



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGIA**

Manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional:
revisión de protocolos de atención segura.

Trabajo de Titulación para optar al título de Odontóloga

Autor:

OÑA CAIZA CRISTINA ESTEFANIA

Tutor:

Dra. María Mercedes Calderón Paz

Riobamba, Ecuador. 2026

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Cristina Estefania Oña Caiza, con cédula de ciudadanía 1725612418, autora del trabajo de investigación titulado: Manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional: revisión de protocolos de atención segura, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 07 de mayo del 2026



Cristina Estefania Oña Caiza

C.I: 1725612418

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, **María Mercedes Calderón Paz** catedrático adscrito a la Facultad de **Ciencias de la Salud**, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **Manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional: revisión de protocolos de atención segura**, bajo la autoría de **Cristina Estefanía Oña Caiza**; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 7 días del mes de mayo de 2026



María Mercedes Calderón Paz

C.I: 0602724817

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional: revisión de protocolos de atención segura por Cristina Estefanía Oña Caiza, con cédula de identidad número 1725612418, bajo la tutoría de Dra. María Mercedes Calderón Paz; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 19 de mayo de 2026

Dra. Tania Jacqueline Murillo Pulgar.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Sandra Marcela Quisiguiña Guevara
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Pricila Calva Miñaca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





CERTIFICACIÓN

Que, **Oña Caiza Cristina Estefania** con CC: **1725612418**, estudiante de la Carrera **ODONTOLOGÍA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**Manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional: revisión de protocolos de atención segura**", cumple con el 10%, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 23 de febrero de 2026

Dra. María Mercedes Calderón Paz
TUTOR(A)

DEDICATORIA

Hoy cierro esta etapa con el corazón lleno de gratitud y amor.

Gracias a Dios, por sostenerme cuando sentí que no podía más, por escuchar mis silencios y darme la fortaleza necesaria para terminar mis estudios.

A mis padres Cristina y Marco por su amor y apoyo incondicional, por inculcar en mí la responsabilidad, las ganas de superación; por ser el pilar de mi vida. Por enseñarme que los sueños se cumplen.

A mis hermanos, Kevin y Dylan, por su compañía, su voz de aliento, por creer en mí en todo momento y recordarme que siempre tengo un hogar al cual volver. Crecer con ustedes ha sido un regalo.

A mi novio, Dylan, gracias por confiar en mí, por abrazarme en mis días grises y celebrar conmigo cada pequeño logro. Tu apoyo ha sido mi refugio y mi impulso.

A mi amado gatito Milo, quien fue mi pequeño hogar, mi pequeño compañero fiel, quien con su amor constante hizo más ligeras las noches largas. Este logro también lleva tus huellitas marcadas en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud, en primer lugar, a Dios, por sostenerme en cada etapa de este camino, por darme fortaleza en los días difíciles y serenidad cuando más lo necesitaba. Él fue mi guía en toda la carrera y me siento en calma por la presencia de él en mí.

A mi querida universidad, por abrirme sus puertas y brindarme el espacio donde crecí no solo como estudiante, sino también como persona. Cada aprendizaje y cada reto asumido forman parte de lo que hoy soy.

A mi tutora de tesis, por su paciencia, orientación y confianza durante todo el proceso. Su acompañamiento fue clave para culminar este trabajo con dedicación y compromiso.

Por último, muchas gracias a mi familia por su compañía y sus ánimos para seguir adelante en mis estudios y la culminación de este trabajo.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL.

DECLARACION DE AUTORIA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE DE TABLAS

INDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

1. CAPITULO I INTRODUCCIÓN .	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 JUSTIFICACIÓN	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 General	18
1.3.2 Específicos	18
2. CAPITULO II MARCO TEÓRICO.	19
2.1 Hipertensión gestacional	19
2.1.1 Definición	19
2.1.2 Epidemiología.	19
2.1.3 Preeclampsia	19
2.1.4 Eclampsia	20
2.1.5 Síndrome de HELLP	20

2.1.6	Hipertensión crónica	20
2.1.7	Factores de riesgo	21
2.1.8	Complicaciones.....	21
2.1.9	Diagnóstico	21
2.1.10	Toma de la presión arterial	21
2.1.11	Medidas preventivas	22
2.1.12	Exámenes complementarios.....	22
2.1.13	Tratamiento	22
2.2	Manejo odontológico	23
2.2.1	Profilaxis	23
2.2.2	Manejo preoperatorio en embarazo	23
2.2.3	Manejo operatorio de la paciente embarazada.....	24
2.2.4	Caries.	24
2.2.5	Gingivitis.....	24
2.2.6	Enfermedad periodontal.....	25
2.2.7	Xerostomía en gestantes	25
2.2.8	Anestesia durante el embarazo.....	26
2.2.9	Diagnóstico y evaluación de riesgo	26
2.2.10	Movilidad dental	27
2.2.11	Farmacoterapia en el embarazo	27
3.	CAPITULO III. METODOLOGÍA.	27
3.1.1	Tipo de investigación.....	27
3.1.2	Protocolo PRISMA	28
3.1.3	Pregunta PICO	28
3.1.4	Ecuación de búsqueda.....	28
3.1.5	Criterios de inclusión y exclusión.....	29
3.1.6	Algoritmo prisma	29

4. CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
4.1 Resultados.....	30
4.1.1 Guías clínicas nacionales e internacionales en gestantes con hipertensión gestacional.....	30
4.1.2 Manifestaciones orales por el uso de antihipertensivos en hipertensión gestacional. 34	
4.1.3 Propuesta de protocolo odontológico en pacientes gestantes con hipertensión gestacional.....	36
4.2 Discusión.....	40
5. CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
5.1.1 Conclusión	41
5.1.2 Recomendaciones	42
6. CAPITULO VI PROPUESTA	43
6.1.1 Evaluación inicial odontológico	43
6.1.2 Triage odontológico.....	43
6.1.3 Factores de riesgo en la hipertensión gestacional.....	44
6.1.4 Atención odontológica por cada trimestre	45
6.1.5 Control de la presión arterial de la consulta.....	46
6.1.6 Recomendación de la atención complementaria.....	46
6.1.7 Consideraciones farmacológicas en el embarazo	46
6.1.8 Etapa de orientaciones durante la etapa gestacional.....	47
6.1.9 Interconsulta y trabajo interdisciplinario	47
7. BIBLIOGRAFÍA.....	48
8. ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1 Pregunta Pico	28
Tabla 2 Scielo.....	28
Tabla 3 PudMed.....	28
Tabla 4 Google académico.....	29
Tabla 5 Criterios de selección.....	29
Tabla 6. Guías clínicas nacionales e internacionales en gestantes con hipertensión gestacional.	31
Tabla 7. Manifestaciones orales por el uso de antihipertensivos en hipertensión gestacional.	34
Tabla 8. Propuesta de protocolo odontológico en pacientes gestantes con hipertensión gestacional.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Algoritmo prisma	30
Figura 2 Matriz.....	56

RESUMEN

Esta investigación se enfoca al tema del manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional revisión de protocolos de atención segura en base a una revisión bibliográfica de las principales bases de datos de gran impacto. El trastorno hipertensivo del embarazo tiene un impacto de mayor morbilidad materna y perinatal que se manifiesta cuando el intervalo se presenta en una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y en diástole \geq de 90 mmHg observándose luego de las 20 semanas de gestación sin proteinuria significativa. Analizar el manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional, a través de revisión de protocolos de atención segura de revisiones bibliográficas. La investigación se llevó a cabo mediante una búsqueda exhaustiva en Pudmed, Scielo y Google Scholar, en el cual se analizó artículos sobre hipertensión gestacional en el manejo odontológico de intervención español, inglés y portugués. El estudio académico permitió reconocer los diferentes protocolos clínicos frente a gestantes con hipertensión gestacional, valorando anamnesis, signos vitales, interacciones medicamentosas y emergencias hipertensivas. Siendo importante en la atención clínica para poder disminuir riesgos materno-fetales y contribuir una atención integral basada en la evidencia.

Palabras claves: Hipertensión gestacional, Morbilidad materna, Anamnesis, Manejo odontológico.

ABSTRACT

This research focuses on the dental management of pregnant patients with gestational hypertension, reviewing safe care protocols based on a literature review of major high-impact databases. Hypertensive disorders of pregnancy have a greater impact on maternal and perinatal morbidity, manifesting when the systolic blood pressure is ≥ 140 mmHg and the diastolic blood pressure is ≥ 90 mmHg, observed after 20 weeks of gestation without significant proteinuria. This study analyzes the dental management of pregnant patients with gestational hypertension through a review of safe care protocols and literature reviews. The research was conducted through an exhaustive search of PubMed, SciELO, and Google Scholar, analyzing articles on gestational hypertension in the context of dental interventions in Spanish, English, and Portuguese. This academic study identified different clinical protocols for pregnant women with gestational hypertension, evaluating medical history, vital signs, drug interactions, and hypertensive emergencies. This is important in clinical care to reduce maternal-fetal risks and contribute to comprehensive, evidence-based care.

Keywords: Gestational hypertension, Maternal morbidity, Medical history, Dental management.



