

Atención odontológica en la mujer embarazada

Ofelia María Fernández García,* Melisandra G Chávez Medrano**

RESUMEN

Objetivo: Dar a conocer la correcta atención odontológica, para establecer una buena relación médico-paciente que le brinde seguridad. **Conclusiones:** Cuando una paciente embarazada requiere tratamiento dental se debe conocer el manejo adecuado de acuerdo a los trimestres del embarazo, la posición del sillón dental, los medicamentos que se pueden prescribir para dar un tratamiento óptimo y asegurar también que el feto está siendo protegido al no utilizar fármacos teratogénos. La atención de estos factores permitirá al dentista proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto.

Palabras clave: Embarazo, teratogénos, fármacos.

ABSTRACT

Objective: To present the proper dental care, to establish a good doctor-patient relationship that gives your security. **Conclusions:** When a pregnant patient requires dental treatment must know the proper handling according to the trimester of pregnancy, the position of the dental chair, the medications may be prescribed to provide optimal treatment and also ensure that the fetus is being protected by not use teratogenic drugs. The attention of these factors will enable the dentist to provide the required treatment with minimal risk to the mother-fetus.

Key words: Pregnancy, teratogens, drugs.

INTRODUCCIÓN

La duración promedio del embarazo humano es de 280 días (40 semanas). El periodo de gravidez se divide en trimestres, los cuales son: primer trimestre, desde la concepción hasta la semana 13.5; segundo trimestre, de la semana 13.6 a la 27; tercer trimestre, de la semana 27.1 al final de la gestación.¹

Existen signos y síntomas característicos de cada etapa: *primer trimestre*, suspensión de menstruación, náuseas, vómitos, sensación de hormigueo y aumento en las glándulas mamarias y cambios del útero; *segundo trimestre*: percepción de movimientos fetales, contracciones uterinas, palpación e identificación del feto, ruidos cardiacos fetales y cambios dérmicos; *tercer trimestre*: amenorrea continua, contracciones uterinas más apreciables, aumento de molestias pélvicas y menos compresión del abdomen.^{1,2}

Signos de alarma durante el embarazo: ausencia de movimientos fetales, ruptura de membranas, edema, fiebre (38 °C o más), contracciones uterinas y dolor abdominal.¹

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PERINATAL

El embarazo puede condicionar una deficiencia inmunitaria transitoria, por lo cual lo primordial es la eliminación de focos de infección.

La atención odontológica en la mujer embarazada comienza realizando la historia clínica, consignando la edad gestacional, exploración, rayos X, diagnóstico, detección de focos de infección y plan de tratamiento. Éste se llevará a cabo con la eliminación de focos de infección, mediante la educación para la salud dental, raspado coronal, programa de control personal de placa, eliminación de procesos cariosos, reafirmación de raspado, dada la alta prevalencia de alteraciones gingivales y elaboración de prótesis (*Cuadro I*).³

* Pasante de Cirujano Dentista, egresada del Instituto Franco-Inglés de México.

** Cirujano Dentista adscrita al Centro de Especialidades Odontológicas, Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Cuadro I. Atención odontológica a la paciente embarazada, por trimestre.

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa • Instrucciones de higiene oral • Profilaxis y curetajes simples • Tratamientos de emergencia solamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa • Instrucciones de higiene oral • Profilaxis y curetajes simples • Tratamiento dental de rutina 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de placa • Instrucciones de higiene oral • Profilaxis y curetajes simples • Tratamiento dental de emergencia solamente

Las enfermedades bucales con más alta frecuencia son la caries y las parodontopatías. La necesidad de prevenirlas y promover la atención oportuna cuando se presentan ha sido motivo de múltiples acciones.

Por su magnitud, las enfermedades bucales constituyen un problema en la paciente embarazada que depende en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas. Siempre que sea posible, el primer paso en el tratamiento dental deberá ser contactar con el obstetra el cuidado de la paciente para discutir el estado médico, los requerimientos dentales y el plan del tratamiento propuesto.

Las estrategias educativas que tienden a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República Mexicana, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes como una población que amerita atención especial.^{2,4,5}

Sin embargo, y a pesar de esto, el paso de los tiempos ha demostrado que en el grupo de embarazadas existen creencias y prácticas que no aceptan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja, a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaría de Salud como prioritario.

