

Monografía

Titulo:

**ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA EN
PACIENTES
EMBARAZADAS**

SEUDÓNIMO: 160357

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....4

2. DESARROLLO:

A. Cambios Fisiológicos del embarazo.....5-9

B. Prevención.....10-11

C. Atención odontológica.....12-17

D. Patologías frecuentes durante el embarazo.....18-20

E. Farmacología.....21-24

3. CONCLUSIÓN.....25

4. BIBLIOGRAFIA.....26-27

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye un periodo de 40 a 42 semanas, el cual se divide en tres trimestres de 14 semanas cada uno. Durante el mismo ocurre una serie de transformaciones como consecuencia del aumento en las hormonas sexuales femeninas, principalmente estrógeno y progesterona, y el inicio en la generación de las hormonas placentarias (gonadotrofina coriónica humana, entre otras). Estas varían su concentración a lo largo del periodo gestacional, estimulando cambios fisiológicos profundos en los distintos sistemas del organismo.

La atención odontológica no debe ser postergada durante la gestación; por el contrario, tiene que ser atendida con las respectivas consideraciones médicas, clínicas, quirúrgicas, farmacológicas y psicológico. De esta manera la madre se encontrará en óptimas condiciones de salud para recibir a su hijo.

El odontólogo tiene que conocer las diversas adaptaciones del organismo durante el embarazo, para estar alerta sobre los cambios que se pueden presentar, impidiendo que estos repercutan en la salud de la madre gestante y en su atención clínica.

En esta monografía se desarrollan los puntos más importantes del embarazo, los cambios que experimenta la madre y como brindar una atención odontológica adecuada. También se describen consideraciones farmacológicas, radiológicas y clínicas que brindan protección a la madre y a su hijo durante la gestación.

DESARROLLO

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

El odontólogo debe conocer los cambios fisiológicos que suceden en los diferentes sistemas del organismo durante el embarazo.

Ya que estos cambios se encargan de crear el medio favorable para el feto, pero a su vez, son responsables de síntomas frecuentes y propios del embarazo.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas del embarazo. El gasto cardiaco se incrementa, atribuyéndose estas modificaciones a una elevación de la frecuencia cardiaca (15 a 25% mayor que en la mujer no embarazada), al volumen latido, que se encuentra elevado en 25 a 30% al final del embarazo.

A nivel vascular periférico, existe una disminución de la resistencia vascular periférica (principalmente porque la placenta es territorio de baja resistencia) y de la presión arterial. Por estos cambios, la embarazada suele manifestar palpitaciones y en ocasiones lipotimia.

El edema es un síntoma frecuente en el embarazo. Este se localiza principalmente en los miembros inferiores, aunque en ocasiones es generalizado. El edema fisiológico del embarazo se explica principalmente por razones mecánicas (dificultad al retorno venoso de extremidades inferiores), pero también por la retención hídrica, aumento de la permeabilidad vascular y disminución de la presión osmótica del plasma.

También es frecuente la aparición de várices, principalmente en extremidades inferiores, así como en la vulva y el recto (hemorroides).

SISTEMA HEMATOLÓGICO

El volumen sanguíneo aumenta en un 60% durante el embarazo. El aumento de la volemia se inicia precozmente durante la gestación, alcanzando su mayor nivel a las 26-28 semanas. En el embarazo se considera indispensable esta hipervolemia para cubrir las necesidades de oxígeno y soportar el aumento de la demanda sanguínea del útero, con su sistema vascular hipertrofiado y de baja resistencia. A nivel de células sanguíneas se observa disminución de las plaquetas y aumento de la masa de eritrocitos y leucocitos en un 30%. El mayor aumento del volumen plasmático respecto de la masa eritrocitaria hace que se genere un estado de “anemia fisiológica”.

También se producen alteraciones en los niveles de factores de la coagulación. Aumentan los factores VII, VIII, IX, X y I, no se alteran los factores II, V y XII, y disminuyen los factores XI y XIII.

Durante el embarazo exista un estado de hipercoagulabilidad y un consecuente mayor riesgo de enfermedad tromboembólica.

