



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

**“MANEJO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA A LA MUJER EMBARAZADA EN
LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL ÁREA DE LA
SALUD HUMANA UNL DURANTE EL PERIODO
MARZO-JULIO DEL 2015”**

Tesis previa a la obtención
del título de Odontóloga

AUTORA:

Rina Antonieta Sanmartín Narváez

DIRECTOR:

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de Tesis "**MANEJO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA MUJER EMBARAZADA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA UNL DURANTE EL PERIODO MARZO-JULIO DEL 2015**", de autoría de la señorita Rina Antonieta Sanmartín Narvárez, ha sido dirigida, revisada y aprobada, cumpliendo con las disposiciones correspondientes establecidas en el Reglamento del Régimen Académico vigente para el nivel de Pre-grado de la Universidad Nacional de Loja.

Por lo expuesto se autoriza su impresión, presentación y sustentación pública ante los organismos pertinentes

Loja, 30 de Octubre de 2015



Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Rina Antonieta Sanmartín Narvárez; declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Rina Antonieta Sanmartín Narvárez

Firma: .....

Cédula: 1105797128

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Rina Antonieta Sanmartín Narvárez autora de la tesis titulada: "**MANEJO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA A LA MUJER EMBARAZADA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA UNL DURANTE EL PERIODO MARZO-JULIO DEL 2015**".

Como requisito para optar el Grado de Odontóloga: autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, e las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 11 días del mes de noviembre del año 2015, firma la autora.

Autora: Rina Antonieta Sanmartín Narvárez

Firma: 

Cédula: 1105797128

Dirección: La Banda, Belizario Moreno y Chuquiribamba esq.

Correo Electrónico: moreodonto@hotmail.com

Celular: 0986737600

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

Presidente del tribunal: Dr. Héctor Velepucha

Vocales: Dra. Claudia Alexandra Gómez Córdova

Dr. Cristian Fernando Palacio Mendieta

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada con todo el cariño del mundo en primer lugar a Dios por haberme dado la vida y a la Virgen Santísima del Cisne por brindarme la fortaleza para superar los obstáculos que se me han presentado en el camino para conseguir mis objetivos.

A la persona que me enseñó a ser quien soy, por la cual estoy aquí culminando mi meta, la que nunca se separó de mí en ningún instante, aquella que siempre me brindó su apoyo incondicional, quien ha sido el soporte de mi vida, mi madre Rina Narváez, por hacer de mí una mejor persona, por brindarme los recursos necesarios para mi desarrollo profesional, por alegrar mi vida con su amor infinito, este logro es tuyo.

A mi padre José Sanmartín, quien fomentó en mí los valores que me llevaron por el buen camino hasta poder cumplir esta ansiada meta, brindándome de una u otra manera su apoyo siempre.

A toda mi familia mis hermanos José, Ricardo y Mónica quienes confiaron en mí y siempre me alentaron a seguir adelante, a mis tíos, a mis sobrinos, a mi novio por su apoyo incondicional durante todo el transcurso de mi carrera, a mis amigos, y personas en general que de alguna manera contribuyeron para la realización de este trabajo.

RINA

AGRADECIMIENTO

Expreso mis sinceros agradecimientos a las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, a todos los docentes que forman parte de la Carrera de Odontología, por medio de los cuales recibí la formación y preparación, que me ha permitido acceder al título de Odontóloga, los mismos que merecen nuestro reconocimiento y gratitud, por su destacada labor en nuestra formación académica. De manera especial al Dr. Richard O. Jiménez Mg. Sc. director de tesis, quien con sus enseñanzas y experiencia profesional, orientó y dirigió el presente trabajo durante el proceso investigativo.

A las mujeres embarazadas que acudieron a la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana las mismas que desinteresadamente me brindaron la información necesaria para el desarrollo del presente trabajo de investigación mediante las encuestas aplicadas.

Así como también mi agradecimiento a mis compañeros de octavo y décimo módulo, quienes con la mayor predisposición contribuyeron con su aporte al desarrollo de esta investigación.

LA AUTORA

a) TÍTULO

“MANEJO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA MUJER EMBARAZADA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA UNL DURANTE EL PERIODO MARZO-JULIO DEL 2015”

b) RESUMEN

El propósito de este trabajo fue determinar el manejo de Protocolos de Atención Odontológica a la mujer embarazada en la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana UNL durante el periodo marzo-julio del 2015. Métodos: para lograr el objetivo se realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, mediante encuestas elaboradas y validadas se determinó el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de los últimos años de la carrera de odontología sobre el manejo odontológico de la paciente gestante, así como también se evaluó el grado de conocimiento de las pacientes embarazadas que acudieron a la Clínica Odontológica sobre los riesgos a los que se exponen durante la atención odontológica si no son tratadas adecuadamente. Resultados: Participaron 69 alumnos de los módulos octavo y décimo de la Carrera de Odontología, módulos en los que se determinó que su nivel de conocimiento acerca del manejo de protocolos de atención odontológica para las mujeres embarazadas fue regular debido a que la mayoría de estudiantes a pesar de conocer lo que es un Protocolo no lo utilizan al momento de prestar atención a las pacientes gestantes por lo que desconocen aspectos como cambios fisiológicos, empleo de medicamentos y el tratamiento odontológico adecuado que se debe emplear en las mujeres en estado de gestación. En cuanto al segundo grupo de estudio correspondiente a las mujeres embarazadas, fueron 6 las participantes en este trabajo investigativo quienes desconocen los riesgos que corren al momento de ser atendidas sin aplicar un protocolo específico.

Al término de la presente investigación se concluye que: Los Protocolos de Atención Odontológica para la mujer embarazada son necesarios e indispensables para los estudiantes de la Carrera de Odontología, por lo que se debe priorizar el cuidado de dicha paciente durante este periodo, aplicando con certeza los diversos métodos para la realización del procedimiento dentro de la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana.

Palabras clave: conocimiento, embarazo, protocolo, tratamiento odontológico.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine management protocols Dental Care for pregnant women in the Dental Clinic of the Department of Human Health UNL during the period from March to July 2015. Methods: to achieve the goal of such a study was conducted Cross-sectional and developed and validated surveys by the level of knowledge among students of the last years of the career of dentistry on the dental management of the pregnant patient was determined and the degree of knowledge of pregnant patients was also assessed that They attended the dental clinic on the risks they are exposed for dental care if they are not properly treated. Results: A total of 69 students from eight modules and tenth of the School of Dentistry, modules in which it was determined that the level of knowledge about management protocols dental care for pregnant women was fair because most students Despite knowing what a Protocol use the time to pay attention to pregnant patients because they ignore aspects such as physiological changes, use of medicines, and appropriate dental treatment to be used in women in gestation. As for the second group corresponding to pregnant women study were 6 participants in this research work who know the risks when being served without applying a specific protocol.

Upon completion of this investigation it concludes that: The Protocols of dental care for pregnant women are essential for students of the School of Dentistry, which should prioritize the care of that patient during this period, applying certain the various methods for implementing the process within the Dental Clinic of the Department of Human Health.

Keywords: knowledge, pregnancy, protocol, dental treatment.

c) INTRODUCCIÓN

En la actualidad se hace imprescindible el análisis de los problemas de salud integralmente. Tener en consideración este concepto nos permite hacer hincapié en la atención odontológica de la paciente gestante, pues suceden cambios bucales dependientes de los que ocurren en su organismo y que son resultado de un conjunto de factores que influyen en su salud bucal.

El presente trabajo se desarrolló teniendo como propósito identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes que realizan sus prácticas en la Clínica Odontológica acerca del manejo de los Protocolos de Atención Odontológica a las mujeres embarazadas. Así como también determinar el nivel de conocimiento de la mujer embarazada sobre los posibles riesgos a los que está expuesta en la atención odontológica al presentar patologías bucodentales. Y finalmente implementar un Protocolo de Atención Odontológica a la mujer embarazada para el manejo en la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Mediante la aplicación de encuestas dirigidas a los estudiantes y mujeres gestantes que participaron en la investigación se recolectó la información para dar respuesta a los primeros objetivos del presente trabajo investigativo; determinando que los estudiantes del octavo módulo en un 64.1% y los alumnos del décimo en un 50% tienen conocimiento de lo que es un Protocolo de Atención Odontológica para la mujer embarazada; asimismo, el 69,2% de estudiantes de octavo, el 66,7% del décimo no se basan en ningún protocolo o programa específico para atender las mujeres gestantes. De las pacientes embarazadas que acudieron a la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana, se determinó que el 100% conoce que el tratamiento odontológico es de suma importancia durante su periodo ya que de esta manera evitarían molestias y mantendrían su salud bucal íntegra así como la salud de su bebé; sin embargo al hablar de los riesgos que implica la presencia de enfermedades bucales durante su periodo de embarazo el conocimiento fue nulo.

Concluyendo que la mayoría de estudiantes de los últimos años de Odontología, a pesar de conocer los diversos Protocolos de Atención Odontológica para la mujer embarazada; no aplican de manera oportuna los mismos y por consiguiente, esto genera un sinnúmero de dificultades al momento de proceder con el manejo de la paciente.

Considerando de esta manera que los Protocolos de Atención Odontológica son necesarios e indispensables para la mujer embarazada, por lo que se debe priorizar el cuidado de ella durante este período, aplicando con certeza los diversos métodos para la realización del procedimiento dentro de la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana.

Finalmente en el presente estudio se desarrolló un Protocolo de Atención Odontológica para las mujeres embarazadas, que ayudará a la capacitación de los futuros profesionales en Odontología en su práctica cotidiana que incluye el conocimiento e identificación de estados fisiológicos especiales como el embarazo, que determina variaciones en el tratamiento médico y la administración de fármacos.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

1. EL EMBARAZO

La gestación o embarazo, es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se inicia en el momento, de la anidación y termina con el parto. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

1.1 Generalidades

Existen estados fisiológicos especiales que no implican un estado patológico en la vida de la persona; sin embargo, bajo dicha condición, el organismo reacciona temporalmente de manera distinta ante situaciones como son su propia biología, el tratamiento médico o dental y la administración de fármacos. Bajo estas condiciones se observan cambios biológicos, descompensaciones hormonales y reacciones psicológicas que van a influir de manera directa sobre el plan de tratamiento odontológico, de estos estados especiales, sin duda uno de los más representativos es el embarazo. (CASTELLANOS, 2002)

De acuerdo a esto el embarazo no debe ser considerado como una enfermedad ya que se trata de un estado fisiológico de la mujer, indispensable para la preservación de la raza humana.

Es un estado natural, pero sumamente delicado ya que el futuro ser se encuentra en formación, por lo que cualquier tratamiento que se aplique a la madre puede traer como consecuencia alteraciones en el desarrollo del mismo. Es por ello que siendo la gestante una persona de atención prioritaria desde el punto de vista estomatológico, el odontólogo debe estar capacitado en el

manejo óptimo de la situación para de esta manera garantizar el bienestar de la madre y del feto en desarrollo. (TREQUATTRINI, IRENE, 2009)

El embarazo es una etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los de mayor importancia. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, y de esta manera saber a qué atenerse.

1.2 Etapas del embarazo

El periodo gestacional es el lapso comprendido desde la concepción o fecundación hasta el parto, en el humano tiene una duración de aproximadamente 40 semanas o 280 días. Por lo tanto el embarazo comprende tres trimestres.

a. Primer trimestre de gestación

Abarca desde la fecundación hasta la doceava semana de gestación.

Desde la tercera hasta la octava semana de desarrollo tiene lugar la etapa denominada **período embrionario** o periodo de organogénesis, en la que cada una de las tres hojas germinativas, ectodermo, mesodermo y endodermo, dan origen a varios tejidos y órganos específicos. Hacia el final del periodo embrionario se han establecido ya los sistemas orgánicos principales y hacia el final del segundo mes son reconocibles los principales caracteres morfológicos del cuerpo. (LANGMAN, 2007)

En el primer trimestre se presentaran algunos trastornos como fatiga, náuseas, vómito y sensación de hormigueo de las glándulas mamarias; a nivel odontológico es la época de aparición de granuloma piógenos gingivales (Tumores del embarazo) y agravamiento de gingivitis y periodontitis preexistentes.

b. Segundo trimestre de gestación

Es aquel periodo que se extiende desde la semana 13 a la semana 28. Se caracteriza por la maduración de los tejidos y órganos y el rápido crecimiento del cuerpo.

Durante el segundo trimestre se agranda la parte inferior del abdomen para dar cabida al feto que está creciendo, las glándulas mamarias aumentan de volumen preparándose para la lactancia. En este periodo es importante vigilar de manera estrecha el protocolo de higiene oral. Pues quizás sea necesario reforzarlo ante los cambios hormonales que tienen repercusión directa en la salud periodontal.

c. Tercer trimestre de gestación

El tercer trimestre abarca desde la semana 29 hasta la semana 40; muchas mujeres tienen dificultades para respirar y tienen que ir al baño con más frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo y ejerce más presión sobre sus órganos. Este periodo se caracteriza por la ganancia de talla y peso del feto. Es frecuente también observar cierta depresión y fatiga en la gestante, lo que puede dar lugar a una paciente dental poco colaboradora.

1.3 Cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo

En principio, la condición femenina garantiza la tolerancia a los cambios funcionales de la gestación, como producto de las adaptaciones evolutivas para garantizar la procreación. Todos los sistemas participan de manera complementaria y con funciones que redundan en los logros. La tolerancia a los cambios fisiológicos es variable entre las personas y las diferentes épocas de la gestación, pero pueden influir para ello la edad, la preparación emocional, psicológica y afectiva, la preexistencia de problemas médicos o de comportamiento, entre otros.

Es importante detectar las características individuales e identificar los signos o síntomas que corresponden a un proceso mórbido y no a la condición funcional de la gestación. (UZANDIZAGA, 2011)

Dentro de los cambios a nivel fisiológico se pueden mencionar los siguientes:

a) Alteraciones del sistema cardiovascular

Entre los muchos cambios que presenta la mujer embarazada, el aumento del gasto cardiaco entre un 30% y un 50%, así como el subsecuente aumento en la frecuencia cardiaca del 20 al 30%, son el resultado del aumento del volumen sanguíneo circulante. Es completamente normal que la paciente embarazada en reposo tenga taquicardia.

Este aumento en el volumen sanguíneo circulante, combinado con una disminución de la resistencia vascular periférica, ocasionada por la circulación de progesterona, prostaglandinas y óxido nítrico, son los responsables del edema frecuente (sobre todo en extremidades) que ocasionalmente presenta la mujer embarazada.

Una disminución de la presión sanguínea y del gasto cardiaco pueden ocurrir durante el segundo y el tercer trimestre cuando la paciente se recuesta en posición supina por completo. Esto es la respuesta a una disminución del retorno venoso (hasta del 15%) que ocasiona la presión del bebé sobre la vena cava. De continuar esto, puede llevar a la paciente a cursar con hipotensión severa, bradicardia y síncope.

Aunque no todas las pacientes presentan esta sintomatología, esto puede evitarse al inclinar a la paciente entre 5 y 10° hacia el lado izquierdo, evitando la hipotensión supina. Para esto podemos ayudarnos de un pequeño cojín que se coloque en la región lumbar del lado derecho de la paciente.

La **hipertensión arterial** es el padecimiento más común que sucede durante el embarazo que está asociado con efectos adversos maternos y perinatales. Durante el segundo trimestre es normal encontrar a la paciente con ligera hipotensión, y en el tercer trimestre, con hipertensión arterial. Esto resalta la importancia de realizar la toma de la presión arterial antes de cualquier procedimiento odontológico y, en caso de encontrar alteración, realizar interconsulta con el gineco-obstetra tratante.

En caso de que se presente preclampsia, debe realizarse una vigilancia obstétrica cercana de los signos maternos-fetales, ya que la presencia temprana de preclampsia predispone a una posterior hipertensión crónica y enfermedad cardiovascular.

La toma de la presión arterial en la mujer embarazada, antes de cualquier consulta médico odontológica, es una medida sencilla que puede prevenir dichas complicaciones.

b) Cambios hematológicos

Debido a la demanda que significa el embarazo, el plasma materno y el volumen de eritrocitos incrementa el volumen sanguíneo de la madre. Este puede aumentar entre un 25% y 50%, y la cantidad de células rojas en un 20% en comparación con una mujer no embarazada. Este importante incremento en el plasma, que llega al máximo alrededor de la semana 30 de gestación, ocasiona una “dilución” de las células sanguíneas, provocando una anemia fisiológica o anemia dilucional.

Además de las células rojas, hay un incremento normal de los leucocitos. Este incremento en las células del sistema inmune permitirá una respuesta más efectiva ante cualquier proceso infeccioso, por lo que encontrar leucocitosis (entre 5000 y 1000) en una mujer embarazada se considera normal, cifras que en una mujer no embarazada correspondería a una infección.

Este incremento del volumen sanguíneo y celular previene a la madre de una importante pérdida sanguínea durante el parto. El porcentaje ideal del hematocrito durante el embarazo es entre el 30% y 40%.

Otro cambio importante durante el embarazo es el incremento de la cantidad de los factores de coagulación. Esto predispone a la paciente a padecer tromboembolia, ya que se cursa con un estado temporal de hipercoagulabilidad; es por ello que sólo en circunstancias especiales, evaluadas por el obstetra encargado, deberá administrarse anticoagulante.

c) Cambios en el sistema respiratorio

La mujer embarazada frecuentemente cursa con hiperventilación. Aunque puede iniciarse en el primer trimestre, hasta el 45% de las mujeres experimentan este síntoma hacia el final del embarazo. Esto es resultado del efecto postural y la mencionada opresión del bebé y desplazamiento pulmonar por el útero. En consecuencia, es normal encontrar un estado de una leve alcalosis respiratoria y alteraciones en un análisis respiratorio por gasometría.

Entre los cambios normales que ocurren durante el embarazo están: reducción de la capacidad residual, incremento de la diferencia de oxigenación alveolar y en posición supina menor gasto cardiaco. Estos cambios pueden ocasionar desaturación durante el sueño. A pesar de ello, los estudios no han encontrado niveles significativos entre las últimas semanas de gestación y el periodo posparto.

El síntoma más común es la dificultad respiratoria, la cual se presenta a mediados del segundo trimestre y afecta al 75% de las mujeres durante la semana 30, como resultado del desplazamiento superior de hasta 4cm del diafragma y el incremento del diámetro transversal del tórax y de la circunferencia del pecho; se incrementa además la capacidad vital hasta en un 40%, por lo que al desplazarse el diafragma se reduce la capacidad pulmonar residual hasta en un 20%.

