

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

“IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN DENTAL PRENATAL.
PREVENCIÓN DESDE EL EMBARAZO”
INFORME DE SERVICIO SOCIAL

CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DENTALES
“DR. HONORATO VILLA ACOSTA”

DULCE ODALY BADILLO RIVAS
MATRICULA 2153026550

PERIODO ENERO DE 2020 - ENERO 2021

FECHA DE ENTREGA 06 MARZO 2023

ASESOR: C.D.E.P. ALFREDO GARCILAZO GOMEZ



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL
C.D.E.P. ALFREDO GARCILAZO GOMEZ



COMISION DEL SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE
ESTOMATOLOGIA DE LA UAM- XOCHIMILCO
C.D. KARLA EUGENIA MIGUELENA MURO

Resumen

El presente trabajo muestra las actividades realizadas durante el año de servicio social comprendido de Enero 2020 a Enero 2021 en la clínica de especialidades dentales perteneciente al ISSSTE “DR. HONORATO VILLA ACOSTA”, ubicado en la prolongación Guerrero No 358, Unidad Habitacional Nonoalco Tlatelolco, C.P. 06900, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX., dentro de la cual se me permitió rolar en el servicio de odontopediatría donde realice diversas actividades clínicas y administrativas; de igual forma tuve la oportunidad de asistir a un congreso de temas odontológicos que la clínica organiza y con el fin de complementar el aprendizaje y como parte de la enseñanza de este centro, cada semana se tomaban clases donde abordábamos diversos temas con diferentes expositores expertos como lo fueron enfermeras y otros doctores especialistas acorde al tema que trataremos. Debido al inicio de la pandemia del virus SARSCOV2, la clínica tomo la decisión de suspender la asistencia de pasantes al servicio social, de modo que estuvimos en contacto vía remota para nuestra investigación y entregando trabajos como carteles de algunos temas.

De igual manera y como parte de la aportación del servicio social se presenta un trabajo de investigación titulado “*Importancia de la educación dental prenatal. Prevención desde el embarazo*” que es el resultado de una exhaustiva y sistemática búsqueda de información en diversas fuentes bibliográficas, obteniendo como resultado independiente a la investigación mencionada un “*Cronograma de seguimiento para la evaluación y prevención de patologías dentales en pacientes embarazadas*” que con el propósito de realizar acciones preventivas en esta población y dando una pequeña guía al profesional estomatólogo se sintetiza en un formato para su rápida realización.

ÍNDICE

CAPITULO I	6
Introducción general.....	6
CAPITULO II	7
Trabajo de investigación	7
Introducción	7
Justificación	7
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Material y métodos	8
Criterios de exclusión	8
Criterios de inclusión	8
Marco Teórico.....	9
Desarrollo del tema	12
Cuidados preconceptionales	12
Recomendaciones clínicas durante el embarazo	18
1. Consejos de salud oral para el recién nacido	25
2. Discusión	31
3. Conclusiones	32
Anexos	33
Cronograma de seguimiento para la evaluación y prevención de patologías dentales en pacientes embarazadas	39
Bibliografía	47
Capítulo III	49
Descripción de la plaza	49

Ubicación geográfica	49
Colindancias con las alcaldías	51
Características de la población	51
Población	53
Economía	54
Datos culturales y curiosos	54
Datos históricos	54
Lugares de interés	54
Población de clínica de especialidades dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, del ISSSTE.....	55
CAPITULO IV	62
Informe numérico narrativo	62
CAPITULO V	64
Análisis de la información.....	64
CAPITULO VI	65
Conclusiones	65

CAPÍTULO I

RESUMEN DEL INFORME

Realice el servicio social en la clínica de especialidades dentales perteneciente al ISSSTE “DR. HONORATO VILLA ACOSTA”, ubicado prólongación Guerrero No 358, unidad Habitacional Nonoalco Tlatelolco, C.P. 06900, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX., durante el periodo que comprende desde Enero 2020 a Enero 2021; encontrándome en el servicio de odontopediatría donde realice diversas actividades: como fueron técnica cuatro manos, lavado de instrumental realizando principios de sepsia y antisepsia, realizando procedimientos de lavado de manos, de instrumental y de esterilización, también participando en los diagnósticos de pacientes pediátricos, también actividades propias de asistente dental en los diversos procedimiento que el C.D.E.O. Víctor Uriel Guzmán Aguirre realizaba en los pacientes.

Durante mi estancia asistí a un congreso de temas odontológicos que la clínica organizo, de igual forma como parte de la enseñanza de este centro cada semana se realizaba una clase donde abordábamos diversos temas en donde el Dr. Alfredo Rosas encargado del área de servicio social se encargaba de ampliar nuestro conocimiento y retroalimentarnos, buscando diferentes expositores como enfermeras y otros doctores especialistas en los temas que se abordaban y en donde nosotros como pasantes también generábamos conocimiento a través de exposiciones, en mi caso el tema de asepsia.

Debido al inicio de la pandemia del virus SARSCOV2, la clínica tomo la decisión de suspender la asistencia de pasantes al servicio social, de modo que estuvimos en contacto vía remota para nuestra investigación y entregando trabajos como carteles de investigación de algunos temas asignados.

CAPITULO II

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

El impacto de la salud bucal en la salud sistémica ha sido ampliamente comprobado, así como la relación bidireccional de ambas condiciones, se requiere revisiones constantes, en donde el estomatólogo deberá estar consciente de la importancia de este aspecto para atender adecuadamente y aplicar las medidas preventivas encaminadas para conservar el bienestar de la cavidad bucal antes, durante y después del embarazo.

Las mujeres embarazadas son un claro ejemplo de la relación que existe entre la salud bucal y el bienestar integral existen varios estudios relacionados con la salud oral en embarazadas y sus bebés; lo preocupante es la gran desinformación que existe en esta población, así como, de las falsas creencias que hay en relación a este tema.

Una de las maneras para acabar con esta desinformación y sus respectivas consecuencias patológicas, son las estrategias preventivas de educación para el autocuidado, promoviendo comportamientos saludables. El período del embarazo es el idóneo para orientar a las futuras madres que se sienten más motivadas y receptivas a cambios de actitud y conducta, para captar información y aprender sobre la salud oral. La salud materno infantil en sus distintos períodos, sobre todo en el período prenatal, es uno de los temas más relevantes para la sociedad a nivel internacional, tanto para las mujeres embarazadas como posteriormente los bebés deben incluirse en programas básicos de atención, para realizar acciones tanto de educación, prevención, como de recuperación de la salud materna y postnatal, de esta forma la prevención desde el embarazo y los conocimientos adecuados sobre caries dental, alimentación adecuada, higiene dental, erupción dental, hábitos nocivos para la salud dental; pueden marcar la diferencia en cuanto a la salud, no solo de la madre durante la gestación, sino del niño desde el momento de su nacimiento, pudiendo así evitar afecciones desde edades muy tempranas.

La presente revisión bibliográfica comprende la prevención desde el embarazo hasta el post parto y los conocimientos básicos que una gestante debe tener en consideración.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente las mujeres embarazadas han sido consideradas como población de alto riesgo, representan un claro ejemplo de la relación entre salud bucal y el bienestar integral de ellas, como de sus bebés sin embargo la desinformación acerca de la prevención dental favorece la aparición de distintas patologías bucales, especialmente caries y gingivitis, que de no recibir a tiempo el tratamiento adecuado pueden generar complicaciones que afectan su salud general y a su vez la de sus bebés. En México se ha registrado un aumento global de la caries en niños pequeños aproximadamente 10 millones de niños entre los dos y cinco años,

padecen caries según los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, de la misma manera diversos estudios revelan la desinformación respecto a la prevención de padecimientos bucales propios del embarazo, por lo que repercute en la salud de los futuros bebés.

OBJETIVO GENERAL

La presente investigación bibliográfica tiene como objetivo brindar las herramientas esenciales al profesional estomatólogo para realizar actividades preventivas, además de la secuencia terapéutica ideal con el fin de lograr y conservar la salud bucal en pacientes embarazadas, lo que además impactara en sus productos, disminuyendo las patologías bucales en niños en edades tempranas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las modificaciones que ocurren en la cavidad bucal durante cada uno de los trimestres en los que dividiremos el embarazo.
- Analizar las enfermedades más frecuentes que ocurren durante el embarazo en conjunto con su causas y tratamientos.
- Mencionar aspectos esenciales que todo estomatólogo debe conocer para el manejo de pacientes embarazadas durante la consulta dental que incluye momentos más adecuados para la atención estomatológica, posiciones, medicamentos, anestésicos, etc.
- Establecer un cronograma donde se realice un registro bucal de todos los aspectos que tiene mayor relevancia a valorar en una paciente embarazada.
- Explicar cómo realizar acciones de prevención y promoción de salud durante el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una amplia revisión bibliográfica detallada y sistemática en bases de datos, revistas, libros y organismos públicos vía internet acorde con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los artículos de revista, libros, documentos o sitios web públicos que contengan información acerca de la prevención, patologías bucales propias del embarazo y realización de tratamientos odontológicos, pacientes embarazadas y estudios relacionados a estos temas, con un margen de 15 años de antigüedad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los artículos que no contengan información acerca de la prevención, patologías bucales propias del embarazo y realización de tratamientos odontológicos, pacientes embarazadas y estudios relacionados a estos temas con un margen mayor a 15 años de antigüedad.

MARCO TEÓRICO

Desde 1983, la Organización Mundial de la Salud señaló que la salud bucal forma parte del bienestar general del individuo y también define salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries y la pérdida de dientes¹. También se consideran las enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar y todas aquellas que repercuten en el bienestar psicosocial. De la misma manera “la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto”. Y uno de los aspectos a tener en cuenta es la salud oral².

El embarazo es un evento que obliga al organismo materno a ciertos ajustes como son; el aumento de estrógeno y progesterona que produce vasodilatación capilar favoreciendo el exudado y la permeabilidad gingival colaborando a la aparición de una respuesta inflamatoria exagerada que en conjunto con el incremento de placa bacteriana causada por la deficiente higiene oral y la dieta propia en esta etapa, aunado a ello las diversas alteraciones vasculares como son incremento de la microvascularización del metabolismo tisular propician la aparición de gingivitis durante el segundo mes de gestación afectando desde el 30% al 100% de las gestantes, pudiendo dar como consecuencia también el inicio de la enfermedad periodontal o en caso de existir una enfermedad periodontal previa, esta se verá agravada^{3 4}.

Estudios recientes relacionan la presencia y gravedad de la enfermedad periodontal y otros factores; como el consumo de tabaco y alcohol en el segundo trimestre del embarazo, con el aumento de riesgo de parto prematuro atribuidos a las endotoxinas bacterianas y al aumento de los niveles de prostaglandinas, que favorecen las contracciones uterinas tempranas dando como resultado un parto prematuro; que es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en el mundo y los que sobreviven al período neonatal, tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades y son niños de bajo peso⁴.

En esta etapa también se produce la hormona relaxina, cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que tiende a desaparecer tras el parto³. Esta movilidad dentaria se diferencia por no llevar consigo pérdida de inserción dentaria, que no precisa tratamiento y remite posparto, ya que es raro que el daño periodontal sea irreversible⁴.

Al embarazo suelen acompañarle alteraciones en el estilo de vida; como son la disminución del cepillado dental incrementando así la cantidad de placa



Ilustración 1 Silueta de mujer embarazada.²⁴

dentobacteriana en las superficies dentarias, en conjunto con los ácidos gástricos presentes en las náuseas y vómitos causadas por el aumento de gonadotropina en el primer trimestre, erosionan la superficie del esmalte de los dientes, afectando comúnmente a los dientes anteriores³.

La mujer embarazada está sometida a unas situaciones en donde se ve alterada la composición salival y la flora oral produciéndose xerostomía fisiológica que facilita la aparición de caries. Existe la creencia de que se produce una desmineralización en los dientes de las gestantes debida a la pérdida del calcio para “el nuevo ser”, sin embargo, el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento conservando su contenido mineral toda la vida³.

Es común encontrar en pacientes embarazadas el granuloma del embarazo, “éplulis gravídico” o “tumor del embarazo”; es una tumoración benigna (1-5%) localizada en una zona con gingivitis en el vestíbulo del maxilar superior que suele remitir después del parto. Es habitual en los primeros embarazos, durante el primer y segundo trimestre³.

La cavidad bucal es sin duda un sitio que no escapa a los cambios y requiere su revisión bajo el concepto actual de atención interdisciplinaria e integral, en donde el estomatólogo deberá estar calificado para atender adecuadamente y aplicar las medidas preventivas encaminadas para conservar el bienestar de la cavidad bucal antes, durante y después del embarazo⁵.

Existen varios estudios relacionados con la salud oral en embarazadas y sus bebés; en la gran mayoría se habla sobre la desinformación que existe en esta población acerca de las dificultades que se pueden encontrar en este proceso². Así como, de las falsas creencias que hay en relación a este tema, las cuales influyen en las actitudes de las gestantes hacia el proceso salud-enfermedad. Algunos de los mitos son “descalcificación de los dientes”, “enfermedad de las encías”, o, incluso la afirmación de que “por cada hijo se pierde un diente”. Sin embargo, el embarazo constituye un conjunto de modificaciones fisiológicas que pueden afectar a la vulnerabilidad de sufrir alguna patología bucal, pero no provoca enfermedad por sí sólo. Variaciones en los niveles de hormonas, saliva, microorganismos, dieta, entre otros constituyen factores que pueden incidir en el desarrollo de enfermedades bucales, que debemos tener en consideración durante la gestación. Los dientes, los tejidos de soporte y sostén, la mucosa oral entre otros, son los más vulnerables a ser afectados por estos cambios, por lo que condicionan la salud oral³.

Una de las maneras que se proponen para acabar con esta desinformación y sus respectivas consecuencias patológicas, son las estrategias preventivas de educación para el autocuidado, promoviendo comportamientos saludables que atienden a qué hacer, cómo y cuándo.

Las mujeres embarazadas han sido consideradas como población de alto riesgo a la que debe otorgarse una atención especial, como se aprecia en el Programa de Salud Bucal del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000⁶: esta

orientación se consolida aún más al incluir en la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de enfermedades bucales lo siguiente: “En relación a la caries dental, se puede decir que la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 15 años y las embarazadas”⁷.

Desde el año 2001, las medidas preventivas que aplica la secretaria de salud en la República Mexicana durante el embarazo, se realizan a través del programa “Arranque Parejo en la vida”, el cual fue retomado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 y en el plan 2013 - 2018, en el que una de las metas fue dar continuidad a las políticas de salud materna y perinatal encaminadas a impedir que se produzcan trastornos físicos y mentales⁵.

La promoción de salud y prevención consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Esta se dirige a las personas sanas para fomentar acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones, enfatizando el autocuidado y la autorresponsabilidad⁸.

DESARROLLO DEL TEMA

1. Cuidados Preconcepcionales

La consulta dental antes del embarazo, tiene el objetivo de conocer el estado de salud bucal antes de la concepción, con el fin que el odontólogo diagnostique y trate aquellas enfermedades presentes en la cavidad bucal, en ese momento. Cuando la mujer planea un embarazo, debe realizar todos los procedimientos necesarios para que sus condiciones bucales sean las óptimas desde el inicio de la gestación hasta su término; es necesario educar para prevenir, por lo que esta conducta debe ser difundida entre todas las mujeres en edad reproductiva⁵.



Ilustración 2 Silueta mamá y bebe ²⁴.

Sin embargo, estudios realizados anteriormente señalan que la mayoría de las mujeres embarazadas no buscan tratamiento dental a no ser por haber tenido algún problema⁴, lo que favorece la aparición de distintas patologías bucales, especialmente caries y gingivitis, que si no reciben a tiempo el tratamiento adecuado pueden generar complicaciones que afectan a la salud general de las embarazadas y a su vez la de sus bebés.

Con la misma dinámica se ha de atender la salud oral del bebé, en la definición de la salud del niño según la OMS, “los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría”. Es por ello que, actualmente todas las sociedades científicas recomiendan la primera visita al dentista antes de que el bebé cumpla el año, para que los padres reciban la información preventiva adecuada y así evaluar el riesgo del bebé de desarrollar caries antes de que ésta aparezca. Para la promoción y prevención de la salud las personas necesitan tener la información adecuada por lo que la información científica es necesaria para impulsar la aparición de nuevas creencias que la incluyan².

