



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Manifestaciones gingivales en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación en el Centro de Salud Montecristi.

Autora.

Daniela Mercedes Morales Álava.

Directora de tesis.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo.

Cantón Portoviejo - Provincia Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

En condición de directora de tesis, certifico que el trabajo de investigación titulado: Manifestaciones gingivales en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación en el Centro de Salud Montecristi durante el periodo diciembre 2014 - abril 2015. Realizado por la estudiante Daniela Mercedes Morales Álava, se ajusta a los requerimientos técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Alexandra Valarezo Chumo.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Manifestaciones gingivales en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi durante el periodo diciembre 2014 - abril 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Sp.

Directora de la carrera.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo.

Directora de tesis.

Dra. Nelly San Andrés Plúa.

Miembro del tribunal.

Dr. Fabricio Loor Alarcón.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Las ideas expuestas en el presente trabajo de investigación titulado: Manifestaciones gingivales en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi durante el periodo diciembre 2014 - abril 2015, son en su totalidad de absoluta responsabilidad de la autora. Además, cedo mi derecho de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Daniela Mercedes Morales Álava.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Doy gracias a mi padre celestial, Dios, mi fortaleza en los momentos de debilidad y el más vivo ejemplo de amor, por bendecirme llenando mi vida de experiencia y aprendizaje y por ser mi guía para llegar hasta aquí donde he llegado y alcanzar esta importante meta en mi vida. Agradezco a mi madre, que con su bondad ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada, gracias por ser el pilar de mi vida, por su apoyo, confianza, ejemplo, paciencia, comprensión y eterno amor.

A mi familia, por su apoyo constante a lo largo de mi vida, sobre todo a mis padres, Xavier Morales Rosero y Marianela Álava Avila, que con gran esfuerzo, confianza y amor contribuyeron en mi formación personal y profesional. A mis hermanos y sobrina por ser el motivo de mi sonrisa de cada día, gracias por tanto amor. A mi tía Lorena Álava, a quien quiero como madre, quien siempre está dispuesta a brindarme su cariño y ayuda en todo momento.

Daniela Mercedes Morales Álava.

DEDICATORIA.

A Dios, por bendecirme en cada paso, por demostrarme que todo a su tiempo es perfecto, quiero agradecerle porque si no fuera por su gracia, por su guía y por su amor esto no sería posible.

Con todo mi cariño y amor a mi familia, las personas que siempre han estado para darme una mano cuando la necesito, gracias por creer siempre en mi, por su apoyo y amor sincero e incondicional, por corregirme y guiarme cuando me he desviado del camino.

A mis amigos, que demostraron su sincera amistad, fueron lo mejor de mi vida profesional, quiero agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo, enseñanzas, risas, alegría y compañía en los momentos difíciles. Algunas de estas personas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por haberse convertido en hermosas bendiciones de mi vida.

Daniela Mercedes Morales Álava.

RESUMEN.

La presente investigación tiene como objetivo determinar las manifestaciones gingivales de las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación, que asisten al centro de salud Montecristi del cantón Montecristi en el periodo diciembre 2014 - abril 2015.

El tipo de investigación, fue de estudio descriptivo y de corte transversal. Esta investigación se realizó en una población de 70 embarazadas que asistían al Centro de Salud Montecristi, a las cuales, se realizó mediante un examen clínico, recolectando los datos en la ficha de hallazgos clínicos de la encía la cual nos ayudó a determinar el grado de inflamación gingival según la escala de Silness yLöes; esta permitió concluir que el grado de inflamación más frecuente en las embarazadas del tercer trimestre de embarazo que acuden al Centro de Salud Montecristi es la gingivitis moderada de grado 2.

Se pudo concluir que existe una escasa información sobre los controles odontológicos que se realizan en los Centros de Salud a las gestantes, que es la principal razón por la cual ocurren alteraciones en las manifestaciones gingivales.

Palabras clave: Embarazadas, manifestaciones gingivales, salud oral.

ABSTRACT.

This research aims to determine the gingival manifestations on pregnant women in their third trimester, who attended the health center of Montecristi in the Montecristi canton, in the period from December 2014 to April 2015.

The research, of this study is descriptive and cross-sectional. The research was conducted on a sample of 70 pregnant patients attending the Centre of Health Montecristi. The data analysis was performed by clinical examination, collecting the data on their gum clinical findings file, which helped to determine the degree of gingival inflammation according to the scale of Silness and Løes. This allowed us to conclude that the more common degree of inflammation in the third trimester of pregnancy in the women who attend Montecristi Health Center is the moderate gingivitis grade 2.

The results of the research are described by graphics and through the analysis and interpretation of the results of gum clinical findings. Furthermore it was made an Informed Consent Form, which was read and explained to each patient who participated on this research, claiming that they agreed taking part in the research by signing the form.

Keywords: Pregnant, gingival manifestations, oral health.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificado de la directora de tesis.....	II
Certificado del tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1

Capítulo I.

1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.3.1. Preguntas de la investigación.....	5
1.4. Delimitación de la investigación.....	5
1.4.1. Delimitación espacial.....	5
1.4.2. Delimitación temporal.....	5

1.5.	Justificación.....	6
1.6.	Objetivos.....	7
1.6.1.	Objetivo general.....	7
1.6.2.	Objetivo específicos.....	7

Capítulo II.

