

Tratamiento odontológico en embarazadas

Guías de Práctica Clínica (GPC)

2016

Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
Tratamiento odontológico en embarazadas. Guía de Práctica Clínica
Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP;
2015.44p: tabs:gra:18x25 cm

ISBN 978- 9942-22-057

1. Salud Pública	4. Ecuador	6. Protocolo odontológico
2. Odontología	5. Guía de Práctica Clínica	7. Procedimientos
3. Tratamiento odontológico en embarazadas		

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfono (593 2) 381 4400
www.salud.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) ha sido adaptada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas expertos en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública. En ella se reúnen evidencias y recomendaciones científicas para asistir a los odontólogos y pacientes en la toma de decisiones acerca del diagnóstico y tratamiento a las embarazadas.

Estas son de carácter general y no definen un modo único de conducta relativa a procedimientos o terapéuticas, sino una orientación basada en evidencia científica. La aplicación de las recomendaciones en la práctica odontológica deberá basarse además, en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas existentes.

Los autores han declarado no tener conflicto de interés y han procurado ofrecer información completa y actualizada.

Publicado en junio del 2015
ISBN 978- 9942-22-057

Impreso por El Telégrafo EP



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Tratamiento odontológico en embarazadas: Guía Práctica Clínica. Primera edición. Dirección Nacional de Normatización- MSP; Quito, 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>



No. 00005280

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que,** la Constitución de la República del Ecuador ordena: “Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.
El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”;
- Que,** el artículo 361 de la citada Constitución de la República del Ecuador prescribe: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.”;
- Que,** la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 3, preceptúa que la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades;
- Que,** la citada Ley Orgánica de Salud dispone: “Art. 4. La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.”;
- Que,** la Ley *Ibidem* en el artículo 6 establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus





condiciones particulares; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud”;

Que, el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00004520 de 13 de noviembre de 2013, establece como misión de la Dirección Nacional de Normatización definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;

Que, es necesario contar con un documento que reúna evidencias y recomendaciones científicas para asistir a los profesionales de la salud involucrados en la atención odontológica, en la toma de decisiones acerca de prevención, diagnóstico y tratamiento en embarazadas; y,

Que, mediante memorando No. MSP-DNN-2015-0644-M de fecha 16 de junio de 2015, la Directora Nacional de Normatización, Encargada, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DE RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica denominada **“Tratamiento odontológico en embarazadas”**, adaptada por la Dirección Nacional de Normatización.

Art. 2.- Disponer que la Guía de Práctica Clínica denominada **“Tratamiento odontológico en embarazadas”**, sea aplicada a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria).

Art. 3.- Publicar la citada Guía de Práctica Clínica en la página web del Ministerio de Salud Pública.



DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de la Direcciones Nacionales de Primer Nivel de Atención en Salud y Hospitales; y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 29 JUL. 2015


 Carina Vance Mafla
 MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



EN BLANCO

	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Aprobado	Dr. David Acurio	Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud	Viceministro	<i>[Signature]</i>
	Dra. Verónica Espinosa	Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud	Subsecretaria	<i>[Signature]</i>
	Dra. María Fernanda Andrade	Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud	Subsecretaria	<i>[Signature]</i>
	Dr. Julio López	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud	Director	<i>[Signature]</i>
	Dra. Sonia Brazales	Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Directora	<i>[Signature]</i>
	Dr. Andrés Corral	Dirección Nacional de Hospitales	Director	<i>[Signature]</i>
Solicitado y aprobada	Dra. Martha Gordón	Dirección Nacional de Normatización.	Directora	<i>[Signature]</i>
Revisado	Dra. Elisa Jaramillo	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General	<i>[Signature]</i>
	Abg. Isabel Ledesma	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Directora	<i>[Signature]</i>
Elaboración del Acuerdo	Dra. Elina Herrera	Dirección Nacional de Consultoría Legal	Analista	<i>[Signature]</i>
Revisión y validación de la Guía	Dra. Ximena Raza	Dirección Nacional de Normatización.	Técnica	<i>[Signature]</i>
Aprobado	Dra. Paula Cisneros	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud	Directora	<i>[Signature]</i>

ES UNA COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE Dirección Nacional de Seguridad Social. RESUELTO EN CASO NECESARIO LO CERTIFICO. QUITO A 29 JUL. 2015


 SECRETARÍA GENERAL
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Autoridades MSP:

Mag. Carina Vance, Ministra de Salud Pública
Dr. David Acurio, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Verónica Espinosa, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud.
Dra. Fernanda Andrade, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normalización Encargada.

Equipo de redacción y autores:

Dra. Cristina Rockenbach . Odontóloga, Especialista en Cirugía Buco Maxilo Facial, docente Universidad Internacional del Ecuador, UIDE
Dra. Ximena Raza. Mgs. Coordinadora de la Dirección Nacional de Normalización, MSP
Bqf. Jessica Medina. Analista de la Dirección Nacional de Normalización-MSP

Equipo de revisión y validación:

Dra. Ana Armas. PhD en Operatoria Dental, docente Universidad Internacional del Ecuador
Dra. Carina Maldonado. Cirujana Oral. Hospital de Yaruqui. MSP
Dra. Ibelia Luque. Coordinadora de Salud Bucal. Hospital de Yaruqui. MSP
Dra. Ana Viteri. Endodoncista. Universidad San Francisco
Dra. Ana Alvear. Especialista en Odontopediatría. Universidad de las Américas. UDLA
Dra. Ivonne Ramos. Distrito 17D04. Provisión de los Servicios
Dr. Edwin Muñoz. Colegio de Odontólogos de Pichincha
Dr. Fernando Riofrio. Oral Health. Comisión Científica. FOE
Dra. Leslee Ribadeneira. Odontopediatra. Odontostics
Dr. Fernando Sandoval. Cirujano Maxilo Facial.
Dra. Elisa Sánchez, Odontopediatra. CS. Lucha de los Pobres
Dr. Christopher Naranjo. Universidad UDLA
Dra. Ana Alvear. Especialista en Odontopediatría. Universidad de las Américas. UDLA
Dr. Bolívar Jaramillo. Coordinación Zonal 9
Dra. Cristina Rockenbach . Odontóloga, Especialista en Cirugía Buco Maxilo Facial, docente Universidad Internacional del Ecuador, UIDE
Dra. Ximena Raza. Coordinadora de la Dirección Nacional de Normalización, MSP
Bqf. Silvia Álvarez. Especialista de Políticas de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Q.f. Jacob Flores Analista de la Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Lcda. Ximena Pinto Analista de la Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Contenidos

1. Descripción general de esta GPC	5
2. Clasificación CIE-10	6
3. Preguntas a responder con esta GPC	6
4. Introducción	7
5. Alcance	7
6. Objetivo	7
7. Aspectos Metodológicos	7
8. Evidencias y grados de recomendación	9
9. Definiciones	9
10. Historia natural de la enfermedad	10
11. Clasificación de Enfermedades Gingivales	1
12. Clasificación de Enfermedades Periodontales	3
13. Prevención	14
14. Diagnóstico	15
15. Atención odontológica durante el embarazo	16
16. Criterios de referencia y contrareferencia	18
17. Glosario de términos	19
18. Abreviaturas	21
19. Referencias	22
20. Anexos	27

1. Descripción general de esta GPC

Título de la Guía	Tratamiento odontológico en embarazadas
Organización desarrolladora	Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización
Código – CIE 10	O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio
Categoría de la GPC	Primer nivel de atención: prevención, diagnóstico y tratamiento Segundo y tercer nivel: acciones específicas.
Profesionales que participan en la atención	Esta guía está dirigida al grupo de profesionales involucrados en la atención odontológica de la embarazada, tales como: Odontólogos generales, especialistas, médicos generales, ginecólogos, obstetras, enfermeros, personal técnico de salud, estudiantes de las carreras en ciencias de la salud y todo personal relacionado con la atención odontológica.
Usuarios potenciales de la Guía	Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planeamiento, gerencia y dirección de servicios de salud de todos los niveles de atención, educadores sanitarios y profesionales de salud en formación. Población en general.
Población blanco	Pacientes embarazadas
Intervenciones y acciones consideradas	Prevención, diagnóstico y tratamientos de enfermedades bucales en embarazadas.
Metodología	Esta Guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE ¹ y AGREE II ² , a partir de la Guía de Práctica Clínica (GPC) internacional: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada - Ministerio de Salud. Santiago: MINSAL, 2013¹</i> - <i>Guideline on Perinatal Oral Health Care. American Academy of Pediatric Dentistry. 2011</i> Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia científica publicada desde el periodo 2009-2014 con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados y aleatorizados. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional y reuniones de consenso y validación del manejo farmacológico.
Validación	Validación del protocolo de búsqueda y GPC a adaptarse Método de validación GPC: Validación por pares clínicos Validación: Dirección de Normatización
Fuente de financiamiento	Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización
Conflicto de interés	Todos los miembros involucrados en el desarrollo de esta GPC han declarado la ausencia de conflicto de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía.
Actualización	A partir de la fecha de edición cada 3 años, o según avances científicos en el tema.

2. Clasificación CIE-10

O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio

3. Preguntas a responder con esta GPC

1. ¿Cuáles son los principales factores e indicadores de riesgo para caries dental en las embarazadas?
2. ¿Cuáles son los medios diagnósticos para caries y enfermedad periodontal en embarazadas?
3. ¿Cuáles son los cuidados durante la exploración radiográfica de la gestante?
4. ¿Cuál es el tratamiento odontológico seguro para las embarazadas, fetos y lactantes?
5. ¿Cuál es el tratamiento odontológico indicado durante el embarazo?

4. Introducción

Los problemas bucales más comunes durante la gestación son caries, gingivitis y periodontitis, muchas veces modificados o exacerbados por las particularidades sistémicas del embarazo.^{2,3}

Los datos de la OMS reflejan un crecimiento progresivo en el número de mujeres embarazadas a nivel mundial, principalmente en países de América Latina, evidenciando la necesidad de la atención odontológica para las gestantes.⁴

Durante el embarazo existe un aumento de caries por la ingesta de carbohidratos y por la xerostomía ocasionada por los cambios hormonales³ durante el primer trimestre, por lo que se puede dificultar el cepillado dental y agravar patologías como la erosión dental y caries,² porque su práctica puede inducir a vómitos.

La presencia de la enfermedad periodontal puede aumentar el riesgo de partos prematuros, recién nacidos de bajo peso y preeclampsia, sin embargo el tratamiento de esta periodontitis no induce a alteraciones negativas en la gestante o feto.^{5,6} Por lo que proporcionar una atención odontológica integral a la mujer embarazada se convierte en una intervención de alto impacto en vista de que el periodo de embarazo es una etapa oportuna para modificar conductas asociadas a problemas de salud, como la seguridad emocional, la prevención de secuelas y daños a la futura madre e hijo.²

5. Alcance

Esta guía está dirigida al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de la salud bucal de la embarazada en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

6. Objetivo

Proporcionar a los profesionales de la salud, recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías bucales más comunes en embarazadas.