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**MARCO ANTONIO
AQUINO ROJAS**

Reviewed by:
Marco Antonio Aquino
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 1753456134

1. CAPITULO I INTRODUCCION.

Esta investigación se orienta al ámbito de la salud oral sobre el manejo odontológico de pacientes con hipertensión gestacional enfocada a la revisión de protocolos de atención segura, a partir de una revisión bibliográfica de las principales bases académicas. Los trastornos hipertensivos vinculados al embarazo son complicaciones que se presentan entre el 5% al 10% de las gestaciones en mujeres y son la mayor causa de morbilidad materna, fetal y neonatal. Se manifiesta cuando el intervalo se presenta en una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y diastólica de ≥ 90 mmHg, observándose luego de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria significativa. (1)

Las alteraciones maternas abarcan enfermedad cerebrovascular, falla multiorgánica, desprendimiento placentario y coagulación intravascular diseminada. Estos trastornos se relacionan a complicaciones como preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP y mortalidad materno-perinatal. Su incidencia oscila entre el 5% al 10% en países desarrollados pudiendo alcanzar el 18% en países de vías de desarrollo. (2)

El embarazo genera múltiples cambios fisiológicos en el organismo de la mujer, entre ellos alteraciones cardiovasculares que pueden favorecer la aparición de trastornos hipertensivos. La hipertensión gestacional constituye una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación y puede representar un riesgo tanto para la madre como para el feto si no se controla adecuadamente. En el ámbito odontológico, es necesario considerar esta condición al momento de brindar atención, ya que los procedimientos dentales, el uso de anestésicos y el manejo del estrés pueden influir en la presión arterial de la paciente. Por ello, el conocimiento de protocolos de atención y medidas de manejo odontológico seguro resulta esencial para prevenir complicaciones y garantizar una atención adecuada durante el embarazo. (2)

Por medio de la revisión y análisis de los artículos científicos, se busca mejorar en las áreas del conocimiento profesional la atención odontológica durante el periodo gestacional de la mujer, incorporando protocolos actualizados en el ámbito de emergencias hipertensivas. Es esencial la innovación en el campo de la odontología que los profesionales del área de salud estén capacitados en protocolos de atención segura para fortalecer la seguridad clínica y contrarrestar factores de riesgo, con el fin de optimizar el bienestar materno-neonatal. (3)

El objetivo de la presente investigación radica en analizar el manejo odontológico de la mujer con hipertensión gestacional, buscando protocolos de atención segura. Se considera opciones de tratamiento antihipertensivos fundamental con medidas de protección que beneficie a la madre y minimice los riesgos fetales. En este contexto, la prevención y el autocuidado resulta primordial durante esta etapa, especialmente al evaluar posibles riesgos externos y complicaciones que podrían suscitarse durante la consulta odontológica. (4)

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan una de las principales complicaciones maternas, por lo que su manejo requiere cuidados especiales en los diferentes ámbitos de atención en salud. En el campo odontológico, la atención de gestantes con hipertensión implica considerar diversos factores clínicos, como el control de la presión arterial, la selección adecuada de anestésicos locales, la reducción del estrés durante los procedimientos y la correcta posición de la paciente en el sillón dental. Sin embargo, en muchos casos existe desconocimiento o falta de aplicación de protocolos específicos que garanticen una atención segura para este grupo de pacientes. Ante esta situación surge la necesidad de identificar y analizar qué protocolos odontológicos permiten brindar una atención segura a gestantes con hipertensión, con el fin de prevenir complicaciones maternas y contribuir al bienestar tanto de la madre como del feto. (5)

Según estadísticas del 2023 de la OMS, declara que la hipertensión afecta entre el 3% y el 8% de las mujeres embarazadas. La tasa de frecuencia de muertes maternas es del 16%, es decir

42. 000 muertes. De acuerdo con informes estadísticos a nivel mundial, la tasa de mortalidad materna por preeclampsia e hipertensión se presenta del 2% al 8% y del 5% al 10% respectivamente. Esta incidencia puede aumentar con la edad y se ha registrado hasta un 28.5% en gestantes de 40 años y más. (6) (7)

En estudios a nivel de América Latina y el Caribe se reporta un 25% de muertes maternas, siendo el 8,3 % al 14% por problemas de hipertensión durante el embarazo. En relación con la atención odontológica, se establece que el 5 al 10% de mujeres con hipertensión gestacional acuden a la consultan. Se ha incrementado la frecuencia de enfermedades cardio metabólicas en el embarazo. Estas adversidades se pueden prevenir con un diagnóstico previo y un manejo adecuado de protocolos de vigilancia, que proponen un tratamiento individualizado para regular y controlar la presión arterial. (8)

Con respecto a la hipertensión gestacional en Ecuador, se ha reportado desde el año 2006 hasta el 2014, como uno de los primeros factores de defunción materna, el cual está representado en el 27,53% del total de muertes. (9)

1.2 JUSTIFICACIÓN

La importancia de la investigación consiste en describir los protocolos adecuados en atención odontológica para mujeres gestantes con hipertensión gestacional, mediante guías materno-fetales a través de una revisión de evidencia científica académico. El estudio de este análisis se ve enfocado en el manejo clínico como orientación en salud bucal, brindando mecanismos de atención garantizada de forma clara y concisa. Desde el punto profesional coexiste importantes alteraciones en gestantes como hipertensión gestacional que se debería tener en cuenta a nivel de esta población, por lo que este estudio trata de participar en la atención de la práctica clínica. (10)

En la actualidad existe información limitada sobre el manejo en mujeres embarazadas con presión arterial elevada, lo que ocasiona conflictos en el periodo de gestación y a nivel oral.

Sin embargo, durante la atención clínica no existe conocimientos previos adecuados sobre los trastornos hipertensivos, lo que hace aún más importante esta investigación ya que podemos contribuir en la salud medica oral, enfocado en prevención de riesgos, complicaciones materno-fetal y así brindar atención integral en las unidades de salud. (11)

Este proyecto tiene el fin de abarcar información actualizada para la línea de salud oral con análisis de investigación sobre protocolos de atención odontológica prenatal. Por tanto, se aporta información actualizada relacionada al manejo farmacológico antihipertensivo usado durante la gestación, así como plan de atención de manejo clínico para finalmente realizar una propuesta de atención a este grupo vulnerable. (11)

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

Analizar el manejo odontológico de pacientes gestantes con hipertensión gestacional, a través de revisión de protocolos de atención segura de revisiones bibliográficas.

1.3.2 Específicos

- Reconocer guías clínicas nacionales e internacionales sobre el manejo de la hipertensión gestacional.
- Determinar los antihipertensivos orales utilizados durante la gestación y sus efectos a nivel de cavidad oral e interacciones medicamentosas.
- Esbozar una propuesta de manejo odontológico de mujeres con hipertensión gestacional considerando las interacciones medicamentosas y los efectos adversos.

2. CAPITULO II MARCO TEÓRICO.

2.1 Hipertensión gestacional

2.1.1 Definición

La hipertensión inducida por el embarazo es un estado que se presenta en circunstancias elevadas después de la semana 20 de gestación. Esta situación clínica no suele ir acompañada de proteinuria ni otras manifestaciones de daños a los órganos. Además, la hipertensión gestacional debe ser vigilada de cerca, ya que puede progresar a preeclampsia siendo un riesgo más grave para la vida de la madre y el feto. Por tanto, es importante proporcionar seguimiento necesario para controlar la presión arterial y minimizar problemas asociados. Sin embargo, existe la posibilidad que la madre después del parto desarrolle hipertensión crónica y enfermedades cardiovasculares a futuro. (12)

2.1.2 Epidemiología.

Los trastornos hipertensivos, definidos como preeclampsia o eclampsia, hipertensión gestacional e hipertensión crónica, complican alrededor del 13% y el 15%, de todos los embarazos en el mundo. De manera global representa el 7% de las muertes maternas, siendo un desafío para los sistemas de salud. Las mujeres que desarrollan este trastorno implican complicaciones, tales como, desprendimiento de la placenta, lesión renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática, coagulación intravascular, edema pulmonar y progresión a la eclampsia. (13)

2.1.3 Preeclampsia

La preeclampsia se evidencia luego de las 20 semanas de gestación, en el periodo del alumbramiento o en las etapas iniciales de las 2 semanas. Por tanto, la mujer gestante empieza a presentar una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y diastólica de ≥ 90 mmHg asociada a proteínas de la orina con valores de 30mg en exámenes de 24 horas, esta enfermedad puede

desarrollar rápidamente complicaciones graves asociada a la muerte de la madre y el feto. Es por ello que es esencial dar un seguimiento de signos y síntomas en la mujer embarazada para evitar posibles riesgos a su salud. (14)

2.1.4 Eclampsia

La eclampsia es un estado grave en el que se presenta convulsiones en mujeres preeclámpicas siendo un estado vulnerable para las primeras semanas de gestación. Así, este síndrome eclámpico se destaca como emergencia obstétrica con excesivo riesgo materno y fetal. Dentro de las convulsiones gestacionales podemos mencionar que suelen presentarse como tónico-clónicas tipo gran mal, teniendo como factor de riesgo obesidad, diabetes mellitus y edad materna extrema. (15)

2.1.5 Síndrome de HELLP

El síndrome de HELLP es aquella complicación multisistémica del embarazo que está determinada por la triada del trastorno hipertensivo, provocando efectos para la madre y el feto. Esta enfermedad se destaca por un daño endotelial que provoca daño a los glóbulos rojos, que se rompen por la velocidad del endotelio lesionado, dando como resultado una isquemia distal y necrosis hepatocelular. Además, presenta manifestaciones clínicas como dolor epigástrico, anemia, vómito, náuseas, cefalea y alteraciones visuales. (16)

2.1.6 Hipertensión crónica

La hipertensión crónica se determina en valores arteriales sistólica ≥ 140 mmHg y diastólica ≥ 90 mmHg, presente antes de las 20 semanas de embarazo o que persista después de las 12 semanas del postparto, con ausencia de proteinuria en la mujer. Su prevalencia se incrementa con la edad materna avanzada, razón por la cual, se aconseja que para la prevención se debería realizar control de la presión, antes y durante la etapa de gestación, incluido un seguimiento de peso y una eficaz terapia antihipertensiva. (17) (18)

2.1.7 Factores de riesgo

En la hipertensión gestacional se puede destacar las causas más específicas de la patología tales como obesidad, nuliparidad, preeclampsia y edad extrema. Debido a sus riesgos la mujer puede desencadenar complicaciones fetales por lo que es importante la detección temprana de dicha enfermedad. (19) (20)

2.1.8 Complicaciones

Los trastornos hipertensivos en el embarazo están relacionada a factores de riesgo cardiovasculares a futuro, mayor riesgo de infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardiaca, hipertensión crónica y accidente cerebrovascular. Además, presentan factores de riesgo como son la obesidad y diabetes. (21)

2.1.9 Diagnóstico

El diagnóstico terapéutico lo podemos verificar con altos niveles tensionales posterior a las 20 semanas de gestación y manifestación endotelial uteroplacentario. Durante este periodo la mujer experimenta diversos síntomas tales como cefalea, visión borrosa y edema excesivo. Para el diagnóstico en pacientes con hipertensión gestacional se evalúa signos vitales como la presión arterial de ≥ 140 mmHg y ≥ 90 mmHg. Es importante el análisis previo para evitar riesgos en el embarazado tanto para el feto como para la madre. (21) (22)

2.1.10 Toma de la presión arterial

La toma de la presión arterial se deberá realizar con la paciente en reposo de 5 minutos previo a la medición, en este caso se recomienda contrarrestar la ingesta de cafeína, tabaco y la intervención de actividad física 30 minutos antes de la misma. Para una óptima toma, la paciente debe estar sentada con ambos pies apoyados sobre el piso y la espalda firme contra el respaldo de la silla. El brazo debe estar descubierto y apoyado sobre una superficie plana, de modo que el húmero se localice a la altura del corazón. Este procedimiento permite conseguir

un diagnóstico preciso siendo relevante para el registro de la historia clínica y el seguimiento a pacientes con antecedentes de hipertensión gestacional. (23)