La salud materno infantil en sus distintos períodos, sobre todo en el período prenatal, es hoy en día uno de los temas más relevantes para la sociedad a nivel internacional. Tanto las mujeres embarazadas como posteriormente los bebés deben incluirse en programas básicos de atención, para realizar acciones tanto de educación, prevención, como de recuperación de la salud materna y postnatal⁴.

Diferentes autores sugieren que el período del embarazo es el idóneo para orientar a las futuras madres que se sienten más motivadas y receptivas a cambios de actitud y conducta, para captar información y aprender sobre la salud oral.

De igual manera durante la gestación existen factores biopsicosociales que si no se tienen en cuenta precozmente, pueden desencadenar enfermedades bucales o agravar las ya establecidas. El embarazo se relaciona con una mayor incidencia de caries y gingivitis (porque). Estudios revelan cierta relación de la enfermedad periodontal con el riesgo de un nacimiento prematuro o con el bajo peso al nacer, la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en el mundo, y los que sobreviven al período neonatal, tienen un riesgo mayor de padecer enfermedades. Además, existen evidencias de que una mala salud bucal durante la gravidez aumenta el riesgo en los bebés de tener caries dental ⁴.

Se ha registrado un aumento global de la caries en los niños pequeños con un predominio absoluto de la caries en la primera infancia acompañada en algunos casos de destrucciones dentarias gravísimas, A pesar de los esfuerzos realizados en México aproximadamente 10 millones de niños entre los dos y 5 años, padecen caries, lo que representa un grave problema de salud bucal desde edades tempranas, según datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud ⁹. Se puede observar la existencia de una tendencia creciente y una polarización progresiva. Por consiguiente, no todos los niños se benefician por igual de las medidas preventivas¹⁰.

La atención estomatológica al niño está centrada en la población de 0 a 19 años de edad; cuando el niño transita por la primera infancia se dan consejos a la madre, relacionados con la alimentación y el control de hábitos nocivos para la salud; en la segunda, se comienza la atención estomatológica al niño y se aplican todas las acciones de salud. Se continúa en la edad preescolar, en la escolar y luego en la adolescencia. De hecho, estas etapas presentan características específicas o particulares que de ellas depende el éxito en la ejecución de las acciones de salud acorde a la etapa¹⁰.

La odontopediatría es la especialidad de la estomatología que tiene como objetivo la prevención y tratamiento de las enfermedades en el aparato masticatorio del niño en sus 3 denticiones: temporal, mixta y permanente, para formar adultos con una oclusión normal o compensada. El estomatólogo que trabaja con niños debe saber valorar el crecimiento y desarrollo general del niño, así como del aparato masticatorio¹⁰.

El mejor momento para establecer un programa de prevención dental infantil es antes del nacimiento del niño. Para una pareja que está esperando un hijo, en particular si es el primero, este es un momento de sus vidas en el que son más receptivos a las recomendaciones de salud preventivas. Estos futuros padres se vuelven muy conscientes de la dependencia de sus hijos hacia ellos durante toda

su crianza y las necesidades de atención de salud. Asesorarlos en sus propios hábitos de higiene oral y el efecto que estos pueden tener en sus hijos como modelos ayudará a mejorar tanto la salud oral de los padres como la del niño.

Los objetivos de un programa de salud bucodental en embarazadas están encaminados a:

- Motivar a las pacientes, por medio de la información acerca de la importancia del cuidado de su salud oral y la de su familia
- Fomentar hábitos higiénicos y dietéticos saludables
- Diseñar un cronograma de atención prenatal y posnatal
- Aplicar medidas preventivas específicas
- Detectar signos o síntomas indicativos de patología oral actual o futura
- Efectuar el tratamiento en aquellos procesos que puedan ocasionar patología oral aguda durante el embarazo
- Facilitar la información adecuada a los padres en cuanto a cuidados orales de su futuro hijo¹¹.

La paciente embarazada debe ser motivada para que asista a la consulta odontológica, mínimo, una vez durante esta etapa de su vida. El objetivo de la primera consulta es convencerla de la importancia de las actividades preventivas orales y del diagnóstico y tratamiento oportuno, para bienestar del feto y de ella misma¹¹.

Se deberá hacer especial énfasis en quitarle a la paciente los miedos y tabúes existentes sobre el embarazo y los tratamientos orales; también se le debe advertir de la necesidad de consultar con el dentista si detecta alguna alteración en su boca.

El dentista se encargará de instruir en aquellos consejos o medidas terapéuticas que pudiera precisar para el cuidado de la gestante y del recién nacido⁷.

Las sesiones informativas durante el embarazo ya deberían incluir recomendaciones relativas a la prevención odontológica en el niño pequeño. Podrían incluir aspectos como la transmisión de gérmenes cariogénicos de los padres, una alimentación saludable para los dientes, el uso de fluoruro, la higiene bucal adaptada a la edad, la primera visita al odontólogo e información sobre la caries en la primera infancia¹¹.

Se recomienda además facilitar a los padres material informativo para consultar posteriormente en casa. Para el desarrollo de hábitos saludables como una limpieza dental diaria correcta hace falta algo más que una mera transmisión de conocimientos. Son mucho más importantes la instrucción propiamente dicha y la motivación constante, ya que la sola explicación del riesgo no comporta automáticamente un cambio de hábitos⁶.

La atención estomatológica al niño, desde su nacimiento, constituye una prioridad, orientada fundamentalmente a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El conocimiento adecuado de la higiene bucal es el pilar fundamental para evitar estas enfermedades en los niños. Depende, entre otros aspectos, de la educación transmitida de padres a hijos desde que son pequeños, así como de las actividades de prevención y promoción de salud que efectúa el personal que brinda atención estomatológica integral en círculos infantiles, escuelas y en la comunidad¹⁰.

A las pacientes, en el momento de la captación para consulta odontológica, se les realiza anamnesis y exploración de la cavidad oral, con el fin de detectar posibles lesiones en la mucosa oral, los dientes y el periodonto. Durante los trimestres del embarazo se sugiere:

Durante el primer trimestre (1-12 semanas)

Durante el primer trimestre del embarazo, la primera hormona en actuar es la gonadotropina coriónica humana (gCH). Ésta es segregada por las membranas placentarias y se puede detectar a partir de los 8 días de la fecundación e interviene hasta la 12ª semana del embarazo, con un pico máximo en la 10ª semana. su función es mantener el embarazo, impidiendo el rechazo del embrión. Ésta hormona actúa sobre los ovarios, suprimiendo la menstruación y produciendo progesterona. La gonadotropina es la causante de las típicas náuseas y mareos del primer trimestre. Al principio del embarazo, la progesterona engrosa el revestimiento del útero para nutrir al embrión. También ayuda al útero a relajarse para que no se presente el parto antes de tiempo. Los estrógenos, por su parte ayudan al embrión a crecer y a desarrollarse. Estas dos hormonas también son las responsables de que las mamas crezcan y se sientan adoloridas, y así, se preparan para la lactancia. La hormona denominada lactógeno placentaria, empieza a actuar en la 6ª semana de embarazo y sigue presente hasta el final del mismo. Estimula el crecimiento fetal, y ayuda a preparar las glándulas mamarias para producir leche para la alimentación del bebé. Durante el primer trimestre, las alteraciones fisiológicas más frecuentes son la fatiga, acompañada de náuseas y/o vomito, así como una tendencia hacia la hipotensión postural⁵.

No se recomienda llevar a cabo procedimientos dentales en este periodo de tiempo, ya que el feto tiene mayor riesgo de teratogénesis durante la organogénesis, también en el primer trimestre se sabe que uno de cada cinco embarazos son abortos espontáneos. Si los procedimientos dentales se realizan cerca de un aborto espontáneo pueden ser asumidos como la causa y generar preocupaciones tanto para la paciente como para el médico³. Sin embargo, problemas agudos como la pulpitis y abscesos que causan dolor intenso y fiebre, deben solucionarse en cualquier etapa de la gestación para no producir una carga extra de estrés y ansiedad en la paciente y en el feto¹¹.

Se debe considerar un protocolo preventivo para lograr y/o mantener la salud oral de la paciente en el cual se le informe la importancia del uso adecuado de técnicas de cepillado e hilo dental, por lo tanto, se debe comprometer con un programa de control de la placa dentobacteriana¹¹.

Tabla 1 Recomendaciones actuales durante el primer trimestre³.

- Educar a las pacientes sobre los cambios maternos orales que ocurren durante el embarazo.
- Instruir en higiene bucal estricta y buen control de la placa bacteriana.
- Limitar el tratamiento dental a una profilaxis periodontal.
- Tratamientos de urgencia solamente.
- Evitar radiografías rutinarias, que deben ser usadas con criterio selectivo y únicamente cuando sean estrictamente necesarias. Siempre con estructuras de protección desde la glándula tiroides hasta la parte superior de la rodilla.

Para el segundo trimestre (13-24 semanas)

Al principio del segundo trimestre, los niveles de gCH bajan, mientras que los estrógenos y la progesterona se elevan; la progesterona es primero secretada por el cuerpo lúteo y después por la placenta. La progesterona es la encargada de preparar el útero para la gestación. Inicialmente participa en el engrosamiento del endometrio para que pueda implantarse el embrión. También colabora en estimular las glándulas mamarias que producirán leche y controla la respuesta inmune de la madre ante el feto. La progesterona aumenta la temperatura corporal en 0.5 °C y también induce el incremento del volumen sanguíneo para alimentar al bebé. Paralelamente, empieza a relajar los músculos del cuerpo y las paredes endoteliales para acomodar el exceso de sangre. Por otro lado, el estrógeno ayuda al funcionamiento de la placenta y al crecimiento de los huesos y los órganos del producto. No es sorprendente que tanta actividad hormonal tenga su lado negativo, ya que también puede relajar la válvula entre el conducto alimenticio y el estómago, ocasionando trastornos estomacales e intestinales. En el segundo trimestre las pacientes generalmente manifiestan una sensación de bienestar (por la mejoría o la desaparición de los síntomas iniciales de náusea y vómito), sin embargo, los efectos relajantes de la progesterona pueden disminuir el tránsito intestinal, haciendo a la mujer embarazada más propensa a la indigestión y al estreñimiento⁵.

La organogénesis ya se ha completado y el riesgo para el feto es menor. La madre también ha tenido tiempo para adaptarse a su embarazo, y el feto no ha crecido aún a un gran tamaño que haga difícil para la madre permanecer sentada durante períodos largos³.

Como el útero y la placenta se agrandan con el crecimiento del feto, éste descansa directamente sobre la vena cava inferior, los vasos femorales y la aorta. Si la madre se sienta en posición supina para los procedimientos, el peso del útero gravídico

podría hacer bastante presión para impedir un flujo de sangre por estos vasos principales y causar una situación que se denomina “hipotensión supina”; de este modo, la presión arterial cae secundariamente al flujo de sangre obstruido, pudiendo causar un síncope. La hipotensión supina se puede solventar fácilmente girando a la paciente sobre su lado izquierdo y elevando el cabezal del sillón, evitando así la compresión de los vasos sanguíneos principales⁵.

El dentista debe consultar al médico de la paciente si duda sobre la seguridad de un procedimiento en particular o si hay circunstancias especiales asociadas a ese embarazo⁵.

Tabla 2 Recomendaciones actuales durante el segundo trimestre³.

- *Medidas preventivas: higiene bucal, instrucciones y control de placa.*
- *Raspado y alisado radicular si fuera necesario.*
- *Tratamiento de patologías orales activas, si las hubiera.*
- *Evitar radiografías rutinarias.*
- *Medidas preventivas: higiene bucal, instrucciones y control de placa.*

Tercer trimestre (25-40 semanas)

La progesterona y los estrógenos durante el último trimestre llegan a su pico máximo, mientras que la hormona relaxina suaviza el cartílago de las articulaciones para que la pelvis se dilate durante el parto (a veces ocasiona dolor por la llamada separación de la sínfisis del pubis). En las últimas semanas del embarazo la hormona del parto, la oxitocina, empieza a preparar al útero para el alumbramiento, haciéndose presentes las contracciones de Braxton Hicks. Los niveles de la hormona de la lactancia, la prolactina, también aumentan gracias a la progesterona, el volumen de sangre sube a su nivel máximo a la 32^a semana. Debido a esto y a que las venas no son tan eficientes como en el estado no gestante, se tiende a retener líquidos y la mujer embarazada presenta los tobillos y los pies edematizados. Antes del parto los niveles de progesterona y estrógeno, que han estado subiendo a lo largo de todo el embarazo, bajan repentinamente. No se sabe a qué se debe exactamente, pero puede ser el efecto de la presión que el producto hace en el interior del útero. sin la progesterona para relajar el útero, la oxitocina desencadena las contracciones y se inicia el parto. En este trimestre se incrementan la fatiga y la incomodidad, pudiéndose observar una moderada depresión emocional. También suele presentarse lo que se conoce como síndrome de hipotensión supino, el cual está caracterizado por una abrupta caída en la presión sanguínea, bradicardia, sudoración, náusea y sofocamiento cuando la paciente se encuentra en posición supina; dichos síntomas se deben al difícil regreso de sangre venosa al corazón asociada a compresión sobre la vena cava inferior por parte del útero grávido, lo que tiende a disminuir la presión sanguínea, a reducir el gasto cardiaco y ocasionalmente a causar una breve pérdida de la conciencia. En este sentido, es importante tomar en cuenta que la paciente puede presentar un

síndrome de compresión de vena cava inferior durante los procedimientos estomatológicos, principalmente cuando éstos son realizados después de la semana gestacional. Es recomendable considerar corregir la posición para mantener a la paciente en semisupino para prevenir el síndrome de hipotensión supino, y en caso de que éste se presente, la paciente se debe colocar en decúbito lateral izquierdo para liberar la presión sobre la vena cava inferior y así, provocar una recuperación inmediata⁵.

El crecimiento fetal progresa y la preocupación es el riesgo de parto prematuro y la seguridad y la comodidad-confort de la mujer embarazada, es seguro realizar procedimientos dentales en el comienzo del tercer trimestre. En el tercer trimestre se impartirán los conocimientos necesarios para lograr un sano crecimiento y correcto desarrollo de la cavidad oral del niño³.

Tabla 3 Recomendaciones actuales durante el tercer trimestre³.

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

2. Recomendaciones clínicas durante el embarazo

Caries

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para una mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que esta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que, a diferencia del esqueleto en este estado no existe desmineralización de los dientes. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. El calcio no es extraído del tejido dentario⁴.

El conocimiento del riesgo de padecer de caries dental durante el periodo de embarazo es esencial para un correcto plan de tratamiento con las acciones educativas y preventivas necesarias para que las madres puedan cuidar adecuadamente de su salud bucal y la de sus hijos. La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque las investigaciones permiten deducir que el aumento de las lesiones cariosas de las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora bucal, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos. La experiencia práctica e investigativa de los autores ha evidenciado como la dieta cariogénica y la deficiente higiene bucal influyen significativamente en la aparición y desarrollo de la caries dental; si se

logran controlar estos factores de riesgo entonces se minimizan los efectos de esta afección o se contribuye a su prevención⁴.

Además, el sistema inmune materno se suprime en alguna medida para evitar el rechazo madre-feto; la existencia de una disminución en la actividad de las células T y se ha reportado el bloqueo del proceso inicial de activación de linfocitos por la progesterona. Todos estos factores podrían hacer que la embarazada responda de forma ineficaz ante el ataque de la caries dental y cabe esperar una respuesta intensificada en una segunda exposición al mismo evento⁴.

Si se establece que la caries dental requiere de un tratamiento curativo, no debe verse solo desde el punto de vista maternal, sino también a partir de las consecuencias que puede tener para el futuro bebé. Hay estudios que demuestran que las bacterias cariogénicas (*Streptococcus mutans*) son transmitidas verticalmente de la madre al hijo a través de la saliva: probando-soplado la comida, chupando el biberón o el chupete³.

Recomendaciones:

- Cepille los dientes con cepillo y pasta dental fluorada al menos 2 veces al día.
- Use hilo dental diariamente, por lo menos una vez.
- Evite alimentos azucarados entre horas, límitelos a las comidas.
- Evite bebidas carbonatadas, es recomendable beber agua o leche descremada.
- Es preferible fruta fresca a bebidas industriales.
- Mastique chicle sin azúcar y con xilitol.
- Frente a las náuseas y vómitos; se recomienda ingerir pequeñas cantidades de alimentos nutritivos y no cariogénicos al día: frutas, vegetales, yogur o queso.
- Use un cepillo suave y pequeño para evitar náuseas³.