7. Aspectos metodológicos

La presente guía está elaborada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el tratamiento odontológico de la embarazada. El MSP como rector del Sistema Nacional de Salud (SNS) la ha diseñado como parte de una propuesta metodológica compuesta por un grupo de instrumentos:

- GPC
- Guía de bolsillo
- Guía para el ciudadano
- Manual de procedimientos

El Grupo Adaptador de la Guía (GAG) comprende un grupo multidisciplinario de profesionales colaboradores del equipo del Ministerio de Salud Pública y la Dirección Nacional de Normatización del MSP. Todos los miembros del GAG declararon no tener conflictos de interés.

La metodología de esta guía se elaboró con la herramienta ADAPTE⁷ que permite promover el desarrollo y el uso de Guías de Práctica Clínica a través de la adaptación de las directrices existentes. Se adaptaron 14 herramientas que facilitaron el proceso de estructuración de la GPC, todos los miembros del GAG declararon no tener conflictos de interés.

El tema de la guía a desarrollarse se seleccionó mediante la calificación de los criterios del BAREMO⁸ de acuerdo a su prioridad.

Las preguntas clínicas utilizaron el formato PICO⁹ (paciente, intervención, comparación y resultado). Estas se realizaron para guiar la información científica del proceso de búsqueda y facilitar el desarrollo de las recomendaciones por el GDG dirigidas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las caries. Las preguntas PICO fueron estructuradas y revaloradas por el GDG.

El GAG estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica, a partir de las preguntas clínicas formuladas en las siguientes bases de datos seleccionadas: Fisterra, Guidelines International Networks, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health or Clinical Excellence, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network. También realizó un proceso específico de búsqueda en Medline-Pubmed, Trip database, Cochrane Library.

El GAG seleccionó como material de partida para las Guías de Práctica Clínica los siguientes criterios:

1. En idioma inglés, portugués y español.
2. Metodología de medicina basada en evidencias. (meta-análisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados).
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones.
4. Publicación y actualización reciente. (2009-2014)
5. Se excluyeron las guías en las que no se comprobó la metodología basada en evidencias, y aquellas que no respondían al tema propuesto.

Se encontraron 721 documentos obtenidos a través de búsquedas en bases de datos y 183 documentos identificados a través de otros recursos como sitios y documentos de soporte para el proceso de adaptación, en total 904 registros, de los cuales fueron elegidos 4 guías de tratamiento odontológico en embarazadas seleccionadas para ser calificadas con el instrumento AGREE II10 y que representan la base para la construcción de la presente guía. (Anexo 1 PRISMA)

8. Evidencias y grados de recomendación

En este documento, el lector encontrará, al margen derecho de las páginas, la calidad de la evidencia y/o el grado de fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Las recomendaciones se encuentran sustentadas por evidencia calificada, para lo cual se colocó la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación. (Ver Anexo 2).

El símbolo ✓ representa un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo desarrollador de la guía acuerda. Por lo general, son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Símbolos empleados en esta GPC

Evidencia	E
Recomendación	R
Punto de buena práctica	✓

9. Definiciones

Caries: La caries dental, por definición de la OMS, es “un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad”, siendo el principal culpable de la caries la bacteria *Streptococcus mutans*.¹¹

También se define como un proceso patológico caracterizado por la destrucción localizada de los tejidos duros susceptibles del diente provocada por ácidos producto de la fermentación de hidratos de carbono y que ocurre por la interacción de numerosos factores de riesgo y factores protectores, tanto a nivel de la cavidad bucal como a nivel individual y social.¹¹

Lesión de caries: es un cambio en la estructura del diente como resultado de la interacción del diente con el biofilm. Corresponde al principal signo de la enfermedad caries.¹¹

Lesión de caries cavitada: lesión de caries que aparece macroscópicamente en la evaluación visual con una ruptura de la integridad de la superficie dentaria.¹¹

Lesión de caries arrestada o detenida: lesión de caries que no está sufriendo una pérdida neta de mineral, es decir el proceso de caries no está progresando.¹¹

Lesión de caries oculta o hipócrita: lesión de caries que aparece como una sombra de dentina oscurecida que se aprecia a través de un aparente esmalte intacto que puede o no puede presentar una cavidad en esmalte. No se aprecia dentina expuesta pero si necesita tratamiento restaurador. Corresponde al código 4 de la clasificación de caries del ICDAS II.¹²

Lesión incipiente o no cavitada: lesión de caries que ha alcanzado una etapa donde la red mineral bajo la superficie se ha perdido, produciendo cambios en las propiedades ópticas del esmalte, las que son visibles como una pérdida de la translucidez, resultando en una apariencia blanca de la superficie del esmalte.⁹ Corresponde al código 2 de la clasificación de caries del ICDAS II.¹¹

Proceso de la caries: es la secuencia dinámica de las interacciones entre el biofilm y el diente, que ocurre sobre o dentro de una superficie dentaria en el tiempo. Esta interacción entre el biofilm y la superficie dentaria puede dar como resultado alguna o todas las etapas del daño dentario, iniciando desde la desmineralización de la superficie externa, a nivel molecular, hacia la desmineralización producida en el esmalte, con la formación de una lesión de mancha blanca, a una lesión cavitada macroscópicamente, hacia un compromiso dentinario y pulpar, hasta la completa destrucción tisular.¹²

Detartraje supragingival: Es la remoción de la placa bacteriana y cálculo de la superficie coronaria del diente, que realiza el profesional (o personal auxiliar) con instrumental manual o ultrasónico, que se complementa con la eliminación de tinciones a través del pulido coronario realizado con gomas o escobillas y de la eliminación de las superficies irregulares de obturaciones.¹²

Hiperémesis gravídica: Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo que pueden conducir a la deshidratación. Estas manifestaciones que empeoran entre las semanas 2 y 12 de gestación y desaparecen hacia la segunda mitad del embarazo.

Suelen aparecer en las primeras horas de la mañana y mejoran a lo largo del día. La adecuada identificación de los síntomas y cuidadoso seguimiento disminuyen las complicaciones para el bebé y la madre.¹³

Enfermedad periodontal: Conjunto de patologías que afectan los tejidos de soporte del diente, causando pérdida de inserción y hueso alveolar. Donde las características y severidad de la enfermedad dependen de la respuesta inmune-inflamatoria de la persona y de factores genéticos, ambientales y adquiridos que modifican la respuesta individual frente al reto bacteriano.¹⁴

Efecto Teratógeno: los efectos adversos morfológicos, bioquímicos o de la conducta causados durante la vida fetal y detectados en el momento del parto o más tardíamente.⁴

10. Historia natural de la enfermedad

La caries es una enfermedad que afecta los dientes, desmineralizando el esmalte y dentina; que aumenta durante el periodo de gestación debido a factores propios del individuo y características específicas del embarazo.

La ingesta descontrolada de carbohidratos, especialmente el azúcar, la presencia de la bacteria *Streptococcus mutans*, y las alteraciones hormonales del embarazo son los responsables del avance de esta patología en las gestantes.¹⁵

La aplicación de fluoruros de forma tópica o de barniz permite el control de la enfermedad y su inactividad en procesos agudos.³ Los sellantes son de gran ayuda para prevenir la enfermedad cuando los dientes de la paciente presentan fosas y fisuras pronunciadas.¹⁵

Los tratamientos curativos deben ser realizados removiendo el tejido cariado en dos etapas y posteriormente restaurarlos con resinas compostas, ionomeros de vidrio u otro material adecuado.¹

En la enfermedad periodontal los factores de riesgo en la gestante para desarrollar la dolencia son: colonización bacteriana conformada por *P. Gingivalis*, *A. Actinomycetemcomitans*, *T. Forsythia*, *P. Intermedia* y *F. Nucleatum*, tabaquismo y genética.^{16, 17, 18}

Algunas características propias del embarazo influyen en el desarrollo de la enfermedad periodontal. La inmunosupresión transitoria sumado al aumento de niveles de estrógenos y progesterona pueden aumentar la colonización bacteriana periodontopatógena agudizando los signos y síntomas periodontales.^{5,6}

El carácter multifactorial de la caries, requiere de estrategias educativas de higiene bucal y de orientación nutricional para controlar y/o disminuir la enfermedad.¹⁵

La caries se encuentra clasificada por el Sistema Internacional para la detección y evaluación de caries (ICDAS II). (Ver GPC Caries, Ecuador 2014)

11. Clasificación de Enfermedades Gingivales

Tabla 1. Clasificación Enfermedades Gingivales - Inducidas por placa

I Enfermedades gingivales						
A) Inducidas por placa						
1. Asociada solo a placa	a) Sin otros factores asociados	b) Otros factores asociados				
2. Modificadas por factores sistémicos	a) Asociadas a sistema endócrino	1. Gingivitis asociada con la pubertad	2. Gingivitis asociada con el ciclo menstrual	3. Gingivitis asociada con en embarazo a) Gingivitis b) Granuloma piógeno	4. Gingivitis asociada a diabetes mellitus	b) Gingivitis asociada a discrasias sanguíneas 1) Gingivitis en la leucemia 2) otras
3. Influenciadas por medicación	a) Influenciada por drogas 1) Agrandamiento inducidos por drogas 2) Gingivitis influenciada por drogas	b) Influenciada por anticonceptivos	c) Otros			
4. Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición	a. Gingivitis por deficiencia de ac. Ascórbico	b. Otros				

Adaptado de: Clasificación de las Enfermedades Periodontales Armitage, 1999 (Véase GPC Caries)

Tabla 2. Clasificación Enfermedades Gingivales – No Inducidas por placa

I Enfermedades gingivales			
B) No asociadas a la placa			
1. Lesiones originadas por bacterias específicas	a. Neisseria gonorrea	b. Treponema pallidum	c. Estreptococal sp.

