



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento Formación Integral del Hombre
Asignatura: Informe de Investigación



***LOS CAMBIOS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO
ODONTOLÓGICO DURANTE LA GESTACIÓN Y LA
LACTANCIA***

Autoras:
Franceschi, Evilia
Girón, Heidi

Tutor:
María Elena Labrador

Valencia, octubre de 2001

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso y a la Virgen siempre presentes en todo momento de nuestras vidas.

A nuestras familias a quienes debemos todo el amor y gratitud por incentivar en nosotros el espíritu del estudio y superación necesario para crecer como profesionales y seres humanos.

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a todas las personas e instituciones que han colaborado e hicieron posible la realización de este trabajo, en especial a los profesores María Elena Labrador y Jorge Oliveros, sin cuya colaboración hubiera sido difícil su realización

INDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice General	iv
Resumen	v
Introducción	1
CAPITULO I.	
Planteamiento del Problema	4
Objetivos de la Investigación.....	6
Justificación.....	7
CAPITULO II.	
Cambios físicos y alteraciones metabólicas producidos en la mujer durante la gestación	8
CAPITULO III.	
Manifestaciones bucales en la mujer en gestación	14
CAPITULO IV	
Fármacos y programación del tratamiento odontológico durante la gestación y la lactancia	16
CAPITULO V	
Investigaciones Nacionales e Internacionales del tratamiento odontológico de la mujer, durante la gestación y la lactancia	21
Conclusiones	41
Bibliografía	43

Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento Formación Integral del Hombre
Asignatura: Informe de Investigación

***LOS CAMBIOS, MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA***

Autoras: Franceschi, Evilia
Girón, Heidi
Tutor: María Elena Labrador
Año: 2001

RESUMEN

La problemática que surge al atender odontológicamente a una paciente gestante o en lactancia, es muy común. El odontólogo debe estar informado acerca de todos los cambios físicos, alteraciones metabólicas, manifestaciones bucales, programación del tratamiento y fármacos odontológicos, que pueden ser utilizados. La paciente gestante tiene cuidados particulares al atenderla odontológicamente, ya que se debe tener en cuenta la evolución de su embarazo. En el primer trimestre el feto está en desarrollo de sus órganos y sistemas; el segundo trimestre estos órganos y sistemas están en crecimiento; el tercer trimestre consiste en una maduración total del feto y en la lactancia el niño recibe toda su alimentación por medio de la leche materna. El propósito de esta investigación fue profundizar acerca de cuáles son los cambios físicos, alteraciones metabólicas y manifestaciones bucales de la gestante para poder establecer, cuáles son los fármacos y la debida programación del tratamiento odontológico en la gestación y la lactancia. Esta investigación es de carácter documental, ya que está basada en fuentes bibliográficas y documentales. Es necesario hacer énfasis en que el tratamiento odontológico de la paciente gestante debe ser corto o preferiblemente solo emergencias, y el odontólogo debe estar educando constantemente a la paciente gestante acerca de su higiene bucal, para disminuir la incidencia de caries, enfermedad periodontal y ayudarla de esta manera a mantener una buena salud bucal.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad dar a conocer la importancia del tratamiento odontológico de la mujer en gestación y lactancia, ya que la misma no debe ser tratada como un paciente normal, sino se debe tener un cuidado y respeto por todos los cambios fisiológicos y psicológicos que se presentan en este período.

Entre los cambios fisiológicos podemos nombrar cambios endocrinos, como el incremento en la producción de hormonas maternas y placentarias, cambios neurológicos como náuseas, vómitos y sensación de fatiga, cambios musculares como ligeros descensos de la tensión arterial, anemias y carencia de hierro.

Entre los cambios psicológicos se presentan alteraciones gustativas y aumento del reflejo nauseoso, susceptibilidad y deseo por comidas poco comunes en la dieta habitual.

Es por ello la necesidad de realizar esta investigación, con el propósito de dar a conocer de manera sencilla y clara, cual debe ser el tratamiento odontológico a seguir para una mujer en gestación, ya que la misma no produce cambios significativos a nivel bucal. El más común es la inflamación de la encía interdental y marginal, produciendo el llamado “tumor de la gestación”, que es producto de la alta concentración de estrógeno y desaparece después del parto.

La importancia de este estudio es el conocimiento del cual debe ser la programación odontológica ante la paciente gestante, la farmacología a utilizar, respetando cada trimestre de embarazo y los posibles daños al feto.

Esta investigación es de carácter documental, ya que está basada en fuentes bibliográficas y documentales.

Entre las limitaciones de la investigación, está la que existe muy poca información nacional actualizada sobre este tema.

Inicialmente se describieron los cambios físicos y las alteraciones metabólicas en la mujer durante la gestación, donde se suceden múltiples variaciones en el sistema reproductor, en el aparato cardio-respiratorio, en el aparato digestivo, en el aparato urinario, en la piel, en el sistema óseo, aumento de peso y variaciones de color y tamaño de las encías. En el primer trimestre se producen alteraciones metabólicas normales como hallazgos neurálgicos manifestados en fatiga, vómitos y náuseas persistentes, incremento hormonal materno y placentario. En el segundo trimestre hay sensación de bienestar y sintomatología escasa. En el tercer trimestre se producen cambios vasculares y sanguíneos como disminución de la presión arterial sistólica, cambio en los factores de coagulación, aumento del volumen sanguíneo, aumento de la frecuencia respiratoria. La gestación predispone a la mujer a tener apetito, deseando comidas poco habituales.

Además se describieron las manifestaciones bucales en la gestación, encontrándose extraoralmente labios secos e inflamados; intraoralmente se encuentra frecuentemente mala higiene manifestada por placa bacteriana y cálculo supra y subgingival. Las encías se encuentran frecuentemente inflamadas y se da en muchas mujeres la presencia del tumor de la gestación, el cual es una inflamación localizada en la zona lateral de las papilas interdentarias.

Por otra parte se describieron los fármacos y la programación del tratamiento odontológico de la mujer en gestación y lactancia. Entre los fármacos utilizados en el tratamiento odontológico de una gestante, va a depender la emergencia que se esté presentando, ya que lo ideal es no administrar ningún fármaco durante la gestación,

sobre todo en el primer trimestre en vista de que el feto está en formación de sus órganos y sistemas. Sin embargo, la mayoría de los fármacos utilizados en odontología pueden administrarse con seguridad durante la gestación. La programación del tratamiento odontológico va a depender de los períodos o trimestres del embarazo, ya que solo se deben realizar tratamientos de emergencia y hacer mucho énfasis en la higiene bucal, porque la gestante tiende a abandonar su higiene habitual por sentirse deprimida. También se realizan programas de prevención y educación de salud bucal para ella y su futuro bebé.

También se analizaron investigaciones nacionales e internacionales acerca de los cambios, manifestaciones y tratamiento odontológico de la mujer en gestación y lactancia, donde hay una amplia explicación actualizada de los cambios físicos, metabólicos y psicológicos de la gestante, así como también los cambios que produce el embarazo a nivel de la cavidad bucal, el tratamiento odontológico a seguir y el uso de medicamentos que pueden ser utilizados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante nuestros estudios de Odontología se llegó a entender que la paciente gestante aunque no esté médicamente comprometida, plantea al odontólogo consideraciones específicas de tratamiento.

En el embarazo el cuidado dental de la paciente debe ser riguroso, por lo que se juzga conveniente plantear la presente investigación, por el hecho de que los obstetras encargados de vigilar la evolución del embarazo, no toman en consideración o pasan por desapercibido los hallazgos clínicos en la cavidad bucal de la gestante, como es la gingivitis gestacional, movilidad dentaria, tumor de gestación, etc., además que los odontólogos no toman en cuenta en muchas oportunidades la condición sistémica de la paciente gestante donde también ocurren cambios muy importantes como aumento de hormonas maternas, desordenes neurológicos como náuseas y fatiga, cambios vasculares como aumento de volumen sanguíneo, aumento del gasto cardíaco, taquicardia y soplos cardíacos, cambios sanguíneos como anemia y disminución del hematocrito, cambios en la función respiratoria.