Como resultado final, la mujer en estado de gestación consume hasta un 15% más de oxígeno que la mujer no embarazada.

d) Cambios en el sistema gastrointestinal

Algunos de los cambios fisiológicos que podemos encontrar son: desplazamiento de su localización anatómica de órganos como el estómago, intestino delgado y porciones móviles del colon (incluido el apéndice), debido al agrandamiento del útero a medida que avanza la gestación, lo que altera determinados hallazgos físicos en algunas enfermedades. También se presenta alteración de la motilidad intestinal que cursa con un enlentecimiento

del vaciamiento gástrico (lo que explica la rápida sensación de saciedad al alimentarse) y el tránsito intestinal como resultado de factores mecánicos y hormonales (acción de la progesterona y niveles más bajos de motilina).

Además es frecuente que se produzca la alteración de la función del esfínter esofágico inferior disminuyendo su tono, junto con la posición alterada del estómago y el enlentecimiento de las ondas del peristaltismo esofágico lo que contribuye a la aparición de pirosis en la gestante.

La disminución de la acidez gástrica es otra de las alteraciones que puede presentar una mujer durante su periodo de gestación; así también se encuentra la afectación de los mecanismos de absorción intestinal causando el incremento en la absorción de agua y sodio en el colon que junto a la disminución de la motilidad, lleva a la frecuente presencia de estreñimiento en las embarazadas.

Por otro lado es muy común la presencia de hemorroides, producidas por constipación y presión elevada de los plexos hemorroidales debido igualmente al agrandamiento uterino.

e) Cambios en el sistema genitourinario

Durante el embarazo aumenta la frecuencia urinaria (polaquiuria) que a menudo se acompaña de nicturia (mayor frecuencia urinaria nocturna) particularmente cuando existe compresión sobre la vejiga, como ocurre en el 1º trimestre (cuando el útero agrandado es aún intrapélvico) y en el último (cuando la cabeza fetal comprime la vejiga).

La relajación de la musculatura lisa de las vías urinarias, conjuntamente con la compresión mecánica inducen a estasis urinaria, por lo cual son comunes las infecciones urinarias.

Entre estos cambios también se observa un aumento del flujo plasmático renal y del filtrado glomerular (FG). La elevación del FG (que se incrementa hasta un 50 % en la 2º mitad del embarazo) aumenta la depuración de urea, ácido úrico y creatinina.

Al principio también aumenta la filtración de agua y sodio, pero luego decae en forma progresiva, alcanzando valores por debajo de lo normal al final del embarazo.

La reabsorción tubular de agua, sodio y glucosa aumentan. En general, la función renal es menor en decúbito dorsal y en posición de pie que en decúbito lateral, debido a la obstrucción uretral y de la vena cava que se produce en aquellas posiciones.

En la orina aumentan los aminoácidos y la creatinina; disminuyen los cloruros, el nitrógeno no proteico y la urea por lo que puede haber proteinuria de hasta 100mg%.

Al aumentar hasta en 6L los fluidos durante el embarazo (de éstos, 1200ml en el plasma), existe un cambio en la osmolaridad sérica y como mecanismo compensatorio, el organismo promueve la reabsorción de sodio (hasta de 950mg) lo que acarrea más líquido y explica el frecuente edema en extremidades.

f) Cambios en el metabolismo

La principal alteración metabólica se da durante la semana 26 de gestación que corresponde al incremento sérico de glucosa pudiendo sobrepasar los límites normales y conducir a la mujer a una diabetes gestacional. Cuando se identifica de forma temprana, por medio de análisis de rutina, puede controlarse sólo con dieta y, en caso de no ser así, puede necesitarse de insulina subcutánea. La monitorización cercana permite que la mujer se mantenga dentro de niveles normales, lo que minimiza no sólo los riesgos vasculares e infecciosos, sino que la mujer será menos propensa a desarrollar diabetes tipo 2 después del embarazo.

Tanto durante el embarazo como durante la lactancia existe una demanda de calcio (y de otros nutrientes y minerales) para proveer al feto y al neonato, por lo que la mujer pierde en promedio de 300 a 400 mg de calcio a través de la

leche materna, y esta demanda se obtiene de una pérdida del 5 al 10% de reserva esquelética durante los seis meses de lactancia. Sin embargo es importante mencionar que esta disminución cálcica es completamente reemplazada en los siguientes meses, de tal forma que no existe una deficiencia a largo plazo. (LICEÁGA, 2011)

1.4 Periodos críticos

El periodo más sensible para la inducción de defectos congénitos es de la tercera a la octava semana de la gestación (Primer trimestre) es decir el periodo de embriogénesis. Cada sistema orgánico puede tener una etapa o más de susceptibilidad, tomando en cuenta que si bien la mayoría de las anomalías se originan durante el periodo de embriogénesis, antes o después de esta etapa pueden producirse defectos, de manera que ningún periodo de desarrollo es completamente seguro. (TREQUATTRINI, IRENE, 2009)

En el segundo y tercer trimestre disminuye el riesgo de teratogenicidad, aunque ciertos medicamentos pueden interferir en este momento. Por ejemplo las Tetraciclinas.

El aborto espontáneo es la terminación natural de la gestación antes de la semana 20. Se produce en el 10 – 20% de todos los embarazos, dentro de los factores que podrían provocarlos se encuentran las radiaciones ionizantes, ciertos fármacos y productos químicos, así como el estrés. Además, es conocido que las enfermedades febriles y la sepsis pueden precipitar el aborto; por ello, es aconsejable un rápido tratamiento de las infecciones.

1.5 El embarazo y la odontología

El embarazo representa una situación fisiológica especial que involucra a dos organismos: la madre y el feto. Por lo tanto, en la práctica diaria ante una paciente embarazada debemos actuar teniendo en cuenta a ambos individuos y muy especialmente al feto.

Es frecuente observar cierto miedo hacia el tratamiento odontológico, tanto por parte de la paciente embarazada que sufre por la salud de su hijo, como por el odontólogo que puede temer las posibles influencias que el tratamiento puede tener sobre el feto y sus correspondientes repercusiones legales. A pesar de todo, el embarazo no deberá constituir nunca una contraindicación del tratamiento odontológico, especialmente cuando exista una urgencia, ya que parece ser que podría existir una relación entre la diseminación sistémica de un proceso infeccioso y la aparición de un parto prematuro o un aborto espontáneo. De hecho, la mujer embarazada requiere unos cuidados bucodentales mayores que los de la población general, sobre todo en lo referente a la odontología preventiva. (BUENO, 1997)

1.5.1 *Importancia del control odontológico.* La atención odontológica de la mujer embarazada es de suma importancia y necesidad ya que no solo nos va a garantizar el desarrollo óptimo del periodo de gestación si no el buen desarrollo y mantenimiento de la salud bucal del futuro bebé, por lo que los profesionales del área de la odontología deben de dejar a un lado el temor que les infunde la atención a la mujer embarazada por los posibles daños que con los procedimientos o fármacos realizados se puedan causar al feto y manejar perfectamente las características especiales que giran alrededor del tratamiento odontológico de gestante con el fin de brindar una buena atención bajo un gran nivel de seguridad

1.5.2 *Manifestaciones bucales durante el embarazo.* El embarazo constituye una condición sistémica particular que tiende a modificar las condiciones bucodentales. El diente y los tejidos de soporte y sostén, la mucosa bucal entre otros, constituyen blancos directos que pueden afectarse por este motivo.(M., 2003)

A) Efecto del embarazo sobre el diente

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que ésta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo,

estudios realizados han demostrado que a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida.

Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. De esta manera, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar que los requerimientos de este elemento están aumentados en el 33% en comparación con mujeres no gestantes.

Para entender la predisposición a la caries dental durante el período que se analiza, debemos conocer la etiología de esta enfermedad.

La primera etapa en el desarrollo de la caries es el depósito, también denominado placa bacteriana, una película de productos precipitados de saliva y alimentos en los dientes constituida también por un gran número de bacterias disponibles fácilmente para provocar la caries dental principalmente el *Streptococo Mutans*. Sin embargo, esta bacteria depende en gran parte de los hidratos de carbono o azúcares para su alimento. A partir de este sustrato, las bacterias producen ácidos, en particular el ácido láctico y enzimas proteolíticas. Los ácidos son la causa principal de la caries, porque las sales de calcio de los dientes se disuelven lentamente en un medio ácido, y una vez que se han absorbido, la matriz orgánica restante es digerida rápidamente por las enzimas proteolíticas. Cada vez que se ingiere azúcar, los ácidos atacan el esmalte dentario por un tiempo aproximado de 20 minutos, por lo que el ataque ácido es proporcional al tiempo que haya presencia de azúcar, lo que explica que es la frecuencia y no la cantidad de azúcar ingerida lo que provoca la caries dental.

La mujer durante el estado de gestación está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer la caries dental. Los cambios en la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, constituyen factores capaces de producirla.

Durante este período, la composición salival se ve alterada, disminuye el pH salival y la capacidad buffer, y se afecta la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal favorable para el desarrollo de éstas al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones.

Los cambios en los hábitos alimenticios son evidentes, la dieta cariogénica en alta frecuencia comienza a cobrar un papel principal en relación con los restos alimenticios, lo que constituye el sustrato para la bacteria. Unido con esto, se presenta la deficiencia del cepillado por dos motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y porque la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado, todo lo cual contribuye a la acumulación de placa bacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie del diente.

Es por ello que con todos estos factores interactuando entre sí, la caries dental logra establecerse una vez establecida se requiere de un tratamiento curativo, que no debe verse solo desde el punto de vista maternal, sino también a partir de las consecuencias que puede tener para el futuro bebé. Ya que existen estudios en donde se ha demostrado que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no han recibido ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal.

Este resultado demuestra que el tratamiento dental durante el embarazo puede afectar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes a través de la vía placentaria.

B) Efecto sobre los tejidos de soporte y protección del diente

La principal afectación que suele presentar una mujer embarazada es la gingivitis gravídica que generalmente aparece en un 50- 100%; ésta es debida a las variaciones hormonales que acompañan al embarazo, asociadas a una serie de factores locales. Los estrógenos y progesterona producen un aumento de la vascularización de la encía, una proliferación capilar y un aumento de la permeabilidad que se traduce en una mayor susceptibilidad de los tejidos frente

a los irritantes locales. Entendiendo como irritantes locales a la placa bacteriana, cálculo, caries no tratadas, mala higiene bucal, etc.

Las alteraciones gingivales aparecen a menudo en el segundo mes de gestación y suelen ser de mayor intensidad durante el octavo mes, después de esto empiezan a decrecer para disminuir bruscamente con el parto. Por lo regular son los grupos dentarios anteriores los más afectados; clínicamente se caracteriza por un color «rojo encendido» de la encía marginal y de las papilas interdentes, el tejido está edematoso, con una textura superficial lisa y brillante, y con tendencia a sangrar fácilmente.

También podremos apreciar alteraciones periodontales, que serán más marcadas si previo al embarazo existía ya una enfermedad de este tipo. Detectaremos en muchos casos una movilidad dentaria generalizada que suele remitir tras el parto; esta movilidad probablemente esté asociada al grado de enfermedad periodontal y de desmineralización de los procesos alveolares (debido a que el calcio puede ser extraído del hueso materno para cubrir las necesidades fetales). Sin embargo en raras ocasiones se producirá un cuadro grave de reabsorción alveolar con intensa movilidad y pérdida dentaria.

Granuloma gravídico

Una entidad patológica propia del embarazo es el granuloma gravídico, que aparecerá en el 0'5-5% de las gestantes, siendo histológicamente similar a un granuloma piógeno y de ahí su nombre. El granuloma del embarazo aparece alrededor del segundo trimestre, creciendo durante todo el embarazo y regresando generalmente después del parto. Se observa con mayor frecuencia en las papilas interdentes de la región anterior del maxilar superior. Clínicamente se caracteriza por la presencia de tumores, generalmente únicos, pedunculados o sésiles, de un color rojo púrpura o azulado y asintomático.

Presenta una gran facilidad para la hemorragia, debido a la friabilidad de su superficie, y rara vez se asocia a reabsorción del hueso subyacente. Ante su presencia deberá mantenerse una conducta expectante, posponiendo el tratamiento para después del parto debido a que:

1. La mayoría remiten tras el parto o disminuyen de tamaño, con lo cual se evita o facilita su escisión quirúrgica.
2. Presentan una elevada tendencia a la recidiva. Sólo en los casos en los que se observe un sangrado persistente de la lesión, ulceración o impedimento de las funciones bucales estará indicada su exéresis quirúrgica. Teniendo en cuenta que existe un riesgo de hemorragia, el abordaje quirúrgico deberá ser con bisturí convencional y electrocoagulación, electrobisturí o láser de CO₂ para conseguir una adecuada hemostasia.

C) Relación de la enfermedad periodontal con el parto prematuro y bajo peso al nacer

En la actualidad, tanto en naciones desarrolladas como del tercer mundo, el bajo peso al nacer tiene un tremendo impacto en el sistema de salud. Esto propicia la búsqueda de factores de riesgo y su control para la prevención de este problema.

La enfermedad periodontal está surgiendo como un factor de riesgo en la relación con el parto pretérmino y el bajo peso al nacer debido a que los mecanismos postulados incluyen traslocación de microorganismos patógenos periodontalmente a la unidad placentaria y la acción de un depósito periodontal de lipopolisacáridos impulsor de mediadores inflamatorios.

Se piensa que este problema radica en que las infecciones maternas (entre ellas las alteraciones bacteriológicas periodontales), producen una perturbación en la gestación regulada por hormonas, lo que provoca la ruptura prematura de las membranas. El estado clínico periodontal y bacteriológico maternal, así como los perfiles inmunológicos relacionados con la enfermedad periodontal, se han asociado con el riesgo de bajo peso y parto pretérmino, y con el tratamiento de dicha afección se ha reducido éste.

D) Otras afectaciones bucales

La mucosa bucal puede verse afectada en el embarazo. Una de las causas de tal afectación pueden ser los vómitos que se producen en el primer trimestre,

los cuales actúan como irritante local, y se manifiestan en un eritema de la mucosa más o menos marcado, que puede dar sensación de quemazón. Pueden observarse además edemas de la mucosa bucal y estomatitis hemorrágicas.

Por otra parte, los alimentos suplementarios que necesita la madre durante el embarazo para satisfacer las necesidades del feto y de las membranas fetales, incluyen en especial cantidades extra de calcio, fósforo, proteínas y vitaminas, fundamentalmente C y D. El feto en desarrollo utiliza en prioridad muchos elementos nutritivos de los líquidos tisulares maternos y siguen creciendo muchas partes del feto aun cuando la madre no reciba alimentos suficientes. Si la alimentación materna no contiene los elementos nutritivos necesarios, la madre puede sufrir durante el embarazo cierto número de carencias. A menudo las hay de hierro y vitaminas. En relación con el hierro, la madre necesita formar su propia hemoglobina y producir el hierro para la hemoglobina fetal, por lo que la anemia por déficit de hierro es uno de los estados carenciales más frecuentes durante esta etapa, que produce palidez de la mucosa bucal para la madre y afecta también al feto.

Las avitaminosis constituyen otro estado carencial que puede afectar a la embarazada. El feto necesita tantas vitaminas como el adulto, a veces mucho más, por lo que la madre debería ingerirlas en cantidades suficientes, pues de lo contrario, se manifestarían estas carencias. Las vitaminas del complejo B, específicamente la B2 y B3 y la vitamina C, son las que cuando se encuentran en bajos niveles producen manifestaciones bucales como queilitis, glositis en el caso del complejo B y en el caso de la vitamina C que provocan encías inflamadas y sangrantes. (M., 2003)

1.5.3 Prevención de patologías bucodentales. Según (CASTELLANOS, 2002) un protocolo preventivo para lograr o mantener la salud oral debe incluir los siguientes rubros:

- a) La paciente debe entender el concepto de prevención y comprometerse con un programa de control personal de placa bacteriana. Nunca será suficiente hacer destacar la importancia del uso de técnicas adecuadas de cepillado e hilo dental para el control de la placa dentobacteriana.

- b) No es recomendable en todos los casos la administración de fluoruros por vía oral en la paciente gestante, por el hecho de que no está comprobada de manera absoluta su efectividad en los dientes del niño. Además puede ser contraproducente el empleo de este fármaco en las poblaciones en las que el agua de consumo tiene flúor.
- c) Los depósitos de cálculo supra y subgingivales deben ser eliminados de la boca de la gestante o futura madre que ha programado embarazarse.
- d) Debe vigilarse la dieta de la paciente embarazada, procurando disminuir el consumo de azúcares.
- e) Es necesario eliminar todas las lesiones cariosas nuevas y reemplazar todas las restauraciones defectuosas.

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

El establecimiento de un estado de salud oral debe ser rigurosamente buscado antes del embarazo, dado que el ginecólogo maneja mujeres que anticipadamente manifiestan su intención de embarazarse. (CASTELLANOS, 2002)

CAPÍTULO II

2. ATENCIÓN AL USUARIO

De acuerdo a la (OMS) La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

2.1 Eficiencia, calidad y calidez en la atención

A) Eficiencia

En términos generales, la palabra eficiencia hace referencia a los recursos empleados y los resultados obtenidos. Por ello, es una capacidad o cualidad muy apreciada por empresas u organizaciones debido a que en la práctica todo lo que éstas hacen tiene como propósito alcanzar metas u objetivos, con recursos (humanos, financieros, tecnológicos, físicos, de conocimientos, etc.) limitados y (en muchos casos) en situaciones complejas y muy competitivas.

La **eficiencia** muestra la profesionalidad de una persona competente que cumple con su deber de una forma asertiva realizando una labor impecable.

B) Calidad

Calidad de Servicio es un concepto que deriva de la propia definición de Calidad, entendida como satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente o, expresado en palabras de J. M. Juran, como **aptitud de uso**.

La calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del producto o servicio superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana mostrando cierto interés por parte de la empresa a mantener la satisfacción del cliente.

C) Calidez

Representa el trato que recibe un cliente por parte de la persona que lo atiende. Un trato amable, la buena predisposición para escucharlo y entender sus problemas o inquietudes, en definitiva, el hacerlo sentir “en casa”.