MODIFICACIONES EN LA PIEL

La hiperpigmentación: Suele ser en general uno de los signos más precoces y evidentes del embarazo.

Los estrógenos son fuertes inductores melanogénicos y se ha observado que la hormona estimulante de melanocitos (MSH) se encuentra elevada desde el final del segundo mes de gestación hasta el término del embarazo.

Puede manifestarse en cualquier sitio de la piel, pero de preferencia ocurre en regiones sensibles a la influencia hormonal: pezones, areola, vulva y región perianal.

Otras zonas características son la línea parda umbilical (hiperpigmentación de la línea media abdominal), melasma (en las mejillas) y la región sobre el labio superior (“bigote”). Como principal medida de prevención se debe recomendar el uso de protector solar.

Estrías: frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales.

MODIFICACIONES EN LA FARMACOCINÉTICA DE MEDICAMENTOS Y DROGAS

Las modificaciones fisiológicas que ocurren en el organismo materno por efecto del embarazo alteran la farmacocinética de medicamentos y drogas, lo cual debe ser muy bien conocido por el profesional de salud que realiza su atención, para indicar una terapéutica adecuada y segura, tanto para la madre como para el feto y el recién nacido. Para ello, es necesario recordar la ruta que normalmente sigue un medicamento o droga desde su ingreso al organismo hasta su eliminación; esta ruta tiene las siguientes etapas: absorción, distribución, biotransformación, excreción; además, en el embarazo se debe considerar la placenta y el feto.

SISTEMA RESPIRATORIO

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas.

La paciente embarazada podría presentar una frecuencia respiratoria elevada, pues hiperventilará como mecanismo compensatorio, para suplir el incremento en el consumo de oxígeno y la disminución en la capacidad respiratoria, como consecuencia de la elevación del diafragma, secundaria al aumento en el tamaño del útero. Sin embargo, a pesar de estos mecanismos, hay riesgo de que la mujer sufra de hipoxia y disnea. Por lo tanto, hay que evitar colocar a la paciente en

posición supina en el sillón dental. Además, el incremento en los estrógenos causa edema en la mucosa de la vía aérea superior, congestión nasal y rinitis; lo cual incrementa el riesgo de epistaxis e infecciones respiratorias. Estas complicaciones dificultan la respiración nasal, lo que incrementa la respiración bucal causando xerostomía, lo que aumenta el riesgo de caries.

SISTEMA DIGESTIVO

Los niveles elevados de progesterona inducen una disminución de la motilidad del estómago, intestino delgado e intestino grueso. Esta disminución de la motilidad es causa de síntomas como distensión abdominal y constipación, muy habituales en el embarazo.

Las náuseas y los vómitos son síntomas que aquejan aproximadamente al 66% de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre y posteriormente van disminuyendo al avanzar el tiempo de gestación. Sin embargo, hay un 1% que continúa sufriendo estos malestares gástricos a lo largo de todo el embarazo, lo que se denomina hiperémesis gravídica.

Estos problemas gastrointestinales se deben a múltiples causas, entre las cuales está el retraso en el vaciamiento gástrico, la hipersalivación, la disminución en el tono muscular del esfínter esofágico y los cambios en el sentido del gusto y el olfato, que se manifiestan más durante las mañanas. Por ello, el odontólogo debe evitar programar citas matutinas, pedirle a la paciente que no ingiera cítricos ni alimentos grasosos, pues retrasan el vaciamiento gástrico.

Además, se debe colocar a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo. Es fundamental informarle a la paciente que las múltiples emesis podrían erosionar el esmalte dental, principalmente en la superficie palatina de los dientes anteriores; debido al contenido ácido del vómito. Por lo tanto, se le debe explicar que inmediatamente después de la emesis no se cepille los dientes, pues ese ambiente ácido favorece la desmineralización del esmalte, que es incrementada

por la acción del cepillado; por el contrario, se recomienda que se enjuague con agua.