Gingivitis estacional y enfermedad periodontal

A partir del segundo mes de embarazo se segregan una serie de hormonas necesarias para el desarrollo y desenvolvimiento del feto (estrógenos y progestágenos) que modifican el entorno de la encía, más aún la composición bacteriana se modifica por los niveles incrementados de progesterona que favorecen el desarrollo de *Prevotella intermedia*, que juegan un papel fundamental en el establecimiento y desarrollo de enfermedades periodontales polimicrobianas¹², aunque se han aislado cerca de 500 especies bacterianas de la placa subgingival, se sabe que sólo un pequeño porcentaje de éstas son consideradas agentes etiológicos de la Enfermedad Periodontal como son: *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Bacteroides forsythus* (Bf), *Treponema denticola* (Td), *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), *Fusobacterium nucleatum* (Fn), *Prevotella intermedia* (Pi)¹³. Las bacterias que también están relacionadas

con la Enfermedad Periodontal son generalmente bacilos gram negativos, con algunas formas cocáceas y una gran cantidad de espiroquetas¹⁰.

La presencia de microorganismos es crucial en la Enfermedad Periodontal inflamatoria pero su progresión está relacionada con factores de riesgo basados en el huésped; en realidad es consecuencia de la interacción de factores genéticos, ambientales, microbianos y factores propios del huésped¹³ facilitando el aumento de la inflamación con mayor sangrado, enrojecimiento y aumento del grosor de los tejidos que rodean el diente. Esta afectación es denominada gingivitis gestacional y se presenta en dos de cada tres mujeres^{14, 4, 5}.

Estudios han mostrado que la prevalencia y severidad de la inflamación gingival es significativamente mayor durante el embarazo al compararla con la inflamación gingival posterior al parto³.

Por otro lado, se ha observado que entre el 0.5 y el 0.8% de las pacientes gestantes manifiestan agrandamientos gingivales localizados. Estos agrandamientos son reversibles una vez que termina el periodo gestacional. También la higiene bucal deficiente propicia la acumulación de placa dentobacteriana, factor determinante en el aumento de la inflamación gingival considerada como el principal agente causal de la enfermedad periodontal⁵.

El organismo en el estado de gestación produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones de la gestante para facilitar el parto. Algunos estudios plantean que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de estos de alimentos y que la placa dentobacteriana se deposite entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de estas. Esta movilidad dentaria se diferencia por no llevar consigo pérdida de inserción dentaria, que no precisa tratamiento y remite posparto, ya que es raro que el daño periodontal sea irreversible⁴.

Se considera que el aumento de la profundidad de la bolsa durante el embarazo se debe principalmente a un aumento del tejido gingival más que a destrucción periodontal. Se debe tener especial atención en esta situación ya que una zona residual de irritación local e inflamación que no se trate, puede producir la destrucción progresiva de los tejidos periodontales⁵.

En particular, las enfermedades periodontales crónicas como la gingivitis y la periodontitis, pueden influir en condiciones asociadas al estado de gravidez, como eclampsia, preeclampsia, diabetes y diabetes gestacional; a través de la introducción al torrente circulatorio de mediadores químicos inflamatorios producidos en los tejidos de soporte dental⁵.

Existe una reducción parcial de la intensidad de la gingivitis a los dos meses después del parto, y luego de un año el estado de la encía es comparable al de pacientes no embarazadas. Sin embargo, la encía no vuelve a la normalidad mientras haya irritantes locales. Después del embarazo también disminuyen la movilidad dental, el fluido gingival y la profundidad de la bolsa. De manera que, aunque existen en la mujer embarazada condiciones fisiológicas que favorecen el agravamiento de la inflamación gingival, si se interviene a tiempo con acciones preventivo curativas, la enfermedad no se agrava, o incluso podría desaparecer⁴.

La enfermedad periodontal ha sido identificada como un factor de riesgo para que mujeres que la sufren durante el embarazo, tengan partos prematuros o hijos de bajo peso al nacer. Un estudio de la Universidad de Carolina del Norte mostró que las mujeres con enfermedad periodontal fueron siete veces más propensas a partos pretérminos y a tener niños de bajo peso³. En el reporte del consenso 2013 de la Federación Europea de Periodontología y de la Asociación Americana de Periodontología se evaluó la mejor evidencia disponible obtenida de estudios en animales y humanos, encontrando sustento en cuanto a que las infecciones periodontales pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo con el potencial de inducir hipercontractibilidad uterina, dilatación cervical y pérdida de la integridad de membranas, teniendo como consecuencia un parto prematuro¹⁵.

De manera fisiológica, se produce durante toda la gestación un aumento de los niveles intraamnióticos de prostaglandinas (PGE 2) y del factor de necrosis tumoral alfa (FNT), hasta alcanzar un nivel suficiente en el momento del parto para inducir la dilatación cervical. Las infecciones periodontales deberían ser causa de preocupación durante el embarazo, pues actúa silenciosamente y suponen un depósito de microorganismos anaerobios gram negativos, lipopolisacáridos y endotoxinas, y mediadores inflamatorios como PGE2 y TNF alfa, que podrían suponer un riesgo para la unidad feto-placentaria, lo que pudiera repercutir en el parto pretérmino con bajo peso⁴.

El nacimiento de niños con bajo peso constituye un factor de riesgo predisponente a caries, mal oclusiones, alteraciones de los dientes en formación, en cuanto a calidad y textura de los tejidos y de las proporciones de las estructuras en el área cráneo facial que alteran la armonía facial en el período prenatal³.

Recomendaciones:

- Se recomiendan cepillos de dientes de cabezal pequeño, cerdas suaves y extremos redondeados.
- Cepille los dientes diariamente después de todas las comidas.
- Uso de cepillos interdientales si existen espacios interproximales amplios.

Postparto:

- Mantenga su nivel de higiene oral para evitar problemas de caries y gingivitis.
- No contamine cuchara, chupete o biberón, su saliva contiene bacterias³.

Consideraciones clínicas generales en consulta con la paciente embarazada

- Radiografías

Durante el tratamiento estomatológico en el período de embarazo, el odontólogo debe conocer los aspectos de protección radiológica para la paciente, tales como el uso del mandil de plomo. Además de emplear el menor número de radiografías, se sugiere usar radiovisiógrafos digitales que trabajan con menos energía ionizante. Al llevar a cabo las medidas antes mencionadas, la exposición radiológica en la consulta dental se vuelve inocua⁵.

- Planeación de tratamiento

Se debe determinar la edad gestacional de la paciente para realizar la programación del tratamiento, dando prioridad a la eliminación de focos de infección ya sean de origen dental y/o periodontal. El interés de erradicarlos lo más rápido posible está en función del grado de diseminación y de virulencia de los microorganismos, ya que la infección puede pasar al torrente circulatorio e invadir al feto por vía transplacentaria. Es por ello que para el odontólogo, las infecciones son sin duda alguna, los cuadros clínicos que tienen mayor potencial de complicaciones graves y necesidad urgente de tratamiento, que en algunos casos puede ser quirúrgico (drenado de abscesos) y/o farmacológico⁵.

- Medicamentos

Dentro de las medidas preventivas en el empleo de medicamentos durante la gestación, tenemos que considerar que un feto expuesto a agentes teratogénicos durante su vida prenatal puede experimentar diversos cambios morfológicos o funcionales posnatales, usualmente permanentes. En el primer trimestre se encuentra la máxima sensibilidad para el feto, en el 2do y 3er trimestres pueden producirse alteraciones del desarrollo; la acción teratogena es capaz de frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves, aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas. Son especialmente sensibles a la acción teratogena en el periodo fetal los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción⁵.

Es por ello que la prescripción de cualquier medicamento durante el embarazo debe hacerse con base en las recomendaciones de la Food and Drug Administration (EUA), considerando a los medicamentos “categorías A o B” como los de elección. En cuanto a los analgésicos antiinflamatorios no esteroides, interfieren disminuyendo la producción de prostaglandinas, que son mediadoras de la inflamación, imprescindibles para iniciar el trabajo de parto, lo que conlleva a prolongar el tiempo de gestación y a un cierre prematuro del conducto arterioso, y

que produce hipertensión pulmonar en el feto, por lo cual el paracetamol es el analgésico de elección durante el embarazo⁵.

Los antibióticos de elección son las penicilinas y cefalosporinas; aunque cruzan la barrera placentaria, se ha demostrado su seguridad y son categoría B. En caso de alergia a la penicilina, la clindamicina y la eritromicina son los antibióticos de elección⁵.

Los efectos de los fármacos administrados a la madre sobre el feto pueden ser de tres tipos: a) efectos teratógenos que se producen principalmente en el primer trimestre del embarazo (tabla 1), b) efectos sobre el desarrollo que pueden producirse durante todo el embarazo, y c) efectos secundarios sobre el feto y el neonato que se producen en el tercer trimestre (tabla 2), específicamente entorno al parto y los antibióticos en relación con su toxicidad y la recomendación (tabla 3)¹¹.

Tabla 1. Fármacos con efecto teratógeno (primer trimestre)	
Fármaco	Efecto Teratógeno y Frecuencia
1. Deben evitarse:	
Tetraciclinas	Coloración y anomalías en los dientes (50% de los casos)
Alcohol	Síndrome fetal alcohólico, retraso mental, cráneo – faciales, retraso del crecimiento (10%)
Warfarina	Hipoplasia nasal, malformaciones del SNC y otras (16%)
2. Valorar riesgo - beneficio	
Antiepiléptico	Síndrome fetal por antiepilépticos (5 - 10%)
Litio	Malformaciones cardíacas (1.2%)

Tabla 2. Fármacos que producen efectos secundarios en el feto o el neonato (tercer trimestre)

Fármaco	Efecto Teratogénico y Frecuencia
1. Deben evitarse:	
Tetraciclinas	Coloración e hipoplasia del esmalte
Sulfamidas	Riesgo de Kernicterus d.
Ácido acetilsalicílico	Alteraciones de la coagulación. Inhibición del parto, retraso en el cierre del <i>ductus</i> .
2. Valorar riesgo - beneficio	
Anestésicos locales (dosis)	Bradicardia fetal, hipotensión materna y sufrimiento fetal.
Opioides	Depresión del SNC y síndrome de abstinencia.
Benzodiazepinas	Hipotonía, depresión del SNC, síndrome de abstinencia, hipotermia.
Anestésicos generales	Sufrimiento fetal cuando hay hipotensión materna.
Beta - bloqueadores	Bradicardia, hipoglicemia.
Beta - adrenérgico	Taquicardias y arritmias, e hipotensión materna,

Tabla 3. Antibióticos		
Fármaco	Toxicidad en el embarazo	Recomendación
Azitromicina	Ninguna conocida	Probablemente Inocua
Cefalosporinas	Ninguna conocida	Probablemente Inocuas
Claritromicina	Toxicidad en animales	Evitar
Clindamicina	No se conoce	Precaución
Cloranfenicol	Desconocida. En el niño "Síndrome Gris"	Precaución especialmente a término
Eritromicina	No se conoce	Probablemente Inocua (evitar forma de estolato)
Fluorquinolonas	Ortopatías en animales	Evitar
Metronidazol	Ninguna conocida., carcinógeno en ratas y ratones	Precaución (riesgo 1er trimestre)
Penicilinas	Ninguna conocida	Probablemente Inocuas
Tetraciclinas	Decoloración y displasias dentarias, inhibición del crecimiento óseo en fetos.	Contraindicadas

Tabla 1, 2 y 3: Obtenida de Duarte Tencio A. El embarazo y la práctica odontológica: generalidades. Revista científica odontológica [Internet]. 2011;7(2):70-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227914004.pdf>

- **Anestésicos**

Se ha demostrado que el uso de diferentes anestésicos locales de tipo odontológico, no produce efectos nocivos en la madre o en el feto⁵.

3. Consejos de salud oral para el recién nacido

Conocimientos básicos sobre erupción y anatomía dental

El niño forma sus dientes de leche en el 4^o o 5^o mes de embarazo. La ingesta de determinados medicamentos como las tetraciclinas afectan al color de los dientes;

los trastornos de diferente índole producidos durante el embarazo y el parto pueden tener también repercusión en la estructura dentaria¹¹.

La dentición temporal, decidua o “de leche” está formada por 20 dientes, que comienzan a aparecer alrededor de los 6 meses, completándose su erupción alrededor de los 2 años. La cronología normal es muy variable y tiene un componente familiar-hereditario. Se considerará anormal la falta de erupción del primer diente a los 15 meses y la ausencia de alguno de los 20 dientes primarios a los 30 meses³.

La dentición permanente consta de 32 dientes, incluyendo los cordales. Se inicia alrededor de los 6 años, generalmente con la erupción del primer molar permanente, que no sustituye a ningún diente y que aparece detrás de los molares temporales. Entre los 6 y los 8 años se cambian los 4 incisivos maxilares y los 4 mandibulares. Hacia los 10 años, se inicia la segunda fase de recambio, con la caída de los caninos y molares temporales, que son reemplazados por los caninos permanentes y los premolares. Posteriormente tiene lugar la erupción, al final de la arcada, de los segundos molares permanentes o molares de los 12 años. El recambio dentario suele finalizar alrededor de los 13 años, aunque los cordales, cuando aparecen, lo hacen a partir de los 17 años³.

Lactancia materna

La lactancia materna, es muy importante para el bienestar general, nutricional y psicológico del bebé, así como para la estimulación de un correcto crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático¹¹.

Según la OMS, si la lactancia materna es adecuada, el niño no necesitará otros alimentos hasta los 6 meses, cuando precisa la introducción de la alimentación complementaria. Algunos estudios indican que la falta de lactancia materna o un periodo corto de lactancia están relacionados con la presentación de hábitos nocivos de succión y deglución que pueden llevar posteriormente a alteraciones dentales y maxilares¹¹.

Recomendaciones:

- Limpiar la zona bucal si se queda dormido durante la alimentación³.

Biberón

Cuando por cualquier causa o razón no sea factible la lactancia materna, se indica el uso de fórmulas adaptadas, las cuales se realizan por medio de biberón. Desde el punto de vista de prevención, la persistencia del biberón favorece un patrón de succión infantil, la aparición de una deglución atípica y posteriormente maloclusiones³.

Por otra parte, después de la erupción del primer diente, se pueden presentar caries si no existe una higiene oral adecuada y los factores protectores de la saliva se ven reducidos, como sucede en la noche, durante el sueño³.

Recomendaciones:

- Usar únicamente para la fórmula artificial de la leche, otros líquidos como jugos y agua, deben ofrecerse en tacitas hacia el primer año.
- No añadir azúcares.
- Desaconsejar el biberón nocturno tras la salida de los incisivos superiores.
- Limpiar la zona bucal si se queda dormido durante la alimentación.
- Eliminar el biberón progresivamente a partir de los 12 meses para fomentar el cambio de un patrón alimentario de succión a masticación y definitivamente a los 2 años³.

Usar biberón con tetina anatómica con un orificio pequeño, ya que favorece el movimiento anterior de la mandíbula y la coordinación de la succión, la deglución y la respiración³.

Hábitos higiénicos

Es importante que el niño se acostumbre desde pequeño a que los dientes se deben limpiar frecuentemente. Los padres deben hacerlo desde la erupción del primer diente con los instrumentos adecuados (gasas, dediles, cepillos, etc.) y supervisarlos en el niño cuando éste vaya haciéndose mayor hasta que sea capaz de hacer un cepillado efectivo por sí mismo³.

La técnica de cepillado variará según la edad del niño y su destreza manual. En general, el cepillado “del rojo al blanco” o la técnica circular son las más fáciles y seguras para los más pequeños. Más adelante ya podrán aprender técnicas más complejas, como la técnica de Bass, y comenzarán a poder utilizar el hilo de seda dental cuando se complete la dentición permanente y se establezcan los puntos de contacto. La duración del cepillado debe ser mayor de un minuto y se debe indicar a los niños que escupan el exceso de pasta dentífrica y que no se aclaren la boca con agua después del cepillado. No existe una evidencia consistente que indique el tiempo de cepillado, pero una recomendación muy común es que los dientes de los niños deben limpiarse, por lo menos dos veces al día siendo una de ellas - la más importante - por la noche. El cepillado de la noche debe ser la última cosa que haga el niño antes de irse a la cama. Debe evitarse comer después del cepillado y, si por despiste se hubiera comido algo, debería procederse a un nuevo cepillado. Pueden usarse tanto los cepillos manuales como los eléctricos, con cabezales suaves y pequeños⁴.

