

***Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN-León.
Facultad de odontología.***



Conocimiento acerca del manejo de la paciente gestante en las clínicas de cirugía oral, por parte de los estudiantes de quinto año de la carrera de odontología, de la UNAN-León; en el mes de abril del año 2007.

Integrantes.

***Br. Perla Mariela Valdivia Aburto.
Br. Yara Marcela Valenzuela Rivera.***

***Tutora.
Dra. Martha Esquivel.***

***Asesora metodológica.
Dra. Tania Almendárez***

Dedicatoria.

Le dedicamos este trabajo a nuestras familias
por ser siempre el pilar de nuestras vidas
y por darnos la fortaleza para seguir adelante,
por brindarnos siempre seguridad y confianza
de que somos capaces de lograr nuestras metas
sin importar los obstáculos que se nos presenten.
A ellos los seres más importantes de nuestras vidas
le debemos todo lo que somos.

Agradecimiento.

Quisiéramos aprovechar esta oportunidad para agradecerle primero que todo a Dios por habernos guiado e iluminado en el camino de la vida, a nuestros padres por darnos siempre su apoyo incondicional, a los doctores Martha Esquivel, Tania Almendárez, y Ramiro Flores por asesorarnos y motivarnos a terminar nuestro trabajo con éxito.

Resumen

El propósito de este trabajo fue determinar el nivel de conocimiento que los estudiantes del quinto curso de la carrera de odontología de la UNAN-León, tienen para brindar atención clínica a una mujer embarazada.

Se aplicó un cuestionario de trece preguntas cerradas a sesenta y siete estudiantes del quinto curso de la carrera de odontología en las clínicas de cirugía oral el cual contenía preguntas en relación a los siguientes temas:

- Consideraciones que se deben tener al momento de colocar a una paciente gestante en el sillón dental para recibir atención odontológica.
- AINES, antibióticos, ansiolíticos y anestésicos locales que se le pueden prescribir a una paciente embarazada.
- Medidas que se deben tomar en cuenta para tomar radiografías a las pacientes gestantes.

El conocimiento que se obtuvo una vez aplicado el cuestionario y analizados los resultados fue deficiente ya que se obtuvieron los siguientes resultados:

El 49.3 % de los estudiantes a los cuales se les aplicó la encuesta conocen las medidas que se deben de tomar en cuenta para colocar a una paciente gestante en el sillón dental.

El 76.1% de los alumnos conocen que AINE es más seguro de utilizar en una paciente gestante (46.3%) antibióticos, utilización de anestésicos locales (53.7%) y solo el 6% conocen las indicaciones de los ansiolíticos para estas pacientes.

El 17.9 % de los estudiantes conocen que medidas se deben de tomar en cuenta al momento de tomar radiografías a una gestante.

Para determinar el nivel de conocimientos que los estudiantes tienen en relación al manejo de la paciente gestante de forma general utilizamos la siguiente escala de valores:

Nivel de conocimiento Bueno (11-13 respuestas correctas).

Nivel de conocimiento Regular (8-10 respuestas correctas).

Nivel de conocimiento Deficiente (0-7 respuestas correctas).

Según nuestros resultados generales el 1.5 % de los estudiantes tuvieron un conocimiento valorado como bueno, un 40.3% de los alumnos obtuvo un conocimiento valorado como regular y que la gran mayoría correspondiente a un 58.2% de los estudiantes obtuvo un conocimiento calificado como deficiente.

Concluyendo es necesario reforzar en los estudiantes conocimientos básicos sobre la atención de pacientes embarazadas y de esta forma evitar posibles complicaciones en el binomio madre-feto relacionadas a nuestra práctica clínica.

Conocimiento acerca del manejo de la paciente gestante en las clínicas de cirugía oral, por parte de los estudiantes de quinto año de la carrera de odontología, de la UNAN-León; en el mes de abril del año 2007.

Índice

Introducción.....	1-2
Problema.....	3
Objetivos.....	4
Marco Teórico.....	5-20
Diseño Metodológico.....	21
Recolección de información.....	22
Resultados.....	23-27
Discusión de resultados.....	28
Conclusión.....	29
Recomendaciones.....	30.

Introducción.

El odontólogo en su práctica diaria debe tener conocimiento sobre el manejo de las pacientes con modificaciones no patológicas de su fisiología como es el caso de la mujer embarazada y así evitar posibles complicaciones en el binomio madre-feto relacionada al manejo de la gestante. (1)

Aunque el embarazo es un suceso normal, pueden coexistir en él ciertas condiciones que ameriten un análisis especial, los cuales deben ser perfectamente comprendidos para tener la seguridad que el tratamiento y los fármacos que prescribimos resulten inocuos o bien ocasionen el mínimo daño esperado a la paciente y al producto.

Una de las razones por las cuales la mujer embarazada asiste con frecuencia a las clínicas dentales es que durante este periodo se producen también cambios fisiológicos en los tejidos orales y existen ciertos factores que pueden acelerar la progresión de las enfermedades buco dentales iniciales o ya establecidas tales como caries y enfermedad periodontal que son las más frecuentes.

El tema del manejo de la mujer embarazada en el consultorio dental ha sido de interés para los programas de prevención, en los cuales en sus comienzos se reservaban el dar atención a la gestante por temor a comprometerla en una situación de riesgo, por otra parte, se realizó un estudio en mujeres embarazadas el cual reflejó que en el sesenta y siete por ciento de ellas persiste el miedo al tratamiento dental. (1)

Pero, tiempo después que se comprendió que las enfermedades buco dentales más importantes afectan a más del noventa por ciento de las mujeres embarazadas y que la única posibilidad de poder mantener la salud bucal es prevenir la enfermedad de manera precoz.

El mayor beneficio de esto sería, tener la oportunidad de interceptar o modificar patrones de conducta que pueden resultar dañinos, por esto se considera actualmente a las gestantes como un grupo prioritario.

También se realizó un estudio en la universidad nacional autónoma de México, el cual evaluó el nivel de conocimiento de los estudiantes del séptimo semestre de la carrera de odontología en las clínicas de Fest.-iztacala, sobre la adecuada atención de las mujeres embarazadas en el cual se reflejó que el conocimiento que los estudiantes tienen sobre este tema es deficiente. (2)

Los estudiantes de quinto año de la carrera de Odontología cerca de culminar sus estudios y de convertirse en profesionales de la salud deben de tener los conocimientos necesarios para brindar una atención adecuada a las pacientes embarazadas.

De ahí surge la necesidad de evaluar el nivel de conocimiento que los alumnos de la carrera de odontología del quinto curso poseen, en las clínicas de cirugía

para brindar una adecuada atención a las pacientes gestantes; además esta es el área en la que el estudiante tiene la oportunidad de poner en práctica los conocimientos básicos de prescripción de medicamentos y toma de radiografías, los cuales son de uso invaluable en la práctica profesional.

Planteamiento del problema

Como alumnas egresadas de la facultad de odontología sabemos que en muchas de las áreas del p^éns^um acad^émico de la carrera se cumplen con los criterios necesarios para un buen manejo de todo tipo de pacientes desde infantiles hasta geriátricos; pero notamos que en relación al manejo de las pacientes embarazadas el abordaje en el tema es relativamente escaso; sobre todo en aspectos de gran importancia como son la prescripción de fármacos, uso de rayos x y la posición que esta debe adoptar en el sillón dental para recibir atención odontológica.

Sabemos que la frecuencia de pacientes que asisten al consultorio dental en este estado es alta, por lo que es importante que a los alumnos de odontología desde su proceso de formación se les brinden conocimientos básicos sobre la atención de mujeres gestantes.