2.	Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	8
2.1.	Encía.....	8
2.2.	Topografía.....	9
2.3.	Encía marginal.....	9
2.3.1.	Epitelio.....	10
2.4.	Encía insertada.....	10
2.5.	Características microscópicas.....	11
2.5.1.	Sustancia fundamental.....	11
2.5.2.	Fibras gingivales.....	12
2.6.	Aporte vascular, linfático y nervioso de la encía.....	12
2.7.	Encía interdental.....	13
2.8.	Unión dentogingival.....	13
2.9.	Surco Gingival.....	14
2.9.1.	Líquido crevicular.....	14
2.10.	Ligamento periodontal.....	15

2.10.1. Cemento radicular.....	15
2.10.2. Hueso alveolar.....	16
2.11. Características clínicas.....	16
2.12. Correlación entre las características clínicas y microscópicas.....	17
2.12.1. Contorno.....	17
2.12.2. Color.....	17
2.12.3. Consistencia.....	18
2.12.4. Textura.....	19
2.12.5. Tamaño.....	19
2.12.6. Posición.....	20
2.13. Enfermedades periodontales.....	20
2.14. Clasificación de las enfermedades periodontales.....	20
2.14.1. Enfermedades gingivales.....	21
2.14.2. Periodontitis.....	21
2.14.3. Enfermedades periodontales necrotizantes.....	21
2.15. Gingivitis.....	22
2.15.1. Sangrado gingival.....	22
2.16. Gingivitis inducida por placa bacteriana.....	23
2.16.1. Índices gingivales.....	23
2.17. Gingivitis en el embarazo.....	24
2.17.1. Efectos sobre la microbita.....	24
2.18. Tratamiento de la gingivitis.....	25

2.19.	Embarazo.....	25
2.19.1.	Fecha del embarazo. Ficha clínica.....	26
2.19.2.	El embarazo, condiciones metabólicas y endocrinas.....	26
2.20.	Cambios hormonales.....	27
2.20.1.	Progesterona.....	27
2.21.	Cambios físicos.....	28
2.22.	Periodo del embarazo.....	28
2.22.1.	Primer mes.....	28
2.22.2.	Segundo mes.....	29
2.22.3.	Tercer mes.....	29
2.23.	Aparato respiratorio.....	30
2.24.	Riñon y vias urinarias.....	31
2.25.	Cambios fisiológicos en el embarazo y su relación con la salud oral.....	31
2.25.1.	Dientes y encías.....	32
2.25.2.	Cavidad oral.....	32
2.26.	Tumor del embarazo (granuloma piógeno).....	33
2.27.	Cambios en la secreción salival durante el embarazo.....	33
2.27.1.	Ptialismo o aumento de la secreción salival.....	33
2.27.2.	Descenso del pH bucal.....	34
2.28.	Factores que afectan la salud bucal en gestantes.....	34
2.29.	Dieta en el embarazo.....	35
2.30.	Higiene bucal.....	36

2.30.1.	Hilo dental.....	37
2.30.2.	Pasta dental.....	38
2.30.3.	Cepillo dental.....	38
2.30.4.	Técnicas de cepillado dental.....	39
2.31.	Elementos complementarios para la higiene bucal.....	40
2.32.	Unidad de observación y análisis.....	41
2.4.	Variables.....	41
2.4.1.	Variables.....	41
2.4.2.	Matriz de operalización de las variables.....	41

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.....	42
3.1.	Modalidad de la investigación.....	42
3.2.	Nivel o tipo de investigación.....	42
3.2.1	Métodos.....	42
3.3.	Técnicas.....	42
3.4.	Instrumentos.....	42
3.5.	Población y muestra.....	42
3.6.	Muestra.....	43
3.7.	Recolección de información.....	43

3.8.	Procesamiento de la información.....	43
3.9.	Ética.....	43

Capítulo IV.

4.	Resultados de la investigación.....	44
4.1.	Análisis e interpretación de los resultados.....	44

Capítulo V.

5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	58
5.1.	Conclusiones.....	58
5.2.	Recomendaciones.....	58

Capítulo VI.

6.	Propuesta.....	59
6.1.	Datos informativos.....	59
6.1.1.	Títulos de la propuesta.....	59
6.1.2.	Periodo de ejecución.....	59

6.1.3.	Descripción de los beneficiarios.....	59
6.1.4.	Ubicación sectorial y física.....	59
6.2.	Justificación.....	60
6.3.	Marco institucional.....	60
6.4.	Objetivos.....	63
6.4.1.	Objetivo general.....	63
6.4.2.	Objetivos específicos.....	63
6.5.	Descripción de la propuesta.....	63
6.6.	Diseño metodológico.....	64
6.7.	Sostenibilidad.....	64
6.8.	Actividades.....	65
6.9.	Recursos.....	65
6.9.1.	Humanos.....	65
6.9.2.	Técnicos.....	66
6.9.3.	Materiales.....	66
6.9.4.	Financieros.....	66
6.10.	Presupuesto.....	66
	Anexos.....	67

Bibliografía.

INTRODUCCIÓN.

El embarazo es una etapa en la cual la mujer experimenta grandes modificaciones fisiológicas. Estas modificaciones pueden provocar una alteración en las manifestaciones gingivales, si estas no llevan un control y cuidado pertinente. El embarazo no provoca patologías bucodentales pero sí puede provocar el agravamiento de una patología existente o la aparición de alguna debido a la vulnerabilidad en la que se encuentra la gestante, debido a los cambios hormonales.

Consultado la información publicada en sitio web de García Linares¹. (2002) puedo conocer que:

Los tejidos blandos y duros que rodean a las piezas dentarias conocidas como Periodonto, conforman un aparato de sostén y protección que contribuyen al equilibrio dentro del sistema estomatognático. Las encías, el ligamento periodontal y el cemento dentario así como el hueso alveolar alrededor de las piezas dentarias están íntimamente relacionados entre sí desde el punto de vista funcional es por ello que cualquier actividad patogénica realizada sobre alguno de estos tejidos repercute necesariamente sobre el otro dependiendo de diversos factores como pueden ser: el tiempo, la susceptibilidad del hospedador y la patogenicidad de las bacterias comprometidas en alguna infección. Recientemente se ha comprobado que existen ciertos factores de riesgo los cuales predisponen a una mayor prevalencia de enfermedades periodontales. Estos factores de riesgo pueden ser en orden de importancia: el factor genético, el tabaco, y la diabetes. Además de estos factores se piensa que existen otras relaciones como la edad y el sexo las cuales pueden influenciar la respuesta a las enfermedades periodontales. Sabemos que la mujer durante su desarrollo atraviesa cambios propios de su fisiología femenina los que están determinados por fluctuaciones temporales de los niveles hormonales. Estos cambios determinados por las hormonas sexuales femeninas están divididos en tres grandes grupos: la pubertad, el embarazo y la menopausia. (párr. 1).