2. Enfermedad gingival de origen viral	a. Infecciones por herpes 1) Gingivoestomatitis primaria 2) Herpes oral recurrente 3) Varicela-zoster	b. Otras	
3. Enfermedad gingival de origen fúngico	a. Infecciones por Candida sp. 1) Candidiasis gingival generalizada	b. Eritema gingival lineal	c. Histoplasmosis
4. Lesiones gingivales de origen genético	a. Fibromatosis gingival hereditaria	b. Otras	
5. Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas	a. Desórdenes mucocutáneos 1) Liquefación 2) Penfigoide 3) Pénfigo vulgar 4) Eritema multiforme 5) Lupus eritematoso 6) Inducido por drogas 7) Otros	b. Reacciones alérgicas 1) Materiales dentales a) Mercurio b) Níquel c) Acrílico d) Otros 2) Reacciones atribuibles a a) Dentífricos b) Enjuagues bucales c) Aditivos del chicle d) Alimentos y aditivos 3) Otros	
6. Lesiones traumáticas (iatrogénicas, accidentales, incidentales).	a. Químicas b. Físicas c. Térmicas		
7. Reacciones a cuerpo extraño			
8. No especificadas (NES)			

Adaptado de: Clasificación de las Enfermedades Periodontales Armitage, 1999

12. Clasificación Enfermedades Periodontales

Tabla 3. Clasificación Enfermedades Periodontales

II Enfermedades Periodontales				
1. Periodontitis crónica	A) Localizada	B) Generalizada		
2. Periodontitis agresiva	A) Localizada	B) Generalizada		
3. Periodontitis con manifestación de enfermedades sistémicas	1.- Asociadas a discrasias sanguíneas: a) Neutropenia adquirida b) Leucemias c) Otros	2.- Asociada con desordenes genéticos 1. Neutropenia cíclica y familiar; 2. Síndrome de Down; 3. Síndrome de deficiencia de adherencia de leucocitos; 4. Síndrome de Papillon-Lefevre; 5. Síndrome de Chediak-Higashi; 6. Síndrome de histiocitosis; 7. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno; 8. Agranulocitosis genética infantil; 9. Síndrome de Cohen; 10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV y VII); 11. Hipofosfatasia; 12. Otras.	3.- No especificadas (nes)	
4. Enfermedad periodontal necrotizante	1.- Gingivitis ulcerativa necrotizante (gun)	2.- Periodontitis ulcerativa necrotizante (PUN)		
5. Abscesos en el periodonto	A. Absceso gingival	B. Absceso periodontal	C. Absceso pericoronar	
6. Periodontitis asociadas con lesiones endodóncicas	A. Lesión combinada endoperiodontal			

<p>7. Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas</p>	<p>A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factores de la anatomía dentaria 2. Restauraciones y aparatos dentales 3. Fracturas radiculares 4. Resorción radicular cervical y fisuras cementarias 	<p>B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recesión gingival y de tejidos blandos <p>A. Superficies vestibulares y linguales</p> <p>B. Interproximal o papilar</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Falta de encía queratinizada 3. Vestíbulo poco profundo 4. Posición aberrante de frenillo / muscular 5. Excesos gingivales <p>A. Bolsa gingival (pseudobolsa)</p> <p>B. Margen gingival inconsistente</p> <p>C. Despliegue gingival excesivo</p> <p>D. Agrandamientos gingivales</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Coloración anormal 	<p>C. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos Edéntulos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiencia horizontal /vertical del proceso 2. Falta de tejido gingival queratinizado 3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales 4. Posición aberrante de frenillo /muscular 5. Vestíbulo poco profundo 6. Coloración anormal 	<p>D. Trauma oclusal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trauma oclusal primario 2. Trauma oclusal secundario
--	--	--	--	---

Adaptado de: Clasificación de las Enfermedades Periodontales Armitage, 1999

13. Prevención

Factores de riesgo

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
<p>Los factores de riesgo potencial para caries dental en embarazadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmigrantes - Edad joven - Bajo nivel educacional - Inadecuado control prenatal - Placa bacteriana abundante¹⁹ 	E-3
<p>La caries en niños pequeños está asociada a altos niveles de Streptococcus mutans en la cavidad bucal, transmitido por las madres, cuidadores y por los niños de guarderías.²⁰</p>	E-1
<p>NO se recomienda besos en la boca, soplar, probar o compartir la comida de los infantes por parte de las madres/padres y otros infantes para evitar el contagio por Streptococcus mutans, a una edad temprana.²¹⁻²²</p>	E-2b R-B

Educación	
Se recomienda entregar información sobre cuidados de salud bucal para infantes, a las madres primerizas, puesto que disminuye significativamente los índices de caries temprana en niños menores a 3 años. ²³	E-2a R-B
Se recomienda orientar a las gestantes sobre hábitos de higiene y alimentación no cariogénica para la familia. ²⁴⁻²³	R-C
Las intervenciones de promoción de salud bucal deben incluir cepillado diario con pasta dental con flúor. ²⁵	E-2a R-B
Las intervenciones de promoción en salud bucal deben considerar las características sociales, culturales autóctonas y particularidades del individuo y su salud. ²⁵	E-1a R-A
Se recomienda utilizar la herramienta para determinar el riesgo de caries en las embarazadas durante las citas odontológicas ya que es un parámetro de ayuda para establecer planes de tratamiento adecuados. ²⁶ (Ver Anexo 3)	E-3 R-C
Se recomienda considerar el entorno familiar, escolar y social al desarrollar acciones que mejoren las conductas relacionadas con salud bucal de los pacientes, considerando sus necesidades individuales. ²⁷	E-3 R-C

Prevención primaria de caries en la embarazada

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
Los niveles de Streptococcus Mutans se reducen significativamente con el uso diario de clorhexidina al 0,12% ²⁸ y con acciones clínicas dirigidas a restaurar o extraer los dientes afectados por caries. ²⁹	E-2b
Se recomienda la utilización de asociación de colutorios (clorhexidina al 0,12% antes de dormir y Fluoruro de Sodio al 0,05% en la mañana) a partir del sexto mes de embarazo en mujeres con alto riesgo de caries. ^{3, 28, 30}	E-2b R-B
Se recomienda restaurar los dientes afectados por caries y extraer aquellos de mal pronóstico. ^{34, 35}	E-2b R-B
Se debe utilizar pasta dental con flúor de 1500 ppmF para prevenir caries en embarazadas. ^{31,32,33}	E-1a R-A
Se recomienda terapias de barniz de flúor en mujeres embarazadas con alto riesgo de caries. ^{34, 35}	E-1a R-A
En la presencia de vómitos e hiperémesis se debe utilizar enjuagatorio preparado con una cucharada de bicarbonato de sodio disuelto en una taza de agua para neutralizar la acidez bucal y enjuagatorio de fluoruro de sodio posterior al vómito para combatir la desmineralización dental. ^{2,3,36}	R-C E-3
Cepillar los dientes, 1 hora después de despertar, con cepillo de cerdas suaves para disminuir la incidencia de erosión provocada por el vómito inducido por el cepillado. ^{2,36}	E-4 R-D
El chicle con Xilitol debe ser utilizado por la gestante para disminuir la transmisión de bacterias hacia el hijo y aliviar los síntomas de xerostomía. ^{37, 38}	R-A E-1b

14. Diagnóstico

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/ Grado
Se recomienda el diagnóstico de caries a través del examen visual del diente limpio y seco. ^{39, 40}	R-C
El diagnóstico periodontal debe basarse en: ^{41, 42} <ul style="list-style-type: none"> - Presencia o ausencia de signos inflamatorios clínicos; - Profundidad de sondaje; - Extensión y patrón de pérdida de inserción clínica y hueso; - Historia médica y dental del paciente; - Presencia o ausencia de otros síntomas como dolor, úlceras, presencia de placa y cálculo. 	E-3 R-C

Técnicas diagnósticas

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
La exposición fetal estimada durante una toma de radiografía intraoral equivale a 0,0001 rad, siendo la dosis segura de radiación aceptada durante el embarazo de 5 rad. ⁴³⁻⁴⁴	E-3
Para el diagnóstico radiográfico se recomienda: el uso obligatorio de mandil de plomo, protector de tiroides y optimización de la técnica radiográfica evaluando los riesgos y beneficios para la embarazada y el bebé. ^{45, 46}	R-C
Las técnicas periapicales y bitewing implican menor dosis de radiación, que las del tipo panorámica. Las series de boca entera deben ser postergadas hasta el periodo pos parto. ⁴⁷	E-3
Se recomienda utilizar las radiografías tipo periapicales y bitewing frente a la radiografía del tipo panorámica por su menor dosis de radiación. ³	R-C
Se recomienda incluir la evaluación periodontal y sondaje en el examen bucal de la mujer embarazada. ^{41, 42}	R-C

15. Atención odontológica durante el embarazo

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
Se recomienda un adecuado soporte afectivo y ambiente receptivo para generar confianza y seguridad en el tratamiento odontológico de la embarazada. ⁴⁸	E-2b
La base de la atención odontológica de la gestante debe comprender una comunicación efectiva y el manejo de la ansiedad. ¹	R-B

A partir del sexto mes de embarazo colocar una almohada debajo del lado derecho durante la atención dental para evitar presionar la vena cava inferior lo que podría ocasionar el “síndrome hipotensivo postural” generando náuseas, mareos y desvanecimiento. ^{43,49}	E-3
Se recomienda que la posición de la mujer embarazada en el sillón dental sea recostada, ligeramente inclinada hacia la izquierda con la cabeza más elevada que los pies. ⁵⁰	R-C
El segundo trimestre, de las semanas 14 a 20 de gestación, es el periodo más seguro (feto completamente formado) y confortable (peso del abdomen aún no es incómodo) para realizar el tratamiento electivo en la embarazada. ³	E-3
Se recomienda brindar tratamiento en el segundo trimestre de gestación. ⁵¹	R-C
La atención de urgencia está indicada durante todo el embarazo ya que la postergación de un cuadro infeccioso o doloroso puede generar mayores riesgos a la gestante y su bebé. ⁵⁰	E-3
Las urgencias odontológicas, dolor e infección deben ser tratadas al momento de producirse. ^{1, 51}	R-C

Tratamiento de caries en la embarazada

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
Los diseños cavitarios mínimos, remoción de tejido cariado en dos etapas, restauración con resina compuesta y sellado de fosas y fisuras con sellante resinoso es efectivo para el tratamiento conservador de la caries oclusal en dentina. ⁵²	E-1b
Las lesiones oclusales cavitadas deben ser restauradas con resina compuesta asociadas a controles periódicos de su integridad. ⁵³	R-A
La remoción del tejido cariado en dos etapas reduce significativamente el riesgo de exposición pulpar en los casos de lesiones cavitadas profundas. ⁵⁴	E-1b
Se recomienda en lesiones de caries profundas en dientes vitales y asintomáticos, remoción parcial de caries en una o dos etapas. ⁵⁴	R-A
No existe el material restaurador ideal, por lo que se recomienda para la selección, las propiedades mecánicas, estéticas del material y la preferencia del paciente. ^{54, 55}	E-3 R-C
Los tratamientos que involucren terapia pulpar a una embarazada son los mismos aplicados a mujeres no embarazadas. ¹	R-C

Enfermedad Periodontal

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
El aumento del proceso inflamatorio gingival durante el embarazo esta íntimamente relacionado a la placa bacteriana y el aumento de las bacterias tipo P. Nigrescens. ⁵⁶	E-2b
El tratamiento de la gingivitis combate la placa bacteriana con el cepillado con pasta fluorada, 2 veces al día, mínimo por 2 minutos. ^{57, 58}	R-B
El cepillado debe ser realizado en la noche antes de dormir y por lo menos en una ocasión más. ⁵⁹	R-D ✓

Es recomendado la remoción de cálculos dentales y pulido radicular durante el embarazo para restablecer la salud periodontal de la gestante. ⁶⁰	R-A
No existe relación comprobada de que el tratamiento periodontal durante el embarazo tenga efecto en la prevención del parto prematuro. ^{61,62,63}	E-1b
El tratamiento periodontal no disminuye el riesgo de parto prematuro en mujeres con bajo riesgo de parto prematuro. ²²	R-A
El tratamiento periodontal puede tener efecto positivo en la disminución del parto prematuro y bajo peso al nacer en mujeres con alto riesgo de parto prematuro con enfermedad periodontal. ⁶⁴	E-1b R-A

Terapias periodontales

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
La terapia de tratamiento de la periodontitis por cuadrantes o de desinfección bucal total son efectivas para mejorar la salud bucal de la embarazada. ⁶⁵	E-1b
La elección de la terapia periodontal en gestantes con diagnóstico de periodontitis crónica depende de las preferencias de la paciente ya que ambas terapias son efectivas. ¹	R-A