Es por eso que nos planteamos el siguiente problema:

¿Serán suficientes los conocimientos que los estudiantes de quinto año de odontología tienen para brindar una adecuada atención a las pacientes embarazadas?

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de quinto año de la carrera de odontología, acerca del manejo de la paciente gestante en el consultorio dental.

Objetivos Específicos

Determinar si los estudiantes manejan las consideraciones que deben tener al momento de colocar a una paciente gestante en el sillón dental para recibir atención odontológica.

Descubrir si el estudiante conoce que AINEs, antibióticos, ansiolíticos y anestésicos locales se le pueden prescribir a una paciente embarazada.

Identificar si el estudiante conoce las medidas que se deben tomar en cuenta para tomar radiografías a las pacientes gestantes.

Marco Teórico

El embarazo es un término que comprende el período de gestación del ciclo reproductivo humano. Comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero.

El embarazo dura aproximadamente cuarenta semanas que se dividen en tres trimestres:

Primer trimestre: 0-12 semanas.

Segundo trimestre: 13-28 semanas.

Tercer trimestre: 29-40 semanas.

Los cambios que ocurren en el organismo de la mujer durante el embarazo, tiene una relación directa con la gestación. Durante el estado gravídico el organismo materno presenta ciertos cambios tales como:

1. El ciclo menstrual es reemplazado por la falta de ovulación y menstruación.
2. El útero y las glándulas mamarias presentan ciertos cambios locales por el desarrollo del huevo.
3. El aparato que sufre más cambios es el reproductor, sin embargo, todos los órganos de la economía son afectados no sólo desde el punto de vista anatómico sino funcional. (1)

También ocurren ciertos cambios orales en la mujer embarazada tales como:

Alteraciones gingivo periodontales:

Los cambios gingivales iniciales son edema, hiperemia y tendencia al sangrado, la alteración gingival más frecuente es la denominada gingivitis del embarazo, aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes. A medida que los cambios iniciales aumentan la gingivitis gestacional se presenta con aumento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento del sangrado gingival y en casos avanzados pueden dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia. (3)

Alteraciones de la mucosa oral:

El granuloma de la embarazada aparece en un 0-5% de las mujeres embarazadas, básicamente a nivel de la zona anterior vestibular superior, siendo característica su aparición en las papilas interdientarias.

Alteraciones dentarias:

La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permitan sospechas que el aumento de las lesiones cariosas en las embarazadas se deben a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran: cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómito por reflujo, higiene defectuosa y cambio de los hábitos dietéticos y horarios. (3)

Dentro de los hallazgos patológicos más comunes en la gestante encontramos:

Extraoralmente: se encuentran con frecuencia labios secos y fisurados, con queilitis angular en ocasiones infectadas con herpes simple y *Candida albicans*.

Intraoralmente: se observa mala higiene oral que se hace manifiesta por placa y cálculo supra y subgingivales.

Mucosas orales: pueden ser pálidas en la paciente anémica, cianótica en cardiopatías e ictericia en algunas patologías hepáticas.

En encías es corriente la presencia de inflamación caracterizada por el sangrado espontáneo y provocando agrandamiento de las mucosas.

El piso de la boca y paladar pueden presentar alteraciones dependiendo del estado de salud general, tales alteraciones pueden ser úlceras, estomatitis herpética o hipertrofia de las glándulas salivales sublinguales.

Estas son algunas de las razones por las cuales la mujer embarazada asiste con frecuencia a las clínicas dentales por lo que el odontólogo debe saber como brindar una adecuada atención a este tipo de pacientes. (3)

Una de las consideraciones importantes que debemos tener es en cuanto a la posición de la paciente embarazada en el sillón dental y posibles complicaciones que podríamos evitar tomando las medidas adecuadas al momento de atender a una paciente gestante.

Clasificación de las posiciones de los pacientes en el sillón dental.

- Posición sentada (pies bajos): el paciente se ubica en el sillón con pies y brazos bien apoyados. El respaldo forma un ángulo obtuso de aproximadamente 110 grados con respecto al asiento, que está paralelo al piso.
- Posición sentada (reclinada): el paciente se ubica en el sillón dental sentado, pero con el respaldo más inclinado hacia atrás, en un ángulo obtuso de 130 grados aproximadamente y con los pies ligeramente inclinados hacia arriba.
- Posición de decúbito supino: en esta posición se busca tener al paciente totalmente reclinado, de manera que su cara mire hacia arriba y una línea imaginaria vaya de la frente a sus talones, paralela al piso;

apartir de esta postura básica, se ajustará la altura del sillón para que el operador sentado pueda colocar sus piernas por debajo del respaldo y acercarse a la boca del paciente sin tener que inclinarse o encorvarse. Las variantes en las posiciones del respaldo harán que este alcance con respecto al piso, angulación aproximada de 10 a 30 grados para tratamientos en el maxilar superior o mandíbula.

- Posición de decúbito lateral: en esta postura el paciente se encuentra recostado sobre un lado de su cuerpo, su espalda esta recta, la pierna inferior estará en extensión o ligeramente flexionada, mientras que la pierna superior estará flexionada.
- Posición de Trendelenburg: en esta postura el paciente se encuentra en decúbito supino, sobre el sillón dental, con una inclinación de 45 grados con la cabeza más baja que los pies, con el fin de favorecer el riego sanguíneo al cerebro. (4)

Para la atención de una paciente embarazada se requiere de ciertas modificaciones en cuanto a su ubicación en el sillón dental. Hay que poner énfasis en evitar los problemas potenciales que podrían aparecer al final de la gestación, debemos recordar que en etapas avanzadas de la gestación (segundo y tercer trimestre) suele ser difícil realizar un tratamiento dental, ya que la paciente sufre ciertas modificaciones así como sensaciones de incomodidad que pueden provocar complicaciones en el embarazo que podríamos evitar si colocamos a la paciente gestante en una adecuada posición en el sillón dental. (5)

El útero grávido-en especial en el tercer trimestre del embarazo- comprime la vena cava, en las posiciones de sentado y de decúbito supino; esta acción facilita las reacciones de hipotensión. Para evitar este problema de impedimento del retorno venoso es aconsejable colocar a la paciente en un ligero decúbito lateral o bien colocar un cojín (10-12 cm.) debajo de la nalga derecha; si a pesar de esto comienzan a observarse síntomas de hipotensión se colocará a la paciente en decúbito lateral puro. (6)

Debemos evitar mantener a la paciente durante períodos prolongados; esto lo podríamos evitar programando citas cortas y aconsejando cambios posicionales frecuentes, alternando (izquierda-derecha) y con movimientos lentos. (5)

El síndrome de hipotensión supina o síndrome compresivo de la cava aparece en una postura próxima a la posición supina. El útero, aumentado de tamaño comprime la vena cava inferior de paredes blandas a nivel abdominal. Esto origina una reducción en el retorno venoso al corazón disminuyendo el gasto cardíaco y la tensión arterial y provoca los síntomas clásico del desmayo: sudoración, náuseas, vómitos, palidez, y a menudo bradicardia. El tratamiento consiste exclusivamente en colocar a la paciente sobre su lado izquierdo, para

eliminar la presión sobre la cámara inferior y permitir a la sangre retornar desde las extremidades inferiores y el área pélvica. (7)

El síncope es una de las complicaciones más frecuentes en las mujeres embarazadas durante todo el período y dentro de sus causas se encuentran la hipotensión, la hipoglucemia, anemia, deshidratación y desórdenes neurogénicos para evitar esta complicación debemos desplazar a la paciente a la izquierda con la cabeza a nivel del corazón y las piernas ligeramente elevadas.