2.1.11 Medidas preventivas

En medidas preventivas es importante identificar los factores de riesgo como antecedentes de hipertensión en embarazos, nuliparidad, obesidad, diabetes gestacional, hipertensión arterial crónica, edad de la gestante y tabaquismo. Además, como prevención se aconseja ejercicio durante 14 minutos a la semana y siempre que exista la posibilidad fomentar programas de actividad gestionado por el personal específicamente formado. (24) (25)

2.1.12 Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios son esenciales para pruebas adicionales de apoyo durante el diagnóstico clínico ya que esto ayuda al odontólogo a supervisar la evolución de la alteración de la mujer. Dentro de los exámenes de laboratorio más destacados se valora la hemoglobina, hematocrito, lámina periférica, proteínas totales y albúmina. Además, la prueba de perfil renal: se evalúa la creatinina, urea y ácido úrico. Al igual que se encuentra el perfil hepático y la prueba de Stick y/o microalbuminuria. Es importante saber que según el deterioro clínico de la paciente se toma en cuenta periodos menores de 6 a 12 horas y en caso de proteinuria se evaluara una vez dentro de las 24 horas, alcanzado el diagnóstico no tiene valor a su repetición. (26)

2.1.13 Tratamiento

Los medicamentos de elección para el manejo de la hipertensión gestacional incluyen labetalol; bloqueadores α y β combinados; nifedipina, bloqueadores del canal de calcio y la metildopa, un agente antihipertensivo de acción central de los receptores adrenérgicos. La farmacocinética de estos agentes posee un metabolismo hepático y, aunque atraviesen la barrera uteroplacentaria, conserva un perfil de seguridad para el feto. Sus efectos adversos son cefalea,

sedación y edema, en tanto al área odontológica es relevantes manifestaciones como la xerostomía y la hiperplasia gingival. Es crucial considerar que estos medicamentos pueden interactuar con el uso de anestésicos locales, por lo que el profesional debe observar la posible hipotensión ortostática al finalizar la consulta. (27) (28)

2.2 Manejo odontológico

2.2.1 Profilaxis

Es un procedimiento primordial durante el embarazo para proteger y evitar riesgos que suceden dentro de las enfermedades orales. El manejo clínico dental se enfoca en la higiene oral y el control de enfermedades como la gingivitis y la periodontitis, siendo importantes en minimizar el riesgo de complicaciones obstétricas. Por consiguiente, el odontólogo deberá realizar una limpieza dental profesional y educación al paciente sobre el cuidado bucodental, es fundamental preservar una correcta limpieza oral. (29)

2.2.2 Manejo preoperatorio en embarazo

En la intervención clínica odontológica para la mujer embarazada existe un protocolo estrictamente en prevenir riesgos frente al cuidado dental. En primer lugar, se adquiere una historia clínica completa en donde se evalúa el control de placa bacteriana y medidas de protección para caries y enfermedad periodontal. Por tanto, al paciente se le informa la importancia de evitar la evolución de gingivitis y periodontitis. Además, para las siguientes citas siempre se toma la presión de manera rutinaria en las pacientes embarazadas, aquellas que están siendo manejadas con monoterapia antihipertensiva o terapia combinada las presiones deben ser menores <150/90 mmHg o manejarse rangos entre 130-140/90 mmHg. (30)

2.2.3 Manejo operatorio de la paciente embarazada

El manejo odontológico en el periodo operatorio se lleva medidas preventivas supervisando signos vitales para la paciente embarazada, en el que se debe tomar en cuenta ciertas consideraciones. En el primer trimestre de embarazo por las diversas náuseas, problemas gastrointestinales y vómitos que la paciente puede presentar es recomendable que las citas sean durante la tarde o noche. Además, para reducir el riesgo en la atención odontológica es necesario evitar la presión de un útero agrandado sobre la vena cava inferior, colocando a la mujer en una posición decúbito lateral con la cara derecha elevada entre 10° y 15° a partir sexto mes de embarazo (23 semanas de gestación). (30)

2.2.4 Caries.

La caries es una enfermedad multifactorial que se presenta en el periodo gestante de la mujer por la consecuencia de la desmineralización de calcio que ellas presentan a nivel clínico. Inicialmente a lo largo del embarazo se manifestarán diversos cambios en el fluido salival dando como resultado xerostomía fisiológica como consecuencia de la presencia de caries a nivel de la cavidad bucal. La afectación de caries en la etapa de gestación es muy frecuente, ya que la mujer pasa por modificaciones hormonales, lo que le hace susceptible de abarcar aún más esta alteración de caries dental. Además, esta enfermedad afecta un 90% de la población gestante, presentándose de manera recurrente y progresiva. (31)

2.2.5 Gingivitis.

La etiología de la gingivitis gravídica se desencadena con un desorden de cambios hormonales durante el embarazo, que a nivel bucodental se ve más afectado el tejido periodontal. En una exploración intraoral se observa mayormente encías inflamadas por el mecanismo de índices de estrógeno y progesterona, lo que incrementa la acumulación de cambios vasculares, celulares y microorganismos, conduciendo a afectación dentro de ella. Ciertos factores de riesgos

están vinculados con una insuficiente de higiene oral y modificaciones hormonales como vasculares, provocando una incidencia de gingivitis en mujeres gestantes. Además, esta alteración genera cambios en las encías que se ve muy frecuente en el segundo mes y es más habitual en el octavo mes del embarazo. Es por ello que la paciente se rige obligatoriamente a consultas odontológicas cada cierto tiempo para evitar riesgos y complicaciones avanzadas sobre sus dientes en el embarazo. (32)

2.2.6 Enfermedad periodontal.

En la enfermedad periodontal la mujer pasa por modificaciones hormonales y los estrógenos minimizan la eficiencia gingival para prevenir inflamación. Esto con la insuficiencia higiene oral incrementa los niveles de gingivitis acompañada de la periodontitis. Estos cambios son progresivamente rápidos, por lo que es de gran importancia determinar medidas para proteger y manejar problemas periodontales. Dentro de sus manifestaciones clínicas podemos encontrar encía inflamada, color rojo oscuro y con abundante sangrado.

La periodontitis puede ocasionar implantación microbiana en la inserción dentaria, siendo una manifestación crónica con sangrado, pudiendo alterar al feto y a la placenta. Debido a diversos riesgos que puede existir como el parto prematuro por factores como una mala higiene oral, patologías sistémicas y diabetes gestacional. (33)

2.2.7 Xerostomía en gestantes

En el periodo de embarazo, los cambios fisiológicos hormonales tienen una incidencia relevante en las glándulas salivales, alterando la composición del flujo salival. La mujer gestante en esta etapa se encuentra en un estado vulnerable ya que al presentar estrógeno y progesterona pueden influir en la vascularización de las glándulas salivales y cambios en la segregación salival. Dentro de ello la xerostomía es susceptible a varios trastornos bucales siendo el resultado de las modificaciones diversas como riesgos bucales, incluyendo un alto

nivel de riesgo de caries, irritación de los tejidos, dificultad de la masticación, infecciones orales y afectaciones leves bucodentales. La atención clínica odontológica de la xerostomía en pacientes embarazadas son aspectos relevantes para su tratamiento se induce la estimulación de la saliva por medio de chicles sin azúcar, hidratación regular y aplicación de enjuagues específicos. (34)

2.2.8 Anestesia durante el embarazo.

El periodo prenatal presenta cambios en el entorno bucal y en la alimentación durante el embarazo que pueden aumentar la incidencia de caries, mientras que los cambios hormonales incrementan la incidencia de enfermedades periodontales. La enfermedad periodontal constituye un factor de riesgo asociado con preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. Por lo tanto, es necesario mantener una buena salud bucal durante el embarazo y recibir tratamiento si fuera necesario. (35)

En la mayoría de los tratamientos dentales se administra anestesia local y, teóricamente, los fármacos administrados a la madre pueden transmitirse al feto a través de la placenta y afectarlo. Por lo tanto, al realizar un procedimiento dental en una mujer embarazada, deben considerarse los efectos de cualquier fármaco administrado tanto para la madre como para el feto. (36)

2.2.9 Diagnóstico y evaluación de riesgo

Revisar los factores modificadores identificados en la historia de la paciente y durante cada elemento del examen clínico, y evaluar el impacto de estos factores con relación con la experiencia anterior de la enfermedad de la paciente y el diagnóstico actual. Predecir el riesgo de enfermedades futuras y asignar un nivel de riesgo individual (alto, medio o bajo) para caries, enfermedad periodontal, enfermedad de la mucosa oral, teniendo en cuenta que el autoinforme de la paciente sea inexacto. Los factores de riesgo y los factores de protección pueden cambiar

con el tiempo. Es posible que la experiencia previa de enfermedades no siempre sea un predictor fiable de enfermedad futura. La actitud de la paciente hacia la atención dental, así como su capacidad y voluntad para cooperar. (37)

2.2.10 Movilidad dental

Esta se genera debido al aumento de estrógenos y progesterona que afectan al ligamento periodontal y al hueso alveolar, los dientes pueden tener movilidad durante el embarazo incluso con ausencia de enfermedad periodontal (EP). Lo cual implica que cuando no hay EP, la condición de movilidad dentaria es naturalmente temporal. Esta se puede revertir retirando los irritantes locales como la placa y cálculos dentales con el uso de vitamina C. (38)

2.2.11 Farmacoterapia en el embarazo

Para el manejo farmacológico el uso de anestésicos orales, la lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000 se considera segura para pacientes con hipertensión gestacional. En cuanto a la terapia antibiótica, las penicilinas y las cefalosporinas son consideradas seguras y de primera línea de elección para tratar infecciones odontogénicas, es esencial evitar la clindamicina por su potencial de causar hipoplasia del esmalte y pigmentación dental intrínseca en el feto. Además, el ácido acetilsalicílico es contraindicado en la etapa de gestación debido al riesgo de hemorragia posparto que este involucra. Así mismo, no es recomendable el uso de naproxeno, ketoprofeno e ibuprofeno debido a que pueden generar defectos en el tabique cardiaco de los recién nacidos, estos medicamentos se encuentran de la categoría D en la clasificación de la FDA. (39) (40)

3. CAPITULO III. METODOLOGIA.

3.1.1 Tipo de investigación

La presente investigación será de tipo bibliográfica documental con un alcance descriptivo de enfoque cualitativo y de corte transversal. El presente estudio se realizará a través de una

revisión bibliográfica minuciosa en bases de datos científicas en donde se encontrarán artículos con información relevante sobre el manejo odontológico en pacientes con hipertensión gestacional asegurando protocolos de atención segura.

