

870122

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS
DURANTE EL EMBÁRAZO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

Catalina de la Luz Quintero De Silva

ASESOR: C.D. CELIA MARGARITA GOMAR FRANCO

GUADALAJARA, JALISCO, 1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" CUIDADOS ODONTOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO "

I N D I C E

Introducción.

- CAPITULO I Fisiología materna y desarrollo prenatal.
- a) Cambios fisiológicos de la madre durante el embarazo.
 - b) Desarrollo prenatal.

- CAPITULO II La embarazada en el consultorio dental.
- a) Manejo preventivo.
 - b) Manejo odontológico.
 - c) Patología del embarazo.

Conclusiones.

Bibliografía.

I N T R O D U C C I O N .

En la práctica diaria de la estomatología, el odontólogo se enfrenta a un sinnúmero de experiencias para las cuales ha sido capacitado, ya sea en enseñanzas recibidas en el aula universitaria o bien en la preparación extracurricular; sin embargo, cuando afronta la atención de una mujer gestante, se involucran una serie de aspectos que requieren la acción de un criterio interdisciplinario.

El objetivo de ésta tesis es el ampliar la visión del cirujano - dentista en relación al proceso de gestación, y la atención de dichos pacientes a través de un criterio multidisciplinario.

La gestación es una etapa importante en la vida de toda mujer, considerada desde tiempo inmemorial como la culminación del desarrollo psicosexual femenino. La cual por todo lo que la rodea, como en lo físico, en lo cultural, en lo social y en lo económico conlleva una serie de situaciones generadoras de stress, tanto por las expectativas de la futura maternidad, lo cual puede crear períodos de ansiedad, que deben ser detectados por el cirujano dentista.

Se ha comprobado que la labilidad emocional se incrementa durante la gravidéz, tornándose la mujer más sensible, particularmente a todas las señales del médico, odontólogo, enfermera, que le demuestran en su trato que están molestos, irritados, temerosos, por lo que el objetivo inicial en el manejo de la embarazada, será establecer una buena relación médico-paciente que le brinde seguridad. El médico debe considerar la acción que ejerce el embarazo sobre la personalidad de la paciente en relación con su visita anterior y con la situación ambiental del momento. La comprensión del estado psicológico

co es tan importante como cualquiera de los procedimientos médicos.

Existe en gran parte de la población la antigua creencia de que el embarazo ocasiona serios daños a los dientes de la madre, existiendo un dicho popular "un diente por cada niño"; creencia de que existe pérdida de calcio por requerimientos del producto, aumento en la incidencia de caries y de que los procedimientos que el odontólogo realiza son nocivos para el binomio madre-hijo.

Estas creencias populares, el aumento de la labilidad emocional, las presiones socioeconómicas-culturales por un lado, y por otro - aquellos cambios físicos inherentes a la propia gestación, hacen de la mujer embarazada una paciente a la cual el cirujano dentista debe brindar en el consultorio dental una atención que no sólo debe considerar aspectos meramente odontológicos, sino desde una perspectiva más amplia desde el ámbito perinatal.

Considerando que el embarazo es una posible causante de deficiencia inmunitaria transitoria, se propone como prioridad en la atención de la gestante la eliminación de focos de infección y la inducción a programas de educación dental; se recomienda al odontólogo - "considerar a la mujer embarazada NO como una paciente diferente, pero SI como una paciente especial".

Espero que ésta tesis en donde en una forma clara y específica - describo el manejo de la mujer embarazada y sus necesidades de salud oral; sirva a mis compañeros como incentivo en la elaboración de programas de educación en salud oral, para las embarazadas y en general al grupo materno-infantil, además de establecer programas de atención odontológica tanto de prevención como de tratamiento, con énfasis

sís en periodoncia.

Tomando en cuenta que la atención de la embarazada debe ser precoz; es decir en cuanto se ha presumido la presencia del embarazo; - periódica, porque debe cumplir con un ritmo que será, por lo menos, - una vez cada cuatro semanas; y amplia, porque tendrá que llegar a to dos los sectores de la población.

C A P Í T U L O I

FISIOLOGIA MATERNA Y DESARROLLO PRENATAL.

El embarazo es un estado fisiológico que suele durar en promedio 270 días, a partir de la fecundación o bien 284 después del primer día del periodo menstrual que precede a la concepción; nueve de cada diez embarazos culminan con el nacimiento de un niño sano, pero por muchos motivos, cerca de uno de cada diez embarazos no terminan bien, ya que factores como medicamentos, estados patológicos de la madre y circunstancias ambientales pueden ejercer una influencia desagradable sobre el desarrollo fetal. (12)

a) CAMBIOS FISIOLOGICOS DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO.

El principio de la gestación y el desarrollo del feto provoca alteraciones fisiológicas marcadas en casi todos los órganos de la madre, que son necesarios para conservar el desarrollo normal y la vitalidad del feto. Uno de los cambios endocrinológicos más importante es el aumento en la producción de hormonas maternas y placentarias, y entre los neurológicos más comunes durante el primer trimestre son la fatiga y la hiperemesis (náusea y vómito) principalmente.

Durante el embarazo hay aumentos progresivos del volumen de sangre circulante 45-50%, ritmo cardíaco 20-30% para satisfacer las exigencias del aumento del ritmo metabólico y las exigencias del feto. Esto evita la hipoxia secundaria debido al retorno venoso inadecuado y la reducción del gasto cardíaco cuando se encuentra en posición supina o erguida. Esta deficiencia en el retorno de sangre venosa al corazón se debe a la acción que realiza el útero grávido al comprimir la vena cava inferior; el tratamiento del problema es vol-

tear a la paciente sobre su lado izquierdo para que el útero no siga comprimiendo la vena cava y la recuperación sea casi inmediata. El gasto cardíaco aumenta durante el primer trimestre y continúa aumentando, al igual que el volumen sanguíneo hasta llegar a su máximo nivel durante el séptimo y octavo mes.

El embarazo predispone algunas veces al aumento de apetito y el deseo de ingerir alimentos poco comunes, como consecuencia de esto puede ser una dieta no balanceada; las recomendaciones de tipo alimenticio son más importantes para las adolescentes embarazadas, ya que sus necesidades metabólicas son mayores debido al esfuerzo adicional del crecimiento de la adolescencia.

Las raciones recomendadas son:

PROTEÍNAS: Se requieren 46 gr. diarios y en estado de gravidez 30 gr. adicionales para proporcionar un aporte nutricional adecuado para el feto, y proporcionar reservas maternas suficientes.

CALCIO Y FOSFORO: Debido a que la calcificación de los huesos se realiza en los dos últimos meses de la gestación las demandas de calcio (principalmente) y fósforo del feto exigen un aumento. Aunque la eficacia de la absorción del calcio se mejora durante el embarazo, se recomienda a muchas mujeres la ingestión de éste pues cuando las reservas maternas de calcio son marginales, las demandas fetales podrían ser satisfechas a expensas de la madre; las raciones de fósforo deben ser iguales a las de calcio para asegurar una proporción calcio-fósforo óptima de 1-1

HIERRO: Es difícil realizar la adición diaria de 18 mg. de hierro por lo que se recomienda tomar un suplemento de 30-60 mg. al día durante el segundo y tercer trimestre.

ACIDO FOLICO: Se encuentra principalmente en hígado, legumbres y de hojas verdes y champiñones. Si se sospecha de deficiencia se pres

cribirán suplementos de 0.2 a 0.4 mg. bajo la vigilancia médica.

FLUORUROS: La ingestión óptima de fluoruros será necesaria para la formación de dientes sanos durante el desarrollo y período de mineralización de éstos.

TENSION EMOCIONAL: "La capacidad biológica de procrear no significa obligadamente que la constitución psicológica de la mujer concuerde con su estado." (Wengraf)¹⁶

Los conflictos emocionales generalmente acompañan al embarazo y son frecuentes las sensaciones intensas de resentimiento, temor o cólera, también sentimientos de culpa y vergüenza sobre todo entre solteras embarazadas incluso cuando no existan presiones sociales.

Los orígenes de la ansiedad son muchos, puede presentarse hostilidad contra el feto porque ha causado que la paciente se torne fea (a su juicio), también puede nacer la ansiedad por la idea de que la actividad, la dieta o los medicamentos perjudiquen al feto en crecimiento; éstos conflictos pueden hacer tensas las relaciones de la paciente con su esposo, familia o el médico. El embarazo es una etapa crítica que conduce a la maternidad y trae responsabilidades y obligaciones concomitantes ya que pasa de ser la hija de su madre a ser la madre de su hijo, ésta situación se complica por un fenómeno psicológico regresivo, la paciente se identifica con su feto y puede comenzar a comportarse, sentir y actuar como niña.

Aunque la mayoría de las veces es a su médico a quien acude, ocasionalmente la mujer embarazada deberá ser atendida por un dentista, es por esto que el odontólogo está obligado a conocer éstos problemas; cuando la paciente acude al consultorio dental presentando molestias es cuando se agrava la situación pues éstas crean una gran tensión emocional y por eso el trato que éste le dé influirá en la

psíquis de ella y en el éxito del tratamiento. (12)

El stress además del emocional (ansiedad), existe también el fisiológico (enfermedades infecciosas o de otra forma) y el traumático (heridas y accidentes) y en la embarazada la duración, intensidad y oportunidad del stress son importantes y en algunos casos devastadores para el feto.

Durante mucho tiempo se supuso que la mayoría de los defectos - congénitos como el mongolismo, el paladar fisurado, el labio fisurado y otros eran determinados por disposiciones causales de los genes y cromosomas; se piensa ahora que la enfermedad de la madre y otros stresses críticos que ocurren en ciertos estadios del embarazo, especialmente durante el primer trimestre, los responsables de la mayoría de las anomalías congénitas; en realidad se piensa que esas anomalías son manifestaciones tardías de stresses intrauterinos en fases críticas del desarrollo prenatal y que muchos, si no la mayoría de los niños anómalos, han sobrevivido a un stress intrauterino temporario; el stress de cualquiera de sus tres tipos se puede presentar en forma de radiación, deficiencia vitamínica o anoxia, y en cualquier caso los agentes stressantes influyen en la actividad cortical adrenal.

La respuesta iniciada a los agentes stressantes se manifiesta generalmente en forma de la "reacción de alarma" cuando la corteza - adrenal sufre una hipertrofia que resulta en una secreción aumentada en hidrocortisona.

Este concepto del efecto del stress sobre el niño en útero es de gran importancia, y recalca la necesidad de un tratamiento de las - afecciones dentales en la mujer embarazada surge con claridad que el stress en forma de infección, periapical o periodontal, debe ser eliminado. La infección aguda con elevación de la temperatura, dolor y

formación de pus debe evitarse por todos los medios; éstos factores agregan a una situación stressante, emocional y fisiológicamente, es concebible que si ésto ocurre en un momento crítico del desarrollo fetal, en una paciente con baja tolerancia a la frustración o posiblemente con una predisposición genética, pueden producirse resultados tardíos pero no menos devastadores en la descendencia.

STRESS: La modificación del equilibrio hormonal y el crecimiento progresivo feto dan como resultado en la mujer embarazada un ritmo cardíaco acelerado, aumento del volumen sanguíneo y del consumo de oxígeno, disminución de la función hepática, de la capacidad vital, el grado de filtración glomerular y fluido del plasma renal.

La resistencia de la paciente a las infecciones se halla disminuida y la función renal alterada, unida a los focos bucales, hace que el tracto urinario sea nido para infecciones ulteriores. A veces se encuentran casos de hipertensión teniendo ésto, por causa muchos factores, incluso la disminución de la función renal y la retención de sodio y agua.

Las alteraciones en membranas mucosas son un hallazgo común en el embarazo, especialmente en la mucosa bucal, como consecuencia de la falta de integridad del tejido conectivo, desequilibrio hormonal y/o bioquímico; cuando éstos tejidos sufren una irritación local, ya sea por infección, trauma, la respuesta se manifiesta en forma patológica como el granuloma del embarazo.

Muchas personas creen que se causa una lesión seria al feto por medio del manipuleo físico (extracciones u otros procedimientos dentales) pero se demostró que una extracción o una obturación no es causa directa de aborto o alumbramiento anormal, y al mismo tiempo, la tensión física y emocional producida por el dolor dentario o infección es mucho más nociva para el paciente que un tratamiento ade-

cuado.

La respuesta bioquímica al stress consiste en la liberación de vastas cantidades de cortisona y sus derivados en el torrente sanguíneo causando un desequilibrio hormonal. (6 y 7)

HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE EMBARAZADA.

Cuando se planea un tratamiento odontológico, además de la ficha habitual se agregarán datos respecto al embarazo como: antecedentes de abortos, calambres y manchas durante los dos últimos meses y si hay cualquier complicación durante el embarazo de la paciente se aconseja consultar con su médico. (4)

MOLESTIAS HABITUALES.