Debido al aumento de la presión intragástrica durante la posición de sentado se puede producir vómito y aspiración del contenido gástrico. La mejor forma de evitar la aspiración es la posición de decúbito lateral izquierdo. La mejor posición en la consulta es la reclinada más que la supina o la de Trendelenburg para que el paciente controle sus reflujos gástricos. (7)

Otro aspecto importante que debemos tomar en cuenta es la utilización de fármacos durante el embarazo:

La utilización de fármacos en el embarazo ha de tener en cuenta dos aspectos:

1. La influencia del embarazo sobre la respuesta de la madre a los fármacos.
 2. Los efectos sobre el feto de los fármacos administrados a la madre.
- (8)

1-Influencia del embarazo sobre la acción de los fármacos.

Hay dos factores por los que deben realizarse estudios específicos en la embarazada:

Por una parte, durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que pueden alterar la respuesta a los fármacos. Se ha observado una disminución de los niveles séricos de numerosos fármacos no solo por que la embarazada tenga miedo de tomar la medicación por los posibles riesgos para su hijo, sino por que el volumen de distribución y los aclaramientos renal y hepático suelen estar aumentados. (8)

Cambios farmacocinéticos:

- Absorción: durante el embarazo se observa una disminución del 40% en la secreción ácida y un aumento en la secreción de moco (que elevan el pH gástrico). Un alargamiento del 30-50% en el vaciado gástrico y en el tránsito intestinal (atribuido al aumento de progesterona) y un aumento del flujo sanguíneo intestinal por aumento del gasto cardíaco (aunque puede estar disminuido por estasis venosa).

- **Distribución:** el volumen plasmático y el volumen sanguíneo total aumentan durante el embarazo, iniciándose precozmente y en relación con el tamaño fetal. Como término medio este aumento se calcula en un 50%. El volumen de agua corporal total también aumenta entre 6-7 litros. Este incremento del volumen hace que disminuya la concentración de sustancias con volumen de distribución pequeño, sobre todo de algunos antibióticos, aumentando su vida media. La unión de medicamentos a las proteínas plasmáticas se altera cualitativa y cuantitativamente. Se reduce la concentración de albúmina (en niveles próximos a un 30%), mientras que aumenta la fracción de globulinas en sus fracciones alfa y beta. Esto se traduce en una elevación de la fracción libre de fármacos ácidos (por ejemplo diacepam) y un descenso en sustancias básicas no unidas a proteínas en el último trimestre de la gestación.
- **Metabolismo:** en la función hepática no existen grandes cambios funcionales, debido posiblemente al aumento de la tiroxina total, aumento de la temperatura corporal y a los altos niveles de progesterona que tienden a acelerar el metabolismo medicamentoso. El efecto neto de los diferentes factores suele afectar poco a la biotransformación de un medicamento durante la gestación. (8)
- **Eliminación:** en la función renal se producen cambios fisiológicos marcados en la gestante con repercusión en la eliminación de medicamentos por esta vía. Hasta el final del segundo trimestre aumenta el flujo plasmático renal y la velocidad de filtración glomerular, pero a partir de entonces y hasta el parto se reducen progresivamente. Estos cambios implican un incremento de la eliminación de fármacos en la primera fase que posteriormente se reduce. La mayoría de los cambios fisiológicos que tiene lugar durante la gestación tienden a reducir los niveles plasmáticos de los medicamentos y a reducir su eficacia. (8)

2- Efectos de la utilización de los fármacos en el feto.

Los efectos de los fármacos administrados a la madre sobre el feto pueden ser de tres tipos:

- Efectos teratógenos, que se producen principalmente en el primer trimestre del embarazo.
- Efectos sobre el desarrollo, que pueden producirse durante todo el embarazo.
- Efectos secundarios sobre el feto y neonato, que se producen en el tercer trimestre, especialmente en torno al parto. (8)

Durante la gestación se debe ser muy prudente a la hora de realizar las prescripciones en la gestante, por el potencial de teratogenicidad que tienen muchos de los medicamentos. En caso de necesidad terapéutica se deben de buscar las alternativas medicamentosas con menor riesgo potencial y valorar la relación eficacia riesgo. La FDA (Food & Drug Administration) norteamericana establece cinco categorías de riesgo fetal para los fármacos basadas en estudios experimentales en animales y humanos. (9)

Clase A: Pueden considerarse fármacos bastante seguros, el riesgo fetal es remoto. Con este grupo de fármacos se han realizado estudios controlados en mujeres sin evidencia de alteraciones en el primer o en el tercer trimestre.

Clase B: Ensayos en animales indican que no hay riesgo, pero no se dispone de estudios controlados en mujeres, o bien los estudios en animales indican riesgo, pero estudios controlados en mujeres indican que no hay riesgo ni en el primero ni en el tercer trimestre. Por lo tanto se utilizan cuando sean necesarios.

Clase C: Estudios en animales indican riesgo y no hay estudios controlados en mujeres. O bien no hay estudios ni en animales ni en mujeres. Solo deben utilizarse si el beneficio supera el riesgo.

Clase D: Hay un riesgo fetal confirmado, existen estudios en mujeres que lo evidencian. Solamente deben usarse si el riesgo fetal es menor que el dejar a la paciente sin tratamiento, cuando no hay fármaco alternativo seguro. Solo deben usarse si el beneficio supera el riesgo.

Clase X: Fármacos peligrosos. Los estudios en animales y en mujeres muestran un riesgo definido de anormalidad fetal, el riesgo supera a cualquier beneficio. Están completamente contraindicados durante el embarazo. (9)

Categoría asignada a diversos fármacos utilizados habitualmente en odontología.

Tomado de Sanchís J.M.

Fármaco.	Categoría.
<i>Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos:</i>	
Ácido acetilsalicílico.	C/D
Paracetamol.	B
Ibuprofeno.	B/D
Diclofenac.	C/D
<i>Antibióticos:</i>	
Penicilina.	B
Penicilina.	B
Penicilina G benzatínica.	B
Penicilina G procaínica.	B

Amoxicilina.	B
Ampicilina	B
Cloxacilina.	B
Dicloxacilina.	B
Cefalosporinas de primera generación.	B
Cefalosporinas de segunda y tercera generación.	C
Gentamicina.	C
Amikacina.	C
Estreptomicina.	D
Tetraciclina.	D
Doxiciclina.	D
Cloranfenicol.	C
Eritromicina.	B
Azitromicina.	B
Claritromicina.	C
Clindamicina.	B
Vancomicina.	C
Lincomicina.	B
<i>Ansiolíticos:</i>	
Diacepam.	D
Clordiacepóxido.	D
Oxacepam.	D
Loracepam.	D
Clonacepam.	D
Alprazolam.	D
<i>Anestésicos locales:</i>	
Lidocaína.	B
Mepivacaína.	C
Bupivacaína.	C
Prilocáína.	C
Tolicaína.	X
Procaína.	C
Propoxicaína.	X
Tetracaína.	C
Benzocaína.	B

(10)

Evaluación de medicamentos de utilización odontológica

1-Analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Se trata de un conjunto de fármacos analgésicos que poseen actividad antitérmica, y en su mayoría antiinflamatoria. Aunque la mayoría de los

componentes de este grupo comparten las 3 acciones que los definen (analgesia, antitérmica y antiinflamatoria), su eficacia relativa para cada una de ella puede ser diferente.

Todos los AINEs por su mecanismo de acción inhibidor de las síntesis de prostaglandinas, pueden producir constricción y cierre prematuro del conducto arteriovenoso fetal, si se utilizan de forma crónica durante el último trimestre de la gestación.