¹Revista Científica de Odontología Sanmarquina (2002). El periodonto y la mujer: Una relación para toda la vida

[En línea]. Consultado: [09, marzo, 2015] Disponible en:<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3602>

Indagando en la información publicada en el sitio web Scielo² (2007)

podemos conocer que:

Durante la gestación se producen cambios al nivel de la cavidad oral. Según estudios de morbilidad, una de las alteraciones más frecuentes en la boca se presenta en las encías, y se caracteriza por una importante inflamación y sangrado profuso. Aunque no existe consenso general en relación con los factores de riesgo que se consideran relacionados con la aparición de inflamación gingival, hay tendencia a conceptualizar que el embarazo por sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este período se relacionan con la presencia de placa dentobacteriana, cálculo dental y nivel deficiente de higiene bucal, con la intervención de factores hormonales que exageran la respuesta a los irritantes. La íntima relación entre el factor irritante placa dentobacteriana y la inflamación gingival fue verificada por Löey colaboradores en 1965. (párr. 4 - 6).

² Revista Cubana de Estomatología. (2007). Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. [En línea]. Consultado: [09, marzo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400006

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Manifestaciones gingivales en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las manifestaciones gingivales de las embarazadas en el tercer trimestre de gestación?

1.3. Planteamiento del problema.

Durante la gestación, las manifestaciones gingivales se acentúan debido a las alteraciones hormonales asociadas al embarazo.

Consultando la información disponible del sitio web de Asociación de institutos de Biopatología Andina³ (1994) podemos citar que:

Según estudios realizados en Lima - Perú la prevalencia de las enfermedades gingivales en las gestantes en los tres trimestres fue del 100%. Los grados de inflamación gingival que se encontraron fueron gingival fueron únicamente leves de grado 1 y moderada de grado 2; de acuerdo a Sillnes y Loe. En el primer trimestre de embarazo ya se pudo observar, la presencia de gingivitis "leve" es prevalente. Para el segundo trimestre de embarazo prevalece la moderada ;para el tercer trimestre de vida gestacional la gingivitis es "moderada" en la totalidad de las embarazadas. (párr. 15 – 17).

³Ludwig, G. (1994). Asociación de institutos de Biopatología Andina. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_andina/v03_n2/gingivitis.htm

Consultando la información disponible de la revista Scielo⁴ (2007) podemos citar que:

Se realizó un estudio experimental de intervención comunitaria en el municipio Florida, Camagüey, desde diciembre del 2005 hasta febrero del 2007 donde ocurren cambios importantes en la mujer. El odontólogo es una parte importante dentro del equipo de salud para el tratamiento de las embarazadas; durante la gestación se producen cambios al nivel de la cavidad oral. Según estudios, una de las alteraciones más habituales en la boca se presenta en las encías, y se identifica por una importante inflamación y sangrado profuso; existe una tendencia a juzgar que el embarazo por sí mismo no origina gingivitis y las alteraciones patológicas del tejido gingival en esta fase existe una relación con la presencia de placa bacteriana, cálculo dental y una falta de higiene bucal, con la intervención de factores hormonales que exageran la respuesta a los irritantes. (párr. 1-4).

Consultando la información disponible del sitio web de Farfán, et al.⁵ (2011) podemos citar que:

Se llevó a cabo en pacientes embarazadas adolescentes que fueron atendidas en la cátedra práctica clínica preventiva de la facultad de odontología UNNE y en el servicio odontología del hospital Juan Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes. El embarazo es un estado fisiológico, donde se observan cambios adaptativos necesarios para dar cabida al feto que se desarrolla, procurando su homeostasis y bienestar. La adolescencia es una etapa donde ocurre cambios fisiológicos, psicológicos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez. En una investigación realizada en la cátedra clínica preventiva I de la facultad de odontología de la UNNE y el hospital Juan R. Vidal de la ciudad de los Corrientes. La muestra de 100 pacientes embarazadas adolescentes, los resultados demostraron que el estado bucal en ambos grupos fue deficiente. El CPOS determinó el predominio de piezas dentales con caries. El estado de inflamación gingival presentó grados de inflamación moderada y leve. (pp. 87 y 89).

⁴Betancourt, et al. (2007). Gingivitis relacionada con factores de riesgo durante la gestación. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400006

⁵Farfán, et al. (2010). Odontología. [En línea]. Consultado: [4, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.uce.edu.ec/documents/22836/268419/REVISTA%202010.pdf>

En el Ecuador, no existen estudios sobre las manifestaciones gingivales en embarazadas que se encuentren durante el tercer trimestre de gestación, por este motivo se requieren investigaciones que permitan identificar dichas manifestaciones gingivales. Se desconocía si las embarazadas que asisten al centro de salud Montecristi, del cantón Montecristi presentan manifestaciones gingivales en el tercer trimestre de gestación.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Cuáles son los signos clínicos que presentan las encías en las embarazadas en el tercer trimestre?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspecto: Manifestaciones gingivales.

1.4.1. Delimitación espacial.

Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi de la provincia de Manabí en la República del Ecuador.

1.4.2. Delimitación temporal.

El estudio se efectuará en el periodo septiembre 2014 - febrero 2015.

1.5. Justificación.

Las mujeres durante el ciclo del embarazo presentan cambios en el organismo y por ende la cavidad bucal. Las alteraciones más frecuentes en cavidad bucal, reposan sobre la encía provocando en estas manifestaciones gingivales. Es primordial conocer las manifestaciones gingivales en las embarazadas, ya que si una gingivitis no es tratada a tiempo podría transformarse en una periodontitis. Es de suma importancia tener los conocimientos necesarios, para así tener una base y poder brindar la atención oportuna a las pacientes durante la gestación y de esta forma contribuir a una mejor calidad de vida durante el embarazo.

