaciones que les impide la atención odontológica, pues el 79% considera falta de información sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo en el centro de salud. Se realizó una pregunta respecto a esto, el 69% considera importante la salud bucal durante el embarazo; sin embargo, el 31% no consideran así.

La salud bucal con respecto a la afectación que tiene debido a las limitaciones ya mencionadas, se encontró un estudio de **Patricia Hernández Rivera 2021** en el que se recopilaron datos que indican que más del 30% de las mujeres embarazadas sufre enfermedad periodontal. Comparando esta información con el proyecto, se evaluó el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas acerca de la enfermedad periodontal, en la que el 93% ignora que es la enfermedad periodontal.

Examinando los resultados de la encuesta, el 21% de las mujeres casi no cepilla sus dientes, y el 32% solo cepilla sus dientes una vez al día, favoreciendo la posible aparición de enfermedad periodontal por mala higiene bucal.

Se evaluó la posible presencia de enfermedad periodontal en las mujeres embarazadas del centro de salud, el 79% indicó presentar enfermedad periodontal en sus inicios (Gingivitis); por inflamación y sangrado de sus encías, el 17% cuenta con evolución de la enfermedad periodontal (periodontitis); pues menciona presentar movilidad dental. Confirmando esta información, la enfermedad periodontal constituye un problema de salud pública.

“Datos científicos mencionan que los mediadores inflamatorios de la enfermedad periodontal activan las contracciones uterinas y la dilatación cervical; por lo que se relacionan como un factor de riesgo para sufrir un parto de pretérmino, o riesgo de bajo peso al nacer. ¹

Se consideran las opiniones de las mujeres embarazadas sobre el tema de las limitaciones en la atención odontológica en el centro de salud, pues el 18% opina que los problemas económicos

son una limitación, el 46% que la dificultad para ingresar al servicio dental, y 36% cree que la ignorancia sobre la atención odontológica durante el embarazo.

En cuanto a las medidas que consideran las mujeres embarazadas para mejorar la atención odontológica en el centro de salud, el 44% opina que el incrementar la disponibilidad de horarios del servicio dental, el 30% opina que el capacitar a los odontólogos del centro de salud, y 26% propone realizar campañas dirigidas a las mujeres embarazadas sobre la salud bucal y su importancia durante el embarazo.

El 69% piensa que los odontólogos del centro de salud no están capacitados para dar atención odontológica a embarazadas. El 28% tiene una buena impresión sobre la atención odontológica en el centro de salud, el 66% mala y el 6% muy mala.

II.8 CONCLUSIÓN

La mujer embarazada vive un hecho crucial en su vida, ya que el embarazo es un proceso biológico pero también social, conlleva felicidad pero también tristeza, expresa individualidad pero también comunalidad, libertad pero también esclavitud, en medio de toda esta complejidad que tiene efectos que trastocan el proyecto de vida de la mujer embarazada, se deja a un lado la atención odontológica durante el embarazo, que se debe justamente a la asociación de ciertas limitaciones que surgen en la vida de la mujer embarazada y que pueden generar enfermedades bucales como: la enfermedad periodontal que es la patología más común en esta etapa, así como pueden manifestarse problemas severos que afectan la salud de la mujer y del feto.

El tema de limitaciones en la atención odontológica en pacientes embarazadas y el manejo y el comportamiento de la enfermedad periodontal se juzga que es un tema de suma importancia que debe de investigarse más en nuestro país, ya que no existen muchos estudios acerca de esto, pues ha sido soslayado por varias creencias erróneas, que provoca que la mayoría de los casos odontológicos en la mujer embarazada no se trate, y pueda evolucionar a condiciones más severas como ya se mencionó. Así como debe considerarse con atención la enfermedad periodontal en el embarazo y tratar de resolverla, como también conservar las piezas dentales posibles para obtener mayores expectativas en la salud bucal de la mujer embarazada.