Este efecto podría llegar a producir hipertensión arterial pulmonar y desarrollo de la capa muscular lisa de los vasos precapilares fetales que se traduciría en hipertensión persistente en el recién nacido. (11)

Su administración antes del parto y debido a la citada acción inhibidora de la síntesis de prostaglandinas, puede reducir o anular la contractilidad uterina produciendo un retraso del parto y prolongación de la gestación. (9)

Los derivados propiónicos, son de gran utilidad en los procesos odontológicos. En la gestante la mayoría se incluyen en el grupo B, excepto en el tercer trimestre que pasan a la categoría D. (11)

Salicilatos:

Ácido acetilsalicílico; es el agente analgésico, antipirético, y antiinflamatorio más empleado. Deben utilizarse de forma restrictiva, durante el embarazo, su uso continuado a dosis altas así como al final de la gestación deben evitarse estando clasificado como factor de riesgo D en el tercer trimestre de la gestación. (11)

Se ha asociado a dosis altas a la tetralogía de Fallot y alteraciones de la función plaquetaria, hemorragia, malformaciones cardíacas fetales, retraso en el cierre del conducto arterioso fetal. Cuando se administra las últimas semanas del embarazo puede ocasionar problemas hemorrágicos durante el parto y el posparto y prolongación del embarazo. (9)

Paraaminofenoles:

Paracetamol: posee activo poder analgésico y antipirético, pero a diferencia de la aspirina su actividad antiinflamatoria es débil. Posee un factor de riesgo B, se utiliza de forma rutinaria. Aunque teóricamente puede producir daño hepático en el feto si es utilizado al comienzo de la gestación, no se ha llegado a datos concluyentes. No afecta la función plaquetaria y no existe riesgo de hemorragia aunque se utilice en la gestante a término. Es uno de los analgésicos más utilizados en el embarazo; su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal. (11)

La asociación paracetamol-codeína se encuentra en la categoría C de la clasificación de la FDA ya que produce depresión respiratoria fetal, defectos cardíacos, respiratorios y hernia inguinales. (9)

Derivados del ácido propiónico:

Ibuprofeno: su experiencia terapéutica es amplia, tiene una útil actividad antiinflamatoria, analgésica y antipirética. No se recomienda el uso de Ibuprofeno en mujeres embarazadas ya que puede provocar un cierre prematuro del conducto arterioso fetal si se administra en el tercer trimestre del embarazo. Se encuentra en la categoría B/D según la FDA. (11)

Derivados del ácido acético:

Diclofenac: posee una potente actividad analgésica, antitérmica y antiinflamatoria y eficacia comparable a la de los derivados del ácido propiónico. El Diclofenac a las dosis habituales interfiere menos en la agregación plaquetaria que la mayoría de los AINEs. No existen estudios controlados en mujeres embarazadas, razón por la cual no se recomienda su uso a menos que los beneficios para la madre superen los posibles riesgos para el feto. Puede producir cierre del conducto arterioso fetal, no se recomienda su uso durante las últimas etapas del embarazo por que puede ocasionar partos prematuros, hemorragia intensa. Si fuese necesario el consumo de Diclofenac debe utilizarse a dosis lo más bajas posibles. (11)

2-Antibióticos.

Compuesto químico utilizado para eliminar o inhibir el crecimiento de organismos infecciosos. La penicilina es el antibiótico más conocido, y ha sido empleado para tratar múltiples enfermedades infecciosas.

Se pueden clasificar en función de su estructura química, diferenciando así las penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos, tetraciclinas, macrólidos, etc.

Los antibióticos de utilización en odontología son los betalactámicos, macrólidos, clindamicina, tetraciclinas, quinolonas.

De los antibióticos betalactámicos los más utilizados son: la penicilina V, amoxicilina y ampicilina solos o asociados a inhibidores de la beta-lactamasas y penicilinas resistentes a penicilinasas (cloxacilina). (9)

Penicilinas:

Son los antibióticos de primer orden muy usados y los fármacos de elección para gran número de enfermedades infecciosas.

Se clasifican de acuerdo a su espectro de actividad microbiana en:

1. Penicilinas naturales: penicilina G [bencil (sódica, potásica), procaína, benzatina],
2. Penicilinas ácido resistentes: penicilina V, feneticilina, propicilina.
3. Penicilinas resistentes a betalactamasas (meticilina, nafcilina, oxacilina, cloxacilina, dicloxacilina y floxacilina)
4. Aminopenicilinas: ampicilina, amoxicilina

5. Antipseudomonas: carbenicilina, ticarcilina. (12)

Las penicilinas son los antibióticos de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas ligeras –moderadas, y solo están contraindicadas en casos de hipersensibilidad. Presentan un elevado grado de seguridad si se utilizan en la paciente gestante y se clasifican dentro de la categoría B según la FDA. (11)

Cefalosporinas:

En general las cefalosporinas son antibióticos de uso hospitalario en pocas ocasiones su uso en la atención primaria está justificado. Según el espectro antimicrobiano se clasifican en:

1. Cefalosporinas de primera generación (cefalotina, cefazolina, cefapirina, cefalexina, cefadroxilo, cefradina)
2. Cefalosporinas de segunda generación (cefuroxima, cefamandol, cefoxitina, cefmetazol, cefaclor, cefonicida, cefprozilo)
3. Cefalosporinas de tercera generación (cefminox, cefotaxima, ceftizoxima, ceftazidima, ceftriaxona, cefixima, cefpodoxima, cefotetán, ceftibuteno)
4. Cefalosporinas de cuarta generación (cefepima, cefpiroma). (12)

Las cefalosporinas al igual que ocurre con las penicilinas presentan un elevado grado de seguridad para las mujeres embarazadas y se clasifican dentro de la categoría B según la FDA. (9)

Aminoglucósidos (gentamicina, amikacina, estreptomina):

Causan en mayor o menor grado, ototoxicidad y nefrotoxicidad, por presentar un escaso margen entre las dosis terapéuticas y las tóxicas. Los aminoglucósidos son de uso hospitalario y muy excepcionalmente su uso ambulatorio es justificado. Se reservan asociados con otros antibióticos para el tratamiento empírico de infecciones por gramnegativos resistentes a otros antibióticos. Están contraindicados en el primer trimestre del embarazo por que pueden producir sordera en el recién nacido. Existen reportes de sordera bilateral congénita irreversible por estreptomina y nefrotoxicidad para el feto. (12)

Tetraciclinas (tetraciclinas, doxiciclinas):

Las tetraciclinas más usadas en odontología son la doxiciclina y minociclina. Este grupo de antibióticos se encuentran contraindicados durante la gestación por que se unen a la hidroxiapatita y producen coloración de los dientes en su progenie. (9)

El periodo de mayor peligro para los dientes es desde la mitad del embarazo hasta 4 a 6 meses del periodo postnatal para los dientes deciduos, y de 6 meses a 5 años de edad para los dientes permanentes; periodos estos en que las coronas de los dientes se están formando, también pueden producir esmalte hipoplásico. Las tetraciclinas se depositan en el esqueleto del feto humano por lo que producen inhibición del crecimiento óseo. (11)

Cloranfenicol:

El cloranfenicol es un potente y valioso antibiótico, no es la primera elección para ninguna infección específica, su uso está limitado por su potencial de efectos adversos. Está indicado como alternativa en pacientes alérgicos a las penicilinas. Puede desencadenar en el recién nacido “síndrome gris” cuando se administra en las últimas semanas del embarazo. Los síntomas iniciales son: vómitos, cianosis (a menudo coloración grisácea) y posteriormente shock y muerte (40%). El cloranfenicol está contraindicado durante el embarazo, así como en prematuros y lactantes. El tratamiento con cloranfenicol debe limitarse a las infecciones en las que los beneficios de la droga son mayores que los riesgos de su toxicidad potencial. Cuando se dispone de otras drogas antimicrobianas igualmente efectivas pero potencialmente menos tóxicas que el cloranfenicol, estas deben ser utilizadas. (11)