En el postparto surgen consideraciones adicionales si la madre elige la lactancia para alimentar al niño, aunque la mayoría de los fármacos se transmiten en cantidad mínima del cuerpo a la leche materna, con lo que la exposición al niño no es significativa, el odontólogo debe evitar la aplicación de cualquier fármaco que sea perjudicial para el niño.

En el tratamiento odontológico de la mujer durante la gestación y la lactancia, hay que reconocer que existen muchos factores potencialmente dañinos como son la radiación ionizante en las radiografías dentales, la administración de fármacos como antibióticos y analgésicos que pueden traspasar la barrera placentaria o ser consumidos por el niño en la leche materna, y tratamientos dentales largos que fatiguen a la gestante. Por tanto un profesional cuidadoso debe reducir al mínimo la exposición del paciente con los procedimientos potencialmente dañinos o evitarlos por completo cuando sea posible.

Por tanto, se hace necesario que el odontólogo conozca el estado sistémico de la paciente gestante, por lo cual debe estar en contacto con su médico tratante y junto con la historia clínica él podrá realizar cualquier tratamiento odontológico. En el caso que la paciente gestante presente una emergencia de tipo bucal que requiera una endodoncia, una exodoncia y sea necesaria la administración de fármacos, es importante que el odontólogo prevea si el fármaco puede ser aplicado a la gestante.

Sin embargo, lo ideal es esperar hasta después del parto, ya que la gestante no debe recibir tratamientos odontológicos tan largos por la posición en el sillón, no debe medicarse si no lo amerita y lo más importante es recibir mucha información, prevención y educación acerca de su higiene bucal y la del futuro niño. Todas estas razones motivaron el estudio de esta investigación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General:

- Establecer los cambios, manifestaciones y el tratamiento odontológico de la mujer durante la gestación y la lactancia.

Objetivos Específicos:

- Discutir los cambios físicos y las alteraciones metabólicas de la mujer producidos en la gestación.
- Describir las manifestaciones bucales en la mujer en gestación.
- Describir los fármacos y la programación del tratamiento odontológico de la mujer en la gestación y la lactancia.
- Analizar investigaciones nacionales e internacionales del tratamiento odontológico de la mujer en la gestación y la lactancia.

JUSTIFICACIÓN

La importancia del tratamiento odontológico de la mujer durante la gestación y la lactancia es un tema muy controversial, ya que el médico obstetra y el odontólogo deben trabajar multidisciplinariamente para darle bienestar a la paciente gestante.

La utilidad de esta investigación se hará en dar a conocer de una manera sencilla todos aquellos cambios que se producen en el embarazo, y que los odontólogos deben tomar en cuenta a la hora de dar tratamiento dental a la paciente gestante o que se encuentre lactando, dando así un aporte a la Facultad de Odontología con un trabajo realizado por estudiantes y que sirva a otros compañeros, los cual podrán tener a la mano una información clara acerca de cómo aplicar tratamiento dental a una paciente en gestación o lactante, a los profesores ya que hay un capítulo de esta investigación, en el que se analizan investigaciones nacionales e internacionales recientes, acerca del tema, a la comunidad ya que existen muchas mujeres embarazadas que descuidan su higiene bucal, y luego no se explican el por qué de sus encías inflamadas y la modalidad dentaria. También es importante que sus odontólogos tratantes les den charlas de cómo debe ser el cuidado dental de su futuro bebé.

La novedad del tema es que a pesar de que ya existen otras investigaciones acerca del embarazo y la odontología, es que describe de una manera general, clara y sencilla los cambios, manifestaciones y tratamiento odontológico de la mujer gestante y en la lactancia.

CAPITULO II

CAMBIOS FISICOS Y ALTERACIONES METABOLICAS PRODUCIDOS EN LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN

El embarazo es el período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días (de 36 a 40 semanas). Para que se reproduzca la fecundación un espermatozoide debe entrar en el óvulo y fecundarlo, es allí donde comienza el embarazo. En este período la mujer gestante experimentará modificaciones anatómicas como:

➤ *Cambios en el Sistema Reproductor:*

- El útero aumenta de 500 a 1000 veces su capacidad y pasa a pesar unos 60 gr a 1000 gr al final del embarazo.
- El cuello uterino forma un llamado tapón mucoso (formado por moco muy espeso y adherente) que va a sellar el conducto endocervical, evitando el paso de bacteria u otras sustancia hacia el interior del útero.
- Las mamas aumentan de tamaño para la preparación de la lactancia, los pezones se vuelven más eréctiles y aumenta la pigmentación de las aureolas (www.Odontoimagen.Homestead.com).

➤ *Cambios en el Aparato Cardio-Respiratorio:*

- Aumenta el consumo de oxígeno y la respiración se hace más dificultosa, al elevarse el diafragma por empuje del útero.
-

- Se produce congestión nasal y ocasionalmente hemorragias nasales debidas al aumento de estrógeno.
- El corazón se desplaza hacia la izquierda y hacia arriba, se produce así mismo un aumento del volumen sanguíneo, apareciendo anemia, estancamiento de sangre en las extremidades inferiores, produciendo edemas y formación de várices.
- El útero ejerce presión sobre la vena cava inferior (sobre todo cuando la mujer está boca arriba), produciendo disminución de la tensión arterial con síntomas de mareo, palidez y frialdad (Ob cit).

➤ *Cambios en el Aparato Digestivo:*

- Náuseas y vómitos debido a la elevación de las hormonas gonadotropinas coriónicas que se producen al principio del embarazo.
- Ardor en el estómago o pirosis debido al desplazamiento que sufren tanto el estómago como los intestinos por parte del estrés, así mismo se produce retraso en el vaciamiento gástrico y movilidad intestinal que va a ocasionar flatulencia, estreñimiento y hemorroides (Ob cit).

➤ *Cambios en el Aparato Urinario:*

- Aumento de la micción sobre todo en el primer y tercer trimestre, debido a la presión del útero sobre la vejiga (Ob cit).

➤ *Cambios en la Piel:*

- Hay un aumento general de la pigmentación, sobre todo a nivel del pezón y las aureolas mamarias, también en la zona que se extiende desde el vello pubiano hasta el ombligo (línea alba).
- Estrías en la piel del vientre y los pechos, debidas a la distensión que se produce en la piel.
- Aumento de la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (Ob cit).

➤ *Cambios en el Sistema Óseo:*

- Aumento progresivo de la curvatura lumbo-dorsal de la columna vertebral, produciendo molestias (www.Odontoimagen.Homestead.com).
- Pueden aparecer caries por la disminución del pH de la saliva, ya que presenta un pH básico de valores de 5,8 a 6,8 dependiendo de la ingesta de carbohidratos y la higiene bucal del paciente. Al disminuir el pH, la saliva pierde sus propiedades remineralizantes ya que se torna ácida y se neutraliza su efecto buffer, el cual consta de un equilibrio iónico entre los componentes de la saliva (bicarbonato, calcio, flúor, sodio, etc.) y los ácidos de la placa bacteriana que son producidas por los microorganismos, producen de esta manera una desmineralización del esmalte llamada caries (Seif, 1999).

➤ *Aumento de Peso:*

- Se sitúa entre los 9 y 12 kilogramos, dependiendo de las características físicas de cada mujer (www.Odontoimagen.Homestead.com).

➤ *Cambio de las Encías:*

- Se produce la llamada gingivitis gestacional o tumor de la gestación, la cual es una importante inflamación de las encías, localizada principalmente en la zona vestibular o labial de la encía marginal y papilar. Es producida por el aumento de estrógenos asociado a la placa bacteriana. Si la paciente tiene una higiene bucal precaria puede llegar a la movilidad de sus unidades dentarias (Carranza-Newman, 1998).

Entre las alteraciones metabólicas existen muchos cambios normales en el proceso de la gestación y el desarrollo fetal. Los cambios endocrinos son los más significativos, produciéndose un incremento en la producción de hormonas maternas (prolactina y estrógenos) y se empiezan a producir hormonas placentarias (gonadotropinas coriónicas) (Little, 1998).

Entre los hallazgos neurológicos del primer trimestre, destacan la fatiga con náuseas y/o vómitos. También hay tendencia al síncope e hipertensión arterial (Ob cit).