NAUSEAS Y VÓMITOS: Son algo muy corriente durante el primer trimestre del embarazo, comenzando durante la primera y la segunda falta menstrual continuando hasta el cuarto mes de gestación y por fortuna casi siempre desaparecen al llegar éste; suelen ser peores en la mañana debido a la carencia de carbohidratos y deshidratación con cetosis, después del ayuno nocturno se reduce aún más el nivel de carbohidratos y hay una cetosis leve lo cual conlleva a la náusea y al vómito, aunado a una inapetencia que dificulta el reabastecimiento de carbohidratos; por ello es aconsejable que la paciente ingiera carbohidratos antes de ingresar al consultorio.

A veces es posible que dicho malestar continúe durante todo el día y aunque no está bien clara la génesis de las náuseas y los vómitos durante el embarazo es posible que la causa sean los cambios hormonales, la gonadotropina coriónica por ejemplo ha sido implicada pues sus niveles se encuentran bastante elevados durante el tiempo en que son más comunes las náuseas y los vómitos; aunque no cabe du-

da de que los factores emocionales contribuyan a su gravedad, a veces. Por fortuna en la mayoría de los casos los vómitos no son muy intensos, y sólo de 1 a 5 embarazadas/1000 sufren vómitos tan intensos que requieran hospitalización, a ésto se le conoce como: "hiperemesis gravídica".

El tratamiento es hacer comidas pequeñas y dejar de comer antes de sentir saciedad, además dado que el olor de ciertos alimentos provoca o agrava a menudo los síntomas, hay que evitar en lo posible tales alimentos. Según muestra la experiencia, el Dimenhidrinato (Dramamine) parece reducir la intensidad de las náuseas y los vómitos, la dosis es de 1 comprimido de 50 mg. al levantarse seguido de 50 mg. cada cuatro horas y según la intensidad de los síntomas durante el día. Haciéndole notar a la paciente que en los embarazos que se padecen éstos síntomas tienen mayores probabilidades de un desenlace favorable.

LUMBAGIA: La lumbagia afecta con frecuencia a las mujeres embarazadas, en sus grados menores se presenta después de un esfuerzo o fatiga excesivos y de inclinarse, levantar pesos o andar en exceso; ésta requiere de la suspensión de los esfuerzos y, en ocasiones, el uso de una faja maternal ligera. Las lumbagias graves no son solamente atribuibles al embarazo sin haber practicado antes un examen ortopédico; en algunos casos graves la paciente suele ser incapaz de andar o de sentirse cómodo sin el sostén proporcionado por una faja ortopédica y sin períodos de reposo prolongados.

VARICOSIDADES: Estas resultan casi siempre de una disposición congénita, se intensifican cuando se permanece de pie por tiempo prolongado con el embarazo y con la edad avanzada; adquiriendo mayor desarrollo conforme avanza la gestación, aumenta el peso y se prolonga el tiempo de permanencia en pie. Los síntomas de las varicosidades -

varían desde unas manchas en las extremidades inferiores antiestéticas con un ligero dolor, a un dolor más intenso que requiere un reposo prolongado con los pies elevados.

El tratamiento de las varicosidades está limitado al reposo con elevación de las piernas y/o usar medias elásticas. La corrección quirúrgica durante el embarazo no es aconsejable.

HEMORROIDES: El desarrollo o agravación de las hemorroides durante el embarazo está, sin duda, relacionado con la presión aumentada en las venas hemorroidales, causada por la obstrucción del retorno venoso debido al gran útero grávido y a la tendencia al estreñimiento durante la gestación; el dolor y la tumefacción se alivian mediante la aplicación tópica de anestésicos, compresas húmedas calientes y laxantes, la hemorragia de las venas hemorroidales muchas veces llega a ser considerable, y si ésta fuera persistente tal vez sería necesaria la hemorroidectomía, aunque no durante el embarazo puesto que la mayoría de las hemorroides dejan provocar síntomas poco después del parto.

PIROSI: Es una de las molestias más corrientes de las mujeres gestantes, es causada por el reflujo del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago. La mayor frecuencia de regurgitación durante el embarazo se debe probablemente al desplazamiento hacia arriba y compresión del estómago por el útero, combinado con una disminución de la motilidad gastrointestinal; el uso de antiácidos suele proporcionar un gran alivio.

FATIGA Y SOMNOLENCIA: En los comienzos del embarazo la mayoría de las mujeres aquejan una gran fatiga y unos deseos exagerados de dormir, por lo general éste estado remite de modo espontáneo en el cuarto mes de embarazo y carece de significado especial.

CEFALEA: Al principio del embarazo la cefalea es un síntoma frecuente, en la mayoría de los casos no se puede demostrar causa alguna, el tratamiento es, en gran parte, sintomático. A mediados del embarazo la mayoría de éstas cefaleas disminuyen de intensidad o bien desaparecen.

LEUCORREA: Generalmente las mujeres embarazadas notan un aumento en la secreción vaginal, que en la mayoría de los casos no tiene causa patológica; siendo un factor que contribuye a él, la mayor formación de moco por las glándulas cervicales. En ocasiones la leucorrea irritativa es debida a la infección causada por *Trichomonas Vagina - lis* o *Cándida Albicans*. (10)

INTERCAMBIO ENTRE MADRE E HIJO: Para desarrollarse, todo ser vivo necesita energía en forma de alimentos, tales como azúcares; gases como el oxígeno; sales minerales, etc. La sangre de la madre -- transporta esos principios nutritivos hasta los vasos del útero; -- allí la placenta efectúa la selección de los alimentos necesarios, -- los deja pasar a través de la fina membrana de sus minúsculas vellosidades y los transforma en alimentos asimilables. El cordón traslada los alimentos hasta el feto, cuyos órganos, como riñones, hígado-- sistema nervioso, van adquiriendo la madurez necesaria para su función.

El feto adquiere permanentemente líquido amniótico que expulsa-- en forma de orina; no respira, por supuesto, pero efectúa movimientos que la madre percibe desde el cuarto mes. Para que ésta maravillosa maquinaria funcione normalmente, es preciso que todos sus engranajes trabajen de una forma armoniosa y comprendemos que por -- ejemplo una circulación sanguínea defectuosa o una placenta mal -- adherida o mal desarrollada, entrañan consecuencias desagradables -- para el desarrollo fetal. Toda fatiga o enfermedad de la madre, da--

termina rápidamente un desequilibrio que el niño será el primero en sufrir. (8)

EXAMENES AUXILIARES EN LA EMBARAZADA:

En éstos encontraremos algunas modificaciones que son normales - por la situación fisiológica que atraviesa la mujer, en el hemograma hallaremos:

1) SEUDONEMIAS:- Se presenta generalmente en la segunda mitad del embarazo y es debido a una hemodilución, valores de 3,800 glóbulos rojos son absolutamente normales (valor normal: 4,200 a 4,500).

2) LEUCOCITOSIS:- Existen cifras de hasta 12,000 glóbulos blancos (valor normal: 5,000 ó 6,000).

3) HIPOGLUCEMIA:- La glucosa se observa en gran parte por hemodilución y por presencia de hormonas placentarias (estrógeno y lactógeno).

4) La UREA se encuentra levemente disminuida.

5) El FIBRINOGENO en una embarazada a término se observa aumenta a casi el doble de su valor normal, que es de 200 mg.

En la ORINA es frecuente la presencia de albúmina. (1)

CAMBIOS HEMATOLOGICOS DURANTE LA GESTACION:

Los cambios hematológicos que registra la mujer embarazada no complicada, son diferentes según avanza la edad de gestación. La cantidad de sangre circulante aumenta a partir de la semana diez de embarazo y es más notoria después de la semana treinta el aumento es tanto en la cantidad del plasma como de los glóbulos rojos.

En la mujer no embarazada el volumen sanguíneo total es de 4,000 ml. y hasta de 5,500 ml. en la gestante. El incremento del volumen sanguíneo durante el embarazo refleja un aumento de la circulación - en los riñones, piel y mucosa incluyendo la mucosa oral. Este aumento sanguíneo tiene entre otras funciones, el de tolerar la hemorragia postparto que es de 500 a 900 ml.

El valor inferior, límite de la hemoglobina es de 11 gr/dl5, por debajo de éstos valores se considera anemia. La causa más frecuente de anemia es la deficiencia de hierro que afecta a la mayoría de las mujeres embarazadas, con menos frecuencia se observa la deficiencia de folatos y B12

Las anemias por déficit nutricionales, como así se denominan en conjunto, se expresan clínicamente de forma que el odontólogo las pueda identificar rápidamente como son:

- Atrofia de papilas
- Hipertrofia de encías
- Estomatitis angular
- Fragilidad capilar (mucosa fácilmente sangrante)
- Palidez de mucosas.

Los cuidados que se deben tener en éstos casos son básicamente - el de establecer la sospecha de anemia por los datos de anomalía encontrados en la gestante, aconsejar una vigilancia prenatal cuidadosa por su médico, corroborar la anemia por déficit nutricional mediante una biometría hemática que señala valores de Hb. El manejo básico es con sulfato ferroso (una gagea oral cada 8 hrs. hasta el término del embarazo y por seis semanas después de éste), además de insistir en un mayor aporte dietético de hierro a partir de la ingestión de carnes rojas. (2)

CAMBIOS METABOLICOS:

AUMENTO DE PESO: Una parte del aumento del peso se atribuye al peso de los productos de la concepción: feto, placenta, útero, líquido amniótico y a la hipertrofia del útero, una fracción más pequeña del aumento de peso es por los cambios metabólicos, especialmente la retención de agua y el depósito de una cierta cantidad de grasa y proteína. En una revisión exhaustiva Chesley encontró que el aumento de peso promedio total en el embarazo es de 9.6 Kg.; durante el primer trimestre 800 gr. y 4.400 gr. durante cada uno de los dos últimos trimestres.

Al término de la gestación el feto pesa: 3,000 g., la placenta un poco más de 400 g., el líquido amniótico 800 g., útero 1,000 g., las mamas aumentan probablemente unos 800 g., el volumen sanguíneo se expande alrededor de 1,400 g. de modo que sólo quedan unos 2,000 g. del aumento de peso sin explicación.

METABOLISMO ACUOSO: Chesley destaca que es bastante improbable que el embarazo normal vaya acompañado de una hidratación significativa de los tejidos maternos. Al considerar la retención de agua en el embarazo normal, es necesario diferenciar el edema de los tobillos y piernas del edema generalizado, latente o manifiesto, éste tipo de edema aparece en una gran parte de las mujeres embarazadas sobre todo al final del día, antes de acostarse; causado por un aumento de la presión venosa en las extremidades inferiores. La retención aumentada de agua se ha considerado desde hace mucho tiempo como una alteración bioquímica, característica tardía del embarazo; una exageración de éste fenómeno puede llegar al extremo de formar edemas visibles generalmente asociadas con una de las principales complicaciones de la gestación, la preeclampsia-eclampsia.

METABOLISMO PROTEINICO: Varios estudios extensos practicados en el pasado parecen indicar que grandes cantidades de proteínas se almacenan durante el embarazo; sin embargo, ahora resulta dudoso que se produzca un almacenamiento materno de proteínas de alguna importancia, aparte de lo que corresponde a los productos de la concepción; el útero, la sangre materna y las membranas, que son ricas en proteínas en relación con las grasas o los hidratos de carbono. No obstante, su contenido proteínico es bastante pequeño comparado con las proteínas totales del organismo materno.

METABOLISMO DE LAS GRASAS: Los líquidos plasmáticos aumentan de manera apreciable durante la segunda mitad del embarazo; también el hambre induce a una cetoacidemia y cetonuria mucho más intensa que en las mujeres no gestantes. Según Hytten y Thomson el almacenamiento de la grasa se deposita con mayor preferencia en los sitios del embarazo y se produce durante el primero y segundo trimestre tales que en los periféricos. En teoría por lo menos un gran almacenamiento de energía a principios del embarazo podría a veces proteger a la madre y al feto de algún ejercicio duro o una inanición prolongada; de otra manera según las ideas actuales, semejante depósito de grasa podría ser inconveniente.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

CORAZON: Durante el embarazo el corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba y, al mismo tiempo gira sobre su eje longitudinal; la punta cardíaca se desplaza en sentido lateral y radiológicamente se aprecia un aumento en el tamaño de la silueta cardíaca. Estos cambios están influidos por el tamaño de la posición de útero, la potencia de los músculos abdominales y las configuraciones del abdomen y el tórax. En varios estudios se ha encontrado que el volumen cardíaco aumenta normalmente unos 75 cm^3 ó un poco más del 10% en -

METABOLISMO PROTEINICO: Varios estudios extensos practicados en el pasado parecen indicar que grandes cantidades de proteínas se almacenan durante el embarazo; sin embargo, ahora resulta dudoso que se produzca un almacenamiento materno de proteínas de alguna importancia, aparte de lo que corresponde a los productos de la concepción; el útero, la sangre materna y las mamas, que son ricos en proteínas en relación con las grasas o los hidratos de carbono. No obstante, su contenido proteínico es bastante pequeño comparado con las proteínas totales del organismo materno.