La calidez se refiere a la cordialidad, al afecto humano. Una persona cálida, se reconoce a millas de distancia, usualmente son aquellos con gran carisma y queridos por muchas personas.

Dentro del código de ética de la Presidencia de la República en el capítulo IV sobre: eficiencia, eficacia y liderazgo; es importante citar los siguientes Artículos.

Art. 33 EFECTIVIDAD: Las servidoras y servidores deberán cumplir sus funciones con eficiencia y eficacia, usando sus capacidades, competencias y los recursos asignados para alcanzar los objetivos institucionales, buscando la superación y satisfacción personal, institucional y de la del pueblo ecuatoriano.

Art. 36 CALIDAD Y CALIDEZ: Las servidoras y servidores de la Presidencia de la República mantendrán una buena aptitud para satisfacer los requerimientos y necesidades en la prestación del servicio público, guardando la cordialidad y cortesía en la atención.

2.2 Pautas para el manejo odontológico de la mujer embarazada

Debido a que se le considera un estado definido como fisiológico, el embarazo en ocasiones implica algunos problemas en el tratamiento odontológico, por lo cual es importante que el dentista conozca los cambios que se presentan en la mujer embarazada y el impacto que estos puedan tener sobre el manejo oral.

Aun cuando la mayor parte de los procedimientos dentales pueden llevarse a cabo con seguridad durante el embarazo, el diseño del plan de tratamiento debe contemplarse desde los aspectos:

- ❖ Para el feto: debe encaminarse a evitar:
 - Hipoxia fetal
 - El desarrollo de alteraciones teratogénicas
 - Un trabajo de parto prematuro o
 - Un aborto.

❖ Para la madre: debe enfatizar en:

- Actividades preventivas sistémicas y orales
- Seleccionar el momento apropiado para realizar tratamientos electivos.
 - Planear bien los alcances del tratamiento y evitar situaciones que alteren el curso el embarazo. (CASTELLANOS, 2002)

2.3 Programación del tratamiento según los trimestres de embarazo

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.

«Para el odontólogo, la mujer embarazada no debe ser una paciente distinta, pero sí una paciente especial».

La mayoría de los autores aconsejan seguir unas pautas de tratamiento en función de lo avanzado que esté el embarazo:

- En el **PRIMER TRIMESTRE** sólo se realizarán tratamientos de urgencia, no debiéndose proceder a tratamientos de rutina. Esto es debido a que, durante este período, tiene lugar la organogénesis y podríamos influir en ella provocando malformaciones o la interrupción de la gestación.

- Para algunos autores el **SEGUNDO TRIMESTRE** sería el período seguro para llevar a cabo el tratamiento odontológico, limitándonos tan sólo a realizar aquellos procedimientos más simples y dejando las grandes reconstrucciones y cirugía significativa para después del parto. A pesar de estas opiniones, si el embarazo ha transcurrido con normalidad y la paciente no refiere haber sufrido ningún aborto espontáneo en embarazos anteriores, el segundo trimestre será el momento ideal para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento dental, ya que el desarrollo de los órganos fetales está completado y la paciente todavía está cómoda pudiendo ser reclinada en el sillón dental a conveniencia del odontólogo.

- Durante el **TERCER TRIMESTRE** aconsejan limitarnos de nuevo a realizar tan sólo tratamientos de urgencia. Ahora bien, en algunas pacientes, del sexto

al noveno mes del embarazo sería todavía un buen momento para realizar un tratamiento dental rutinario, aunque a partir de la segunda mitad del tercer trimestre el aumento del volumen abdominal provocará una incomodidad notable de la madre. Si fuera necesario realizar algún tratamiento en este momento, deberemos llevar a cabo citas cortas y con la paciente en posición semisentada, para evitar complicaciones como el síndrome de hipotensión supina y disnea.

Durante el último mes existe un mayor riesgo de provocar un parto prematuro. Por lo tanto, deberemos tomar las máximas precauciones durante el noveno mes de gestación y especialmente en las dos últimas semanas del embarazo.(BUENO, 1997)

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA PACIENTE EMBARAZADA, POR TRIMESTRE		
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Control de placa	Control de placa	Control de placa
Instrucciones de higiene oral	Instrucciones de higiene oral	Instrucciones de higiene oral
Profilaxis y detartrajes simples	Profilaxis y detartrajes simples	Profilaxis y detartrajes simples
Tratamientos de emergencia solamente	Tratamiento dental de rutina	Tratamiento dental de emergencia solamente

Tomado de: (FERNÁNDEZ O, 2010)

2.4 Emergencias obstétricas en la consulta odontológica

Si bien durante todo el embarazo se pueden presentar urgencias médicas, son las derivadas del segundo y tercer trimestre las que más implicación tienen a la hora de planificar nuestros tratamientos. (CABERO, 1996)

2.4.1 Síndrome de hipotensión supina. Denominado también síndrome compresivo de la vena cava. Aparece en una postura próxima a la posición supina. El útero, aumentado de tamaño, comprime la vena cava inferior de paredes blandas a nivel abdominal y esto origina una reducción en el retorno venoso al corazón derecho disminuyendo el gasto cardíaco y la tensión arterial, y provoca los síntomas clásicos del desmayo: sudoración, náuseas, vómitos, palidez, y, a menudo, bradicardia.

El tratamiento consiste exclusivamente en colocar la paciente sobre su lado izquierdo, para eliminar la presión sobre la cámara inferior y permitir a la sangre retornar desde las extremidades inferiores y el área pélvica.

2.4.2 *Sincope.* Es la complicación más frecuente en mujeres embarazadas durante todo el período. Sus causas son hipotensión, hipoglucemia, anemia, deshidratación y desórdenes neurogénicos.

Para tratar esta complicación desplazaremos la paciente a la izquierda con la cabeza a nivel del corazón y las piernas elevadas, administraremos oxígeno, así como líquidos con azúcar, mediremos los signos vitales y si la paciente no responde a este tratamiento, será necesaria una intervención médica de urgencia.

2.4.3 *Vómito y aspiración de contenido gástrico.* Se puede producir debido al aumento de la presión intragástrica. El peligro viene cuando se asocia al desmayo; para ello se tratará aspirando el contenido en decúbito lateral izquierdo. En casos graves será necesario una sonda nasogástrica. La mejor posición en la consulta es la reclinada, más que la supina o la de Trendelenburg, para que la paciente controle sus reflujos gástricos.

2.4.4 *Inicio de las contracciones.* Pueden aparecer en el curso del tratamiento estomatológico y llevar a parto prematuro. Estados emocionales intensos pueden en un momento determinado, desencadenar contracciones uterinas y precipitar el parto. El tratamiento evidentemente será remitir a la paciente a su obstetra. (SANTOS, 2008)

2.5 Precauciones durante la atención

2.5.1 *Posiciones en el sillón.* Durante el embarazo el peso del útero aumenta desde los 70 gr iniciales a más de 1000 gr para acomodar el crecimiento del feto, y el volumen pasa a ser de unos 10 ml a unos 5000 ml al final del embarazo. Por lo tanto, deberemos ir con sumo cuidado al posicionar una paciente embarazada en el sillón dental tras el primer trimestre, y en especial hacia el final del embarazo, debido a que el aumento del útero grávido podría llevar a dos complicaciones importantes: síndrome de hipotensión supina y disnea.(BUENO, 1997)

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 165° (fig. n°1), en el segundo 150° (fig. n°2), y en el tercer trimestre a 135° (fig. n°1).

POSICIONES DELSILLÓN DENTAL EN LOS DIFERENTES TRIMESTRES DEL EMBARAZO



Tomado de: (FERNÁNDEZ O, 2010)

2.5.2 Tomas radiográficas. La toma de radiografías debe realizarse con cautela, sobre todo en el primer trimestre, periodo en el cual los órganos del feto están en plena formación y, por lo tanto, son más sensibles a los daños que causan las radiaciones, sin embargo si el empleo de rayos X es indispensable, se debe tomar el menor número de radiografías posibles.(CASTELLANOS, 2002)

La dosis de radiación absorbida en el abdomen por la práctica de radiografías dentales parece despreciable y similar a la dosis de radiación natural que emana del medio ambiente. Diversos estudios sostienen que no hay un aumento de efectos adversos fetales como resultado de exposiciones a dosis de 5-10 radiografías. Por lo tanto, podremos realizar exploraciones radiográficas en nuestras pacientes embarazadas, pero siempre tomando una serie de medidas de protección que minimicen la radiación difusa que pueda llegar al área abdominal, como son:

- a. Realizar únicamente aquellas radiografías que sean estrictamente necesarias.
- b. Es imprescindible la utilización de un delantal plomado para proteger el abdomen de la paciente. De hecho, es la medida más importante ya que se ha demostrado que, cuando se coloca el delantal de plomo durante la realización de radiografías dentales, la radiación fetal es virtualmente mínima.
- c. Utilizar películas de alta velocidad para disminuir al máximo el tiempo de exposición.
- d. Evitar la dispersión excesiva y la radiación secundaria con una colimación y filtración adecuada del rayo. (BUENO, 1997)

2.5.3 Fármacos administrables.

2.5.3.1 Consideraciones farmacológicas. Normas generales para la prescripción y administración de fármacos en la paciente gestante

- No administrar ningún medicamento sin indicación precisa o necesidad.
- Administrar sólo los medicamentos necesarios y con la pauta que permita utilizar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible.
- Evitar aquellos medicamentos que sean de reciente promoción, utilizando únicamente los de inocuidad reconocida.
- Prescribir preferentemente fármacos con un único preparado activo, evitando los multipreparados farmacéuticos.
- Durante el primer trimestre (mayor riesgo teratogénico), restringir al máximo la administración de medicamentos.
- No olvidar que toda mujer en edad fértil es una gestante potencial (BUENO, 1997)

La FDA (*Food and Drugs Administration*) clasifica los fármacos en 5 categorías en cuanto a la seguridad de empleo durante la gestación.

En la Categoría A, estudios controlados sobre personas no han demostrado riesgos fetales (Estos son los fármacos más seguros).

En la Categoría B, los estudios en animales no indican riesgo para el feto y no se han efectuado estudios controlados sobre seres humanos.

En la Categoría C no se han efectuado estudios adecuados, bien sobre animales o sobre seres humanos, o se han demostrado efectos adversos fetales en los animales y no se dispone de datos sobre el hombre. Estos medicamentos deben ser administrados sólo si el posible beneficio justifica el riesgo potencial para el feto.

En la Categoría D existe una prueba del riesgo para el feto humano, pero los beneficios pueden, en algunas situaciones, superar los riesgos (Ej: En situaciones amenazadoras de la vida o en enfermedades graves en las que no pueden utilizarse fármacos más seguros o éstos son ineficaces).

En la Categoría X existen riesgos fetales demostrados que superan cualquier posible beneficio. Estas definiciones se aceptan universalmente y a menudo son valiosas para dirigir la toma de decisiones riesgo-beneficio afrontada al prescribir fármacos durante la gestación. Obviamente, es preferible recetar fármacos de los grupos A y B. Sin embargo, muchos fármacos del grupo C se administran durante la gestación, de modo que serán éstos los que planteen más problemas al Odontólogo y al Médico a la hora de adoptar una decisión terapéutica o médico legal.

2.5.3.2 Características farmacológicas de los medicamentos más utilizados en odontología. Todo proceso infeccioso debe ser tratado farmacológicamente para evitar una posible bacteriemia o septicemia, ya que una diseminación sistémica de la infección podría provocar un parto prematuro o incluso un aborto espontáneo. El abanico de posibilidades terapéuticas a utilizar ante una paciente embarazada queda fuertemente limitado debido a que el fármaco puede atravesar la barrera placentaria y ser tóxico o teratogénico para el feto. Afortunadamente, un gran número de los fármacos prescritos con mayor frecuencia en odontología pueden ser utilizados con relativa seguridad, siguiendo siempre unas precauciones generales. (BUENO, 1997)

A. 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 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. 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.

B. Analgésicos y antiinflamatorios

- **PARACETAMOL O ACETAMINOFEN** (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:** Las compañías farmacéuticas que fabrican AINES indican que estos fármacos no deben usarse durante el embarazo.

Debido a que se ha comprobado que:

- La ingesta de AAS alargará el tiempo de gestación y prolongará el trabajo de parto.
- La administración de AAS la semana antes del parto alterará la agregabilidad plaquetar, afectando la hemostasia tanto de la madre como del neonato, por lo que habrá un mayor riesgo de hemorragia excesiva durante el parto y una mayor incidencia de hemorragia intracraneal en el neonato. Los AINES son potentes inhibidores de la síntesis de prostaglandinas encargadas de conservar la permeabilidad del conducto arterioso fetal. Se ha comprobado que la administración de AINES, especialmente en los últimos meses del embarazo, puede llevar a una constricción del «ductus arteriosus» provocando una hipertensión pulmonar con aumento de la mortalidad fetal.

- **CODEÍNA.** La administración de codeína en embarazadas está contraindicada debido a que está asociada a la aparición de anomalías congénitas severas como:

- Fisura labial y palatina.
- Defectos cardíacos y circulatorios.
- Deformidad de la pared torácica.
- Hernia inguinal.

C. Anestésicos locales y sedación.

La anestesia local es el método de elección, siempre que sea posible, para el tratamiento dental de una paciente embarazada. Todos los anestésicos locales atraviesan fácilmente la placenta. Ahora bien, el hígado fetal no metabolizará con tanta facilidad la mepivacaína a diferencia de la lidocaína y la bupivacaína que sí consiguen ser metabolizadas.

Así pues, el anestésico local de elección a utilizar en pacientes embarazadas será la lidocaína ya que diversos estudios animales han demostrado que no hay peligro teratogénico. No estará contraindicado el uso de vasoconstrictores.

- **ÓXIDO NITROSO.** La aparición de anomalías congénitas o abortos espontáneos está asociada a la exposición crónica al óxido nitroso, por lo que afectará a aquellas personas que estén expuestas a él de forma crónica, es decir, odontóloga y personal laboral. Ahora bien, aunque parece improbable que una única administración de óxido nitroso pueda ser teratogénica, sería prudente evitar su uso durante el primer trimestre o periodo de organogénesis.

- **BENZODIACEPINAS.** Están totalmente contraindicadas. Estudios en animales y humanos han demostrado una estrecha relación entre la administración de benzodiacepinas durante el embarazo y la aparición de fisuras labiales y palatinas, defectos cardíacos y hernia inguinal.

CAPITULO III

3. PROTOCOLOS CLÍNICOS

3.1 Generalidades

Podemos definir el protocolo clínico como el “conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o problema de salud”. El protocolo surge ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituye una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que elegir.

Los protocolos no tienen por qué limitar la libertad del personal sanitario en su práctica clínica, ya que deben ofrecer recomendaciones suficientemente flexibles para su adaptación a las características de un enfermo concreto (“no hay enfermedades sino enfermos”).

El desarrollo de protocolos conduce a la necesidad de evaluar científicamente y objetivamente los resultados de los actos médicos, sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma patología. Esta evaluación, necesariamente crítica, de la práctica clínica conlleva para algunos profesionales ciertas connotaciones negativas. Existe un cierto temor a encerrar las, a menudo complejas, decisiones clínicas de un problema de salud dentro del texto de un protocolo. Incluso la misma palabra, protocolo, se evita con frecuencia detrás de otros términos.

Se teme quizás que lo plasmado en un protocolo se vuelva contra los que lo han elaborado, en forma de los variados fantasmas que amenazan la práctica médica. Algunos autores consideran que el término “protocolo” resulta inadecuado ya que sugiere “rigidez de carácter normativo”, por lo que proponen el concepto de “guía de práctica clínica”.(CARLOS, 2002)

3.1.1 Definición. Protocolo clínico es una secuencia ordenada de la conducta que se aplica al paciente con objeto de mejorar su estado de salud, es el conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos utilizables ante un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

El protocolo es la formalización del proceso empleado por el profesional odontólogo para aplicar un conjunto de conocimientos normalizados, las reglas a las contingencias que se le presentan. (Ministerio de Salud Pública, 2011)

A) Guías de práctica clínica

En la literatura se recogen diferentes definiciones de GPC:

- El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos¹ (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".

-La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".

-*The New Zealand Guidelines Group* (NZGG)"Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

Si analizamos estas definiciones se observa que todas coinciden en tres elementos fundamentales:

- **Recomendaciones:** informan y aconsejan sobre cómo actuar en una circunstancia clínica determinada.

- **Elaboradas de forma sistemática:** su elaboración sigue una serie de pasos determinados, están basadas en un análisis exhaustivo de la literatura científica con una metodología que garantiza unos resultados rigurosos y fiables, tratando de evitar sesgos en las recomendaciones propuestas.
- **Facilitan la toma de decisión:** están dirigidas a profesionales, pacientes y otros usuarios con el objeto de ayudarles en la toma de decisiones en relación con un problema clínico claramente especificado.(Hernández, 2008)

3.1.2 Importancia de los protocolos clínicos. Hoy en día, la producción de protocolos y algoritmos para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades, está en alza. La credibilidad del protocolo o de la recomendación de determinadas pautas viene dada por el organismo que las respalda, más que por el autor concreto que las elabore.

Los protocolos son el producto de un análisis profundo de la evidencia médica. Su elaboración requiere amplios conocimientos de metodología de la investigación científica, para poder juzgar si la evidencia que la investigación nos proporciona es fiable y generalizable a todos los supuestos que consideremos.

Sus efectos sobre la salud son cuantificables, en términos médicos, sociales y económicos, hecho que entre otras cosas permite al clínico participar en la modificación y adaptación de los protocolos a sus necesidades particulares.

Estos protocolos, recomendaciones o guías intentan ser un marco de referencia para la evaluación y tratamiento de la enfermedad objeto de estudio. Son de suma importancia ya que constituyen especificaciones para proveer un cuidado óptimo del paciente, y para medir los resultados de la atención médica.(Pediátrica, 1999)

A) Ventajas de la utilización de protocolos clínicos

- Producir un importante ahorro económico y de tiempo mejorando la efectividad y eficiencia en la atención.