3.1.2 Protocolo PRISMA

3.1.3 Pregunta PICO

¿Cuál es el protocolo de manejo odontológico más seguro y actualizado para pacientes gestantes con hipertensión gestacional según la evidencia científica disponible en revisiones sistemáticas?

Tabla 1 Pregunta Pico

Población	Mujeres embarazadas con hipertensión gestacional
Intervención	Manejo odontológico
Comparación	Manejo odontológico en gestantes sin hipertensión
Resultado	Atención segura con protocolos de reducción de riesgos y complicaciones

3.1.4 Ecuación de búsqueda

Tabla 2 Scielo

((("Antihipertensivos" OR "efectos adversos" OR "cavidad oral")) Y (("pacientes gestantes" OR "embarazo")) Y (("Hipertensión gestacional"))	2
("Nifedipino" OR "Metildopa" AND "Labetalol") AND "hipertensión gestacional"	7
((("protocolo clínico" OR "odontología")) AND (("embarazo" AND "hipertensión"))	7

Tabla 3 PudMed

(gestational hypertensi* OR preeclampsia) AND (dental care OR odontolog* OR oral health) AND (protocol* OR guideline* OR safety)	123
--	-----

(("Hypertension, Pregnancy-Induced" OR "Preeclampsia") AND "Dental Care" AND ("systematic review" OR "practice guideline"))	2
"Dental Care" AND "Preeclampsia" AND "Pregnancy"	9
("Dental Care" OR "Dentistry") AND ("Hypertension, Pregnancy-Induced" OR "Preeclampsia") AND "Pregnancy"	213

Tabla 4 Google académico

("manejo odontológico") AND ("hipertensión gestacional") AND embarazo AND ("revisión" OR "protocolos")	26
("manejo odontológico") AND ("hipertensión gestacional")	27

3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 5 Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos científicos de los últimos 10 años	Artículos que no cuenten con rigurosidad académico- científico.
Artículos científicos publicados en español y inglés.	Artículos que no se relacionen con el tema
Artículos científicos de acceso libre	
Artículos científicos con investigaciones validas y relevantes acerca del manejo odontológico en pacientes con hipertensión gestacional.	

3.1.6 Algoritmo prisma

Identificación de estudios mediante bases de datos y registros

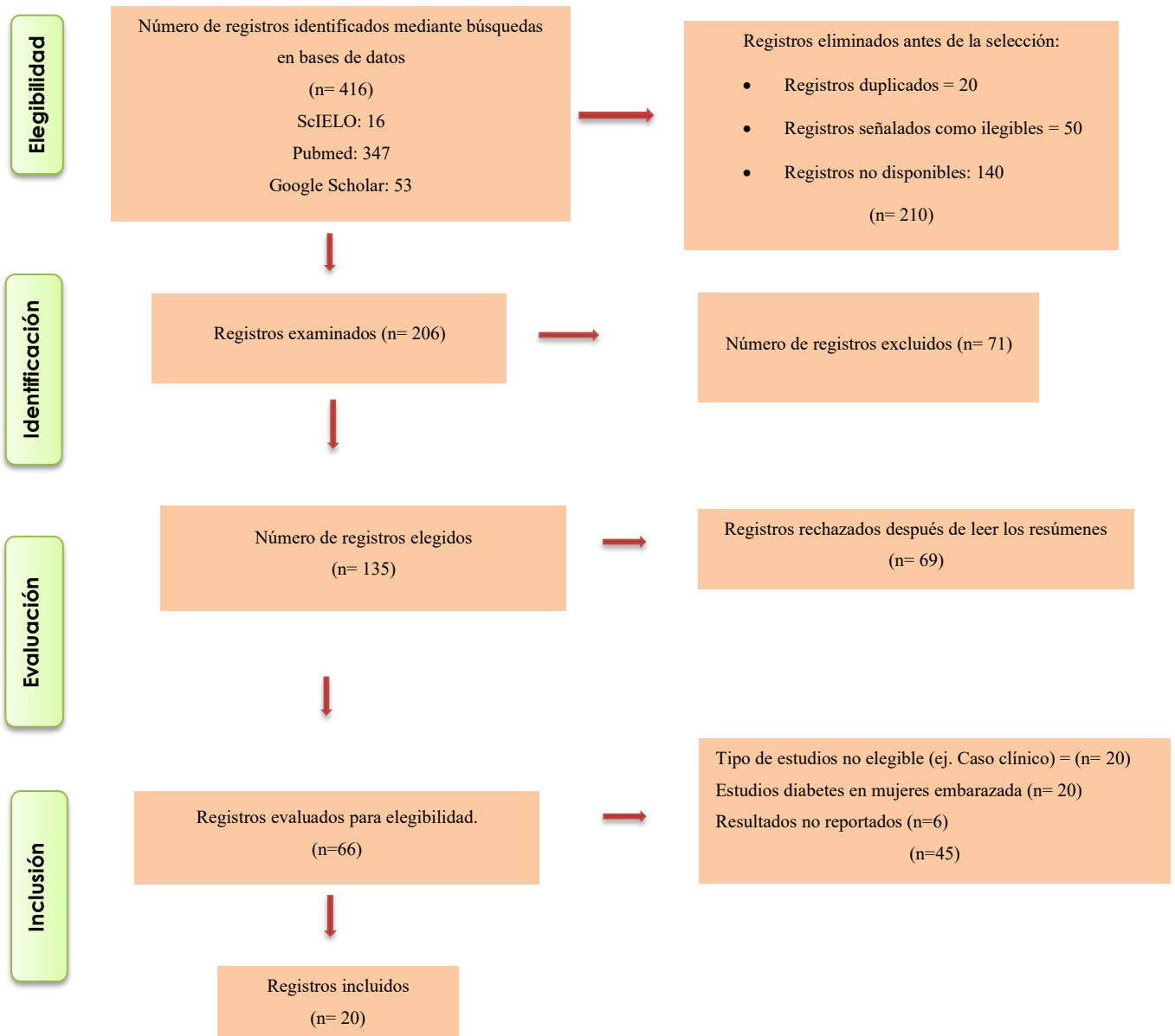


Figura 1 Algoritmo prisma

4. CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

4.1.1 Guías clínicas nacionales e internacionales en gestantes con hipertensión gestacional.

La tabla compara los criterios diagnósticos, valores de presión arterial y opciones terapéuticas recomendadas para el manejo de la hipertensión gestacional según distintas guías clínicas.

Incluye los medicamentos antihipertensivos más utilizados, sus dosis y las medidas complementarias para la prevención de complicaciones maternas.

Tabla 6. Manejo terapéutico de la hipertensión gestacional según guías clínicas internacionales

Criterio de comparación.	Sociedad Española de Cardiología (ESC 2025)	Red Brasileña de Estudios sobre HTA	Ministerios de Salud Pública del Ecuador (MSP 2025)
Definición de emergencia	En mujeres embarazadas con una PA >160/110 mmHg, se recomienda ingreso hospitalario si la presión arterial es $\geq 140/90$ mmHg, el control de la PA es obligatorio con un objetivo de < 140/90 mmHg. (41)	Hipertensión gestacional sin elevación significativa de la presión arterial (PAS ≥ 160 y/o PAD ≥ 110). (42)	TA sistólico ≥ 160 y TA diastólica ≥ 110 mmHg. (43)
Fármacos antihipertensivos	Nifedipina: 10-60 mg en un intervalo de 12-24 h. Con una dosis máxima de 60mg/d. Labetalol: 100 o 200 mg en un intervalo de 6-8-12h. Con una	Metildopa: 250 mg o 500 mg se administrará cada 6h y 8 h. Nifedipina: 20 o 40 mg se indica cada 8h y 12 h. (45)	Nifedipina: es aquel medicamento que bloquea los canales de calcio, siendo seguro durante el periodo de lactancia administrada en dosis diaria de 10-40 mg entre 1 a 4 dosis. No se puede suministrar por vía sublingual por el

	<p>dosis máxima de 2.400 mg/d.</p> <p>Alfametildopa: 250 mg en un intervalo de 8-12h. Con dosis máxima de 3g/d. (44)</p>		<p>riesgo de hipotensión brusca que ocasiona</p> <p>Alfametildopa: fármaco agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. En dosis diarias de 250-500 mg vía oral cada 8 horas o cada 12 horas, máximo 1200 mg/día.</p> <p>Labetalol: es un bloqueador selectivo α_1 adrenérgico y no selectivo betaadrenérgico con actividad simpática intrínseca. Se recomienda administrar con precaución durante la lactancia. En dosis diarias de 100 a 400 mg vía oral c/d 8 horas o c/d 12 horas, máximo 1200 mg/día. (43)</p>
<p>Fármacos para emergencia hipertensiva.</p>	<p>Labetalol: Inicio dosis de 200 mg cada 8-12 horas</p>	<p>Nifedipina: dosis solida oral de 10mg VO repetir cada 20 a 30 min con una dosis máxima de 30 mg.</p>	<p>Nifedipina solido oral de 10 mg: administrar 10 mg VO c/d 20 o 30 minutos según</p>

	<p>Dosis máxima: 2.400 mg al día.</p> <p>Nifedipina: Inicio de dosis de 10 mg, repetir cada 20-30 minutos. Para el mantenimiento suele ser 120 mg/día. (46)</p>	<p>Hidralazina: ampolla de 20 mg/ml con una dosis inicial por vía intravenosa de 5 mg cada 20 min con una dosis máxima permitida de 30mg.</p> <p>Nitroprusiato de sodio: ampolla de 50 mg/2ml por vía intravenosa de 0,5 a 10 ug/kg/min. (47)</p>	<p>respuesta. Con una dosis máxima de 60 mg y luego 10-20 mg cada 6 horas VO y dosis máxima 120 mg en 24 horas. Dentro de ello existen efectos como cefalea, sofocos y efectos de riesgo fetales taquicardia.</p> <p>Labetalol liquido de 5mg/ml: se inicia con 20mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300mg. Se asocia a mayor riesgo de desprendimiento placentario. (43)</p>
<p>Prevención de Eclampsia.</p>	<p>Sulfato de magnesio (MgSO₄) (47)</p> <p>Equivalencias: 1 ampolla = 10 ml = 1,5 g. Sin diluir, a 6,6 ml/h-1 g/h.</p> <p>Posología: bolo de 2 g EV a razón de 1 g/5</p>	<p>Sulfato de magnesio (MgSO₄)</p> <p>MgSO₄ a 50%: ampolla de 10 ml contiene 5g de magnesio.</p>	<p>Sulfato de magnesio:</p> <p>Sulfato de magnesio 4g IV en 20 minutos, con una presentación al 20% en ampollas de 10 ml cada 2 g. (48)</p>

	min + dosis de mantenimiento en PC de 1 g/h. (44)	MgSO₄ a 10%: ampolla de 10 ml contiene 1g de magnesio. (47)	
Herramientas de vigilancia.	Análisis de sangre, exploración clínica y proteinuria frecuente. (44)	Identificación de factores de riesgo. (49)	Uso del Score MAMA y activación de la clave azul. (43)

4.1.2 Manifestaciones orales por el uso de antihipertensivos en hipertensión gestacional.

En la siguiente tabla se detalla el uso terapéutico, posología y manifestaciones orales de los antihipertensivos como metildopa, labetalol y nifedipina con respecto al periodo de gestación. Estos medicamentos desencadenan efectos secundarios como la xerostomía, reacciones liquenoides, agrandamiento gingival y alteraciones del gusto. De igual manera, se indica interacciones medicamentosas que describen el uso de vasoconstrictores como la epinefrina, ocasionando reacciones hipertensivas en la atención odontológica. Por lo tanto, es recomendable utilizar dosis con cautela y llenar una historia clínica exhaustiva, realizada por el profesional.