METABOLISMO DE LAS GRASAS: Los líquidos plasmáticos aumentan de manera apreciable durante la segunda mitad del embarazo; también el hambre induce a una cetoanemia y cetonuria mucho más intensas que en las mujeres no gestantes. Según Hytten y Thomson el almacenamiento de la grasa se produce durante el primero y segundo trimestre del embarazo y se deposita con mayor preferencia en los sitios centrales que en los periféricos. En teoría por lo menos un gran almacenamiento de energía a principios del embarazo podría a veces proteger a la madre y al feto de algún ejercicio duro o una inanición prolongada; de otra manera según las ideas actuales, semejante depósito de grasa podría ser inconveniente.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

CORAZON: Durante el embarazo el corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba y, al mismo tiempo gira sobre su eje longitudinal; la punta cardíaca se desplaza en sentido lateral y radiológicamente se aprecia un aumento en el tamaño de la silueta cardíaca. Estos cambios están influidos por el tamaño y la posición de útero, la potencia de los músculos abdominales y las configuraciones del abdomen y el tórax. En varios estudios se ha encontrado que el volumen cardíaco aumenta normalmente unos 75 cm^3 ó un poco más del 10% en -

tre comienzos y fines del embarazo (Ihrman); dicho aumento del volumen cardíaco puede implicar una ligera hipertrofia o dilatación, durante el embarazo también se encuentra levemente aumentada la frecuencia del pulso en reposo.

CIRCULACION: En un embarazo normal la presión sanguínea arterial braquial muestra pocos cambios, también existe unanimidad en que el embarazo normal no causa un aumento en las presiones sanguíneas sistólica y diastólica; cualquier elevación de 30 mm. ó más por encima de los niveles preexistentes, en condiciones basales, indica, por lo tanto, una anomalía, generalmente preeclampsia. Wright y colaboradores han demostrado un retardo del flujo sanguíneo en las piernas durante el embarazo; ésta tendencia al estancamiento de sangre en las extremidades inferiores durante la última parte del embarazo es atribuible a la presión del útero agrandado sobre las venas de la pelvis y la vena cava inferior, según lo demuestra el hecho de que la elevada presión venosa vuelve a la normalidad cuando la enferma yace sobre su costado o inmediatamente después de la extracción del feto por cesárea (Mc. Lennan). La presión venosa aumentada en las piernas contribuye a la formación de edema que presentan a menudo las mujeres cuando se aproximan al término del embarazo y al desarrollo de venas varicosas.

El flujo sanguíneo cutáneo, aumenta durante el embarazo y sirve para disipar el calor excesivo generado por el metabolismo aumentado. Burt, y en fecha más reciente Spertz, encontraron que el flujo sanguíneo de la mano (principalmente de la piel) aumentaba en forma considerable durante el embarazo. (8)

b) DESARROLLO PRENATAL.

Los términos crecimiento y desarrollo se usan para indicar la serie de cambios de volumen, forma y peso que sufre el organismo, desde la fecundación hasta la edad adulta.

CRECIMIENTO: Aumento en tamaño, talla y peso.

DESARROLLO: Cambio en las proporciones físicas.

El crecimiento prenatal se divide en tres etapas desde la fecundación hasta el nacimiento:

1o) DE FORMACIÓN DE HUEVO: Abarca desde la fecundación hasta el día catorce; el huevo fertilizado se adhiere a la pared uterina y se forman las tres capas de células germinativas.

2o) ENBRIONARIO: Abarca desde el día 14 hasta el 56avo día es el período más importante porque en él se forman todos los sistemas orgánicos y el embrión adquiere básicamente las formas que permanecerán en el período post-natal.

3o) FETAL: Abarca del día 56 hasta el nacimiento (son 280 días)- en éste período hay un rápido crecimiento de los órganos y tejidos que se diferenciaron durante la etapa embrionaria. (11)

CAPITULO I I

LA EMBARAZADA EN EL CONSULTORIO DENTAL.

En ocasiones el tratamiento odontológico de la mujer embarazada presenta una dificultad extraordinaria, ya que se le superponen diversos factores como supersticiones populares, disposiciones gubernamentales, legales, que en conjunto convierten dicho tratamiento en una experiencia muy desagradable. Otro punto importante a tomar en cuenta es el requerimiento en ocasiones de elementos dañinos por ejemplo: radiaciones ionizantes, algunas drogas y el stress. Por lo cual el odontólogo tratará de reducir al mínimo el uso de éstos elementos ó eliminarlos; también deberá primero hacer una revisión de la fisiología normal del embarazo y del desarrollo fetal, ya que los cambios endocrinológicos pueden ocasionar la mayoría de las alteraciones.

a) MANEJO PREVENTIVO.

Los objetivos más importantes en la planeación del tratamiento odontológico de la paciente embarazada es el establecimiento de buenas condiciones de higiene en la cavidad bucal, básicamente el control de placa bacteriana que ayudará a disminuir la reacción inflamatoria del tejido gingival que generalmente se presenta debido a los cambios hormonales; también será necesario llevar a cabo algunas otras medidas como profilaxis mecánica. Siendo necesario y muy importante que la paciente conozca la relación de la placa bacteriana como los irritantes locales y las altas hormonales.

El obstetra tendrá como práctica de rutina, en el curso del primer examen prenatal de la mujer embarazada, observar el estado de

la dentadura y generalmente, aún en ausencia de defectos dentales le recomendará a su paciente visite al dentista para un examen y un tratamiento más detallado.

Como es responsabilidad del dentista cuidar la salud bucal de la paciente embarazada es importante familiarizarnos con algunos cambios que ocurren en el tejido bucal durante éste estado, y al mismo tiempo conocer los peligros que están involucrados en el tratamiento.

Es necesario cuando hay alguna duda con respecto a un proceso específico consultar con el obstetra de la paciente pues él conoce mejor su estado físico general. (12)

FLUOR Y EMBARAZO: Los beneficios en lo que respecta a la reducción de caries por ingesta de flúor ha sido exhaustivamente estudiada en todo el mundo y se reconoce que realmente reduce bastante la caries dental, además no hay duda alguna que en dosis terapéuticas éste elemento no es tóxico para ningún ser humano incluyendo la embarazada. (1)

FLUOR PRENATAL: Administrado en ésta forma debemos considerar los siguientes cuatro factores:

- 1) El desarrollo dentario, específicamente amelogenesis fetal.
- 2) El pasaje de flúor transplacentario.
- 3) Los mecanismos de incorporación de flúor en los diferentes momentos del desarrollo del diente.
- 4) El resultado de las investigaciones clínicas realizadas en ese campo.

1) ANELOGENESIS FETAL. Con respecto a ésto, sabemos que durante la vida intrauterina, los incisivos primarios inician su mineralización entre el cuarto y el sexto mes de vida intrauterina, en el momento del parto sólo los incisivos primarios tienen casi 5/6 de su total mineralización; el resto de las piezas la completan fuera del útero.

2) PASAJE DE FLUOR TRANSPLENTARIO: La placenta actúa como barrera y permite solamente el pasaje de un mínimo de flúor independientemente de la cantidad de flúor que ingiera la madre.

3) MECANISMOS DE INCORPORACION DE FLUOR EN LOS DIFERENTES PERIODOS DEL DESARROLLO DENTARIO: Debemos discriminar en ese desarrollo tres momentos:

a) De mineralización, b) preeruptivo, (de incorporación de flúor) y c) posteruptivo.

No hay ningún acuerdo entre los diferentes autores, de cual es el mejor momento para iniciar la ingesta de flúor; algunos aseguran que cuando la ingesta se hace desde el período de mineralización, se obtienen mejores resultados; otros consideran que durante el período preeruptivo es mejor.

4) RESULTADO DE INVESTIGACIONES CLINICAS: Aquí tampoco existe un acuerdo total; un grupo considera que los resultados son mejores cuando la ingesta de flúor se hace prenatal y postnatalmente. Y otro grupo menciona que no hay diferencia significativa entre el grupo que ingiere flúor pre y postnatalmente.

De acuerdo con ésto podemos establecer tres conclusiones:

1o.- Los beneficios que otorga el flúor administrado prenatalmente.

2o.- No existe un criterio uniforme sobre cual es el mejor momento de la odontogénesis para comenzar la exposición del diente al flúor y obtener mejores beneficios.

3o.- Como los resultados de los trabajos clínicos hasta el presente no permiten tener experiencias sobre el beneficio del flúor en la etapa prenatal por lo que recomienda menos estudios en ese campo.

Los que recomiendan la ingesta de flúor en la embarazada porque encuentran que puede ser beneficioso se aconseja la administración de 20 gotas de solución de fluoruro de sodio cuando el contenido de flúor del agua de bebida es de 0.0.

SOLUCION DE FLUORURO DE SODIO. Otro aspecto para tener en cuenta es la protección de los dientes de la embarazada mediante la acción local de flúor que en forma local actúa bajo dos aspectos: sobre el esmalte y sobre la célula bacteriana. En el primer caso porque se deposita sobre la apatita y, mediante mecanismos de absorción, intercambio iónico y remineralización, se forma fluoruro de calcio y flúor apatita; y el segundo caso porque se comporta como antiséptico mediante varios mecanismos:

a) Interfiere en la adherencia de los microorganismos sobre la superficie de la película salival.

b) Produce la depresión de iones como los carbonatos y fosfatos que son indispensables para los microorganismos y

c) Inhibe las enzimas bacterianas que intervienen en la producción ácida. El flúor de acción local puede ser administrado a la embarazada en forma de topitaciones, enjuagatorios, soluciones, geles y pastas dentífricas.

FLUOR POSTNATAL. La Academia Americana de Pediatría determinó - que el flúor es un nutriente esencial que debe darse en cualquier - dieta a partir del nacimiento.

Las dosis aconsejadas son: desde el nacimiento hasta los dos años de 0.25 p.p.m.; entre los dos y tres años, 0.50 p.p.m. entre los - tres y seis años 0.75 p.p.m.; y después de los seis años, 1 p.p.m.

Actualmente el Dr. Mei, 10 en sus últimos trabajos, aconseja la - no administración de flúor hasta los seis meses, pero fundamentalmen - te en aquellos niños que son alimentados con productos lácteos sinté - ticos, dado que éstos, pueden traer en sus fórmulas la incorporación de flúor. (1)

ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO.

Una alimentación bien equilibrada es muy importante sin que se - deba comer por dos, abusando de determinados alimentos; ahora más - que nunca la mujer embarazada debe poner atención a la cantidad y a - la calidad de lo que come. Diversos estudios han demostrado las ven - tajadas de una buena nutrición antes y después del embarazo, ya que - las futuras mamás que llevan una buena dieta, presentan un mínimo de complicaciones.

Durante los primeros tres ó cuatro meses de embarazo, el bebé es - tan pequeño que no necesita mayor cantidad de alimentos que antes. - Sin embargo la calidad de éstos debe ser especialmente buena para - que incluyan todos los nutrientes necesarios para el desarrollo del - bebé y la protección del propio cuerpo.

Sin agregar calorías la calidad nutritiva de su dieta mejorará - con los llamados "alimentos protectores" que usted encuentra en los - siguientes grupos:

LECHE (incluyendo quesos, helados, yogurt, crema y otros derivados).

CARNE (incluyendo pescado, pollo, huevos, frijoles, chicharos y ocasionalmente nueces).

VEGETALES Y FRUTAS (sobre todo vegetales verdes y amarillos, frutas cítricas, melón, fresas, jiconates).

PAN Y CEREALES (enriquecidos ó de grano entero)

Debiendo consumirse de estos alimentos cantidades apropiadas antes de complementar los requerimientos calóricos con algunas grasas, dulces, pasteles, etc. alimentos que nutren poco y dan demasiadas calorías.

PLAN DE ALIMENTACION DIARIA

| | Mujer joven activa (no embarazada) | Mujer embarazada (2da. mitad emb.) | Mujer lactando |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Leche | 2 ó más tazas | 3 ó más tazas* | 4 ó más tazas* |
| Carne | 2 ó más raciones | 2 a 3 raciones** | 3 a 4 raciones** |
| Vegetales y frutas † | 1 ración+ | 1 ración + | 1 ó más raciones+ |
| Otros vegetales (algunos crudos) | 2 ó más raciones+ | 2 a 3 raciones+ | 3 o más raciones+ |
| Frutas cítricas (tomates, fresas ó melón) | 1 ración+ | 1 ó más raciones+ | 2 ó más raciones+ |
| Otras frutas | 1 ración+ | 1 ración+ | 2 raciones+ |
| Pan y cereal (enriquecido ó de grano entero) | 3 ó más raciones ** | 4 ó más raciones ** | 4 ó más raciones ** |

* Alternativas para una taza de leche: una taza de leche descremada ó leche agria, 1 1/4 taza de queso cottage, 1/3 taza de leche desgrasada ó leche entera en polvo.

** Alternativas para dos raciones de carne magra: 60 grs. de pescado ó pollo, dos huevos, media taza de queso cottage, una taza de frijoles cocidos, chícharos o nueces (ocasionalmente).

† Porciones de vegetales o frutas: media taza ó más.

°° Porciones de pan ó cereal: una rebanada de pan, media a tres cuartos de taza de macarrón cocido, espagueti ó arroz.

Verde obscuro ó amarillo; las raciones cuando menos tres veces por semana.

Este plan de alimentación diaria permite cierta flexibilidad en cuanto a la ingestión de calorías, existiendo también alternativas.