Se ha mencionado con frecuencia «la descalcificación» que sufren los dientes maternos, se habla de que «el bebé le roba calcio a los dientes de la mamá», del daño que producen las radiaciones dentales y lo nocivo de los medicamentos que utiliza el odontólogo como es el caso de los anestésicos. Hasta el momento se acepta que: el embarazo no descalcifica los dientes, la dosis de radiación dental que se emplea no causa daño (por seguridad utilizamos el mandil de plomo) y los medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos como los tipo amida (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal. No utilizamos anestésicos tipo éster (prilocaína) porque podemos provocarle síndrome de «metahemoglobinemia» por la acción del metabolito final de dicho anestésico.^{2,6}

Atender a una paciente que cursa por el primer trimestre de gestación puede aumentar la posibilidad de regurgitación, náuseas y vómito, lo cual dificultaría la colocación de dique de hule. Se debe anestesiar depurando la técnica para evitar intentos fallidos.

En el 2º y 3º trimestres, la mujer puede mostrar mayor hipotensión simplemente al colocarse en decúbito dorsal (supino) en el sillón dental. Considerando el desplazamiento visceral, las sesiones no deben ser mayores a 25 minutos.^{2,3}

Se debe realizar la eliminación de caries y obturación del órgano dentario en una sola cita, así como evitar la colocación de curaciones temporales. En tratamientos de conductos, instrumentar con extrema precaución, para evitar perforaciones del ápice y condicionar bacteremias transitorias. En caso de abscesos periapicales y/o parodontales, realizar de inmediato el tratamiento indicado. «Para el odontólogo, la mujer embarazada no debe ser una paciente distinta, pero sí una paciente especial». Se relaciona al embarazo con la aparición de problemas gingivales, aumento del sangrado gingival debido a que sufre un gran cambio hormonal porque los niveles estrogénicos descienden y la progesterona se eleva y produce alteraciones vasculares que generan mayor permeabilidad; se presenta una agudización de problemas infecciosos de origen dental debido a que el pH salival se altera, disminuye el flujo de saliva y la capacidad buffer. Los ginecólogos generalmente no toman en cuenta la importancia del tratamiento odontológico, a pesar de que las embarazadas que cursan con gingivitis corren el riesgo de tener bebés con bajo peso, ya que aumentan las cantidades de productos tóxicos liberados por bacterias en la sangre y se inicia una respuesta de liberación de prostaglandinas que genera contracciones uterinas o parto prematuro.^{3-5,7}

POSICIÓN DEL SILLÓN DENTAL POR TRIMESTRE

Durante la atención odontológica de la embarazada es importante la posición de la paciente; por ello, las posiciones del sillón varían dependiendo el trimestre del embarazo. En el primero, es recomendable colocarlo a 165º (Figura 1), en el segundo 150º (Figura 2), y en el tercer trimestre a 135º (Figura 3).

FARMACOLOGÍA PERINATAL

Para la utilización de fármacos en el embarazo es importante evitar la inducción de alteraciones en el producto de la gestación y la generación de ansiedad materna después de la exposición a medicamentos que puedan conducir a la mujer a considerar la terminación del embarazo.

Primer trimestre

Segundo trimestre

Tercer trimestre



Figura 1. Sillón a 165° aproximadamente. **Figura 2.** Sillón a 150° aproximadamente. **Figura 3.** Posición semisentada sillón a 135° aproximadamente.

Figuras 1, 2 y 3. Posiciones del sillón dental en los diferentes trimestres del embarazo.

No existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos.

En el primer trimestre (máxima sensibilidad) se realiza la mayor parte de la organogénesis y durante las dos primeras semanas del embarazo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, el embrión puede ser afectado aunque no se haya establecido la placenta.

En el periodo fetal (2° y 3er trimestres) pueden producirse alteraciones del desarrollo; la acción teratógena es capaz de frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves aunque no se produzcan modificaciones estructurales profundas. Son especialmente sensibles a la

acción teratógena en el periodo fetal los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción.