Las recomendaciones de la EAPD (*European Academy of Paediatric Dentistry*) para el uso de pasta de dientes con flúor son las siguientes: en niños entre 6 meses y 2

años, dos veces al día con una pasta de dientes con 500 p.p.m. de flúor y la cantidad similar a un guisante. Entre 2 y 6 años, dos veces al día con una pasta de dientes con entre 1.000 y 1.450 p.p.m. de flúor y la cantidad similar a un guisante. Por encima de 6 años, dos veces al día con una pasta de dientes con 1.450 p.p.m. de flúor y la cantidad de 1-2 cm⁴.

El uso diario de pasta de dientes con flúor combinado con instrucciones sobre higiene oral se recomienda como la parte básica de cualquier programa de prevención de la caries, además de otros métodos preventivos como el asesoramiento sobre dieta, uso de flúor tópico y selladores de fisuras, que también son importantes³.

Recomendaciones:

- Antes de que erupcionen los primeros dientes, la limpieza debe hacerse una vez al día con una gasa húmeda o dedal de silicona, para acostumbrar al bebé a la manipulación de su boca e instaurar un hábito de higiene oral precoz.
- Después de que erupcionen los dientes, limpiarlos con una gasa o cepillo dental infantil 2 veces al día, sobre todo después de la última toma.
- Una vez erupcionados los molares, limpiar los dientes con cepillo dental infantil, especialmente la zona encía-diente levantando el labio.
- El cepillo debe tener un mango recto y largo, empuñadura gruesa, cerdas suaves y redondeadas y tamaño adecuado para la boca del niño.
- La técnica debe ser sencilla, se recomienda limpiar las superficies vestibulares y linguales con movimientos circulares y las superficies oclusales con movimientos anteroposteriores.
- Usar hilo dental en el momento en el que exista contacto entre dientes, ya que el cepillo no tiene acceso a zonas interproximales.
- Los cuidadores deben repasar el cepillado hasta los 8-10 años, momento en que el niño adquiere capacidad motora fina. Por tanto, la posición del adulto debe permitir buena visibilidad de la boca³.

Control de hábitos nocivos

Para evitar maloclusiones en el futuro es recomendable evitar los hábitos que perjudican el desarrollo de sus maxilares: utilización de chupetes no anatómicos, prolongación del uso de estos más allá de los 18 meses, hábito de succión digital, interposición labial o lingual, etc³.

Chupete: En nuestra sociedad es un utensilio utilizado por la gran mayoría de los recién nacidos y en periodos que pueden alcanzar hasta los dos años. No sobrepasando dicha edad, debido a la asociación entre este hábito y la alteración en la posición lingual, que puede desencadenar maloclusiones óseas y dentarias, así como mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.

Recomendaciones:

- Usar chupete con forma anatómica y ofrecerse solamente en momentos de ansiedad o sueño.
- Debe retirarse a partir del año, y como máximo a los 2 años.
- Todo niño que persista con un hábito de succión no nutritiva, sea chupete o dedo, más allá de los 3 años debe ser derivado a un profesional³.

Alimentación cariogénica

Para evitar la aparición de caries: Es conveniente que el recién nacido no se acostumbre a sabores muy dulces. En ningún caso debe impregnarse el chupete con azúcar, miel, leche condensada o productos similares. El niño nunca deberá quedarse con el biberón en la boca para dormirse. Las llamadas “caries de biberón” o caries de aparición temprana en la infancia son muy agresivas y de difícil tratamiento, afectando al niño además cuando es muy pequeño¹¹.

Se recomendarán para el lactante las tomas en un horario regular, tanto si se administra lactancia materna como artificial, eliminando la toma nocturna a partir del comienzo de la erupción dentaria. Se instruirá a las madres sobre el papel de los azúcares en la producción de la caries, haciendo especial referencia a la frecuencia y momento de la ingesta y a la escala de peligrosidad de los alimentos. Hay que tener en cuenta que el niño comienza a adquirir hábitos en torno a los dos años y es la edad adecuada para que estos desde el principio sean saludables¹¹.

En este mismo sentido los padres deben de estar informados de la presencia de azúcares en medicamentos, zumos envasados y algunos alimentos aparentemente no dulces, que son frecuentes en la infancia¹¹.

Recomendaciones:

- Evitar todo tipo de azúcares fermentables durante los dos primeros años.
- Evitar azúcares ocultos como galletas y alimentos de consistencia pegajosa.
- Evitar que el niño coma constantemente, una vez erupcionados los dientes superiores³.

Transmisión bacteriana

La caries dental es transmitida verticalmente de la madre al hijo. El genotipo del *Streptococcus mutans* de los niños se equipará al de sus madres en el 70 % de las veces. Cuando los dientes emergen de la cavidad bucal se hace receptiva a la colonización. Se cree que la ventana de la infectividad para adquirir este microorganismo está limitada a los nuevos dientes emergidos⁴.

Un aspecto esencial es informar a los padres sobre la transmisión vertical y horizontal del *Streptococcus mutans* de su boca a la del niño con el consiguiente aumento de riesgo de enfermedad de caries para el niño si los padres presentan recuentos altos de estas bacterias en su boca³.

Recomendaciones:

- Desaconsejar hábitos, tales como: compartir cubiertos, limpiar el chupete con saliva, soplar la comida o besar en la boca³.

Consejos generales

El cuidado de los dientes temporales es fundamental para una correcta función masticatoria y al mismo tiempo para que los molares temporales guarden el espacio a los premolares definitivos, que hacen erupción entre los 9 y los 12 años. Por ello, salvo que estén a punto de cambiarse, es conveniente tratar los molares temporales. Cuanto antes se detecten la caries es más sencillo será el tratamiento para el niño¹¹.

Uso de flúor

El aporte de flúor reducirá las posibilidades de padecer caries dental, por lo que es conveniente consultar con el dentista la necesidad de utilizar suplementos locales³.

Recomendaciones:

- Menores de 3 años, que no saben escupir, se debe usar pasta dental fluorada (1.000 ppm) independientemente de su riesgo de caries. Cantidad mínima: “raspada” o tamaño “granito de arroz”.
- Mayores de 3 años, cuando el niño ha aprendido a escupir, se debe usar pasta dental fluorada entre 1.000 y 1.450 ppm. Cantidad: tamaño “guisante”.
- Bebé y niño con alto riesgo de caries le debe ser aplicado un barniz de flúor profesional, sobre todo en incisivos superiores³.

Visita al odontopediatra

Es conveniente que el niño acuda a la revisión del dentista cuando esté acabando de completar su dentición temporal, o sea a los dos o tres años, y después periódicamente. Aunque la AAPD (*American Academy of Pediatric Dentistry*) recomienda que las revisiones dentales comiencen desde que aparecen los primeros dientes en boca¹¹.

- Visita al odontopediatra durante el primer año de vida, con un enfoque preventivo. (3)

DISCUSIÓN DEL CASO

Las características biológicas y psicosociales que vive la embarazada la tornan susceptible a la adquisición de nuevos conocimientos y prácticas, principalmente de aquellos que se relacionan al proceso que vive en ese momento⁸.

Según la bibliografía revisada a lo largo de esta investigación, la relación al nivel de conocimientos en salud y prevención bucal que se ha observado en embarazadas fue en su mayoría insuficiente, por lo que se deduce que no estarían suficientemente preparadas para brindar educación sobre salud bucal a sus futuros hijos, ni a mantener una adecuada salud bucal propia durante su gestación²¹.

Según Díaz Romerp & Cols a pesar que algunas pacientes de sus estudios padecían enfermedad periodontal, el conocimiento que tenían acerca de esta patología era bastante limitado. En comparación, en el caso de las madres con niños menores de un año exhibieron niveles medios de conocimiento, lo que se debe a que ya han tenido un contacto más sistemático y durante mayor tiempo, con los servicios estomatológicos donde se realizan acciones de promoción de salud bucal⁸.

También según Martínez Abreu. J & cols dentro de su estudio se precisó que en las temáticas sobre las cuales hay que desarrollar mejores estrategias de promoción de salud en las mujeres durante la gestación son; conocimientos sobre el brote dentario y las maloclusiones, sin olvidar la prevención. Dentro del mismo estudio fue el cepillado dental el método de prevención más mencionado por todas las mujeres y se detectó escasa alusión a otros. Pocas participantes refirieron la dieta y la lactancia materna como aspectos importantes, a pesar de la promoción de salud que se hace en estos temas en los medios de comunicación masiva, los hábitos posturales del niño al dormir no se mencionaron. Esto puede explicarse porque primeramente el cepillado dental es el método más eficaz de prevención de caries dental y periodontopatías mundialmente reconocido².

Las condiciones en la que la mujer llega al embarazo y sus conocimientos limitados sobre las técnicas higiénicas, ponen en alerta al odontólogo para dirigir sus esfuerzos preventivos desde la etapa reproductiva³.

El abordar oportunamente la salud bucodental de la mujer embarazada previene y/o controla la enfermedad periodontal que es causante de la alteración de la salud sistémica de la madre y afecta negativamente el bienestar del feto, al elevar el riesgo de nacimiento de niños prematuros y de bajo peso al nacer¹⁰.

La educación sobre la salud bucodental en la mujer en edad fértil y durante el embarazo previene el riesgo de embriotoxicidad por el uso inadecuado de medicamentos a través de la automedicación. El miedo infundado o supersticioso a la acción teratógena de los medicamentos no debe impedir el tratamiento adecuado de la embarazada, siempre y cuando se haya valorado individualmente el beneficio del tratamiento versus sus riesgos³.

CONCLUSIONES

- El embarazo genera adaptaciones en la fisiología femenina lo cual repercute en la salud bucal de la gestante, siendo las afecciones bucales más frecuentes la caries dental y la gingivitis, las cuales sino son tratadas a tiempo pueden afectar la salud bucal y general del futuro bebé, de ahí la importancia de tener en cuenta el período prenatal en la prevención de las enfermedades.
- La atención humanizada que reciba la gestante de todos los involucrados en el equipo de salud, se traduce en múltiples beneficios para la salud de la mujer y la de su hijo.
- Es necesario educar para prevenir. Todo cirujano dentista que esté involucrado en el manejo estomatológico de una mujer gestante, deberá incorporarla a un programa educativo que le permita adquirir conocimientos sobre la importancia de prevenir enfermedades bucales.
- Es recomendable informar a las mujeres sobre los cuidados bucales que se deberán tener con el recién nacido, cuándo y cómo iniciar la limpieza gingival, la conducta a seguir por el pediatra en caso de que el bebé presente alguna posible alteración del desarrollo que pueden ocurrir en esta edad.
- Es de vital importancia el conocimiento y actualización de los profesionales de estomatología sobre las modificaciones que ocurren en la cavidad bucal, enfermedades más frecuentes, tratamientos, posiciones, momentos más adecuados para la atención estomatológica, así como las acciones de prevención y promoción de salud durante el embarazo, dirigidas no solamente a la embarazada, sino también a la pareja, que juega un papel activo y necesita también de un buen estado de salud bucal⁸.

ANEXOS

Cronograma

El presente cronograma trata de una guía simplificada diseñada para las pacientes embarazadas con el fin de poder realizar un seguimiento de sus condiciones bucales durante todo el embarazo y poder realizar las acciones oportunas ya sea de prevención o realizar los tratamientos necesarios con el fin de minimizar las repercusiones en la salud no solo de la madre sino del feto, otro de sus objetivos es poder abordar temas bucales de suma importancia en el embarazo para la madre como posteriormente para el recién nacido.

Dividiremos este cronograma en 6 etapas para poder organizar los tratamientos de acuerdo con la necesidad de la paciente; dichas etapas se dividirán de la siguiente manera:

- Preconcepción
- Primer trimestre de la semana 1 a la 12
- Segundo trimestre de la semana 13 a las 24
- Tercer trimestre de la semana 26 a las 40 semanas
- Post parto a los 6 meses del nacimiento del bebe
- Post parto al año del nacimiento del bebe.

A continuación, se describen las partes del cronograma

-Ficha de identificación: Incluye nombre, edad, embarazo (si o no), numero de semanas de gestación; de esta manera se identificará en que trimestre del embarazo se encuentra y que apartado se deberá llenar.

-Anamnesis: Interrogatorio, acerca de hábitos de limpieza bucal como son el número de cepillado que realiza al día, que ocupa para realizarlos, fecha de su última visita al odontólogo, hábitos predisponentes como fumar y tomar que aumentan riesgo aún más para enfermedades bucales o en su defecto que se agudizan durante el embarazo como es la enfermedad periodontal.

-Odontograma: Registro de identificación de la historia clínica de la paciente siendo una representación de las condiciones en las que la paciente ingresa, mediante este esquema gráfico se reconocer la cantidad de dientes presentes en la boca, si tiene restauraciones, el tipo de material que se utilizó, y cualquier otra información de relevancia como la mala posición, fracturas, abrasiones, uso de aparatos protésicos, entre otros y un Índice CPOD este índice se calcula sumando los órganos dentales cariados (C en el índice), con los perdidos (P) y los obturados (O); la D indica que la unidad de medida es "Diente"¹⁶. Con el fin de obtener resultados tangibles en comparables entre la primer y ultima consulta planeada.

-Durante el primer trimestre: es imperativo identificar la presencia de placa dentobacteriana (PDB), que se forma tanto en tejidos dentales duros como en blandos. En ella pueden instalarse microorganismos patógenos que favorecen la formación de caries dental y de enfermedades periodontales, afecciones que pueden ser severas y conllevar a la pérdida de órganos dentarios. Por consiguiente,

la detección y cuantificación de PDB, es vital en los exámenes bucales como parte de la identificación del nivel de riesgo, para luego orientar acciones promocionales, preventivas y(o) terapéuticas personalizadas; también posibilita conocer en qué medida han sido efectivas las medidas para su control¹⁷. Uno de los más usados es el de O'Leary, hallado con mayor probabilidad de detectar al factor de riesgo PDB, que los anteriores según estudio de Corchuelo¹⁸.

Este índice es uno de los más efectivos en cuanto a la fidelidad de registros en la evaluación de la higiene bucal. Para aplicar este índice es importante poseer un revelador de PDB: solamente se tienen en cuenta las caras lisas de cada diente (mesial, distal, vestibular y lingual o palatino), las caras oclusales de premolares y molares no serán incluidas. Una vez aplicada la sustancia reveladora se calcula el número de caras teñidas dividido entre el número de caras presentes para luego multiplicar el resultado por cien. Se pueden tener mejores registros de los datos de los pacientes si se plasman los hallazgos en un diagrama dental diseñado para este fin. Se valora una higiene bucal eficiente y deficiente cuando el porcentaje resultante del cálculo se encuentra por debajo o superior al 10 %, respectivamente. Se han contemplado recientemente que si el resultado del índice es igual o inferior al 20 % la higiene bucal se considera buena y no se está sometido a riesgos de padecer caries dentales¹⁷. Este índice se realizará en todas las citas control de la paciente embarazada.

-En el segundo trimestre: se evaluará con ayuda de un Periodontograma que trata de un documento que representa de forma gráfica el estado de salud o enfermedad periodontal de nuestros pacientes; sobre el cual vaciamos los datos obtenidos de nuestro sondaje periodontal y para ello tomaremos en cuenta los siguientes parámetros clínicos

- Profundidad de sondaje periodontal
- Bolsas periodontales
- Puntos sangrantes en el sondaje
- Dientes extraídos o perdidos
- Tratamientos de operatoria dental
- Tratamientos de conductos radiculares
- Caries dental
- Lesiones de furcación
- Movilidad dental
- Recesiones gingivales
- Cantidad de encía adherida
- Cantidad de encía queratinizada

Primero debemos ubicar el cuadrante que examinaremos, luego la pieza dental correspondiente en la que se debe medir tres sitios específicos para cada diente tanto en su cara bucal como lingual o palatina. El procedimiento inicia introduciendo la sonda suavemente en el espacio formado entre el diente y la encía; este espacio se denomina surco gingival.