Durante el segundo trimestre hay sensación de bienestar y sintomatología escasa. Durante el tercer trimestre pueden producirse fatiga progresiva, incomodidad y depresión leve (Ob cit).

Se producen algunos cambios vasculares, ligero descenso en la tensión arterial diastólica. El volumen sanguíneo aumenta un 40-55%, el gasto cardíaco lo hace en un 30%, mientras que el volumen de hematíes solo aumenta un 20% produciendo taquicardia y soplos cardíacos. El 90% de las gestantes presentan un soplo sistólico que desaparece poco después del postparto. Entre los cambios sanguíneos de la

gestación se incluyen anemia y un menor hematocrito. Como consecuencia del incremento del volumen sanguíneo, hay una mayor necesidad de hierro (Ob cit).

Varios factores de la coagulación están aumentados, sobre todo el fibrinógeno y los factores VII, VIII, IX y X, así como los productos de degradación de la fibrina (Ob cit).

Los cambios en la función respiratoria durante la gestación incluyen un menor volumen de reserva respiratoria, debido al aumento de tamaño del útero en dirección cefálica y un aumento en la demanda de oxígeno a los pulmones (Ob cit).

La gestación predispone a la mujer a tener apetito y a menudo a desear comidas poco habituales, dándose una dieta no equilibrada o nutritiva y tener un elevado contenido en azúcares, lo que puede afectar de modo adverso a la dentadura de la madre ya que si ella no presenta una higiene bucal adecuada favorecerá a la formación de placa bacteriana, cálculo, caries dental y contribuir a un aumento de peso significativo. Son frecuentes las alteraciones gustativas y un aumento de reflejo nauseoso, que puede hacer a la gestante más susceptible a las náuseas y vómitos durante los tratamientos dentales (Ob cit).

El odontólogo debe manejar muy bien la historia clínica de la paciente gestante para así saber el patrón de desarrollo fetal y poder establecer un programa de tratamiento a la gestante, ya que si ella presenta una alteración metabólica o sistémica de importancia como diabetes, hipertensión arterial, diabetes gestacional, no debe realizársele ningún tratamiento sin ir a la consulta o ayuda del médico tratante de la gestante. En el caso que sean alteraciones metabólicas normales solo se deben realizar tratamientos de emergencia como endodoncias o exodoncias y en sesiones cortas de tiempo.

Durante el primer trimestre se desarrollan los órganos y sistemas del feto, por lo cual al administrar fármacos el odontólogo debe tener cuidado con el uso de antibióticos como las tetraciclinas, metronidazol, quinilonas y los aminoglucósidos, anestésicos generales y los analgésicos tipo AINES (Ob cit).

Un ejemplo notable a esta regla es la dentadura fetal, que es susceptible a la tensión provocada por la administración de tetraciclinas durante la gestación tardía. Es importante resaltar que el feto no tiene capacidad de metabolizar fármacos por su hígado inmaduro y sus enzimas (Peter, 1996).

Existen complicaciones de la gestación poco presentes como: las alteraciones de la glucosa (diabetes gestacional) y la hipertensión que pueda producir preeclampsia. Estos cuadros se tratan con modificaciones de la dieta, pero pueden necesitar fármacos para conseguir un control adecuado (Little, 1998).

Otra consideración es el aborto espontáneo, definido como la interrupción natural de la gestación antes de las 20 semanas, se produce en más del 15% de las embarazadas y la mayoría se deben a alteraciones fetales intrínsecas.

Por tanto es improbable que un procedimiento odontológico se relacione con un aborto espontáneo. Sin embargo, las enfermedades febriles y la sépsis pueden precipitar un aborto, por lo que se aconseja el tratamiento precoz de las infecciones (Ob cit).

CAPITULO III

MANIFESTACIONES BUCALES EN LA MUJER EN GESTACIÓN

Extraoralmente se encuentran con frecuencia labios secos y fisurados, la queilitis angular, en ocasiones infectadas con herpes simple y cándida albicans. La mucosa oral se encuentra seca (www.encolombia.com).

Intraoralmente frecuentemente se caracteriza la mala higiene, manifestándose con la placa bacteriana y cálculo supra y subgingival (Ob cit).

El color de la mucosa oral puede variar, sin embargo, está acompañada de alguna patología como cardiopatía o colagenosis donde la mucosa oral es de color azulado o cianótica; anemia donde la mucosa oral es pálida y patologías hepáticas donde la mucosa oral es de color amarillo (ictericia) (Ob cit).

La complicación oral más frecuente en la gestación es la gingivitis gestacional, una importante inflamación de las encías, que representa una respuesta inflamatoria exagerada a los irritantes locales durante los períodos de mayor secreción de estrógenos y progesterona. La gingivitis gestacional se inicia en la encía interdental y marginal, por lo general en el segundo mes de gestación. El avance de este cuadro determina que las encías estén edematosas e intensamente rojas y sensibles a la palpación. En alrededor del 1% de las gestantes, la respuesta hiperplásica se puede exacerbar en un área localizada, produciéndose un granuloma “piógeno” o “epulis gestacional”. La localización más frecuente es la superficie labial de las papilas interdentarias, la lesión suele ser asintomática, aunque al cepillarse los dientes se traumatiza y puede sangrar (Carranza-Newman, 1998).

Estos cambios gingivales aparecen al segundo mes y persisten hasta después del parto, momento en el que los tejidos gingivales se normalizan rápidamente, siempre que se realice una buena higiene bucal y se elimine el cálculo dental. Hay que recalcar que la gestación no genera la enfermedad periodontal sino que empeora la enfermedad ya existente (Ob cit).

Otro hallazgo dental es la movilidad de piezas dentarias que puede ser generalizada. Es probable que este signo se relacione con el grado de enfermedad de las encías y con las alteraciones del aparato de unión, así como cambios minerales en la lámina dura. Esta situación es reversible después del parto.

La orofaringe en la gestante puede aparecer congestiva (www.encolombia.com).

El piso de la boca y paladar pueden presentar alteraciones dependiendo el estado de salud general, tales

alteraciones pueden ser úlceras como candidiasis, estomatitis herpética, o hipertrofia de las glándulas salivales sublinguales (Ob cit).

Las caries son un factor común en el embarazo ya que disminuye el pH de la saliva, la higiene bucal es deficiente, ya que la gestante presenta cambios en su estado de ánimo y reflujo nauseoso, lo cual no le permite tener una higiene correcta (Ob cit).

CAPITULO IV

FÁRMACOS Y PROGRAMACIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA

Durante la gestación la principal preocupación es que un fármaco pueda cruzar la placenta y resultar tóxico o teratógeno para el feto. Además cualquier fármaco que cause depresión respiratoria puede producir hipoxia materna, lo que produce hipoxia fetal, lesiones o la muerte (Peter, 1996).

Lo ideal es no administrar ningún fármaco durante la gestación, sobre todo en el primer trimestre; sin embargo, a veces es imposible cumplir esta norma. Es una suerte que la mayoría de los fármacos que se emplean en la práctica odontológica pueda administrarse con relativa seguridad durante la gestación.

Anestésicos Generales:

Es aconsejable que las gestantes no se expongan a niveles mínimos persistentes de N₂O₂ en la operación, se puede emplear después del segundo trimestre en un tiempo mínimo de 35 minutos.

Los barbitúricos y las benzodiazepinas deben evitarse, ya que causan depresión en el neonato y pueden ser causas de narcosis fetal (Flores, 1994)

Anestésicos Locales:

La lidocaína, prolicaína y mepiracaína son seguros para el embarazo. La procaína debe emplearse con cuidado (García, 1998).

Antibióticos:

Las penicilinas y las cefalosporinas son seguras; la eritromicina también lo es, pero el estolato de eritromicina puede producir hepatotoxicidad a la gestante, la cual hace que el odontólogo la sustituya por otro fármaco. La combinación de amoxicilina más ácido clavulánico y la clindamicina se deben utilizar en tratamientos específicos, ya que no se pueden administrar en el 1er trimestre y las tetraciclinas se unen a la hidroxiapatita del esmalte, lo que causa decoloración marrón de los dientes, esmalte hiperplásico, inhibición del crecimiento óseo y otras alteraciones esqueléticas del feto, razón por la cual el odontólogo no debe emplearla en la gestante.