Medicamentos durante el embarazo

Recomendaciones/Evidencias	Nivel / Grado
Anestésicos tópicos e inyectables no están asociados con un aumento del riesgo de eventos médicos adversos o resultados adversos del embarazo. ⁵⁰ La dosis máxima recomendada de lidocaína son muy bajas para alcanzar concentraciones significativas en el feto. ⁶⁶	E-3
El uso del anestésico local del tipo lidocaína con epinefrina es segura durante el embarazo en una dosis máxima de 7mg/kg. ⁶⁷	R-C
Los cuidados de dosis, aplicación de técnicas adecuadas y la aspiración para evitar la inyección intravascular deben ser empleados. ⁶⁶	E-3 R-C
NO se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) durante el embarazo. ⁶⁸	E-2b R-B
El analgésico de elección es el Paracetamol ⁷¹ en dosis no mayor a 4 g/día vía oral por 2 o 3 días. ⁶⁹	E-3 R-C
Las penicilinas y cefalosporinas son los antibióticos de primera elección durante el embarazo. En caso de alergia a penicilinas se considera el uso de eritromicina en formulación no estolato. ⁷⁰	E-3 R-C
La terapia antibiótica para tratamiento de enfermedad periodontal se debe reservar a aquellos casos: donde no exista respuesta a la terapia mecánica convencional, de periodontitis agudas, agresivas o de pacientes con comprometimiento sistémico. ⁷¹	E-3 R-C

16. Criterios de referencia y contra referencia

Recomendaciones/Evidencias	Nivel/ Grado
Referir a la paciente a centros de adecuada complejidad y capacidad resolutive en casos de infecciones graves de facie, extracciones complicadas y casos de contracciones uterinas o signos de parto eminente.	✓/R

17. Glosario de términos

Aborto espontáneo: pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.⁷²

Barniz de flúor: flúor tópico concentrado que contiene fluoruro de sodio (NaF) en diversas concentraciones en una resina o base sintética. El barniz es aplicado con pincel en el diente, proporcionando una dosis altamente concentrada de flúor y mantiene un contacto prolongado con la superficie dental para tratar o prevenir la caries dental.³³

Biofilme Dental: llamado placa dental (biofilme oral o placa bacteriana) consiste en una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes o superficies de las piezas dentarias. Asegurando con su presencia, protección a las superficies, sin embargo si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten durante largo tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, gingivitis o enfermedad periodontal (enfermedades de las encías).¹¹

Desmineralización: consiste en la pérdida sucesiva de los minerales que conforman el esmalte, provocando en consecuencia debilitamiento de este, haciéndolo más propenso a padecer algún tipo de patología.¹¹

Embarazo: parte del proceso de la reproducción humana que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, unos 5 o 6 días después de la fecundación.¹³

Embrión: producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (8 semanas después de la fecundación). (Esta definición no incluye parte notes –generados a través de partenogénesis- ni productos de la transferencia de núcleos de células somáticas.)⁷²

Feto: producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.⁷²

Flúor: elemento químico de número atómico 9, masa atómica 18,99 y símbolo F, consiste en un gas del grupo de los halógenos, de color amarillo verdoso, olor penetrante y desagradable, venenoso y ligeramente más pesado que el aire; en la naturaleza se encuentra principalmente en forma de fluoruros y sus compuestos se utilizan como preventivos de la caries.³²

Fluorosis: anomalía de las piezas dentales, producida por la ingestión crónica o excesiva de fluoruro durante el período de formación del diente, ocasionando manchas de color blanca y café hasta defectos graves de formación en el esmalte y dentina.³²

Fluoruro de sodio (NaF): compuesto químico inorgánico, sólido, que generalmente se presenta como un polvo cristalino, blancuzco descolorido, constituyendo la principal fuente del ion fluoruro, usado de forma común en aplicaciones dentales (como agente anti caries) en la fluoración del agua, sal, leche, etc.³²

Hiperémesis: náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que evolucionan de manera severa, producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuri, desequilibrio metabólico y electrolítico.¹³

Lactancia: conocida como lactancia materna constituye el tiempo durante el cual el bebé se alimenta exclusivamente de leche de la madre. Es el mejor alimento que puede recibir el bebé ya que le proporciona todos los nutrientes requeridos para su desarrollo y crecimiento.¹³

Multifactorial: varios factores que en conjunto favorecen la aparición de una enfermedad.¹³

Período neonatal: intervalo de tiempo que comienza con el nacimiento y termina con 28 días completados después del nacimiento.⁷²

Radiografías bitewing: examen radiográfico que permite diagnosticar la presencia de caries entre los dientes.⁴⁴

Sellantes: son películas delgadas plásticas que se pintan sobre las superficies a manera de prevención de la formación de caries, indicadas en las superficies de masticación de los dientes posteriores (molares y premolares) que por su disposición se convierten en superficies difíciles de alcanzar que sirven de depósito para restos de alimentos y para la acumulación de placa bacteriana.³²

Streptococcus mutans: bacteria Gram positiva, anaerobia facultativa que se encuentra normalmente en la cavidad bucal humana, formando parte de la placa bacteriana o biofilme dental. Se asocia al inicio y desarrollo de la caries dental. Es acidófilo porque vive en medio

con pH bajo, acidogénico por metabolizar los azúcares a ácidos y acidúrico por sintetizar ácidos a pesar de encontrarse en un medio de tales condiciones. Metaboliza la sacarosa para producir polisacáridos extracelulares (sustancia laxa que facilita su adhesión a las caras libres de las piezas dentarias) e intracelulares (metabolismo energético). En estado de salud, un recuento de estas bacterias en boca será de menos de 100.000 UFC.⁶¹

Xerostomía: es el síntoma que define la sensación subjetiva de sequedad de la boca por mal funcionamiento de las glándulas salivales.¹⁶

18. Abreviaturas utilizadas

AAPD: American Academy of Pediatric Dentistry

AGREE: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation

ADAPTE: metodología descrita por la Guidelines International Network para adaptaciones de guías de práctica clínica.

BAREMO: es una tabla de cálculos, que evita la tarea de realizar los mismos al público en general o específico. Se emplea también la palabra “baremo” para dejar establecidos un conjunto de normas fijadas por una institución para evaluar los méritos personales, una escala de relevancia para establecer una posición ordenada por méritos, la solvencia de empresas, normas de admisión determinadas por un conjunto de puntuaciones parciales, resultados de análisis, lista de números índices, etc.

ceod: el índice individual resulta de la sumatoria de piezas dentarias temporales cariadas, extraídas y obturadas y el índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias temporales cariadas, extraídas y obturadas de los niños del grupo examinado.

CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades.

CPOD: índice individual resultante de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas y, el índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas de los niños del grupo examinado.

GPC: Guía de Práctica Clínica.

GDG: Grupo desarrollador de la guía.

ICDAS: Sistema Internacional para la Detección y Evaluación de Caries.

ISBN: sigla de la expresión inglesa International Standard Book Number, ‘número estándar internacional de libro’, número de identificación internacional asignado a los libros.

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PICO: Paciente, Intervención, Comparación y Resultado.

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

ppmF: parte por millón de flúor.

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network .

WHO: World Health Organization.

19. Referencias

1. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada - Ministerio de Salud. Santiago: MINSAL, 2013
2. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am. Fam. Physician.* 15 de abril de 2008;77(8):1139-44.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent [Internet]. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2012. Recuperado a partir de: http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_Pregnancy.pdf
4. World Health Organization. <http://www.paho.org/hq/>
5. Pramanik SS, Pramanik T, Mondal SC, Chanda R. Number, maturity and phagocytic activity of neutrophils in the three trimesters of pregnancy. *East. Mediterr. Heal. J. Rev. Santé Méditerranée Orient. Al-Majallah Al-iyah Li-Sharq Al-Mutawassi.* 2007;13(4):862-7.
6. Raber-Durlacher JE, van Steenberghe TJ, Van der Velden U, de Graaff J, Abraham-Inpijn L. Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: clinical, endocrinological, and microbiological aspects. *J. Clin. Periodontol.* septiembre de 1994;21(8):549-58.
7. The ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Versión 2.0. Disponible en: <http://www.g-i-n.net>
8. González F., Aguinaga G., Vallejo F. Incorporación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica. Ecuador. 2012: 1-14.
9. Marín I., Estrada M, Casariego E. Formulación de las preguntas clínicas de la GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2009: 26-30
10. The AGREE Collaboration. Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Instrumento AGREE. s/c:The AGREE Collaboration;2001 Sep. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85osteba/es/contenidosinformacion/osteba_formacion/es_ostebal/adjuntos/instrumentoAgree.pdf
11. Longbottom CL, Huysmans M-C, Pitts NB, Fontana M. Glossary of key terms. *Monogr. Oral Sci.* 2009;21:209-16.
12. Topping GVA, Pitts NB, International Caries Detection and Assessment System Committee. Clinical visual caries detection. *Monogr Oral Sci.* 2009; 21:15-41.
13. MedlinePlus Enciclopedia Médica. Hiperémesis gravídica [Internet]. 2012 [citado 5 de marzo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001499.htm>
14. Restrepo A, Velasco S, Franco L. Evolución de los modelos que explican la etiopatogenénesis de la enfermedad periodontal. *Rev. Estomatol.* 2009;17(2):52-9.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Dental interventions to prevent caries in children. Edinburgh. SIGN;2014. (SIGN publication nº138). Acceso en 04 octubre del 2014] disponible en: <http://www.sign.ac.uk>

16. Könönen E, Paju S, Pussinen PJ, Hyvönen M, Di Tella P, Suominen-Taipale L, et al. Population-based study of salivary carriage of periodontal pathogens in adults. *J. Clin. Microbiol.* agosto de 2007;45(8):2446-51.
17. Johnson GK, Slach NA. Impact of tobacco use on periodontal status. *J. Dent. Educ.* abril de 2001;65(4):313-21.
18. Genco RJ. Host responses in periodontal diseases: current concepts. *J. Periodontol.* abril de 1992;63(4 Suppl):338-55.
19. Vergnes J-N, Kaminski M, Lelong N, Musset A-M, Sixou M, Nabet C. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. *Plos One.* 2012;7(5):e33296.
20. Douglass JM, Li Y, Tinanoff N. Association of mutans streptococci between caregivers and their children. *Pediatr. Dent.* octubre de 2008;30(5):375-87.
21. Mattos-Graner RO, Li Y, Caufield PW, Duncan M, Smith JD. Genotypic diversity of Mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol* 2001; 39(6):2313-6.
22. Van Loveren C, Buijs JF, ten Cate JM. Similarity of bacteriocin activity profiles of mutans streptococci within the family when the children acquire strains after the age of 5. *Caries Res* 2000; 34(6):481-5.
23. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(4):335-46.
24. Lucey SM. Oral health promotion initiated during pregnancy successful in reducing early childhood caries. *Evid Based Dent* 2009; 10(4):100-1.
25. Freudenthal JJ, Bowen DM. Motivational interviewing to decrease parental risk-related behaviors for early childhood caries. *J Dent Hyg* 2010; 84(1):29-34.
26. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children and adolescents [Internet]. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2013. [Acceso en 04 octubre del 2014] Disponible en: http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_CariesRiskAssessment.pdf
27. Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Aust Dent J* 2009;54(3):190-7.
28. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, García-Godoy F, Strohmenger L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. *J. Am. Dent. Assoc.* 1939. Julio de 1998;129(7):871-7.
29. Volpato FC, Jeremias F, Spolidório DMP, Silva SRC da, Valsecki Junior A, Rosell FL. Effects of oral environment stabilization procedures on Streptococcus mutans counts in pregnant women. *Braz. Dent. J.* 2011;22(4):280-4.
30. Milgrom P, Chi DL. Prevention-centered caries management strategies during critical periods in early childhood. *J. Calif. Dent. Assoc.* octubre de 2011;39(10):735-41.
31. Twetman S, Axelsson S, Dahlgren H, Holm AK, Kallestål C, Lagerlöf F, et al. Caries-preventive effect of fluoride toothpaste: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2003;61(6):347-55.
32. Santos AP, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the

- effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41(1):1-12.
33. Strohmenger L, Brambilla E. The use of fluoride varnishes in the prevention of dental caries: a short review. *Oral Dis.* marzo de 2001;7(2):71-80.
 34. Marinho VCC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.
 35. Azarpazhooh A, Main PA. Fluoride varnish in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systematic review. *J. Can. Dent. Assoc.* febrero de 2008;74(1):73-9.
 36. Kandan PM, Menaga V, Kumar RRR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *Jpma J. Pak. Med. Assoc.* octubre de 2011;61(10):1009-14.
 37. Nakai Y, Shinga-Ishihara C, Kaji M, Moriya K, Murakami-Yamanaka K, Takimura M. Xylitol gum and maternal transmission of mutans streptococci. *J. Dent. Res.* enero de 2010;89(1):56-60.
 38. Thorild I, Lindau B, Twetman S. Caries in 4-year-old children after maternal chewing of gums containing combinations of xylitol, sorbitol, chlorhexidine, and fluoride. *Eur Arch Paediatr Dent* 2006;7(4):241-5.
 39. Bader JD, Shugars DA, Bonito AJ. Systematic reviews of selected dental caries diagnostic and management methods. *J Dent Educ.* octubre de 2001;65(10):960-8.
 40. Kuhnisch J, Dietz W, Stosser L, Hickel R, Heinrich-Weltzien R. Effects of dental probing on occlusal surfaces--a scanning electron microscopy evaluation. *Caries Res.* 2007;41(1):43-8.
 41. HealthPartners Dental Group. HealthPartners Dental Group and Clinics periodontal risk assessment guideline. Minneapolis (MN): Health Partners Dental Group; 2011. Report No.: NGC:008849.
 42. HealthPartners Dental Group. HealthPartners Dental Group and Clinics guidelines for the diagnosis & treatment of periodontal diseases. [Internet]. Minneapolis (MN): HealthPartners Dental Group; 2011. Report No.: NGC:008848. Recuperado de: <http://guidelines.gov/content.aspx?id=35130&search=diagnosis+%26+treatment+of+periodontal+diseases>
 43. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for dental care during pregnancy. *J. Midwifery Womens Health.* abril de 2011;56(2):110-7.
 44. Patel SJ, Reede DL, Katz DS, Subramaniam R, Amorosa JK. Imaging the pregnant patient for non obstetric conditions: algorithms and radiation dose considerations. *Radiogr. Rev. Publ. Radiol. Soc. North Am. Inc.* diciembre de 2007;27(6):1705-22.
 45. American College of Obstetrics and Gynecology. Com-mittee Opinion, Number 299, September 2004 Guide-lines for diagnostic imaging during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;104(3):647-51.
 46. Toppenberg KS, Hill DA, Miller DP. Safety of radiographic imaging during pregnancy. *Am Fam Physician* 1999;59(7):1813-8, 1820.
 47. Berkowitz RJ. Causes, treatments and prevention of early childhood caries: A microbiologic perspective. *J Can Dent Assoc* 2003;69(5):304-7.

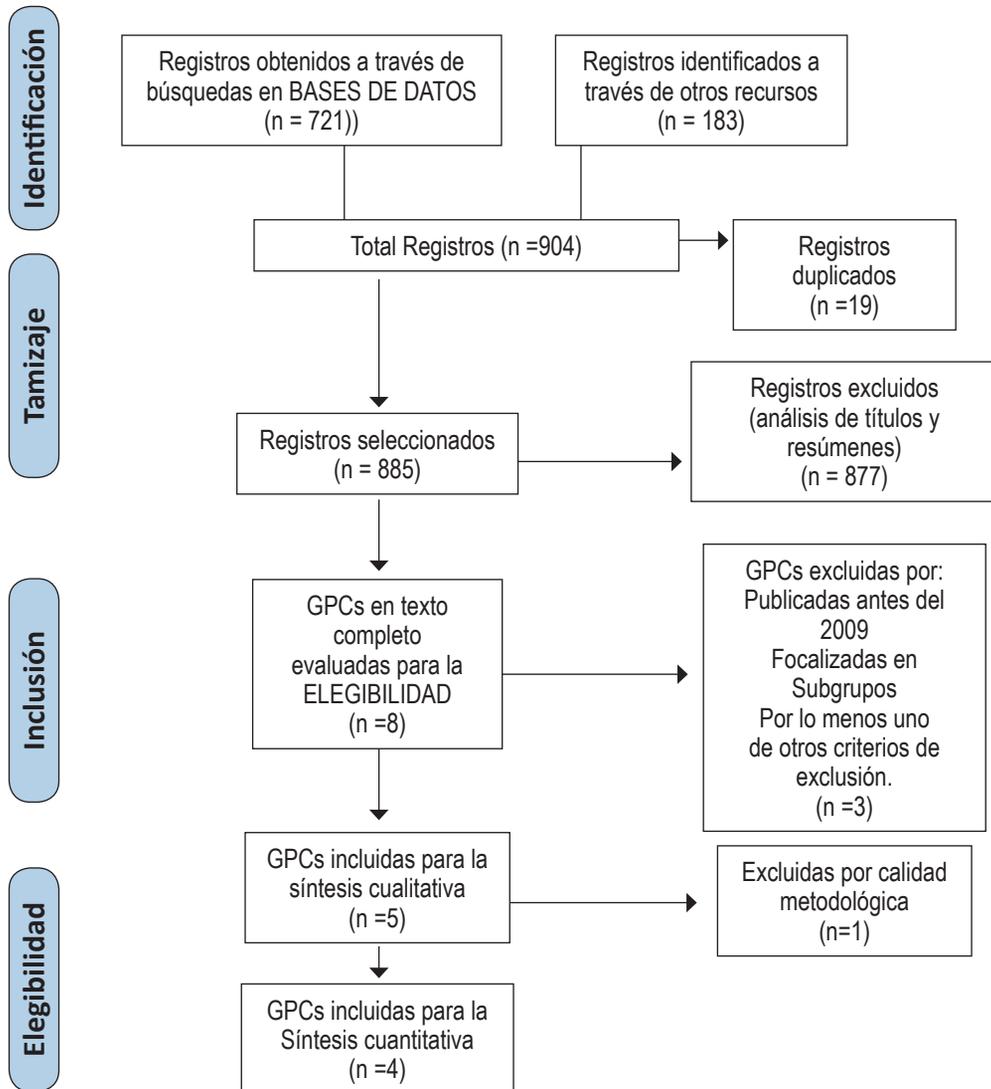
48. Aartman IH, de Jongh A, Makkes PC, Hoogstraten J. Treatment modalities in a dental fear clinic and the relation with general psychopathology and oral health variables. *Br. Dent. J.* 8 de mayo de 1999;186(9):467-71.
49. Chaveli López B, Sarrión Pérez M, Jiménez Soriano Y. Dental considerations in pregnancy and menopause. *J Clin Exp Dent.* 2011;3(2):e135-44.
50. California Dental Association Foundation, American College of Obstetricians and Gynecologists. Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals. *J. Calif. Dent. Assoc.* junio de 2010;38(6):391-440.
51. Kumar J, Iida H. Oral Health Care During Pregnancy: A Summary of Practice Guidelines [Internet]. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2008. Recuperado a partir de: http://www.mchoralhealth.org/PDFs/Summary_PracticeGuidelines.pdf
52. Welbury RR, Walls AW, Murray JJ, McCabe JF. The management of occlusal caries in permanent molars. A 5-year clinical trial comparing a minimal composite with an amalgam restoration. *Br. Dent. J.* 8 de diciembre de 1990;169(11):361-6.
53. McComb D. Systematic review of conservative operative caries management strategies. *J. Dent. Educ.* octubre de 2001;65(10):1154-61.
54. Ricketts D, Lamont T, Innes N, Kidd E, Clarkson J. Operative caries management in adults and children. The Cochrane Collaboration; 2012. [Acceso en 12 octubre del 2014] Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003808&lib=COC>
55. Manhart J. Caracterización de materiales de obturación directa para el sector posterior. ¿Alternativas para la amalgama? *Quintessence: Publicación internacional de odontología.* 2007;20(8):465-82.
56. Gürsoy M, Haraldsson G, Hyvönen M, Sorsa T, Pajukanta R, Könönen E. Does the frequency of *Prevotella intermedia* increase during pregnancy? *Oral Microbiol. Immunol.* agosto de 2009;24(4):299-303.
57. Marinho VC, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1.
58. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Prevention and management of dental caries in children. Dundee; 2010. [Acceso en 08 octubre del 2014] disponible en: <http://www.sdcep.org.uk/index.aspx?o=2332>
59. Duckworth RM, Moore MS. Salivary fluoride concentrations after overnight use of toothpastes. *Caries Res.* 2001; 35(4):285.
60. Quirynen M, Bollen CM, Vandekerckhove BN, Dekeyser C, Papaioannou W, Eysen H. Full- vs. partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: short-term clinical and microbiological observations. *J. Dent. Res.* agosto de 1995; 74(8):1459-67.
61. Mitchell SC, Ruby JD, Moser S, et al. Maternal transmission of mutans streptococci in severe-early childhood caries. *Pediatr Dent* 2009; 31(3):193-201.
62. Redmo Emanuelsson IM, Wang XM. Demonstration of identical strains of mutans streptococci within Chinese families by genotyping. *Eur J Oral Sci* 1998; 106(3):778-94.

63. Fogacci MF, Vettore MV, Leão ATT. The effect of periodontal therapy on preterm low birth weight: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* enero de 2011; 117(1):153-65.
64. Kim AJ, Lo AJ, Pullin DA, Thornton-Johnson DS, Karimbux NY. Scaling and Root Planing Treatment for Periodontitis to Reduce Preterm Birth and Low Birth Weight: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Periodontol.* 1 de marzo de 2012;
65. Eberhard J, Jepsen S, Jervøe-Storm P-M, Needleman I, Worthington HV. Full-mouth disinfection for the treatment of adult chronic periodontitis. *Cochrane Database Syst. Rev. Online.* 2012;(1):CD004622.
66. Fayans EP, Stuart HR, Carsten D, Ly Q, Kim H. Local anesthetic use in the pregnant and postpartum patient. *Dent. Clin. North Am.* octubre de 2010; 54(4):697-713.
67. Azuara Pavón V, Rivas Muñoz R. Lidocaína en pacientes embarazadas. Una opción segura de uso frecuente. Normas e indicaciones para su empleo. *Rev. Mex. Odontol. Clínica.* 2008; 2(2):4-8.
68. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Bérard A. Use of nonaspirin nonsteroidal antiinflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Cmaj Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.* 18 de octubre de 2011; 183(15):1713-20.
69. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J. Can. Dent. Assoc.* febrero de 2009; 75(1):43-8.
70. Mylonas I. Antibiotic chemotherapy during pregnancy and lactation period: aspects for consideration. *Arch. Gynecol. Obstet.* enero de 2011;283(1):7-18.
71. American Academy of Periodontology. Position Paper: Systemic Antibiotics in Periodontics. *J. Periodontol.* 1 de noviembre de 2004;75(11):1553-65.
72. F. Zegers-Hochschild, a G. D. Adamson, b. et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). 2010.4-6

20. Anexos

Anexo 1.