Fueron seis de las limitaciones más predominantes que se presentaron en el centro de salud de Xochimilco las cuales fueron: 1. Los problemas económicos, 2. La ansiedad 3. El estrés 4. La depresión (todos estos como estados de ánimo y de conducta), 5. la ignorancia y falta de información sobre la atención odontológica en el embarazo y 6. el trato y la mala práctica odontológica a las mujeres embarazadas del centro de salud de Xochimilco.

De acuerdo con la investigación y basado en las opiniones de las mujeres encuestadas para una mejoría, se concluye las siguientes soluciones que pueden ser aplicadas a estas limitaciones mencionadas anteriormente:

- 1.-Campañas dirigidas a mujeres embarazadas del centro de salud de Xochimilco sobre la salud bucal y su importancia durante el embarazo; una de las estrategias para disminuir estas limitaciones y patologías bucales como la enfermedad periodontal.
- 2.-Capacitación del personal de odontología del centro de salud de Xochimilco, sobre las generalidades del embarazo y el correcto manejo odontológico a pacientes embarazadas.

3.- Ofrecer una buena práctica odontológica a mujeres embarazadas para evitar algún tipo de trauma y mejorar el vínculo con la paciente, así como brindar un ambiente de trabajo cómodo y de confianza para un tratamiento satisfactorio y de éxito.

4.-Incrementar la disponibilidad del horario del servicio dental en el centro de salud de Xochimilco, cumpliendo el horario establecido.

5.-Informar a la mujer embarazada y a la población en general que acude al centro de salud de Xochimilco, acerca del servicio dental como gratuito.

Este proyecto de investigación no eliminará la raíz del problema que son las limitaciones en la atención odontológica a mujeres embarazadas, pero la información recopilada ayudará a instituciones de salud, principalmente al centro de salud de Xochimilco a reducirlas.

II.9 BIBLIOGRAFÍA

1. Patricia Hernández Rivera. Manejo odontológico de la paciente embarazada. Revista médica de la universidad de costa rica [en línea] San José, Costa rica: marzo 2021 [fecha de acceso 30 de agosto del 2021]; vol. 7(2):12-25 pp. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/14956/14216>
2. José Luis Castellanos y cols. Medicina en Odontología, Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 2 ed. México: Editorial el manual moderno; 2002.
3. Delia Guadalupe Ramos Guevara. Salud Oral en Etapa Gestacional. Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología [en línea] Guayaquil, Ecuador: 2021 [fecha de acceso 07 de septiembre del 201]; vol. 1:6-53 pp. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51752>
4. Pedro Gutiérrez Lizardi y cols. Urgencias médicas en odontología, 2a ed. México: Editorial el manual moderno; 2012.
5. Newman Takei Klokkevold Carranza. Periodontología Clínica. 11va ed. México: editorial Amolca; 2014.
6. J Martín Maldonado Durán. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud PAHO [en línea] Washington: 2011. [fecha de acceso 13 de octubre 2021] 1a ed. PALTEX. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Nimfi Israel Magan Rodríguez. Evaluación del conocimiento sobre protocolos de manejo y odontológico asociado al trimestre gestacional en el centro de salud de Calca - Cusco. Universidad Andina del Cusco [en línea] Calca, Cusco: 2022. [fecha de acceso 10 de enero del 2022]; vol. 1:10-51 pp. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5033/Nimfi_Tesis_bac_hiller_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Óscar Alejandro Bonilla Sepulveda. Estrés, ansiedad y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Revista de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana Medicina U.P.B. [en línea] Colombia: mayo 2021 [fecha de acceso 11 de enero del 2021]; vol. 40(1):2-9 pp. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/7013/6547>
9. Ma Dolores Ortiz Huendo. Depresión y Ansiedad en Adolescentes embarazadas. Rev. Arbitrada del Centro de investigación y estudios gerenciales [en línea] Barquisimeto,

