

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA
Y SALUD PÚBLICA ORAL

FECHA DE ELABORACIÓN

Septiembre de 2013.

AUTORES

María Victoria Elena Sánchez, Susana Barahona Tavera
Estomatólogo e higienista dental de Atención Primaria. Centro De Salud Alfonso
Sánchez Montero (Pizarrales) Salamanca

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/ revisión de este protocolo”.



INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo en la vida de las mujeres que se acompaña de numerosos cambios fisiológicos principalmente hormonales y vasculares, responsables de manifestaciones en la cavidad oral. Los dientes, los tejidos de soporte y sostén, la mucosa oral pueden verse afectados⁽¹⁾, lo que hace necesario el cuidado bucodental en las mujeres embarazadas⁽²⁾.

Para promover comportamientos saludables debemos tener en cuenta que las mujeres embarazadas, necesitan información de los cambios que tienen lugar durante la gestación y su relación con las alteraciones bucodentales pudiendo saber que hacer y como hacerlo⁽³⁾, la ayuda por parte de los sanitarios influye en su motivación para el autocuidado y responsabilidad de su salud oral

Entre los cambios más frecuentes que se producen en la mujer embarazada en la cavidad oral se destacan:

- **Gingivitis gravídica**, aparece en el 60-75% de las mujeres, habitualmente en el segundo trimestre del embarazo. Entre los factores que influyen en su aparición se encuentran la mala higiene oral, que conduce a un acúmulo de placa, la dieta, la respuesta inmune y los cambios hormonales y vasculares entre otros^(4, 5, 6).

El aumento de estrógenos y progesterona son responsables de una vasodilatación de los capilares gingivales favoreciendo la permeabilidad y exudación gingival^(7,8), los estrógenos por su parte, modifican la queratinización del epitelio gingival. Estos cambios que acompañan al embarazo a menudo exageran la respuesta inflamatoria de los irritantes locales⁽⁹⁾.

A pesar de estos cambios vasculares, la placa bacteriana sigue siendo el factor etiológico fundamental en la aparición de la gingivitis, en ella se producen cambios microbianos estrechamente relacionados con la iniciación de enfermedad periodontal⁽¹⁰⁾.

Otros estudios han concluido que a pesar de un buen control de la placa existe inflamación gingival, existiendo una disminución de células T, lo que sugiere que esta depresión sea un factor en la sensibilidad alterada de los tejidos gingivales^(7, 11).

Acompañando los cambios gingivales puede aparecer una tumoración benigna denominada **“tumor o granuloma de embarazo”**⁽¹²⁾. Suele localizarse en una zona con gingivitis normalmente a nivel vestibular superior, remitiendo espontáneamente después del parto.

- **Enfermedad Periodontal**. El organismo durante el embarazo produce una hormona llamada relaxina cuya función es relajar las articulaciones para facilitar el parto, pudiendo actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad



dentaria. Esta movilidad no lleva pérdida de inserción dentaria salvo casos concretos, no precisando tratamiento ya que remite después del parto^(13,14).

- **Caries dental.** Prevalece la creencia de que existe una desmineralización debida a la pérdida del calcio necesario para el nuevo ser, pero el esmalte tiene un intercambio mineral muy lento conservando su contenido mineral toda la vida^(1,15). Sin embargo la mujer embarazada está sometida a unos cambios que la hacen sensible a padecer esta enfermedad.

La composición salival se ve alterada, disminuye su pH y su capacidad buffer, produciéndose cambios en la flora oral^(16,17). Además hay estudios que hablan de una **xerostomía fisiológica**⁽¹⁸⁾ por los cambios hormonales, proceso que facilita la aparición de caries.

Esta etapa también puede provocar cambios en los estilos de vida, deficiencia del cepillado, debido principalmente a la presencia de **náuseas y vómitos** que se intensifican al cepillarse, siendo causa de un acúmulo de placa en la superficie dentaria^(11,19).

La caries dental es importante desde un punto de vista de la salud oral en la madre pero además es responsable de caries en la dentición temporal infantil, posiblemente por transmisión de los mecanismos inmunes por vía placentaria⁽²⁰⁾. Hay estudios que demuestran también que las bacterias cariogénicas son transmitidas de madre a hijo a través de la saliva; probar la comida, chupar el biberón, si prevenimos esta infección por *S. mutans* en el recién nacido reducimos el riesgo de caries en la población infantil⁽²¹⁾.