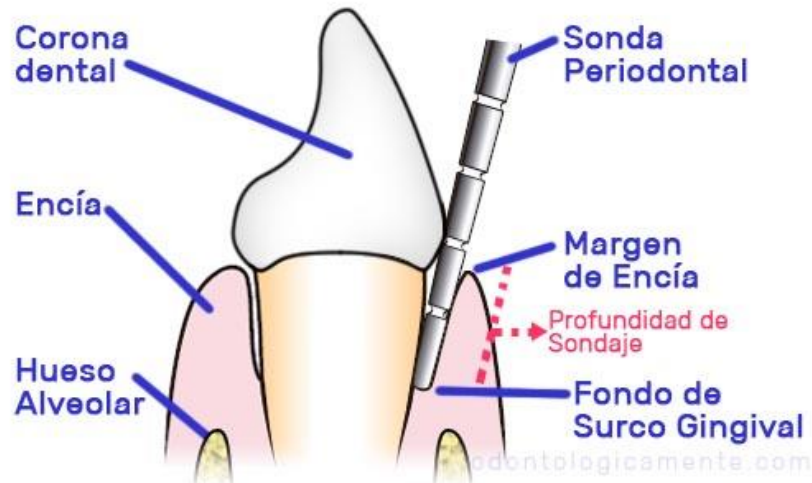


Ilustración 3 Esquema representativo de las partes a valorar en la revisión periodontal ¹⁹.

Una vez dentro del surco, se profundiza cuidadosamente hasta donde la sonda presente resistencia sin lastimar ni causar dolor al paciente; alcanzado este punto se tomará la medida desde el fondo del surco hasta la última marca cubierta por el borde de la encía.

Profundidad de sondaje: La distancia desde el margen del tejido blando (encía o mucosa alveolar) hasta la punta de la sonda periodontal durante el sondeo de diagnóstico periodontal habitual. La medición debe ser realizada tanto en la parte medial del diente, así como, en cada uno de sus lados mesial y distal.

Un **surco gingival saludable no debe exceder** los 2 o 3 milímetros de profundidad y no debe presentar sangrado después de introducir o extraer la sonda.

La primera vez que examinemos las longitudes de la profundidad de sondaje se registrarán en la fila PS-1. Posteriormente cuando se realicen la respectiva limpieza dental, o raspado, dejaremos las citas de control y llenaremos los controles en las filas PS-2 (segunda evaluación al año) o PS-3 (de ser necesario un tercer control).

En este documento también aparece un espacio para notas, donde puedes incluir información relevante de tu paciente, como:

- Color de las encías
- Consistencia gingival
- Si es un paciente fumador
- Si es un paciente que tuvo gingivitis o periodontitis previa
- Las fechas de las limpiezas dentales
- La toma de medicamentos que pueden alterar la encía

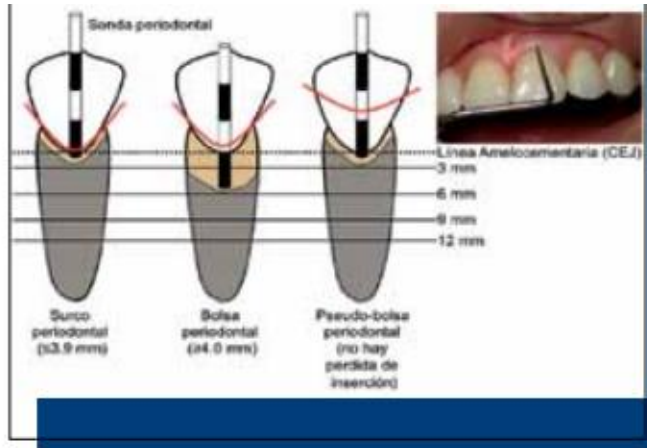


Ilustración 4 Esquema representativo de las diferentes relaciones que existen entre la profundidad sondable y la pérdida de inserción, La zona sombreada gris representa el nivel de inserción remanente (incluye inserción de tejido conectivo gingival y ligamento periodontal) ¹⁹.

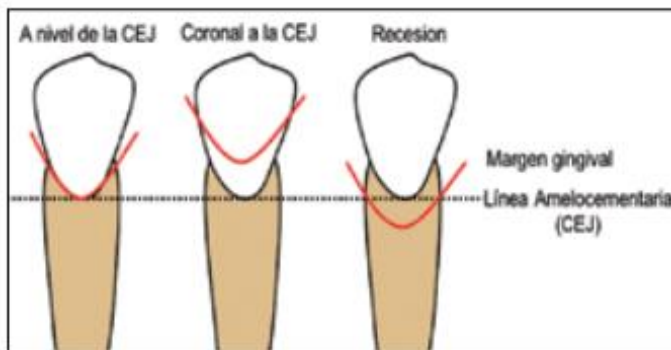


Ilustración 5 Esquema Representativo de la posición del margen gingival en relación a la línea amelocementaria (CEJ) ¹⁹

➤ Profundidad Sondable (PS): Espacio que se forma alrededor de los dientes, entre la encía y la superficie radicular, representa nuestro punto principal de análisis. puede ser considerado un “surco” o una “bolsa periodontal”, esta debe ser calculada cuidadosamente en milímetros, tomando como referencia el margen gingival, que en la mayoría de casos coincide con la línea amelocementaria (CEJ) o ligeramente coronal a esta. Cuando el margen esta apical a la CEJ, se denomina una recesión de tejido marginal y este es uno de los resultados de la pérdida de inserción¹⁹.

➤ El surco periodontal se define como el espacio alrededor de los dientes entre la encía marginal y la superficie del diente y que está limitado en su parte más apical por las células más coronales del epitelio de unión (EU). Un surco periodontal no presenta sangrando al sondaje y puede medir hasta 3.9 mm¹⁹.

➤ Bolsa periodontal se define como la profundización patológica

del surco periodontal, dada por la pérdida ósea y de inserción periodontal. Medidas superiores a 4 mm resultan más evidentes con signos claros de destrucción periodontal. Esta transición de un surco a una bolsa periodontal representa uno de los signos cardinales de la periodontitis, dado que es producida por la pérdida de inserción. Para efectos clínicos prácticos, una bolsa periodontal puede ser considerada a partir de 4 mm y deben presentar sangrado al sondaje, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica¹⁹.

➤ Sangrado al Sondaje (SS): Mas que un predictor de enfermedad, puede ser considerado en conjunto con signos clínicos de inflamación, como un indicador de inflamación periodontal. Debe ser interpretado cuidadosamente y analizado en conjunto con los demás parámetros clínicos ya que su presencia no es un indicativo absoluto de enfermedad, mientras que su ausencia si es un indicador confiable de salud periodontal. Para efectos clínicos prácticos, el SS se calcula como el

porcentaje de sitios que sangraron al sondaje empleando la formula: $SS = \frac{\text{sitios que sangran} \times 100}{\text{número de dientes} \times 6}$ ¹⁹.

- **Movilidad Dental:** La movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal, pero no es la única causa absoluta. La movilidad dental se mide de la siguiente forma empleando dos instrumentos metálicos y aplicando presión en sentido vestibulolingual:

Grado 0: movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm en dirección horizontal.

Grado 1: movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.

Grado 2: movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.

Grado 3: movimiento en sentido horizontal y en sentido vertical.

Es necesario poner especial atención a la movilidad dental patológica, que aumenta progresivamente con el tiempo. Después del tratamiento periodontal, la movilidad se reduce un poco, quedando movilidad residual que puede ser controlada por medio de férulas. Las medidas periodontales deben ser registradas en el periodontograma¹⁹.

- **Encía Queratinizada:** El ancho de la encía queratinizada se mide desde la parte más apical del margen gingival hasta la unión mucogingival. En la casilla de E. Q se registra el valor de la cantidad del ancho (en milímetros) cuantificado a nivel del punto central y vestibular de la pieza dentaria.

Diagnóstico periodontal: Es casi universal el uso de la clasificación de la enfermedad periodontal propuesta por la Academia Americana de Periodoncia (AAP, 1999) (20), pero sin embargo discutiremos algunos aspectos relacionados con el diagnóstico.

1. **Gingivitis** Es la inflamación en diferentes grados de intensidad de la encía sin afectar los tejidos de soporte (ligamento, cemento, hueso). Los signos de la gingivitis incluyen inflamación y sangrado al sondaje. Aunque puede ocurrir agrandamiento gingival por el edema, dando como resultado el desplazamiento coronal del margen gingival en relación a la CEJ, no existe formación de la bolsa periodontal con pérdida de inserción y hueso. La profundidad al sondaje (hasta 3.9 mm) debe ser analizada cuidadosamente para descartar "pseudobolsas periodontales", al igual que la pérdida ósea radiográfica¹⁹.
2. **Periodontitis Crónica:** La periodontitis es la inflamación de la encía y el periodonto de soporte, afectando de forma significativa el tejido conectivo gingival (TC), ligamento periodontal, cemento y hueso. Como resultado patognomónico observamos inflamación, sangrado al sondaje (SS), formación de la bolsa periodontal, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica. Estos signos marcan una diferencia clara con la gingivitis. Adicionalmente podemos observar recesiones, supuración, movilidad incrementada, migración dental patológica y dolor¹⁹.

3. Periodontitis Agresiva: La velocidad de destrucción periodontal es rápida y dado que comienza temprano en la vida, la destrucción se observa en sujetos jóvenes menores de 35, aunque puede presentarse durante toda la vida. Pero el análisis no debe basarse solamente en la edad sino en hallazgos clínicos, radiográficos, historia familiar y personal, ayudas de laboratorio¹⁹.

Cronograma de seguimiento para la evaluación y prevención de patologías dentales en pacientes embarazadas.

Descripción;

Primer apartado

Se solicitan los datos completos de la paciente semanas de gestación y se marcarán los apartados sobre algunos factores predisponentes para enfermedades periodontales; como son hábitos higiénicos bucales, última visita al Odontólogo, entre otros.

Esta sección se realiza idealmente en el periodo de preparación para el embarazo, es decir en el preconcepcional sin embargo puede realizarse en la primera visita al dentista de la paciente embarazada. En este apartado se realizará un odontograma para registrar las condiciones en las que se encuentra la paciente al ser recibida en esta primera consulta marcándolo de la siguiente manera; cariados con ROJO, Obturaciones con azul y Ausentes con una X: también se realizará un índice C P O D (órganos dentarios cariados, perdidos, obturados y total).

Una vez realizada la valoración inicial se llenará un apartado con el fin de realizar las anotaciones pertinentes de los tratamientos estrictamente necesarios a realizar o con carácter de urgencias que necesite la paciente, valorando siempre riesgo-beneficio.

Este primer acercamiento a la consulta dental ayudará al profesional para concientizar a la paciente sobre su salud bucal y eliminar todos los mitos y la información errónea que se tiene en esta etapa; para lo cual será necesario hablar de temas relevantes como son: la importancia de asistir a sus consultas dentales de seguimientos, instruirle en la realización de técnica de cepillado, hilo dental, uso de enjuagues bucales, etc.; y de ser necesario la eliminación de todos los focos infecciosos que se tengan en la cavidad bucal, además de la transmisión bacteriana que puede suceder con su futuro bebe.

Segundo Apartado

Se realizará en las semanas 1 hasta la 12 que corresponden al primer trimestre de embarazo siendo este uno de los más importantes durante el cual sucede la organogénesis en el feto por lo que se debe tener especial atención en este lapso procurando no realizar tratamientos dentales de no ser necesario.

En este apartado se registrará con fecha la realización de un primer Índice O'Leary donde se tomarán en cuenta todas las caras del diente para obtener así porcentaje que se registrara también dentro de este cronograma lo que nos ayudará para valorar la técnica de cepillado que se explicó la visita anterior tomando como aceptable menos del 20%, cuestionable del 20.1% al 30% y deficiente del 30.1% al 100%; también se registrara si en la paciente apareció xerostomía. La realización del índice O'Leary tiene como objetivo mostrar de manera más grafica la localización de placa dentobacteriana, reforzando nuevamente técnica de cepillado, de hilo dental y uso de enjuagues bucales (de ser necesario en cada caso se cambiara de técnica de cepillado y se realizara recomendaciones acerca del cambio a cepillos, pastas o enjuagues especiales, entre otros.), también el profesional valorara la realización de una limpieza dental junto con remoción de sarro dental, de ser así quedara registrado en este apartado.

Tercer Apartado

Se realizara durante el Segundo Trimestre (13-24 semanas), este trimestre es uno de los más importantes ya que es donde suceden la mayoría de los cambios hormonales que afectan directamente la salud periodontal, de igual manera en este periodo los vómitos y los hábitos alimenticios cambian drásticamente aumentando de manera considerable el consumo de carbohidratos lo que también contribuye al deterioro de cavidad bucal si no se realiza una rutina de limpieza diaria adecuada, que incluya cepillado, hilo dental y uso de enjuague bucal.

En este apartado se realiza un segundo Índice de O'Leary con el fin de evaluar la efectividad de la técnica de cepillado dental e hilo dental y de ser necesario reforzarla nuevamente anotando fecha, porcentaje obtenido y comparándolo con el anterior

Se realizara un periodontograma donde al igual que el odontograma se registrara dientes perdidos, tratamientos de operatoria dental, tratamientos de conductos, la presencia de lesiones cariosas, y realizando una evaluación clínica del estado de los tejidos bucales, ubicándolos por cuadrantes, después por pieza dental individualmente y se realizara un sondaje en tres sitios mesial, centro y distal tanto en la cara bucal como en la lingual o palatina y se registrará en el documento en el apartado P.S-1 donde colocaremos la profundidad obtenida, posteriormente cuando se realicen los siguientes controles se llenara P.S-2 y si es necesario una tercera vez en P.S-3, se registrará también recesión gingival, si existe movilidad dental, lesiones en furca y medida de la encía queratinizada, la presencia de sangrado o supuración; y en el apartado de notas se describirá color de encías, consistencia gingival y si toma algún medicamento o alguna anotación que consideremos importante a resaltar y en caso de ser necesario para la comprobación del estado dental y periodontal se puede realizar una serie de radiografías con el fin de obtener un diagnóstico (salud periodontal, gingivitis o periodontitis) y el grado o tipo (Inicial, Moderada, Avanzada, Crónica o Agresiva) y plan de tratamiento acorde a las necesidades de cada paciente.

Cuarto apartado

En el tercer trimestre del embarazo que comprende de las semanas 25 a las 40 se realiza un ultimo control de Indice O'leary, antes del nacimiento del bebe registrando nuevamente porcentaje, donde seguiran en observacion del estado gingival y periodontal de la paciente además de realizar una limpieza dental profunda y remoción de sarro con el fin de erradicar la mayor cantidad de focos infecciosos en la paciente previos al nacimiento del bebe, tambien se tomara el espacio para hablar de temas importantes referentes al bebe como son: Conocimientos básicos sobre erupción y anatomía dental, Lactancia materna, Biberón, Control de hábitos nocivos (chupete), Hábitos higiénicos con él bebe.

Quinto apartado

Este apartado se realiza en el post parto a los 6 meses posteriores al nacimiento del bebe y se realizara un control de indice O'Leary registrando porcentaje y abordando los siguientes temas; alimentación cariogenica, higiene del bebe, control de hábitos nocivos y visita al con el odontopediatra; este momento es ideal para realizar todos los procedimientos que quedaron pendientes a realizar.

Sexto apartado

Este apartado se realizará nuevamente al año post parto de su último control y se realizara un odontograma en conjunto con un Índice CPEOD final y registro final en su periodontograma con el fin verificar el estado periodontal en el que se encuentra la paciente y en caso que durante el periodontograma inicial se haya detectado una condición periodontal y esta haya desaparecido se dará seguimiento como enfermedad periodontal independiente al embarazo, de lo contrario se dará de Alta a la paciente, siempre recomendando sus citas periódicas y las de su bebe, reforzando todos los temas previamente abordados durante sus sesiones anteriores y la importancia de la prevención y atención oportuna en enfermedades bucales.

Cronograma de Seguimiento para la evaluación y prevención de patologías dentales en pacientes embarazadas.