Macrólidos (eritromicina, claritromicina, azitromicina):

La eritromicina es recomendada como alternativa a las penicilinas en pacientes alérgicos a estos, con el objeto de prevenir la endocarditis bacteriana después de procedimientos odontológicos. La eritromicina base se considera segura, siempre que esté realmente indicada durante el embarazo; pero la forma estolato de eritromicina está contraindicada ya que se ha asociado a hepatotoxicidad fetal o hepatitis colestática en la gestante. (9)

Clindamicina:

La complicación más grave es el desarrollo de una colitis pseudomembranosa independiente de la dosis, provocada por el sobrecrecimiento y producción de enterotoxinas por *Clostridium Difficile*, que ocurre en el 0,01-1% de todos los tratamientos con clindamicina. Se clasifica dentro de la categoría B según la FDA. (9)

Quinolonas (ciprofloxacina, norfloxacina, ofloxacina):

No deben administrarse durante el embarazo, por la posibilidad de alteraciones del cartílago, ni en niños en crecimiento. Se clasifican dentro de la categoría C según la FDA. (9)

3- Ansiolíticos.

Un ansiolítico es un fármaco con acción depresora del sistema nervioso central, destinado a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad. (12)

Desde un punto de vista funcional los ansiolíticos se clasifican como:

- Ansiolíticos- sedante- hipnóticos: benzodiazepinas, barbitúricos y meprobamato.
- Agonistas parciales de receptores 5-HT_{1A}: buspirona, ipsapirona y gepirona.

Los dos grandes grupos de estas clases son: los barbitúricos y las benzodiazepinas.

El uso de tranquilizantes y ansiolíticos es más frecuente de lo que todos pensamos, ya que son de fácil acceso para cualquier persona, y es muy fácil burlar la falta de receta médica en muchas farmacias. No se ha demostrado que produzcan malformaciones (efectos teratogénicos) sobre el embrión, pero el uso de las benzodiazepinas debería ser evitado durante el embarazo por lo menos en tratamientos prolongados. (13)

Raramente los beneficios justifican los riesgos para el feto. Además si se usan en el último trimestre del embarazo pueden provocar depresión respiratoria, atonía muscular e inclusive síndrome de abstinencia neonatal. (14)

El consumo de benzodiazepinas durante el embarazo cruzará la barrera de la placenta y puede llegar a afectar el crecimiento y el desarrollo del feto. El periodo de mayor seguridad para el feto es durante el segundo trimestre de gestación. (14)

En mujeres embarazadas con un consumo prolongado de benzodiazepinas se pueden presentar síntomas de un síndrome de abstinencia en el bebé recién nacido, los cuales pueden prolongarse por una semana o más tiempo. Estos síntomas pueden incluir problemas respiratorios, problemas en el mantenimiento de la temperatura corporal y dificultades para tragar. (13)

Las benzodiazepinas en odontología se utilizan durante un periodo corto de tiempo y no se ha demostrado que produzcan alteraciones en el feto. (9)

Las benzodiazepinas son fármacos de clase D según la FDA, usadas en la primer trimestre del embarazo se ha asociado a malformaciones.

- Diacepam, a fisura palatina, labio leporino y hernias inguinales, estudios de NIH no mostraron esta asociación.
- Clordiazepóxido, malformaciones cardíacas, atresia duodenal.
- Oxacepam, a dismorfismo facial. Su uso periparto puede generar depresión respiratoria en el recién nacido, hiperbilirrubinemia e hipotermia.
- Clonacepam, su administración a dosis altas en el último trimestre del embarazo o durante el parto puede provocar irregularidades en los latidos del corazón del feto e hipotermia, hipotonía, depresión respiratoria leve y mala alimentación en el neonato. (13)

4-Anestésicos locales.

Los anestésicos locales son drogas que bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican localmente al tejido nervioso en concentraciones apropiadas

Existen dos grupos principales de anestésicos: ésteres y amidas.

Los fármacos del tipo éster: (ésteres del ácido para-amino benzoico) son relativamente inestables en solución y son metabolizados por colinesterasas plasmáticas, el ácido para-amino benzoico (PABA), es capaz de provocar reacciones alérgicas en un pequeño porcentaje de la población en general.

Los fármacos derivados del grupo amida: la biotransformación de las amidas se lleva a cabo principalmente en el hígado. No tienen como metabolito (PABA) y rara vez se ha informado de fenómenos alérgicos con estos fármacos. (15)

- Los más sobresalientes del grupo éster son:

Procaína: es el prototipo del grupo de anestésicos locales tipo éster. Es la menos tóxica de los anestésicos locales y no es eficaz en forma tópica.

Propoxicaína: es aproximadamente 7 a 8 veces más potente y 8 a 10 veces más tóxico que la procaína.

Tetracaína: es muy potente y tóxico potencial.

Benzocaína: es de acción corta, solo se utiliza como anestésico tópico.

- Los anestésicos tipo amida son:

Lidocaína: es el prototipo de los anestésicos locales tipo amida, es 4 veces más efectiva que la procaína, es sin duda el anestésico más usado. Posee un corto periodo de latencia, buena eficacia, baja toxicidad y alta tolerancia.

Prilocaina: Tiene un efecto vasodilatador menor que la lidocaína, se metaboliza con más rapidez y de menor toxicidad que ésta.

Mepivacaína: tiene leve acción vasodilatadora y puede usarse sola.

Bupivacaína: es un anestésico derivado de la mepivacaína, su duración es prolongada, es relativamente tóxica y se usa en concentraciones bajas.

Etidocaína: es un anestésico de acción larga, elevada toxicidad, disminuye la capacidad psicomotriz lo que sugiere más estudios para valorar su utilidad dentro de la práctica odontológica clínica.

Tolocaína: se encuentra contraindicado por su alta toxicidad. (14)

Los anestésicos locales se deben utilizar con cautela durante el embarazo, es decir a dosis moderadas habiéndose reportado bradicardia fetal después de la administración de lidocaína y mepivacaína en cantidades considerables al principio de la gestación. (6)

La solución anestésica de elección es la lidocaína al 2% con 1:80000 de epinefrina; se recomienda no sobrepasar de 2 carpules en cada sesión. La lidocaína se encuentra en la categoría B según la FDA. (6)

La mepivacaína y la bupivacaína se encuentran en la categoría C, según la FDA. Pueden causar diversos grados de toxicidad materna, fetal y neonatal si se administran durante la gestación.

La prilocaína produce un metabolito llamado ortotoluidina que es capaz de transformar la hemoglobina en metahemoglobina especialmente cuando se administra en dosis o concentraciones altas, no debe usarse en mujeres embarazadas por el peligro de una metahemoglobinemia fetal. Se encuentra en la categoría C según la FDA. (6)

En cuanto a la procaínas y tetracaína se carecen de estudios que demuestren su seguridad en mujeres embarazadas. Se recomienda administrar solo cuando los beneficios superen riesgos potenciales. (11)

Otro aspecto importante a considerar es el uso de radiografías a las pacientes embarazadas y los efectos de la radiación sobre el embrión y el feto.