A pesar de que estos cambios fisiológicos ocurren en todas las embarazadas, no todas presentan las alteraciones descritas. Se debe en parte, a la predisposición genética individual de padecer o no ciertas enfermedades, influyendo también el estado sociocultural, un mayor nivel educativo y económico es causa de una menor presencia de estas patologías descritas⁽²²⁾.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este protocolo se ha realizado con la pretensión de que sirva de guía para los dentistas que trabajan dentro del marco de la Atención Primaria y tienen incluida en su cartera de servicios la atención a mujeres embarazadas.

DEFINICIÓN

El embarazo es una condición fisiológica de la mujer que conlleva una serie de cambios en su organismo y en sus hábitos de vida que pueden condicionar mayor riesgo de



patología en la cavidad oral. Este protocolo pretende abordar pautas para la prevención y tratamiento de los procesos patológicos que afectan a la mujer en ese periodo de su vida y proponer alternativas para la prevención de las enfermedades orales más prevalentes en su futuro hijo y que pueden estar relacionadas con condicionantes patológicos o hábitos y conductas de los padres y especialmente de la madre.

DESARROLLO

OBJETIVOS

- **General:**
 - Mejorar la salud oral en las mujeres embarazadas y en su futuro hijo.
- **Específicos:**
 - Favorecer la relación entre odontólogos y matronas para conseguir una adecuada captación de las mujeres embarazadas
 - Realizar revisiones orales precoces destinadas a prevenir las patologías orales más frecuentes
 - Realizar un seguimiento de la salud oral de la mujer embarazada y los tratamientos adecuados necesarios
 - Valorar el estado oral postparto
 - Educación sanitaria para la prevención de patologías orales en la infancia.

POBLACIÓN DIANA

Mujeres embarazadas

PERSONAL QUE INTERVIENE

- Odontólogos/Estomatólogos
- Médicos de familia
- Higienistas dentales
- Matronas
- Personal administrativo

MATERIAL

- Espejos de exploración
- Sondas exploradoras
- Sondas periodontales (OMS)
- Pinzas



- Revelador de placa
- Material necesario para los diferentes tratamientos que se vayan a efectuar: Exodoncias, tartrectomía, obturaciones, endodoncias.

PROCEDIMIENTO

Diferenciamos unas etapas de acuerdo con los períodos del embarazo y en relación con el estado de la boca de la embarazada (Ver Tabla 1 del ANEXO)

PRIMER TRIMESTRE:

- La matrona una vez hecho el diagnóstico de embarazo y de acuerdo con su protocolo de actuación remite a la mujer embarazada al equipo de salud bucodental.
- El personal administrativo cita a la mujer embarazada para una primera consulta en el servicio de salud bucodental

Primera visita

- Encuesta de salud
- Historia clínica:
 - Antecedentes personales
 - Antecedentes de embarazos anteriores
 - Presencia de náuseas y vómitos
- Exploración de cabeza y cuello
 - Descartar asimetrías faciales
 - Detectar adenopatías
- Exploración de la cavidad oral
 - Detección de lesiones en la mucosa oral
 - Detección de dientes que precisan tratamiento urgente
- Valoración del estado gingival y periodontal
- Instrucciones de higiene oral
- Instrucciones relacionadas con la dieta

SEGUNDO TRIMESTRE:

- Control del cumplimiento de las instrucciones sobre higiene y dieta.
 - Control del índice de placa
- Nueva valoración del estado gingival y periodontal
- Realización de tartrectomía



- Practicar los tratamientos dentales necesarios
 - Exodoncias
 - Obturaciones
 - Endodoncias

TERCER TRIMESTRE:

- Control del cumplimiento de las instrucciones sobre higiene y dieta.
 - Control del índice de placa
- Nueva valoración del estado gingival y periodontal
- Realizar tratamientos dentales si hubiera aparecido un nuevo problema
- Educación sanitaria relacionada con las necesidades de salud oral del futuro bebé

REVISIÓN POSNATAL:

- Valoración del estado gingival y periodontal
- Información de cuidados necesarios para el desarrollo de la cavidad oral del bebé

PRECAUCIONES

Durante el embarazo además de producirse unos cambios fisiológicos, se producen alteraciones psicológicas responsables de tendencia a la ansiedad y cierta labilidad afectiva. El miedo al tratamiento odontológico puede intensificar este estado de la paciente⁽²³⁾, siendo necesario el empleo de estrategias destinadas a disminuir el miedo (explicación del tratamiento que se va a realizar y la importancia del mismo, citas cortas en tiempo, evitar posiciones incómodas)⁽²⁴⁾.