Tabla 7. *Manifestaciones orales por el uso de antihipertensivos en hipertensión gestacional.*

Fármaco	Uso terapéutico	Posología	Manifestaciones orales.
Metildopa	Hipertensión gestacional.	250 mg cada 8 h	Sequedad de la boca, cambio de gusto. (50) (46)

Labetalol	Aprobado por la FDA para la eclampsia, preeclampsia, hipertensión y emergencias hipertensivas. Utilizarse solo en el primer trimestre de embarazo.	HTA severa: 10-20mg IV seguido de 20ª 80 mg cada 10 a 30 min. HTA no severa: 100mg dos veces al día. Sin sobrepasar 2400mg por día Dosis máxima: 300mg / IV 1-2mg/min	Xerostomía, modificación del gusto. (46)
-----------	--	--	--

Nifedipina	Hipertensión gestacional	Dosis inicial: 10 a 20 mg VO repetir dosis a los 20 minutos; seguido de 10 a 20 mg c/d 2 a 6 horas. Dosis máxima: 180mg	Xerostomía, disgeusia, agrandamiento gingival y reacciones liquenoides. (46)
------------	--------------------------	--	--

Interacciones Medicamentosas

Anestésicos locales

Fármaco con el que interacciona:	Interacción	Acción
----------------------------------	-------------	--------

Labetalol	Con la lidocaína con epinefrina 2% de 1:100.000 dosis máxima de 0,4 mg no exceder a los 2 cartuchos.	Hipotensión descenso de la presión arterial, controlar los signos vitales ante, durante y después de la atención. (51)
Metildopa	lidocaína con epinefrina 2% de 1:100.000.	Hipotensión en el sillón dental, administrar con cuidado y valorar signos vitales. (52)
Antibióticos		
Claritromicina	Fármaco utilizado en alergia de penicilina.	Puede generar hipotensión durante la atención odontológica.
Eritromicina	Antibiótico seguro durante la etapa de gestación.	Puede producir hipotensión, se recomienda control de signos vitales. (53)

4.1.3 Propuesta de protocolo odontológico en pacientes gestantes con hipertensión gestacional.

El protocolo de manejo odontológico en gestantes con hipertensión gestacional incluye una anamnesis exhaustiva, valoración de signos vitales, antecedentes personales- familiares y evaluación del índice ICDAS. Es decir, este procedimiento contempla la identificación de signos de alarma, el análisis clínico intra y extraoral, y la inspección de medidas preventivas como la programación de citas cortas, el control del estrés y el posicionamiento adecuado en el sillón dental. De igual manera, se describe pautas ante una crisis hipertensiva, priorizando la interrupción inmediata del tratamiento y la supervisión del manejo farmacológico correspondiente.

Tabla 8. *Propuesta de protocolo odontológico en pacientes gestantes con hipertensión gestacional.*

Protocolo del manejo odontológico		
Normativa preclínica	Historia clínica	
<p>Toda paciente gestante está en la obligación de pasar al área preclínica del establecimiento de salud, en donde se registrará lo siguiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Signos vitales ➤ Medición de peso ➤ Glucometría. (54) 	Anamnesis	Exploración oral
	<p>Datos del embarazo:</p> <p>Trimestre de embarazo</p> <p>Fecha prevista del parto</p> <p>Antihipertensivos orales.</p> <p>Evaluación clínica para definir el diagnóstico.</p> <p>Realizar evaluación ICDAS.</p> <p>Odontograma. (55)</p>	<p>Extraoral: estado de la piel, inflamación, articulación temporomandibular</p> <p>Intraoral: observación de mucosas y lengua, exploración periodontal, Caries, Gingivitis, Erosión dental, Granuloma del embarazo, Xerostomía. (55)</p>
Urgencia del dolor	Diagnostico Radiográfico	Anestésico de elección
<p>Cuando la paciente experimente odontalgia a nivel oral y no comprometa el feto, se puede atender en cualquier trimestre de gestación. (55)</p>	<p>En caso de usar diagnóstico mediante radiografías intraorales, se debe proteger a la paciente con un chaleco protector plomado que cubra órganos vitales.</p> <p>El periodo más crítico del desarrollo fetal esta entre las</p>	<p>Se permite dar uso de lidocaína al 2% en tratamientos dentales durante la hipertensión gestacional.</p> <p>Resulta seguro por el riesgo mínimo de aborto espontaneo o parto prematuro. (54)</p>
		Posición del sillón

	4-18 semanas después de la concepción. Se sugiere realizar mínimo 6 radiografías periapicales con una exposición de radiación que no exceda más de 0,20 Gy ya que puede existir complicaciones como microcefalia. (54)	Durante la atención odontológica la paciente en la etapa de primer trimestre se inclina 165°, en el segundo trimestre a 150°, mientras que en el tercer trimestre la posición sería de 135°. Para reducir el riesgo de hipotensión. (56)
Manejo farmacológico		
<p>Antibióticos: Evitar el uso de eritromicina y claritromicina con bloqueadores de los canales de calcio, ya que la combinación puede intensificar la hipotensión.</p> <p>Analgésico: paracetamol es el medicamento de primera elección. (56)</p>		
Fármacos antihipertensivos		
Nifedipina	Metildopa	Labetalol
Dosis inicial: 10-40 mg diarios, de 1 a 4 dosis	250-500 mg vía oral de 2 a 4 veces al día, máximo 2g/día.	100 a 400 mg vía oral c/d 8 horas o c/12 horas, máximo 1200 mg al día. (56)
Puntuación y registro del score MAMÁ		

Score	3	2	1	0	1	2	3	Puntaje Parcial
Temperatura	<35		35-35.9	36-37.4	37.5-38.2	38.3-38.9	≥39	
Tensión arterial sistólica	≤70	71-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥160	
Tensión arterial diastólica			≤49	50-89	90-99	100-109	≥110	
Frecuencia cardiaca	≤40	41-49		50-99	100-109	110-129	≥130	
Frecuencia respiratoria	≤10			11-20	21-24	25-29	≥30	
Saturación de oxígeno	≤88	89 - 90	91-93	≥94				
Oxígeno terapia	Máscara o superior	Catéter nasal		Aire ambiente				
Nivel de consciencia				Alerta	Responde a la voz	Responde al dolor	No responde	
Gasto urinario (mL/h)	≤10	≤30		No cuantificable (sin sonda vesical / ambulatoria)				
TOTAL								

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “SCORE MAMÁ y Claves Obstétricas”.

Protocolo. Quito: Subsecretaría de Redes de Atención en Primer Nivel, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud; MSP;2025.

Puntuación del score MAMÁ

- **Puntaje 0:** Evaluar y analizar factores de riesgo
- **Puntaje 1:** Aplicar el score MAMÁ cada 4 horas en vigilancia a continuación de signos vitales y signos de alarma. Considere exámenes complementarios. Y evaluación con el médico, dado el caso si la puntuación se revierte se envía a la paciente a la casa.
- **Puntaje 2-4:** Aplicar el score MAMÁ cada 60 minutos, comunicar al médico que deberá evaluar al paciente máximo en 30 minutos. Posteriormente aliste y aplique CLAVE AZUL
- **Puntaje ≥ 5:** Aplicar el score MAMÁ cada 30 minutos, evalúe signos vitales, signos de alarma, el medico deberá tratar a la paciente en un tiempo máximo de 15 minutos, active

CLAVE AZUL, realizar tratamiento según sea lo correcto, refiera a la paciente a un profesional de salud.

Interacciones medicamentosas frente a anestésicos locales

Nifedipina: Se demostró que la bupivacaina aumento de duración de la anestesia y la potencia del anestésico local bupivacaina. No existe evidencia clínica, pero se controla signos vitales. (57)

Labetalol: Al tomar más de 1 año existe una duración más corta del efecto del anestésico, especialmente en la zona vestibular, provocando cambios en el gusto y reacciones liquenoides. Se recomienda evitar uso prolongado de aines por que reducen los efectos antihipertensivos y con respecto al anestésico suele potenciar el aumento en presión arterial y se aconseja usar máximo 0,36 mg de epinefrina. De igual manera, la lidocaína con epinefrina ocasiona aumento de la presión arterial y se limita dosis máximo 0,04 mg de epinefrina en pacientes cardiovasculares. (57)

Metildopa: Hipotensión ortostático, no existe evidencia clínica, pero se controla signos vitales. (55)

4.2 Discusión

Las guías clínicas internacionales presentan consensos de expertos basados en evidencia científica, relacionada a la cavidad oral. Este al ser un problema que provoca alta mortalidad materna en el Ecuador se ha establecido lo que son las claves obstétricas, donde entra la clave azul que se enfoca a la hipertensión. Nosotros como odontólogos nos encontramos laborando a nivel de atención a la gestante en donde tomaríamos como guía este elemento que establece el score mama que van a valorar parámetros y signos vitales. Con este aspecto los odontólogos taman las guías como orientación de la gravedad del caso. Para esto se determina los grados

donde la puntuación 0 se atiende con normalidad, el puntaje 1 se controla signos vitales cada 4 horas, en este caso el odontólogo deberá control todo ello.