Se beneficiaron de forma directa las pacientes embarazadas que asisten a la Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi e indirectamente familiares de las embarazadas y todos los pacientes que asisten al centro de salud ya que les servirá de guía para los cuidados adecuados en la salud oral durante el embarazo.

Esta investigación va a tener un aporte científico porque en ella se obtuvo una información fidedigna, que aportó con datos estadísticos del estado de salud gingival de las embarazadas, además este estudio sirve de base para la realización de otros estudios. Permitirá realizar actividades, programas y proyectos para mejorar esta posible problemática.

Este estudio fue factible ya que esta investigación se pudo realizar gracias a la apertura del Centro de Salud Montecristi, la colaboración tanto del

personal médico, como con la de las embarazadas, además se cuenta con los recursos necesarios para dicha investigación.

1.6. **Objetivos.**

1.6.1. Objetivo general.

Determinar las manifestaciones gingivales de las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación, que asisten al centro de salud de Montecristi del cantón Montecristi en el periodo septiembre 2014 - febrero 2015.

1.6.2. Objetivo específicos.

Identificar los signos clínicos de las encías en las embarazadas en su tercer trimestre de gestación.

Determinar el grado de inflamación que presentan las mujeres embarazadas en su tercer trimestre de gestación.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Encía.

Analizando la obra de Eley, Soory y Manson⁶ (2012) podemos citar que:

Es la parte de la mucosa bucal que envuelve a los dientes y reviste al hueso alveolar, forma parte de los tejidos periodontales, y al formar una conexión con el diente a través del surco gingival resguarda a los tejidos de soporte subyacentes. Puesto que dependen de los dientes, cuando estos se extraen la encía desaparece. Los tejidos bucales están expuestos a un amplio número de estímulos. La temperatura y la consistencia de alimentos y bebidas, su composición química, acidez y alcalinidad varían considerablemente.

Existe un gran número de especies bacterianas en la boca y su variedad no se conoce con exactitud. La encía sana es rosa, firme, de márgenes finos y con una forma festoneada que le admite ajustarse al perímetro de los dientes, su color puede variar según la cantidad de pigmentación por melanina en el epitelio, el grado de queratinización del mismo y la vascularización y naturaleza fibrosa del tejido conjuntivo adyacente. (p. 1).

Examinando la obra de Rossi y Cuniberti⁷ (2004) podemos conocer que:

En la encía normal la papila llena el espacio proximal y el margen termina en forma de bisel o de filo de cuchillo. Un aspecto superficial opaco, el graneado característico de la encía insertada y el aspecto liso en la encía marginal. La encía insertada es firme y resistente, y está sólidamente unida al periostio del hueso alveolar. Su ancho varía según las diferentes zonas de la boca y sus dimensiones pueden cambiar en el curso de la vida. La presencia de una adecuada banda de encía insertada actúa como una barrera efectiva frente a los traumatismos de la masticación. La encía inflamada, es la inflamación crónica la transforma en una encía de color rojo, lisa, blanda y brillante, las papilas se muestran aumentadas de tamaño y además desaparece el graneado de la encía insertada. (p. 6).

⁶Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁷Rossi, Horacio y Cuniberti de Rossi, Nélica. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

2.2. Topografía.

Indagando la obra de Ferraris y Campos⁸ (2009) podemos citar que:

La encía en el borde coronario termina en el margen gingival libre, determinando clínicamente, un contorno festoneado alrededor de los dientes. En dirección apical se continúa con la encía adherida al periostio, a la cual sigue la mucosa alveolar que es más móvil o laxa. Entre la encía adherida y la mucosa alveolar existe una línea ondulada que se denomina unión mucogingival. En la cara lingual hay una demarcación afín, pero no tan palpable, con la mucosa que reviste el piso o suelo de la boca. Por la firmeza de su fijación, la encía se divide en dos regiones, en encía libre o marginal y encía fija o adherida. (p. 334).

2.3. Encía marginal.

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁹ (2012) podemos citar que:

La encía marginal: forma un manguito de 1 a 2 mm de ancho rodeando la superficie del cuello del diente y es la pared externa del surco gingival, de 0-2 mm de profundidad. Entre las piezas dentarias la encía forma una papila con una morfología de cono. La papila llena el espacio interdental apical al punto de contacto y su forma vestibulolingual se ajusta la curvatura de la unión cemento- esmalte para formar el cono interdental. (p. 2).

Comparando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza¹⁰ (2010) podemos referenciar que:

La encía marginal o no insertada es el margen terminal o borde de la encía que rodea los dientes a manera de collar. En casi 50 % de los casos, está delimitada desde la encía insertada adyacente por una depresión linear superficial, el surco gingival libre. (p. 46).

⁸Ibídem.

⁹Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

¹⁰Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Observando la obra de Navarro¹¹ (2008) podemos conocer que: “La encía marginal o libre continua con el resto de la encía, denominada encía fija o insertada (de anchura variable)”. (p. 268).

2.3.1. Epitelio.

Considerando la obra de Gómez y Campos¹² (2009) podemos referenciar que:

El epitelio de la encía libre o vertiente externa o bucal está acoplado al tejido conectivo por una interface, ya que a las influencias papilares que envía el tejido conectivo (papilas conectivas) hacia el epitelio y las de crestas epiteliales interpapilares. Estas crestas son menos acentuadas en personas de mayor edad y más marcadas en los individuos jóvenes. Las crestas epiteliales se llaman red de clavijas o red de crestas; su presencia es un rasgo histológico típico del epitelio bucal. (p. 338).