Las radiografías dentales están contraindicadas durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre, cuando el feto en desarrollo es particularmente susceptible a los efectos de la radiación. Sin embargo, en caso en que se requiera tratamiento odontológico será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. (16)

La irradiación prenatal puede conducir a muerte del organismo o causar anomalías específicas, dependiendo de la fase del desarrollo en el momento de la radiación. El período más sensible respecto a la inducción de anomalías del desarrollo, corresponde a la fase de organogénesis, entre los 18 y 45 días de gestación, esto puede conllevar a una disminución del crecimiento y la circunferencia cefálica (microcefalia) que frecuentemente se asocia con retraso mental. También se pueden presentar alteraciones como, bajo peso al nacer, cataratas, malformaciones genitales y esqueléticas y microftalmia. El período de máxima sensibilidad del cerebro es el comprendido entre las semanas 8 y 15 después de la concepción. (16)

El feto de una paciente sometida a una radiografía dental recibe aproximadamente 0,01 mGy. Estudios indican que no se produce incremento en las anomalías congénitas, ni retraso en el crecimiento intrauterino como consecuencia de la exposición a un total de menos de 5- 10 Gy durante la gestación. La frecuencia de retraso mental severo tras la exposición a 1 Gy durante ese periodo oscila alrededor del 43 %.

A pesar de los mínimos riesgos de las radiografías dentales el odontólogo no debe abusar de ellas durante la gestación (ni en cualquier otro momento). (16)

Las radiografías dentales deben emplearse de modo selectivo y solamente cuando sea necesario y apropiado para ayudar al diagnóstico y al tratamiento. Cuando las radiografías se hacen con medidas de seguridad adecuadas contra la radiación (colimación de haz, película de velocidad E, delantal de plomo, elevado kilovoltaje, etc.) se puede realizar un cuidado dental seguro durante la gestación, y utilizando los medios de protección adecuados. (16)

Delantales y collares de plomo: el delantal de plomo actúa como un escudo para atenuar hasta en un 98% de la radiación dispersa. Se puede decir algo similar de los escudos tiroideos, que reducen la exposición hasta en un 92%, su uso no supone dificultad, gasto grande ni inconveniencia, además, su empleo demuestra una preocupación real por el bienestar de la paciente.

Elección de la técnica intraoral: se deben emplear portaplacas que coloquen el receptor de forma que coincida con la colimación. Los receptores no deben ser sujetados en posición por el paciente. La elección de la técnica bisectriz del ángulo o cono largo paralelo se deja a discreción del clínico, la decisión sobre el método a usar debe basarse en la calidad diagnóstica de las radiografías resultantes, la eficiencia en el empleo de la radiación y la facilidad de la técnica. Cuanto más eficaz sea la técnica menor radiografías repetidas habrán. (16)

Tratamientos que se pueden realizar en cada trimestre del embarazo.

Primer trimestre.

- Control de placa.
- Instrucciones de higiene oral.
- Profilaxis y curetaje simple (tratamiento periodontal conservador).
- Tratamientos de emergencia solamente.

Segundo trimestre.

- Control de placa.
- Instrucciones de higiene oral.
- Profilaxis y curetaje simple (tratamiento periodontal conservador).
- Tratamiento dental de rutina.
- Radiografías con protección.
- Tratamiento de emergencia y electivos.

Tercer trimestre.

- Control de placa.
- Instrucciones de higiene oral.
- Profilaxis y curetaje simple (tratamiento periodontal conservador).
- Radiografías con protección.
- Tratamiento de emergencia.
- Evitaremos al máximo cualquier tratamiento en las últimas semanas debido a la posibilidad de que presente un parto prematuro en el gabinete dental. (5)

Diseño metodológico.

Tipo de estudio:

El estudio es descriptivo, prospectivo, de corte transversal; midió el nivel de conocimiento de los estudiantes del quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León, acerca del manejo de la paciente gestante en el consultorio dental.

Área de estudio:

Clínicas de cirugía oral menor y área de espera para pacientes; en la cual encontramos el área de cirugía propiamente dicha, que consta de seis cubículos con sus respectivas unidades dentales, el cuarto de esterilización de instrumentos y el área de toma de radiografías.

Población estudiada:

El universo de estudio estuvo conformado por 67 estudiantes del quinto curso de la carrera de odontología matriculados en el año lectivo 2007 que cursan la asignatura de cirugía oral III ; cabe señalar que no se utilizó muestra debido a que el universo es relativamente pequeño.

VARIABLES:

Nivel de conocimiento sobre el manejo de la paciente gestante en los siguientes aspectos:

- Consideraciones que se deben tener al momento de colocar a una paciente gestante en el sillón dental.
- AINES, antibióticos, ansiolíticos y anestésicos locales que se le pueden prescribir a la paciente gestante.
- Medidas a tomar en cuenta para la toma de radiografías a la paciente gestante.

Recolección de información.

La recolección de información fue realizada por nosotras mismas, para ello utilizamos como instrumento de recolección de datos un cuestionario de trece preguntas cerradas autoelaborado.

El instrumento consistió de datos relacionados al manejo de la paciente embarazada en el consultorio dental y contaba con un vocabulario claro el cual los estudiantes pudieran entender. La validez de apariencia y contenido de las preguntas redactadas se estableció por consenso nuestro y de nuestra tutora y asesora.

Para la calificación de las preguntas participaron sesenta y siete estudiantes de quinto año de la carrera de odontología. Para seleccionar nuestro universo de estudio procedimos a indagar la cantidad de estudiantes del quinto curso que reciben la asignatura de cirugía oral III (correspondiente a 67 alumnos matriculados en el año 2007), y los horarios en que llevan a cabo esta asignatura. Asistimos a turnos matutinos y vespertinos en las clínicas de cirugía oral menor y en el área de espera para pacientes, áreas en donde nuestro cuestionario fue autoadministrado a cada estudiante. El tiempo promedio de aplicación del cuestionario fue de 15-20 minutos. La recolección de la información se llevo a cabo en un transcurso de cinco días.

Para determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes utilizamos la siguiente escala de valores:

Nivel de conocimiento	Estudiantes que obtuvieron
Bueno.	11-13 respuestas correctas (Los aspectos evaluados están planteados de manera satisfactoria).
Regular.	8-10 respuestas correctas (Los aspectos evaluados no logran cumplir los criterios esperados)
Deficiente.	0-7 respuestas correctas. (Los aspectos evaluados en ningún caso cumplen con los criterios mínimos esperados).

Escala utilizada para la evaluación de las investigaciones científicas de los estudiantes de Coquimbo, Chile en el Congreso Nacional Científico Escolar Explora realizado en noviembre del año 2006; cuyo objetivo es apoyar y promover las iniciativas de investigación científica de los estudiantes, respaldados por sus profesores guías, en los establecimientos educacionales del país.

Una vez finalizada la recolección de datos procedimos a la revisión de los cuestionarios para obtener la información que posteriormente fue tabulada.

Resultados.

Tabla # 1

**Porcentaje de estudiantes del quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León, que conocen las consideraciones que se deben tener al momento de colocar a una paciente gestante en el sillón dental.
(Abril 2007)**

n=67

Consideraciones para colocar a la paciente en el sillón dental.	Frecuencia	Porcentaje
Conocen las medidas que se deben de tomar en cuenta para colocar a una paciente gestante en el sillón dental.	33	49.3
Conocen que trimestre del embarazo es de mayor riesgo para le paciente gestante en cuanto a su posición en el sillón dental.	27	40.3
Conocen cual es la posición más adecuada para colocar a una paciente gestante en el sillón dental en las últimas semanas del embarazo.	12	17.9

Al analizar esta tabla podemos observar que el 49.3 % de los estudiantes a los cuales se les aplicó la encuesta conocen las medidas que se deben de tomar en cuenta para colocar a una paciente gestante en el sillón dental, el 40.3 % de ellos saben que trimestre del embarazo es el de mayor riesgo para la gestante en cuanto a su posición en el sillón dental y solo el 17.9 % de los alumnos manejan cual es la posición más adecuada para colocar a la paciente en el sillón dental en las últimas semanas del embarazo. Notándose que más del 50% de los alumnos desconocen las consideraciones que se deben tener al momento de colocar a una paciente gestante en el sillón dental.