El metronidazol puede causar en la mujer embarazada degeneración grasa del hígado, su administración se ha relacionado con la pancreatitis. No se debe usar en el primer trimestre (Ob cit).

El cloranfenicol es utilizado por el odontólogo, puede desencadenar en el recién nacido “Síndrome Gris” cuando se administra en las últimas semanas del embarazo. Se caracteriza por flacidez, hipotermia, distensión abdominal, vómitos, cianosis, piel color grisáceo y muerte por colapso circulatorio. Produce también leucopenia en pacientes susceptibles (Ob cit).

Los aminoglucosidos producen toxicidad y nefrotoxicidad tanto en el feto como en la madre (Ob cit).

Las quinolonas alteran el desarrollo de cartílagos articulares. Derivados del ASA pueden causar alteraciones plaquetarias y hemorrágicas.

Antiinflamatorios:

La indometacina puede conducir al cierre precoz del ductus arterioso del feto.

Analgésicos:

La aspirina puede aplicarse en dosis baja durante corto período de tiempo, ya que esta puede causar prolongación del embarazo.

El ibuprofeno no se debe administrar en el 3er trimestre ya que produce el cierre precoz del ductus arterioso del seno. Los AINES deben evitarse en el 1er trimestre del embarazo.

Los opiáceos deben ser usados con precaución.

Durante la lactancia se plantea un problema, cuando la madre que lacta necesita un fármaco durante el tratamiento odontológico. Pero un hecho importante es que la cantidad de fármaco que se excreta en la leche no supera el 1-2% de la dosis materna, por tanto, es muy improbable que la mayoría de los fármacos tengan importancia farmacológica en el niño (Flores 1994).

Parece existir un acuerdo de que algunos pocos fármacos, o familias están claramente contraindicados en las mujeres que lactan, entre ellos se incluyen el litio, los antineoplásicos, los fármacos radioactivos y la fenidrina (Ob cit).

Además de seleccionar cuidadosamente los fármacos para la madre que lacta, se sugiere que los tome justo después de amamantar al niño y evitar volver a hacerlo durante 4 horas o más. Esta medida debe traducirse en una concentración menor del fármaco en la leche (Ob cit).

El embarazo representa un problema específico para el tratamiento odontológico, ya que debemos proporcionar a la madre la atención que precisa sin dañar al feto.

En primer lugar debemos tener conocimiento de la historia médica, clasificación y tratamiento de la paciente, intentaremos evitar los tratamientos durante el primer trimestre que es el momento crítico para la organogénesis, donde se realizarán tratamientos de urgencias.

Esta visita debe ser remitida por el ginecólogo, y el odontólogo debe realizar la revisión completa de la cavidad oral y un diagnóstico de la patología existente. Se debe realizar una profilaxis oral a la paciente, donde se utilizará una sustancia reveladora de placa bacteriana para detectar la presencia de cálculo y placa supra y subgingival, se le debe dar instrucciones de higiene oral, se debe eliminar el cálculo supra y subgingival y luego aplicar flúor tópico.

Las instrucciones de higiene oral se basan en el cepillado dental tres veces al día, utilización del hilo dental para limpiar los espacios interdientales. Es necesario explicarle a la gestante que el cepillado dental no debe suspenderse aunque la encía sangre, que es una de las causas por la que las mujeres abandonan su higiene oral durante el embarazo. Se recomendará la utilización de un dentífrico fluorado y un colutorio de flúor.

Los implementos del flúor sistémico no se recomiendan en la mujer gestante, ya que no han demostrado su capacidad para prevenir las caries en el niño.

Entre las instrucciones de higiene oral de la gestante, el odontólogo debe proporcionar un consejo dietético a la

gestante, recomendando no consumir azúcares refinados frecuentemente, dulces de consistencia pegajosa.

Después del segundo trimestre se puede realizar cualquier tratamiento, pero siempre teniendo en cuenta la posición en el sillón la cual debe ser semisentada, alternando izquierda derecha y con movimientos lentos para evitar hipotensión postural. El embarazo altera en la mayoría de las caries las enfermedades preexistentes, por lo cual el diagnóstico de enfermedades dentales puede estar enmascarado por sintomatologías del embarazo. La medicación de la mujer gestante debe manejarse teniendo en cuenta la lateralidad del feto.

A partir del tercer trimestre es preferible suspender el tratamiento odontológico excepto por alguna urgencia, y es recomendable darle charlas educativas de cómo cuidar al futuro bebé, como prevenir el “Síndrome de la caries del biberón”, que se caracteriza por la presentación de caries de evolución rápida y progresiva de el niño, por lo cual la madre debe evitar la frecuencia excesiva y durante un tiempo demasiado prolongado. También la madre debe darle el biberón con el niño despierto y levantado y nunca endulzar el chupete con miel o azúcar y mucho menos probarlo, ya que la caries es una enfermedad infecciosa.

En el tratamiento odontológico de la mujer gestante, deben evitarse las radiografías, y en el caso que para realizar el tratamiento odontológico sea indispensable el uso de las radiografías, se le colocará un delantal de plomo y se utilizará una película radiográfica de alta velocidad, para conseguir que las dosis recibidas sean lo más bajas posibles.

ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA

FÁRMACO	UTILIZACIÓN EN LA GESTACION	UTILIZACIÓN EN LA LACTANCIA
Anestésicos locales: - Lidocaína - Prilocaína - Mepivacaína - Procaína	Si Si Emplear con cuidado Emplear con cuidado	Si Si Si Si
Analgésicos: - Ibuprofeno/Flurbiprofeno - Diflunisal - Aspirina - Paracetamol	Segunda mitad de la gestación Emplear con cuidado Emplear con cuidado Si	Si Evitarla Si
Antibióticos: - Penicilina - Eritromicina - Cafalosporina - Tetraciclina	Si Si Si Evítese	Si Si Si Evítese
Sedantes: - Barbitúricos - Benzodiazepinas - Oxido Nitroso	Evítese Evítese Segundo trimestre < 35 minutos	Evítese Evítese Si

CAPITULO V INVESTIGACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DE LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA

En Venezuela las bachilleres María Correa y Stefanía Di Nino informan cuales son los factores que influyen en la pérdida dental originada por la absorción de calcio durante el embarazo, explican que el feto absorbe solo el 2% del calcio materno y el requerimiento del recién nacido son 360mg por día, el cual se deposita en las trabéculas óseas, no

en dientes que presentan metabolismo estable; no necesitando de este electrolito una vez erupcionado el diente.

En otro estudio los bachilleres Claudio Nakamura y Jenny Navarro analizan que el 53% de los odontólogos no presentan atención odontológica a la adolescente embarazada, a pesar que no la consideran paciente de alto riesgo para el tratamiento odontológico. También refieren que es alarmante el grado de desconocimiento sobre los aspectos referentes a la salud bucal, siendo prácticamente total la ignorancia sobre este tópico. De igual manera afirman que ningún médico obstetra realiza un examen bucal a sus pacientes, a pesar de que la mayoría de los odontólogos están de acuerdo con que estos realicen exámenes bucales simplificados a sus pacientes, y de esta manera establecer una interconsulta a través de la referencia de pacientes.

¿Por qué a una embarazada no se le deben tomar radiografías?

Disponible:

<http://www.odontoimagen.homeostad.com/business1.html>.

Consulta 03-09-2001.

A menudo surge la pregunta de porqué a una señora embarazada no se le pueden tomar radiografías de la boca. No sólo no se deben tomar radiografías de la boca, sino en general, no se deben tomar radiografías de ninguna parte.

Esto debido a que los Rayos X pueden producir mutaciones o anormalidades en el desarrollo del embrión, y es el primer trimestre del embarazo el período más crítico, debido a la etapa de diversificación de las diferentes células

del embrión. No está comprobado que una sola radiografía de la boca pueda producir estos efectos, pero por seguridad es preferible evitar cualquier contacto con los Rayos X durante el embarazo.