- Venezuela: diciembre 2019 [fecha de acceso 25 enero del 2021]; vol. 1:250-262 pp. Disponible en: [https://www.grupocieg.org/archivos_revista/Ed.40%20\(250-262\)%20Ma%20Dolores%20Ortiz%20Huendo_articulo_id559.pdf](https://www.grupocieg.org/archivos_revista/Ed.40%20(250-262)%20Ma%20Dolores%20Ortiz%20Huendo_articulo_id559.pdf)
10. Gabriela Perrotta. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología UBA [en línea] septiembre 2012 [fecha de acceso 02 de enero 2022]; vol. 4:5-78 pp. Disponible en: http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_n_4.pdf
 11. Yamilet López Rodríguez. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev. Cubana de Enfermería [en línea] Camagüey, Cuba: enero 2012 [fecha de acceso 16 diciembre 2021]; vol. 28(1):23-36 pp. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n1/enf04112.pdf>
 12. José Luis Castellanos y cols. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 3a ed. México: Editorial el manual moderno; 2015.
 13. Francisca Troncoso Sepulveda. Ansiedad dental y su relación con el estado de salud oral en embarazadas atendidas en un servicio de atención primaria para la Región Metropolitana. Universidad de Chile, Instituto de investigación en ciencias odontológicas área ciencias del comportamiento [en línea] Chile: 2019. [fecha de acceso 04 de Enero 2022]; vol. 1:5-45 pp. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/177736/Ansiedad-dental-y-su-relaci%C3%B3n-con-el-estado-de-salud-ora-%20en-embarazadas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. A Namankany, Al, M de Souza y Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. British Dental Journal [online]; 2012 [access date January 7, 2022]; vol. 212(5):219–222 pp. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22402535/>
 15. Roberth Alirio Ortiz Martínez, Alejandra Castillo. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. Rev Colombiana de Psiquiatría [en línea] Colombia: 2016 [fecha de acceso 31 de noviembre del 2021]; vol. 45(2): 75-83 pp. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a04.pdf>
 16. María De los Angeles Herane B, Carlos Godoy C, Patricio Herane C. Enfermedad periodontal y embarazo. Revisión de la literatura. Rev médica clínica condes [en línea] Chile: 2014 [fecha de acceso 9 de septiembre del 2021]; vol. 25(6):936-943 pp. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706418>
 17. Elena Figuero, Ana Carrillo de Albornoz, Conchita Martin, Aurelio Tobias, David Herrera. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic

- review. J Clin Periodontol. [online]; 2013 [access date January 10, 2022]; vol. 40(5):457-73 pp. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23557432/>
18. Philip D. Marsh P, Michael AO Lewis, Helen Rogers, David Williams, Melanie Wilson. Oral microbiology. 6a ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone: Editorial Elsevier; 2016.
 19. Juan Ramón Maestre. Infecciones bacterianas mixtas de la cavidad oral. Rev Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica [en línea] Madrid: 2002 [fecha de acceso 11 de octubre del 2021]; vol. 20:98-101 pp. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X02727560>
 20. Antonio Bascones Martínez, José Manuel Aguirre Urizar, Ambrosio Bermejo Fenoll, Andrés Blanco, Cosme Gay-Escoda, Miguel Ángel González Moles. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Medicina Oral y Patología Oral [en línea] 2004 [fecha de acceso 12 de octubre del 201]; vol. 9:363-376 pp. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v9n5/01.pdf>
 21. Ricardo Arteaga Bonilla, Ricardo Arteaga Michel. Tratamiento de las infecciones odontogénicas. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría [en línea] Bolivia: 2006 [fecha de acceso 13 de octubre del 2021]; vol. 45:166-170 pp. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752006000300006
 22. Ana Patricia Vargas Casillas, Beatriz Raquel Yáñez Ocampo. Clasificación de enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias 2018. Primera Parte. Rev Odontológica Mexicana [en línea] México: 2021 [fecha de acceso 10 de septiembre del 2021]; vol. 25(1):10-26 pp. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2021/uo211b.pdf>
 23. Mg. Carmen Quintana Del Solar, Carola Clemente Romero, José Juan R. Colán Sánchez. Enfermedad Gingival y Periodontal del niño adolescente. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos [en línea] Lima, Perú: 2010 [fecha de acceso 8 de septiembre del 2021]; vol. 1:2-147 pp. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/clemente_rc.pdf
 24. European Federation of Periodontology EFP. Periodontitis, Nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias, Orientación para clínicos. Madrid: España: SEPA; 2019. Disponible en: <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-del-alba/periodoncia/2-periodontitis-sepa-guia-sobre-nueva-clasificacion/32137331?origin=course-suggestion-1>