Para una mujer cuyo peso es normal antes del embarazo una ganancia de ocho a diez kilos está asociado con un desenlace más favorable del parto en si exigen una base fisiológica para un aumento materno de peso de unos 8 kgs.

En la mayoría de las mujeres embarazadas este resultado puede lograrse comiendo según el apetito, una dieta bien equilibrada, Eastman y Jackson encontraron que la incidencia de fetos de bajo peso al nacer era máxima en mujeres embarazadas con bajo peso antes del embarazo y escasa ganancia de peso durante la gestación, dichos embarazos son considerados de alto riesgo y debe estarse revisando continuamente el peso.

El Food and nutrition board, national research council, propone unas raciones dietéticas diarias recomendadas para mujeres entre 18 y 35 años de edad, que, cuando no están embarazadas presentan 1.60 mts. de talla (altura) y 51 kgs. de peso (revisado en 1968).

| ALIMENTOS | NO EMBARAZADAS | EMBARAZADAS | QUE LACTAN |
|-------------------------------|----------------|-------------|------------|
| Kilo calorías | 2.000 | 200 | 1.000 |
| Proteínas (g) | 55 | 10 | 20 |
| Vitamina A (VI) | 5,000 | 1,000 | 2,000 |
| Vitamina D (VI) | 400 | Ninguno | Ninguno |
| Vitamina E (VI) | 25 | 5 | 5 |
| Acido Ascórbico (mg) | 55 | 5 | 5 |
| Folacín (1) (mg) | 0.4 | 0.4 | 0.1 |
| Niacina (2) (mg) | 13 | 2 | 7 |
| Riboflavina (mg) | 1.5 | 0.3 | 0.5 |
| Tiamina (mg) | 1 | 0.1 | 0.5 |
| Vitamina B ₆ (mg) | 2 | 0.5 | 0.5 |
| Vitamina B ₁₂ (ng) | 5 | 3 | 1 |
| Calcio (g) | 0.8 | 0.4 | 0.5 |
| Fósforo (g) | 0.8 | 0.4 | 0.5 |
| Yodo (mg) | 100 | 25 | 50 |
| Hierro (mg) | 18 | Ninguno | Ninguno |
| Magnesio (mg) | 300 | 150 | 150 |

(1) Hace referencias a las fuentes dietéticas establecidas por análisis de Lactobacillus casei; el ácido pteroilglutámico puede ser efectivo a pequeñas dosis.

(2) Incluye las fuentes dietéticas de vitaminas más 1 mg. equivalente para cada 60 mg. de triptófano dietético. (8)

FUMAR: Las madres que fuman durante el embarazo a menudo dan a luz a fetos más pequeños que las no fumadoras.

Antes se recomendaba una limitación en el número de cigarrillos-

a no más de diez al día durante el embarazo; pero en vista de los -- evidentes peligros para las personas que fuman son muchos los obstetras que recomiendan la supresión total del tabaco, prescindiendo de cualquier posible efecto pernicioso en el embarazo.

ALCOHOL.- Aunque el alcohol atraviesa la placenta directamente - no se ha visto que su uso produzca alteraciones patológicas en la madre ó el feto ó que influya sobre el curso del embarazo. No obstante el alcoholismo crónico materno (madres alcohólicas) conduce a veces, a un subdesarrollo fetal y dicho retraso en el crecimiento es probable que persista después de nacer.

INMUNIZACION.- El embarazo no constituye contraíndicaci3n para - cualquiera de los métodos de inmunizaci3n, salvo para el sarampi3n - y la vacuna antirrubéolica, pues en la actualidad no está del todo - claro, si ésta, causa efectos perjudiciales en el feto y recién nacido; por lo tanto se debe evitar en las mujeres embarazadas y en las - que puedan quedar embarazadas durante los dos meses siguientes. (8)

Las razones por las que la mujer en estado grávido no asiste a - la consulta odontológica es:

- a) Por no sentir dolor ni molestias.
- b) Por nervios y miedo.
- c) Por falta de tiempo.
- d) Porque los odontólogos mismos se rehusan a atenderlas en su - estado.
- e) Por descuido.
- f) Porque no tienen dinero. (3)

EXISTEN CIERTAS DUDAS QUE EN GENERAL TIENEN LAS MUJERES EMBARAZADAS-COMO POR EJEMPLO:

P. ¿Cuándo empieza la formación de los dientes en el bebé?

R. Los dientes de los bebés empiezan su desarrollo meses antes del nacimiento. En la quinta o sexta semana de gestación aparecen "broces" dentales; y entre el tercero y sexto mes, la formación dental procede según un patrón establecido, para el momento del parto, los veinte dientes primarios (dientes de leche) que aparecerán durante los siguientes dos años y medio ya se encuentran presentes en las mandíbulas. Las coronas de estos dientes están casi completas; pero, se conservarán ocultas por las encías hasta que el lactante empiece la dentición.

P. ¿Qué puedo hacer para asegurar la salud dental mía y del bebé ?

R. La mejor forma de cuidar los dientes de su hijo por nacer es cuidar los suyos y conservar un estado general de salud satisfactorio. Eso significa:

Alimentarse en forma balanceada;

Cepillarse los dientes y usar hilo dental diariamente para eliminar la placa;

Evitar ingerir dulces y golosinas con almidón; y

Visitar al dentista con regularidad para hacerse examinar.

La formación de placa es una amenaza constante para la salud bucal. Las bacterias de la placa dental utilizan el azúcar y almidón - que usted ingiere, para producir ácidos. Estos atacan al esmalte dental y pueden causar caries.

Otros productos colaterales de la placa causan patología periodontal o de las encías. Para asegurar la salud dental es necesario -

ingerir una dieta balanceada, cepillarse y utilizar diariamente, el hilo dental para eliminar la placa.

P. ¿ Los alimentos que ingiero afectan los dientes del bebé?

R. Sí. Mientras se desarrollan los dientes del bebé, se requiere de calcio, fósforo, otros minerales y vitaminas. Al comer usted una dieta balanceada, cantidades adecuadas de esos nutrientes nutren tanto a usted como a su hijo. Al contrario de la creencia popular, el niño no toma su calcio de los dientes maternos. Cuando el pequeño requiere calcio, éste se obtiene de la dieta o de los huesos de la madre pero no de los dientes de ésta.

Obsérvese las recomendaciones del médico concernientes a la dieta durante el embarazo ya que él conoce sus necesidades específicas.

P. ¿ Es verdad que el embarazo es una amenaza para los dientes de la madre ?

R. No es cierto aquello que decían las comadronas de que se pierde un diente en cada embarazo. Si nota usted el desarrollo de más caries, podría deberse a un descuido de la higiene bucal durante este tiempo que es demasiado ocupado, o toma demasiadas golosinas hechas a base de carbohidratos fermentables. Trate de tomar esos alimentos durante la hora de las comidas, cuando son menos nocivos para los dientes. Si con mucha frecuencia se ingieren carbohidratos fermentables y no se elimina la placa fermentada en los dientes, aparecerán caries. De no tratarse esa caries podría provocar que perdiera el diente.

p. ¿ Por qué tengo molestias en las encías ?

R. La placa dental que causa caries también provoca aparición de pa-

biología periodontal. La placa no removida puede irritar las encías, enrojecerlas, volverlas hipersensibles y propensas a hemorragia al momento de cepillarlas. Esa situación, llamada gingivitis, puede ser el preludio de problemas más graves de encías y huesos que sostienen los dientes. Si padece usted esos síntomas, acuda a su dentista de inmediato.

Durante el embarazo, la gingivitis puede ocurrir con más frecuencia debido a una elevación de los niveles hormonales que puede exagerar la reacción de las encías a los irritantes en la placa. A pesar de los cambios hormonales, usted puede evitar la aparición de gingivitis, al mantener sus dientes limpios. Para conservar sanas las encías, cepille bien y utilice diariamente el hilo dental e ingiera una dieta balanceada.

P. ¿ El tratamiento dental durante el embarazo ofrece seguridad ?

R. Haga citas regulares con su dentista desde el inicio del embarazo. Si usted no lo ha visitado con periodicidad, se le tomará una historia clínica completa y es probable que el dentista desee consultar a su médico respecto a algún tratamiento necesario. La historia clínica y la consulta ayudarán al dentista en la decisión de modificar o no el tratamiento y en la determinación del mejor momento para aplicarlo.

En caso de necesitarse algún tratamiento, el dentista lo programará durante el cuarto a sexto mes del embarazo. Durante la etapa inicial de la gestación, algunas mujeres se sienten más ansiosas, nerviosas o con náuseas, comente esos problemas con el dentista para evitar stress físico o emocional innecesario, durante el tratamiento dental. Podría ser incómodo sentarse en la silla del consultorio durante el período prolongado y en los últimos meses del embarazo. Si-

usted tiene antecedentes de parto prematuro, el tratamiento dental - debe evitarse durante los meses finales. Por esas razones el segundo trimestre suele ser el mejor momento para tratar problemas dentales.

P. ¿ Debo evitar las radiografías mientras esté embarazada ?

R. Las radiografías dentales son herramientas diagnósticas importantes que ayudan al dentista a detectar caries y otros problemas - que podrían no ser visibles a simple vista. Su dentista es quien sugiere el mejor momento para efectuar un examen radiográfico. Si éste es necesario mientras usted está embarazada, factores diversos garantizan su seguridad: la cantidad de radiación producida - en el examen radiográfico dental es reducida y la exposición es - breve; el haz de rayos X es fino y normalmente no se dirige - hacia el abdomen; y, debe usarse un delantal de plomo que proteja el abdomen y el feto.

P. ¿ Durante el embarazo pueden utilizarse medicamentos anestésicos - para tratamiento dental ?

R. Algunos fármacos y anestésicos pueden utilizarse durante y des - pués del tratamiento dental. Sólo podrán administrarse productos - sin efectos indeseables comprobados. De ser necesario, su dentista consultará a su médico.

Informe al dentista si toma usted algún medicamento para que la - medicación necesaria, durante o después del tratamiento, sea compati - ble con cualquiera de las que toma en esa época. Asegúrese de sólo - ingerir la cantidad prescrita del fármaco. Si tiene dudas sobre los - efectos de algún compuesto pregunte a su dentista y al médico. (15)

b) MANEJO ODONTOLÓGICO GENERAL.

Muchos dentistas se preguntan cuando pueden tratar con seguridad a una paciente embarazada, igual que la paciente y sus familiares. - La futura madre sabe que debe tener asistencia dental pero mucha gente cree que esta se reduce a profilaxis y restauraciones simples y - que cualquier otro procedimiento se debe posponer hasta el nacimiento del niño, todo esto basado en el temor de producir un aborto, un trabajo prematuro ó un daño físico al feto; por ello el conocimiento y comprensión de la fisiología del embarazo es un requisito para ayudar a dispersar temores y ansiedades además de dar un manejo adecuado a éstas pacientes que deben ser tratadas como cualquier mujer - - adulta que entre al consultorio.

El embarazo en una mujer sana no es contraindicación para procedimientos dentales ó cirugía; sin embargo las bases de la ansiedad - se encuentran en el hecho de que la mujer aborte por causas que no - se conocen con claridad. Cuando sucede éste accidente, es cuando hay una tendencia humana, a culpar a alguien o a algo; lo cual no debe - impedir a uno el brindar un cuidado adecuado, aliviar el dolor, y - eliminar la sepsis bucal. Por otra parte el embarazo produce mu - chos cambios en la fisiología del organismo que hace que esa paciente sea especial, por lo cual es de mucha importancia conseguir que - la paciente se encuentre relajada en el consultorio y por supuesto - el profesional debe de estarlo también.

Existen ciertas recomendaciones del manejo odontológico en el embarazo lo cual debe ser una guía y no reglas a seguir de ser posible primeramente debemos establecer contacto con el gineco-obstetra de - la paciente, comentar su estado médico general, sus necesidades odon - tológicas y el tratamiento propuesto.

Es importante tomar en cuenta los abortos espontáneos (terminación natural del embarazo antes de la 20ava. semana) hacer notas que ningún procedimiento odontológico induce al aborto espontáneo, de cualquier manera es importante limitar los procedimientos relacionados con rayos X como medicamentos y stress durante el primer trimestre.

El primer trimestre o el período de organogénesis por lo que es mejor evitar cualquier procedimiento ante éste período crítico de la vida fetal; en general la embarazada que ha pasado éste período sin amenazas de aborto y no presenta complicaciones, puede someterse al tratamiento dental. Para la paciente embarazada normal, el segundo trimestre es el mejor momento para realizar tratamientos dentales debido a que la organogénesis ha terminado y los parámetros cardiovasculares como gasto cardíaco y volumen sanguíneo alcanzan su mayor magnitud. Durante el tercer trimestre aumenta la fatiga y hay una ligera depresión, además aumenta el peligro de un parto prematuro; en ésta etapa se deben evitar las sesiones muy prolongadas en sillón dental (ya que la posición supina traerá como consecuencia el síndrome de hipotensión supina).

Se recomienda sesiones cortas en posición semi-reclinada, permitiendo frecuentes cambios de posición.