Guías de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico

(Prof. Astrid Olivar Bonilla. Universidad Nacional de Colombia)

Disponible: http://www.encolombia.com/guías_odonto.htm.

Consulta: 03-09-2001.

La salud de la mujer gestante es indispensable para el desarrollo normal del feto y para que el recién nacido tenga una adaptación neonatal óptima, lo que ayuda a disminuir la morbi-mortalidad perinatal.

La gestante sufre cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que es preciso reconocer cuando se trata de darle tratamiento médico y odontológico. Existen sin embargo situaciones que se denominan de Alto Riesgo Obstétrico en las cuales la madre, el feto y el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros con respecto a una gestación normal. Estas situaciones pueden ser médicas, propias del embarazo, anomalías fetales y presentaciones fetales. También se encuentran en este grupo las madres adolescentes y las añosas. Para efecto de este artículo se tomaron en cuenta alteraciones médicas (diabetes, cardiopatías, lupus eritematoso sistémico, paludismo, hiperémesis, enfermedades renales, anemia y enfermedades neoplásicas) y la gestante adolescente.

Se presenta aquí una guía de manejo estomatológico para este grupo de pacientes con base a las características de la gestante normal y orientadas a las características de cada grupo en particular.

Estas guías son importantes para el estudiante de odontología, el odontólogo general y para los servicios prestadores de salud con atención materno infantil.

Al elaborar las guías del tratamiento odontológico de la gestante de alto riesgo, conviene conocer las manifestaciones de alteraciones orales de la gestante sin lesión sistémica ni situación especial alguna y después conocer las pautas para su manejo. Cumplida estas condiciones se elaborarán las guías de las distintas gestantes de alto riesgo.

Guía del manejo de la gestante

- 1. El conocimiento de la historia médica es indispensable en la clasificación y tratamiento de la paciente.**
- 2. No siempre es posible realizar una historia odontológica por las condiciones de reposo absoluto en que se encuentran algunas maternas sobre un lado, la posición de la cabeza luego de anestesia raquídea y la pobre iluminación de cada cama. De todas formas es necesario obtener la mayoría de datos posibles.**

Se hace necesario desfocalizar a las pacientes con el propósito de:

- a) Evitar diseminaciones a nivel de otros órganos que compliquen el cuadro preexistente.**
 - b) Evitar que esa diseminación por vía sanguínea linfática o tisular, lleve a la materna a sufrir alguna lesión sistémica.**
 - c) Evitarle a la materna la deglución de toxinas, la dificultad de alimentarse normalmente y por consiguiente, asegurarle salud y nutrición adecuada.**
 - d) Si le coadyuvamos a conservar la salud, la materna puede tener un embarazo feliz, un hijo en buenas condiciones de peso, adecuada edad gestacional y buena adaptación neonatal.**
- 3. Interconsulta con el médico tratante para definir modificación, los medicamentos que estén empleando y premedicaciones.**

- 4. Exámenes paraclínicos.**
- 5. Ambientación periodontal que comprende: Educación en higiene oral, detartrage y alisado radicular, pulimento y obturaciones, desbordantes y profilaxis.**
- 6. Eliminación de restos radiculares y abscesos dento-alveolares.**
- 7. Tratamientos convencionales que pueden demorarse hasta después del parto dependiendo de su complejidad y duración.**

Es indispensable tener en cuenta que la atención de todas las gestantes es bien diferente de la mujer no grávida. Conviene recordar los siguientes conceptos:

- 1. La posición en el sillón debe ser semisentada, alternando izquierda derecha y con movimientos lentos para evitar hipotensión postural.**
- 2. Las enfermedades preexistentes alteran el desarrollo normal del embarazo.**

- 3. El embarazo altera en la mayoría de los casos las enfermedades preexistentes.**
- 4. El diagnóstico de alteraciones es más difícil durante el embarazo pueden enmascarar síntomas de las alteraciones diferentes, por ejemplo la némesis puede considerarse como “normal” en un embarazo cuando realmente se trata de una enfermedad ácido péptica.**
- 5. La medicación en la mujer gestante debe manejarse teniendo en cuenta la labilidad del feto.**

Cuidados odontológicos durante el embarazo (Fuente: JANO EMC – doyma) por M.A. García Pereiroa aABS Apenins-Montigalá. Badalona-Barcelona.

Existe la creencia generalizada de que el embarazo se asocia en la mujer con patología bucodental. Si bien esto no tiene por que ser cierto, si es verdad que durante el embarazo se producen cambios fisiológicos en los tejidos orales y hay factores que pueden acelerar la rapidez de progresión de enfermedades bucodentales iniciales o ya establecidas. Es por ello que durante el embarazo se debe prestar una especial atención a la salud de la cavidad oral. Por otro lado, cuando sea necesario un tratamiento odontológico, debemos tener en cuenta los riesgos que

suponen, por ejemplo, las radiaciones ionizantes o la administración de fármacos para la mujer gestante.

Características especiales de las afecciones bucodentales durante el embarazo (**Ob. Cit**).

Caries Dental y Embarazo

Los estudios realizados han demostrado que, a diferencia de lo que ocurre en el esqueleto, no hay desmineralización de los dientes durante el embarazo, aunque el aporte dietético de calcio sea insuficiente. Sin embargo, es una evidencia clínica que durante el embarazo y postparto se observa un incremento en el número de caries, especialmente en el tercio gingival de las coronas dentarias. Las causas de este aumento parecen relacionadas con cambios en os hábitos alimentarios (incremento de consumo de dulces); tendencia al abandono de la higiene oral (por la multitud de actividades extra a las que se ve sometida la futura madre), y otros factores como la erosión por ácido en las superficies linguales de los dientes de las mujeres con náuseas o vómitos.

Gingivitis del Embarazo

Los síntomas gingivales inflamatorios se presentan generalmente en el segundo mes de gestación, se mantienen o aumentan durante el segundo trimestre, llegando a su máximo en el octavo mes y descienden durante el último mes, remitiendo tras el parto. Esta gingivitis no es diferente a la inducida por la placa dental, y parece debida a los cambios hormonales del embarazo, que provocan un

incremento de prostaglandinas y una alteración del sistema fibronolítico. Los cambios de la encía se detectan especialmente en las zonas anteriores de la cavidad oral. Clínicamente observamos un color enrojecido en la encía marginal y la papila interdental, además de un aumento de tamaño de esta papila. Existe tendencia a sangrar y las pacientes experimentan a veces un ligero dolor. La gingivitis del embarazo puede ser prevenida y controlada mediante la utilización de medidas adecuadas para el control de la placa dental.

Granuloma del Embarazo (epulis, tumor)

Su incidencia varía según los estudios en un 0,9,6%. Es más frecuente en el maxilar superior, especialmente en la zona vestibular de los dientes anteriores. Histológicamente es muy similar al granuloma piogénico. Se manifiesta a partir del cuarto mes de gestación y frecuentemente muestra un crecimiento rápido, pero lo detiene normalmente al alcanzar alrededor de 2 cm de diámetro. Normalmente es una masa pedunculada, blanda, con un origen interdental y de intenso color rojo. Sangra con facilidad y tiene una elevada tasa de recurrencias. Tras el parto desaparece espontáneamente o evoluciona a una masa fibrosa. En ese caso, se puede realizar su exéresis quirúrgica.

Periodontitis

El embarazo parece aumentar el riesgo de la periodontitis. Existe un incremento en la movilidad dentaria que no está relacionada con la pérdida de inserción, que no precisa tratamiento y remite espontáneamente.

Controles y revisiones necesarias durante el embarazo (**Ob. cit**)

Durante el primer trimestre del embarazo, la mujer debe ser remitida por su ginecólogo o médico de familia para una revisión odontológica. En esta visita se realizará una revisión completa de la cavidad oral y un diagnóstico de la patología existente. En caso de ser necesario algún tratamiento odontológico, planificaremos cuando realizarlo. Además de revisar el estado oral de la paciente, también debemos realizar durante el primer trimestre del embarazo una profilaxis oral, en la que utilizaremos una sustancia reveladora de placa para detectar la presencia de cálculo y placa supra y subgingivales, daremos instrucciones de higiene oral, eliminaremos el cálculo y la placa supra y subgingivales y realizaremos una aplicación de flúor tópico. Las instrucciones de higiene oral que daremos pasan por un cepillado correcto 3 veces al día, y la utilización de seda dental para limpiar los espacios interproximales.