- Diseñar el proceso de trabajo a partir de diferentes niveles de habilidades y conocimientos.
- Diseñar un modelo de atención acorde con los recursos humanos y materiales disponibles en el momento del diseño, revisable y adaptable cuando los recursos y los conocimientos de los profesionales progresen.
- Asegurar dentro de los límites que una ciencia aplicada e inexacta permita que el proceso que se ejecuta tenga un conjunto de semejanza y uniformidad.
- Permiten reducir la incertidumbre al ofrecer al profesional odontólogo el procedimiento de diagnóstico más correcto y acelerar el proceso de toma de decisiones.
- Normar las actuaciones, de modo que en cada servicio odontológico actúen con los mismos criterios ante las mismas contingencias.
- Facilitar la evaluación de la calidad en la parte técnico científica al disponerse de un sistema de comparación, puesto que los parámetros se recogen de forma uniforme y la sistematización del trabajo permite su análisis.
- Garantizar la calidad de todas las actividades odontológicas realizadas.
- Facilitar la práctica profesional.
- Adaptar mejor al personal odontológico de nueva incorporación. (Ministerio de Salud Pública, 2011)

e) METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo Cualitativa.

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, de corte transversal y descriptivo.

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

UNIVERSO Y MUESTRA

La población de esta investigación estuvo conformada por 6 pacientes gestantes que acudieron a la clínica odontológica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja a realizarse algún tratamiento odontológico; además de todos los estudiantes que realizan sus prácticas dentro de la misma, correspondiente a 69 estudiantes 30 de décimo módulo y 39 de octavo.

Criterios de inclusión

- Todos los estudiantes del décimo y octavo módulos de la Carrera de Odontología.
- Todas las mujeres embarazadas que acudieron a la Clínica Odontológica para realizarse algún tratamiento dental.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no se encuentren en los últimos años de la Carrera de Odontología
- Mujeres que no se encuentren en estado de gestación o no quisieron colaborar.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la encuesta, mediante un cuestionario de preguntas abiertas, cerradas y de opción múltiple.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el desarrollo de esta investigación se realizó una revisión bibliográfica de los diferentes textos, revistas científicas, tesis, Internet, entre otros documentos.

La recolección de la información se realizó a través de encuestas dirigidas a todos los estudiantes que realizaron sus prácticas en la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, buscando determinar el nivel de conocimiento de los mismos acerca del manejo de Protocolos de Atención Odontológica a las mujeres embarazadas, asimismo se aplicó una encuesta a la paciente en estado de gestación que acudió a la clínica odontológica con el fin de recabar información sobre su nivel de conocimiento acerca de los riesgos a los que se expone en la atención odontológica y al poseer patologías bucodentales; la cual se desarrolló mediante un cuestionario de preguntas de opción múltiple para facilitar el proceso de tabulación de datos, y finalmente establecer conclusiones y recomendaciones.

Todo esto habiendo obtenido la respectiva autorización en el lugar donde se desarrolló la investigación, como por parte de los sujetos participantes.

Por último se diseñó un Protocolo de Atención Odontológica para la mujer embarazada, el cual servirá de guía y orientación para todo el personal universitario, alumnos, docentes y auxiliares.

f) RESULTADOS

TABLA N° 1

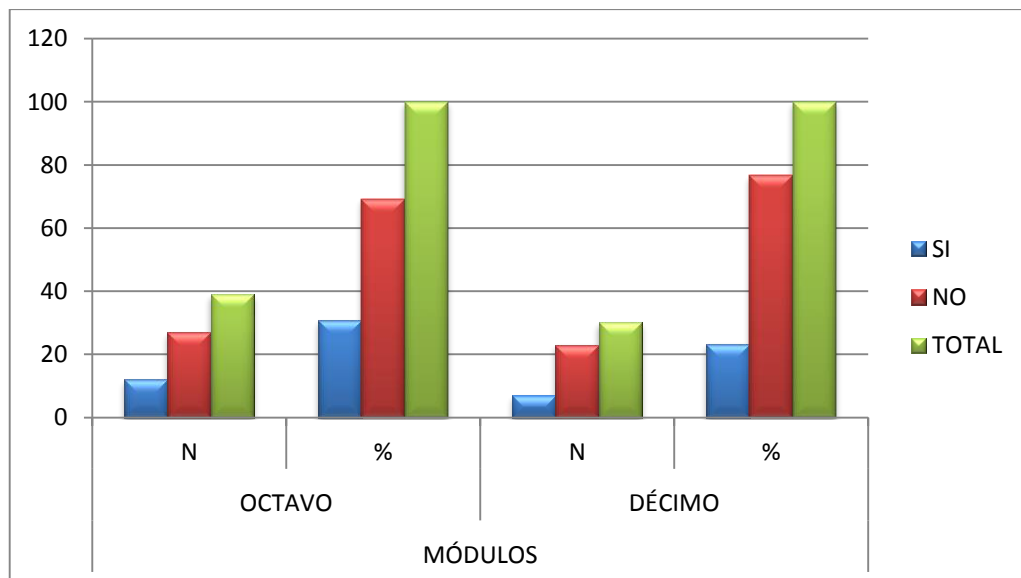
Porcentaje de estudiantes que se basan en un Protocolo o Programa Específico para atender a las mujeres gestantes.

VARIABLE	MÓDULOS			
	OCTAVO		DÉCIMO	
	N	%	N	%
SI	12	30.8	7	23.3
NO	27	69.2	23	76.7
TOTAL	39	100	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los 8vos y 10mos módulos de la U.N.L que realizan sus prácticas en la Clínica odontológica del Área de la Salud Humana.

Autor: Rina Antonieta Sanmartín Narváez

GRÁFICO N°1



ANÁLISIS:

De los estudiantes investigados del octavo módulo 27 que corresponden al 69.2% no se basan en un protocolo o programa específico para atender a las mujeres gestantes; y, 12 que corresponde al 30.8% si lo hace. En el módulo 10 de la carrera 23 alumnos que corresponden al 76.7% no se basan en un protocolo o programa específico para atender a las mujeres gestantes; y, 7 que corresponden al 23.3% si lo hacen.

TABLA N° 2

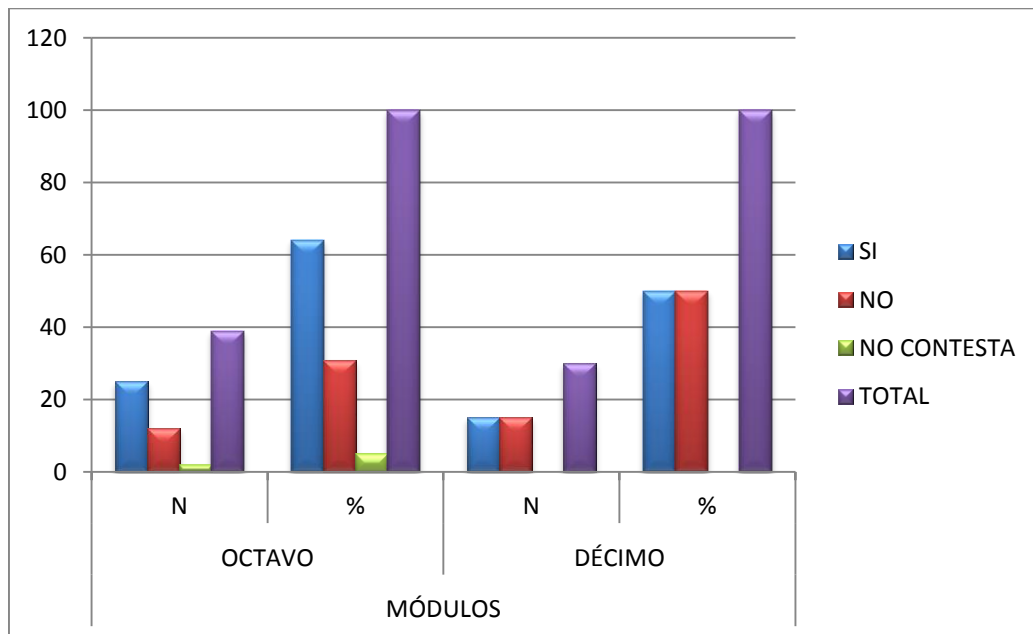
Conocimiento de los estudiantes acerca de lo que es un Protocolo de atención Odontológica para mujeres embarazadas.

VARIABLE	MÓDULOS			
	OCTAVO		DÉCIMO	
	N	%	N	%
SI	25	64.1	15	50
NO	12	30.8	15	50
NO CONTESTA	2	5.1	0	0
TOTAL	39	100	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los 8vos y 10mos módulos de la U.N.L que realizan sus prácticas en la Clínica odontológica del Área de la Salud Humana.

Autor: Rina Antonieta Sanmartín Narváez

GRÁFICO N°2



ANÁLISIS:

Los estudiantes del octavo módulo en un 64.1% si conoce lo que es un protocolo de atención odontológica para la mujer embarazada; y, el 30.8% no conoce. Los alumnos del décimo módulo en un 50% si conocen y el otro 50% desconoce.

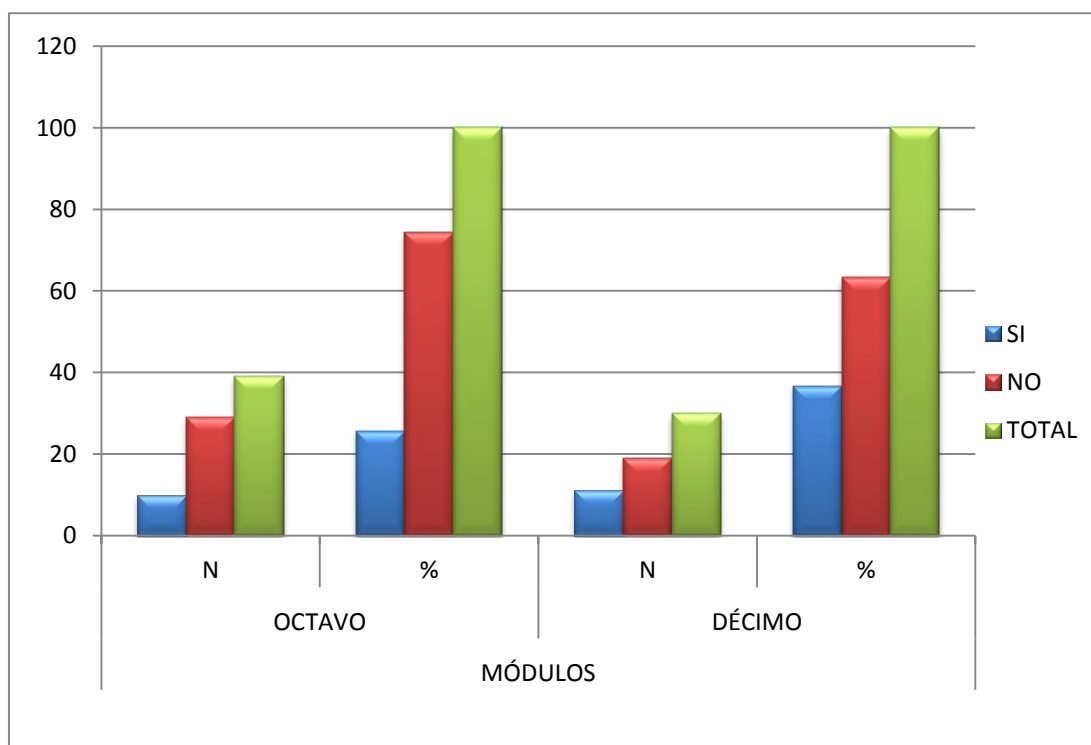
TABLA N°3

Conocimiento de los estudiantes sobre el correcto manejo de la paciente gestante dentro de la consulta y para evitar complicaciones

VARIABLE	MÓDULOS			
	OCTAVO		DÉCIMO	
	N	%	N	%
SI	10	25.7	11	36.7
NO	29	74.3	19	63.3
TOTAL	39	100	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los 8vos y 10mos módulos de la U.N.L que realizan sus prácticas en la Clínica odontológica del Área de la Salud Humana.
Autor: Rina Antonieta Sanmartín Narváez

GRÁFICO N°3



ANÁLISIS:

El 74,3% de los estudiantes de octavo módulo y el 63,3% del décimo consideran NO estar capacitada/os para brindar una atención correcta a la paciente gestante y resolver posibles complicaciones en la consulta, mientras que el 25.7% y el 36.7% del octavo y décimo módulo manifiestan estar en capacidad de brindar una adecuada atención a pacientes embarazadas.

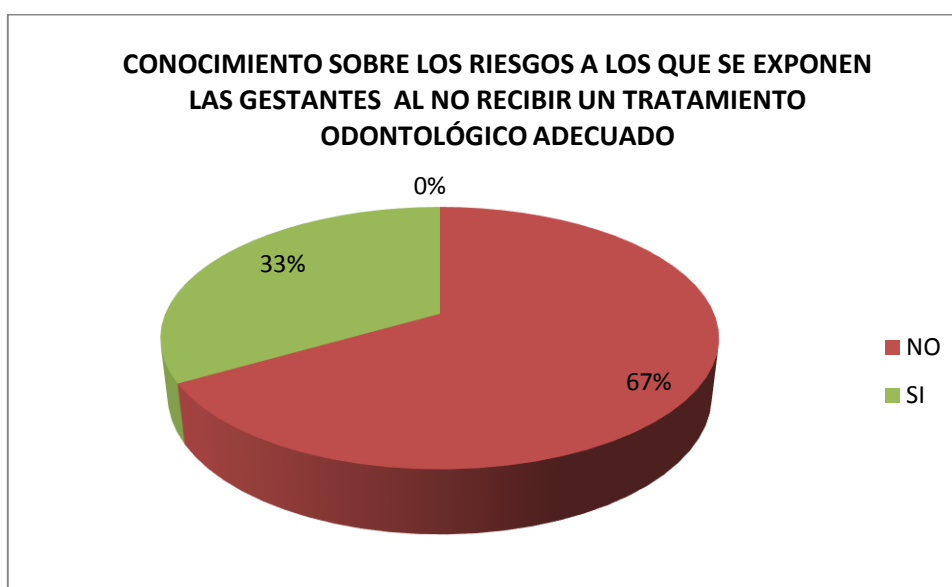
TABLA N°4

Conocimiento sobre los riesgos a los que se exponen las gestantes al no recibir un tratamiento odontológico adecuado

VARIABLE	MUJERES EMBARAZADAS	
	N	%
SI	2	33.3
NO	4	66.7
TOTAL	6	100

Fuente: Encuesta aplicada a los 8vos y 10mos módulos de la U.N.L que realizan sus prácticas en la Clínica odontológica del Área de la Salud Humana.
Autor: Rina Antonieta Sanmartín Narváez

GRÁFICO N°4



ANÁLISIS:

El 66.7% de las pacientes embarazadas no tiene conocimiento acerca de los posibles riesgos a los que se expone durante la atención odontológica; mientras que el 33.3% afirman conocer los riesgos a los que se exponen durante ésta atención.

TABLA N°5

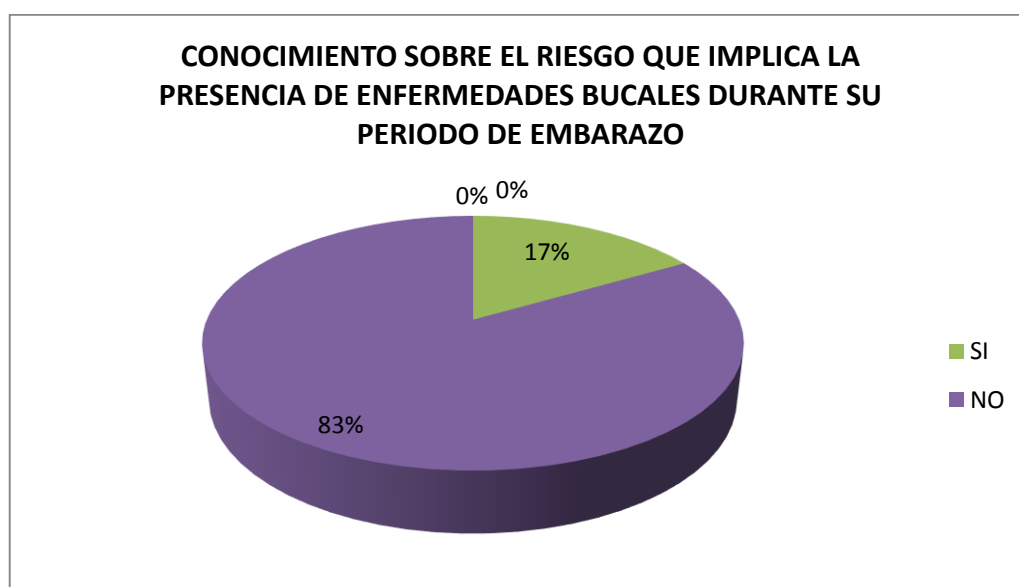
Conocimiento sobre el riesgo que implica la presencia de enfermedades bucales durante su periodo de embarazo.

VARIABLE	MUJERES EMBARAZADAS	
	N	%
SI	1	16.7
NO	5	83.3
TOTAL	6	100

Fuente: Encuesta aplicada a los 8vos y 10mos módulos de la U.N.L que realizan sus prácticas en la Clínica odontológica del Área de la Salud Humana.

Autor: Rina Antonieta Sanmartín Narváez

GRÁFICO N°5



ANÁLISIS:

El 83.3% de pacientes embarazadas señalaron no conocer el riesgo que implica la presencia de enfermedades bucales durante su periodo de gestación; y, el 16.7% correspondiente a una paciente indica tener conocimiento.

g) DISCUSIÓN

Es importante que los estudiantes de los últimos años de la carrera de odontología conozcan sobre la utilización de un protocolo de Atención Odontológica para la mujer embarazada; que les permitirá seguir una secuencia ordenada al momento de brindar atención a la paciente a objeto de mejorar su estado de salud, en base a un conjunto de procedimientos utilizables ante un cuadro clínico específico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante el diagnóstico de una patología bucodental.

De acuerdo a los resultados obtenidos se determinó en cuanto al nivel de conocimiento de los estudiantes sobre el manejo de Protocolos de Atención Odontológica a la mujer embarazada que los estudiantes del octavo módulo en un 64.1% y los alumnos del décimo en un 50% si conocen lo que es un Protocolo; mientras que el 30.8% de los estudiantes de octavo conjuntamente con el 50% de los de décimo módulo desconocen.