La Comunidad Europea (CE) y la Food And Drugs Administration (FDA) crearon clasificaciones de productos farmacológicos en el embarazo^{6,8} (*Cuadros II y III*).

Los medicamentos utilizados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales; de estos grupos farmacológicos existen medicamentos de la categoría A (CE); ningún antiinflamatorio aparece en esta lista (*Cuadro IV*) y según la FDA no existen fármacos que utilizamos los dentistas con clasificación A (*Cuadro V*).^{6,7}

Cuadro II. Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuesto por la European Community, Committee on Proprietary Medical Products.

Categoría A	Este fármaco ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen efectos nocivos durante el curso del embarazo ni en la salud del feto o recién nacido.
Categoría B	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y la salud del feto y del neonato.
Categoría C	Este fármaco no aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daño por sus efectos farmacológicos que pueden alterar el curso del embarazo o lesionar al feto o al recién nacido.
Categoría D	Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y recién nacido.

www.medigraphic.org.mx

Cuadro III. Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration (FDA).

Categoría	Descripción
A	Sin riesgo fetal; seguridad comprobada del uso durante el embarazo.
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo.

Cuadro IV. Lista de fármacos que de acuerdo a la indicación y dosis pueden ser usados con seguridad durante el embarazo (Committee of Proprietary Medical Products. European Community)

Amfotericina B (tópica)	Eritromicina
Ampicilina	Fenoximetilpenicilina
Amoxicilina	Lidocaína
Bupivacaína	Lincomicina
Clorhexidina	Mepivacaína
Cefalosporinas	Nistatina (tópica)
Codeína	Paracetamol

ANTIBIÓTICOS

Según la FDA, actualmente sólo hay antibióticos de categorías B y C y los fármacos de la categoría B se creen relativamente seguros durante el embarazo. Las penicilinas son los antibióticos más utilizados cuando no existen reacciones de hipersensibilidad al fármaco que contraindiquen su uso, de las cuales la penicilina G es usada rutinariamente para infecciones durante el embarazo.

Ampicilina: es un antibiótico bactericida penicilínico semisintético, de amplio espectro y activo por vía oral; actúa inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana, uniéndose a proteínas específicas de la pared celular. No cruza la barrera placentaria y durante el embarazo es eliminada por vía urinaria dos veces más rápido, por lo que la dosis utilizada en infecciones sistémicas debe ser el doble de la que se utiliza en mujeres no embarazadas.

Está contraindicada en pacientes con alergias conocidas a penicilinas.

Amoxicilina: es un antibiótico similar a la ampicilina; actúa contra un amplio espectro de microorganismos, tanto gram positivos como gram negativos; no es estable frente a betalactamasas. Impide la correcta formación de las paredes celulares. Se absorbe rápidamente en intestino delgado y es eliminado por la orina, igual que la ampicilina. Está contraindicado en pacientes alérgicos a penicilinas. Se clasifica en la categoría B de riesgo para el embarazo; no es teratogénico; se considera fármaco seguro durante el embarazo; se puede excretar en la leche materna en pequeñas cantidades y puede producir salpullido, diarrea o superinfecciones en los lactantes.

Cefalosporinas: son antibióticos especialmente útiles para el tratamiento de infecciones en el embarazo. Todas atraviesan la barrera placentaria y su vida media puede ser más corta en el embarazo por el aumento de la filtración renal. No se han observado efectos adversos ni teratogénicos en recién nacidos. Son medicamentos de primera elección durante el embarazo, categoría «B» (Food and Drugs Administration). Existen de primera a cuarta generación.

Eritromicina: es el antibiótico de elección cuando existe alergia a las penicilinas, de uso muy seguro en el

Cuadro V. Categorías farmacológicas de riesgo fetal de antibióticos, según la FDA.

Fármaco	Categoría
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Tetraciclinas	D
Eritromicina	B
Clindamicina	B
Metronidazol	B
Estreptomina	D
Trimetoprima-sulfametoxazol	C

embarazo; es mal tolerada ya que la dosis usual produce trastornos gastrointestinales, lo que aminora su cumplimiento; suele unirse a proteínas, y por ello se alcanzan cifras bajas en el feto; debe evitarse la sal de estolato de eritromicina, ya que se ha encontrado que produce hepatotoxicidad materna.