Es muy importante explicar que el cepillado no debe suspenderse aunque la encía sangre, que es una de las causas por la que muchas mujeres abandonan su higiene oral durante el embarazo. Se recomendará la utilización de un dentífrico fluorado y un colutorio de flúor. Los suplementos de flúor sistémico en la mujer gestante no se recomiendan, ya que no han demostrado su capacidad para prevenir caries en el niño. Durante estas visitas, además de enseñanza de higiene oral, proporcionaremos consejo dietético a la madre, recomendándole reducir el consumo de azúcares refinados, así como la frecuencia de la ingesta y evitando los dulces que además tengan una consistencia más

pegajosa. Las visitas odontológicas a la embarazada son también la ocasión ideal para comentar ciertos aspectos del cuidado del futuro bebé como es la prevención del “síndrome de caries del biberón”, que se caracteriza por la presentación de caries de evolución rápida y progresiva, especialmente en la cara vestibular de los incisivos superiores. Este tipo de caries se halla relacionada con una administración inadecuada del biberón y del chupete.

Para evitarlo debemos prevenir a la madre contra el hábito de dar el biberón, con una frecuencia excesiva y durante un tiempo demasiado prolongado. Además, debemos informarle que siempre debe dar el biberón con el niño despierto y levantado, y nunca debe endulzar el chupete con miel o azúcar.

Atención odontológica en la mujer embarazada (Ob. cit).

El embarazo representa un problema específico para el tratamiento odontológico. Debemos proporcionar a la madre la atención que precisa sin dañar al feto. En principio, intentaremos evitar los tratamientos durante el primer trimestre, que es el momento crítico para la organogénesis, realizando en este período solo actuaciones de urgencia. También se evitará el tercer trimestre por la incomodidad que supone para la paciente el sillón dental. El segundo trimestre es el ideal para la terapia odontológica. De todos modos, para evitar la compresión de la vena cava que se puede producir por la posición decúbito, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo se recomienda colocar a la paciente en decúbito lateral o simplemente elevar la cadera derecha unos 10-12 cm durante el

tratamiento. En el tratamiento odontológico de la mujer embarazada hay dos factores que debemos tener especialmente en cuenta: la administración de fármacos y la realización de radiografías dentales.

Fármacos y embarazo (Ob. cit).

Los anestésicos locales, especialmente la lidocaína y la mepivacaína, son considerados seguros y no están, por tanto, contraindicados durante el embarazo. En cuanto a la sedación con óxido nitroso, se recomienda evitarla durante el primer trimestre. Las penicilinas y cefalosporinas son consideradas seguras. La eritromicina también es segura excepto el estolato de eritromicina, por el riesgo de hepatotoxicidad para la madre. La combinación amoxicilina/ácido clavulánico y la clindamicina no se utilizan normalmente si no están específicamente indicadas. Las tetraciclinas son agentes que están contraindicadas por la inhibición del crecimiento óseo fetal y las alteraciones en el color de los dientes. No se recomienda utilizar metranidazol. En cuanto a los analgésicos, se considera el paracetamol como el analgésico más seguro en la mujer gestante. El tratamiento con aspirina se puede aplicar a dosis baja, durante cortos períodos de tiempo. El ibuprofeno es un agente que sí se administra durante el tercer trimestre del embarazo, se asocia a la constricción del ductus arterioso fetal. Los AINE deberían ser evitados, especialmente durante el primer trimestre del embarazo. Los analgésicos opiáceos deben ser utilizados con precaución.

Radiografías dentales y embarazo (Ob. cit).

Durante el embarazo se debe evitar en la medida de lo posible la exposición a radiaciones ionizantes, especialmente durante el primer trimestre. Sin embargo, puesto que la exposición se limita a la zona de la cabeza y cuello, y la dosis recibida en este tipo de radiografías es pequeña, podemos realizar radiografías intraorales a la mujer embarazada cuando sean necesarias, protegiendo la zona abdominal con un delantal de plomo y utilizando una película radiográfica de alta velocidad, para conseguir que las dosis recibidas sean lo más bajas posibles.

¿Por qué aumentan los problemas orales durante el embarazo?

Disponible:

<http://www.terra.com.co/servicios/botiquín/odontología2.html>.

El embarazo por sí mismo no produce enfermedad oral. Durante el embarazo, se producen algunos cambios hormonales, como un aumento de la progesterona y los estrógenos, que pueden llegar a ser el factor causal o pueden complicar la salud oral.

Estos cambios pueden llevar a una susceptibilidad mayor de las encías a los irritantes locales, como son la placa bacteriana y los cálculos. Las madres embarazadas sufren principalmente de una entidad llamada gingivitis del embarazo y no es más que la inflamación de las encías que antes de este período estaban afectadas y ahora lo están en una proporción mayor, provocada por la falta de higiene oral y por el cambio hormonal, explica la estomatóloga pediatra de la Clínica Odontológica Infantil de Bogotá.

Las características son: mayor tamaño de las encías, un color más llamativo y que sangran con facilidad.

Esta inflamación de las encías es más evidente en el tercer mes de embarazo, luego en el último trimestre del mismo, donde el nivel de hormonas en el organismo es alto.

Existe un concepto común entre las madres que dicen que por cada hijo se pierde un diente, pues muchas creen que el bebé necesita el calcio de los dientes de la madre para formar sus huesos. Esto no es cierto, ya que, el calcio que aprovecha el bebé lo toma de los alimentos que la madre consume y de las reservas que ella tiene.

¿Por qué las madres pierden sus dientes durante el embarazo? (Ob. cit).

Porque llevan mucho tiempo sin visitar al odontólogo, aumentan el consumo de golosinas (antojos), disminuyen sus hábitos de higiene oral, y porque muchas creen que es perjudicial visitar al odontólogo durante el embarazo.

Las recomendaciones serían, visitar al odontólogo, no automedicarse, realizar un correcto cepillado después de cada comida, controlar el consumo exagerado de golosinas.

Caries y embarazo: la importancia del control y la prevención.

Disponible:

<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID&ReturnCatID>.

Las caries son la enfermedad que afecta con más frecuencia a la cavidad bucal, por lo que constituye uno de

los problemas más estudiados por los especialistas en odontología. Durante el embarazo son una dolencia común.

Su incidencia causa desde incomodidad en los estadios iniciales, hasta mutilaciones con serias consecuencias psicológicas y estéticas, en función de las pérdidas dentales en los casos más avanzados. ¿Qué hacer ante esta situación? Quien responde esta pregunta es la odontólogo Christianne Assis que recuerda que prevención y adopción de programas preventivos todavía son las palabras claves.

La odontólogo también explica que después de instalada la caries, el recurso es tratarla. Entonces, es fundamental buscar un dentista para el tratamiento, que establecerá una recuperación del diente afectado por la caries, además de proveer las orientaciones necesarias sobre otro problema que puede ocurrir durante el embarazo, que es el sangrado gingival.

Hasta hace poco tiempo, el cirujano dentista limitaba su acción a la restauración de los dientes dañados; sin embargo, se ha comprobado que esto no es suficiente. Los métodos convencionales de lucha contra la caries mediante procedimientos curativos, son clínicamente irrealistas. Pueden ocurrir las llamadas recidivas, o sea, la repetición de caries debido a los microorganismos orales/individuales y su actividad cariogénica. “Todo esto refuerza la importancia de la prevención de la caries”, explica la Dra. Christianne.

Papel

Varios estudios revelan que las madres son fuentes de bacterias cariogénicas para los niños, pudiendo ser consideradas responsables por la contaminación e infección de los hijos. Todo eso sumado a hábitos perjudiciales a un medio bucal favorable a las lesiones, se puede convertir en una “ventana” a las infecciones. Por lo tanto, prevención siempre será la palabra clave para las caries, al igual que para la salud de un modo general. “Es necesario evitar siempre la *ventana de infección* pues así se interrumpe un ciclo, lo que favorece a los niños y promueve a la salud bucal de las madres”.