2.4. **Encía insertada.**

Razonando la obra de Eley, Soory y Manson¹³ (2010) podemos conocer que:

La encía insertada: Va desde el canal gingival hasta donde se encuentra con la mucosa alveolar. La encía insertada es un mucoperiostio finamente unido al hueso alveolar adyacente. El mucoperiostio se divide en la unión mucogingival, de forma que la mucosa alveolar se separa del periostio por un tejido conjuntivo laxo y muy vascularizado por lo tanto, la mucosa alveolar es un tejido relativamente laxo y móvil de color rojo oscuro en marcado contraste con el rosa pálido de la encía insertada, la superficie de la encía insertada es punteada como piel de naranja, este punteado varía considerablemente. (p. 2).

Observando la obra de Rossi y Cuniberti de Rossi¹⁴ (2004) podemos citar que: “La presencia de una adecuada banda de encía insertada actúa como una barrera afectiva frente a traumatismos de la masticación”. (p. 6).

¹¹Navarro, Carlos. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Ediciones Arán, S.L.

¹²Gómez, Elsa y Campos, Antonio. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.

¹³Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

2.5. Características microscópicas.

Observando la obra de Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D¹⁵ (2012) podemos citar que:

El margen gingival consta de un centro de tejido conectivo fibroso cubierto de epitelios escamosos, sufre una renovación constante por reproducción continua de células en las capas más profundas y desprendimiento de las capas superficiales. Las dos actividades se equilibran para que el grosor del epitelio se mantenga constante. Consta de las capas características del epitelio escamoso: capas de células formativas o basales de células columnares o cuboideas, capa de células espinosas o capa espinosa (estrato espinoso) de células poligonales, capa granulosa (estrato granuloso), cuyas células son más planas y contienen numerosas partículas de queratohialina y capa queratinizada (estrato corneo), cuyas células se han vuelto planas y retraídas y queratinizadas o paraqueratinizadas. Igual que todas células epiteliales, las células del epitelio gingival se conectan entre sí y con las células del corion del tejido conjuntivo subyacente por engrosamiento del contorno de los hemidesmosomas. El epitelio se une al corion subyacente por una fina lámina, llamada basal, formada por un complejo de proteína-polisacárido, permeable al líquido. Por microscopio electrónico puede dividirse en dos capas: la lámina lúcida y la lámina densa. (p. 2).

2.5.1. Sustancia fundamental.

Observando la obra de Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D¹⁶ (2012) podemos citar que:

Las células y fibras del tejido conjuntivo, además de los vasos y los nervios, están insertados en una matriz amorfa, no fibrosa y acelular formada por glucosaminoglucanos (GAG), proteoglucanos y glucoproteínas. Todos los componentes de la matriz son sintetizados y segregados por los fibroblastos.

¹⁴Rossi y Cuniberti de Rossi. (2004). Atlas de Odontología restauradora y Periodoncia. República de Argentina: Editorial Médica Panamerica S.A.

¹⁵Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

¹⁶Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

2.5.2. Fibras gingivales.

Indagando la obra de Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D¹⁷ (2012) podemos citar que:

El tejido conjuntivo de la encía se organiza para mantener el margen gingival unido al diente alrededor del cuello y para mantener la integridad de la inserción dentogingival.

La disposición de estas fibras es complicada, pero se han descrito como divididas en varios grupos de haces de fibras de colágeno; fibras dentogingivales o gingivales libres, que se insertan en el cemento y se abren en abanico en la encía y sobre el margen alveolar para fusionarse con el periostio de la encía insertada; fibras alveologingivales o de la cresta alveolar de donde nacen y discurren coronalmente hacia la encía; fibras circulares, que rodean el diente; fibras transeptales, que circulan de diente a diente coronalmente a la cresta alveolar; el colágeno es sintetizado por los fibroblastos y se segrega de forma inactiva, en forma de procolágeno, que luego se convierte en tropocolágeno. En el espacio extracelular, el tropocolágeno se polimeriza en fibrillas de colágeno que luego se agregan en haces de colágeno para formar entrecruzamientos.

2.6. **Aporte vascular, linfático y nervioso de la encía.**

Analizando la obra de Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D¹⁸ (2012) podemos citar que:

La encía tiene un rico aporte vascular procedente de tres fuentes: vasos supraparióísticos y del ligamento periodontal, además de los vasos alveolares, que nacen en la cresta alveolar. Se unen en la encía para formar esas capilares de las papilas de tejido conjuntivo entras las crestas epiteliales. El drenaje linfático empieza en las papilas del tejido conjuntivo y drena en los ganglios linfáticos regionales: de la encía mandibular a los ganglios linfáticos cervicales profundos.

La inervación procede de ramas del nervio trigémino. Se han identificado terminaciones nerviosas en el tejido conjuntivo gingival, como corpúsculos táctiles y receptores de dolor y de temperatura. (p. 3).

¹⁷Ibídem.

¹⁸Eley, B. M, Soory M. y MansonJ.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

2.7. Encía interdental.

Investigando la obra de Eley, B. M, Soory M. y Manson J.D¹⁹ (2012) podemos citar que:

La encía entre los dientes es cóncava y se ha descrito como un nicho o col que une las papilas faciales y linguales. Donde contactan los dientes, toma la morfología de los dientes en su parte apical al área de contacto. Cuando los dientes adyacentes no están en contacto, no hay col y la encía interdental es plana o convexa.

El epitelio del col es muy fino, no queratinizado y formado por solo una capas de células. Su estructura probablemente refleja que es un tejido protegido del medio exterior. La región interdental tiene una importancia especial porque es el lugar de mayor depósito de bacterias y su estructura la hace especialmente vulnerable.(p. 3).

Investigando la obra de Linhe, Lang y Karring²⁰ (2009) podemos referenciar que:

La forma de la encía interdental (la papila interdental) está determinada por la relación de contacto con los dientes, la superficie de las áreas dentarias proximales y el recorrido de la unión cementoamantina. (p. 6-7).