Paciente _____ Edad _____ Embarazo (SI) SDG ____ (NO)

Hábitos:

Numero de cepillados al día _____ Ultima visita al Odontólogo _____

¿Qué ocupa al realizar su cepillado diario? _____

Fuma (SI) (NO) Frecuencia _____ Toma (SI) (NO) Frecuencia _____

Odontograma

Fecha _____

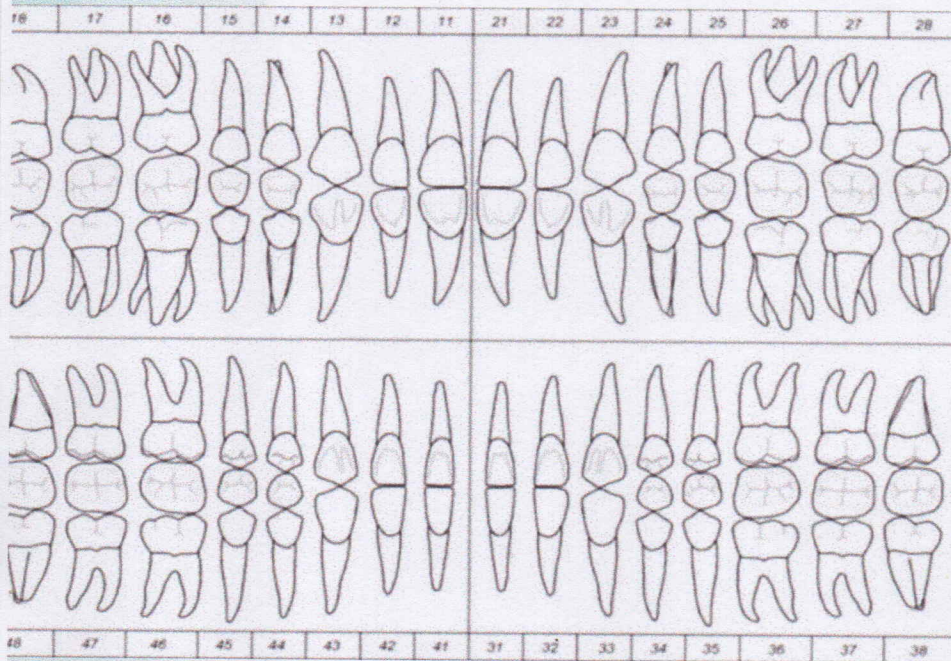
C ____ P ____ O ____ D ____

Cariados: ROJO

Obturaciones: AZUL

Ausentes X

Tratamientos de urgencia por realizar _____



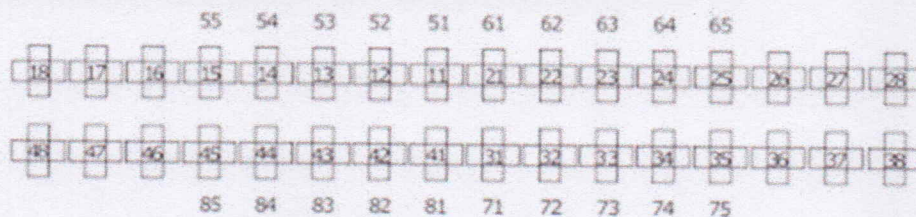
Temas

-Importancia de asistir a consultas ()

-Técnica de cepillado, hilo dental, uso de enjuagues bucales ()

-Eliminación de todos los focos infecciosos/ Transmisión bacteriana ()

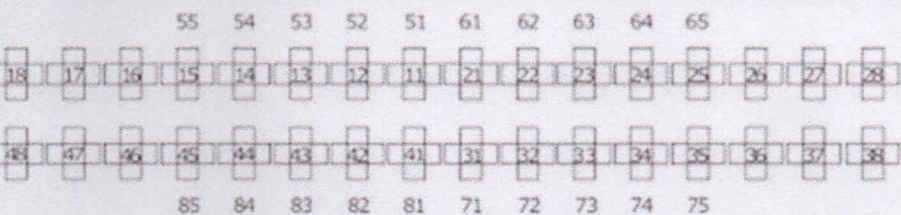
Primer Trimestre (1-12 Semanas)



Índice O'Leary

Fecha _____ Porcentaje _____ Técnica de cepillado _____

Segundo Trimestre (13-24 Semanas)



Índice O'Leary _____

Fecha _____ Porcentaje _____
 Técnica de cepillado _____

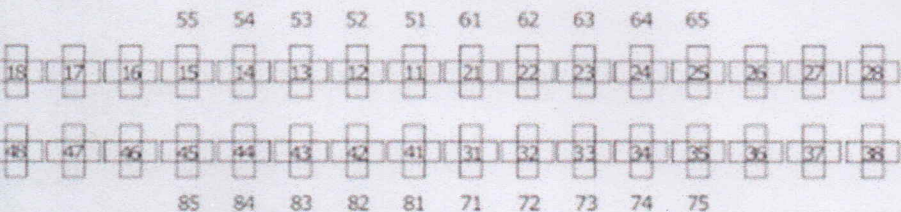
Periodontograma Fecha _____ Diagnostico: _____

Salud periodontal () Gingivitis () Periodontitis ()

Grado o tipo: Inicial () Moderada () Avanzada () Crónica () Agresiva ()

Tratamiento: _____

Tercer trimestre (25-40 Semanas)



Índice O'Leary _____

Fecha _____

Porcentaje _____

Técnica de cepillado _____

Limpieza dental (SI) (NO)

Odontosexis (Si)(NO)

Temas previos al nacimiento del bebe: _____

-Conocimientos básicos sobre erupción y anatomía dental ()

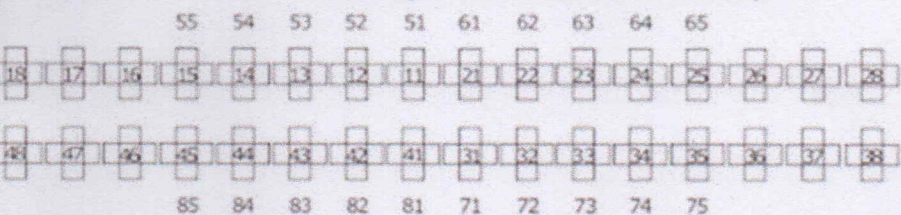
-Lactancia materna ()

-Biberón ()

-Control de hábitos nocivos (chupete) ()

-Hábitos higiénicos con el bebe ()

Post parto (6 meses)



Índice O'Leary _____

Fecha _____

Porcentaje _____

Técnica de cepillado _____

Temas _____

Post parto (1 año) 

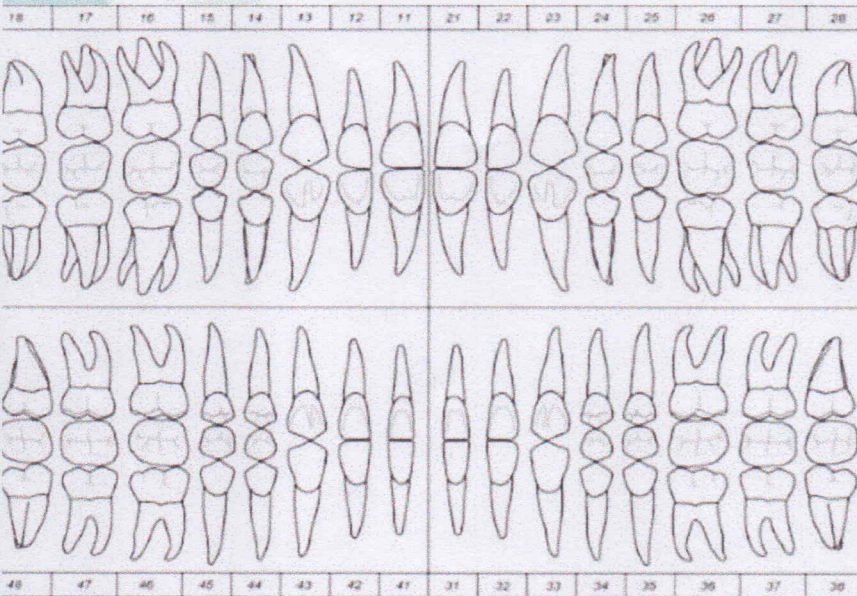
Fecha _____

C ___ P ___ O ___ D ___

Periodontograma

Fecha _____

Alta (SI) (NO)



Diagnostico: _____

Gingivitis () Periodontitis ()

Grado o tipo: Inicial ()

Moderada () Avanzada ()

Crónica () Agresiva ()

Tratamiento: _____

Limpieza dental

(SI) (NO)

Odontosexis

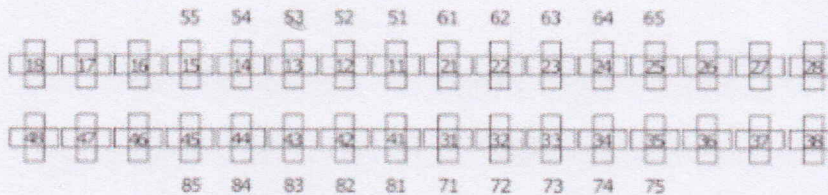
(Si) (NO)

Índice O'Leary

Fecha _____

Porcentaje _____

Técnica de cepillado _____



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. 36a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 2-16 de mayo de 1983: resoluciones y decisiones: anexos [Internet]. WHO. 1983. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/198745>.
2. Marinas García N, editor. Salud oral en embarazadas avilesinas y sus bebés. Educación para la salud mediante prevención. Revista médica ocronos; 2019.
3. Alfaro Alfaro A, Castejón Navas I, Magán Sánchez, R: Alfaro Alfaro, M. J., editores. Embarazo y salud oral. Vol. 1. Revista Clínica de Medicina de Familia.; 2019. 144–153 p.
4. Diaz Valdez L, Valle Lizama RL. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. Gaceta Médica Espirituana.; 2015. 08–21 p.
5. Díaz Romero RM, Robles Andrade, M. S: Espino Sosa, S. Prevención de enfermedades bucales durante el embarazo. Revista de Ciencias Clínicas; 2013. 37-44. p.
6. Portilla RJ. Programa de Salud Bucal. 14a ed. Vol. 45. Boletín Epidemiología; 1997. 1–2 p.
7. CNDH. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales [Internet]. www.cndh.org.mx. 1995. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-013-SSA2-1994%20Prevenci%C3%B3n%20y%20control%20de%20enfermedades%20bucales.pdf>
8. Aguilar Cordero MJ. Conocimientos de la salud bucodental en mujeres embarazadas. Revisión sistémica. Journal of Negative & no Positive results. 2018;3(2018):201–14.
9. Hirose López MG. Boletín UNAM-DGCS-538. Dirección General de Comunicación. Boletín UNAM [Internet]. el 8 de marzo de 2019; Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_538.html#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20aproximadamente%2010%20millones,de%20la%20Secretar%C3%ADa%20de%20Salud.
10. Rodríguez Sotomayor Y. Salud bucal, embarazo y género. Revista Información Científica. 2018;1:496–507.
11. Duarte Tencio A. El embarazo y la práctica odontológica: generalidades. Revista científica odontológica [Internet]. 2011;7(2):70–4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227914004.pdf>
12. Ardilla Medina CM, Alzate Vega J, Guzmán Zuluaga IC. Asociación de *Prevotella intermedia/nigrescens*, bacilos entéricos gram-negativos y parámetros clínicos en periodontitis crónica. Avances en perio [Internet]. 2013;25(3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/peri/v25n3/original4.pdf>

13. Herane B MDELÁ, Godoy C, Herane p. Enfermedad periodontal y embarazo. Revisión de la literatura. Rev med clin conde [Internet]. 2014;25(6):936–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706418>.
14. Puchades Rufino J. Alteraciones en el embarazo: indeseables, prevenibles y curables. Revista divulgativa de la Fundación SEPA de Periodoncia e Implantes Dentales [Internet]. 2018 [citado 2021];14:04–9. Disponible en: https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/04/CTE14_Web.pdf
15. Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. Adverse Pregnancy outcomes (APos) and Periodontal Disease: Pathogenic Mechanisms. Journal Clinic periodo. 2013;
16. Ruíz León G, Gómez García R, Rodríguez Guerrero R. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2002;59(1):05–9.
17. Chaple Gil AM, Gispert Abreu E de LÁ. “Amar” el índice de O’Leary. Revista cubana de estomatología [Internet]. 2019;56(4):02–6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v56n4/1561-297X-est-56-04-e2154.pdf>
18. Corchuelo J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Colombia medi. 2011;42(4):448–57.
19. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2010;3(2):94–9. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
20. Armitage GC. Periodontal diagnoses and classification of periodontal. Periodontol. 2000;9–21.
21. Martínez A. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. 2013;
22. Treuner A, Splieth C. Prevención de la caries en la primera infancia. Odontopediatría. 2015;25:229–35.
23. Cisneros Domínguez G, Hernández Borges YA. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. 15: MEDISAN; 2016.
24. Silueta estilizada de una mujer embarazada. Citado el 15 de octubre de 2022. Disponible en: <https://es.dreamstime.com/silueta-estilizada-del-vector-de-una-mujer-embarazada-hermosa-en-profesor-image11672814>

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA PLAZA

ISSSTE Clínica de Especialidades Dentales "Dr. Honorato Villa Acosta"

Ubicación

La Clínica de Especialidades Dentales se ubica en Prolongación. Guerrero No 358, Unidad Habitacional Nonoalco Tlatelolco, C.P. 06900, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Ubicación geográfica

Alcaldía Cuauhtémoc; parte de la Ciudad de México.



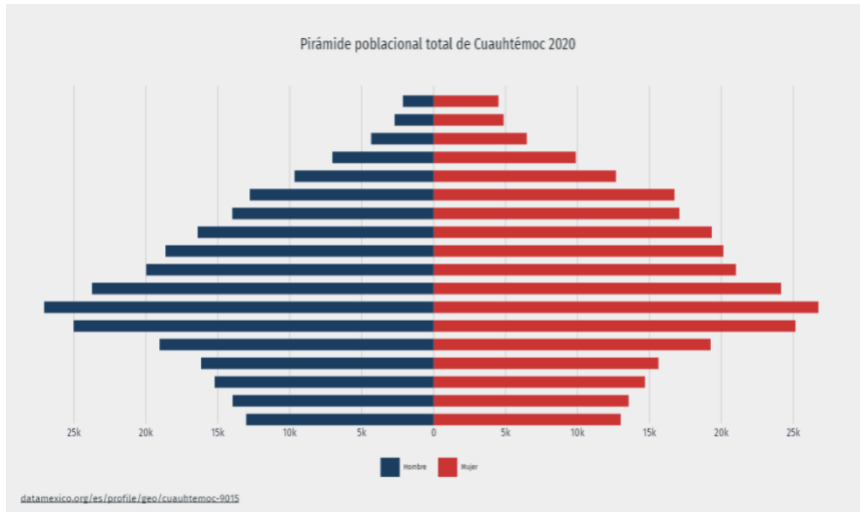
Ilustración 6 Fachada de la Clínica ISSSTE de Especialidades Dentales "DR. Honorato Villa Acosta"

Clave de la demarcación territorial ↕	Demarcación territorial ↕	Habitantes 2020 ↕
002	Azcapotzalco	432,205
003	Coyoacán	614,447
004	Cuajimalpa de Morelos	217,686
005	Gustavo A. Madero	1,173,351
006	Iztacalco	404,695
007	Iztapalapa	1,835,486
008	La Magdalena Contreras	247,622
009	Milpa Alta	152,685
010	Álvaro Obregón	759,137
011	Tláhuac	392,313
012	Tlalpan	699,928
013	Xochimilco	442,178
014	Benito Juárez	434,153
015	Cuauhtémoc	545,884
016	Miguel Hidalgo	414,470
017	Venustiano Carranza	443,704

Ilustración 7 Tabla obtenida de INEGI. División municipal. Distrito Federal [Internet]. INEGI. Org.mx. 2020. Disponible en: https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=09

En esta demarcación se encuentra el Centro Histórico de la CDMX, Patrimonio Cultural de la Humanidad avalado por la UNESCO, por lo que es el sitio con edificios de más de 500 años de antigüedad y de amplio valor cultural. También es el centro político y económico del país. Aquí se ubican el Palacio Nacional, la Cámara de Senadores y la Suprema Corte de Justicia¹.

Es la séptima economía del país, pues aporta el 4.6 % del PIB neto. Consta de 33 colonias como Condesa, Roma, Doctores, Guerrero, Tlatelolco, Peralvillo, Obrera



y Santa María la Ribera. En Cuauhtémoc se concentra gran cantidad de museos como el del Templo Mayor, el Museo Archivo de la Fotografía y el Museo de Arte Popular; bibliotecas como la José Vasconcelos y la Biblioteca de México; y teatros como el Esperanza Iris y Sergio Magaña. Es, sencillamente, el corazón del país¹.

Ilustración 8 Obtenido de NEGI. Cuéntame INEGI [Internet]. Inegi.org.mx. 2020. Disponible en: https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/cdmx_demarcaciones_color.pdf

Coordenadas

Entre los paralelos 19° 24' y 19° 28' de latitud norte

Los meridianos 99° 07' y 99° 11' de longitud oeste; altitud entre 2 200 y 2 300 m.