Declaración de la evidencia científica de GPC- PRISMA



PRISMA.- Directrices para la publicación de revisiones sistemáticas y meta análisis de estudios que evalúan intervenciones sanitarias. Incorpora varios aspectos conceptuales y metodológicos novedosos relacionados con la metodología de las revisiones sistemáticas que han emergido en los últimos años.

Anexo 2.

Nivel de evidencia y grado de recomendación

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por David Sackett y Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”.

Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor científico y del diseño de los estudios. Pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria. Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

La Escala Modificada de Shekelle y colaboradores clasifica a la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza número de 1 a 4 y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación, letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría	Calidad de la evidencia
1 a	Evidencia para meta análisis de los estudios clínicos-aleatorizados
1 b	Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
2 a	Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad
2 b	Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudio de cohorte
3	Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tales como: estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas
4	Videncia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clónica de autoridades en la materia o ambas
Categoría	Fuerza de la recomendación
A	Directamente basada en evidencia categoría 1
B	Directamente basada en evidencia categoría 2 o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1
C	Directamente basada en evidencia categoría 3 o recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 1 o 2
D	Directamente basada en evidencia categoría 3 o recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 2 y 3

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical Guidelines. Developing guidelines. BMJ, 1999 February 27;318(7183): 593-96.

Anexo 3.

Formulario de evaluación de riesgo de caries para niños mayores de 6 años utilizada para embarazadas (Academia americana de odontología pediátrica)³²

	ALTO RIESGO	RIESGO MODERADO	PROTECTOR
Factores biológicos			
Paciente de bajo nivel socioeconómico	Sí		
Paciente consume más de 3 alimentos o bebidas azucaradas entre comidas al día	Sí		
Paciente tiene necesidades especiales de cuidado de salud		Sí	
Paciente es inmigrante reciente		Sí	
Factores Protectores			
Paciente recibe agua fluorada			Sí
Paciente se cepilla los dientes diariamente con pasta fluorada			Sí
Paciente recibe flúor tópico del profesional de salud			Sí
Medidas adicionales en el hogar (ej. Xilitol, antimicrobianos)			Sí
Paciente recibe regularmente cuidados de salud (dental home)			Sí
Hallazgos clínicos			
Paciente tiene 1 o más lesiones interproximales	Sí		
Paciente tiene manchas blancas activas o defectos del esmalte	Sí		
Paciente tiene bajo flujo salival	Sí		
Paciente tiene restauraciones defectuosas		Sí	
Paciente usa aparatos intraorales		Sí	

Evaluación general del riesgo de caries Alto ■ Moderado ■ Bajo ■

Marcar las condiciones que corresponden a un paciente ayuda al clínico, paciente y padres a entender los factores que contribuyen al desarrollo de caries o lo protegen. La categorización de la evaluación del riesgo en bajo, moderado o alto se basa en el balance de todos los factores en el individuo. Sin embargo, el juicio clínico puede justificar el uso de un único factor para determinar el riesgo del paciente.

Adaptado de: American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children and adolescents. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2013

Anexo 4.

Clasificación de seguridad de medicamentos para uso durante el embarazo

Categoría	Descripción
A	Estudios clínicos adecuados, bien controlados en embarazadas, no han demostrado un aumento en el riesgo de anomalías fetales.
B	Estudios clínicos en animales no han revelado daño al feto, sin embargo, no existen estudios adecuados, bien controlados en gestantes. Estudios en animales han mostrado un efecto adverso, pero estudios bien controlados en mujeres embarazadas, no han demostrado daño fetal.
C	Estudios en animales han revelado efectos adversos, y no existen estudios adecuados, bien controlados en gestantes. O, no se han realizado estudios en animales, y no existen estudios adecuados en embarazadas.
D	Estudios clínicos bien controlados u observacionales, en embarazadas, han demostrado riesgo para el feto. Sin embargo, los beneficios de la terapia pueden superar el riesgo potencial.
X	Estudios clínicos bien controlados, u observacionales, en animales, o en gestantes, han demostrado evidencia positiva de anomalías fetales. El uso de este producto está contraindicado en mujeres que están o pueden estar embarazadas.

Fuente: Pregnancy and the Drug Dilemma⁷⁷

Anexo 5.

Medicamentos permitidos y no permitidos durante el embarazo

Permitidos	Categoría FDA	No permitidos	Categoría FDA
Antibióticos			
Penicilina	B	Tetraciclina	D
Amoxicilina	B	**Eritromicina en estolato	B*
Cefalosporinas	B	Quinolonas	C
Clindamicina	B	Claritromicina	C
Eritromicina (exceptuando el estolato)	B	Clorafenicol	X
Metronidazol	B	Gentamicina	C

Analgésicos			
Paracetamol	B	Ácido acetilsalicílico	C
**Paracetamol con codeína	C		
Codeína	C		
**Hidrocodona	C		
**Meperidina	B		
Morfina	B		
**Propoxifeno	C		
Después del primer trimestre por 24 ó 72 horas solamente			
Ibuprofeno	B		
Naproxeno	B		
Anestésicos locales			
Lidocaína	B		
**Mepivacaína	C TM		
**Prilocaína	B		
Bupivacaína	C		
**Etidocaína	B		
**Prilocaína	B		
**Procaína	C		

Fuente: Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada - Ministerio de Salud. Santiago: MINSAL, 20133

* Aumento en riesgo de hepatitis colestática; TM Bradicardia fetal

*Barniz de flúor entra en la categoría de “medicamentos y dispositivos” que presenta un riesgo mínimo y está sujeta al nivel más bajo de la regulación.

** Opciones terapéuticas que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos.

Anexo 6.

Medicamentos avalados por esta GPC

Fluoruro de sodio

ATC	A01AA01
Indicación	Prevención de caries
Forma farmacéutica y concentración	Gel de sabor, acidulado al 2%
Dosis	Aplicación en las piezas dentales
Precauciones	No deglutir el gel
Contraindicaciones	En zonas con alto concentrado de fluoruro en agua de consumo humano
Efectos adversos	<p>En caso de ingesta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reacciones alérgicas (erupción cutánea, urticaria, hinchazón de la cara, labios o lengua) 2. Sensación de ardor en la boca, dolor de lengua 3. Decoloración de dientes 4. Esmalte de dientes debilitados 5. Dolor en huesos o articulaciones 6. Heces de color oscuro o con aspecto alquitranado 7. Diarrea 8. Náusea 9. Vómito 10. Dolor de cabeza <p>Aquellas reacciones denotadas en letra cursiva son reacciones adversas comunes</p>
Interacciones	Ninguna
Uso en el embarazo	Seguro
Uso en la lactancia	Seguro

Barniz de Flúor

ATC	A01AA01
Indicación	Prevención de caries
Forma farmacéutica y concentración	Semisólido 22000/22600 ppmF
Dosis	Aplicación en fosas y fisuras
Precauciones	Aplicar en los dientes limpios y secos
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula
Efectos adversos	<p>En caso de ingesta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reacciones alérgicas (dermatitis alérgica de contacto, erupción cutánea, urticaria, hinchazón de la cara, labios o lengua) 2. Sensación de ardor en la boca, dolor de lengua 3. Decoloración de dientes 4. Esmalte de dientes debilitados
Interacciones	Ninguna
Uso en el embarazo	Seguro
Uso en la lactancia	Seguro

Amoxicilina

ATC	J01CA04
Indicación	Tratamiento infección
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg.
Dosis	- 500 mg tres veces al día por 7 días, vía oral
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la función renal o hepática. - Pacientes con Mononucleosis infecciosa (EBV) o infección por citomegalovirus (CMV), son más susceptibles a presentar exantema cutáneo inducido por el antibiótico. - No administrar en pacientes en ausencia de infección bacteriana ya que aumenta el riesgo a desarrollar resistencia al medicamento. - Puede producirse sobreinfecciones por patógenos bacterianos o fúngicos durante el tratamiento, si hay sospecha descontinuar inmediatamente y comenzar el tratamiento apropiado. - En profilaxis de la endocarditis: usar sólo los pacientes de alto riesgo. - Las dosis altas pueden causar falsas glucosurias. - Mantener hidratación adecuada en altas dosis (principalmente durante la terapia parenteral).
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los beta-lactámicos. Antecedentes de alergias a múltiples alérgenos. Colitis pseudomembranosa.
Efectos adversos	Similares a los de la Ampicilina. Sin embargo, presenta menos molestias gastrointestinales especialmente diarrea por su mayor tasa de absorción y biodisponibilidad.
Uso en el embarazo	Categoría B.
Uso en la lactancia	Las penicilinas se ha demostrado que se excreta en la leche humana. Uso Amoxicilina por las madres lactantes puede conducir a la sensibilización de los niños. Se debe tener precaución cuando se administra amoxicilina a una mujer lactante.

Clindamicina

ATC	J01FF01
Indicación	Tratamiento infección
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 300 mg
Dosis	Vía oral: 150-300 mg, cada 6 horas, dosis máxima: 1.8g/día.

Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha reportado diarrea por Clostridium difficile hasta después de 2 meses de suspender el tratamiento. - Pacientes con atopia pueden experimentar mayor toxicidad. - Utilizar solamente en infecciones graves. - No utilizar para infecciones respiratorias altas. - En adultos mayores, con enfermedades severas, puede haber cambio del hábito intestinal. Son más susceptibles a presentar diarrea y colitis pseudomembranosa. - En pacientes con enfermedad hepática o renal, se requiere disminución de la dosis. - Puede producirse sobreinfección, por sobre crecimiento de organismos no susceptibles. - Vigilar la función hepática y renal si el tratamiento es superior a 10 días. - En los recién nacidos y los lactantes, evitar la administración intravenosa rápida. - Evitar en la porfiria aguda.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a la clindamicina o la lincomicina. Colitis Ulcerativa
Efectos adversos	<p>Frecuentes: dolor abdominal, dispepsia, diarrea, náusea, colitis pseudomembranosa, que se caracteriza por calambres abdominales, fiebre, diarrea líquida y severa, sanguinolenta.</p> <p>Poco Frecuentes: candidiasis oral o vaginal, neutropenia, trombocitopenia, incremento de las enzimas hepáticas. Tromboflebitis si se usa la vía intravenosa. Esofagitis, úlceras esofágicas, alteraciones del gusto, vómitos; leucopenia, eosinofilia, poliartritis erupción cutánea, prurito, urticaria, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, exfoliativa y dermatitis vesiculobulosa.</p> <p>Raros: eritema multiforme, ictericia, anafilaxia, agranulocitosis, hipotensión.</p>
Uso en el embarazo	Categoría B. Estudios de teratogenicidad en ratones hasta dosis 180 mg/Kg/día fueron negativos. Cruza rápidamente la placenta y alcanza hasta el 50% de las concentraciones maternas en cordón umbilical. No se han reportado efectos adversos por la administración de clindamicina durante el embarazo.
Uso en la lactancia	La clindamicina es excretada por la leche materna de 0,7 a 3,8 mcg / mL luego de 150 mg por vía oral o 600 mg por vía intravenosa. Debido al potencial de reacciones adversas en los lactantes, clindamicina se debe usar con precaución.