2.8. Unión dentogingival.

Indagando en la obra de Carranza y Sznajder²¹ (1996) podemos citar que:

La gingiva se une al diente por medio de sus dos tejidos, epitelial y conectivo. El epitelio de unión se forma al erupcionar el diente partir de las capas remanentes del órgano del esmalte (epitelio reducido de esmalte) que se unen al epitelio oral. Durante un tiempo (uno a dos años) persiste el epitelio reducido de esmalte, que luego será reemplazado totalmente por células derivadas del epitelio oral. Las células epiteliales basales se unen al tejido conectivo subyacente por medio de hemidesmosomas y una lámina basal. La unión al epitelio del esmalte o al cemento se hacen por un mecanismo similar, que es relativamente firme si bien permite el desplazamiento de las células del

¹⁹Ibídem.

²⁰Linhe, Lang y Karring. (2009). Peridontología Clínica e implantología Odontológica. (5ªed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

²¹ Carranza, A y Sznajder, G. (1996). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Panamericana, S.A.

epitelio de unión, que sufren un activo cambio, hacia su descamación hacia el surco gingival, y el pasaje del fluido gingival. (p. 5.).

Indagando la obra de Eley, Soory y Manson²² (2012) podemos citar que:

En condiciones de salud, el epitelio de unión se une al esmalte y se extiende hacia la unión cemento-esmalte. Si hay una recesión gingival, el epitelio de unión se encuentra sobre el cemento. Por tanto, la base del surco gingival es la superficie libre del epitelio de unión. Se dice que, en un estado de salud perfecto, la profundidad del surco es de cero, de forma que no hay epitelio crevicular y, por tanto, el epitelio oral se fusiona directamente en el epitelio de unión. El epitelio de unión en los adultos mide aproximadamente unas 40 células de largo del ápice a la superficie crevicular, pero varía entre 0,25 y 1,35 mm; en el joven, es un manguito estrecho de 3-4 células; en el adulto, tiene un ancho de 10-20 células. A diferencia del epitelio gingival oral y el epitelio de crevicular, el epitelio de unión es relativamente permeable y permite un movimiento bidireccional de varias sustancias. Debido a la permeabilidad del epitelio de unión, es inevitable que los mecanismos de defensa hísticos deban mantenerse en estado constante de alerta y esto se manifiesta por una infiltración de células inflamatorias, linfocitos y células plasmáticas en el corion subyacente. Esto solía interpretarse como un signo de enfermedad, pero tan sólo indica una actividad constante de los mecanismos de defensa en la salud. (p. 5.).

2.9. Surco gingival.

Investigando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza²³ (2010) podemos citar que:

Es un surco poco profundo o el espacio alrededor del diente que conforma la superficie dental, por una parte, y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía, por otra parte, tiene forma de v y apenas permite la entrada de una sonda periodontal. Bajo condiciones normales o ideales, la profundidad del surco gingival es de 0 mm. (p. 46).

2.9.1. Líquido crevicular.

Analizando la obra de Tortora, Funke y Case²⁴ podemos citar que:

²²Eley, B. M, Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ªed). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L

²³Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ªed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Es un exudado tisular que se encuentra en el surco gingival y cuya composición se asemeja más al suero que a la saliva. Este líquido protege a los dientes por su acción de limpieza y por su contenido de células fagocíticas e inmunoglobina. (p. 749).

2.10. Ligamento periodontal.

Examinando la obra de Carranza y Sznajder²⁵ (1996) podemos referenciar que:

Es el tejido fibroso que une al diente con el hueso, y que en la radiografía se ve como un espacio radiolúcido alrededor de la raíz del diente. Sus funciones más importantes son: a) mecánica, de soporte del diente, b) genética, formadora de hueso y cemento, y c) nutritiva y sensorial, al proveer nutrición e inervación al cemento y al hueso. (p. 7).

2.10.1. Cemento radicular.

Examinando la obra de Carranza y Sznajder²⁶ (1996) podemos referenciar que:

Es el tejido mesenquimático calcificado, bastante similar al hueso en sus características fisicoquímicas y estructurales, que cubren la raíz anatómica del diente. Hay dos tipos de cemento: el cemento acelular o primario y el cemento celular o secundario. El primero cubre aproximadamente los dos tercios coronarios de la raíz y no contiene células, mientras que el cemento secundario, que se forma después de que el diente entra en oclusión, es más irregular y contiene células llamadas cementocitos, atrapadas en espacios llamados cementoplastos. (p. 9).

Ambos tipos de cemento están constituidos por una matriz interfibrilar calcificada y fibrillas colágenas. La inserción de las fibras principales del ligamento periodontal en el cemento (y en el hueso), se hace por medio de la incorporación en el cemento de los extremos de las fibras principales. Esta porción de fibras se llama fibra de Sharpey.

La nutrición del cemento se produce principalmente mediante los cementocitos y sus prolongaciones anastomosadas, y proviene de la superficie periodontal, y en escasa proporción por vía dentinaria. El cemento tiene poca actividad metabólica.

El espesor del cemento es mínima en la zona cervical (20-25 micrones) y va aumentando hacia el ápice; los máximos se encuentran en las zonas

²⁴ Tortora, Funke y Case. (2007). Introducción a la Microbiología. (9ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

²⁵ Carranza, A y Sznajder, G. (1996). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

²⁶ Ibídem.

apicales y furcaciones. El espesor aumenta con la edad en relación con la erupción continua del diente.

2.10.2. Hueso alveolar.

Estudiando la obra de Eley, Soory y Manson²⁷(2010) podemos referenciar que:

La parte del maxilar y la mandíbula que sostienen los dientes se conoce como hueso alveolar; un límite arbitrario a la altura de los ápices radiculares separa el hueso alveolar del cuerpo maxilar o mandibular. El hueso alveolar tiene su origen embriológico en la condensación inicial del ectomesénquima alrededor del germen del diente inicial.