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

El sistema músculo esquelético sufre numerosas modificaciones a consecuencia del embarazo. Precozmente se produce hiperlordosis lumbar, hiperextensión de la musculatura paravertebral (más aún en pacientes con sobrepeso), abducción de los pies (“marcha de pato”) y separación de las ramas pubianas en la sínfisis púbica. Estas modificaciones fisiológicas ocasionan dolor pubiano y dolor lumbar como síntomas característicos del embarazo. Para su alivio puede utilizarse paracetamol y medidas físicas como calor local. Debe evitarse el uso de AINES durante el embarazo.

PREVENCIÓN

La prevención en las pacientes embarazadas es fundamental, constituye una oportunidad no solo para recuperar la salud bucal de la mujer, sino que también para educarla en el autocuidado y en el cuidado de su hijo por nacer.

Las intervenciones tempranas son esenciales para lograr una buena salud bucal en la madre y que le permita adquirir conocimientos sobre la importancia de prevenir enfermedades bucales.

El cuidado dental es un procedimiento seguro y eficaz durante todo el embarazo.

La prevención de la caries y gingivitis para conseguir una boca sana es el objetivo principal.

Una estrategia prioritaria es la inclusión de medidas que eviten la colonización de la cavidad oral por agentes cariogénicos primarios, especialmente el *S. mutans* y el *S. sobrinus*.

El odontólogo debe hacer una revisión de la cavidad bucal con el fin de conocer el estado de salud bucal que le permita realizar un diagnóstico y la programación de un tratamiento basado en la edad gestacional de la paciente, dando prioridad a la eliminación de focos de infección de origen dental y/o periodontal, y así evitar la diseminación de los microorganismos, ya que la infección puede pasar al torrente circulatorio e invadir al feto por vía transplacentaria.

Un nivel óptimo de higiene bucal, se obtiene con autocuidados para controlar el biofilm (cepillado, hilo dental, flúor y agentes antisépticos) y con profilaxis profesional que incluya remoción de cálculo supra y subgingival.

También es importante en la consulta odontológica informar a las mujeres gestantes sobre los cuidados bucales que se deberán tener con el recién nacido, sobre cuando y como iniciar la limpieza de los rodetes gingivales; se debe informar que en algunas ocasiones el bebe nace con dientes a los que se les denomina dientes natales, o que los órganos dentarios pueden erupcionar en el primer mes

de vida, a los que se les denomina dientes neonatales, y en estos casos el pediatra solicitará la interconsulta con el odontopediatra para que se realice un diagnóstico y se tomen las medidas necesarias.

En este período es cuando se presentan algunas alteraciones del desarrollo como perlas de Epstein, nódulos de Bohn, o quistes de la lámina dental, los cuales van a necesitar atención por parte de un odontopediatra.

LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En la atención odontológica de pacientes embarazadas siempre que sea posible se debe confeccionar la historia clínica y establecer comunicación con el obstetra. La historia clínica o anamnesis es la realización de un interrogatorio de la paciente dirigido y orientado a recordar o traer a la memoria cosas y datos olvidados. El odontólogo debe obtener una historia completa o poner al día la que había hecho previamente. Esta tiene un papel destacado para establecer el diagnóstico integral de la paciente y elaborar el plan de tratamiento.

En cuanto a la comunicación con el obstetra, la misma debe ser para obtener datos sobre el estado médico de la paciente, los requerimientos dentales y el plan de tratamiento propuesto. Este se basará en la detección de dichos focos de infección ya que son una prioridad. Si bien es importante iniciar con el tratamiento dental, una vez tratados los focos de infección, se busca mejorar el enfoque preventivo, evaluar los riesgos, el estilo de vida y los cambios de conducta y hábitos que una mujer puede hacer para reducir su riesgo de enfermedades dentales.

La paciente debe realizar visitas dentales de rutina, ser instruida con una correcta enseñanza de técnica de cepillado pudiendo indicarse pasta dental con fluoruros, e indicar el uso diario de hilo dental o cepillo interdental (según lo amerite el caso), utilizar enjuague bucal sin alcohol, comer saludable y reducir al mínimo el consumo de azúcar.