En lo referente a este aspecto Soto, Virginia y colaboradores en el año 2002 realizaron un estudio cuyo propósito fue evaluar los conocimientos de los alumnos que cursan el último año de la carrera de odontología en 3 Universidades de la ciudad de México sobre el manejo de la paciente embarazada, en donde se observó que el conocimiento de los alumnos sobre el manejo de la mujer embarazada varió dependiendo del tema. Los conceptos en los que hubo mayores errores fueron sobre la forma adecuada para llevar a cabo tratamientos odontológicos específicos, etiología de caries y farmacología. Además mencionaron que la escasa oportunidad en la práctica clínica en este tipo de pacientes generó que los conocimientos teóricos adquiridos en el aula, no se pongan en práctica y con el paso del tiempo se olviden. Sin embargo este estudio no establece datos numéricos, por lo que consideramos que no es un estudio confiable para comparar con nuestros resultados.

De igual manera se obtuvo que el 69,2% de los estudiantes de octavo módulo y el 76,7% del décimo no se basan en ningún protocolo o programa específico

para atender las mujeres gestantes, mientras que el 30.8% de los estudiantes del octavo módulo y el 23.3% de los de décimo si lo hacen.

Asimismo se estableció que el 74,3% de los estudiantes de octavo módulo y el 63,3% del décimo consideran NO estar capacitada/os para brindar una atención correcta a la paciente gestante y resolver posibles complicaciones en la consulta, mientras que el 25.7% y el 36.7% del octavo y décimo módulo manifiestan estar en capacidad de brindar una adecuada atención a pacientes embarazadas.

En el año 2013 Hernández, María y colaboradores en su estudio “Evaluación de la atención estomatológica a la mujer gestante en 4 unidades comunitarias de salud familiar del SIBASI centro” evaluaron la atención brindada a las pacientes gestantes por parte de los odontólogos de cuatro Unidades Comunitarias de Salud Familiar de la región metropolitana, para constatar si la atención brindada es buena, regular o deficiente. Verificando que el 70% de odontólogos brinda una atención clasificada como regular; mientras que el 20% se clasifica como deficiente y solamente el 10% como bueno. El 70% de los odontólogos no se basan en un protocolo específico para la atención estomatológica de la mujer gestante, solo conocen los protocolos y lineamientos generales odontoestomatológicos del MINSAL; mientras que el 30% respondió que si se basa en un protocolo específico para la mujer gestante, pero no pudieron comprobar su existencia ya que no contaban con el material en físico ni digital de dicho programa.

Al hablar del grupo de estudio correspondiente a las pacientes embarazadas que acudieron a la Clínica Odontológica del Área de la Salud Humana, se determinó que el 100% conoce que el tratamiento odontológico es de suma importancia durante su periodo ya que de esta manera evitarían molestias y mantendrían su salud bucal íntegra como la salud de su bebé; sin embargo al hablar de los riesgos que implica su Atención Odontológica inadecuada y la presencia de enfermedades bucales durante su periodo de embarazo, el conocimiento prácticamente fue nulo ya que 5 pacientes correspondiente a un 83.3% de un total de 6 que participaron en esta investigación desconocen

sobre ello; y solamente una de ellas (16.7%) manifestó tener una idea clara de lo que esto implica precisamente porque se trataba de una estudiante de la carrera, evidenciándose así, que la mayoría de mujeres no han recibido charlas sobre salud bucal durante el embarazo. Debemos señalar que no existen trabajos similares relacionados a este aspecto.

Finalmente se pudo conocer que en América del Sur los ministerios de salud de Bolivia, Uruguay, Chile, Colombia y Perú cuentan con protocolos específicos para la atención integral a mujeres gestantes.

h) CONCLUSIONES

- ✓ Los Protocolos de atención odontológica son necesarios e indispensables para la mujer embarazada, por lo que se debe priorizar el cuidado de ella durante este período aplicando con certeza los diversos métodos para la realización del procedimiento dentro de la clínica odontológica del área de la salud humana.
- ✓ La mayoría de los estudiantes de los últimos años de odontología, a pesar de conocer los diversos protocolos de atención odontológica para la mujer embarazada; no aplican de manera oportuna los mismos y por consiguiente, esto genera un sinnúmero de dificultades al momento de proceder con el manejo de la paciente.
- ✓ El nivel de conocimiento de los estudiantes de octavo y décimo módulo de la carrera de odontología, es regular especialmente en lo que se enfoca a diversos aspectos como los cambios fisiológicos, el empleo de medicamentos y el tratamiento odontológico que se debe emplear para las mujeres en estado de gestación.
- ✓ Las pacientes en estado de gestación que acudieron a la Clínica Odontológica de la U.N.L desconocen de los riesgos que corren al momento de ser atendidas sin aplicar un protocolo específico, necesario y conveniente para iniciar con su atención.

i) RECOMENDACIONES

- ✓ Solicitar a las autoridades del Área de la Salud Humana de la UNL que la propuesta del Protocolo de Atención Odontológica para la mujer embarazada realizado en la presente investigación sea revisado y evaluado para su posible implementación dentro de la Clínica Odontológica, ya que ayudará a un mejor desenvolvimiento dentro de la consulta, tomando en cuenta todos los parámetros necesarios que permitan brindar un correcto servicio evitando de esta manera posibles complicaciones.

- ✓ Que la Carrera De Odontología dentro de su malla curricular y por intermedio de los docentes enfatice el correcto manejo de pacientes con compromiso sistémico, particularmente de la mujer embarazada, considerando el uso de Protocolos de Atención o Guías de Práctica Clínica que permitan a los estudiantes entender los cambios que ocurren durante este estado, de tal manera que sean capaces de brindar una correcta atención evitando al máximo complicaciones dentro de la consulta.

- ✓ Programar el tratamiento odontológico de la paciente de acuerdo al diagnóstico previamente establecido y según el trimestre de embarazo en el que se encuentre.

- ✓ Tomar las debidas precauciones para la indicación de estudios radiográficos en pacientes embarazadas con problemas odontológicos.

j) BIBLIOGRAFÍA

1. AJ., J. (1999). Metodología de diseño de guías de práctica clínica. . Mapfre Med.
2. ARMIJO JA. FARMACOLOGÍA DEL DESARROLLO: EMBRIONARIA, FETAL, NEONATAL Y PEDIÁTRICA. Tratado de medicina práctica. Medicine. 2ª ed.1980; 3662-3785.
3. ARMIJOS, D. GUÍA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMBARAZADAS. Trabajo de investigación. Guayaquil. 2013 Págs. 2-20.
4. BUENO, S. L. (1997). La paciente embarazada: repercusión en la cavidad bucal y consideraciones respecto al tratamiento odontológico . Anales de odontoestomatología , 184-193.
5. C, P. (2009). Embarazo y salud oral. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA , 2-4.
6. CABERO, L. (1996). Riesgo elevado obstétrico. . Barcelona: Masson.
7. CANOREA,E., SÁNCHEZ, M., CANOREA, A. EL CUIDADO ORAL EN LA EMBARAZADA. Madrid. Primera edición. Editorial Colegio Profesional de Higienistas Dentales de la comunidad de Madrid (2013). 18-20
8. CARLOS, O. S. (2002). Diseño y evaluación de protocolos clínicos. Nuevo Hospital version digital. Volumen II_Nº5 , 1-21.
9. CASTELLANOS, J. L. (2002). MEDICINA EN ODONTOLOGÍA. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. estados fisiológicos especiales. México: El Manual Moderno.
10. CHILE, M. D. (2008). Guía Clínica ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE LA EMBARAZADA.SANTIAGO-Chile: Series guías clinicas minsal.

11. DENNIS L, ET AL. Harrison's principles of internal medicine.16th ed. McGraw- Hill Professional. 2005; 28-37
12. Diana M. Grau, F. J. ((MAR-ABR),2002). La secreción salival durante el embarazo. Revista europea de odonto-estomatología ISSN 02148668. Vol 14,N°.2, 93-98.
13. Díaz R y col. Radiación durante el embarazo. Rev. ADM. 1987; 44:58-60.
14. ECUATORIANA, F. O. (2009). PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL. Quito-Ecuador.
15. FERNÁNDEZ O, C. M. (2010). Atención Odontológica a la Mujer Embarazada. Archivos de Investigación Materno Infantil. Vol 2 no 2 , 80-84.
16. FERNÁNDEZ, E.; MICHEA, L. ; DEL POZO, J. : Revisión sobre farmacoterapia y embarazo en clínica odontoestomatológica. Archivos en Odontoestomatología,1990; 6: 31-44.
17. FLÓREZ J. FARMACOLOGÍA HUMANA. Masson.4ª ed. 2005;115-139.
18. González R. Bases para la prescripción de medicamentos. Editorial de la Universidad de Costa Rica. 2003; 104- 130.
19. Hernández, A. (2008). Las guías de práctica clínica en la atención médica. Revista cubana de odontología .
20. HERNÁNDEZ CARDONA, M. E. (2013). EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A LA MUJER GESTANTE EN 4 UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DEL SIBASI CENTRO. El Salvador.
21. LAFAURIE, G et al. Salud Oral para la mujer en gestación. GUIA DE MANEJO CLINICO PARA TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DE LA

MUJER GESTANTE. Editorial Universidad El Bosque ISBN. Bogotá. 2013. Págs. 37-43

22. LANGMAN, S. (2007). Embriología Médica con orientación clínica. Madrid-España: Ed. médica panamericana.
23. LICEÁGA, D. D. (2011). MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA MUJER EMBARAZADA. Revista Nacional de Odontología , Vol VIII.
24. M., R. H. (2003). El embarazo. Su relación con la salud bucal. . Rev Cubana Estomatol v.40 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago. .
25. MACHUCA G, KHOSHFEIZ O, LACALLE JR, MACHUCA C, BULLÓN P. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. J Periodontol. 1999;70 (7):779-85.
26. MALAMED S. URGENCIAS MÉDICAS EN LA CONSULTA DENTAL. Mosby/Doyma. Madrid, 1994; 120-128, 376-380.
27. Ministerio de Salud Pública, N. d. (2011). Componente Normativo Atención Integral de Salud Bucal. Protocolos de Atención de Salud Bucal. ECUADOR.
28. NEWMAN M Y COL. Carranza. PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA. McGraw-Hill. 9ª ed. 2004; 542-556.
29. Ofelia María Fernández García, M. G. (Mayo-Agosto 2010). Atención odontológica en la mujer embarazada. Archivos de Investigación Materno Infantil Vol. II, no. 2, 80-84.
30. Pediátrica, S. E. (1999). Sobre protocolos, pautas y guías de la práctica clínica. Revista neurologica , 1089-1092.
31. R., M. S. (2006). Manifestaciones de la mujer embarazada. Manejo estomatológico. scu.sld.cu .

32. REYES Rodrigo, D. E. (Agosto 2011). Manejo odontológico de la mujer embarazada. Revista Nacional de Odontológica Año 3- Vol VII, 15-18.
33. RODRÍGUEZ, J.L.; MACHUCA, G.; MACHUCA, C.; RIOS, J. V.; VELASCO, E.; MARTÍNEZ-SAHUGUILLO, A.; BULLÓN, P : Consideraciones sobre el tratamiento odontológico integrado en la paciente gestante. Revista Europea de Odonto-Estomatología, 1996; 8: 73-79.
34. SÁENZ, D. DROGAS EN EL EMBARAZO. Fármacos 1999 dic.;12(2): 7-21.
35. SANTOS, M. (2008). Urgencias Clínico-estomatologías. Guías para el diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Estomatología. , 5-49.
36. SANTANA, A.; MORA, M.J.: SALUD BUCODENTAL Y EMBARAZO. Revista Actualidad Odontoestomatológica Española, 1991; 51:57-62.
37. Secretaría Distrital de Salud. (2010). Guía de práctica clínica en salud oral. Paciente gestante. Bogotá. DC: Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud - SDS.
38. SERRANO JS Y COL. USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO. Tratado de medicina práctica. Medicine. 5ª ed.1991; 3607-3616.
39. SOTO, V. D. (2002). Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada. Revista ADM;LIX(6), 197-201.
40. SOTO, V. D. (2002). Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada. Revista ADM;LIX(6) , 197-201.
41. Tencio, A. D. (2011). El embarazo y la práctica odontológica: Generalidades. Revista Científica Odontológica , 71-74.

42. TREQUATTRINI, M. I. (2009). PROTOCOLO PARA LA ATENCION ODONTOLOGICA DE LA GESTANTE SANA Y SU ENSEÑANZA BAJO LA METODOLOGIA DEL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS. MARACAIBO, ESTADO ZULIA. VENEZUELA.
43. UNFRIED, E. CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DEL USO DE MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO SEGÚN FDA. *Fármacos* 2007 enedic.;20 (1/2): 7-181
44. UZANDIZAGA, J. &. (2011). OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Madrid: Marbán.
45. LA EMBARAZADA Y SU ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL COMO GRUPO PRIORIZADO. ÁREA DE SALUD MONCADA. (En Línea) [Fecha de acceso 12 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400007
46. EL EMBARAZO. SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL.(En Línea) [Fecha de acceso 12 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200009&script=sci_arttext
47. CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL Y SISTEMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN RIESGOS. (En Línea) [Fecha de acceso 15 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400005&script=sci_arttext
48. SALUD BUCAL EN GESTANTES DE UN ÁREA DE SALUD URBANA. (En Línea) [Fecha de acceso 15 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san07409.htm
49. MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA MUJER EMBARAZADA. (En Línea) [Fecha de acceso 12 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=75105>

50. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON ACCESS, PREVENTION AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS. WOMEN'S ORAL HEALTH ISSUES. American Dental Association, November 2006.

Disponibile

en:

http://www.ada.org/prof/resources/topics/healthcare_womens.pdf

k) ANEXOS

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- DETERMINAR EL MANEJO DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA MUJER EMBARAZADA EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA UNL DURANTE EL PERIODO MARZO-JULIO DEL 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- IDENTIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN SUS PRÁCTICAS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ACERCA DEL MANEJO DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LAS MUJERES EMBARAZADAS.
- DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS A LOS QUE ESTÁ EXPUESTA EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y AL POSEER PATOLOGÍAS BUCODENTALES.
- CONSTRUIR UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LA MUJER EMBARAZADA PARA EL MANEJO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA UNL.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA
ENCUESTA

El propósito de esta encuesta es determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes que realizan sus prácticas en la clínica Odontológica del Área de la Salud Humana acerca del manejo de protocolos para la atención odontológica de la mujer embarazada.

Su colaboración es esencial e insustituible, por lo que le agradezco se sirva contestar las siguientes preguntas.

OCTAVO MÓDULO ()

DÉCIMO MÓDULO ()

1. ¿Conoce usted lo que es un Protocolo de Atención Odontológica para la mujer embarazada?

SI()

NO()

2. ¿Se basa usted en algún Protocolo o Programa Específico para atender a las mujeres gestantes?

SI()

NO()

3. ¿Ha recibido capacitaciones o charlas en las cuales le enseñaron la manera específica para atender a las mujeres gestantes?

SI()

NO()

4. ¿Conoce usted si el tratamiento odontológico está indicado en la paciente embarazada?

SI()

NO()

5. ¿Cuál trimestre del embarazo cree usted que la gestante presenta menor riesgo de complicaciones con el tratamiento odontológico?

- a) 1° trimestre ()
- b) 2° trimestre ()
- c) 3° trimestre ()

¿POR QUÉ?

.....

.....

.....

6. ¿Qué tratamientos odontológicos realiza de acuerdo al periodo de embarazo?

TRIMESTRES TRATAMIENTOS	1ER TRIMESTRE	2DO TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE
PREVENTIVOS			
PERIODONTALES			
RESTAURATIVOS			
QUIRÚRGICOS			

7. ¿Qué enfermedades bucales cree usted que son más frecuentes en las mujeres embarazadas?

- a) Caries ()
- b) Periodontopatías ()
- c) Absceso dentoalveolar ()
- d) Otras

¿Cuál?.....

....

8. ¿Considera usted que está indicado el uso de anestésicos locales en la paciente gestante?

SI()

NO()

¿CUÁL?.....
.....

9. ¿Conoce usted si el uso de AINES están indicados en la paciente gestante?

SI()

NO()

10. Si su respuesta es afirmativa ¿Qué AINES están indicados?

- a) Ac. Acetilsalicílico ()
- b) Paracetamol ()
- c) Ibuprofeno()
- d) Naproxeno ()

11. ¿Cree usted que está indicada la toma de radiografías en pacientes embarazadas?

SI ()

NO()

¿POR QUÉ?
.....
.....
.....

12. ¿En el sillón dental qué posición está indicada en especial durante el 2do y3er trimestre de embarazo?

- a. Posición supina ()
- b. Sentada ()

- c. Ligeramente reclinada ()
- d. Supina sobre su costado izquierdo ()
13. ¿Conoce cuál es el tiempo máximo indicado que debe permanecer la paciente embarazada en el sillón dental durante el 2do y 3er trimestre?
- a. 30 min. ()
- b. 2 hrs. ()
- c. 60 min.()
14. Debido a la compresión del útero sobre la vena cava inferior en la mujer embarazada, en posición supina que complicaciones se pueden presentar
- a. Choque anafiláctico ()
- b. Convulsiones ()
- c. Taquicardia e hipotensión ()
- d. Pérdida de la conciencia ()
15. ¿Cree usted que está capacitada/o para brindar una atención correcta a la paciente gestante; y, resolver posibles complicaciones en la consulta?
- SI ()
- NO()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA
ENCUESTA

El propósito de esta encuesta es determinar el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas que acuden a la clínica Odontológica del Área de la Salud Humana acerca los posibles riesgos a los que está expuesta en la atención odontológica y al poseer patologías bucodentales.

Su colaboración es esencial e insustituible, por lo que le agradezco se sirva contestar las siguientes preguntas.

EDAD ()

1. ¿En qué trimestre de embarazo se encuentra?

- a) Primer trimestre ()
- b) Segundo trimestre ()
- c) Tercer trimestre ()

2. ¿Considera usted que es importante el tratamiento odontológico durante su periodo de embarazo?

SI ()

NO ()

¿POR QUÉ?

.....
.....
.....

3. ¿Asiste usted a sus citas de control odontológico?

SI ()

NO ()

4. ¿Ha recibido charlas sobre salud bucal en el embarazo?

SI ()

NO ()

5. ¿Está consciente sobre el riesgo que implica la presencia de enfermedades bucales durante su periodo de embarazo?

SI ()

NO ()

6. ¿Cuáles son los motivos por los que acude a la consulta dental?