Los procedimientos extensos como los de rehabilitación general, o tratamientos quirúrgicos importantes deben ser pospuestos para después del alumbramiento. (10)

En la primera cita de una gestante y después de haber llenado su ficha de identificación el odontólogo deberá preguntar la edad gestacional y en caso de ésta ser desconocida por la paciente, calcularla con el dato de la fecha de la última menstruación.

La duración promedio del embarazo humano, contado desde el primer día del último período menstrual, es de 280 días a 40 semanas, es costumbre calcular las fechas esperadas del parto descontando tres meses desde el primer día del último período menstrual y añadiendo siete días (regla de Naegle). Por ejemplo: si el último período menstrual de la paciente empezó el 10 de septiembre la fecha probable o espera del parto será el 17 de Junio.

Se considera primer trimestre de embarazo desde la concepción hasta la semana 13.5; segundo trimestre de la semana 13.6 a la 27; tercer trimestre de la semana 27.1 al final de la gestación.

El conocer la edad gestacional de la mujer nos permitirá ubicar el momento preciso que la mujer esté viviendo, ya que durante cada etapa surgen innumerables cambios funcionales que son consecuencia de la secreción hormonal por el cuerpo amarillo y la placenta después; además de los efectos mecánicos del útero agrandado con el feto. Los cambios señalados son parte integral de un proceso dinámico, debiendo considerar la diversidad de los mismos para planear y llevar a cabo nuestra práctica odontológica.

SIGNOS Y SINTOMAS DEL EMBARAZO

| 1er. Trimestre | 2do. Trimestre | 3er. Trimestre |
|---|--|--|
| * Suspensión de <u>menstruación</u> . | * Percepción de <u>movimientos fetales</u> . | * Amenorrea <u>continua</u> |
| * <u>Náuseas, vómitos</u> . | * <u>Contracciones uterinas</u> . | * <u>Contracciones uterinas más apreciadas</u> . |
| * <u>Sensación de hormigueo en las glándulas mamarias</u> . | * <u>Palpación e identificación del feto</u> . | * <u>Aumento de moles pélvicas</u> . |
| * <u>Cambios en el útero</u> | * <u>Ruidos cardíacos fetales</u> . | * <u>Menos compresión del abdomen (aligerauriento)</u> . |
| | * <u>Cambios dérmicos</u> . | |

(4)

Para el cirujano dentista tiene importancia el tener presente ésos eventos, que no será lo mismo la atención dental de una paciente que cursa el primer trimestre de la gestación y que en algunos casos por aumentar la posibilidad de regurgitación, náuseas, vómito, nos vemos en serias dificultades para que tolere el dique de hule, por ejemplo al recibir una mujer en las últimas semanas del evento reproductivo, y que por los cambios en forma y tamaño del útero, con una migración ascendente, éste desplaza el contenido abdominal hacia arriba, lo cual a su vez comprime el diafragma en sentido ascendente, así como el hecho de que la frecuencia cardíaca también puede aumentar unos quince latidos por minuto en comparación con los normales, y el incremento en el gasto puede aumentar impresionantemente si se comprime la vena cava, siendo ésto un fenómeno progresivo causado por el útero agrandado.

En el segundo y tercer trimestre la compresión adquiere mayor importancia y en éste lapso la mujer puede mostrar mayor hipotensión simplemente al colocarse en decúbito dorsal (supino) en el sillón

dental.

Considerado el desplazamiento visceral las sesiones dedicadas para la atención estomatológica deberán ser breves, no mayores de veinticinco minutos.

Existen signos de alarma en el embarazo que el operador debe conocer perfectamente y que de presentarse en cualquier etapa de la gestación, amerita la asistencia inmediata a un servicio de urgencia.

* SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.

- 1).- Salida de sangre por la vagina sin importar la cantidad ni los meses de embarazo.
- 2).- Ausencia de los movimientos del bebé.
- 3).- Ruptura de membranas, salida del líquido por la vagina sin importar los meses de embarazo, cantidad, olor o color.
- 4).- Hinchazón de varias partes del cuerpo especialmente si se acompaña de dolor de cabeza, zumbido de oídos o destellos luminosos.
- 5).- Fiebre, temperatura de 38°C ó mayor sin causa aparente.
- 6).- Contracciones uterinas.
- 7).- Dolor abdominal de aparición brusca, persistente e intenso.(4)

Una vez realizado el examen bucal y bajo el supuesto de que la paciente curse con un embarazo normal (dado que la atención odontológica en embarazo de alto riesgo se tratará posteriormente), la prioridad estará encaminada a la detección y tratamiento de aquellas lesiones cuyo riesgo es desencadenar un proceso agudo infeccioso esa mayor (caries extensa, restos radiculares, calcificaciones de placodantobacteriana y otros). El interés en eliminar lo más rápidamente los focos de infección potenciales en este período, está en función de que el embarazo es un posible causante de una deficiencia inmunitaria transitoria.

Las gestantes tienen un riesgo especial de infectarse con diversos tipos de microorganismos incluso posibles patógenos, por las continuas exposiciones (por ejemplo: más visitas a clínicas, hospitales, estrecha relación con niños pequeños). La gran mayoría de éstas infecciones son de vías respiratorias altas, aparato digestivo y algunos del aparato genitourinario.

En ocasiones el microorganismo infectante invade el torrente circulatorio e infecta al feto, la vía usual de contagio para el feto es la diseminación transplacentaria consecutiva a la infección materna. No obstante ésta situación, existe neutralización de los agentes infecciosos por la madre a través de sus mecanismos de defensa ó el tratamiento de antibióticos cuando es necesario.

RUTAS DE INFECCION FETAL Y SUS EFECTOS

| | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| Sin compromiso fetal ó placentario | Infección materna | Infección placentaria |
| Sin acción sobre cre- cimiento y viabili- dad fetal | Infección fetal | Sin infección fetal |

Alteraciones del crecimiento y viabilidad fetal.

| | | | |
|--------------------|------------------|------------------------------|---|
| Muerte embrionaria | Aborto u óbil | Malformaciones congénitas | Prematuridad, re- tardo del creci- miento <u>intrauteri-</u> <u>no</u> . |
|--------------------|------------------|------------------------------|---|

En paralelo con la detección y tratamiento de la infección, la -

importancia que tiene la inclusión de la paciente en acciones educativas, ayudará a promover su salud, crear conductas positivas y se eliminará a través de la información adecuada al tabú "boca-embarazo".

La educación dental durante ésta etapa debe incluirse en el modelo de atención odontológica durante la gravidez, en vista de que la creencia popular distorsiona los conceptos al respecto, y estimular a la mujer gestante que ha sido canalizada al servicio de estomatología para adquirir destrezas y conocimientos que influyan en la salud de su boca.

El manejo de la gestante en el consultorio va a estar determinada en mucho por la edad gestacional; ya que si la paciente se encuentra en el primer trimestre de gestación, el periodo para tratarla será mayor, a que si como es frecuente sea canalizada en un tercer trimestre, reduciéndose el tiempo en que se le puede tratar antes de dar a luz; teniendo como objetivo el binomio: madre-feto⁶.

*

RUTA CRITICA

Examen estomatológico*

Exploración

Rayos X

Diagnóstico

Plan de tratamiento

Detección de focos infecciosos

- Eliminación de focos infecciosos.
- Educación para la salud dental
- Raspado coronal.
- Programa personal de la placa (control de)
- Eliminación de procesos cariosos.
- Reafirmación de raspado
- Elaboración de prótesis.

* Incluyendo el perfil biopsicosocial de la paciente

(5)

El mejor tratamiento es prevenir que ocurra, esto es especialmente cierto en la mujer embarazada, en quien todo el tratamiento dental necesario debe preferiblemente haberse completado antes de quedar encinta. Los terceros molares inferiores parcialmente erupcionados cubiertos con colgajos de tejido blando y propensos a la infección, deben haberse extraído; los dientes cariados y la infección periodontal deben haberse tratado.

Se ha estimado que uno de cada cinco embarazos termina en aborto y que la gran mayoría de éstos ocurre en las primeras doce semanas de gestación, generalmente más firmemente adherido al útero, y la po

sibilidad de aborto se reduce en forma marcada. En una mujer susceptible, casi cualquier estímulo, emocional ó físico, puede ser suficiente para inducir al aborto. Si una mujer se presenta con un dolor dentario intenso ó una infección aguda en su primer trimestre de embarazo, es indudablemente cierto que el stress que causa esta situación debe eliminarse con un tratamiento inmediato. En una situación de este tipo, el daño posible a la madre y al hijo permitiendo que el proceso nocivo siga su curso natural, es mucho mayor que el stress de una operación para aliviar los síntomas agudos. Una incisión, una extracción de un diente doloroso y el tratamiento paliativo necesario si están indicados y deben hacerse a pesar de lo reciente del embarazo. Si es necesario un tratamiento dentario de emergencia en los primeros tres meses, hay que cuidar en forma adecuada disminuir el stress emocional por medio de anestesia adecuada, la sedación si es necesario, limitando la duración de cada sesión, y evitando la hipoxia.(7)

MEDICACIÓN EN EL EMBARAZO.

Los medicamentos pueden ocasionar daños de diversa índole, tanto a la mujer embarazada como al feto; por eso es imperioso evitar cualquier medicación innecesaria o excesiva. Se sabe que el feto no metaboliza ni detoxifica determinadas drogas, esto sucede a causa de la inmadurez del hígado y de las funciones enzimáticas fetales. La mayoría de las drogas atraviesan la barrera placentaria, la cantidad que lo hagan depende de su tamaño molecular pero particularmente son las liposolubles que son la mayoría de los anestésicos entre ellas.

En el primer trimestre, la aparición de ciertas drogas pueden llegar a provocar el aborto, la muerte del embrión ó trastornos teratogénicos de diferente tipo; en cuanto a la segunda mitad del embarazo, los trastornos pueden ser múltiples, como por ejemplo: las nar

cas dentarias provocadas por las tetraciclinas ó la ictericia provocada por el clorafenicol. (1)

Desde la aparición de ciertas deformidades congénitas debidas al uso de tranquilizantes, thalidomida, hay un renovado interés en el estudio del efecto teratogénico (fisura del paladar, etc.) de las drogas. Fueron estudiados diferentes tranquilizantes y sedantes tales como thorazine, stellazine y Doriden y se informó que inducían al aborto ó producían el nacimiento de crías deformadas en animales; otros hallazgos indican que la reserpina, cortisona, vitamina K, algunas sulfas estimulantes del sistema nervioso, Propylthiouracil y ahora un antibiótico: la tetraciclina, que es relativamente inocua para la madre, son nocivas para el feto.

TETRACICLINAS.- En efecto todas provocan la inhibición del crecimiento óseo y coloración de los dientes ésto último si el antibiótico se administra a la madre durante el período de calcificación de los dientes, tiempo que comienza alrededor del cuarto y quinto mes en el útero, la administración del antibiótico después del cuarto o quinto mes produce efectos nocivos. Hasta los dos años de edad, los dientes temporales afectados presentan una coloración amarilla que es más intensa en la superficie oclusal y en el 1/3 cervical de los dientes. A la edad de cuatro ó cinco años, los dos tercios incisales de la corona aparecen opacos ó grises con pigmentación amarilla obscura ó parda en el 1/3 cervical y en dientes muy afectados hay unos cambios grotescos de forma. (10)

ANESTESICOS.- En una paciente embarazada tranquila, se prefiere anestesia local sin drogas adicionales; ésta se puede incorporar, sin tener reacciones desagradables, vasoconstrictores comunes tales como epinefrina ó neo-coberfin, en concentraciones habituales. Cuando hay hipertensión se hará una consulta previa con el médico de la

paciente; pero a pesar de todo se aconseja el uso de vasoconstrictores en concentraciones mínimas, pues las ventajas sobrepasan mucho sus desventajas. En pacientes ansiosas y atemorizadas, se utilizan sedantes y/o narcóticos, agregados a la anestesia local; es preciso tener en cuenta que éstos pasan la barrera placentaria, pero si el embarazo es normal, cualquier dosis que no deprima en forma seria a la madre será inocua para el feto.

La anestesia general no está necesariamente contraindicada y se utiliza sin temor cuando esté indicada, existen, sin embargo, algunos aspectos inherentes a la anestesia general que pueden llegar a ser perniciosos para la paciente y el feto. A comienzos del siglo, la cirugía durante el embarazo estaba asociada a una mortalidad de la madre en un 35%; la cirugía moderna y las técnicas de anestesia, junto con el uso de antibióticos, reemplazo de sangre, plasma y electrolitos más los cuidados pre y post operatorios perfeccionados, han dejado atrás estos riesgos. Sin embargo la mujer embarazada merece especial atención en los procedimientos anestésicos; recordando que la organogénesis humana ocurre al comenzar la gestación se puede ver que los agentes anestésicos no influyen en los diferentes teratogénicos si se les administra durante el segundo ó tercer trimestre del embarazo. Cualquier otro tipo de anestesia manipulada de manera correcta se puede administrar a la paciente embarazada sin temer que el agente en sí produzca inconvenientes.