25. JW Little and others. Dental management of medically compromised patient, Ninth ed. Mosby; 2008. 268-278 pp.
26. M Ring. Historia de la odontología, 1a ed. España: Editorial Doyma; 1989.
27. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Nicole Yaksic B. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología [en línea] Santiago, Chile: 2012 [fecha de acceso 01 de noviembre del 2021]; vol. 67(6): 481-487 pp. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009
28. Carneza Ricardo Ramírez, Matilde Álvarez Gómez, Ocampo-Saldarriaga María Victoria Ocampo Saldarriaga, Andrés Felipe Tirado Otálvaro. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013: factores de riesgo asociados. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea] Colombia: 2015 [fecha de acceso 30 de noviembre del 2021]; vol. 66(2): 94-102 pp. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n2/v66n2a02.pdf>
29. Roberth Alirio Ortiz Martínez, Alejandra Castillo. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. Rev. Colombiana de Psiquiatría [en línea] Colombia: 2016 [fecha de acceso 31 de noviembre del 2021]; vol. 45(2): 75-83 pp. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a04.pdf>
30. Gladys Ibáñez, Marie Aline Charles, Anne Forhan, Guillaume Magnin, Olivier Thiebaugeorges, Monique Kaminski. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. Elsevier [on line] August, 2012 [access date November 03, 2021]; vol. 88(8):643-649 pp. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378378212000424?via%3Dihub>
31. Sonia Constanza Concha Sánchez. Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá. Facultad de Medicina, Doctorado interfacultades en Salud Pública Bogotá [en línea] Bogotá, Colombia: 2015 [fecha de acceso 15 de septiembre del 2021]; vol. 1:2-376 pp. Disponible en: [https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/55763/\(1\)63317599.2015.pdf?sequence=1](https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/55763/(1)63317599.2015.pdf?sequence=1)
32. Sociedad Argentina de Periodontología. Clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantares 2017. J Periodontal y Clin Periodontal: AAP y EPF; 2017. Disponible en: https://saperiodoncia.org.ar/wp-content/uploads/2021/03/Clasificacion-AAP-EFP_2017_con-aclaraciones-2020.pdf

Capítulo III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA

El servicio social se realizó en el centro de salud T-III Xochimilco, ubicado en Av. Juárez #2, Barrio San Juan Xochimilco, CP 16070, CDMX, correspondiente a las Jurisdicción Sanitaria Xochimilco de la Secretaría de Salud.

Los recursos que cuenta el centro de salud son los siguientes: Solicitud de expediente clínico, hoja de gratuidad, constancia de discapacidad y electrocardiograma.

- Vacunas
- Odontología
- Psiquiatría
- Psicología
- Nutrición
- Rayos X
- Laboratorio

Programas de servicio:

- Servicios amigables para adolescentes de 10 a 19 años
- Planificación familiar
- Atención de embarazo
- Enfermedades crónicas
- Estimulación temprana

III.1 Responsables del Proyecto de Investigación y sus Funciones:

Responsables	Función
1.- P.S.S.O Jessica Ivonne Torres Villanueva	Pasante de servicio social de la carrera de estomatología de la promoción Agosto 2021 que realizó la presente investigación en el centro de salud de Xochimilco.
2.- C.D.P.B Angélica Araceli Cuapio Ortiz	Asesora de proyecto de investigación de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