Las apófisis alveolares dependen del diente y se encuentran siempre y cuando alojen los dientes. Está formado por hueso alveolar propio, en el que se insertan las fibras de Sharpey; hueso compacto, formado por la cortical vestibular y oral, y hueso esponjoso, localizado entre ellos.

2.11. Características clínicas.

Estudiando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza²⁸ (2010) podemos referenciar que:

En un adulto la encía normal cubre el hueso alveolar y la raíz del diente hasta un nivel coronal a la unión amelocementaria. La encía se divide anatómicamente en las áreas marginales insertadas e interdentes. Aunque cada tipo de encía presenta una variación considerable en cuanto a la diferenciación, la histología y el grosor, de acuerdo con sus exigencias funcionales, todos los tipos están estructurados específicamente para funcionar de manera apropiada contra el daño mecánico y microbiano. (p. 46).

Estudiando la obra de Ferraris y Campos²⁹ (2009) podemos referenciar que:

Los aspectos clínicos varían según la estructura de cada región a considerar. Al estudiar la encía, como en toda mucosa, debemos

²⁷Eley, B. M, Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L

²⁸Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

²⁹Gómez, Elsa y Campos, Antonio. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.

observar su color. Este depende fundamentalmente de: El espesor del epitelio que está en relación con el grado de queratinización. (p. 336).

2.12. Correlación entre las características clínicas y microscópicas.

2.12.1. Contorno.

Considerando la obra de Carranza, A³⁰ (1986) podemos citar que:

El contorno o forma de la encía varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en la arcada, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual. La encía marginal rodea los dientes en forma de collar y sigue las ondulaciones de la superficie vestibular y lingual. Forma una línea recta en dientes con superficies relativamente planas (p. 20).

Observando la obra de Lindhe³¹ (2009) podemos conocer que:

El festoneado que rodea la pieza. La papila gingival llena los espacios interdentarios mientras que el margen gingival termina en filo de cuchillo bordeando la pieza dentaria, gingivitis, edema del margen gingival se pierde el filo de cuchillo y la adaptación a la pieza dentaria; la papila toma forma bulbosa lo cual minimiza el festoneado tisular. (p. 406).

2.12.2. Color.

Comparando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza³² (2010) podemos referenciar que:

El color de la encía insertada y marginal suele describirse como “rosa coral” y es producido por un suministro vascular, el grosor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos. El color varía entre diferentes personas y parece estar

³⁰ Carranza, A (1986). Periodontología clínica de Glickman. (6ª ed.). México: Editorial copyright (p. 79).

³¹ Lindhe, Jan. (2009). Periodontología clínica e Implantología Odontológica: tomo II. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

³² Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

correlacionado con la pigmentación cutánea. Es más claro en personas rubias de tez clara que en individuos trigueños con cabello oscuro. La mucosa alveolar es roja uniforme y brillante, en lugar de rosa y granulada. (p. 61).

Investigando la obra de Bascones³³ (2010) podemos citar que:

El color se altera inicialmente en la patología gingival y periodontal. En condiciones normales es rosado coral, en función del aporte vascular. Es más rojo cuando la vascularización aumenta o disminuye la queratinización o el grosor del epitelio. Toda la inflamación crónica aumenta color rojizo que puede variar a un rojo azulado. El tono azulado se debe a la estasis venosa. (pp. 337 y 338).

Razonando la obra de Morales³⁴ (2007) podemos conocer que:

“presenta un color pálido el cual puede variar dependiendo de la cantidad de melanina, aporte sanguíneo, espesor del tejido y grado de queratinización”. (p. 89)

2.12.3. Consistencia.

Indagando la obra de Bascones, A³⁵ (2009) podemos referenciar que:

“consistencia, que en condiciones normales es firme y su textura es punteada. La presencia de inflamación (edema) de una encía blanda y depresible con pérdida del punteado característico (textura brillante o rugosa)” (p. 338).

³³Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

³⁴Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

³⁵Bascones, A. (2009). Medicina Bucal. Barcelona ciudad de España: Editorial avances Médico-Dentales, S.L.

Analizando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza³⁶ (2010) podemos citar que: "La consistencia: la encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, y esta insertada con firmeza en el hueso". (p. 62).

2.12.4. Textura.

Investigando la obra de Castilla y León³⁷ (2006) podemos citar que: " La encía normal es rosa coral, con una textura superficial variablemente punteada (piel de naranja); este punteado se debe a la inserción de haces de fibras colágenos desde la membrana basal al periostio". (p.36)

Indagando en la obra de [Glickman](#)³⁸ (1993) podemos referenciar que: "La inflamación crónica hace desaparecer el punteado y lo reemplaza por una superficie lisa y brillante." (p. 109).

2.12.5 Tamaño.

Examinando la obra de Bascones³⁹ (2010) podemos conocer que: "el tamaño, puede cubrir parte o toda la corona del diente, creando bolsas falsas o relativas. Es frecuente ver esta hipertrofia gingival en las enfermedades gingivales y periodontales y en enfermos que toman hidantoínas". (p. 338).

³⁶Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

³⁷ Castilla y León. (2006). Higienistas Dentales. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad, S.L.

³⁸ [Fermin A. Carranza](#), [Irving Glickman](#). (1993). Periodoncia Clínica de Glickman. . (7ª ed.). Nueva Editorial Interamericana

³⁹Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3 Ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Esudiando la obra de Zerón, A⁴⁰ (2003) podemos referenciar que: “Cuando falta o esta agrandada la papila se debe sospechar también alguna enfermedad, más aun si se observa sangrado, sobre todo al cepillarnos los dientes” (p. 25).

2.12.4. Posición.

Considerando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza⁴¹ (2006) podemos citar que:

La posición de la encía alude al nivel que se inserta el diente en el margen gingival, cuando erupciona el diente en la cavidad bucal, el margen y el surco se encuentran en la punta de corona; a medida que avanza la erupción se les observa más cercano a la raíz. Durante el proceso de erupción ya descritos los epitelios de unión bucal y reducida del esmalte sufren grandes alteraciones y remodelación conservando la baja profundidad fisiológica del surco. (p. 22).