Ilustración 9 Obtenida de 5) INEGI. Cuéntame INEGI. Inegi.org.mx. 2020 disponible en: https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/cdmx_demarcaciones_color

Colindancias con las alcaldías

- Norte: Alcaldía Azcapotzalco y Gustavo A. Madero.
- Oriente: Delegación Venustiano Carranza
- Sur: Delegaciones Iztacalco y Benito Juárez
- Poniente: Delegación Miguel Hidalgo².

Número de habitantes: 545, 995 habitantes ³

Densidad: 16 071.16 hab/km²

Código Postal: 06000 – 06999 ¹

Superficie de 3,244

Representa el 2.18% de la superficie total del Distrito Federal y el 4.98% total del área urbanizada total de la entidad. La Alcaldía comprende 33 colonias².

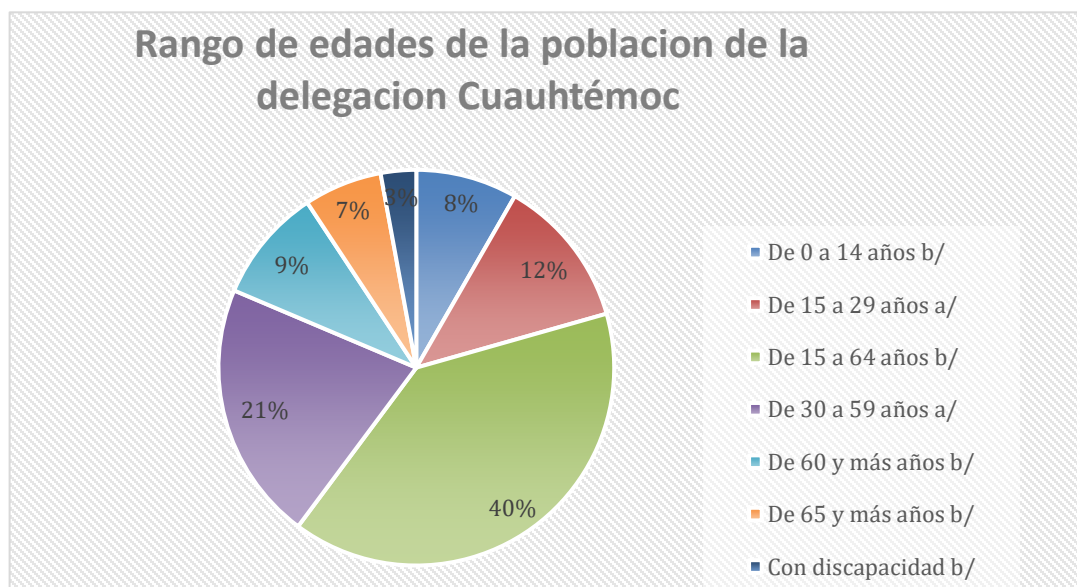
Características de la población

La población total de Cuauhtémoc en 2020 fue 545,884 habitantes, siendo 52.2% mujeres y 47.8% hombres.

Los rangos de edad que concentraron mayor población fueron 30 a 34 años (53,817 habitantes), 25 a 29 años (50,171 habitantes) y 35 a 39 años (47,893 habitantes). Entre ellos concentraron el 27.8% de la población total⁵.

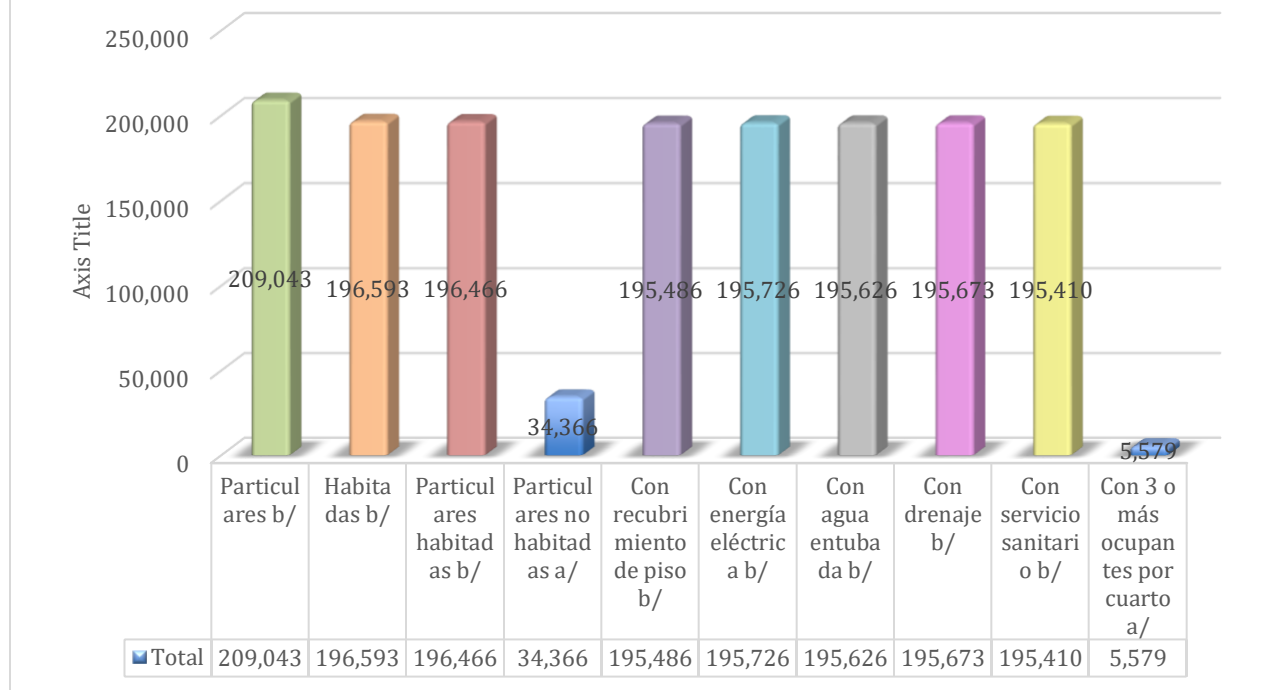
Población femenina: 284,933.

Población masculina: 260,951⁵.



Grafica 1. INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010 [Internet]. Inegi.org.mx.. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/09/09015.pdf

Características de las viviendas de la Delegación Cuahutemoc.



Grafica 2 Obtenida de INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010 [Internet]. Inegi.org.mx. 2020.. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/09/09015.pdf

Según los Censos de Conteos de Población y Vivienda 2010, la encuesta Intercensal 2015 Censos y Conteos de Población y Vivienda 2020 los rangos de edad de la población y características de vivienda de la Delegación Cuauhtémoc se muestran en las siguientes graficas⁶.

Dentro de la Delegación Cuauhtémoc se encuentra la Unidad Habitacional Nonoalco Tlatelolco.

Sus límites

Al norte con el Eje 2 Norte, Manuel González

Al sur con la avenida Ricardo Flores Magón

Al poniente con la Avenida de los Insurgentes Norte

AL oriente con el Paseo de la Reforma Norte⁷.

Colindancias

Al norte con las colonias San Simón Tolnáhuac y Ex Hipódromo de Peralvillo

Al sur con la colonia Guerrero

Al norte con la colonia Atlampa

Al oriente con la colonia Morelos.

Superficie: 933 m²

Coordenadas

Latitud 19.44506

Longitud -99.14612.

Población

La colonia Unidad Hab Nonoalco Tlatelolco es una localidad del municipio Cuauhtémoc, en Ciudad de México, y abarca un área cercana a 98 hectáreas.

En Unidad Habitacional Nonoalco Tlatelolco habitan unas 27,600 personas en 8,830 hogares, siendo una de las colonias más pobladas de Ciudad de México. Se registran 2,799 habitantes por km², con una edad promedio de 38 años y una escolaridad promedio de 13 años cursados.

De las 30,000 personas que habitan en Unidad Hab Nonoalco Tlatelolco, 5,000 son menores de 14 años y 6,000 tienen entre 15 y 29 años de edad. Cuando se analizan los rangos etarios más altos, se contabilizan 20,000 personas con edades de entre 30 y 59 años, y 4,700 individuos de más de 60 años⁸.

Economía

Según estimaciones de MarketDataMexico, la unidad habitacional Nonoalco Tlatelolco tiene un output económico estimado en MXN \$2,800 millones anuales, de los cuales MXN \$2,500 millones corresponde a ingresos generados por los hogares y unos MXN \$300 millones a ingresos de los 410 establecimientos que allí operan.

Adicionalmente, se estima que en la colonia laboran 4,000 personas, lo que eleva el total de residentes y trabajadores a 40,000⁸.

Empresas y empleo

En la colonia Unidad Hab Nonoalco Tlatelolco se registran unos 410 establecimientos comerciales en operación.

Entre las principales empresas (tanto públicas como privadas) con presencia en la colonia se encuentra SEP, que junto a otras dos organizaciones emplean unas 1189 personas, equivalente al 65% del total de los empleos en la colonia⁸.

Datos culturales y curiosos

Su nombre proviene del legado que dejaron los pobladores de la época prehispánica ahí asentados, pues Tlatelolco era el gran centro comercial y, además, fue el último bastión de la resistencia mexicana ante los españoles, y durante la Colonia fue sede del Colegio de Tlatelolco. En 1960 comenzó a edificarse la primera sección de la Unidad Habitacional. 25 de Julio aniversario de la iglesia Santiago Apóstol.

La Unidad Habitacional Nonoalco-Tlatelolco fue uno de los grandes proyectos urbanos de la arquitectura moderna del país, diseñado por el arquitecto Mario Pani. Originalmente se proyectó un plan de mayor alcance, al final solo estas secciones se llevaron a cabo. Durante las obras de excavación, se descubrió la zona arqueológica, donde está la plaza de las Tres Culturas y la iglesia de Santiago Apóstol.

Carlos Monsiváis consideró a Tlatelolco como una utopía: la del “México sin vecindades”⁷.

Datos históricos

- Se construyó entre 1961 y 1967, con 12 mil departamentos. Actualmente alberga a la mitad de su población inicial: 40 mil habitantes.
- Es considerada un sitio histórico debido, a la vivencia de diversos sucesos ahí ocurridos, por ejemplo, la firma del Tratado para la Prohibición de Armas Nucleares en América Latina y el Caribe, conocido como el Tratado de Tlatelolco, en el entonces edificio de la SRE, en 1967.
- La matanza perpetrada en la Plaza de las Tres Culturas por parte del gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, el 2 de octubre de 1968.
- La visita del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en septiembre de 1997.

Lugares de Interés

- Plaza de las Tres Culturas
- Jardín de la Paz
- Jardín Santiago
- Centro Cultural Universitario Tlatelolco
- Torre de Tlatelolco
- Parque del Reloj
- Jardín la Pera
- Museo El Tecpán.
- Parroquia de Santiago Apóstol
- Teatro Félix Azuela Padilla

- Teatro María Rojo
- Teatro Isabela Corona
- Teatro Del Congreso
- Teatro Antonio Caso
- Iglesia de Santiago
- Zona arqueológica, De las Tres Culturas⁷.

Población de Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, del ISSSTE

La Clínica de Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta”, del **ISSSTE** en Tlatelolco, atiende mensualmente a 5 mil 500 pacientes procedentes de la toda la República Mexicana, esta unidad es única en su tipo en el Sector Salud donde se brinda atención en 7 servicios de especialidad como son:

- Endodoncia
- Odontopediatría
- Ortodoncia
- Periodoncia
- Prótesis Fija
- Prótesis Removible
- Cirugía Maxilofacial
- Odontología Integral bajo Anestesia General⁹.

Todos los pacientes deben presentarse a esta unidad con:

- ♦ Pase vigente SM1-17
- ♦ Carnet de citas de la Clínica de Medicina Familiar correspondiente
- ♦ Deberán presentarse 10 minutos antes de su cita.

Los servicios de la clínica se describen a continuación obtenidos del Catálogo de servicios: requisitos de ingreso y criterios de restricción para la atención de derechohabientes clínica de especialidades dentales “dr. Honorato Villa Acosta”. 2022.

1. SERVICIO: ENDODONCIA

REQUISITOS DE INGRESO

Condiciones clínicas:

- Con saneamiento básico terminado:
 - Eliminación de Cálculo dental y con Profilaxis.

Órganos dentarios:

- Con destrucción coronaria por caries o fractura, que involucre la cámara pulpar.

- Que presenten lesiones periapicales agudas.
- En condiciones de recibir una restauración (endoposte, corona, etc.).
- Con conductos de libre acceso para el trabajo biomecánico (tamaño y forma).
- Sin movilidad.
- Libre de cualquier restauración (amalgama, resina, incrustación, prótesis fija, etc.)
- Indispensable traer radiografía periapical adulto tomada después de retirar caries, para su valoración.

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

Órganos dentarios con:

- Destrucción coronaria amplia que impida su rehabilitación
- Enfermedad periodontal severa.
- Raíces enanas.
- Conductos calcificados.
- Fracturas radiculares.
- Raíces acodadas o anatomías atípicas.
- Imposibilidad para aislar.
- Formación incompleta de los ápices
- Infecciones recurrentes con presencia de fístulas y con terapia antibiótica diversa.
- Tratamientos de conductos previos
- Apertura bucal limitada.
- Enfermedades sistémicas no controladas.
- Tratamientos de terceros molares.

2. SERVICIO: ODONTOPEDIATRÍA

REQUISITOS DE INGRESO

CONDICIONES CLÍNICAS

- Niños menores de 12 años.
- Que requieran rehabilitación total en dentición temporal o decidua
- Más de 4 caries de segundo y tercer grado
- Pulpotomías y pulpectomías en dentición temporal
- Que requieran coronas acero-cromo

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

- Pacientes mayores de 12 años.
- Con dentición permanente.
- Caries de 1er. Grado
 - ♦ Los niños deberán ser acompañados por Padre, Madre o Tutor.
 - ♦ Acudir a la plática de ingreso los miércoles a las 10:30 a.m.

3. SERVICIO: ORTODONCIA

REQUISITOS DE INGRESO

CONDICIONES CLÍNICAS:

- Niños menores de 10 ½ años.
- Con alteraciones dentoalveolares y/o discrepancias dentofaciales
- Pérdida temprana de dentición decidua
- Con hábitos perniciosos

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

- Pacientes mayores de 10 ½ años.
- Con dentición permanente.
- Pacientes que, debido a su condición emocional o física, no sean candidatos para la colocación de aparatología ortopédica fija o removible en boca.
- Caries.
- Restos radiculares.
- Procesos infecciosos.
- ♦ Los niños deberán ser acompañados por Padre, Madre o Tutor.
- ♦ Acudir a la plática de ingreso los días miércoles a las 9:30 a.m.

4. SERVICIO: PARODONCIA

REQUISITOS DE INGRESO

Condiciones clínicas:

- Con saneamiento básico terminado:
 - Eliminación de Cálculo dental y con Profilaxis
- Libre de restos radiculares
- Extracciones realizadas con previa valoración periodontal
- Pacientes con enfermedades sistémicas controladas (epilepsia, hepatitis B y C, cardiopatías, diabetes, V.I.H.)

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

Órganos dentarios con:

- Caries
- Restos radiculares
- Movilidad de tercer grado.
- Prótesis que impidan el tratamiento periodontal
- Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas (epilepsia, hepatitis B y C, cardiopatías, diabetes, V.I.H.)
-

5. SERVICIO: PRÓTESIS FIJA

REQUISITOS DE INGRESO

Condiciones clínicas:

- Con saneamiento básico terminado:
 - Eliminación de Cálculo dental y con Profilaxis

- Sin Caries y con Operatoria dental terminada
- Con curación
- Sin restos radiculares
- Sin restauraciones en los dientes a tratar: amalgamas, resinas, incrustaciones, coronas o prótesis (de dientes posteriores)
- Sin dolor, sin movilidad dental, sin inflamación.
 - Si sospecha de pulpitis irreversible, enviar al paciente al servicio de endodoncia correspondiente.
- Dientes con suficiente estructura dental y soporte óseo para ser rehabilitados.

Indispensable acudir a la cita de valoración protésica con radiografía periapical adulto tomada después de retirar caries y restauraciones en mal estado, nítida y con ápices visibles.

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

- Pacientes con desgaste dental generalizado atípico (Bruxismo) y pérdida de dimensión vertical que requieran Rehabilitación dental Fija parcial o total.
- Dientes con tratamiento de Endodoncia con lesión amplia o mal realizado.
- Dientes que requieran alargamiento de corona.
- Rehabilitación con Implantes.