De acuerdo Ramírez. et al. indican que la nifedipina produce efectos a nivel oral como la xerostomía, hiperplasia gingival, alteraciones del gusto y reacciones liquenoides, fármacos para tratamientos de su hipertensión Según Speroni, et al. ocasiona agrandamiento gingival localizándose típicamente en la papila interdental y en la porción anterior de las superficies labiales, considerando de que la toma no es por mucho tiempo este efecto no es muy notorio a nivel bucal. (58) (59)

Al no encontrar unas guías actualizadas terapéuticas sobre el manejo odontológico en parte de America latina, se realiza una propuesta donde se considere los siguientes parámetros como llenado de la historia clínica exhaustiva, control de signos vitales, antecedentes patológicos personales, antihipertensivos orales que este tomando, considerar la posición del sillón y lo más importante, tener en cuenta el SCORE MAMA quien con directrices nos llevaran a tener seguir protocolos de atención segura ante una crisis hipertensiva.

Además, cabe destacar que durante la interacción paciente y profesional se debería dar una atención clínica segura, reduciendo el estrés con citas cortas, ambiente relajado y sobre todo guiándole a una dieta saludable en donde el ejercicio físico sea primordial para su salud bucal, y así minimizar riesgos de hipertensión o preeclampsia que la mujer podría experimentar durante esta etapa, de igual manera es importante que la mujer asista regularmente a la clínica para que exista un beneficio materno fetal, garantizando una buena salud oral.

5. CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1 Conclusión

- Las guías clínicas nacionales e internacionales sobre el manejo de la hipertensión gestacional demuestra pautas orientadas a la minimización del riesgo, diagnóstico clínico

y tratamientos farmacológicos seguros en la condición gestante de la mujer. Dentro de ello podemos mencionar la importancia de la valoración rigurosa de la presión arterial, uso efectivo de antihipertensivos orales y los diferentes procesos ante una crisis hipertensiva con el objetivo de poner en práctica estas diferentes guías a nivel clínico, dando una seguridad tanto para la madre y el feto.

- Los antihipertensivos orales como la metildopa, nifedipina y labetalol empleados usualmente en el tratamiento de la hipertensión gestacional nos permite entender su efectividad para el control del estado arterial de la mujer y además conocer las distintas manifestaciones orales como efecto adverso de la cavidad oral, tales como xerostomía, hiperplasia gingival y variaciones del gusto, resulta esencial dentro del manejo odontológico para disminuir riesgos materno-fetales.
- Dentro del campo odontológico se propone el manejo de la paciente con hipertensión gestacional, considerando protocolos de asistencia segura comprendiendo una anamnesis detallada, control estricto de signos vitales, reducción del estrés y prevención ante una emergencia hipertensiva.

5.1.2 Recomendaciones

- Se recomienda que, ante una crisis hipertensiva en una gestante, es aconsejable actuar con celeridad y no minimizar las cifras tensionales, debe existir una presión arterial igual o mayor a 160/110 mmHg considerando una verdadera emergencia que requiere vigilancia continua y tratamiento inmediato. En este sentido, es fundamental hacer uso de los fármacos de primera elección como la nifedipina, el labetalol o la metildopa, para lograr un control rápido y seguro de la presión arterial.
- Se sugiere que, dentro del control de las pacientes con hipertensión gestacional que reciben tratamiento antihipertensivo como metildopa, labetalol o nifedipina, se incluya la evaluación odontológica preventiva y el seguimiento de posibles manifestaciones orales,

tales como xerostomía, reacciones liquenoides y alteraciones del gusto. Además, se debería regularizar citas cada 3 meses para identificar tempranamente efectos adversos a nivel de la cavidad oral y promover estrategias de educación en la higiene bucal.

- Se aconseja que, el protocolo de manejo odontológico en gestantes con hipertensión gestacional se aplique de manera rigurosa y responsable, iniciando siempre con una anamnesis detallada y una correcta valoración de los signos vitales. Además, es esencial identificar signos de alarma, examen intra y extraoral, programar citas cortas, manejo del estrés y fundamental el posicionamiento adecuado en el sillón dental para reducir riesgos.

6. CAPITULO VI PROPUESTA

6.1.1 Evaluación inicial odontológico

- Historia clínica exhaustiva
- Anamnesis: deberá tener edad gestacional, el tipo de hipertensión, valores recientes gestacional, tratamiento antihipertensivo, tiempo que toma el antihipertensivo, dosis, frecuencia, signos de alarma, identificar factores de riesgo.

6.1.2 Triage odontológico

Score	3	2	1	0	1	2	3	Puntaje Parcial
Temperatura	<35		35-35.9	36-37.4	37.5-38.2	38.3-38.9	≥39	
Tensión arterial sistólica	≤70	71-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥160	
Tensión arterial diastólica			≤49	50-89	90-99	100-109	≥110	
Frecuencia cardiaca	≤40	41-49		50-99	100-109	110-129	≥130	
Frecuencia respiratoria	≤10			11-20	21-24	25-29	≥30	
Saturación de oxígeno	≤88	89 - 90	91-93	≥94				
Oxígeno terapia	Máscara o superior	Catéter nasal		Aire ambiente				
Nivel de consciencia				Alerta	Responde a la voz	Responde al dolor	No responde	
Gasto urinario (mL/h)	≤10	≤30		No cuantificable (sin sonda vesical / ambulatoria)				
TOTAL								

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “SCORE MAMÁ y Claves Obstétricas”. Protocolo. Quito: Subsecretaria de Redes de Atención en Primer Nivel, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud; MSP;2025.

Puntuación del score MAMÁ

- **Puntaje 0:** Evaluar y analizar factores de riesgo
- **Puntaje 1:** Aplicar el score MAMÁ cada 4 horas en vigilancia a continuación de signos vitales y signos de alarma. Considere exámenes complementarios. Y evaluación con el médico, dado el caso si la puntuación se revierte se envía a la paciente a la casa.
- **Puntaje 2-4:** Aplicar el score MAMÁ cada 60 minutos, comunicar al médico que deberá evaluar al paciente máximo en 30 minutos. Posteriormente aliste y aplique CLAVE AZUL
- **Puntaje \geq 5:** Aplicar el score MAMÁ cada 30 minutos, evalúe signos vitales, signos de alarma, el medico deberá tratar a la paciente en un tiempo máximo de 15 minutos, active CLAVE AZUL, realizar tratamiento según sea lo correcto, refiera a la paciente a un profesional de salud.

6.1.3 Factores de riesgo en la hipertensión gestacional.

- **Edad materna:** se considera en pacientes de mayor edad entre 35 a 40 años tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, aunque no de eclampsia. Sin embargo, pacientes menores de 19 años presentan mayor riesgo de eclampsia.
- **Raza:** las mujeres afroamericanas poseen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia a diferencia de las mujeres caucásicas que presentan mayor frecuencia de tener síndrome de HELLP.
- **Antecedentes de preeclampsia:** en la gestación de preeclampsia previa, tiene una alta susceptibilidad de presentar preeclampsia en el embarazo actual en un 12%, llegando a aumentar hasta un 40% si tuvo parto pretérmino menos a las 28 semanas.

- **Historia de preeclampsia:** en investigaciones familiares han hallado un aumento del riesgo de presentar Preeclampsia en hermanas e hijas de mujeres que padecieron la enfermedad durante la gestación.
- **Enfermedades preexistentes:** la diabetes gestacional aumenta el riesgo entre dos o cuatro veces de padecer preeclampsia. Las mujeres con antecedentes de síndrome antifosfolipídico tienen un alto riesgo de padecer preeclampsia.
- **Índice de masa corporal:** existe mayor prevalencia en pacientes con obesidad grado I, desarrollando hipertensión crónica y preeclampsia añadida
- **Técnicas de reproducción asistida:** presenta un mayor riesgo de tener hipertensión gestacional y preeclampsia.
- **Hábitos:** el tabaquismo provoca preeclampsia relacionadas con complicaciones de bajo peso al nacimiento, desprendimiento de placenta y mortalidad perinatal.
- **Nueva paternidad:** por cada embarazo con pareja nueva se incrementa más el riesgo de tener preeclampsia, con respecto a tener un segundo embarazo con la misma pareja.
- **Factores paternos:** la predisposición de desarrollar preeclampsia es cuando el padre tiene una edad mayor a 45 años, esto sucede por el envejecimiento de los espermatozoides. (60) (61)

6.1.4 Atención odontológica por cada trimestre

Primer trimestre: solo urgencias se enfocan desde la 1 semana hasta la semana 12 en donde se debería realizar la enseñanza de higiene oral, profilaxis dental, tratamientos de urgencia solamente, evitar radiografías rutinarias.

Segundo trimestre: periodo ideal para atención odontológica desde la semana 13 hasta la semana 26 es ideal para el tratamiento dental, enseñanza de higiene oral, control de placa, tratamiento periodontal conservador y radiografías con protección.

Tercer trimestre: atención limitada, sesiones cortas desde la semana 27 hasta la semana 40 en donde solo se realiza tratamientos de emergencia solamente, evitar la posición supina durante tiempo prolongado, visitas cortas, control de placa, educación de higiene oral, radiografías con seguridad, tratamiento periodontal y mantenimiento. (62)

6.1.5 Control de la presión arterial de la consulta

Durante la atención se deberá tomar la presión arterial antes, durante y después del procedimiento clínico.

Se registrará en la historia clínica como evidencia significativa PAS \geq 160 mmHg y PAD \geq 110 mmHg,

6.1.6 Recomendación de la atención complementaria

- Controlar signos vitales en el momento de administrar anestésicos locales.
- Usar paracetamol como medicamento seguro.
- Antibióticos seguros: amoxicilina como medicamento de primera elección
- En pacientes hipertensas vigilar signos vitales en un intervalo de 10 minutos, y si persiste alta reprogramar el procedimiento, indicado también por el obstetra.
- Posición de la embarazada en la silla odontológica para evitar síndrome de hipotensión supina. Deben ser posicionados con la región abdominal ligeramente inclinada hacia el lado izquierdo colocando una almohada sobre la espalda en un ángulo de aproximadamente 30°. (63)

6.1.7 Consideraciones farmacológicas en el embarazo

La mayoría de los fármacos empleados para el tratamiento dental, abarcan antiinflamatorios, antibióticos y anestésicos locales, tales como: (64)

Analgésicos: el analgésico de primera línea de seguridad es el paracetamol. Evitar AINES por el riesgo fetal que produce y existe disminución el efecto antihipertensivo.