Eritromicina

ATC	J01FA01
Indicación	Tratamiento infección
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg
Dosis	250 a 500 mg cada 6 horas, vía Oral

Precauciones	-Es considerado un inhibidor moderado del CYP3A4, por lo que interfiere en el metabolismo de las drogas que utilicen esta vía. - Arritmia ventricular. - Puede provocar prolongación del segmento QT. - Hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia. - Bradicardia significativa. - Puede provocar diarrea asociada a Clostridium difficile y colitis pseudomembranosa. - Insuficiencia hepática y renal. - Miastenia gravis.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad conocida al medicamento. Antecedente de ictericia. Coadministración con terfenadina, astemizol, cisaprida o pimozida, por inhibición del metabolismo hepático, aumento de los niveles de éstos medicamentos, riesgo de prolongación del QT y arritmias cardíacas.
Efectos adversos	Frecuentes: Rash cutáneo, candidiasis, cefalea, náusea, diarrea, dolor abdominal epigástrico. Hipertrofia pilórica en neonatos. Poco frecuentes: Leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica, reacciones alérgicas leves, fiebre, dermatitis exfoliativa, hiperpotasemia, mareo, vómito, alteración de la función renal. Pérdida auditiva reversible. Exacerbación de miastenia gravis. Raros: Agranulocitosis, anemia aplásica, hipoprotrombinemia, metahemoglobinemia, eosinofilia, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, púrpura, hipoglicemia, elevación de las transaminasas séricas. Diarrea asociada a Clostridium difficile.
Uso en el embarazo	Categoría B. Atraviesa la barrera placentaria.
Uso en la lactancia	Categoría B

Cefalexina

ATC	
Indicación	Tratamiento de segunda elección en pacientes alérgicas a penicilinas, infecciones causadas por microorganismos sensibles y enfermedades en las que han fallado otros tratamientos como: profilaxis para intervenciones dentales, osteomielitis e infecciones dentales debidas a estafilococos y/o estreptococos.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 250 mg - 500 mg
Dosis	Infecciones por bacterias sensibles - 250 mg - 500 mg, vía oral cada 6 – 12 horas. Dosis máxima: 4000 mg/día. Infecciones severas - 500 mg – 1 000 mg, vía oral cada 6 horas.

Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - En lo posible se debe determinar si existe el antecedente de hipersensibilidad a los betalactámicos previa a la administración de cefalexina. - La profilaxis antibiótica en endocarditis está destinada únicamente a pacientes que presentan condiciones cardíacas asociadas a un alto riesgo de presentar endocarditis bacteriana. (Prótesis valvular, antecedentes de endocarditis bacteriana, enfermedad cardíaca congénita, trasplante cardíaco). - Puede ser inapropiado para infecciones pediátricas severas. - Insuficiencia renal se deberá ajustar la dosis (máximo 3 g/día si FG: 40-50 mL/min/1.73 m², máx 1.5 g/día si FG: 10-40 mL/min/1.73 m², máx 750 mg si FG < 10mL/min/1.73 m²). - Puede dar falsos positivos de leucocitos en tirilla urinaria.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a betalactámicos.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, náusea, vómito, cefalea, insomnio.</p> <p>Poco frecuentes: Incremento de las transaminasas, hipersensibilidad, fatiga, hiperactividad, confusión, hipertensión, dispepsia, rash cutáneo.</p> <p>Raros: Neutropenia transitoria, eosinofilia, trombocitopenia, anemia aplásica, anemia hemolítica. Alucinaciones. Colitis pseudomembranosa, nefritis intersticial.</p>
Interacciones	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacunas BCG y contra Tifoidea: la cefalexina disminuye la eficacia de estas vacunas. <p>Aumenta efectos adversos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aminoglucósidos: aumenta el riesgo de nefrotoxicidad. - Cumarínicos: aumenta el efecto anticoagulante. - La excreción de cefalexina se ve disminuida con la administración concomitante de probenecid. - Aumenta los niveles plasmáticos de digoxina.
Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Categoría B

Metronidazol

ATC	G01AF01
Indicación	Tratamiento de la infección
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 250 mg y de 500 mg
Dosis	Metronidazol 500 mg dos veces al día durante 7 días, vía oral Metronidazol 250 mg tres veces al día durante 7 días, vía oral

Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> -Porfiria Aguda. -En pacientes con historia de discrasias sanguíneas. -En pacientes con enfermedades del sistema nervioso central incluyendo antecedentes de convulsiones o neuropatías, puede agravar su condición. - En enfermedad hepática, requiere reducción de la dosis. - El uso prolongado por más de 10 días aumenta el riesgo de los efectos adversos. - Evitar el consumo de alcohol mientras esté tomando y 3 días después de la interrupción del metronidazol. - En insuficiencia renal, se requiere el ajuste de dosis (reducción al 50% en falla renal grave). En casos de hemodiálisis no se requiere reducción de la dosis. - En pacientes con antecedentes de leucopenia, se pueden agravar su condición clínica. - Evitar el uso reiterativo innecesario de todos los nitroimidazólicos (desparasitaciones periódicas).
Contraindicaciones	<p>Hipersensibilidad al medicamento u otros nitroimidazoles, ingesta concurrente de alcohol (incluso tres días luego de suspender metronidazol), uso concurrente de disulfiram (incluso en dos semanas previas), embarazo especialmente en el primer trimestre, principalmente en I trimestre, lactancia.</p>
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Anorexia, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, vértigo o mareo, cefaleas, sabor metálico en la boca, lengua saburral, orina rojiza, candidiasis.</p> <p>Poco frecuentes: Ataxia, leucopenia, neuropatía, xerostomía, disgeusia, sequedad de la boca, cambios de humor, torpeza, exantemas, eritema, prurito, dolor de garganta, fiebre, dolor de espalda, debilidad en pies y manos, tinnitus, entumecimiento.</p> <p>Raros: convulsiones, neutropenia, neuropatía periférica, síncope, parestesias, neurotoxicidad (ataxia, inestabilidad, confusión), hipersensibilidad</p>
Interacciones	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los barbitúricos, la fenitoína, la rifampicina y otros inductores del CYP450 pueden llevar al aumento de la metabolización del metronidazol con disminución de sus niveles séricos por incremento de su excreción. - Aumento de los efectos adversos: - Alcohol: reacción tipo disulfiram. - La Ciclosporina y el fluorouracilo inhiben su metabolización e incrementa los efectos tóxicos de los inmunosupresores. - La Cimetidina y otros inhibidores del CYP3A4 pueden afectar la metabolización del metronidazol. - El Disulfiram puede causar el desarrollo de psicosis aguda y de estado confusional. - La Warfarina, fenitoína y el litio, disminuyen la metabolización y aumentan sus efectos adversos. - La simvastatina, aumenta los efectos del metronidazol al afectar su metabolismo intestinal y el hepático dependiente de CYP3A4.
Uso en el embarazo	<p>Categoría C.</p>
Uso en la lactancia	<p>El metronidazol se excreta en la leche humana por lo que debe evitarse la administración innecesaria durante el período de lactancia.</p>

Paracetamol

ATC	N02BE01
Indicación	Dolor leve a moderado
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg
Dosis	Dosis usual: 500 mg, vía oral cada 6 a 8 horas.
Precauciones	Alcoholismo crónico. Alteraciones hepáticas o renales. Deficiencia de G6PD Desnutrición crónica Deshidratación severa Hay riesgo de hepatotoxicidad a dosis altas y en administración crónica. No se recomienda utilizar más de un producto que contenga paracetamol.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes. Hepatitis o disfunción hepática. Insuficiencia renal. Alcoholismo. Administración repetitiva en pacientes con anemia, enfermedad cardíaca, pulmonar o renal.
Efectos adversos	Frecuentes: Exantemas, urticaria, prurito. Náusea. Poco frecuente: Fiebre medicamentosa, lesiones de mucosas. Raros: Hepatotoxicidad. Ictericia colestática. Necrosis hepática. Alteraciones hematológicas: neutropenia, trombocitopenia, pancitopenia, anemia hemolítica. Necrosis tubular renal aguda. Anafilaxia. Angioedema. Malestar general. Reacciones de la piel incluyendo el síndrome de Stevens-Johnson, Necrólisis epidérmica tóxica, Pustulosis exantemática generalizada aguda. Hipotensión. Enrojecimiento. Taquicardia.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Carbamazepina, fenitoína: inducción de metabolismo hepático y formación de metabolitos tóxicos. - Gabapentina: Disminuye los niveles de paracetamol al aumentar el metabolismo - Ácido valproico: Disminuye los niveles de paracetamol al aumentar el metabolismo Aumento de los efectos adversos: - Alcohol, isoniazida, rifampicina: toxicidad aditiva, inducción de metabolismo hepático y formación de metabolitos tóxicos. - ASA, naproxeno y demás AINEs: especialmente en uso prolongado, puede producir necrosis papilar renal de mecanismo no conocido, así como enfermedad renal terminal y cáncer del riñón o vejiga producidos por analgésicos, aumentando el riesgo de nefrotoxicidad. - Nitroprusiato: efecto aditivo, aumenta riesgo de metahemoglobinemia. - Warfarina: inhibición de su metabolismo hepático, incrementando riesgo de sangrado. - Heparina: Aumenta los efectos de heparina, incrementa riesgo de sangrado. - Metoclopramida: Efecto tóxico. aumenta de los niveles de paracetamol, ya que mejora su absorción gastrointestinal.