Evitar colocar a la embarazada tumbada en el sillón dental, en este periodo existe mayor riesgo de aspiración gástrica por la disminución del tono muscular gastroesofágico. También a medida que progresa el embarazo el útero puede comprimir la vena cava inferior originando el síndrome hipotensivo en decúbito supino⁽²⁵⁾. La posición semisentada es la más recomendada.

El diagnóstico radiológico es una importante ayuda para el tratamiento dental, no se recomienda modificar el uso de la exploración radiológica en la embarazada⁽²⁶⁾. El profesional tendrá que proteger el abdomen y cuello de la embarazada con collarín y delantal de plomo⁽²⁷⁾.

Algunos tratamientos odontológicos no se realizarán durante el embarazo como es el caso de los blanqueamientos dentales⁽²⁸⁾.



Los cambios fisiológicos tienen repercusión en la absorción, distribución, vida media y eliminación de la mayoría de los fármacos. Debe tenerse especial cuidado con la prescripción farmacológica ⁽²⁷⁾. A la hora de utilizar fármacos durante el embarazo debemos de tener en cuenta una serie de premisas que quedan reflejadas en la tabla 2 ⁽²⁹⁾.

Tabla 2. Normas básicas en la administración de fármacos durante el embarazo.

- No se deben de administrar ningún fármaco durante el primer trimestre del embarazo, salvo que sea imprescindible, siendo adecuado el consejo del especialista.
- Educar a la mujer embarazada para evitar la automedicación.
- Evitar administrar fármacos de complacencia dado que ningún fármaco es seguro al 100%.
- No usar fármacos de reciente comercialización.
- Utilizar monofármacos si es posible.
- La medicación tópica se absorbe principalmente si es liposoluble.

EVALUACIÓN

- **índices de evaluación de caries dental:**
 - **CAOD:** Tiene en cuenta solo dientes permanentes. Se determina sumando los dientes cariados (C), ausentes (A) por caries y obturados (O) dividiendo por el número de individuos estudiados.

Cariados+Ausentes+ Obturados/ núm. individuos estudiados

En el caso de un solo individuo se reduce a :

$$CAO = C+A+O$$

A efectos prácticos no se tendrá en cuenta el tercer molar y las coronas se contabilizarán como obturaciones cuando son debidas a caries dental, y como dientes sanos si son pilar de puente o secundarias a traumatismos.

- **IR (índice de Restauración)**

$O/(C+A+O)$ (para expresar en porcentajes, multiplicar por 100).

Si un diente presenta simultáneamente caries y obturación,

Se considera como obturado.

Las anotaciones correspondientes a la exploración oral serán



Recogidas en el odontograma (anexo)

- **Índices de evaluación de placa, gingivitis y enfermedad periodontal:**

- **Índice de placa de O'leary:** Evalúa la presencia de placa bacteriana en las cuatro superficies dentarias, mesial, distal, bucal y lingual. Una vez coloreada la placa, se suman las superficies coloreadas y se apunta en el lugar de la ficha. El resultado final se obtiene sumando el total de superficies con placa y se divide por el número total de superficies presentes en boca multiplicándose por 100 para obtener el porcentaje.
- **Índice de gingivitis de Löe y Silness:** Este índice se basa en la concepción de la hemorragia como un criterio importante de inflamación; para determinarlo se aplica una sonda periodontal de punta redonda (sonda de la OMS) en el surco gingival. Se hace un examen de cada diente en la zona mesial, distal, bucal, palatina o lingual de acuerdo con la siguiente puntuación.

Existen 4 grados:

- Grado 0. Encía normal, ninguna inflamación, ningún cambio de color, ninguna hemorragia.
- Grado 1. Inflamación leve, ligero cambio de color, pequeña alteración de la superficie, ninguna hemorragia.
- Grado 2. Inflamación moderada, enrojecimiento, hinchazón, hemorragia al sondear y a la presión.
- Grado 3. Fuerte inflamación, enrojecimiento intenso, hinchazón, tendencia a las hemorragias, eventualmente ulceración

Obteniéndose así el índice gingival (IG) por diente, pudiendo reunirse por grupo de dientes, incisivos, premolares y molares. Los valores obtenidos se suman y se dividen por el número de dientes examinados teniendo el IG de la paciente.