- a. Control prenatal ()
- b. Dolor dental ()
- c. Caries ()
- d. Inflamación de las encías()
- e. Otros ()

¿CUÁLES?.....

7. ¿Qué tratamientos odontológicos le han realizado?

- a) Limpiezas dentales ()
- b) Calzas ()
- c) Tratamiento de conducto ()
- d) Extracciones ()
- e) Todas las anteriores ()
- f) Ningún tratamiento ()

8. ¿Conoce usted los riesgos a los que se expone durante la atención odontológica si no es tratada adecuadamente?

SI ()

NO ()

9. ¿Al momento de brindarle la atención odontológica le proporcionaron indicaciones específicas para su cuidado bucal en este periodo de gestación?

SI ()

NO ()

10. ¿Cree usted que la persona que la atendió estaba en la capacidad de tomar todas las precauciones debido a su estado?

SI ()

NO ()

11. ¿Considera usted que se debe proporcionar mayor información sobre el tema?

SI ()

NO ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

MEMORIA FOTOGRÁFICA

APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS ESTUDIANTES DEL DÉCIMO MÓDULO

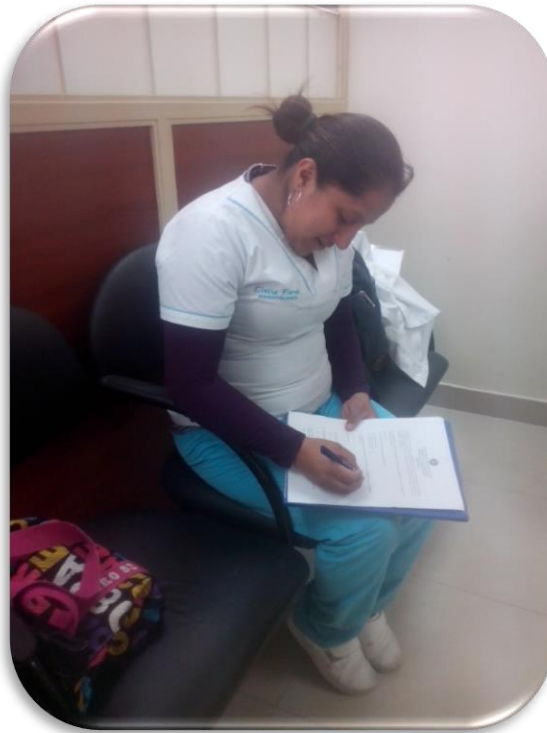




APLICACIÓN DE ENCUESTAS A LOS ESTUDIANTES DELOCTAVO MÓDULO



APLICACIÓN DE ENCUESTAS A MUJERES EMBARAZADAS

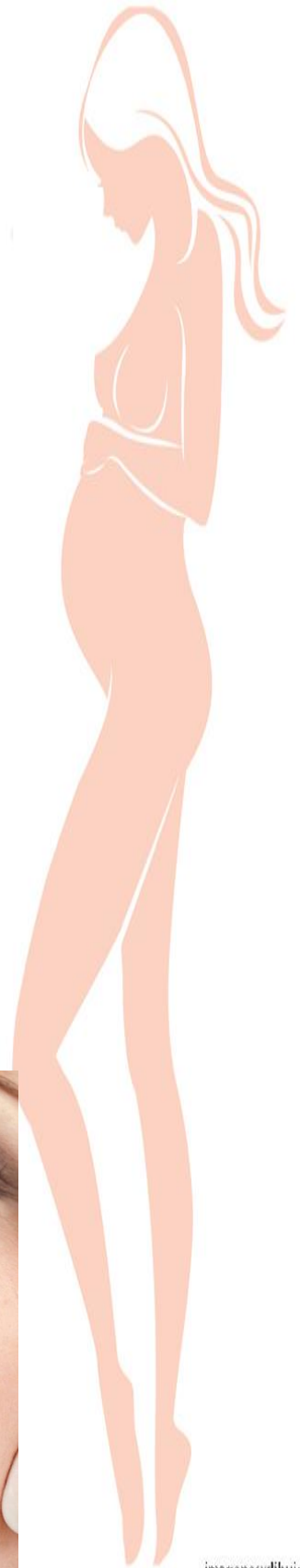


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**PROTOCOLO DE
ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA
PARA LA MUJER
EMBARAZADA**

Rina Antonieta Sanmartín Narváez

2015



CARRERA DE ODONTOLÓGIA

PRESENTACIÓN

De acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador la salud es un derecho y el Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales y acceso permanente, oportuno sin exclusión de programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La salud bucal está dirigida a la familia y a la comunidad con atención directa a los miembros más vulnerables como es el caso de las mujeres embarazadas, además está basada en el principio de atención de calidad y de ser accesible a todos.

El embarazo constituye un proceso natural y sublime en la vida de una mujer, etapa que está acompañada de una serie de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos que las convierten en pacientes especiales que demandan cuidados exclusivos y consideraciones especiales, que hacen referencia a su manejo como paciente en odontología, en cualquiera de las especialidades.

Debido a todos estos cambios durante el embarazo, es fundamental que el odontólogo y su equipo de trabajo conozcan la importancia de la salud oral de la paciente gestante y los riesgos potenciales de los diferentes procedimientos odontológicos, para recibir el tratamiento adecuado, sin desconocer o sobrestimar su teratogenicidad o efectos secundarios.

Por todo esto resulta evidente que la utilización de las guías de práctica clínica (GPC) o protocolos de atención es una necesidad actual impostergable en la actuación médica y odontológica para sintetizar el estado del conocimiento científico y establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios, así como la posibilidad de tratamientos alternativos para cada paciente.

INTRODUCCION

La mujer en estado de gestación representa un grupo de riesgo para el desarrollo de patologías bucodentales, de tal manera que la infección oral ha sido asociada a un riesgo aumentado de complicaciones perinatales.

Por lo tanto este trabajo intenta recopilar la información generada en el avance y plan de tratamiento de las pacientes embarazadas, con la finalidad de que se eviten posibles complicaciones en el embarazo y el periodo de lactancia, antes durante y después del tratamiento odontológico adoptando medidas que permitan el desarrollo de un tratamiento seguro.

El presente protocolo consta de dos partes bien diferenciadas que permitirán al odontólogo conocer los aspectos esenciales sobre los cambios que ocurren en el organismo de la paciente; así como el manejo correcto que se debe brindar a la misma.

Cuando una paciente en estado de gravidez 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 una terapéutica óptima y asegurar que el feto esté protegido al no utilizar fármacos teratógenos. La atención de estos factores permitirá al odontólogo proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto.

PARTE

1

- **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PERINATAL**
- **CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO Y SU MANEJO CLÍNICO**
- **CAMBIOS PATOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO**
- **ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS**
- **EMBARAZO DE ALTO RIESGO**
- **MANIFESTACIONES BUCALES FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO**
- **CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES EMBARAZADAS**
- **FARMACOLOGÍA PERINATAL**

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PERINATAL

El embarazo representa una situación fisiológica especial que involucra a dos organismos: la madre y el feto. Por lo tanto, en la práctica diaria y ante una paciente embarazada debemos actuar teniendo en cuenta a ambos individuos y de manera especial al feto.

Es frecuente observar cierto temor hacia el tratamiento odontológico, tanto por parte de la paciente embarazada que se preocupa por la salud de su hijo y el Odontólogo teme por las posibles consecuencias que el tratamiento puede producir sobre el feto y sus correspondientes repercusiones legales. A pesar de todo, el embarazo no deberá constituir una contraindicación para la realización del tratamiento odontológico, especialmente cuando exista una urgencia, debido a que podría existir una relación entre la diseminación sistémica de un proceso infeccioso y la aparición de un parto prematuro o un aborto espontáneo. De hecho, la mujer embarazada requiere unos cuidados bucodentales mayores que los de la población general, sobre todo en lo referente a la odontología preventiva.

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, programa de control personal de placa bacteriana, eliminación de procesos cariosos, terapia periodontal etc.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO Y SU MANEJO CLÍNICO

Sistema Cardiovascular: se ha observado un progresivo aumento de la frecuencia cardíaca hasta la semana treinta, a partir de la cual debe comenzar a descender. Como consecuencia de estos cambios, se observa una disminución de la tolerancia al ejercicio físico, al síndrome de hipotensión supina, una taquicardia relativa y a la aparición de soplos cardíacos sistólicos, que se manifiestan en las gestantes y que no debe confundirse con la

existencia de una enfermedad, que requeriría profilaxis previas al tratamiento dental.

- **Manejo clínico:** debido a la dilatación del útero, a mediados del embarazo, las mujeres en posición supina están en riesgo de compresión de la vena cava inferior y arteria aorta. Por lo tanto, se debe evitar, desde ese momento del embarazo, la posición en decúbito supina en el sillón dental, colocando la cabeza por encima de la posición de las piernas, para evitar el "síndrome de hipotensión franca" caracterizado por hipotensión, palidez y náuseas, que ocurre en aproximadamente el 15-20% de las gestantes. Esta condición se puede minimizar al colocar una almohada debajo de la cadera para el desplazamiento del útero.

Cambios hematológicos: durante el embarazo tienen lugar importantes cambios hematológicos que se manifiestan en una disminución del valor del hematócrito, como resultado del aumento del volumen sanguíneo, debido a una gran necesidad de hierro. Este hecho provoca que aproximadamente el 20 % de las gestantes presenten deficiencia de hierro. Se observa comúnmente un leve descenso del recuento plaquetario (trombocitopenia gestacional) y un aumento de la procoagulación. Sin embargo, los tiempos de coagulación no sufren cambios y se observan en límites normales.

- **Manejo Clínico:** durante el embarazo las mujeres tienen un mayor riesgo para el trombo-embolismo venoso, lo que debe ser tenido en cuenta durante la consulta, con el fin de evitar citas demasiado largas. La paciente debe movilizar las piernas continuamente durante la consulta y colocar medias de soporte cuando se requieren citas largas en el sillón odontológico. Algunas pacientes pueden estar medicadas para esta condición. Verifique si la gestante está siguiendo algún esquema de anticoagulación, especialmente con heparina o si toma aspirina como agente antitrombótico. En caso de que exista esta condición, refiérala a un hospital de segundo nivel para valoración y tratamiento.

Sistema inmune: aunque el embarazo no es considerado un estado de inmunocompromiso, se presentan algunos cambios en la mujer embarazada

que suprimen el sistema inmune o promueven el crecimiento local de bacterias. Esta supresión es una consecuencia de la respuesta materna al feto.

- **Manejo Clínico:** el tratamiento dental durante el embarazo debe dirigirse al control temprano de focos infecciosos como caries, lesiones apicales y enfermedad periodontal, que puedan exacerbarse durante el segundo trimestre del embarazo.

CAMBIOS PATOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

Hipertensión inducida por el embarazo (HIE): la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es un trastorno cuya etiología no se conoce, la forma más leve del síndrome (preeclampsia) se caracteriza por hipertensión, edema generalizado y proteinuria, que se produce después de la vigésima semana de gestación (por lo general durante el último trimestre o el principio del puerperio).

- **Manejo clínico:** Las mujeres con diagnóstico de HIE deben ser referidas para atención odontológica a los hospitales de segundo y tercer nivel, donde siguen su control prenatal.

Las mujeres en riesgo a preeclampsia deben recibir tratamiento periodontal y control de inflamación antes de la semana 20, y ser tratadas con carácter prioritario. Además deben ser referidas a periodoncia una vez se haga el diagnóstico.

Trastornos hematológicos: la presencia de anemia se vuelve difícil de diagnosticar por los trastornos fisiológicos que suceden en la mujer embarazada. Los valores sanguíneos no solo difieren durante el embarazo, sino que además estos factores varían en función de lo que dura el embarazo.

Un número pequeño de pacientes embarazadas pueden recibir heparina intravenosa para el tratamiento de trombofilia sin embargo aumenta el riesgo a complicaciones hemorrágicas durante los procedimientos dentales.

- **Manejo clínico:** las mujeres con medicación de heparina intravenosa deben ser tratadas en hospitales de segundo y tercer nivel, donde siguen su control prenatal.

ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS

Diabetes gestacional: la diabetes gestacional es una intolerancia a los carbohidratos, cuya severidad es variable. Se inicia o se descubre durante la gestación; se manifiesta por hiperglucemia y desaparece después del parto. Hay dos factores que pueden alterar la homeostasis de los carbohidratos durante la gestación normal, la secreción de las hormonas placentarias con efectos hiperglicemiantes y los requerimientos de glucosa por parte del feto.

- **Manejo Clínico:** las mujeres con diagnóstico de diabetes gestacional deben ser tratadas en hospitales de segundo y tercer nivel, donde siguen su control prenatal.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Al ser el embarazo una situación ya de por sí especial para la paciente que acude al gabinete odontológico, desde el punto de vista del equipo de odontología es un objetivo fundamental identificar a la paciente con embarazo de alto riesgo, ya que en este caso el tratamiento dental sí puede condicionar en ocasiones el desarrollo de la gestación.

En caso de que el profesional dental identifique un embarazo de riesgo, deberá solicitar a la mayor brevedad posible la opinión de su obstetra para efectuar cualquier tipo de intervención en la cavidad oral.

A continuación se mencionan los siguientes factores de riesgo obstétrico que requieren mayor consideración odontológica:

FACTORES PERSONALES Y ANTECEDENTES:

- Edad menor de 18 años o mayor de 36 años.
- Paridad: primíparas o más de 4 hijos.
- Esterilidad previa o fallo del método anticonceptivo.

- Estatura inferior a 150 cm.
- Obesidad superior al 20% del peso ideal.
- Tóxicos: alcohol, tabaco y drogas.
- Enfermedades cardíacas, renales, hepáticas, pulmonares, hematológicas, endocrinas.
- Hipertensión arterial.

• **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

- Antecedentes de bajo peso al nacer.
- Prematuro anterior.
- Más de dos abortos anteriores.
- Muerte perinatal anterior.
- Cesárea anterior.

• **GESTACIÓN ACTUAL:**

- Preeclampsia o eclampsia.
- Hemorragias gestacionales.
- Anemia severa.
- Infecciones víricas (rubeola) o venéreas.
- Gestación múltiple.
- Rotura prematura de la bolsa.
- Toxoplasmosis.
- Embarazo prolongado.

• **RIESGOS PSICOSOCIALES:**

- Antecedentes de patología o ingreso psiquiátrico grave.

- Alimentación inadecuada.
- Costumbres nocivas con respecto al embarazo, puerperio, y cuidados de los hijos.
- Gestación no deseada.
- Relación conflictiva con la pareja.
- Escasos recursos económicos.
- Condiciones desfavorables de la vivienda.
- Analfabetismo.
- Trabajo: contacto con tóxicos, esfuerzo físico intenso o postura inadecuada.

MANIFESTACIONES BUCALES FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo comporta una serie de cambios orgánicos, fisiológicos y de conducta, que pueden repercutir en la cavidad bucal provocando una mayor incidencia de caries, gingivitis y enfermedad periodontal y la aparición del granuloma gravídico.

❖ CARIES

Los estudios clínicos más completos han demostrado que el embarazo no contribuye directamente al proceso de la caries. El calcio presente en los dientes maternos permanece estable en forma de hidroxapatita, careciendo de estructuras vasculares y, por lo tanto, no es accesible a la circulación sistémica y no puede ser removido en atención a la demanda fetal. Cuando observamos un aumento de la actividad de caries en una mujer embarazada puede estar ocasionado por un incremento de los factores locales cariogénicos, tales como:

1. Descuido del hábito higiénico.

2. Cambio de los hábitos dietéticos y horarios. La mujer embarazada presenta una menor capacidad gástrica, por lo que toma pequeñas cantidades de comida pero más frecuentemente. Esta comida a deshoras puede llegar a ser un hábito constante, generalmente con tendencia a ingerir alimentos que tienen un exceso de hidratos de carbono.

3. Erosión ácida del esmalte dentario, debido a los vómitos de repetición y al reflujo del contenido gástrico.

❖ GINGIVITIS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

La gingivitis gravídica aparece en un 50- 100% de las mujeres gestantes. Ésta es debida a las variaciones hormonales que acompañan al embarazo asociadas a una serie de factores locales. Los estrógenos y progestágenos producen un aumento de la vascularización de la encía, una proliferación capilar y un aumento de la permeabilidad que se traduce en una mayor susceptibilidad de los tejidos frente a los irritantes locales. Entenderemos como irritantes locales: la placa bacteriana, cálculo, caries no tratadas, ausencia de puntos de contacto, mala higiene bucal, etc., a los que sumáramos los cambios dietéticos y horarios que suele hacer la embarazada. Las alteraciones gingivales aparecen a menudo en el segundo mes de gestación y suelen ser máximos al octavo mes, tras el cual empiezan a decrecer para disminuir bruscamente con el parto. Suelen afectarse más frecuentemente los grupos dentarios anteriores.

Clínicamente se caracteriza por un color «rojo encendido» de la encía marginal y de las papilas interdentes. El tejido está edematoso, con una textura superficial lisa y brillante, y con tendencia a sangrar fácilmente. También podremos apreciar alteraciones periodontales, que serán más marcadas si previo al embarazo existía ya una enfermedad periodontal. Detectaremos en muchos casos una movilidad dentaria generalizada que suele remitir tras el parto. Esta movilidad probablemente esté asociada al grado de enfermedad periodontal y de desmineralización de los procesos alveolares (el calcio puede ser extraído del hueso materno para cubrir las necesidades fetales). En raras

ocasiones se producirá un cuadro grave de reabsorción alveolar con intensa movilidad y pérdida dentaria.

❖ GRANULOMA GRAVÍDICO

Una entidad patológica propia del embarazo es el granuloma gravídico, que aparecerá en el 0'5-5% de las gestantes, siendo histológicamente similar a un granuloma piógeno y de ahí su nombre.

El granuloma del embarazo aparece alrededor del segundo trimestre, creciendo durante todo el embarazo y regresando generalmente después del parto. Se observa con mayor frecuencia en las papilas interdetales de la región anterior del maxilar superior. Clínicamente se caracteriza por la presencia de tumores, generalmente únicos, pedunculados o sésiles, de un color rojo púrpura o azulado y asintomáticos. Presenta una gran facilidad para la hemorragia, debido a la friabilidad de su superficie, y rara vez se asocia a reabsorción del hueso subyacente. Ante su presencia deberá mantenerse una conducta expectante, posponiendo el tratamiento para después del parto debido a que:

1. La mayoría remiten tras el parto o disminuyen de tamaño, con lo cual se evita o facilita su escisión quirúrgica.
2. Presentan una elevada tendencia a la recidiva. Sólo en los casos en los que se observe un sangrado persistente de la lesión, ulceración o impedimento de las funciones bucales estará indicada su exéresis quirúrgica. Teniendo en cuenta que existe un riesgo de hemorragia, el abordaje quirúrgico deberá ser con bisturí convencional y electrocoagulación, electrobisturí o láser de CO2 para conseguir una adecuada hemostasia.

CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES EMBARAZADAS

Debido a la susceptibilidad del feto, durante el **primer trimestre** del embarazo no debe efectuarse ningún tratamiento odontológico excepto el control de placa bacteriana; esto es porque durante el primer trimestre ocurre la organogénesis o formación de los diferentes órganos y sistemas en este tiempo el feto podría

presentar alguna malformación, aunque durante el tratamiento odontológico no se afecten estos órganos, se deben disminuir al mínimo los riesgos potenciales.

El **segundo trimestre** es el más seguro para llevar a cabo el tratamiento dental de rutina. Sin embargo aunque es un periodo seguro es aconsejable limitar el tratamiento a aquellos de rutina únicamente tales como son los procedimientos operatorios simples. Tenemos que tener más en cuenta al control de las infecciones agudas y eliminar problemas potenciales que puedan llegar a causar problemas en una etapa más avanzada del embarazo o inmediatamente después ya que el tratamiento dental durante esos periodos es más difícil.

Durante el **tercer trimestre** del embarazo y fundamentalmente durante la mitad de éste, se debe disminuir los procedimientos dentales, ya que además de ser muy incómodo para la paciente, el colocar la espalda en la silla dental durante este período del embarazo, el útero puede aumentar la presión sobre la vena cava inferior, produciendo alteraciones hemodinámicas al binomio madre-feto, que se traducirían en, así como dificultad para respirar. Por ende, si en última instancia el tratamiento debe ser practicado en este período, se debe permitir que la paciente cambie de posición cada 3 a 7 minutos.

Como regla general lo mejor es no utilizar ningún fármaco durante el embarazo, especialmente, durante el primer trimestre, si no es imprescindible, independientemente de la seguridad del medicamento. A veces, sin embargo se deben administrar en el curso de tratamientos necesarios. Afortunadamente, la mayoría de los medicamentos empleados en odontología, no están contraindicados en el embarazo. Los procedimientos quirúrgicos extensos que no sean urgentes deben de ser pospuestos dentro de lo posible hasta terminar la gestación ya que el embarazo es un estado transitorio.

La etapa temprana del primer trimestre es relativamente buen tiempo para proveer cuidados dentales de rutina pero después de la mitad de este trimestre, ningún procedimiento es aconsejable esto es debido al incremento a la sensación de malestar en la madre, debemos evitar tratamientos prolongados para prevenir la complicación más común que es el síndrome de hipotensión

supina. Esto lo podemos evitar realizando citas cortas, colocando a la paciente en una posición semisupina y permitiendo cambios posiccionales frecuentes.

De cualquier manera el uso de los rayos X en estos casos debe tomarse en cuenta sólo cuando estos sean necesarios para el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado. Si es estrictamente necesario por el estado de la paciente tomar Rx durante el primer trimestre solo se realizaran con autorización escrita del médico especialista tratante. Aunque se puede realizar la toma de radiografías durante el embarazo se debe evitar en la medida de lo posible la exposición a radiaciones ionizantes, especialmente durante el primer trimestre, ya que acontece la embriogénesis, y se forman todos los órganos.

Sin embargo, puesto que la exposición se limita a la zona de 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 siempre con un delantal de plomo en cualquier etapa gestacional y utilizando una película radiográfica de alta velocidad, para conseguir que las dosis recibidas sean lo más bajas posibles.

FARMACOLOGÍA PERINATAL

Otro aspecto importante es la selección y administración de medicamentos ya que muchos fármacos pueden atravesar la barrera placentaria ser tóxicos para el feto y provocar algún efecto de teratogenicidad. Es por ello que 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.

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 (2º 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 (Tablas I y II). 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.

Cuando existe una infección aguda, a veces es necesario el tratamiento con antibióticos, se consideran seguras las penicilinas (amoxicilina y ampicilina) y las cefalosporinas. También existen algunos medicamentos los cuales son depresores del sistema respiratorio y pueden causar hipoxia a la madre y como consecuencia un daño irreversible, hipoxia fetal o incluso hasta la muerte. No se recomienda utilizar analgésicos del tipo AINES ni los de tipo narcótico así como antidepresivos ni tetraciclinas. El uso de tetraciclinas está totalmente contraindicado durante todo el embarazo y la lactancia, así como en niños hasta los 8 años, debido al efecto negativo que producen en la coloración de los dientes (tinción por tetraciclinas) Afortunadamente las sustancias de uso frecuente en odontología pueden utilizarse con relativa seguridad.

Los medicamentos utilizados en las pacientes embarazadas son analgésicos, antibióticos y anestésicos locales.

Tabla I
CATEGORIZACIÓN DE PRODUCTOS FARMACOLÓGICOS PROPUESTA
POR LA EUROPEAN COMMUNITY Y LA FOOD AND DRUGS
ADMINISTRATION (FDA)

CATEGORÍA		DESCRIPCIÓN
A	Ampicilina Clorhexidina Codeína Lidocaína Paracetamol	Fármaco que ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen efectos nocivos durante el curso del embarazo en la salud del feto o el recién nacido. Sin riesgo fetal; seguridad comprobada durante el embarazo.
B	Penicilinas Amoxicilina Metronidazol Cefalosporinas Eritromicina Clindamicina Metronidazol	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y la salud del feto o neonato. Riesgo fetal no demostrado en estudios animales o en seres humanos.
C	Trimetropim-sulfametoxazol	Este fármaco no aumenta la incidencia espontánea de malformaciones congénitas, pero tiene potencial para producir daño por sus efectos farmacológicos. Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Tetraciclinas estreptomicina	Estos fármacos producen o se sospechan que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y/o neonato. Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco
X		Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo. El riesgo supera el beneficio esperado.

Tabla II
USO DE LOS FÁRMACOS SEGÚN EL TRIMESTRE DE GESTACIÓN

FÁRMACO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE
Anestésicos locales		
Lidocaína	SI	SI
Mepivacaina	SI	SI
Analgésicos		
Ácido acetilsalicílico	SI	Sí, pero debe evitarse en la fase terminal del tercer trimestre. SI SI NO
Acetaminofén	SI	
Codeína	SI	
Fenacetina	NO	
Antibióticos		
Penicilina	SÍ	SI
Eritromicina	SÍ	SÍ
Tetraciclina	NO	NO
Estreptomina	NO	NO
Sedativos / hipnóticos		
Óxido nitroso al 50 %		
De oxígeno	NO	SÍ
Diazepam	NO	NO
Barbitúricos	NO	NO

Durante el embarazo se podrán utilizar los siguientes medicamentos:

➤ **Anestésicos locales**

Los anestésicos locales inyectados a la gestante pueden cruzar la barrera placentaria, sin embargo la lidocaína parece ser segura en la paciente embarazada, ya que las dosis pequeñas de lidocaína empleados en odontología y se puede emplear en cualquiera de los trimestres del embarazo en dosis limitadas.

- **Lidocaína** – es el de elección, pertenece al grupo de anestésicos locales del grupo amida, que son de acción media o larga, con acción tópica, lo que las diferencia del grupo éster. El mecanismo de acción de la lidocaína consiste en estabilizar la membrana neuronal por la inhibición del flujo iónico requerido para la iniciación y conducción de impulsos; sin embargo debe efectuarse una administración cuidadosa con aspiración debido a la función estimuladora cardiovascular del vasoconstrictor. La dosis máxima de lidocaina es de

5mg/kg, si se usa vasoconstrictor es de 7mg/kg. La lidocaína se metaboliza en el hígado y se excreta en forma de metabolitos.

No utilizar:

- Prilocaína – no recomendada, puede producir meta hemoglobinemia.
- Mepivacaína y Bupivacaína: se relacionan con la aparición de teratogénesis.

➤ **Analgésicos de Acción Periférica**

- **Acetaminofén (paracetamol)** – es el analgésico y antipirético de elección para el manejo del dolor orofacial durante el embarazo. Alivia el dolor y disminuye la temperatura en caso de fiebre; a dosis terapéutica y durante corto tiempo es inocuo, atraviesa la barrera placentaria pero su acción teratogénica no está comprobada.

Dolor leve

Acetaminofén 500 mg cada 6 horas. No mayor de 3 días.

Dolor moderado

Acetaminofén 1000 mg dosis inicial y continuar con 500 mg cada 6 horas con una duración no mayor a 3 días.

Nota: la dosis máxima no debe superar los 4 gramos al día.

Dolor severo

Acetaminofén 650 mg plus oxicodona 10mg, 1 cada 12 horas (máximo 2 dosis) inicial. Continuar con Acetaminofén 500 mg cada 6 horas, como continuación del tratamiento.

Evitar el uso de:

- **Aspirina o cualquier AINES** – su utilización es frecuentemente asociada con hemorragias post – parto, anemias, pueden prolongar el trabajo de parto, o producir hipertensión en el infante. Además se ha asociado con la incidencia de las fisuras locales, muerte intrauterin y retardo del crecimiento por la inhibición de la síntesis de las prostaglandinas.

- **Ibuprofeno:** es inhibitorio de la síntesis de prostaglandinas, produce constricción de los ductos arteriovenosos del feto.

➤ **Analgésicos Opioides:**

Incrementan el riesgo de aparición de defectos cardíacos fetales y labio y paladar fisurado. En este grupo se encuentran la codeína, el proxifeno, la oxycodona y la hidroxycodona.

➤ **Antibióticos:**

Generalmente son seguras las penicilinas, las cefalosporinas y la Clindamicina.

La etiología de las infecciones orofaciales está compuesta por microorganismos aerobios en un 30% y anaerobios en un 70%.

- **Ampicilina** – es un antibiótico bactericida de amplio espectro y activo por vía oral. No cruza la barrera placentaria y durante el embarazo es eliminado por vía urinaria dos veces más rápido, por lo que las dosis utilizadas para infecciones sistémicas debe ser el doble que la de las pacientes no embarazadas.

- **Amoxicilina** – es un antibiótico similar a la ampicilina selectiva contra anaerobios pero sensible a la beta-Lactamasa, se recomienda asociada a Clindamicina.

Se absorbe rápidamente por el intestino delgado y es eliminado por la orina. No es teratogénico, por lo cual se considera seguro durante el embarazo; sin embargo se puede excretar por la leche materna en pequeñas cantidades y puede producir salpullido o diarrea en los lactantes.

- **Clindamicina** – selectiva para anaerobios, tiene buena absorción, es una alternativa en pacientes alérgicos a la penicilina. Está indicado para el tratamiento de infecciones recurrentes causadas por gérmenes sensibles y que no responden a antibióticos de primera elección y que no responden a antibióticos de primera elección

•**Eritromicina** – posee baja selectividad a microorganismos asociados a infecciones orofaciales. Es el antibiótico de elección cuando existe alergia a la penicilina, de uso muy seguro durante el embarazo; aunque es mal tolerada ya que la dosis usual produce trastornos gastrointestinales.

•**Azitromicina:** posee mejor selectividad que la eritromicina a más baja concentración.

•**Metronidazol:** es eficaz contra anaerobios, baja selectividad contra aerobios, ha generado controversia porque en animales de experimentación ha sido carcinogénico.

•**Tetraciclinas:** contraindicadas en embarazo y lactancia, interfieren en el desarrollo normal de dientes y huesos ya que se depositan en los tejidos mineralizados produciendo color café en los dientes y hepatotoxicidad fetal y materna.

•**Cefalosporinas:** tienen utilidad clínica en infecciones por estafilococo.

➤ **Sedantes y Ansiolíticos:**

El más común es la benzodiazepina tipo Diazepam, pero se ha demostrado que con su administración pueden producirse fisuras palatinas, por lo tanto no son medicamentos seguros para prescribir.

PARTE

2

- PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA GESTANTE
- ETAPA N°1-DIAGNÓSTICO
- ETAPA N°2-PREVENCIÓN
- ETAPA N°3-REHABILITACIÓN/CURACIÓN

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA GESTANTE

ETAPA Nº1-DIAGNÓSTICO

Comprende los pasos a seguir desde el momento que la gestante llega al consultorio odontológico.

Es importante recordar que asistir a la consulta odontológica produce stress en la paciente, el mismo que debe disminuirse al máximo mediante el trato cordial y sesiones cortas de trabajo que no sobrepasarán los 30 minutos.

Como primer punto se encuentra: **Elaboración de una Correcta Historia Clínica:** Compuesta por tres partes fundamentales: La anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios.

- **La Anamnesis**

Es el conjunto de datos o la información que conseguimos gracias al interrogatorio.

Consta de: Datos personales, Motivo de consulta, Enfermedad actual. Antecedentes personales, patológicos y familiares igual que en cualquier historia clínica pero incluyendo además: Número de embarazos, cuántos han llegado a término, cuántos abortos, fecha de última menstruación la cual nos permite calcular las semanas exactas de embarazo; Síntomas propios del embarazo (Nauseas, vómitos, acidez estomacal, polifagia, xerostomía, gingivorragias) hábitos alimenticios, cambios sistémicos producidos durante el embarazo (alteraciones en la tensión arterial, anemia, infecciones urinarias recurrentes) medicamentos que se encuentra consumiendo indicados o no por su médico tratante.

- **Examen Físico** debe comprender tanto la parte extraoral como intraoral.

-**El examen extraoral** incluye la observación de la coloración de piel y mucosas, facies, semiología de la cabeza: cráneo, cara, ATM. Semiología del cuello: ganglios linfáticos. Signos Vitales.

-**El examen intraoral** comprende la revisión minuciosa de las diferentes estructuras intraorales como mucosas, amígdalas, paladar, lengua, piso de

boca, frenillos. Encía: color, forma, tamaño y sangrado al sondaje. Dientes: diagnóstico de cada pieza en el odontograma utilizando además el índice CPOD (Dientes Cariados, Perdidos y Obturados). Finalmente realizamos un examen Funcional: para evaluar funciones básicas: Deglución, respiración, masticación, fonación.

Los Exámenes Complementarios: están indicados de acuerdo al posible diagnóstico y tratamiento.

- **Exámenes de laboratorio:** Se debe indicar una hematología completa, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo de trombina, tiempo de protrombina, previos a tratamientos quirúrgicos que impliquen sangrado. De igual modo uno glicemia en ayunas que permitirán determinar el diagnóstico oportuno de un cuadro hiperglucémico que resulta frecuente durante la gestación debido a la demanda creciente de carbohidratos por el feto que disminuye los niveles de carbohidratos de la madre; o bien a una diabetes gestacional con todas las características clínicas y complicaciones propias de este trastorno.

-**Exámenes Radiográficos:** Se deben indicar solo si son necesarios para confirmar el diagnóstico y guiar el tratamiento. Siempre se debe proteger a la madre con un chaleco de plomo en especial en el área ventral. Se deben utilizar películas extrarápidas, y haciendo uso de aparatos de cono largo.

Gracias al análisis de los resultados obtenidos en los exámenes anteriores podremos obtener un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento acorde a las condiciones de la paciente. El trabajo en equipo entre el médico tratante y el odontólogo es de suma importancia, ya que no sólo se favorecen aspectos preventivos sino que puede permitir un manejo apropiado de las urgencias dentro de la consulta.

- **Interconsulta Médica:** la interconsulta con el médico tratante es elemental para la evaluación clínica de las pacientes gestantes, de esta manera se permite considerar la indicación o contraindicación de un determinado tratamiento odontológico y además deducir el pronóstico del mismo. La interacción médico-odontólogo tiene como máximo

objetivo cuidar la salud del enfermo, en forma sinérgica, mediante un ejercicio responsable de la profesión. Es importante que el médico que realiza la evaluación conozca el procedimiento al que será sometido el enfermo. Esto evitará subestimar o sobrevaluar el impacto del mismo.

Una vez culminada la historia clínica exhaustiva y el profesional haya llegado a un diagnóstico y establecido el plan de tratamiento a seguir se procede a continuar con la segunda etapa denominada **Fase Preventiva**.

ETAPA Nº2-PEVENCIÓN

Esta fase es de gran importancia debido a que a través de la educación se guiará a la gestante al mejoramiento de su salud bucal y la de su futuro bebé.

Los pasos a seguir durante esta fase incluyen:

1.-Asesoramiento Dietético: para lograr limitar o disminuir la ingesta de carbohidratos refinados, tales como azúcares y harinas blancas.

2.-Fomento de la Salud bucal de la gestante: La paciente debe entender el concepto de prevención (*preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño*) y la importancia de ésta para el mantenimiento de una salud bucal ideal, particularmente en esta etapa de gestación por los efectos que sobre el feto pueden tener el mal cuidado de su cavidad bucal. (Parto prematuro, Bajo peso al nacer)

3.-Control de Placa Bacteriana: mediante la coloración de las piezas dentales con una sustancia reveladora de placa bacteriana se puede indicar a la paciente sobre sus deficiencias en cuanto a los procedimientos que sigue para su higiene bucal, obteniendo de esta manera un medio oral saludable, con una cantidad de placa bacteriana relativamente baja. Este procedimiento se debe realizar al inicio de todas las sesiones de trabajo. Además se debe enseñar, reforzar y monitorear las técnicas de cepillado así como los implementos de higiene bucal que utiliza.

4.- Fomento de la salud bucal del bebé: consiste en educar a la madre acerca de la importancia de los cuidados bucales de su bebe desde el momento del nacimiento. Entre los cuales debemos destacar:

- **Lactancia Materna:** es trascendental para el desarrollo físico y emocional del bebé así como para su sistema estomatognático. Se recomienda alimentar al niño con la leche materna al menos hasta los 6 meses de edad, de esta manera la posibilidad de adquirir hábitos de succión no nutritiva como la succión del dedo o del chupón será menor.