Tabla # 2

Porcentaje de estudiantes del quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León, que saben que consideraciones se deben tener al momento de prescribir un fármaco a una paciente gestante. (Abril 2007)

n=67

Consideraciones para prescribir un fármaco.	Frecuencia	Porcentaje
Conocen que medidas se deben de tomar en cuenta al momento de prescribir un fármaco a una paciente gestante.	63	94
Conocen en que trimestre del embarazo hay mayor riesgo para el binomio madre- feto en cuanto a la utilización de fármacos (AINES, antibióticos, anestésicos locales)	50	74.6
Conocen en que trimestre del embarazo es seguro la administración de ansiolíticos a una paciente gestante.	37	55.2

Esta tabla nos refleja que el 94 % de los estudiantes a los cuales se les aplicó el cuestionario conocen las medidas que se deben de tomar en cuenta al momento de prescribir un fármaco a una paciente gestante, el 74.6 % de ellos saben que trimestre del embarazo es el de mayor riesgo para el binomio madre- feto en cuanto a la utilización de AINES, antibióticos y anestésicos locales y un 55.2 % de los alumnos saben en que trimestre del embarazo es seguro la administración de ansiolíticos. Podemos observar con claridad que gran porcentaje de los estudiantes manejan las medidas y el periodo del embarazo en que se pueden prescribir ciertos fármacos (AINES, antibióticos y anestésicos locales), pero que el 45% de los alumnos desconocen el periodo en que se pueden prescribir ansiolíticos a una paciente gestante.

Tabla # 3

**Porcentaje de estudiantes del quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León, que conocen que fármacos (AINES, antibióticos, ansiolíticos y anestésicos locales) se la pueden prescribir a una paciente gestante.
(Abril 2007)**

n=67

Fármacos que se pueden prescribir a una paciente gestante.	Frecuencia	Porcentaje
Conocen que AINE es más seguro prescribir a una paciente gestante.	51	76.1
Conocen que antibiótico es mas seguro prescribir a una paciente gestante	31	46.3
Conocen que ansiolíticos tienen mayor perfil de seguridad a utilizar en una paciente embarazada.	4	6
Conocen que anestésico local tiene mayor perfil de seguridad a utilizar en una paciente embarazada.	36	53.7

Esta tabla nos revela que el 76.1 % de los estudiantes a los cuales se les aplicó el cuestionario conocen que AINE es más seguro de prescribir a una paciente gestante, el 46.3% de ellos conocen que antibiótico es más seguro de prescribir a una gestante, el 6 % de los alumnos saben que ansiolíticos tienen mayor perfil de seguridad a utilizar a una gestante y un 53.7 % de ellos manejan que anestésico local es más seguro de utilizar en una paciente gestante. Notándose que un porcentaje considerable tiene poco conocimiento sobre la prescripción de anestésicos locales, seguido de la prescripción de antibióticos y que el 94% desconocen las indicaciones de los ansiolíticos para estas pacientes.

Tabla # 4

Porcentaje de estudiantes del quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León, que conocen que consideraciones se deben de tomar en cuenta para la toma de radiografías a la paciente gestante. (Abril 2007)

n=67

Consideraciones para tomar radiografías a una paciente gestante.	Frecuencia	Porcentaje
Conocen que trimestre del embarazo es el más indicado para tomar radiografías a una paciente gestante	46	68.7
Conocen que medidas se deben de tomar en cuenta al momento de tomar radiografías a una paciente gestante	12	17.9
Saben que medios de protección se deben utilizar para tomar radiografías a una paciente gestante.	58	86.6

Esta tabla nos manifiesta que el 68.7% de los estudiantes a los cuales se les aplicó el cuestionario conocen que trimestre del embarazo es el más indicado para tomar radiografías a una paciente gestante, el 17.9 % de ellos manejan que medidas se deben de tomar en cuenta al momento de tomar radiografías a una gestante y un 86.6 % de los alumnos saben que medios de protección se deben utilizar para tomar radiografías a un paciente gestante. Podemos observar que gran porcentaje de los alumnos conocen que medios de protección se deben utilizar y que trimestre del embarazo es el más indicado para tomar radiografías, pero que más del 80% de los alumnos desconocen las medidas que se deben de tomar en cuenta al momento de la toma de radiografías.

Tabla # 5

Nivel de conocimiento de los estudiantes del quinto curso de la facultad de odontología UNAN-León, acerca del manejo de la paciente embarazada en el consultorio dental.

(Abril 2007)

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	1	1.5
Regular	27	40.3
Deficiente	39	58.2
Total	67	100

Al analizar esta tabla podemos observar con gran claridad que de un total de 67 alumnos a los cuales se les aplicó el cuestionario (que representan el 100%) se obtuvo que solo el 1.5 % de los estudiantes tuvieron un conocimiento valorado como bueno, un 40.3% de los alumnos obtuvo un conocimiento valorado como regular y que la gran mayoría correspondiente a un 58.2% de los estudiantes obtuvo un conocimiento calificado como deficiente.

Discusión de resultados

Al analizar los resultados de nuestra investigación podemos observar que el conocimiento de los estudiantes varió dependiendo del tema, ya que las consideraciones para colocar a una paciente gestante en el sillón dental y las medidas para tomar radiografías fueron los aspectos que los estudiantes menos conocen y las consideraciones para la prescripción de fármacos fue el tema en el cual tuvieron mayor dominio.

En forma general podemos observar que la mayoría de los estudiantes desconocen las pautas y medidas que se deben tomar en cuenta al momento de atender a una paciente embarazada en el consultorio dental, obteniéndose un gran porcentaje (58.2 %) de estudiantes con un nivel de conocimiento deficiente. Estos resultados pueden atribuirse a la falta de pacientes que acuden en este estado a las clínicas multidisciplinarias de la facultad de odontología y debido también a que en el pénsum académico no se le dá un amplio abordaje a este tema.

Conclusión

A pesar de que el conocimiento de los alumnos del quinto curso de la carrera de odontología sobre el manejo de la paciente gestante en el consultorio dental varió dependiendo del tema, se pudo concluir en base a los resultados obtenidos, que en general el conocimiento de los alumnos es deficiente ya que de trece preguntas que correspondían a todo el cuestionario, el 58.2 % de los estudiantes acertaron en menos de siete respuesta correctas, lo que significa que la gran mayoría de los estudiantes no cuentan con los conocimientos necesarios para brindar una buena atención a una paciente embarazada en la práctica clínica.

Recomendaciones.

1. Integrar al pensum académico de las áreas de propedéutica clínica, farmacología y radiología mayor número de conferencias relacionadas al manejo de la paciente gestante en el consultorio dental.
2. Proveer al estudiante de material didáctico necesario para un mejor abordaje de este tema.
3. Reforzar en los alumnos conocimientos básicos sobre la atención de mujeres embarazadas y retroalimentarlos en la práctica clínica para que tengan una formación más completa.
4. Crear o hacer conciencia a las nuevas generaciones de odontólogos desde su proceso de formación sobre la gran importancia de saber brindar una adecuada atención a las pacientes embarazadas y de esta manera evitar posibles complicaciones en el binomio madre-feto.

Bibliografía.