Capítulo IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

IV.1 Sesiones Académicas

Actividad	
Sede de la sesión:	C.S.T-III XOCHIMILCO
Número de sesiones:	12 Doce
Capacitación al personal dentro de la unidad de salud	<ul style="list-style-type: none">- Capacitación al personal dentro de la unidad de salud.- Enfermedades crónico degenerativas y estadística poblacional del C.S.T III Xochimilco y jurisdiccional.- NOM-046-SSA2-2002 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterio, prevención y atención. El día jueves 17 de febrero del 2022.- NOM-039-SSA2-2015, Para la atención y control de las infecciones de transmisión sexual. El jueves 24 de febrero del 2022.- GPC SS-202-09 Manejo de anticonceptivos temporales, hormonales en mujeres en edad reproductiva en el primer y segundo nivel de atención. El día jueves 17 de marzo del 2022.- NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. El día jueves 14 de abril del 2022- Acciones esenciales para la seguridad del paciente. El día jueves 28 de abril del 2022.- NOM.031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño. El día jueves 28 de abril del 2022.
Ponente	1. La pasante presentó la plática a embarazadas

	<p>con el tema de “Gingivitis y enfermedad periodontal en el embarazo” (15 participantes). El día 9 de noviembre del 2021.</p> <p>2. La pasante participó en la exposición con el tema “NOM-013-SSA2-2015 Para la prevención y control de enfermedades bucales”, que se llevó a cabo el día 01 de abril del 2022, de 12:30 A 2:15 pm hrs en el auditorio del centro de salud de Xochimilco.</p>
--	---

IV.2 Actividades de Promoción a la Salud

Actividad	Fecha
Jornada de vacunación COVID-19 en jóvenes de 18 a 29 años de edad.	Del 8 al 23 de agosto del 2021
Jornada Nacional de salud.	En el mes de noviembre del 2021
Jornada de vacunación COVID-19 de refuerzo (3er dosis) para personas adultas de 60 y más años.	El día 14,15,16,17 y 18 de diciembre del 2021.
Feria de salud	18 de abril del 2021
Feria de salud en el barrio la asunción	23 de mayo del 2022
Jornada de vacunación COVID-19 para las edades de 12,13 y 14 años de edad.	24, 30 y 31 de mayo del 2022
Feria de salud en caltongo	16 de mayo del 2022
Jornada de vacunación COVID-19	Durante el mes de Junio del 2022

para niños de 11,10 y 9 años	
Pláticas educativas en la sala de espera del centro de salud Xochimilco	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizaron 13 pláticas a 285 personas, los días 1, 3,6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 20 y 21 en el mes de septiembre del 2021. - Se realizaron 12 pláticas a 390 personas, los días 11, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27 y 28 en el mes de octubre del 2021. - Se realizaron 16 pláticas a 593 personas, los días 4,5,8,9,10,12,16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26 y 29 en el mes de noviembre del 2021. - Se realizaron 11 pláticas a 351 personas, los días 29,30, 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 y 13 en el mes de diciembre del 2021. - Se realizaron 15 pláticas a 650 personas, los días 3, 7, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 16, 27, 28 y 31 en el mes de enero del 2022. - Se realizaron 18 pláticas a 684 personas, los días 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25 y 28 en el mes de febrero del 2022. - Se realizaron 22 pláticas a 815 personas, los días 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17,18, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30 y 31 en el mes de marzo del 2022. - Se realizaron 19 pláticas a 675 personas, los días 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28 y 29 en el mes de abril del 2022. - Se realizaron 11 pláticas a 344 personas, los días 2, 3, 4, 5, 6, 9, 23, 24, 25, 26 y 27 en el mes de mayo del 2022.
Pláticas educativas en primarias	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizaron 16 pláticas a 1,825 niños, en 2 escuelas primarias en el mes de septiembre del 2021 a mayo del 2022.