- **Higiene de los Rodetes gingivales del lactante.** La limpieza puede comenzar antes de la erupción para hacer el campo más limpio y acostumbrar al niño a la manipulación de su boca. Por lo general con una gasa envuelta en el dedo de la madre se realizan movimientos suaves sobre la encía del bebe, con la finalidad de eliminar las bacterias que se hayan adherido en la misma.
- **Transmisibilidad de los Streptococos Mutans:** El proceso de caries comienza con la trasmisión bacteriana hacia el niño. Usualmente es la madre quien lo infecta. Las madres con caries dentales no tratadas tendrán un riesgo mayor de transmitir las especies de Streptococos que aquellas sin caries. El mecanismo de contagio entre madre e hijo, se produce cuando ésta comparte los cubiertos con su hijo, sopla o mastica la comida del niño, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura del tetero con su boca o simplemente, "lava" el chupete de su hijo con su saliva. De esta manera, la madre transmite las bacterias cariogénicas a su hijo. Por lo tanto, se puede deducir que una mujer que tiene hábitos deficientes de cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de caries. Es fundamental que la embarazada controle la cantidad de placa bacteriana en su boca durante la gestación y así disminuya la posibilidad de infectar al niño. Debe preocuparse de tratar las lesiones de caries que puede tener y mejorar su higiene bucal.

- **Primera Visita del lactante al consultorio Odontopediátrico:** Debe realizarse preferiblemente durante el primer mes de vida para detectar tempranamente cualquier posible alteración máxilo-mandibular presente. Así como también a los 3 meses, o a los 6 coincidiendo con la erupción de los primeros dientes. Con ello se podrá realizar la **Vigilancia del desarrollo de la oclusión y si presenta hábitos orales perjudiciales.**

ETAPA N°3-REHABILITACIÓN/CURACIÓN

Esta fase se desarrolla de acuerdo al trimestre de embarazo en el cual se encuentre la gestante. De esta manera tenemos:

Durante el primer trimestre de embarazo:

El Primer trimestre es el periodo más susceptible al desarrollo de malformaciones, debido a que en esta etapa se desarrollan los órganos y sistemas del feto por lo que la intervención odontológica debe de ser lo más conservadora y poco invasiva posible; pero generalmente dependerá de si la paciente se presenta a la consulta en: Ausencia de Urgencia Odontológica o en presencia de una urgencia odontológica.

- **En Ausencia de Urgencia Odontológica:** Después de la fase diagnóstica y la preventiva los procedimientos recomendados son: Tratamiento periodontal conservador, tratamiento Restaurador Conservador (Eliminación de lesiones cariosas de esmalte y/o esmalte o dentina que no requieran el uso de agentes anestésicos). La consulta no debe durar más de 30 minutos. Se recomienda las citas de control durante toda la gestación.

- **En presencia De Urgencia Odontológica:** Después de la fase diagnóstica y la Preventiva, depende del tipo de urgencia, sus signos y síntomas, así tenemos:

- ✓ **Caries Profunda que no involucra órgano pulparesin historia de dolor.-** Se realizan pruebas de vitalidad pulpar (percusión, pruebas térmicas, eléctricas) en caso de ser positivas se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de alta velocidad, se coloca protector pulpar, base cavitaria y se procede a la restauración definitiva.

- ✓ **Pulpitis Reversible.** (La paciente refiere dolor provocado al frío o al calor). Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con

vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de mano de alta velocidad, se coloca protector pulpar, base cavitaria y se procede a la restauración definitiva.

- ✓ **Pulpitis Irreversible.** (La paciente refiere dolor agudo, espontáneo) Se realiza la toma de Rx periapical con películas extrarápidas, y previa colocación del chaleco de plomo. Se procede a la colocación de anestesia infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se coloca el aislamiento absoluto. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de mano de alta velocidad, eliminación de pulpa cameral y radicular, limpieza e irrigación de los conductos y se coloca un material provisional para poder realizar el tratamiento endodóntico convencional o quirúrgico (Exodoncia) durante el segundo o tercer trimestre ya que el desarrollo del mismo requiere varias exposiciones a los rayos X. Se indica la Toma de analgésicos: Acetaminofén tabletas 500 mg cada 8 horas si hay dolor.

- ✓ **Absceso Periapical agudo o crónico agudizado:** Se realiza la toma de Rx periapical con películas extrarápidas, previa colocación del chaleco de plomo. En caso de ser necesario se procede a la colocación de anestesia infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se viabiliza el drenaje del exudado purulento a través de la perforación de la corona dentaria. Se realiza la limpieza de la cámara pulpar y los conductos radiculares y se deja drenando, se coloca una torunda seca y un material provisional para poder realizar el tratamiento endodóntico convencional o quirúrgico (Exodoncia), durante el segundo o tercer trimestre ya que el desarrollo del mismo requiere varias exposiciones a los rayos X. Se indica la Toma de antibióticos: Amoxicilina cápsulas de 500 mg cada 8 horas por 7 días, (puede estar asociada a Ácido Clavulánico); si la paciente es alérgica a

las penicilinas se le indicará Azitromicina tabletas de 500 mg una diaria por 5 días.

- ✓ **Enfermedad Periodontal:** Se procede a la colocación de anestesia infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules y se realizan los tratamientos periodontales indicados, entre ellos: detartraje supra y subgingival, raspado y alisado radicular, profilaxis y dependiendo de la severidad la paciente podrá ser referida a un especialista "Periodoncista"

Segundo Trimestre de embarazo:

El segundo trimestre es el período más seguro para realizar tratamientos odontológicos de rutina. Se debe enfatizar en controlar las enfermedades activas y eliminar los problemas potenciales que podrían aparecer al final de la gestación o en el posparto inmediato, ya que suele ser difícil el tratamiento en estos periodos. Es primordial posponer para después del parto la realización de reconstrucciones extensas o los procedimientos quirúrgicos importantes.

Igual que en trimestre anterior, el tratamiento depende si la paciente presenta o no alguna urgencia odontológica.

▪ **En Ausencia de Urgencia Odontológica:** Fase I (diagnóstica) y II (Preventiva).

Es el periodo ideal para llevar a cabo procedimientos de tipo electivo, ya que durante los primeros tres meses son frecuentes las náuseas y el vómito, y en las últimas etapas de la gestación la madre no se siente cómoda en casi ninguna posición, por lo que se recomienda en esta época actividades operatorias sencillas. De igual modo pueden llevarse a cabo procedimientos periodontales, restauraciones, extracciones, tratamientos de endodoncia o rehabilitaciones sencillas. La consulta no debe durar más de 30 minutos. Se recomienda las citas de control durante toda la gestación.

▪ **En presencia De Urgencia Odontológica:** depende del tipo de urgencia y sus signos y síntomas, así tenemos:

- ✓ **Caries Profunda que no involucra órgano pulpar sin historia de dolor.** Se realizan pruebas de vitalidad pulpar (percusión, pruebas térmicas, eléctricas) en caso de ser positivas se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con rotatorios de alta velocidad, se coloca protector pulpar, base cavitaria y se procede a la restauración definitiva.

- ✓ **Pulpitis Reversible. (La paciente refiere dolor provocado al frío o al calor).** Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de mano de alta velocidad, se coloca protector pulpar, base cavitaria y se procede a la restauración definitiva.

- ✓ **Pulpitis Irreversible. (La paciente refiere dolor agudo, espontáneo)** Se realiza la toma de Rx periapical con películas extrarápidas, y previa colocación del chaleco de plomo. Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se coloca el aislamiento absoluto. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de mano de alta velocidad, eliminación de pulpa cameral y radicular, limpieza e irrigación de los conductos. Se realiza el tratamiento endodóntico convencional o quirúrgico (exodoncia). Se indica la Toma de analgésicos: Acetaminofén tabletas de 500 mg cada 8 horas si hay dolor.

- ✓ **Absceso Periapical agudo o crónico agudizado:** Se realiza la toma de Rx periapical con películas ultrarápidas, previa colocación del chaleco de plomo. Se coloca anestesia Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 Se viabiliza el drenaje del

exudado purulento a través de la perforación de la corona dentaria. Se realiza la limpieza de la cámara pulpar y los conductos radiculares y se deja drenando, se coloca una torunda seca y posterior a ello se realiza el tratamiento endodóntico convencional o quirúrgico (exodoncia). Se indica la Toma de antibióticos: Amoxicilina cápsulas de 500 mg cada 8 horas por 7 días, (puede estar asociada a Ácido Clavulánico); si la paciente es alérgica se indica Azitromicina tabletas de 500mg 1 diaria por 5 días.

- ✓ **Enfermedad Periodontal:** Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules y se realizan los tratamientos periodontales indicados, entre ellos: detartraje supra y subgingival, raspado y alisado radicular, profilaxis y cirugía periodontal.
- ✓ **Granuloma del embarazo:** Generalmente no requiere tratamiento ya que cesa espontáneamente después del parto. Sin embargo si se torna doloroso o interfiere en la alimentación se indica su eliminación quirúrgica. Interconsulta con cirugía.

Tercer Trimestre de Embarazo:

Es un trimestre incómodo para la paciente por lo que las consultas deben ser lo más cortas y amenas posible. (No más de 30 minutos) El Odontólogo debe tomar en cuenta la posibilidad de que, cuando atienda a mujeres embarazadas que cursen el último trimestre, pueden presentar el síndrome de hipotensión supina; situación de urgencia que puede evitarse, sólo con modificar la posición de la paciente en el sillón dental. Se recomienda trabajar con ella semisentada y el espaldar recto. En caso de presentarse síntomas de compresión sobre la vena cava, se debe hacer girar a la paciente sobre su lado izquierdo para liberar la circulación y mejorar también la ventilación, además se recomienda que la paciente se mueva eventualmente en el sillón como medida anticompresiva. Particularmente se debe evitar al máximo cualquier

tratamiento en las últimas semanas debido a que existe la posibilidad de que se presente un parto prematuro.

Igualmente el tipo de tratamiento odontológico dependerá de si la paciente acude a consulta con o sin urgencia odontológica.

▪ **En Ausencia de Urgencia Odontológica:** Fase I (diagnóstica) y II (Preventiva).

Debido a que la gestante no se siente cómoda casi en ninguna posición se recomienda en esta época actividades operatorias sencillas, así como también procedimientos periodontales, restauraciones, extracciones, tratamientos de endodoncia o rehabilitaciones sencillas. La consulta no debe durar más de 30 minutos. Se recomienda la próxima cita 3 meses después del parto.

▪ **En presencia De Urgencia Odontológica:** Va a depender del tipo de urgencia y sus signos y síntomas, así tenemos:

- ✓ **Caries Profunda que no involucra órgano pulpar sin historia de dolor.** Se realizan pruebas de vitalidad pulpar (percusión, pruebas térmicas, eléctricas) en caso de ser positivas se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con rotatorios de alta velocidad, se coloca protector pulpar, base cavitaria y se procede a la restauración definitiva.
- ✓ **Pulpitis Reversible. (La paciente refiere dolor provocado al frío o al calor).** Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de mano de alta velocidad, se coloca protector pulpar, base cavitaria y se procede a la restauración definitiva.

- ✓ **Pulpitis Irreversible. (La paciente refiere dolor agudo, espontáneo)**
Se realiza a la toma de Rx periapical con películas ultrarrápidas, y previa colocación del chaleco de plomo. Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) y Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules. Se coloca el aislamiento absoluto. Se realiza la eliminación del tejido carioso infectado con pieza de mano de alta velocidad, eliminación de pulpa cameral y radicular, limpieza e irrigación de los conductos. Se realiza el tratamiento endodóntico convencional o quirúrgico (exodoncia). Se indica la Toma de analgésicos: Acetaminofén tabletas 500 mg cada 8 horas si hay dolor.

- ✓ **Absceso Periapical agudo o crónico agudizado:** Se realiza a la toma de Rx periapical con películas ultrarrápidas, previa colocación del chaleco de plomo. Se procede a la colocación de la técnica anestésica correspondiente con Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000. Se viabiliza el drenaje del exudado purulento a través de la perforación de la corona dentaria. Se realiza la limpieza de la cámara pulpar y los conductos radiculares y se deja drenando, se coloca una torunda seca y posterior a ello se realiza el tratamiento endodóntico convencional o quirúrgico (exodoncia). Se indica la Toma de antibióticos: Amoxicilina cápsulas 500 mg cada 8 horas por 7 días, (puede estar asociada a Ácido Clavulánico); si es alérgica a las penicilinas Azitromicina 500 mg una diaria por 5 días.

- ✓ **Enfermedad Periodontal:** Se procede a la colocación de anestesia Infiltrativa (Maxilar) Troncular (Mandibular) Lidocaína sin vasoconstrictor o con vasoconstrictor en dilución 1:100.000 sin sobrepasar los dos carpules y se realizan los tratamientos periodontales indicados, entre ellos: detartraje supra y subgingival, raspado y alisado radicular, profilaxis y cirugía periodontal.

- ✓ **Granuloma del embarazo:** Generalmente no requiere tratamiento ya que cesa espontáneamente después del parto. Se puede realizar interconsulta con cirugía bucal.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARMIJOS, D. GUÍA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMBARAZADAS. Trabajo de investigación. Guayaquil. 2013 Págs. 2-20
2. CHILE, M. D. (2008). Guía Clínica ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DE LA EMBARAZADA.SANTIAGO-Chile: Series guías clínicas minsal.
3. Diana M. Grau, F. J. ((MAR-ABR),2002). La secreción salival durante el embarazo. Revista europea de odonto-estomatología ISSN 02148668. Vol 14,N°.2, 93-98.
4. HERNÁNDEZ CARDONA, M. E. (2013). EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A LA MUJER GESTANTE EN 4 UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DEL SIBASI CENTRO. El Salvador.
5. HERNÁNDEZ CARDONA, MARÍA ELENA. (2013). EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA A LA MUJER GESTANTE EN 4 UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DEL SIBASI CENTRO. El Salvador.
6. Ofelia María Fernández García, M. G. (Mayo-Agosto 2010). Atención odontológica en la mujer embarazada. Archivos de Investigacion Materno Infantil Vol. II, no. 2, 80-84.
7. REYES Rodrigo, D. E. (Agosto 2011). Manejo odontológico de la mujer embarazada. Revista Nacional de Odontológica Año 3- Vol VII, 15-18.
8. SOTO, V. D. (2002). Conocimiento de los alumnos del último año de la carrera de odontología, en el manejo de la paciente embarazada. Revista ADM;LIX(6), 197-201.
9. TREQUATTRINI, M. I. (2009). PROTOCOLO PARA LA ATENCION ODONTOLOGICA DE LA GESTANTE SANA Y SU ENSEÑANZA BAJO LA METODOLOGIA DEL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS. MARACAIBO, ESTADO ZULIA. VENEZUELA.

10. MACHUCA G, KHOSHFEIZ O, LACALLE JR, MACHUCA C, BULLÓN P.
The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. J Periodontol. 1999;70 (7):779-85.
11. LAFAURIE, G et al. Salud Oral para la mujer en gestación. GUIA DE MANEJO CLINICO PARA TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DE LA MUJER GESTANTE. Editorial Universidad El Bosque ISBN. Bogotá. 2013. Págs. 37-43
12. LA EMBARAZADA Y SU ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL COMO GRUPO PRIORIZADO. ÁREA DE SALUD MONCADA. (En Línea) [Fecha de acceso 12 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400007
13. EL EMBARAZO. SU RELACIÓN CON LA SALUD BUCAL. (En Línea) [Fecha de acceso 12 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072003000200009&script=sci_arttext
14. CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA INTEGRAL Y SISTEMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO SEGÚN RIESGOS. (En Línea) [Fecha de acceso 15 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400005&script=sci_arttext
15. SALUD BUCAL EN GESTANTES DE UN ÁREA DE SALUD URBANA. (En Línea) [Fecha de acceso 15 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san07409.htm
16. MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA MUJER EMBARAZADA. (En Línea) [Fecha de acceso 12 de Septiembre de 2014] URL Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=75105>

ÍNDICE

Contenido	pág.
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
CAPÍTULO I:	6
1. EL EMBARAZO.....	6
1.1 GENERALIDADES.....	6
1.2 ETAPAS DEL EMBARAZO.....	7
1.3 CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE OCURREN DURANTE EL EMBARAZO.....	8
1.4 PERIODOS CRÍTICOS.....	14
1.5 EL EMBARAZO Y LA ODONTOLOGÍA.....	14
1.5.1 IMPORTANCIA DEL CONTROL ODONTOLÓGICO.....	15
1.5.2 MANIFESTACIONES BUCALES DURANTE EL EMBARAZO.....	15
1.5.3 PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS BUCODENTALES.....	20
1.5.4 IMPORTANCIA DE LA INTERCONSULTA	21
CAPÍTULO II:	22
2. ATENCIÓN AL USUARIO.....	22
2.1 EFICIENCIA, CALIDAD Y CALIDEZ.....	22
2.2 PAUTAS PARA EL MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA MUJER EMBARAZADA.....	23

2.3 PROGRAMACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LOS TRIMESTRES DE EMBARAZO.....	24
2.4 EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	25
2.4.1 SÍNDROME DE HIPOTENSIÓN SUPINA	
2.4.2 SINCOPE.....	25
2.4.3 VÓMITO Y ASPIRACIÓN DE CONTENIDO GÁSTRICO.....	26
2.4.4 INICIO DE LAS CONTRACCIONES.....	26
2.5 PRECAUCIONES DURANTE LA ATENCIÓN.....	26
2.5.1 POSICIONES EN EL SILLÓN.....	26
2.5.2 TOMAS RADIOGRÁFICAS.....	27
2.5.3 FÁRMACOS ADMINISTRABLES.....	28
2.5.3.1 CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS.....	28
2.5.3.2 CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS DE LOS MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS EN ODONTOLOGÍA.....	29
CAPÍTULO III:	34
3. PROTOCOLOS CLÍNICOS.....	34
3.1 GENERALIDADES.....	34
3.1.1 DEFINICIÓN.....	34
3.1.2 IMPORTANCIA DE LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS.....	36
e. METODOLOGÍA.....	38
f. RESULTADOS.....	40
g. DISCUSIÓN.....	45
h. CONCLUSIONES.....	48
i. RECOMENDACIONES.....	49
j. BIBLIOGRAFÍA.....	50
k. ANEXOS.....	56
OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	56

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES QUE REALIZAN SUS PRÁCTICAS EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....	57
ENCUESTA DIRIGIDA A LAS PACIENTES GESTANTES.....	61
MEMORIA FOTOGRÁFICA.....	64
PROTOCOLO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PARA LA MUJER EMBARAZADA.....	68
ÍNDICE.....	104