En ciertos casos, el enjuague de clorhexidina (sin alcohol), puede indicarse para lograr una salud gingival óptima, controlando su uso, el cual no debe superar las dos semanas.

Por último, todos los procedimientos quirúrgicos electivos deben posponerse hasta después del parto.

CONDICIONES QUE AMERITAN TRATAMIENTO PRIORITARIO:

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

EDAD GESTACIONAL PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DENTAL Y

TRATAMIENTOS INDICADOS POR TRIMESTRE:

La etapa más segura es en el segundo trimestre durante la semana 13 y 28.

El riesgo de aborto involuntario antes de las 20 semanas de embarazo es del 15 y 20%, la mayoría de éstos no se puede prevenir.

Por definición, el riesgo de teratogenicidad, ya sea por procedimientos de imagen, medicamentos u otros tratamientos médicos, puede ocurrir antes de las 12 semanas de gestación. Sin embargo, hay poca evidencia de que los medicamentos que se usan en la práctica dental estándar tengan un efecto teratogénico.

Primer trimestre (desde la concepción hasta la semana 14)

En este trimestre se lleva a cabo la división celular y la organogénesis, entre la segunda y la octava semana de concepción.

Por lo tanto, hay mayor riesgo de susceptibilidad al estrés y agentes teratógenos, del 50 al 75% de todos los abortos espontáneos se producen durante este periodo.

Pueden producirse alteraciones del desarrollo, frenar el crecimiento y la maduración de los órganos o causar anomalías muy graves. Son especialmente sensibles a la acción teratógena los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción.

En el primer trimestre se debe educar al paciente sobre los cambios orales, enfatizar la prevención, dar instrucciones estrictas de higiene oral, controlar las infecciones, de ser posible, limitar el tratamiento a profilaxis, detartrajes supragingivales y tratamientos no invasivos. Si existe una emergencia es importante valorar el riesgo beneficio. A pesar de que las radiografías intraorales no representan riesgo, se deben realizar sólo cuando sea necesario y con delantal plomado.

Los tratamientos de urgencia que se pueden realizar en este trimestre son (drenaje de abscesos, neutralización de conductos, uso de antibióticos para el control de infecciones, exodoncias que lo ameriten)

Segundo trimestre (semana 14 a 28)

En este trimestre el riesgo para el feto se reduce, ya que la organogénesis se ha completado. Es más seguro realizar operatorias dentales, tratar padecimientos que pudieran exacerbarse y que serían más complicados de atender durante el tercer trimestre.

Se dan instrucciones de higiene oral y control de placa, se puede realizar tratamiento de rutina, detartraje, pulido, curetajes, operatoria dental, tratamientos endodónticos e incluso extracciones.

Es importante controlar la enfermedad periodontal, ya que una infección activa predispone mayor riesgo de resultados adversos que el tratamiento dental necesario, por lo que preferentemente dichos procedimientos deberán aplazarse a este trimestre entre las semanas 14 y 27.

Tercer trimestre (semana 29 hasta el parto)

Durante este trimestre, la mujer embarazada puede experimentar un alto nivel de incomodidad, en ese aspecto es su trimestre más difícil, así que se recomienda realizar citas cortas, mantenerla cómoda usando la inclinación adecuada en el sillón dental (135°). Se continúa la instrucción de higiene oral y control de placa, se pueden realizar detartrajes, pulido, curetajes y tratamiento dental de emergencia. A partir de la segunda mitad del tercer trimestre se debe evitar el cuidado dental electivo.

CONTROL DE INFECCIONES Y TRATAMIENTO ENDODÓNTICO

Generalmente, el tratamiento endodóntico causa controversia debido al dolor, a la farmacoterapia, el seguimiento, o las reagudizaciones que pudieran presentarse. Sin embargo, posponer la atención puede causar más daño, ya que lleva a los pacientes a automedicarse o a que la infección tenga un desenlace sistémico más grave.

Cuando no se puede finalizar el tratamiento por tiempo o cualquier otro factor, se puede realizar una pulpectomía con ayuda de un localizador apical, realizando una excelente irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5% y el uso de medicamentos

intraconducto (hidróxido de calcio), finalmente se debe sellar con una obturación temporal.