En la consulta al especialista, si se diagnostica algún problema, el tratamiento es curativo. Además, generalmente son evaluados los problemas de sangrado gingival, higiene y limpieza, además de dar orientaciones sobre la alimentación.

Para evitar la caries, el cirujano dentista provee algunas directivas básicas pero primordiales, incluso para cualquier persona, referidas al refuerzo de la higiene bucal y la dieta alimenticia, al igual que respecto a los cuidados necesarios para que las embarazadas no sean un elemento de transmisión de caries a su hijo. Esto porque la caries, antes que nada, es una enfermedad infectocontagiosa.

Control.

Disponible:

<http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID&ReturnCatID>.

La dentista relata la importancia del control individual y clínico en la lucha contra la caries. Explica que para evitar ese problema se debe hacer un control individual. O sea, la higienización, que tiene como objetivo el control de la placa, que puede ser eliminada mediante un cepillado correcto y el uso de hilo dental, pudiendo también asociar buches con los productos disponibles en el mercado. Por otro lado, ratifica la disminución de la frecuencia del uso de azúcar.

En relación con el control clínico, la odontólogo informa que, normalmente el profesional usa los recursos de profilaxis con la adopción de flúor, el refuerzo de un programa de prevención y seguimiento constante, por si llega a presentarse algún problema. “Los cuidados preventivos clínicos deben ser practicados por el profesional, como responsable por la calidad de la salud bucal del paciente. Además, lo ideal sería la integración de un equipo multidisciplinario de médicos y odontólogos, con una participación efectiva de la embarazada, una relación de complicidad a favor de la promoción dela salud”, destaca.

La Dra. Assis recuerda que lo mejor sería un embarazo planeado, en el cual la futura madre buscase un especialista para realizar una evaluación y tratamiento, antes de decidirse quedar embarazada. Así, a lo largo de los años podríamos ser responsables por una generación más preocupada con la prevención y con las futuras generaciones que nos llevaría a tener madres con un menor número de problemas bucales.

Cuidados con el futuro bebé

Durante mucho tiempo, la atención y la asistencia odontológica y preventiva para niños, se iniciaba a los 3 años de edad. Según estudios más recientes, la primera visita al dentista debería ocurrir alrededor de los 12 meses de edad. Varias investigaciones realizadas demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados como, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal (68,66%) y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón (86,57%).

Varios estudios comprobaron que casi el 6% de los bebés poseían una alta frecuencia en el consumo de azúcar; 33% fueron contaminados por las madres a través de la saliva y cerca del 13% presentaron lesiones cariosas ya durante el primer año de vida. Esto refuerza aún más la importancia de la prevención de la salud bucal.

La prevención de la enfermedad caries en bebés se inicia con la educación de los padres. Los padres generalmente no tienen acceso a las informaciones para orientarlos con relación a la salud bucal de sus hijos, excepto a través de las conversaciones con dentistas. Otros, sin embargo, no son conscientes de la necesidad del cuidado temprano de los dientes, pues se ha observado que la mayoría de los niños ni siquiera han sido examinados por un dentista antes de alcanzar la edad escolar, cuando el examen dental es realizado.

La visita temprana, además de establecer una relación amigable con la introducción de los cuidados de la salud

bucal de niños y padres, establece decisiones críticas y fundamentales respecto de los patrones alimenticios, complementación de flúor y programa de higiene bucal.

Embarazo y generación sin caries

El trabajo de un equipo multidisciplinario es fundamental para la prevención. El médico obstetra y el pediatra debería proveer la información básica con relación a los hábitos de higiene bucal, dieta, succión y la época en que debe ser llevado al dentista, pues raramente el niño visita al dentista durante el primer año de vida, a no ser por traumatismo y enfermedades de la boca.

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que probablemente tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebé. La participación de los profesores es muy importante, pues la frecuencia de niños en tierna edad, en las escuelas, se ha transformado en un hecho común.

De esta manera, los profesores actuarían como importantes auxiliares en los métodos de prevención, y después de recibir la orientación adecuada, promoverían la educación de los padres para la salud bucal de sus hijos. El mismo objetivo tendría la participación de otras áreas afines, principalmente aquellas que tratan con niños menores a los 3 años de edad.

La prevención de la manifestación de la enfermedad caries debe hacerse lo más tempranamente posible, comenzando por el período de gestación, a través del uso de métodos educativos y preventivos, al igual que la participación e integración de áreas afines.

Por Dra. Mónica Balda García.

Disponible: <http://www.google.com>. Consulta: septiembre 3 del 2001.

Gingivitis

El embarazo no se puede considerar una enfermedad, aunque, debido a los cambios hormonales que sufre la mujer en este período, en muchas ocasiones surgen alteraciones en la boca que es necesario conocer y controlar. La más frecuente es la gingivitis del embarazo o gingivitis gravídica. Se presenta aproximadamente en el 30 por ciento de la población. Sigue el ciclo hormonal del embarazo, apareciendo normalmente al final del primer trimestre y manteniéndose hasta el octavo mes, en que empieza a decaer. En el embarazo hay una disminución de la respuesta inmune de la mujer (menos defensas). La microflora (microorganismos que viven en la boca), cambia de gérmenes aerobios a un mayor número de anaerobios (más agresivos), debido al aumento de los niveles de una hormona llamada progesterona. Esta hormona también es la responsable del aumento de los sangrados gingivales (de la encía) en el embarazo. Desde un punto de vista clínico la gingivitis del embarazo es una enfermedad transitoria y reversible. Cuando desaparece, los tejidos de la encía vuelven a la normalidad. Sin embargo, las mujeres que

tienen con frecuencia gingivitis o que padecen de encías sangrantes y delicadas, deben ser tratadas para evitar que esa gingivitis prospere y pase a estructuras más profundas, ocasionando quizá la pérdida del diente.

Granuloma gravídico

Otro padecimiento frecuente en el embarazo es el granuloma gravídico. Se da aproximadamente en un 10 por ciento de las embarazadas. Se localiza sobre todo en la parte anterior del maxilar inferior. Es una masa blanda de color rojo, que sangra con facilidad. Crece al principio con rapidez, pero no sobrepasa los 2 centímetros. Aparece por la acción de la progesterona y de los estrógenos y también se debe a la disminución de la respuesta inmune de la mujer embarazada. Si no se trata, puede volver a aparecer tras el parto, o convertirse en una masa fibrótica. Es aconsejable su extirpación si ocasiona alteraciones funcionales o esperar al término del embarazo. Para evitar estas enfermedades, se recomienda que antes de embarazarse la mujer acuda al odontólogo a realizarse un chequeo general. Durante la gestación, se aconseja visitar periódicamente a este especialista.

Estrés y embarazo

El estrés es la palabra introducida en 1949 por Hans Selye, se le ha catalogado como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población actual, este se desarrolla en tres fases: fase de alarma, resistencia y agotamiento. Está condicionado por mecanismos

vegetativos, inmunológicos y hormonales regulados por la hipófisis.

Ciertas etapas de vida son generadoras de estrés en particular para la mujer, como el período menstrual, la gestación, el puerperio, menopausia y el climaterio, cuyos efectos pueden manifestarse en el área psicológica, física y/o laboral.

El objetivo general de la presente revisión es el dar a conocer los factores causantes del estrés y sus mecanismos de acción durante el embarazo. El estrés en esta etapa es debido al temor al parto inminente, y a las probabilidades de peligro y daño para la gestante y su hijo durante este período y el parto, mucha de la angustia y miedo que se genera se debe a la tradición cultural, la cual puede incrementarse debido a la tensión que produce la práctica estomatológica, por lo cual el odontólogo debe conocer e informarse de esta respuesta cuando trate a sus pacientes gestantes, así como incorporar al modelo en atención estomatológica en la gravidez, las alternativas de manejo del mismo.

La Mamá

Disponible:

<http://www.plazabebe.com/salud/odontología.htm>.

La salud dental se refleja en el estado general de nuestra salud, todos debemos concurrir al odontólogo, no solo para tratar las molestias, sino como una saludable forma de prevención, hacer controles periódicos.