Tetraciclinas: se depositan en los tejidos mineralizados tiñendo de color café el esmalte dentario; hay informes de hepatotoxicidad materna y fetal. El uso de las mismas durante el desarrollo dental (segunda mitad del embarazo, lactancia y niños menores de 8 años) puede causar decoloración permanente de los dientes (de gris parduzco a amarillos), sobre todo en tratamientos prolongados.

Clindamicina: pertenece al grupo de medicamentos denominados macrólidos y lincosamidas. Está indicado para el tratamiento de infecciones recurrentes causadas por gérmenes sensibles y que no responden a antibióticos de primera elección y como un tratamiento alternativo en casos de infecciones causadas por bacterias gram positivas aeróbicas en pacientes alérgicos a penicilinas; se utiliza en infecciones graves por anaerobios y también tiene actividad contra infecciones por *Chlamydia*; puede producir colitis pseudomembranosa.^{6,7}

Este fármaco atraviesa la placenta; no se ha establecido la seguridad de su uso durante el embarazo y en recién nacidos, por lo que no se recomienda durante el mismo, a no ser que su médico lo estime conveniente. También pasa a la leche materna, por lo que, durante la lactancia, debe ser utilizada solamente tras una evaluación del riesgo/beneficio por parte de su médico.

ANALGÉSICOS

Paracetamol o acetaminofeno (analgésico y antipirético de elección en el embarazo): alivia el dolor y disminuye la temperatura en caso de fiebre; a dosis terapéuticas y por corto tiempo es inocuo, atraviesa la placenta; pero su acción teratogénica no está comprobada; la sobredosis materna puede dar alteraciones renales fetales y/o necrosis hepática.

Ácido acetil-salicílico: se ha asociado con la incidencia de fisuras bucales, muerte intrauterina, retardo del

crecimiento e hipertensión pulmonar; el mecanismo propuesto para explicar estos hallazgos está relacionado con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas.

Las compañías farmacéuticas que fabrican AINES indican que estos fármacos no deben usarse durante el embarazo.

ANESTÉSICOS LOCALES

La bupivacaína, la lidocaína y la mepivacaína no causan efectos adversos en el embarazo en dosis adecuadas.

Bupivacaína: Tiene menor nivel plasmático en la sangre fetal por su unión a las proteínas plasmáticas de la sangre materna, por lo que el hígado fetal realiza un mínimo de trabajo en metabolizar este agente.

Lidocaína: Es el anestésico más utilizado en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental.⁶⁻⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz-Romero RM. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez, primera parte. *Medicina Oral Mex* 1988; 8 (6): 50-51.
2. Castellanos SJL et al. *Medicina en odontología (manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas)*. 2ª Ed. México: Manual Moderno, 2002.
3. Díaz-Romero RM, Ruiz-Durán JR. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez, segunda parte. *Medicina Oral Mex* 1989; 8 (7): 66-67.
4. Díaz-Romero RM, Ávila-Rosas H, Fragoso-Ramírez A. Gingivitis gestacional: un problema de perspectivas. *Medicina Oral Mex* 1986; Adm XLIII/5 septiembre-octubre: 200-203.
5. Díaz-Romero RM, Martínez-Sánchez C. Educación para la salud dental durante el embarazo. *Salud Pública de México Mex* 1989; 31 (4): 530-535.
6. Gómez-Clavel JF. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. *Revista de la Asociación Dental Mexicana Méx* 1999; LVI (4): 158-162.
7. Díaz R, Castro P. Granuloma Gravídico. Reporte de un caso. *Revista de la Asociación Dental Mexicana Mex* 1988; XLV (3): 127-129.
8. Díaz-Romero RM. Empleo de medicamentos durante el tratamiento estomatológico en la embarazada. *Medicina Oral Mex* 1991; 8 (8): 62-64.

Correspondencia:

CD. Melisandra G. Chávez Medrano
 Centro de Especialidades Odontológicas
 Paseo Colón s/n esquina General Felipe Ángeles
 Colonia Villa Hogar. 50170 Toluca, México.