Cuando se necesita drenar un absceso se debe premedicar 24 horas antes, manejar como urgencia o intrahospitalariamente, donde generalmente la medicación es intravenosa para realizar el drenaje y dejar en observación durante 24 horas.

En caso de celulitis y abscesos orofaciales se debe iniciar un tratamiento de control de infecciones de manejo parenteral por las condiciones de inmunosupresión relativa, de manera intrahospitalaria.

Otra condición para solicitar el manejo hospitalario es en pacientes que presentan otras patologías sistémicas, o en mujeres con embarazos de alto riesgo.

POSICIÓN EN EL SILLÓN DENTAL POR TRIMESTRE

El tratamiento dental puede ser cómodo física y psicológicamente, con modificaciones muy simples, se puede mantener a la paciente libre de estrés.

La posición ideal es en decúbito lateral izquierdo.

Durante el primer trimestre de embarazo la posición casi no sufre cambios, el sillón se inclina 165°, en el segundo trimestre a 150° aproximadamente puesto que los cambios, sobre todo en los sistemas respiratorio y cardiovascular, comienzan a exacerbarse.

Mientras que, en el tercer trimestre, el más complicado para la madre, la inclinación es aún mayor, hablamos de 135°.

Para reducir el riesgo de hipotensión, se coloca una pequeña almohada bajo la cadera derecha de la paciente y se asegura que la cabeza se eleve por encima de las piernas. Si una paciente se siente mareada, débil o sufre de escalofríos se debe cambiar la posición hacia su lado izquierdo para aliviar la presión y restablecer la circulación.

El síndrome hipotensivo supino es una preocupación clínica y se produce en 15 a 20% de las mujeres embarazadas; provoca una disminución en el gasto cardíaco, lo que resulta en hipotensión, síncope y disminución de la perfusión uteroplacentaria.

RADIOGRAFIAS EN PACIENTES EMBARAZADAS

No está contraindicado el uso de rayos X, ya que la radiación es mínima.

En el caso de necesitar sacar radiografías, el odontólogo debe conocer los aspectos de protección radiológica para la paciente, tales como proteger debidamente el abdomen y cuello de la embarazada con delantal y collarín 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 inocua.

PATOLOGÍAS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

Algunos de los cambios endocrinos e inmunes inducidos por el embarazo, debido al aumento de las hormonas como el estrógeno, la progesterona y la gonadotropina, generan susceptibilidad en la cavidad bucal durante la gestación. Alrededor del 45% de las mujeres no pueden producir cantidades suficientes de insulina para superar la acción antagonista de los estrógenos y la progesterona, presentando así resistencia a la insulina, lo que puede desencadenar una diabetes gestacional.

La diabetes gestacional es la intolerancia a los carbohidratos que aparece o se diagnostica por primera vez durante el embarazo, independientemente de que pudiera existir previamente a las semanas de gestación, de que se requiera insulina o de que persista después del embarazo.

La atención odontológica de estas pacientes debe ser breve, atraumática y con el menor grado de estrés posible.

- Proporcionar un ambiente de seguridad y tranquilidad para evitar sobrecarga emocional y física.
- Indicar medidas de prevención como enseñando de técnicas de cepillado, uso de hilo dental y de auxiliares en la higiene oral.
- Controles odontológicos cada tres o cuatro meses.
- No deben asistir en ayunas, para evitar el riesgo de una descompensación como el choque hipoglucémico y es importante confirmar que el paciente tome su dosis habitual y desayune antes de acudir a la consulta.

También durante el periodo de embarazo existe un constante intercambio de minerales en la superficie dental como el calcio, fosfato y flúor, debido a la saliva. Cuando el pH disminuye, se ocasiona la pérdida de minerales, lo que genera de

manera progresiva el inicio de la caries dental. Así mismo, la disbiosis en la cavidad oral desencadena inflamación gingival, con una mayor afección durante el segundo trimestre de gestación. Teniendo en cuenta que el cuadro puede exacerbarse si no se controla la dieta y no se incentiva la higiene bucal.