- **Índice periodontal: CPI**

Para su determinación también se utiliza la sonda periodontal de la OMS que termina en bola y que tiene marcada en negro la zona comprendida entre los 3'5 y 5'5 mm. La presión ejercida debe de ser entre 20-25 g. Cuando aparece un pequeño cerco blanco en la encía se deberán de tomar los datos.

Dividimos la boca en 6 segmentos como unidades básicas de examen. El registro por sextante se establece tras el examen de los primeros y segundos molares en el sector posterior y de un central en el anterior (10 dientes índice).



En cada uno de los dientes índice se tomarán medidas en 6 sitios: *vestibular, palatino, mesio-vestibular, mesio-palatino, disto-vestibular y disto-palatino*. Cada sextante se valora de acuerdo a los siguientes códigos:

- Código 0: Ausencia de sangrado.
No hay gingivitis ni bolsas superiores a 3mm.
Salud periodontal.
- Código 1: Sangrado después del sondaje.
No sarro, no obturaciones desbordantes.
- Código 2: Sangrado después del sondaje.
Presencia de sarro o de obturaciones desbordantes.
Ninguna bolsa excede los 3 mm.
- Código 3: Bolsas de 4-5 mm.
- Código 4: Bolsas de 6 mm. ó más.

En el registro se utiliza la puntuación más alta de los dos molares de cada sextante posterior y si falta uno, se utiliza la puntuación del otro. Si faltan los dos dientes índice, se examinan todos los demás dientes de ese sextante y se registra el que tiene peor puntuación. No se incluyen en el registro las superficies distales de los terceros molares.

A cada código se le asocia un tratamiento:

- Código 0: No necesita tratamiento.
- Código 1: Mejorar la higiene bucodental.
- Código 2: Mejorar la higiene bucodental. Raspaje
- Código 3: Ídem código 2
- Código 4: Ídem código 2 y 3, y además raspaje profundo y/o cirugía

Las anotaciones para el cálculo de estos índices se hacen en los gráficos que forman parte de los anexos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Laine M. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 2002; 60 (5) : 257-64.
2. López J, Roselló X, Chimenos E, Mundet N, Blanco A, Jané E. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico en la embarazada. *Rev Oper Dent Endod* 1998; 2 (3) : 11
3. Rodríguez Chala H.E, López Santana M. El embarazo, su relación con la salud oral. *Rev Cub de Estomatología*, versión on-line ISSN 1561-297X
4. Soory M. Hormonal factors in periodontal disease. *Rev Dental Update* 2000; 27 (8): 380-83.
5. Fonseca Scavuzzi AI, Siquara Da Roca MC, Pereira Vaina MI. Influencia da gestacao na prevalencia da carie dentaria e da doenca periodontal. *Rev da facultade de odontología de FUBA* 1999; 18 (3) : 15-21
6. Steinberg B. Women's oral health tissues. *J Calif Dent Assoc.* 2000; 28: 663-67.
7. Di Plácido, Tumini V, D'archivio D, Di peppe G. Gingival hiperplasia in pregnancy II. Etiopathogenic factors and mechanisms. *Minerva Stomatol* 1998; 47(5): 223-29.
8. Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *Obstetrician & Gynaecologist.* 2007; 9:1: 21-26.
9. Rose L F, Kaye D. *Medicina Interna en Odontología.* Barcelona: Salvat; 1992
10. Jesen J, Lijemark W, Bloomquisr C. The effect of female sex hormones on subgingival plaque. *J Periodontol* 1981; 52(10): 599-602.
11. Valeria V, Young WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitación and vomiting. *Aust Dent J* 2002; 47 (2): 106-15
12. Demir Y, Demir S, Aktepe F. Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy. *J Cutan Path* 2004; 31: 77- 80.
13. Banoczy J, Orosz M, Gabris K, Nyarasdy I, Rigo O, Schuder L. Investigation on the correlation of pregnancy, caries and gingivitis. *Zahn Mund Kieferheilkd Zentralbl* 1978; 66 (6): 573-81.
14. Ganong WF. *Fisiología médica.* 15 Ed. México: El Manual Moderno; 1996: 497-99.
15. Guyton Ac. *Tratado de Fisiología Médica.* T II 6ª Ed. La Habana. 1986:1167-8.
16. Salvalini E, Di Giorgio R, Curatola A, Mazzanti L, Pratto G. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. *Br J Obstret Gynaecol* 1998; 105 (6): 656-60.
17. Laine M, Pienihakkinen K. Effect in relation to late pregnancy and postpartum. *Acta Odontol Scand* 2000; 58 (1) : 8-10.
18. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomía: etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134(1):61-69
19. Blagojevic D, Brkanic T, Stojic S. Oral health in pregnancy. *Med pregl* 2002; 55(6):213-6