IV.3 Actividades en Módulo

Consultas	Realizadas
Pacientes de primera vez	14 (Catorce)
Pacientes subsecuentes	21 (veintiuno)
TOTAL	35 (treinta y cinco)

IV.4 Consultas por Grupo de Edad

Consultas	Realizadas
Niños (0 a 15 años)	5 (Cinco)
Adultos (16 a 69 años)	30 (Treinta)
Adultos mayores (70 años y más)	0 (Cero)
TOTAL	35 (Treinta y cinco)

IV.5 Actividades Preventivas

Actividades	Realizadas
Control de placa dentobacteriana	35 (Treinta y cinco)
Técnica de cepillado	35 (Treinta y cinco)
Uso de hilo dental	35 (Treinta y cinco)
Aplicación tópica de flúor	0 (Cero)
Aplicación de barniz fluorado	13 (Trece)
Selladores de fosetas y fisuras	12 (Doce)

Profilaxis	15 (Quince)
Pláticas	59 (Cincuenta y nueve)
TOTAL	204 (Doscientos cuatro)

IV.6 Actividades Curativas Supervisadas

Actividades	Realizadas
Odontoxesis	11 (Once)
Historias clínicas	14 (Catorce)
Amalgamas	0 (Cero)
Resinas	33 (Treinta y tres)
Obturaciones semi permanentes	1 (Uno)
Terapia pulpar	0 (Cero)
Exodoncias	7 (Siete)
Farmacoterapia	3 (Tres)
Tratamientos terminados	6 (Seis)
TOTAL	75 (Setenta y cinco)

IV.7 Actividades en Campo (Escuelas)

Actividad	Realizadas
Control de placa dentobacteriana	1,825 (Mil ochocientos veintiocho)
Técnica de cepillado	1,825 (Mil ochocientos veintiocho)

Uso de hilo dental	1,825 (Mil ochocientos veintiocho)
Colutorio	0 (Cero)
Pláticas	16 (dieciséis)
TOTAL	5,491 (Cinco mil cuatrocientos noventa y uno)

Capítulo V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron varias actividades de promoción a la salud a lo largo del servicio social, tales como:

1. Jornadas de vacunación COVID-19 aplicadas a diferentes grupos de edad, en diversos lugares que fueron establecidos para este fin. Al inicio de estas jornadas se podía observar que mucha gente tenía dudas acerca de aplicarse la vacuna, pues se corrían rumores de su efectividad, y, por lo tanto, no se veía mucha gente a lo largo de las primeras jornadas. Como fue pasando el tiempo y la COVID-19 afectaba a la gente, aquellas personas que no creían empezaron a temer por su vida, así que comenzaron a aplicarse la vacuna. El gobierno pudo abastecer las necesidades de toda la población y la mayoría acudió a aplicarse la vacuna. Las medidas de bioseguridad en estas áreas eran de lo más excepcional y el personal de salud hizo su mejor esfuerzo poniendo en riesgo su vida sin importar.
2. Las ferias de salud se efectuaron en diversos barrios de Xochimilco, estas eran asignadas forzosamente para los pasantes de servicio social de diferentes servicios, y su finalidad era la de promocionar su mismo servicio (en este caso el de odontología del centro de salud de Xochimilco), se iba otorgando material (cepillos de dientes, cubre cepillos, folletos y cubrebocas) a las personas que se acercaban a preguntar sobre el servicio. El material destinado a estas ferias fue suficiente. Las medidas de bioseguridad eran buenas, estas personas eran atendidas de la mejor manera posible informándoles y resolviendo cualquier duda que se les atravesara en el momento.
3. Las actividades de promoción a la salud en el servicio de odontología en el centro de salud de Xochimilco, principalmente se basaba en atender la consulta. Se atendieron a personas de diferentes grupos de edad y a cada una de ellas se les brindó atención bucal preventiva, curativa y por la línea de vida, se les explicaba sobre la técnica de cepillado y de hilo dental. Las medidas de bioseguridad para los odontólogos tratantes eran excelentes ya que se contaba con todas las barreras de protección posibles, los pacientes eran atendidos por los diferentes odontólogos que conformaban el servicio dental y por lo tanto la experiencia de cada uno de ellos era diferente.
Se realizaron pláticas informativas de varios temas de odontología en la sala de espera del centro de salud, con la finalidad de invitarlos a tratarse gratuitamente.
4. Se realizaban actividades de promoción en escuelas primarias, dando pláticas informativas de varios temas de odontología en las dos escuelas primarias asignadas a cada pasante, con la finalidad de promocionar la salud bucal y concientizar a los niños