La razón por la cual la enfermedad periodontal y la gingivitis son frecuentes durante el periodo de gestación se debe, principalmente, a la falta de higiene oral acompañado del incremento en la cantidad de estrógenos y progesterona. Pues, el aumento de estas hormonas, promueve la permeabilidad capilar y altera el tejido conectivo de la encía, lo que favorece la inflamación gingival y una disminución en la respuesta inmunológica a las bacterias.

También se evidencian cambios en la microflora bucal, se incrementa bacterias anaerobias- aeróbicas, como la *prevotella* intermedia sobre otras especies y los bacteroides, que influyen en los procesos gingivales.

Estas variables favorecen que la mujer embarazada padezca de “gingivitis del embarazo”, la cual se caracteriza por enrojecimiento, inflamación y sangrado principalmente en la encía marginal y papilar. Por lo tanto, es fundamental brindarles a las mujeres embarazadas herramientas y estrategias para el control de placa.

Otra patología frecuente durante el embarazo es el granuloma piógeno o éupulis del embarazo. El mismo es un crecimiento de tipo tumoral que se presenta por lo general durante el segundo o tercer trimestre.

Su crecimiento es rápido pero rara vez mayor de 2 cm de diámetro.

Frecuentemente se presenta en áreas con gingivitis inflamatoria, áreas de irritación recurrente, o como resultado de algún trauma. Contribuye la angiogénesis incrementada debido al aumento del nivel de progesterona y de los efectos del estradiol.

Es una lesión sésil o pedunculada que generalmente es indolora, el color varía de rojo púrpura a azul profundo. La superficie de la lesión puede estar ulcerada y cubierta por exudado amarillento, al tacto se presenta suave y fácilmente sangra. La destrucción ósea se observa raramente.

Si produce molestias, perturba la alineación de los dientes, o sangra fácilmente en la masticación, puede ser extirpado. Sin embargo, un granuloma extirpado antes de término puede volver a presentarse. El granuloma del embarazo puede disminuir después del parto o incluso la extirpación quirúrgica puede ser necesaria para la resolución completa.

FARMACOLOGÍA

Cuando se prescriben medicamentos a una paciente embarazada es importante evitar la inducción de alteraciones en el bebe que se está gestando.

Es necesario desarrollar tanto en el personal de salud como en las pacientes una actitud crítica en el empleo y consumo de medicamentos durante el embarazo, o mejor aun cuidando el uso de fármacos durante el periodo fértil, tomando solo los medicamentos necesarios y así evitar muchos riesgos innecesarios.

Es importante saber que la causa del dolor debe ser eliminada mediante los procedimientos odontológicos correspondientes y el uso de fármacos solo como un complemento.

No existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos. Por eso, la prescripción de medicamentos durante el embarazo debe ser evaluados según el beneficio- riesgo y se debe utilizar dosis eficaces durante el menor tiempo posible.

Se trata de no administrar fármacos en ningún trimestre del embarazo, pero en muchas ocasiones esto no es posible. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que:

El periodo de máxima sensibilidad es el primer trimestre del embarazo, que es cuando se realiza la mayor parte de la organogénesis y que durante las dos primeras semanas del mismo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, el embrión puede ser afectado, aunque no se haya establecido la placenta. Durante el periodo fetal, en el segundo y tercer trimestre del embarazo también pueden producirse alteraciones del desarrollo ya que, si bien en esta etapa la mayor parte de la organogénesis está completa, la acción teratógena puede frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves, aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas.

Los profesionales del área de la salud entre los cuales se encuentran los odontólogos, necesitan estar informados de los fármacos que han probado ser seguros y por lo tanto son considerados los medicamentos de elección durante el embarazo.

Se debe ajustar la dosis, evitar la combinación de varios fármacos, considerar siempre que ningún fármaco es inocuo y explicarle bien a la gestante los motivos de la prescripción.