Lo ideal es que antes de embarazarte consultes a tu odontólogo para llegar al embarazo con la boca en óptimas condiciones.

Si ya estás embarazada, y no lo has visitado antes, no demores la consulta, en general no hay problema en atender los problemas dentales durante el embarazo, es más debes atenderlos.

Tal vez el odontólogo considere más apropiado esperar hasta después del cuarto mes para someterte a algún tratamiento, en particular si se requiere anestesia o tomar radiografías.

En caso de tomar una radiografía, te deben colocar una protección, por lo general un delantal con plomo.

Si es necesario que tomes algún antiinflamatorio o antibióticos, el odontólogo te recetará aquellos que no están contraindicados en el embarazo.

El control periódico de tu boca será necesario durante el embarazo, pues los cambios que genera el embarazo también afectarán tu boca.

Una complicación bastante frecuente es la llamada gingivitis del embarazo, en la embarazada la circulación de la sangre es mayor, así las encías al estar más irrigadas sangran con más facilidad. Aparentemente la progesterona puede aflojar y ablandar las encías, esto te hace más vulnerable a las infecciones, la higiene y el control odontológico periódico pueden evitarlo.

Puede ser que si tu boca no estaba en muy buenas condiciones antes del embarazo, con éste surjan nuevas caries.

Trata de consumir suficiente calcio, tu médico te ayudará a ver si tu dieta aporta lo necesario o necesitas suplementos. Evitar el azúcar es una buena forma de protegerte de las caries.

El Bebé

Disponible:

<http://www.plazabebe.com/salud/odontología.htm>.

Para que tu bebé tenga una buena salud bucal, debes cuidarlo desde el embarazo. Tu dieta debe aportarle el calcio, fósforo y las vitaminas necesarias para la formación de los dientes.

Los dientes de “leche” se forman durante la gestación, y se fortifican durante el primer año, así aún antes de que salga el primer diente ya puedes cuidarlos.

No acostumbres a tu bebé a los dulces, es cierto que si le pones miel o azúcar al chupete lo succionará con más placer, pero la fermentación que producen es perjudicial para los dientes. Tampoco es prudente permitir que duerma con la mamadera en la boca, es otra forma de generar fermentación en la boca.

No hay fechas fijas para la aparición de los dientes, frecuentemente comienzan a salir en el sexto mes. Si al año

de vida no han a aparecido los primeros dientes, consulta con el odontólogo.

Cuando comienzan a salir los dientes, puede ser que el bebé esté especialmente molesto, si sus encías están muy inflamadas frótalas suavemente con tu dedo. Morder algo frío, no congelado, lo aliviará; tal vez puedas conseguir un mordilo en cualquier farmacia, debe estar siempre limpio, puedes mantenerlo en la heladera.

Si la molestia es mucha, no le apliques ningún gel o medicamento sin consultar con el pediatra.

Por lo general la dentición no genera complicaciones de salud, si tu bebé tiene temperatura alta no culpes a la dentición, llama a su médico.

Alrededor de los dos años, deberá aprender a cepillar sus dientes, tu pediatra o el odontopediatra te dirán que tipo de pasta dental usar.

CONCLUSIONES

Después de describir y analizar los objetivos establecidos en la investigación se puede concluir que:

- El embarazo es el período de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración es de 36-40 semanas. En este período la gestante experimentará modificaciones anatómicas como cambios en su sistema reproductor, en el aparato cardio-respiratorio, en el aparato urinario, en la piel, en su sistema óseo y aumento de peso; así como también cambios o alteraciones metabólicas como cambios endocrinos, trastornos neurológicos, cambios vasculares, trastornos respiratorios, sensoriales y gustativos. Por ello es importante que el odontólogo trate conjuntamente con el médico obstetra, ya que el embarazo no se puede considerar una enfermedad, sino que todos estos cambios son propios de las etapas del mismo.

- Efectivamente el embarazo presenta para la mujer un cambio en todos sus sistemas, pero sobre todo a nivel hormonal, lo cual tiene un efecto estimulante en la saliva y los fluidos circulantes, favoreciendo a la microbiota asociada con la gingivitis del embarazo, atribuidas a la progesterona, estrógenos y mala higiene bucal, manifestando cambios de color y mayor tendencia al sangrado de la encía. La movilidad dentaria se incrementa con o sin enfermedad periodontal, presumiblemente por los cambios físico-químicos en los tejidos periodontales. Además, en la gestación se presenta el tumor del embarazo como una respuesta inflamatoria localizada, a los irritantes locales. Todas estas manifestaciones bucales pueden evitarse

mediante la eliminación de estos irritantes y el establecimiento de una higiene bucal minuciosa, erradicando la placa bacteriana, ya que las bacterias que la producen toman el azúcar de los alimentos para producir ácidos que atacan y debilitan el esmalte dental, originando las caries, por ello una dieta equilibrada, una buena higiene bucal y la visita frecuente al odontólogo son necesarios para asegurar la salud bucal.

- La principal preocupación del odontólogo es la aplicación de un tratamiento y la utilización de fármacos en la gestante, por lo que surge la necesidad de formar un equipo multidisciplinario entre el obstetra y el odontólogo, como una forma de integrar conocimientos y ayudar a este tipo de pacientes en un momento determinado, ya que las gestante no son consideradas como pacientes de alto riesgo para la consulta odontológica, aspecto este contradictorio, puesto que es mayor el número de odontólogos que no prestan sus servicios a estas pacientes. Sin embargo, durante la gestación y la lactancia los tratamientos odontológicos y farmacológicos se rigen según el trimestre de embarazo, por lo que el odontólogo debe evitar tratamientos largos y extenuantes y en caso de administrar algún fármaco debe cuidar que no cause daños al feto y a la madre. Durante la lactancia algunos fármacos que se excretan por la leche materna no superan el 1-2% de la dosis materna, lo cual es improbable que tenga importancia farmacológica.

BIBLIOGRAFÍA

Andrade, S. (1990). Odontología en al gravidez. Revista Odontociencia. Porto Alegre, Brazil.

Balda, Mónica. Estrés y Embarazo. Disponible: <http://www.google.com>. Consulta: septiembre 3 del 2001.

Carranza, Fermín (1997). Periodontología Clínica de Glickman. Capítulo 34. México: Editorial Interamericana.

Correa, M; Di Nino, S. (1999). Etiología de la pérdida dental en pacientes entre 20 y 30 años en estado de gravidez y lactancia del Centro de Servicio P.A.S.A.E.. Tesis de Grado. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

Herazo, Milena. Derrumbando tabúes tras el alumbramiento. Disponible: <http://www.google.com>.

Nakamura, C; Navarro, J. (1998). La problemática del abordaje odontológico en adolescentes embarazadas. Tesis de Grado. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

Little, James FDA (1998). Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. Capítulo 21. Madrid: Harcourt Brace.

Olivar, Astrid. Guía de manejo estomatológico de la paciente de alto riesgo obstétrico. **Disponible:** http://www.encolombia.com/guías_odonto.htm.

Pereiroa, María A. Cuidados odontológicos durante el embarazo. **Disponible:** <http://www.google.com>. **Consulta:** septiembre 3 de 2001.

Peter, Georges (1996). Enfermedades infecciosas en Pediatría. Capítulo 12. Buenos Aires: Editorial Panamericana.

Seif, Tomás (1999). Cariología. Capítulo 8. Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, C.A.

Sin autor. Prevención Oral. **Disponible:** <http://www.Odontoimagen.Homeostad.com/Business.htm>
l. Consulta: Septiembre 3 de 2001.

Sin autor. Caries y Embarazo. **Disponible:** <http://www.Buenasalud.com/Lib/Show.doc>. **Consulta:** septiembre 3 de 2001.

Sin autor. Problemas orales durante el embarazo. **Disponible:** <http://www.Terra.com/Servicios/Botiquín/Odontología2.html>. **Consulta:** septiembre 3 de 2001.

Sin autor. La Mamá y el Bebé. **Disponible:** <http://www.Plazabebé.com/Salud/Odontología.html>.
Consulta: septiembre 3 de 2001.

Sin autor. El embarazo y su control. **Disponible:**
<http://www.google.com>. **Consulta: septiembre 3 de 2001.**