El pronóstico del tratamiento dependerá de las condiciones bucales del paciente

6. SERVICIO: PRÓTESIS REMOVIBLE

REQUISITOS DE INGRESO

Condiciones clínicas:

- Con saneamiento básico terminado:
 - Eliminación de Cálculo y con Profilaxis
- Sin Caries y con Operatoria dental terminada
- Con restauraciones terminadas: incrustaciones, coronas o Prótesis Fija en caso necesario.
- Sin restos radiculares
- Sin dolor, sin movilidad dental, sin inflamación.
 - Si sospecha de pulpitis irreversible, enviar al paciente al servicio de endodoncia correspondiente.
- Dientes pilares con suficiente altura coronal y soporte óseo para sostener la Prótesis Removible.

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

- Pacientes con desgaste dental generalizado atípico (Bruxismo) y pérdida de dimensión vertical que requieran Rehabilitación dental parcial o total Fija y/o Removible.
- Rehabilitación con Implantes.

El pronóstico del tratamiento dependerá de las condiciones bucales del paciente

7. SERVICIO: CIRUGIA BUCODENTOMAXILAR

REQUISITOS DE INGRESO

Condiciones clínicas:

- Con saneamiento básico terminado:
 - Eliminación de Cálculo y con Profilaxis
- Sin Caries y con Operatoria dental terminada

Tratamientos

- Extracciones de terceros molares retenidos y erupcionados
- Otros dientes retenidos.
- Dientes Supernumerarios.
- Quistes.
- Frenectomía.
- Extracciones múltiples que requieran regularización de proceso solicitada por el servicio de Prótesis Bucal.
- Patologías de glándulas salivales del tipo mucocele o ránula.
- Patologías que requieran biopsia.
- Apicectomías.
- Trastornos de la Articulación Temporomandibular (ATM).

8. SERVICIO: ODONTOLOGÍA INTEGRAL BAJO ANESTESIA GENERAL (QUIRÓFANO)

En este servicio se toman en cuenta factores tanto médicos como odontológicos, para poder ofrecer un tratamiento global y personalizado enfocado a las necesidades del paciente con énfasis en la cirugía maxilo-facial, odontología restauradora, periodoncia y endodoncia.

REQUISITOS DE INGRESO

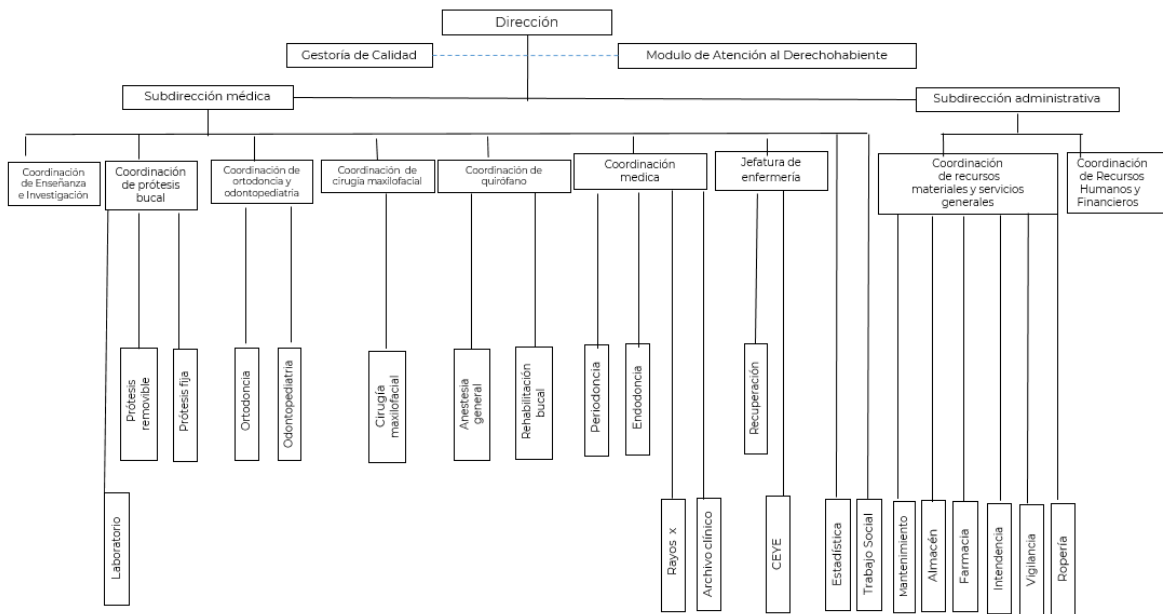
Condiciones clínicas:

- Pacientes ansiosos o que presentan temor extremo en el consultorio dental.
- Pacientes con discapacidad física y/o mental.
- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.
- Pacientes que sufren de limitación en el movimiento mandibular.
- Pacientes con algún síndrome o anomalía congénita.
- Disturbios emocionales y psicológicos como autismo, psicosis, esquizofrenia, fobias no controlables.

Tratamientos

Se atienden pacientes que no permiten un manejo convencional en sillón, se realiza una valoración multidisciplinaria estomatológica, clínica y radiográficamente, y una valoración preoperatoria por parte de médicos anestesiólogos para un diagnóstico asertivo apoyados en valoraciones por parte de pediatra, cardiólogo, médico internista o el especialista indicado de acuerdo al cuadro clínico del paciente.

También se atienden pacientes bajo sedación consiente para facilitar su tratamiento tanto en consultorio, servicio de radiología y quirófano¹⁰.



ORGANIGRAMA
CLINICA DE ESPECIALIDADES DENTALES

BILIOGRAFIA

- 1) Monreal Ávila R. Cuauhtémoc [Internet]. Ciudad de México. 2020 [citado el 1 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.archivo.cdmx.gob.mx/delegacion/cuauhtemoc>
- 2) Diagnóstico Territorial [Internet]. Alcaldía Cuauhtémoc. 2018 [citado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://alcaldiacuauhtemoc.mx/diagnostico-territorial/>
- 3) INEGI. División municipal. Distrito Federal [Internet]. INEGI. Org.mx. 2020 [citado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=09
- 4) INEGI. Cuentame INEGI [Internet]. Inegi.org.mx. 2020 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/cdmx_de_marcaciones_color.pdf
- 5) DataMéxico. Poblacion Cuautemoc [Internet]. Datamexico.org.es. 2019 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/cuauhtemoc-9015>
- 6) INEGI. Compendio de información geográfica municipal 2010 [Internet]. Inegi.org.mx. 2020 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/09/09015.pdf
- 7) Colonia Tlatelolco [Internet]. Alcaldía Cuauhtémoc. 2019 [citado el 4 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://alcaldiacuauhtemoc.mx/nope/colonia-tlatelolco/>
- 8) MarketDataMéxico. MarketDataMéxico Colonia Unidad Hab Nonoalco Tlatelolco, Cuauhtémoc, en Ciudad de México [Internet]. Marketdatamexico.com. [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.marketdatamexico.com/es/article/Colonia-Unidad-Hab-Nonoalco-Tlatelolco-Cuauhtemoc-Ciudad-Mexico>
- 9) ISSSTE. Hombres quienes menos atienden su salud bucal [Internet]. gob.mx. 2018 [citado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/prensa/hombres-quienes-menos-atienden-su-salud-bucal>
- 10) ISSSTE. Catálogo de servicios: requisitos de ingreso y criterios de restricción para la atención de derechohabientes clinica de especialidades dentales “dr. Honorato villa acosta”. 2022.

CAPITULO IV

INFORME NUMERICO NARRATIVO

Servicio Social: Odontopediatría

Responsable: C.D.E.O. Víctor Uriel Guzmán Aguirre

Periodo: Febrero 2020 - Marzo 2020

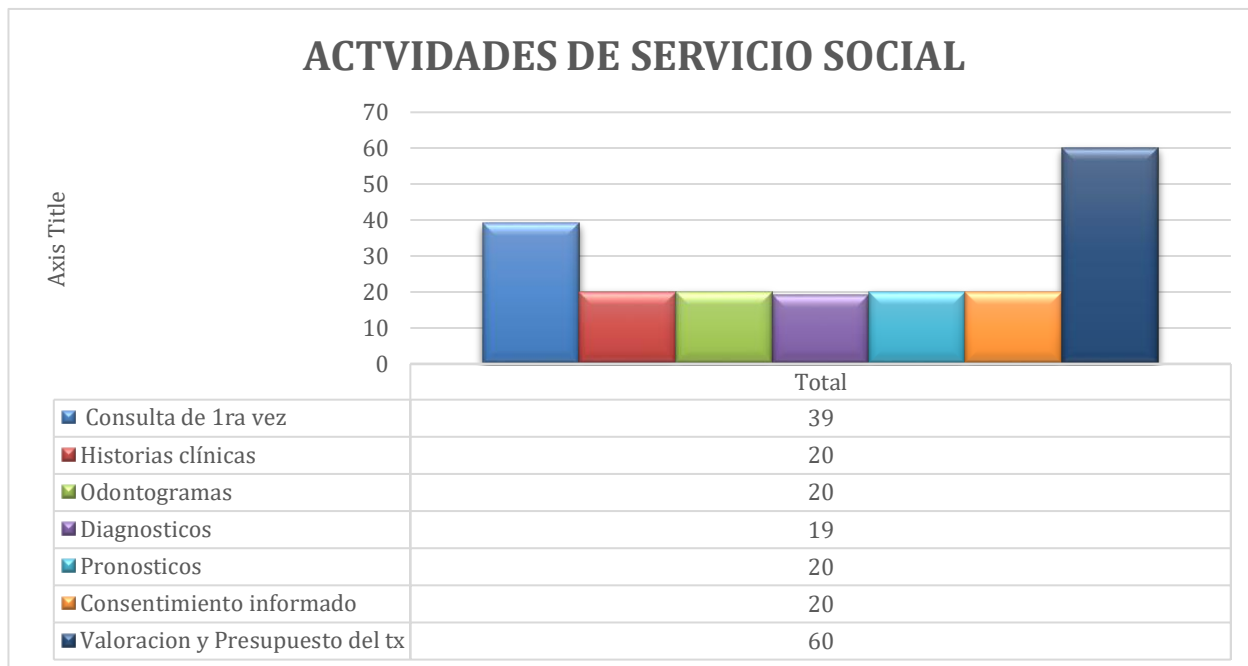


Ilustración 10 Grafica de actividades del Servicio Social. Odontopediatría. Febrero-marzo.



Ilustración 11 Grafica de actividades del Servicio Social. Odontopediatría. Febrero-Marzo.

ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL

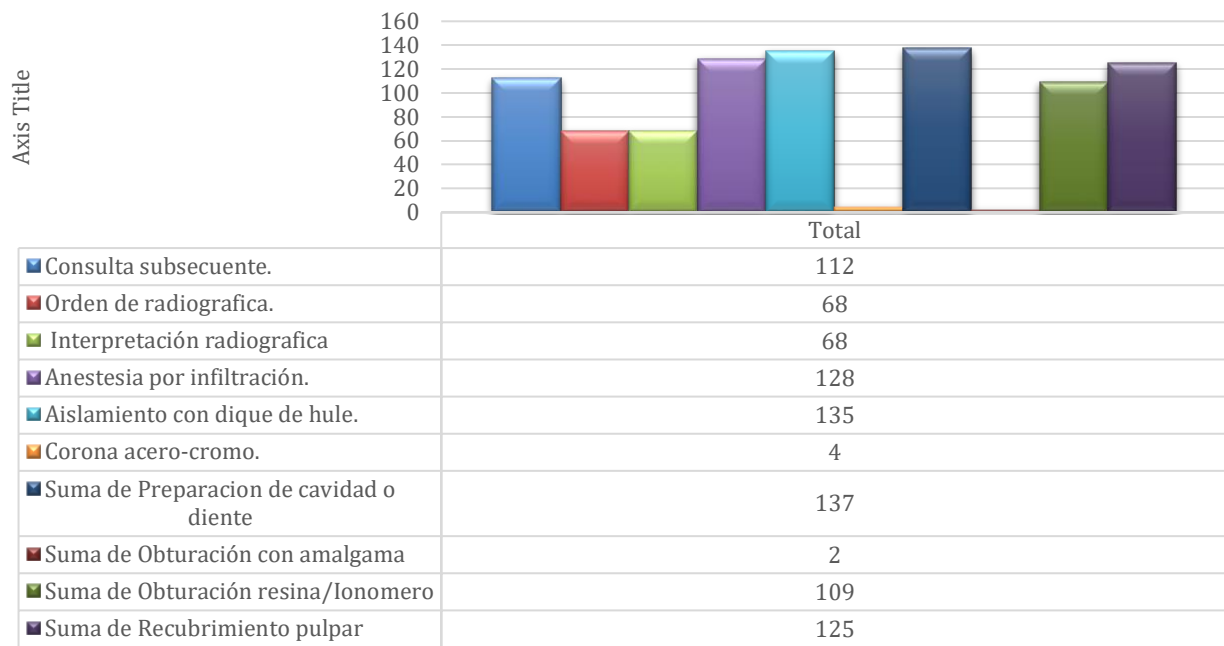


Ilustración 12 Grafica de actividades del Servicio Social. Odontopediatría. Febrero-Marzo.

CAPITULO V

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante mi estancia en el servicio de Odontopediatría a cargo del C.D.E.O. Víctor Uriel Guzmán Aguirre durante el periodo comprendido de Febrero a Marzo de 2020 asistí en actividades como: consultas de primera vez donde se realizaba revisión de la cavidad bucal, odontograma, diagnóstico, pronóstico, presupuesto y se daban todas las instrucciones próximas a seguir durante el tratamiento en el consultorio y las acciones de prevención que se recomendaba practicar en casa en beneficio del paciente, además de dar técnicas de cepillado correctas y platicar con los padres acerca de la importancia del tratamiento, prevención y de los cuidados a seguir.

Por consiguiente asistí al Dr. Guzmán en los diversos tratamientos de las consultas de pacientes subsecuentes como son preparación y colocación de resinas y en su caso amalgamas, con su respectivo recubrimiento pulpar, preparación y realización de pulpotomías y pulpectomías, además de familiarizarme con la técnica ctz y colaborando con los diagnósticos e interpretaciones de radiografías de distintas patologías; asistí en la preparación y colocación de coronas de acero-cromo, y como parte de mis funciones dentro de todas estas actividades lleve a cabo la manipulación de los diferentes materiales dentales que se utilizaban en cada tratamiento, no solo de lo que ya manipulaba, sino también de materiales que no conocía y aprendí a manipular tanto en las dosis, preparación como en la aplicación y condiciones en las que se ocupaban en su caso específico.

Se realizaban en los casos necesarios, extracciones dentales, donde no solo observe las técnicas de anestesia y extracción dental sino también implemente asistiendo al doctor diferentes técnicas de control de conducta, según ameritara el paciente como son: restricción de movimientos, técnica mostrar, decir y hacer, control de voz, entre otras más Durante todos los procedimientos se realizó técnica de asistencia a cuatro manos que resultaba sumamente eficaz acortando y simplificando los tiempos dentro de la consulta diaria. De igual forma aplique los principios de asepsia y antisepsia que deben de llevarse a cabo dentro del consultorio dental como técnica correcta de lavado de manos, instrumental, esterilización, entre otros. También pude aprender acerca de condiciones especiales que padecían pacientes que se presentaban a consulta; como FLAP (fisuras labio alvéolo palatinas), displasia ectodérmica, déficit de atención, entre otros. Asimismo, contemple situaciones donde fue conveniente por el paciente realizar interconsultas a diferentes servicios como ortodoncia, endodoncia, incluso quirófano, todo por un buen seguimiento en el tratamiento del paciente.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Sin duda alguna mi estancia dentro del Servicio Social en la Clínica De Especialidades Dentales “Dr. Honorato Villa Acosta” dentro del servicio de Odontopediatría, me deja grandes enseñanzas clínicas y experiencias dentro del ámbito odontológico y grandes expectativas acerca de la carrera, el aprendizaje nunca se acaba. Lamentablemente la pandemia no nos permitió el desarrollo completo esperado a término del servicio social, pero esto no fue excusa para seguir aprendiendo y actualizándonos buscando nuevas alternativas para el aprendizaje a distancia vía remota, el Dr. Alfredo Rosas a cargo de mi desarrollo durante el servicio social siempre estuvo pendiente tratando de poder aprovechar al máximo a medida de lo posible nuestro paso por esta gran clínica dental, que sin duda me deja llena de agradecimiento.