Uso en el embarazo	Categoría B.
Uso en la lactancia	Se excreta por la leche materna. Se considera seguro durante la lactancia

Ibuprofeno

ATC	M01AE01
Indicación	Dolor leve a moderado
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 400 mg
Dosis	Dosis usual: 400 mg, vía oral cada 8 horas.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Los AINEs incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares graves, infarto del miocardio (IM) y accidentes cerebro vasculares (ACV) que puede ser fatales. Este riesgo aumenta con la duración de su uso. - Pacientes con enfermedad cardio vascular pre-existente o con factores de riesgo no deberán utilizarlo como analgésico o antes de intervenciones quirúrgicas vasculares. - Los AINEs aumentan el riesgo de efectos adversos gastrointestinales graves, incluyendo sangrado, ulceración y perforación gástrica o intestinal que puede ser fatal. - Los efectos adversos gastrointestinales pueden ocurrir en cualquier momento durante su uso y sin síntomas de alarma previos. - Pacientes con broncoespasmo, porfiria, hipertensión, retención de fluidos, insuficiencia renal severa, tabaquismo, LES. - Administración prolongada de AINES puede llevar a una necrosis papilar renal u otros daños renales, especialmente en adultos mayores, pacientes con insuficiencia renal, hipovolemia, con insuficiencia cardíaca, enfermedades hepáticas, o pacientes que estén tomando diuréticos, IECA o ARA II. - Insuficiencia renal, aumenta riesgo de hiperkalemia y nefrotoxicidad. - Riesgo potencial de hepatotoxicidad. - En insuficiencia hepática, disminuye la metabolización del fármaco y puede aumentar los efectos adversos, incluyendo mayor hepatotoxicidad. - Pacientes con enfermedades cardiovasculares, puede agravarse su condición por interacción con medicaciones de base que se ligan en alta proporción a proteínas (por ej. calcioantagonistas, digitálicos, warfarina) y por la mayor retención de sodio y agua inducida por el AINE. - Enfermedad de Crohn, diverticulitis, colitis ulcerativa, puede empeorar su condición. - Alcoholismo y tabaquismo, aumentan riesgo de lesiones gástricas - Enfermedades psiquiátricas. Epilepsia. Enfermedad de Parkinson. <p>Durante la conducción de vehículos puede producir vértigo u otros trastornos del SNC, incluyendo alteraciones visuales.</p>

<p>Contraindicaciones</p>	<p>Hipersensibilidad al medicamento, otros AINE o sus componentes. Embarazo: 3er trimestre; podría producir cierre prematuro del ductus arteriosus. Discrasias sanguíneas, depresión medular. Úlcera péptica. Estomatitis, colitis ulcerativa, enfermedad hepática. Hipovolemia. Deshidratación. Diátesis hemorrágica. Sangrado cerebrovascular (incluyendo sospecha). Antecedentes de asma, angioedema, urticaria o rinitis precipitadas por AINEs. Porfiria.</p>
<p>Efectos adversos</p>	<p>Frecuentes: Distensión abdominal, flatulencia, dolor abdominal, dispepsia, náusea, anorexia, constipación. Úlcera péptica, hemorragia GI, prurito, rash, tinnitus. Edema periférico, retención de fluidos. Insuficiencia renal aguda. Cefalea, somnolencia, mareo, vértigo, obnubilación, confusión mental. Hipercoagulabilidad. Exantemas. Aumento de transaminasas. Tinnitus. Equimosis. Depósitos corneales.</p> <p>Poco frecuentes: Hepatitis aguda, hepatitis asintomática, hepatitis activa crónica; colestasis. Agranulocitosis, anemia aplásica, púrpura, anemia hemolítica, leucopenia. Asma. Incremento de urea nitrogenada, nefrotoxicidad, incremento de la creatinina sérica ≥ 2 mg/dl. Hipertensión, ICC.</p> <p>Raros: Lesión tisular en el lugar de inyección. Reacciones anafilácticas, dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens Johnson, necrólisis tóxica epidérmica. Hepatitis (ocasionalmente letal), ictericia. Depresión profunda, psicosis, alucinaciones, suicidio. Neutropenia, trombocitopenia.</p>

<p>Interacciones</p>	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antihipertensivos y antagonistas adrenérgicos: reduce la respuesta hipotensora, por aumento en la retención de sodio y agua. - Misoprostol: efecto antagónico de esta prostaglandina sintética, disminuye efectos farmacológicos de diclofenaco, así como sus efectos adversos especialmente gastrointestinales. - Sucralfato, colestiramina, colestipol: se reducen las concentraciones plasmáticas de diclofenaco, por disminución de su absorción. <p>Aumento de los efectos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ácido acetil salicílico, otros AINEs (incluso selectivos COX 2): por efectos aditivos, mayor riesgo de efectos adversos gastrointestinales, hepáticos, renales y cardiovasculares. Contraindicado uso concomitante. - Acido omega-3, urokinasa, ácido valproico, glucosamina: efecto anti plaquetario adicional. - Ciclosporina: aumenta el riesgo de insuficiencia renal. - Digitálicos, calcioantagonistas: aumentan sus efectos tóxicos, al desplazar su fracción ligada a proteínas plasmáticas. - Diuréticos: aumenta el riesgo de insuficiencia renal y desbalance electrolítico. - Glucocorticoides: aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal. - Heparina, dipiridamol, clopidogrel, ASA, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: mayor riesgo de sangrado, por efecto anti plaquetario adicional. - IECAs (ej. enalapril) y ARA-II (ej. losartán): aumenta el riesgo de insuficiencia renal. - Insulina e hipoglucemiantes: incrementan el efecto hipoglucemiante. - Metotrexato: aumentan sus niveles plasmáticos y tóxicos, por disminución de la excreción renal. - Micofenolato, alendronato: efecto tóxico aditivo. - Probenecid, alcohol, litio: por disminución de la excreción renal, mayor riesgo de efectos adversos. Contraindicado uso simultáneo. - Warfarina: desplaza fracción ligada a proteínas y aumenta el riesgo de sangrado.
<p>Uso en el embarazo</p>	<p>Categoría B en el primer trimestre y D en el tercer trimestre, en general, si bien algunas indicaciones lo consideran seguro.</p>

Lidocaína (con epinefrina)

ATC	N01BB52
Indicación	Anestésico local o regional
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral (incluye cartucho dental) 2 % + 1:200.000
Dosis	Varía de acuerdo al área que tiene que ser anestesiada y de la técnica anestésica a utilizar.

Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Por contener epinefrina no se deberá administrar en pacientes con taquicardia paroxística, arritmia con taquicardia o glaucoma de ángulo estrecho. - No administrar en zonas con tejidos inflamados o infectados. - No administrar en zonas de circulación terminal (dedos, pabellón auricular, nariz, pene). - La infiltración y bloqueo nerviosos deberá ser realizada por personal entrenado en su uso y competente para solucionar sus posibles complicaciones. - La adición de epinefrina a lidocaína promueve una mejor hemostasia (por vasoconstricción), reduce la absorción sistémica e incrementa el tiempo acción. - La infusión intrarticular posterior a artroscopia u otro procedimiento quirúrgico es una indicación no aprobada, y ha existido reportes de condrolisis. - Aspirar la jeringuilla antes de inyectar, para confirmar que no se administrará en un vaso sanguíneo. - El contenido de sulfito puede producir reacciones alérgicas severas. - La seguridad y efectividad del medicamento depende en gran manera de la dosificación adecuada, correcta técnica de inyección, adecuadas precauciones y la preparación para afrontar las emergencias posibles. - Pueden ocurrir casos de isquemia y necrosis tisular. - Se ha reportado insuficiencia hepática y enfermedad cardiovascular.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: Agitación, mareos, tinitus, visión borrosa, náusea, vómito, temblores. Después de la agitación puede aparecer somnolencia, depresión respiratoria, hipotensión, bradicardia, arritmia.</p> <p>Poco frecuentes: Reacciones alérgicas, urticaria, metahemoglobinemia.</p> <p>Raros: Taquicardia, trastornos de ritmo cardiaco, hipertensión arterial.</p>
Interacciones	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nevirapina: inducción de metabolismo hepático. <p>Aumenta efectos adversos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO, intensifica el efecto vasoconstrictor. - Betabloqueantes no selectivos: riesgo de crisis hipertensivas y bradicardia severa. - Cimetidina: inhibe el metabolismo hepático de la lidocaína. - Bloqueadores neuromusculares no despolarizantes: efecto aditivo, incrementando el bloqueo neuromuscular. - Disopiramida, flecainida, propafenona, sotalol, ritonavir, indinavir, saquinavir, anestésicos inhalatorios, verapamilo: efectos aditivos, aumenta el riesgo de arritmias cardíacas y prolongación del QT.
Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Categoría B

Lidocaína (sin epinefrina)

ATC	N01BB02
Indicación	Anestésico local
Forma farmacéutica y concentración	Líquido parenteral (incluye cartucho dental) 2 %
Dosis	Varía de acuerdo con el área a infiltrar. Máxima: 300 mg.
Precauciones	Los efectos de la lidocaína se incrementan con los Betabloqueadores y cimetidina. - No recomendado como profilaxis de infarto miocárdico. - En enfermedad hepática o renal. - Bradicardia. - Hipoxia marcada. - Depresión respiratoria severa. - Hipovolemia. - Bloqueo cardíaco incompleto. - En adultos mayores.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes. Bloqueo cardíaco en ausencia de marcapasos artificial. Síndrome de Stokes Adams. Shock cardiogénico. Síndrome de Wolf Parkinson White.
Efectos adversos	Frecuentes: Hipotensión, edema, eritema en el sitio de inyección, petequias, irritación. Constipación, náusea, vómito, confusión, mareos, cefalea, parestesias, somnolencia, temblor, inquietud. Bradicardia. Escalofríos, fiebre, Ansiedad, visión borrosa, tinitus. Poco frecuente: Paro cardíaco, arritmias cardíacas, metahemoglobinemia, convulsiones, reacciones anafilácticas, hipertermia maligna.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Nevirapina: inducción de metabolismo hepático. Aumento de los efectos adversos: - Bloqueadores neuromusculares no despolarizantes: efecto aditivo, incrementa bloqueo neuromuscular. - Disopiramida, flecainida, propafenona, sotalol, ritonavir, indinavir, saquinavir, anestésicos, inhalatorios, verapamilo: efectos aditivos, aumenta el riesgo de arritmias cardíacas por prolongación del QT. - Morfina, meperidina, propoxifeno, fentanilo, remifentanilo, codeína: efecto antagónico. Se usa para revertir los efectos de los opioides, riesgo de depresión del SNC, hipotensión y bradicardia. - Epinefrina: por vasoconstricción que disminuye absorción del anestésico, prolongando la duración del bloqueo anestésico. - Acetaminofén, ácido acetil salicílico, dapsona, nitrofurantoina, nitroglicerina, fenobarbital: incrementan el riesgo de metahemoglobinemia. - Amiodarona: incrementa el riesgo de prolongación del intervalo QT y arritmias cardíacas.
Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Categoría B

Anexo 7

Dispositivos médicos

Lista de dispositivos médicos esenciales para tratamiento odontológico en embarazadas		
Código UMDNS	Nombre genérico	Especificaciones técnicas
15-712-1	Dique de goma	Goma de látex natural, nitrilo o vinilo, pre cortados, diferente dimensión y grosor, varios colores, descartable.
14-482-1	Película radiográfica dental, intraoral-periapical, adulto	Varias medidas, material suave.
14-491	Protector de rayos x	Delantal de 0.5 mm /Pb, nylon.
18-315-1	Protector de rayos x para tiroides	Collar de 0.5 mm/Pb, nylon.
16-725-1	Resina compuesta autocurado	Material plástico, derivadas del ácido acrílico y ácido metacrílico.
27-759	Resina compuesta fotocurado	Material plástico, derivadas del ácido acrílico y ácido metacrílico, cuya polimerización es por medio de la lámpara de luz halógena.
27-769-1	Sellante de fosas y fisuras	Material resinoso fotopolimerizable.

ISBN 978-9942-22-057-8



9 789942 220578



Ministerio
de **Salud Pública**