desde pequeños sobre su importancia. Se pudieron realizar actividades prácticas como la del cepillado de dientes, estas se realizaron en momentos en los que la COVID-19 había disminuido significativamente y los padres aprobaron y firmaron para realizar dicha actividad con sus niños, sin embargo; jamás se dejó de lado las medidas básicas de protección y se aplicaba esta técnica con precaución y por grupos pequeños al día.

Capítulo VI. CONCLUSIONES

La mejor experiencia durante el servicio social en el centro de salud de Xochimilco fue la de las Jornadas de vacunación COVID-19, ya que al ser un evento único en el mundo se experimentaron muchas emociones, dejando aprendizajes tanto personales como profesionales. Fue que con esta se presenciaba la sensación más intensa en la vida, pues nos percatamos de la situación terrible que estábamos atravesando en ese momento, y afortunadamente se presentó la oportunidad de apoyar. Durante las jornadas de vacunación se realizó un audio que constaba de las indicaciones de cada vacuna que se aplicaba por jornada y por edades, este para resolver dudas acerca de los posibles efectos secundarios de las vacunas a todas las personas que acudieron al deportivo de Xochimilco, área que fue designada para esta labor.

Durante la consulta dental en el centro de salud, se pudo obtener más experiencia profesional atendiendo a gente de diferentes edades, y a su mismo se brindó la mejor atención aplicando todos los conocimientos de odontología aprendidos, los pacientes se iban satisfechos y regresaban constantemente para a continuar con su tratamiento.

Al tratar con mucha gente durante la pasantía en el centro de salud y realizando diversas actividades hubo mejoría en la comunicación y la calidad de exponer temas diferentes de odontología destinados a personas que acudían al centro de salud. Estas personas se veían interesadas en el tema expuesto y hacían preguntas que, por supuesto se resolvían en el momento, muchas de estas personas acudieron al siguiente día al servicio dental del centro de salud de Xochimilco.

La experiencia que se obtuvo dando pláticas en escuelas primarias a niños de 6 a 12 años, fue excepcional, pero, sin embargo, es una labor muy complicada que sin duda se admira a los maestros.

ANEXOS

ENCUESTA:



Mi nombre es Jessica Ivonne Torres Villanueva, pasante de servicio social de la carrera de odontología, me encuentro realizando un proyecto de investigación que lleva como tema “Limitaciones en la atención en pacientes embarazadas con enfermedad periodontal en el centro de salud T-III Xochimilco”.

Agradezco tu apoyo, contestando las siguientes preguntas.

Instrucciones: Por favor lee cada pregunta cuidadosamente y selecciona la opción que desees, de acuerdo con tu criterio, conocimiento y experiencia.

Recuerda que estas preguntas están diseñadas para recopilar opiniones y percepciones individuales de cada mujer embarazada y que puede ser anónima.

Nombre:(opcional) _____

Edad: _____

Estado civil: soltera _____ casada _____ con pareja _____

Nivel de estudios: Primaria _____ Secundaria _____ Bachillerato _____ Licenciatura _____

Ocupación: _____

1.- ¿Con quién vives?

- a) Con mi esposo o pareja
- b) Con mis hijos
- c) Con familiares

2.-En tu vivienda ¿Cuentas con todos los servicios básicos, agua, luz y drenaje?

- a) Si
- b) No
- d)

3.- ¿Es tu primer embarazo?