20. Murtomaa H, Holttinen T, Meurman JH. Conceptions of dental amalgam and oral health aspects during pregnancy in finish women. Scand J Dent Res 2001;99(6):522-6.
21. Yalcin F, Eskinazi E, Soydinc M, Basegmez C, Issever H, Isik G. The effect of sociocultural status on periodontal conditions in pregnancy. J Periodontol 2002; 73(2):178-82
22. Teanpaisan R, Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, Pithpornchaiyakul W, Chankanka O. Longitudinal study of the presence of mutans and lactobacilli in relation to dental caries development in 3-24 month old thai children. Int Dent J. 2007; 57 (6): 445-51.
23. Filho Gómez de Oliva A, Oliveira de Souza I. Odontología na gravidez. Rev Pagina de Costo 2001; (1): 117-132.
24. Moore PA. Selecting drugs for the pregnant dental patient. JADA 1998; 129: 1281-86.
25. Wasylco L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy; implications for patients and dental personnel. J can Dent Assoc. 1998; 64: 434-39.
26. American Dental Association, U.S. Food and drug Administration. The selection of Patients for Dental Radiograph Examinations. Available at: www.ada.org
27. LLodra Calvo JC. Salud Oral y Embarazo: Una guía práctica; 2013.
28. Al – Salehi SK. Effects of bleaching on mercury ion reléase from dental amalgam. J Dent Res. 2009; 88: 239-43.
29. Llena MC, Forner L. Embarazo: cambios orales y consideraciones específicas en la terapéutica odontológica. Archivos de Odonto-Estomatología Preventiva y Comunitaria. 2003; 19;8.



ANEXOS



CUESTIONARIO DE SALUD ORAL EN GESTANTES

1. Centro al que pertenece:

2. Edad:

3. Respecto al CONSUMO de TABACO usted:

1. † No fuma y nunca ha fumado.
2. † Antes fumaba
3. † Fuma ocasionalmente (No diariamente)
4. † Fuma habitualmente (Diariamente)

4. Para mantener limpios los dientes, ¿Qué técnica/s emplea?

1. Cepillo de dientes normal
2. Cepillo eléctrico
3. Hilo dental
4. Colutorios
5. Otros (¿Cuál?.....)

5. ¿Cuántas veces cepilla sus dientes al día?

1. No me cepillo nunca
2. Al levantarme
3. Al acostarme
4. De vez en cuando, sin ritmo habitual
5. Cada vez que como algo
6. Después de las comidas desayuno, comida, cena)

6. ¿Le han realizado alguna vez una tartrectomía (Limpieza de boca)

1. Si
2. No

7. ¿Podría recordar cuanto tiempo hace de su última tartrectomía?.....

8. Vamos a preguntarle ahora sobre el estado de sus encías:

1. Le sangran las encías
2. Se le mueven los dientes/muelas
3. Tiene halitosis (mal aliento)

9. Si le sangran las encías, el sangrado es:

1. Espontáneo
2. Al cepillarse los dientes



3. Al comer alimentos

4. Por las noches

10. Repasemos su alimentación, ¿Cuántas comidas hace al día?

1. Las tres principales (desayuno, comida, cena)

2. Además de las principales, como algo a media mañana/tarde

3. No tomo nada para desayunar (náuseas), el resto con normalidad

4. Como a demanda, cuando me apetece

11. En cuanto al tipo de alimentos:

1. He aumentado el consumo de frutas y verduras

2. Me apetece, sobre todo, alimentos dulces

3. Me apetece chucherías y snacks (patatas fritas..)

4. He aumentado el consumo de productos lácteos

12. ¿Cómo está siendo su embarazo en cuanto a náuseas y vómitos?

1. No he tenido ni náuseas ni vómitos

2. Las tuve pero solo durante el primer trimestre

3. He tenido la sensación de náusea pero no he vomitado

4. Las tengo al cepillarme por las mañanas

5. Estoy con tratamiento porque vomito en cuanto tomo comida



Tabla 1. Actuación en la consulta odontológica