Durante la anestesia se produce una difusión inadecuada hacia la placenta (a causa de la variedad de factores, tales como hipotensión y/o hiperventilación) y también se produce tanto una hipotensión pasajera como prolongada; un paciente normal soporta caídas pasajeras de la presión sanguínea, lo mismo ocurre con la madre pero con el feto no, debido a la atmósfera tan baja en oxígeno en la que vive por ello es necesario evitar la hipoxia durante la anestesia pues el

feto, a diferencia de la madre, no soporta una caída y la resultante reducción del oxígeno disponible a raíz de la presión baja, ni si quiera durante periodos cortos ya que la caída de la presión sanguínea puede producir la separación de la placenta y el feto puede nacer muerto.

En vista de esto es de importancia extrema, cuando se administra anestesia general a una paciente embarazada, evitar alteración en la presión sanguínea y mantener una oxigenación adecuada en todo momento.

Hasta la fecha no se demostró que un anestésico fuera mejor que otro para pacientes embarazadas, en tanto sea normal el estado cardiovascular y respiratorio. Está contraindicado el uso de tiopental-sódico ó alguno de los barbitúricos de acción ultracorta, a modo de anestésico, pues cuando se utiliza solo causa paro respiratorio pasajero y/o una caída intensa de la presión sanguínea. El óxido nítrico y oxígeno solamente no es suficiente para mantener anestesia quirúrgica y la reacción a estímulos dolorosos produce una tensión peligrosa.

Los barbitúricos de acción muy rápida son agentes ideales para lograr inducción. Entonces se debe "equilibrar" la anestesia como óxido y, si fuera necesario agregar algún analgésico narcótico. Entre los anestésicos de inhalación completa, el ciclopropano sostiene la presión sanguínea y se administra con concentraciones altas de oxígeno; sin embargo es explosivo y se usa pocas veces en el consultorio dental. Otro inhalante el halotano también se usa con concentración de oxígeno, pero tiene efecto sobre el sistema cardiovascular, y la hipotensión y bradicardia son comunes.

La premedicación se emplea como auxiliar de la anestesia local ó general utilizando narcóticos e hipnóticos sedantes los cuales se ad

ministran por vía bucal ó endovenosa, siendo para la embarazada la dosis media que recibe un paciente común ó levemente inferior a la medida debido a su disminuída función del riñón; si éstos tranquilizantes se dan únicamente como premedicación y no en forma repelida no habrá consecuencias negativas por su empleo, pero es prudente no recetar éstas drogas por períodos prolongados sobre todo cuando estudios recientes sobre animales indican que alguno de ellos (por ejemplo: Thalidomida y algunos derivados de la fenotiacina) son agentes-teratogénicos. (10)

Es obvio que lo mejor sería no administrar drogas durante el embarazo, principalmente durante el primer trimestre, lo cual es casi imposible, pero podríamos decir que las drogas utilizadas en la práctica odontológica, nos dan una relativa seguridad a excepción de algunas:

ANALGESICOS.- Dentro de los analgésicos no existe elección de droga y podrá administrarse cualquiera de ellos teniendo siempre en cuenta la posibilidad de daño ya que todos los analgésicos narcóticos ó no narcóticos atraviesan la barrera placentaria. Los narcóticos en particular (morfina y heroína) pueden causar adicción en útero, como depresión respiratoria grave; miosis y síntomas de abstinencia en el niño por nacer; en cambio la codeína es inocua.

HIPNOTICOS.- Ya traté éste punto un poco más adelante sin embargo aclararé que aunque los barbitúricos alcanzan en el feto un nivel del 70% en comparación con el nivel materno, si la madre no sufre ningún trastorno fisiológico durante la anestesia general ó al recibir una sobredosis de medicación oral, no hay pruebas de que éstas drogas provoquen el aborto ó acarreen malformaciones congénitas.

ANTIBIOTICOS.- De ser imprescindible la medicación, el antibióti

co de elección será la penicilina que es inocua en todos los aspectos, la eritromicina y la ampicilina son también inofensivas. Si éstas no fueran activas contra el germen existente podrán utilizarse cefalosporinas sin riesgo fetal; pero los otros antimicrobianos de uso común sí son nocivos como las sulfamidas, tetraciclinas, estreptomycinina, lincomicina, clindamicina y novobiosina.

ANTIEMÉTICOS.- Se comprobó que la difenhidramina y la clorfeniramina son inertes en el feto y se pueden prescribir sin peligro.- La difenhidramina también puede ser un útil antinauseoso y soporífero (que induce al sueño ó sopor) suave, dos aspectos del embarazo que muchas veces requieren medicación y corrección.

ANTIÁCIDOS.- Las sales de aluminio de los antiácidos no atraviesan la placenta y por lo tanto, no suscitan toxicidad.

TRANQUILIZANTES.- Muchas drogas de ésta clase son peligrosas y otros inspiran reservas; sin embargo nosotros como dentistas, no podemos ignorar en la paciente embarazada los riesgos inherentes de los reflejos resultantes del stress emocional y físico. El stress emocional durante la anestesia local puede evitarse ó reducirse al mínimo con una buena premedicación a base de hipnóticos adecuados como el pentobarbital (nembutal) ó el clorhidrato de Meperidina (Demerol). El crordiazepóxido y Diazepam (poseen una acción similar) atraviesan la barrera placentaria en un 100% aunque no se comprobó que sean teratógenos; por lo tanto todas las drogas de éste grupo deben administrarse con cautela, durante el primer trimestre del embarazo.

El hidrato de cloral y los barbitúricos merecen prioridad si es imperioso sedar a la embarazada.

ANALGÉSICOS LOCALES.- Los analgésicos locales, en particular los de la serie de la anilina, no están restringidos si se trabaja con -

una técnica correcta (aspiración).(12)

PRE Y POSTOPERATORIO EN LA EMBARAZADA.

Todas las precauciones que se deben tomar en cuenta están dirigidas a que no sea afectada la perfusión sanguínea interútero placenta ria, y ésto puede producirse por la hipotensión neurogónica (stress) ó por una hemorragia importante relacionada con la intervención. Estas hemorragias no se producen generalmente en las embarazadas por - que tienen un incremento en los factores de coagulación. La época de elección para realizar una intervención, es el segundo trimestre del embarazo. (1)

ADMINISTRACION DE FARMACOS.

| INDICADOS | CONTRA INDICADOS |
|---|---|
| Anestésicos locales (lidocaína, mepivacaína) | Sedantes hipnóticos (Diazepam, barbitúricos) |
| Analgésicos (aspirina, codeína) | Analgésicos (acetaminofen, fenacetina) |
| Antibióticos (penicilina, eritromicina) | Antibióticos (tetracilina, estreptomina) |

(12)

RADIACION Y EMBARAZO.- Cuando la irradiación es recibida por la embarazada durante el primer mes de gestación se produce lo que se conoce como la ley del "todo ó nada", es decir o no incide sobre el embarazo o se produce la destrucción total del huevo con un aborto espontáneo que podría ser tomado como un simple atraso de la menstruación. (1)

El precio del abuso de los rayos X es una multitud de alteraciones en los tejidos del organismo incluso variaciones genéticas y la muerte.

Entre los efectos más frecuentes se encontró microcefalia, defectos del cráneo, espina bífida, ceguera, paladar hendido y pie zambo. Se ha demostrado que aún pequeñas dosis de radiaciones pueden provocar un retraso en el crecimiento fetal que fluctúa de moderado a grave; otro aspecto teratogéno de la radiación es su efecto mutagénico.

Stewart (19) y Kneale han señalado que la exposición fetal en el momento de la pelvimetría materna ha originado mayor número de casos de leucemia y cáncer. Los cálculos de Stewart sugieren que el 6% de los cánceres en niños pudieron haber sido inducidos por exámenes radiológicos hechos a madres mientras estaban embarazadas.

No deben administrarse durante el embarazo yodo y fósforo radioactivos pues éstos isótopos llegan al feto en dosis nocivas.

Los efectos de la radiación prenatal varían notablemente con la edad del embrión o feto entre el día 18 y 20 de la organogénesis es posible que de 50 a 500 R. de exposición causen la muerte del producto o anomalías fetales. Después del 50vo. día de vida hay menos probabilidades de que ocurran efectos teratogénos, éstos deben considerarse como posibles si la exposición alcanza los 50 R ó más durante el primer trimestre del embarazo. Las técnicas de ultrasonido deben emplearse con fines diagnósticos en vez de las técnicas radiológicas, siempre que sea posible. (12)

RADIOGRAFIAS DENTALES.- Hoy en día las pacientes desean saber:

- 1).- ¿ No son peligrosas las radiografías dentales ?
- 2).- ¿ Cuántas radiografías pueden tomarme sin peligro ?

Respuestas:

1).- Los efectos biológicos y genéticos están sometidos a constantes investigaciones y la respuesta no es simple ni se conoce bien. Se cree que la radiación ionizante tiene un efecto nocivo sobre la evolución de nuestra especie, por lo que se deberá recurrir a la radiografía solamente en casos estrictamente necesarios y únicamente para placas de aleta, panorámicas ó periapicales aisladas; sin embargo la irradiación de una zona específica (películas dentales) es menos dañina en términos de la vida del individuo que una irradiación mayor del organismo (películas de pecho por ejem.)

2).- Hay una respuesta simple, las radiografías dentales son esenciales para determinar un diagnóstico bucal adecuado, cualquier cantidad de irradiación que sea necesaria para obtener películas preliminares al tratamiento dental es segura, ésta filosofía se aplica a mujeres embarazadas y niños; sin embargo la seguridad en el uso de rayos X radica principalmente en el uso de película rápida, filtros adecuados, alta potencia del aparato, y la protección con delantal de plomo, teniendo en cuenta que ya que toda irradiación es acumulativa, se eliminará toda la innecesaria al evitar repetir las películas por causa de la ineptitud del dentista.

Cuando se expone una película en odontología la radiación primaria penetra a través de un área de piel de aproximadamente 7 a 10 cms. de diámetro. Las células que se hallan en éste círculo reciben la radiación primaria; las radiaciones secundarias son producidas por estos rayos a medida que pasan a través de los tejidos y las células que reciben rayos secundarios son las que se encuentran fuera del rayo primario. La filtración y la colimación adecuada del rayo primario disminuye la difusión y la radiación secundaria.

La radiosensibilidad del tejido es directamente proporcional a su capacidad de reproducción e inversamente proporcional a su grado de diferenciación. Si la cantidad pequeña de radiación sobre el rostro es inocua, la radiación secundaria se difunde hacia las gónadas - por ello se debe reducir la radiación cuanto sea posible. El feto - por hallarse próximo a la fuente de irradiación es vulnerable a la irradiación total del organismo. El uso de delantales de plomo colabora con la protección. (10)

Por todo lo anteriormente descrito se deberán tomar a la embarazada solamente aquellas radiografías que sean indispensables y se le protegerá (como ya había mencionado) con un delantal de plomo.

La comisión de energía atómica aconseja la no exposición de la - mujer embarazada, dentro de lo que sea posible, a ninguna irradiación ionizante. Lo aconsejable para la odontóloga embarazada, es la suspensión de la toma de radiografías durante los nueve meses de gestación. (1)

SUGERENCIAS: CONSIDERACIONES A TOMAR EN CUENTA:

- 1).- La posición de la paciente en el sillón dental será semisen-tada 160° para evitar el síndrome de posición supina.
- 2).- Valorar el uso del dique de hule en pacientes con hiperemesis.
- 3).- Los procedimientos elegidos deben realizarse con eficacia y eficiencia y en sesiones breves no mayores de veinte y cinco minutos.
- 4).- Anestésiar depurando la técnica para evitar intentos fallidos, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado sobre anestésicos.

5).- Eliminación de caries y obturación de la pieza dentaria en una sola cita, siempre que se den las condiciones clínicas favorables; evitar la colocación de curaciones temporales, dado que por la propia evolución del embarazo no se tiene la seguridad de que la paciente acudirá a las siguientes citas.

6).- En tratamientos de conductos, tratar de instrumentar adecuadamente y con extrema precaución, para evitar perforaciones de ápice y condicionar bacteremias transitorias.

7).- En caso de abscesos periapicales y/o parodontales realizar de inmediato un tratamiento adecuado.

8).- Para el uso y no abuso de medicamentos, durante la gestación se sugiere las recomendaciones propuestas en este mismo capítulo (medicación en el embarazo).

9).- Adiestrar a la paciente en una técnica de cepillado correcta, uso de hilo dental etc. para mejorar su higiene.

10).- Una vez terminado el tratamiento, al finalizar la consulta, ayudar a la paciente a descender del sillón dental, dado que el volumen del abdomen le dificultará en muchas ocasiones esta maniobra.

11).- "Para el odontólogo la mujer embarazada no debe ser una paciente diferente, pero sí una paciente especial." (5)

c) PATOLOGIA DEL EMBARAZO.