Antibióticos: la amoxicilina es de primera elección en infecciones odontogénicas y la cefalexina de alternativa si existiera alergia a las penicilinas.

Anestésicos: anestésicos locales como la lidocaína con epinefrina.

Agentes terapéuticos: utilizar en la etapa del embarazo colutorios con clorhexidina, flúor tópico profesional como medidas preventivas a nivel oral. (64) (65)

6.1.8 Etapa de orientaciones durante la etapa gestacional.

Toda atención odontológica debe ser realizada en un ambiente preferentemente tranquilo y pacífico para reducir el estrés. El profesional debe motivar a la gestante en tener una buena higiene oral, consumir alimentos saludables. Guiar mediante artículos científicos, videos, imágenes, lo importante es que se brinde información con compromiso profesional de manera de incentivar la atención durante la clínica dental. (66) (67)

6.1.9 Interconsulta y trabajo interdisciplinario

Ante cualquier complicación dentro del establecimiento de salud, el medio deberá comunicarse directamente con el obstetra a cargo de la mujer gestante. Teniendo consideración de signos de alarma que podría presentar durante la atención odontológica. (68) (69)

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Múnera-Echeverri AG, Muñoz-Ortiz E, Ibarra-Burgos JA. Hipertensión arterial y embarazo. Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. 2022[Consultado el 13 de febrero del 2026]:28(1). Disponible en: https://www.rccardiologia.com/frame_esp.php?id=3
2. Velasquez S, Cuenca J. Hipertensión arterial crónica con hipertensión gestacional sobreañadida en paciente de 39 años: reporte de caso. Indexia Revista Medico científica. [Internet]. 2025 [Consultado el 13 de febrero del 2026];(15). Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/TESIS/Introduccion/2%20hipertension-arterial-cronica-con-hipertension-gestacional.pdf>
3. Russell SL, Huang SS, Bird C, Heyman RE, Kang M, Yang C. Addressing challenges of prenatal oral health care: It is time for pregnant people to have the oral health care they deserve, Journal of the American Dental Association. American Dental Association. [Internet]. 2025 [Consultado el 13 de febrero del 2026]; 153(3). Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/TESIS/Introduccion/3%20Addressing%20challenges.pdf>
4. Jacob L, Roque R, Baena M, Keiko A. Conhecimento, Atitude e pratica sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado. Texto y Contexto Enfermagem. [Internet]. 2022 [Consultado el 13 de febrero del 2026];31. Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/TESIS/Introduccion/4%20BRASIL%20CONHECIMENTO.pdf>
5. Ávila Abrigo AN, Chiles Encarnación KS, Paccha Tamay CL. Prevalencia de Trastornos Hipertensivos en Gestantes en un Hospital Público, Ecuador. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. [Internet]. 2024 [Consultado el 13 de febrero del 2026]; ;8(2):1072-85. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10550/15524>
6. SALUD OMDL. Preeclampsia. [Online]; 2025. Acceso 19 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>.
7. Carrión F, Omaña O, Romero S, Mendoza D, Lahoud A, Marchis M, et al. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. Rev Obstet Ginecol Venez.. [Internet]. 2022[Consultado el 13 de febrero del 2026] ; 82(2). Disponible

- en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/13-R-82-2-Sindromes-hipertensivos-del-embarazo-pautas-actualizadas-para-la-conducta-clinica.pdf>
8. Yanza Sasig MJ, Calvopiña Alvarez CD, López Vilaña KA, Villafuerte Castillo MG, Robayo Paguay DA. Actualización en el manejo de la Hipertensión Gestacional: Artículo de revisión. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2024. [Consultado el 13 de febrero del 2026]; 5(5). Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2871>
 9. Pública. MdS. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica. 2016. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
 - 10 Rodríguez A, Gabriela S. Fármacos antihipertensivos causantes de xerostomía Trabajo de . Titulación para optar al título de Odontóloga [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2025. Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/TESIS/Introduccion/Justificacion/1.pdf>
 - 11 Limeira ABP, Medrado Filho NF, Almeida WGS de, Soares SCM. Atención à saúde bucal . da gestante na Estratégia de Saúde da Família (ESF) – Abordagem à usuária e ao profissional dentista. Research, Society and Development. [Internet]. 2022; [Consultado el 13 de febrero del 2026];11(9):e37711931635. <file:///C:/Users/user1u/Desktop/TESIS/Introduccion/Justificacion/2.pdf>
 - 12 Alcazar C. Prevalencia de Hipertensión Gestacional atendidas en el Centro de Salud con . Hospitalización Nueva Palestina durante los Meses de Agosto a diciembre de 2024. [tesis de pregrado en Internet]Universidad De Ciencias y Artes de Chiapas 2024[citado 2026 ene 29]. Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/TESIS/prevalencia%20de%20hipertension%20gestacion al.pdf>
 - 13 Radparvar A, Vani K, Fiori K, Gupta S, Chavez P, Fisher M, et al. Hypertensive Disorders . of Pregnancy. JACC: ADVANCES. 2024; 5(3).Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacadv.2024.100864>
 - 14 Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a . una enfermedad mortal. Revista de la Facultad de Medicina. [Internet] 2021[citado 2026 ene 29];64(5):7-18. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000500007

- 15 Paredes-García JI, Salcedo-Cuadrado JJ, Maldonado-Rengel R. Factores de riesgo . predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*. [Internet] 2023; [citado 2026 ene 29]37(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372023000200072.
- 16 Bracamonte P, Lopez B, Mendicuti M, Ponce J, Sanabrais M. et al. Características clínicas . y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista Biomédica* [Internet]. 2018. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612>
- 17 Pulla L, Yandún G. Hipertensión arterial crónica preexistente como factor de riesgo en . preeclampsia [Internet]. 2023;84(7):710-25 [citado 2026 ene 29] Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/pulla.pdf>
- 18 Mendoza J, Muñoz R, Diaz A. Factors associated with pregnancy-induced arterial . hypertension in people living in altitude. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. [Internet]. 2021;21(3):528-33 [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/22.pdf>
- 19 Matos L, Postorivo J. Revisión sistemática sobre predicción del riesgo de preeclampsia en . pacientes con hipertensión gestacional. *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Carrera de Medicina*. 2022. <https://repositorio.uai.edu.ar/bitstreams/b4963cd9-b05f-42d7-bacd-79ec98b6ff28/download>
- 20 Pogo R. Cuidados de atención de enfermería a pacientes con hipertensión gestacional. . *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*. [Internet]2023;4(6). [citado 2026 ene 29] Disponible en: <file:///C:/Users/user1u/Desktop/yuyu.pdf>
- 21 Saenz F, Vasconez V. HIPERTENSION GESTACIONAL COMO FACTOR . PREDISPONENTE DE LA PREMATURIDAD EN MUJERES DE 20 A 30 AÑOS PERIODO AGOSTO 2022-ABRIL 2023 EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR. *Universidad Tecnica de Babahoyo*. 2023. Disponible en: https://rraae.cedia.edu.ec/vufind/Record/UTB_ebbeb126a082a50f168d368948f753b6?sid=10012004

- 22 CA GDP. Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades Hipertensivas del . Embarazo. Instituto Mexicano del Seguro Social. [Internet]. 2017. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- 23 Kicillof A, Kreplak N, Konfino J, Ramírez M, Ponce D, Darguibel M. *Guia para el . abordaje integral de la hipertensión en el embarazo*. [Internet]. España [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://www.sati.org.ar/wp-content/uploads/Guia-parra-el-abordaje-integral-de-la-hipertension-en-el-embarazo.pdf>
- 24 Pérez J, Blanco C. Manejo de Trastornos Hipertensivos del Embarazo [Internet]. [citado . 2026 ene 29] Disponible en: <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-manejo-de-los-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-629>
- 25 Jimenez A. Caracterización de los factores de riesgos de trastornos hipertensivo del . embarazo. Tesis doctoral. [Internet]2022. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5405/1/DEBOR/.pdf>.
- 26 Hypertension in pregnancy. *Diagnosis and management NICE guideline* [Internet]. 2019. . [citado 2026 ene 29]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng133
- 27 Ayala S, Tiol A. Odontología y maternidad: importancia de la salud oral en el cuidado . integral del embarazo. Revista ADM. [Internet]2025; 82(3). [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=120438>
- 28 Brunton L, Hilal R, Bjorn C. Las bases farmacologicas de la terapeutica. Decimotercera . Edicion ed. Mexico: McGraw-Hill Global Education Holdings, LLC. [Internet] 2018. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://divina.edu.pe/sisbibliopubli/controllers/archivopublicacion/150500629.pdf>
- 29 Zambrano O. MANEJO EN CIRUGÍA ORAL DE LA PACIENTE . EMBARAZADA.UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ. 2023.Disponible en: [https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/307/simple-search?query=&sort by=score&order=desc&rpp=10filter.pdf](https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/307/simple-search?query=&sort%20by=score&order=desc&rpp=10filter.pdf).

- 30 Bustamante H. RELACIÓN DE LA CARIES DENTAL E HIGIENE BUCAL EN . PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS EN EL HOSPITAL OCTAVIO MONGRUT,2023. Universidad Nacional Federico Villareal. [Internet] 2023. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/307/brose?typeorder=ASC=66>.
- 31 Menéndez L, Bonilla D, Flores J, Labanda C. Gingivitis in pregnancy. Revista Informacion . Científica. [Internet] 2023; [citado 2026 ene 29]. 102.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332023000100057
- 32 Cedeño G, Izaguirre M. Gingival disease during pregnancy in a health unit in Portoviejo, . Ecuador. Universidad Estatal del Sur de Manabí. [Internet] 2024; 8(3) [citado 2026 ene 29]. <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/865>
- 33 León I. *Cambios Hormonales en mujeres gestantes y su afectación en la cavidad bucal*. [tesis de pregrado en Internet]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo Facultad Ciencias De La Salud. 2024[citado 2026 ene 29]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/12953>
- 34 Lee J, Shin T. Use of local anesthetics for dental treatment during pregnancy; safety for . parturient. *J Dent Anesth Pain Med* [Internet]. 2017;17(2):81. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5564152/>
- 35 Martínez G, Manrique S, Suárez S. Anestesia y analgesia en la embarazada. Curso online . de Anestesia Obstétrica y Ginecológica. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5564152/>
- 36 Álvarez C, Dorta D. Odontological clinical approach of pregnant women. Review of . literatura. *ODOUS CIENTIFIC* [Internet].2019; [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol20n1/art06.pdf>
- 37 Reinoso J, Villalta F, Robalino B, Reinoso M. Manejo odontológico en mujeres . embarazadas: Revisión de la literatura. *Research, Society and Development* [Internet].2023;12(2):e6012239931. [citado 2026 ene 29]. Disponible en: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/39931/32731/428889>
- 38 (GEG) Gedlg. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad . hipertensiva del embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2022; 73(1).