Categorías de riesgo de teratogenicidad para uso en embarazo

En caso de ser inevitable la prescripción de medicamentos se debe tener en cuenta la clasificación de la administración de alimentos y medicamentos de Estados Unidos (FDA, por su sigla en inglés) que ha establecido cinco categorías de acuerdo con el riesgo que representan para las mujeres embarazadas y para el feto la ingesta de medicamentos. Esta clasificación proporciona una guía segura para la prescripción de medicamentos en mujeres embarazadas.

La categoría A: Incluye medicamentos que han sido estudiados en humanos y tienen soporte de evidencia para su uso seguro. Pueden prescribirse en cualquier trimestre del embarazo, ya que la posibilidad de daño fetal parece remota.

La categoría B: Medicamentos sobre los que no existe evidencia de riesgo para su uso en humanos. Dentro de estos se encuentran la lidocaína, prilocaína (evitar administrar grandes dosis), acetaminofén, ibuprofeno(3D), naproxeno(3D), amoxicilina, amoxicilina más ácido clavulánico, cefalexina, clindamicina, azitromicina, penicilina V, clotrimazol, nistatina, metronidazol.

Los medicamentos en las categorías A y B generalmente se consideran apropiados para usar durante el embarazo.

La categoría C: Son medicamentos para los cuales no deben descartarse los riesgos teratogénicos. Estos medicamentos deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.

Deben utilizarse con precaución, son la bupivacaína, mepivacaína, aspirina, analgésicos de acción central(3D), gentamicina(3D), miconazol, fluconazol, aciclovir, tramadol.

Algunos medicamentos de las categorías A, B y C representan riesgo durante el tercer trimestre del embarazo, estos se identifican como 3D. Estos son ibuprofeno, naproxeno, aspirina, analgésico de acción central, gentamicina.

La categoría D: Medicamentos que se ha demostrado, generan riesgo en humanos. El beneficio de su uso en mujeres embarazadas puede aceptarse a pesar del riesgo, si la vida del paciente está en riesgo o en enfermedades graves para los cuales los medicamentos más seguros no pueden usarse o son inefectivos. Estos son las Benzodiazepinas y tetraciclinas.

La categoría X: Agentes que, se ha demostrado, causan daño en la madre o en el feto. El riesgo de la utilización del medicamento en la mujer embarazada sobrepasa claramente cualquier posible beneficio. Estos son los aminoglucósidos.

Los medicamentos en categorías D y X deben evitarse o están contraindicados.

Los medicamentos que generalmente prescriben los odontólogos y que pudieran ser utilizados en pacientes embarazadas son: **antibióticos, analgésicos y anestésicos locales.**

Antibióticos:

Las penicilinas son los antibióticos más utilizados, siempre y cuando no existan reacciones de hipersensibilidad al fármaco que contraindiquen su uso.

La amoxicilina o amoxicilina más ácido clavulánico es usada rutinariamente para infecciones odontogénicas durante el embarazo.

La eritromicina es el antibiótico de elección cuando existen alergia a las penicilinas, es un fármaco de categoría B y de uso muy seguro en el embarazo.

Las tetraciclinas son antibióticos de categoría D, deben evitarse en pacientes embarazadas y niños de 12 años debido a la tinción dental permanente.

La clindamicina está en el grupo B, relacionada químicamente con la lincomicina, se utiliza en infecciones graves por anaerobios y también tiene actividad contra infecciones por Chlamydia. Tiene el inconveniente de que puede producir colitis pseudomembranosa.

Respecto de los antimicóticos, antiparasitarios y antivirales es necesario valorar la relación riesgo/beneficio ya que la mayoría es categoría C.

Analgésicos:

El analgésico de elección para las mujeres embarazadas es el paracetamol, tiene efecto antifebril y analgésico.

En odontología los más utilizados son los AINES o analgésicos antiinflamatorios no esteroides, dentro de estos se encuentran el ibuprofeno, Naproxeno y ácido acetil salicílico que están contraindicados durante el tercer trimestre de embarazo, (categoría D). Pudiendo originar el cierre prematuro del ductus arterioso, retardo del crecimiento intra uterino, y efectos teratógenos en altas dosis.

Anestésicos locales:

La lidocaína al 2 % con adrenalina 1:100.000 es el anestésico más utilizado en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental.