Embarazo de alto riesgo es aquel en que existe una elevada posibilidad de enfermar y dejar secuelas tanto en la madre como en el feto ó en el recién nacido ejemplos típicos de éstas son las diabéticas y las gestósicas en el caso de la primera si es imprescindible una intervención odontológica es conveniente una consulta previa con el diabetólogo pues posiblemente se aconseje el suministro de una dosis mayor de insulina; en cuanto a las gestósicas que son aquellas que presentan hipertensión inducida por el embarazo tienen una serie de complicaciones psicológicas y se les maneja con dietas especiales, sedantes y sustancias hipotensoras. (1)

La preeclampsia (estado de toxemia que precede a la aparición de eclampsia) se observa casi exclusivamente en el tercer trimestre, se caracteriza por cambios biológicos profundos, y rápidamente progresivos. Sus características incluyen vasoespasmo generalizado y retención excesiva de sodio y agua. Las manifestaciones clínicas incluyen aumento excesivo de peso, edema, hipertensión y proteinuria. La preeclampsia y la eclampsia son la misma enfermedad; la eclampsia es sencillamente una prolongación de la preeclampsia, ambos casos se llaman toxemia gravídica.

La eclampsia (ataque súbito de convulsiones tónico-clónicas seguido generalmente de coma) difiere de la preeclampsia sólo por la existencia de convulsiones generalizadas, caracterizando un trastorno grave síntomas visuales y gastrointestinales, junto con oliguria ó anuria. Este proceso se limita únicamente a las últimas veinte semanas del embarazo, apareciendo sobre todo durante las diez últimas.

FRECUENCIA: Durante el embarazo el 8% de las mujeres muestran cierto grado de hipertensión con proteinurias ó sin ellas.

ETIOLOGIA: Se ha buscado constantemente una toxina específica, pero no se ha descubierto alguna aunque se conocen los siguientes factores predisponentes: nuliparidad (que nunca se ha efectuado al gón parto), historia familiar de eclampsia ó preeclampsia, fetos múltiples, diabetes, hipertensión crónica, molahidatiforme o hidropesía °fetal (° acumulación del líquido seroso trasudado en una cavidad ó tejido celular).

TRATAMIENTO: El checar frecuentemente el peso de la mujer, la restricción de la sal, investigar edema y la estimación periódica de la presión arterial tienen la finalidad de descubrir en etapa temprana y prevenir la eclampsia, lo cual impide que la eclampsia benigna se agrave, y a menudo también que la preeclampsia llegue a eclampsia; lo siguiente ayuda a disminuir la gravedad del síndrome eclamptógeno: nutrición adecuada, prevención de la fatiga física y mental, restricción de sal y regulación del peso. (12)

DIABETES: La diabetes mellitus es un trastorno cuya base genética no se ha explicado y su manifestación está sumamente influida por factores ambientales, hormonales y posiblemente inmunizarios; cuando se manifiesta objetivamente se caracteriza por insuficiencia de insulina, causando cambios importantes en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas; estas alteraciones se acompañan de cambios en los vasos sanguíneos dando lugar a las complicaciones crónicas de la diabetes.

La diabetes puede clasificarse de acuerdo a su gravedad:

- a).- Diabetes latente ó prediabetes;
- b).- Diabetes química;
- c).- Diabetes gestacional.

Diabetes gestacional, es la que se manifiesta durante el embara-

zo que no fue descubierta antes del mismo.

FISIOPATOLOGIA: Durante el embarazo las concentraciones progresivamente crecientes de hormonas gonadales y somatomotropina coriónica (membrana externa del huevo uterino que le sirve de envoltura protectora y nutricia) circulantes, antagonizan los efectos de la insulina y dan lugar a una producción aumentada de ésta en pacientes normales. En pacientes con producción limitada de insulina pueden aparecer anomalías en el metabolismo de carbohidratos ó, si ya existen, pueden volverse más graves.

EFFECTOS DE LA DIABETES SOBRE EL EMBARAZO: Pocas mujeres con diabetes mellitus tienen éxito en la procreación, sin embargo en pacientes con diabetes bien controlada, la fertilidad parece ser normal. Hay aumento en las complicaciones maternas del embarazo incluyendo pre-eclampsia-eclampsia, polihidamnios (hidropesía del amnios) infección de las vías urinarias y candidiasis bulbovaginales que son particularmente problemáticas.

La presencia de diabetes en la mujer embarazada puede afectar de manera profunda al feto; hay una frecuencia creciente de muerte fetal en particular durante las últimas semanas de la gestación, además hay anomalías congénitas en el feto que son tres veces más altas que en la población en general y hay una frecuencia mayor de síndrome de sufrimiento respiratorio. Son más comunes la hipoglucemia, hipocalcemia (disminución de la glucosa contenida en la sangre y reducción del calcio en la sangre), choque, insuficiencia cardíaca y otros trastornos.

TRATAMIENTO: El tratamiento apropiado requiere cooperación y constante comunicación entre la paciente, su obstetra y el médico que la esté tratando en su diabetes. (12)

CONDICIONES ADQUIRIDAS ASOCIADAS A HEMORRAGIA ANORMAL DURANTE EL EMBARAZO.

Los problemas de sangrado anormal que se observan en cualquier época de la vida, son, sin duda alguna, adquiridas; es decir, existe un antecedente claro de infección subyacente ó bien de la ingesta ó exposición a medida que se saben capaces de afectar directa ó indirectamente los mecanismos de coagulación y/o de disolución del coágulo.

Los fármacos que con mayor frecuencia se observan que actúan sobre los mecanismos de coagulación son los analgésicos comunes (aspirina, dipirona, acetaminofén) Es habitual la automedicación en la mujer gestante y se sabe que una sola dosis de menos de 150 mg. de aspirina, alarga el tiempo de sangrado de uno a cinco días; si a esto se agrega el trauma habitual que ocurre durante algunas maniobras - odontológicas (raspado coronal, extracciones) dando por resultado el sangrado prolongado y de intensidad variable de las encías y/o del sitio de lesión.

Otras con condiciones adquiridas capaces de crear alteración de la coagulación en las mujeres embarazadas, son aquellas enfermedades que por lo general, ocurren independientemente del proceso de la gestación y se dividen en enfermedades de origen hematológico y no hematológico.

CONDICIONES NO HEMATOLOGICAS

- Insuficiencia renal
- Desnutrición avanzada.
- Diarrea aguda ó crónica
- Obstrucción de vías biliares.
- Cirrosis hepática.
- Cáncer.
- Toxemia del embarazo.

CONDICIONES HEMATOLOGICAS

- Púrpura trombocitopénica autoinmune.
- Trombosis venosas.
- Uso de anticoagulantes y - - otros medicamentos.

Los cambios fundamentales que ocurren en los mecanismos de la hemostasia luego de una extracción dentaria son significativas; se ha descrito que la pulpa dental y el alvéolo contenían activadores de plasminógeno en gran contenido. Es decir se encuentran acelerados los mecanismos de disolución del coágulo, favoreciendo la hemorragia bucal; ésta alteración es más evidente en pacientes con hemofilia ó con algún otro tipo de enfermedades hemorrágicas; por ello se utilizan en éstos pacientes ácido epsilon-amino caproico (AMICAR), tanto en tabletas como en aplicación local mediante nebulizaciones, para disminuir el sangrado postexodoncia y en otros tipos de cirugía bucal.

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES HEMORRAGICAS.

- 1.- Pacientes con diagnóstico de disminución de plaquetas (trombocitopenia) ó déficit severo de coagulación.

Este grupo de pacientes obstétricas requieren una evaluación muy cuidadosa, es aconsejable no efectuar ningún procedimiento esto-

matológico cruento por el riesgo de sangrado oral abundante, se debe de solicitar valoración y manejo previo a un especialista en la materia como es el hematólogo.

2.- Pacientes candidatas a cirugía bucal:

Debemos formular un interrogatorio sobre la ingesta de medicamentos en las últimas cuatro semanas, y/o buscar lesiones hemorrágicas en la piel, aunque no es posible predecir con exactitud el riesgo de sangrado anormal durante cualquier intervención quirúrgica, debemos también tomar en cuenta el siguiente diagrama:

| Historia Clínica | Procedimiento odontológico cruento. | Examen general |
|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Suspensión de medicamentos | Sangrado normal | Sangrado anormal persistente. |
| | Laboratorio: | Especialista: |
| | Bionetría hemática | |
| | Tiempo de protrombina | Internista |
| Sangrado anormal | Tiempo de tromboplastina | Hematólogo |
| | Tiempo trombina | |
| | Plaquetas | |

3.- Estudio del paciente con sangrado leve:

Aquí se requiere también de una evaluación médica cuidadosa; se debe tener una opinión especializada, aún cuando es probable que éste paciente tenga una hemorragia bucal postexodoncia normal (más de una hora) en solamente una de cada tres extracciones dentales. Se puede efectuar manejo estomatológico en el consultorio sin mayor - -

riesgo para el paciente, teniendo cuidado en efectuar las correctas maniobras de hemostasia de tejidos con vigilancia estrecha de la hemorragia post-exodoncia e interconsulta con el hematólogo ante cualquier anomalía.

4.- Pacientes con alto riesgo de presentar coagulación intravascular diseminada:

Por la existencia de una enfermedad primaria es poco probable de que estos pacientes requieran de un manejo estomatológico, aún si su manejo es intrahospitalario, siendo necesaria la evaluación por un equipo médico de especialistas. (2)

CIRUGIA Y ENFERMEDAD FETAL.- En el centro médico de la Universidad de California entre 1959 y 1965 se hizo un estudio con la intención de mostrar una correlación entre la cirugía y la enfermedad y mortalidad fetal, se estudiaron 973 pacientes y 147, tuvieron operación durante el embarazo; la cirugía incluía tanto procedimientos grandes como pequeños y los resultados fueron:

| | Grupos quirúrgicos | No quirúrgicos |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Partos prematuros | 13 | |
| Defectos en el niño | 8 | Más ó menos igual |
| Mortalidad | 7.5% | 2% |
| Niños con menos de 2.500 gr. de peso | 15.6% | 9.9% |

El análisis del tipo de operación y anestesia, revela que la enfermedad quirúrgica de la paciente probablemente era un factor mucho más importante en la producción de las complicaciones que la técnica

quirúrgica ó anestésica.

Sesenta y nueve pacientes sufrieron cirugía pequeña y cincuenta de ellas recibieron anestesia local, ninguna de las pacientes tuvo complicaciones anestésicas ó quirúrgicas. La investigación hizo resaltar que no se pudo hacer correlación estadística válida de ningún tipo entre los partos prematuros y la cirugía en grupos de estudio bien controlados. (1)

MANIFESTACIONES CLINICAS BUCALES DURANTE EL EMBARAZO.

Caries en el embarazo.- Por muchos años el dicho "un diente por cada hijo" ha sido citado con profusión, pero es un concepto equivocado pues no existe algún mecanismo para el retiro normal del calcio de los dientes como lo hay en los huesos, de manera que cada feto no puede calcificarse a expensas de los dientes maternos es decir que no existe movilización de ningún elemento de los dientes de la embarazada al feto.

En un estudio realizado por Deakins y Looby en 1943 se encontró que no hay diferencias entre la dentina de dientes cariados de mujeres embarazadas y no embarazadas por lo cual concluyeron que no había salida de calcio de la dentina sana durante el embarazo.

Hunscher 17 en 1930 observó que no existen cambios en la actividad de la caries durante la lactancia según Liskin y Hetelling las mujeres grávidas no presentan mayor susceptibilidad a las caries que las no embarazadas.

La mayor susceptibilidad del esmalte a debilitarse durante el embarazo se atribuyó a la pérdida de sales de calcio a través de los canales nutricios; pero sí se comprobó que la dentina queda intacta. (13)

A la luz de los conocimientos actuales, en lo que atañe a la etiopatogenia de la caries, podemos decir que ésta es una enfermedad infecciosa que se produce de un acúmulo de microorganismos sobre la superficie de los dientes y encías siendo el metabolismo que la provoca la ingestión de una dieta rica en hidratos de carbono.

La caries exige la existencia de una serie de factores el huésped, los microorganismos y un sustrato-dieta a través de un período de tiempo.

Lo que sucede en las embarazadas que presentan un aumento de caries es que existan modificaciones en lo que a dieta se refiere o que se produzca un deterioro en los hábitos higiénicos por ello se modifica el medio de la flora bucal; aunque es preciso considerar los frecuentes vómitos de jugo gástrico ácido se debe tener en cuenta que el único elemento para la remoción de la placa es el cepillado dental. (1)

ALTERACIONES PARODONTALES.

La enfermedad gingivo-periodontal es producida por un factor local determinante que es la placa bacteriana; sin embargo existen factores sistémicos que actúan agravando la acción de la placa bacteriana sobre los tejidos periodontales. Estos son factores hormonales como el embarazo, la pubertad, y la diabetes; factores nutricionales como la avitaminosis C y genéticos como el Síndrome de Down.

La etiología de la enfermedad periodontal no puede adjudicarse a ningún factor aislado; aparentemente, muchos factores se combinan para producir los signos y síntomas clínicos, es por ésta razón que con los cambios hormonales que ocurren en toda mujer embarazada; sólo algunas desarrollarán gingivitis u otro trastorno periodontal mientras que en otras el estado periodontal permanecerá clínicamente

sin cambios. Lo importante es el efecto acumulativo sobre las causas ya existentes y no el embarazo por sí mismo, sin embargo sabemos que los cambios gingivales ocurren con más frecuencia en personas con mala higiene bucal. (14)

Se ha estimado que el promedio en la incidencia de los cambios gingivales en el embarazo es alrededor del 50%; cambios que ocurren no después del segundo mes de embarazo y aumentan para alcanzar su pico hacia el final de la gestación pudiendo haber mejoría hacia el noveno mes y después del nacimiento a menos de que ocurra una infección secundaria, el dolor no es característico.