- a) Sí
- b) No (2 o más embarazos)

4.- ¿Cada cuanto te cepillas los dientes?

- a) 1 vez al día
- b) 2 o 3 veces al día
- c) Casi no me los cepillo

5.-En cuanto a tu higiene personal ¿Cada cuanto te aseas?

- a) Diario
- b) 1 día sí y 1 día no
- c) Cada 3 días o más

6.- ¿Experimentas ansiedad o temor al recibir atención odontológica?

- a) Sí
- b) No

7.- ¿Acudir al odontólogo te provoca frustración o estrés?

- a) Si
- b) No

8.- ¿Has tenido alguna experiencia traumática acudiendo al servicio de odontología en el centro de salud?

- a) Si
- b) Si, pero en otro lugar
- c) No

9.-Económicamente, ¿Cómo consideras que te encuentras?

- a) Bien
- b) Mal
- c) Masomenos

10.- ¿Consideras que el dinero es una barrera para poder acudir al odontólogo en el centro de salud?

- a) Si
- b) No

11.- ¿Cómo te sientes en estos momentos de tu embarazo?

- a) Feliz
- b) Triste
- c) Normal

12.- ¿Has sentido suficiente apoyo de tus familiares o esposo/pareja durante tu embarazo?

- a) Tengo mucho apoyo
- b) A veces me siento apoyada
- c) No, no me siento apoyada

13.- ¿Has recibido algún tipo de agresión de parte de tus familiares o esposo/pareja?

- a) Si
- b) No

14.- ¿Has tenido pensamientos negativos durante tu embarazo?

- a) Si
- b) No

15.- ¿Has hablado con el odontólogo o con algún profesional del centro de salud sobre tus sentimientos durante tu embarazo?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

16.- ¿Consideras importante la atención odontológica durante el embarazo?

- a) Sí
- b) No

17.- ¿Crees que las mujeres embarazadas enfrentan limitaciones que no permiten la atención odontológica en el centro de salud?

- a) Sí
- b) No

18.- ¿Cuál crees que es la limitación más común que enfrentan las mujeres embarazadas en la atención odontológica en el centro de salud?

- a) Problemas económicos
- b) Dificultad para ingresar al servicio dental (papeleo o disponibilidad de turnos)
- c) Ignorancia sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo.

19.- ¿Sabes que es la enfermedad periodontal (Gingivitis y periodontitis)?

- a) Si
- b) No

20.- ¿Durante tu embarazo has notado que al cepillarte los dientes te sangran las encías?

- a) Si
- b) No

21.- ¿A lo largo de tu embarazo has notado que se te mueve algún diente?

- a) Si
- b) No

22.- ¿Cuáles de estos problemas crees que sucedan si no se recibe atención odontológica durante el embarazo para la madre como para el feto?

- a) Aumento de enfermedades bucales para la madre.
- b) Mayor riesgo de parto prematuro o bajo peso al nacer para el bebé
- c) Enfermedad periodontal (Gingivitis y Periodontitis) que provoca pérdida de dientes
- d) No tengo idea

23.- ¿Consideras que falta más información sobre la importancia de la atención odontológica durante el embarazo en el centro de salud?

- a) Sí
- b) No

24.- ¿Qué medidas consideras necesarias para mejorar la atención odontológica para las mujeres embarazadas en el centro de salud?

- a) Incrementar la disponibilidad del servicio odontológico.
- b) Capacitar a los odontólogos del centro de salud sobre la atención odontológica a embarazadas.
- c) Realizar campañas educativas dirigidas a mujeres embarazadas sobre la importancia de la salud bucal.

25.- ¿Crees que los odontólogos del servicio de odontología del centro de salud están capacitados para brindar atención odontológica a mujeres embarazadas?

- a) Sí
- b) No

26.- ¿Cuál es tu percepción sobre la calidad de la atención odontológica que brinda el centro de salud a mujeres embarazadas?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Mala
- d) Muy mala