- 39 Lalvay Armijos DA, Castañeda Espin AO, Cobos Carrera DF. Medicación antihipertensiva . y sus reacciones adversas en la cavidad oral. Una revisión integrativa. Research, Society and Development. [Internet]. 2022; [citado 2026 febrero 13]. 11(10):e202111032624. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/32624/27686/367277>
- 40 Zhou X, Zhong Y, Pan Z, Zhang J, Pan J. Physiology of pregnancy and oral local . anesthesia considerations. PeerJ. 2023.
- 41 Backer J, Haugaa K, Hasselberg N, Hosson M, Brida M, Castelletti S, et al. Guía ESC . 2025 sobre el manejo de la enfermedad cardiovascular y el embarazo. España; 2025.
- 42 Takayuki F, Guimarães M. Síndromes hipertensivos en GESTACIÓN. PROTOCOLOS . DE ASISTENCIA EN Ginecología y Obstetricia. 2021.
- 43 Publica MdS. Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos. Protocolo 2016. 2016.
- 44 Canga J, Sanchez C. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. Sociedad . Española de Nefrología. .
- 45 importan Tlm. DIRETRIZ CLÍNICA PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E . MANEJO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO. Einstein/MSD. 2023.
- 46 Alvarez J, Hernández M, Tusell D, Morales M, Guzman A, Garcia S. Manifestaciones . bucales en pacientes con medicación antihipertensiva. Acta Odontologica Colombiana. 2022; 12(2).
- 47 Korkes H, Ramos J, Sass N, Peracoli J, Cavalli L, Martins S. Protocolo Assistencial . Preeclampsia. Rede Brasileira De Estudos Sobre Hipertensao Na Gravidez. 2025.
- 48 Muentes D. Manejo de la clave obstétrica azul por los profesionales que laboran en el . Centro de salud tipo C “Augusto Egas” Santo Domingo. Pontificia Universidad Catolica del Ecuador. 2023.
- 49 Clinico P. PROTOCOLO CLÍNICO DE SÍNDROMES HIPERTENSIVAS EM . GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA. Núcleo de Governança Clínica Diretoria de Atenção Especializada Saúde da Mulher. 2025.
- 50 Arellano A, Martinez S, Sanchez J, Peña E. Manejo actualizado de fármacos . antihipertensivos de uso frecuente durante el embarazo en atención primaria. Acta Académica. 2023; 73.

- 51 CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS. Departamento de Farmacología y Terapéutica, Hospital de Clínicas Facultad de Medicina, Universidad de la República CIM; 2016.
- 52 Uritu A, Bogdan V, Chioran D, Serban D, Nicoleta N, Lavinia E, et al. Review of the Safety and Clinical Considerations of Vasoconstrictor Agents in Dental Anesthesia During Pregnancy. *J. Clin. Med.* 2025; 14(4773).
- 53 Sandoval J, Sandoval C. Uso de fármacos durante el embarazo. Artículo de revision. 2018; 12(2).
- 54 Chavez X. Protocolo de Atención Odontológica a la Mujer en Estado de Embarazo. Honduras Gobierno De La Republica. 2025.
- 55 Guía de evaluación de riesgos y protocolos de tratamientos en embarazadas 2021. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. 2021.
- 56 Monografía. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN PACIENTES EMBARAZADAS. .
- 57 Milosavljevic M, Slobodan M. The impact of cardiovascular drugs on the efficacy of local anesthesia in dentistry. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2016; 160(4).
- 58 Speroni S, Giuffr M, Tura T, Ammar Q, Antonelli L, Cocoluto L, et al. Sobrecrecimiento gingival inducido por antagonistas del calcio: Informe de un caso y revisión de la literatura. *Diagnostics.* 2025.
- 59 Ramirez L, Hernandez F, Casañas C , Serrano J, Hernandez G. Xerostomia and Salivary Flow in Patients Taking Antihypertensive Drugs. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17.
- 60 Ocaña P. Preeclampsia e hipertensión gestacional, factor de riesgo en la salud cardiovascular y calidad de vida. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA.* 2024; 8(16).
- 61 Gutiérrez F. Factores predisponentes asociado a la hipertensión en pacientes gestantes en America. *Journal Scientific.* 2023; 7(1).
- 62 Ortiz A, Naula C, Cabrera G. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN GESTANTES DE 18 A 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PABLO

- JARAMILLO CRESPO, CUENCA ECUADOR, 2021. Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. 2022; 10(1).
- 63 Abanto J. Odontopediatria de la gestante al bebe: Enfoque Transdisciplinario en el Arte de . Cuidar. Santos Publicacoes ed. Rodrigues R, editor. Sao Paulo: 1 ed; 2024.
- 64 Castro O. Guia Practica Salud Oral y Embarazo. Fundacion Dental España. . 2021.Disponible en: <https://consejodentistas.es/portfolio/guia-practica-salud-oral-y-embarazo-2021/>
- 65 Carvajal J, Garcia K. Manual Obstetricia y Ginecología. Escuela De Medicina. . 2024.Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2024/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2024_compressed.pdf
- 66 Cruz L. MANEJO ODONTOLÓGICO DE ANESTÉSICOS LOCALES EN PACIENTES . HIPERTENSOS. Universidad Nacional de Chimborazo. 2021.
- 67 Recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial . leve o moderada en el embarazo. OMS. 2022.
- 68 Cabrera G, Sanchez A, Torres A, Sosa O, Alvarez M, Corona J. Consideraciones y . actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Revista Medica Electronica. 2019; 41(5).
- 69 Malvi A, Shabil M, Nazli M, Roopashree R, Kaur M, Srivastava M, et al. Association . Between SHBG Levels and Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Clinical Hypertension. 2024.

8. ANEXOS

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
N	TITULO ARTICULO	N° CITACIONES Scholar	Año de Publicación	Vida útil del Artículo en años	ACC	Revista	Factor de impacto	Cuartil	LUGAR DE BUSQUEDA	Area	Publicacion	Colección de datos	Tipo de estudio	Participantes
1	Caracterización de la enfermedad periodontal crónica en embarazadas del Policlínico "Fermín Valdés Domínguez" de Baracoa	21	2024	5 años		CENCOMED			Google scholar	Odontología	Si			
2	Epidemiology of Periodontitis in Pregnancy and its Impact on pregnancy Outcomes following Basic Periodontal Treatment: a prospective Cohort Study	29	2024	5 años		Clin. Exp. Obstet. Gynecol.			Pubmed	Odontología	Si			
3	ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON ESTADO PERIODONTAL DIVERSO	16	2025	5 años		Tesis- Posgrado			Scielo	Odontología	Si			
4	Salud periodontal y embarazo; un acercamiento a la realidad de las mujeres gestantes de San Antonio de Ibarra	11	2023	5 años		Revista Médica de la Universidad Veracruzana			Scielo	Odontología	Si			
5	RELACION ENTRE EL INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y EDAD GESTACIONAL EN MUJERES DE 18 A 45 AÑOS													
6	DEL CENTRO DE SALUD DE SAN CARLOS. PRIMER TRIMESTRE DE 2024	31	2023	5 años		The Journal of Clinical Hypertension			Pubmed	Odontología	Si			
7	Salud periodontal y embarazo; un acercamiento a la realidad de las mujeres gestantes de San Antonio de Ibarra	11	2023	3 años		Nat Med			Pubmed	Odontología	Si		Revisión de literatura	
8	Prevalencia de la enfermedad periodontal en el embarazo	113	2021	5 años		Scientific Reports			Pubmed	Odontología	Si		Revisión de literatura	
9	ASOCIACIÓN DE GINGIVITIS E HIGIENE BUCAL EN PACIENTES EMBARAZADAS	60	2022	4 años		Maternal and Child Health Journal			Pubmed	Odontología	Si		Revisión de literatura	
10	Gingivitis en gestantes de primer y segundo trimestre atendidas en Hospital Asdrúbal de la Torre	69	2023	3 años		Life			Pubmed	Odontología	Si		Revisión de literatura	
11	El embarazo y la Salud bucal una actualización	54	2024	2 años		European Journal of Medical Research			Pubmed	Odontología	Si		Revisión de literatura	
12	PREVALENCIA, EXPERIENCIA DE CARIES, NECESIDADES DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EMBARAZADAS	10	2021	3 años		Rev Pratuçi			Google scholar	Odontología	Si		Revisión de literatura	
13	Factores de riesgo de caries dental asociados al embarazo	12	2021	3 años		Tesis de Posgrado			Google scholar	Odontología	Si		Revisión de literatura	
14	Alteraciones Hormonales en el Embarazo y su Influencia en el desequilibrio de la Microbiota Oral. Revisión de la Literatura	14	2020	4 años		Revista ADM			Google scholar	Odontología	Si		Revisión de literatura	
15	PATOLOGÍAS BUCALES MÁS FRECUENTES EN MUJERES EMBARAZADAS - REVISIÓN DE LITERATURA	3	2016	8 años		Journal of dentistry			Google scholar	Odontología	Si		Revisión de literatura	
16	PREVALENCIA DE EROSIÓN DENTAL EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA ODONTOLÓGICA DEL PUESTO DE SALUD CLAS LA UNIÓN, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE, 2019	12	2019	5 años		Rev Medio y Cien			Pubmed	Odontología	Si		Estudio experimental	
17	Manejo odontológico de mujeres embarazadas	10	2020	4 años		Journal of Medicine			Pubmed	Odontología	Si		Estudio experimental	
18	Características clínicas del granuloma piógeno en la cavidad oral: Revisión de la literatura	9	2018	6 años		Revista ADM			Google scholar	Odontología	Si		Revisión de literatura	
19	GRANULOMA PIÓGENO DEL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	7	2020	4 años		Revista Control			Google scholar	Odontología	Si		Estudio experimental	
20	Manejo odontológico de mujeres embarazadas	10	2024	0 años		Manejo clínico			Pubmed	Odontología	Si		Revisión de literatura	
21	Guía de Salud Bucal en Gestantes para el Equipo Multidisciplinario	12	2021	3 años		Journal of dentistry			Google scholar	Odontología	Si		Revisión de literatura	
22														
23														

Figura 2 Matriz