El aspecto de la gingivitis en el embarazo es característico: La gingiva se encuentra aumentada de tamaño y sangra al tocarla, histológicamente hay un aumento del tejido conectivo y de las células epiteliales, con una pronunciada proliferación de capilares; además hay una alteración endócrina acentuada por el desequilibrio de la dieta, todo lo anterior es responsable del cuadro clínico de la gingivitis en el embarazo que se caracteriza por:

- a) Hemorragia marginal (sangrado a la más leve presión o toque).
- b) Encía de color rojo vivo en forma de frambuesa alrededor de un diente o varios.
- c) Agrandamiento generalizado en el cual el tejido gingival tiene de proliferar debido a la pérdida del soporte óseo y la proliferación del tejido blando para sostener al diente. Su tratamiento es; como en cualquier gingivectomía: raspaje, alisado radicular; más un control de la placa bacteriana y la enseñanza de la higiene oral.
- d) Agrandamientos localizados: en algunos casos se nota un crecimiento rojizo, muy vascularizado, que emerge de una papila gingival, se produce alrededor de uno o dos dientes; a esto -

se le conoce como tumor del embarazo y da lugar a un marcado-desplazamiento, alargamiento, separación, movilidad y pérdida del hueso de soporte.

El tumor del embarazo está formado por tejido conectivo proliferado, células epiteliales y capilares el cual es conocido también como: *Epulis gravidarium* y granuloma del embarazo éste último término es porque histológicamente es muy similar al granuloma piógeno (telangectásico) la frecuencia es de 0-5% aparece más frecuentemente en el maxilar superior con predominio en la cara vestibular de la región anterior y es una tumoración blanda, pediculada, de origen interdentario, aparece generalmente entre el tercero y quinto mes de embarazo y aumenta de tamaño conforme atraviesa la gestación, raras veces alcanzan un tamaño superior a los 20 cms. de diámetro y tienden a reproducirse después de extirparlos, por ello muchos autores recomiendan un tratamiento de espera pero a veces puede hacerse muy grande y separar, aflojar, producir la reabsorción, es decir alterar la alineación de los dientes, interferir en la oclusión y dada su vascularización, sangrar con facilidad durante la masticación.

TRATAMIENTO: Cuando son pequeños deben ser tratados conservadoramente, eliminar los irritantes locales, como cálculos, trauma, etc. e instituyendo un buen cuidado en el hogar; pero si como ya había explicado anteriormente los tumores continúan creciendo, se ulceran o interfieren con la masticación; su extirpación debe ser en masa y a profundidad aunque es realmente simple pues son pediculados. La electrocirugía da buen resultado y utilizando la técnica de coagulación-electroquirúrgica en la base de la lesión para controlar la salida de sangre y ayudar a prevenir la recidiva o bien colocar un apósito-periodontal después de la cirugía para controlar la hemorragia. La anestesia local por infiltración, es utilizada en éstos casos, ya que el vasoconstrictor en la solución ayuda a controlar la hemorra -

gia; se eliminarán los irritantes locales; se recomendará mejorar la higiene bucal, y masajes en la zona de intervención; aclarándole a la paciente que puede haber recidiva.

Tumores del tipo de células gigantes periféricas, pueden producirse coincidentemente con el embarazo y confundirse fácilmente con verdaderos tumores del embarazo.

LESIONES DE LA MUCOSA Y DE LA LENGUA.

Ocasionalmente suelen verse lesiones herpéticas en la boca, cuya relación exacta con el embarazo es desconocida y su aparición puede ser simplemente una coincidencia, igual que una lesión lingual parecida a la lengua geográfica; dicha lesión, produce zonas depapiladas causando una sensación quemante o dolorosa y en ambos casos si existe relación con el embarazo se desconoce por completo. (6)

CONCLUSIONES .

Conocer los cambios fisiológicos, metabólicos, etc; y los conflictos emocionales por los que atraviesa una mujer embarazada, así como todas las situaciones que para ella son generadoras de stress: Físicas, sociales, económicas y hasta culturales; para lograr primeramente la comprensión de su estado psicológico y poder así establecer una buena relación médico-paciente.

La elaboración de la historia clínica en la embarazada juega un papel muy importante, pues en ésta se agregan datos como: antecedentes de abortos, complicaciones durante su embarazo, etc.; lo cual si existe nos da el aviso de consultar con su médico gineco-obstetra, - pues él conoce mejor su estado físico general además, la historia clínica y la consulta ayudarán al dentista en la decisión de modificar o no el tratamiento y en la determinación del mejor momento para aplicarlo.

Es importante para el odontólogo conocer el desarrollo prenatal, - las etapas en las que se divide y las células que irán formando posteriormente los órganos y tejidos así como la formación del paladar, la lengua y los dientes, además de las malformaciones que puedan surgir durante el mismo desarrollo, con el fin de tomar en cuenta no nada más a la madre sino al binomio madre-hijo.

El objetivo más importante en la planeación del tratamiento odontológico de una paciente embarazada es el establecer buenas condiciones de higiene en la cavidad bucal, básicamente el control de placa bacteriana, y otras medidas como profilaxis.

Incluir el uso de flúor en nuestras pacientes embarazadas, es importante; en dosis terapéuticas, por supuesto para que no resulte tó-

xico, pues se ha comprobado que realmente reduce bastante la caries dental.

El dentista tiene como responsabilidad el cuidar la salud bucal de la paciente embarazada y por ello es importante familiarizarnos - con algunos cambios que ocurren en el tejido bucal durante éste estado y al mismo tiempo conocer los peligros que estén involucrados en el tratamiento.

Conocer las razones por las cuales las mujeres en estado grávido no asisten a la consulta odontológica, nos hace estar conscientes de ello y poner la solución final, por ejemplo, el que nosotros mismos rehusemos a atenderlas en su estado, debido a que caemos en el error de aceptar los dichos y creencias populares que existen sobre que los tratamientos dentales no ofrecen seguridad alguna durante el embarazo.

Lo más importante para asegurar la salud dental del pequeño por nacer es, que la madre mantenga durante su embarazo su estado de salud satisfactorio, alimentándose sanamente en una forma balanceada, cepillándose los dientes y usando el hilo dental diariamente para - eliminar la placa; la cual aumenta durante el embarazo por la presencia de hormonas y el aumento de las mismas; evitando comer golosi - nas y visitando al dentista con regularidad.

El embarazo en una mujer sana no es contraindicación para procedimientos dentales, e incluso cirugía, sin embargo entre el cuarto y sexto mes de la gestación es el mejor momento; ya que en los prime - ros meses de embarazo existe la presencia de náuseas y vómitos ade - más de un mayor stress por parte de la madre y durante los últimos - meses hay molestias al permanecer en la misma posición durante períodos largos en el sillón dental; por ello, el mejor momento para tratar los problemas dentales es el segundo trimestre de la gestación.

Es de suma importancia para el odontólogo conocer los medicamentos que pueden ocasionar daños de diversa índole, tanto en la mujer embarazada como en el feto, por lo que es definitivo el evitar cualquier medicación innecesaria o excesiva, siendo a su vez importantes cuales administrar con seguridad en caso de ser necesarias.

A la hora de tomar radiografías dentales a una paciente embarazada, es importante que el odontólogo tome sus precauciones como son el uso del chaleco plomado y el evitar las repeticiones innecesarias.

Elevar el nivel de salud oral de la mujer embarazada, es importante para el buen estado de la madre y de su hijo en proceso de gestación.

La prevención en odontología debe empezar desde la vida intrauterina: la importancia que tiene en la embarazada, la eliminación de focos de infección dental, es una de las razones por las cuales se debe dar especial cuidado a la atención de este grupo de pacientes.

Los cuidados con respecto a la higiene oral y las variaciones fisiológicas hormonales, que influyen en su estado general conducen a patologías como la gingivitis, que por manifestarse durante la gestación, se denomina gingivitis del embarazo.

Para lograr una salud óptima, toda mujer embarazada necesita un examen bucal minucioso, una limpieza profiláctica y tomar conciencia de las manifestaciones bucales durante el embarazo.

Es importante hacer educación en salud oral a la embarazada e inculcar la necesidad de asistir al odontólogo en el periodo de gestación, ya que ningún procedimiento realizado por el profesional, afecta la salud de la gestante y su producto intrauterino, aunque se deberán tomar precauciones con los rayos X y algunos medicamentos, -

especialmente en los tres primeros meses del embarazo lo mismo que con el uso de la anestesia, en el último trimestre.

Es necesario instruir a todo el equipo de salud, sobre acciones que permitan el diagnóstico y la identificación de las lesiones bucales, así como la remisión al odontólogo, que orienten a la embarazada hacia un tratamiento precoz.

Inducir a los estudiantes y dentistas en general a la elaboración de programas de educación en salud oral, para las embarazadas, y en general al grupo materno infantil.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Aimone Jorge Dr. y Cols.
Tratamiento Odontológico de la embarazada
Revista Ateneo Argentino de Odontología
Volumen 17 No. 1
Enero-Marzo/82
Págs. 23-27

- 2.- Baptista González Héctor A. y Cols.
Consideraciones Hematológicas en el manejo
odontológico de la mujer embarazada
Práctica Odontológica
Volumen 9 No. 3
Marzo/88
Págs. 53-54

- 3.- Correa M. Diana C. y Cols.
Importancia de la remisión odontológica, durante el control
prenatal, generada por manifestaciones gingivales.
Revista Federación Odontológica Colombiana.
Volumen 36 No. 159
Enero-marzo/87
Págs. 41-47

- 4.- Díaz Romero Rosa Ma.
Modelo de Atención estomatológica durante la gravidez (1a. parte).
Práctica Odontológica
Volumen 3 No. 6
Junio/87
Págs. 50-51

- 5.- Díaz Romero Rosa Ma.
Modelo de atención estomatológica durante la gravidez (2a. parte).
Práctica Odontológica.
Volumen 8 No. 7
Julio/87
Págs. 66-67

- 6.- Revista Científica y Cultural.
Volumen 7 No. 28
Tratamiento dental de las pacientes embarazadas -Emergencias-
Equipo de la revista científica, técnica y cultural F.O.
Marzo-Abril/80
Págs. 21-23

- 7.- Revista Científica y Cultural.
Volumen 7 No. 29
Tratamiento dental de las pacientes embarazadas -Emergencias-
Equipo de la revista científica, técnica y cultural F.O.
Mayo-Junio/80
Págs. 33-40

- 8.- Hellman Louis M.; Pritchard Jack A.
William Obstetricia.
Salvat Mexicana de ediciones, S. A. de C. V.
Decimocuarta Edición.
1978
Págs. 204-301

- 9.- Katz Simon y Cols.
Odontología Preventiva en Acción.

Tercera Edición.
Editorial Médica Panamericana, S. A.
México, D. F.
1974
Págs. 249-263

10.- Lyon Leonard Z. y Cols.

Manejo de pacientes dentales embarazadas
Odontología Clínica de Norteamérica.
Volumen 9 NO. 27
Septiembre-Diciembre/69
Págs. 108-122

11.- Mayoral José Dr.; Mayoral Guillermo Dr.

Ortodoncia Principios Fundamentales y Práctica.
Cuarta Edición.
Editorial Labor, S. A.
1982
Págs. 1-55

12.- Molina Moguel José Luis Dr. y Cols.

Embarazo
Práctica Odontológica
Marzo/84
Págs. 42-50

13.- Rodríguez Baciero Gerardo

Influencia de la Higiene oral en la gingivitis del embarazo.
Revista actualidad estomatológica española
Volumen 47-A 367
Septiembre/87
Págs. 29-39

- 14.- Rossi Guillermo Dr.
Gingivitis del embarazo.
Revista de la Asociación Odontológica Argentina.
Volumen 75 No. 3
Junio/87
Pág. 76
- 15.- Práctica Odontológica.
Antes de nacer el bebé.
Servicio de la información odontológica del mundo médico, S. A.
Volumen 9 No. 12
Diciembre/88
Págs. 37-38

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 16.- Hengraf
Práctica Odontológica
Embarazo
Molina Roguel José Luis Dr. y Cols.
Marzo/84
Pág. 44
- 17.- Hunscher
Revista actualidad estomatológica española.
Volumen 47-A 357
Influencia de la higiene oral en la gingivitis del embarazo
Rodríguez Baciero Gerardo
Septiembre/87
Pág. 27

18.- Dr. Wei

Revista Ateneo Argentino de Odontología

Volumen 17 No. 1

Tratamiento Odontológico de la embarazada.

Aimone Jorge Dr. y Cols.

Enero-Marzo/82

Pág. 29

19.- Stewart y Kneale

Práctica Odontológica.

Embarazo

Holina Hoguel José Luis Dr. y Cols.

Marzo/84