El uso de vasoconstrictores no está contraindicado, de hecho, su uso disminuye la toxicidad. Evitar el uso de éstos podría acortar la duración de la acción, lo que limitará el tiempo de consulta, e inducirá estrés y dolor dental/psicológico.

Los vasoconstrictores pueden ejercer efectos directos sobre el músculo liso uterino y causar contracciones, atravesar la placenta y causar depresión fetal, lo que limita la dosis al mínimo necesaria. Sin embargo, las dosis máximas recomendadas son demasiado pequeñas para alcanzar niveles fetales significativos.

CONCLUSIÓN

El odontólogo al conocer todas las adaptaciones que presenta el organismo durante el embarazo, está alerta de los cambios que suceden en esta etapa, ya que estos pueden repercutir en la salud de la gestante y/o en el momento de la atención clínica.

Siempre que sea posible deberá comunicarse con el/la obstetra para informarse del estado de salud de la paciente y así poder realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

La urgencia odontológica es importante que sea tratada al momento de producirse, ya que la postergación de un cuadro infeccioso o doloroso puede generar mayores riesgos a la gestante y su bebe.

Priorizar el tratamiento odontológico, eliminando la causa y utilizando los fármacos solo en el caso que sea necesario y como un complemento evaluando los riesgos y beneficios.

Las pacientes deben saber que la atención odontológica es un procedimiento seguro y eficaz durante todo el embarazo, la cual no debe ser retardada por su condición fisiológica.

Las creencias populares en torno al embarazo y a la atención bucal en esta etapa, hacen que muchas pacientes embarazadas no estén informadas acerca de lo importante que es realizar una visita al odontólogo durante la etapa de gestación.

El odontólogo debe brindar una atención preventiva y terapéutica, educando a la madre sobre la importancia de la salud bucal, enseñanza de técnica de higiene oral y manifestaciones patológicas orales más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Anyosa Calderón, Y., Gamez Cabanillas, M., Jiménez Guillén, A., Fernández Quijandría, B., Hashimoto Vargas, P., Martínez Ccahuana, L., Pineda García, J., & Perona-Miguel de Priego, G. (2019). Mitos y evidencias en odontología sobre la gestación. *Revista Científica Odontológica*, 7(1), 113-120. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0701-2019-113-120>
- CD José Francisco Gómez Clavel, MC Elsa Calleja Quevedo. (1999). MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA. *Revista de la asociación dental mexicana*, 44, 158-162. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od994f.pdf>
- Dr. Jorge A. Carvajal Cabrera, Dra. María I. Barriga Cosmelli. (2020). *MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA* (Undécima Edición ed.) [Libro electrónico]. <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-obstetricia-y-ginecologia/>
- Fernández García Ofelia María, Chávez Medrano Melisandra G. (2010, mayo). *Atención odontológica en la mujer embarazada*. medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102g.pdf>
- Hernández Amanda Lara, Montealegre Citlalli Santiago. (2016, septiembre). *MANEJO ODONTOLÓGICO DE MUJERES EMBARAZADAS*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2016/imi163g.pdf>.
- Hernández Rivera, P. (2014). Manejo odontológico de la paciente embarazada. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 7, 1-14. <https://doi.org/10.15517/rmu.v7i2.14956>

- Malagón Baquero Olga Marcela, Malagon-Londoño Gustavo. (2013). *URGENCIAS ODONTOLÓGICAS* (4TA EDICION ed., Vol. 1). Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez Martínez Sonia. (2012). *Manual para la Atención Odontológica en el Paciente con Diabetes* (segunda ed.). https://salud.edomex.gob.mx/sem/documentos/temas_programas/sbucal/Manuales/MANUAL%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20ODONTOLÓGICA%20CON%20DIABETES.pdf
- Trujillo Saínz Z de la C, Paz Paula CM, Hernández Acosta Y, Henríquez Trujillo D. (2019). Salud bucal y diabetes gestacional en el Centro Provincial de Atención al Diabético. *Revista Ciencias Médicas*, 23(4), 513-522. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000400513