1. López J, Roselló X, Chimenos E, Mundet N, Blanco A, Jane E. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. 1998.
2. <http://www.Odontología.iztacala.unam.mx.com>. Noviembre-Diciembre 2002.
3. Botero U. Jaime, Jubiz H. Alfonso, Henao Guillermo. Obstetricia y ginecología. Cuarta edición.1992.
4. <http://www.iqb.es/diccio/a.htm>. Febrero 2004.
5. Machuca G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes en estado de gestacion y lactancia. Ed. Normon. Madrid. 1996.
6. Berini A. Leonardo, Cosme Gay E. Anestesia odontológica. Impreso por Ibergráficas S.A. Primera edición. Madrid.1997.
7. Rose LF, Kaye D. Medicina interna en odontología. Ed.Salvat. Barcelona.1992.
8. Flores, Jesús. Farmacología humana. Cuarta edición. Masson.
9. Bascones Antonio, Castillo Bullón. Bases farmacológicas de la terapéutica odontológica. Impreso por Ibergráficas S.A. Abril.2000.
10. Sanchís JM. Manifestaciones orales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas. Ed. Masson. Barcelona.1995.
11. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Séptima edición. Editorial Médica Panamericana SA. Buenos Aires. Abril 1998.
12. Formulario terapéutico nacional.Ministerio de salud. Quinta edición. Julio 2001.
13. <http://www.babysitio.com/embarazo/medicamentos,drogas.php>. Julio 2007.
14. http://www.infogen.org.mx/infogen/jsp/not_com_prev. Julio2007.
15. J.M Carlos, M.A Viamonte. Farmacología de los anestésicos locales. 1991.
16. H.G.Poyton. Radiología bucal. Primera edición.

Anexos.

Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Valor
Conocimiento sobre las consideraciones que se deben tener para colocar a una paciente gestante en el sillón dental.	Entendimiento que poseen los estudiantes sobre las consideraciones que se deben tener para colocar a una paciente gestante en el sillón dental.	Calidad de respuestas en cuanto a la posición de la paciente embarazada en el sillón dental.	correcto Incorrecto.
Conocimiento sobre que AINES, antibióticos, ansiolíticos y anestésicos locales se le pueden prescribir a la paciente gestante.	Entendimiento que poseen los estudiantes sobre que fármacos (AINES, antibióticos, ansiolíticos y anestésicos locales) se le pueden prescribir a la paciente gestante.	Calidad de respuestas en cuanto a la indicación de los fármacos (AINES, antibióticos, ansiolíticos, anestésicos) a las pacientes embarazadas.	correcto Incorrecto.
Conocimiento acerca de las medidas para la toma de radiografías a la paciente gestante.	Entendimiento que poseen los estudiantes sobre las medidas a tomar en cuenta para la toma de radiografías a la paciente gestante.	Calidad de respuestas en cuanto a las medidas preventivas en el uso de radiografías a la paciente embarazada.	correcto Incorrecto.
Nivel de conocimiento acerca del manejo de la paciente gestante en el consultorio dental.	Grado de entendimiento que poseen los estudiantes acerca del manejo de la paciente gestante en el consultorio dental.	Número de respuestas correctas.	Bueno (11-13) Regular (8-10) Deficiente (0-7)

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN-León.**

Facultad de odontología.

Ficha de recolección de datos número: _____.

Estimados alumnos de quinto año, somos egresadas de la facultad de odontología y estamos realizando un estudio acerca del manejo de la paciente gestante en las clínicas de cirugía oral de la UNAN-León, para lo cual necesitamos de su colaboración en el siguiente cuestionario:

Seleccione la respuesta que considere correcta:

1. ¿Qué medidas consideraría usted se deben de tomar en cuenta al momento de colocar a una paciente gestante en el sillón dental?

- A. Procurar periodos de atención cortos y cambios posicionales frecuentes.
- B. Evitar frecuentes cambios de posición de la paciente durante el periodo de atención.
- C. Procurar periodos de atención prolongados.

2. ¿En cuál de los siguientes trimestres del embarazo considera usted que hay mayor riesgo para la paciente gestante en cuanto a su posición en el sillón dental?

- A. Primero y segundo trimestre.
- B. Segundo y tercer trimestre.
- C. Primero y tercer trimestre.

3. ¿Cuál cree usted que es la posición más adecuada para colocar a una paciente gestante en el sillón dental en las últimas semanas del embarazo?

- A. Posición sentada (pies bajos).
- B. Posición sentada (reclinada).
- C. Posición de decúbito supino.
- D. Posición de decúbito lateral.
- E. Posición de Trendelenburg.

4. ¿Cuál de las siguientes consideraciones tomaría usted en cuenta al momento de prescribir un fármaco a una paciente gestante?

- A. El embarazo es un estado fisiológico transitorio normal y no es necesario tener consideraciones especiales.
 - B. Prescribir medicamentos si solo son necesarios utilizando las menores dosis eficaces.
 - C. Prescribir medicamentos si solo son necesarios utilizando las mayores dosis eficaces.
 - D. Utilizar siempre fármacos recién comercializados por ser más seguros.
-
-

5. ¿En cual de los siguientes trimestres del embarazo considera usted que hay mayor riesgo para el binomio madre-feto en cuanto a la utilización de fármacos (AINES, antibióticos, anestésicos locales)?

- A. Primero y segundo trimestre.
- B. Segundo y tercer trimestre.
- C. Primero y tercer trimestre.

6. ¿Cuál de los siguientes AINES consideraría más seguro prescribir a la paciente gestante después de haber realizado un procedimiento dental?

- A. Ácido Acetil Salicílico (Aspirina).
- B. Paracetamol (Acetaminofén).
- C. Ibuprofeno.
- D. Diclofenac.
- E. Todas las anteriores.

7. ¿Cuál de los siguientes antibióticos consideraría usted más seguro prescribir a la paciente gestante después de haber realizado un procedimiento dental?

- A. Penicilinas, clindamicinas, cefalosporinas, eritromicina (base).
- B. Estreptomina, Eritromicina (estolato).
- C. Tetraciclinas, ciprofloxacina, cloranfenicol.
- D. Todas las anteriores.

8. ¿En que periodo del embarazo considera usted es seguro la administración de ansiolíticos a una paciente gestante?

- A. Primer trimestre.
- B. Segundo trimestre.
- C. Tercer trimestre.

9. ¿Cuál de los siguientes ansiolíticos considera usted tiene mayor perfil de seguridad a utilizar durante el periodo del embarazo seleccionado anteriormente?

- A. Diazepam.
 - B. Clordiazepóxido.
 - C. Oxacepam.
 - D. Cloracepam.
 - E. Clonacepam.
 - F. Alprazolam.
 - G. Todas las anteriores.
-
-

10. ¿Cuál de los siguientes anestésicos locales tiene mayor perfil de seguridad a utilizar en una paciente embarazada para realizar un procedimiento dental?

- A. Procaína.
- B. Tetracaína.
- C. Bupivacaína.
- D. Lidocaína
- E. Prilocaína.
- F. Mepivacaína.
- G. Todas las anteriores.

11. ¿Cuál de los siguientes trimestres del embarazo cree usted es el más indicado para tomar radiografías a una paciente gestante?

- A. Primero y segundo trimestre.
- B. Segundo y tercer trimestre.
- C. Primero y tercer trimestre.

12. ¿Qué medidas se deben de tomar en cuenta al momento de tomar radiografías a una paciente gestante?

- A. Disminuir el miliamperaje y kilovoltaje para que haya menor tiempo de exposición.
- B. Utilizar radiografías de velocidad tipo A
- C. Utilizar radiografías de velocidad tipo E
- D. Las radiografías en odontología están completamente contraindicadas durante el embarazo.

13. ¿Qué medios de protección utilizaría para tomar radiografías a la paciente embarazada?

- A. Las radiaciones utilizadas en odontología son mínimas por lo que no es necesario utilizar medios de protección.
 - B. Utilizaría delantal de plomo solamente.
 - C. Utilizaría collarín tiroideo solamente.
 - D. Utilizaría ambos (delantal de plomo y collarín tiroideo)
-
-