2.13. Enfermedades periodontales.

Observando la obra de Echeverría, G. y Echeverría, M.⁴² (2007) podemos referenciar que:

Las enfermedades periodontales son infecciones del periodonto producidas por bacterias. Desde los estudios fundamentales de Løe y Cols. Se sabe que la acumulación de placa bacteriana a nivel del margen gingival provoca una gingivitis. (p. 17).

2.14. Clasificación de las enfermedades periodontales.

Indagando la obra de Echeverría, G. y Echeverría, M.⁴³ (2007) podemos referenciar que:

⁴⁰Zerón, A. (2003). Como conservar sus dientes y encías toda la vida: odontología para pacientes. (1 ed.). México: UNAM.

⁴¹Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2009). Periodontología Clínica. (10 ed.). Republica de china : Editorial copyright

⁴²Echeverria, G y Echeerría, M. (2007). Manual de Periodoncia. Reino de España: Editorial ERGON.

Las enfermedades periodontales se clasifican en gingivitis y periodontitis, pero esta división no recoge los diferentes cuadros que pueden observarse en la clínica, ni la influencia de determinados y numerosos factores en su desarrollo y evolución. La siguiente clasificación es la última recientemente propuesta por la Academia Americana de Periodoncia donde se incluyen también las enfermedades gingivales, y se basa su extensión y gravedad varían en función de la respuesta del huésped a la infección.

2.14.1. Enfermedades gingivales.

Indagando la obra de Echeverría, G. y Echeverría, M.⁴⁴ (2007) podemos referenciar que: “Las enfermedades gingivales son las inducidas por placa y las no inducidas por placa.”

2.14.2. Periodontitis.

Analizando la obra de Echeverría, G. y Echeverría, M.⁴⁵ (2007) podemos referenciar que: “La periodontitis es presentada de forma crónica del adulto, agresiva (generalmente de inicio precoz;puberal, juvenil, de progresión rápida) y en relación con enfermedades sistémicas de tipo inmunológico o genético”.

2.14.3. Enfermedades periodontales necrotizante.

Analizando la obra de Echeverría, G. y Echeverría, M.⁴⁶ (2007) podemos referenciar que:

⁴³Echeverria, G y Echeerría, M. (2007). Manual de Periodoncia. Reino de España: Editorial ERGON.

⁴⁴Ibídem.

⁴⁶Echeverria, G y Echeerría, M. (2007). Manual de Periodoncia. Reino de España: Editorial ERGON.

Estas están clasificadas en gingivitis ulcerativa necrozante, periodontitis ulcerativa necrozante, abscesos periodontales y lesiones endoperiapicales.

La periodontitis puede clasificarse de acuerdo a la extensión, pudiendo ser localizada o generalizada (afecta de más de 30% de las superficies), o bien estar basada en gravedad de las lesiones: la periodontitis leve (3 mm o menos de pérdida de soporte clínico), moderada (4-5 de pérdida de soporte clínico), o avanzada (6 mm o más de pérdida de soporte clínico), aunque estas clasificaciones son totalmente empíricas y deben tomarse solo como criterios clínicos básicos. (p. 30).

2.15. Gingivitis.

Consultando la información disponible del sitio web de TheUniversity of Chicago Medicine Comer Children's Hospital⁴⁷ (2014) podemos conocer que: “Gingivitis. Es la inflamación de la encía, es probable que estas se encuentren enrojecidas y sensibles, y que sangren con facilidad”. (párr. 8).

2.15.1. Sangrado gingival.

Según lo consultado en la obra de Eley, Soory y Manson⁴⁸ (2010) podemos conocer lo siguiente:

El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología. Es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal. El sangrado es en el sondaje, se ha utilizado como signo de actividad de la enfermedad, pero como ya se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede sustituir el resultado de un examen no juicioso. Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontáneo. El paciente percibe el sabor a sangre, que también se puede notar en el olor del aliento. Si la

⁴⁷ The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital.(2014). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04741>.

⁴⁸Eley, Soory M. y Manson J. (2010). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier.

respuesta del tejido es de sobrecrecimiento fibroso, no existe sangrado ni incluso con una cepillada de dientes fuerte. (pp. 163 - 165).

2.16. Gingivitis inducida por placa bacteriana.

Observando la obra de Lindhe.⁴⁹ (2009) podemos referenciar que: “La gingivitis inducida por la placa bacteriana es la inflamación de la encía como resultado de la actividad de bacterias localizadas a la altura del margen gingival”. (p. 407).

Comparando la obra de Camargo y Guzman⁵⁰ (2007) podemos citar que: "Enfermedades gingivales no inducidas por biopelícula, estas pueden ser manifestaciones orales de enfermedades sistémicas que comprometen el tejido gingival o reacciones locales derivadas de diferentes causas (alergias, traumáticas, fúngicas, virales)". (p. 169).

2.16.1. Índices gingivales.

Comparando la obra de Bascones⁵¹ (2009) puedo referenciar que:

0.- encía normal.

1.-gingivitis leve: cuando hay cambio de color y pequeño cambio de textura.

2.-gingivitis moderada: brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la presión.

3.-gingivitis severa: gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontaneo y ulceración. (p. 174).

⁴⁹Lindhe, JanL. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica. (5 ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁰Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). Periodoncia: fundamentos de la Odontología. (2ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

⁵¹Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

2.17. Gingivitis en el embarazo.

Investigando la obra de Lindhe, Lang y Karring⁵² (2009) podemos referenciar que:

Durante el embarazo los niveles elevados de hormonas esteroides sexuales se mantienen desde la fase lútea, lo que da como resultado la implantación del embrión hasta el parto. Las mujeres con un embarazo cercano al término o de término producen grandes cantidades de estradiol, estriol, y progesterona. La inflamación gingival iniciada por la placa y exacerbada por estos cambios hormonales en el segundo y en el tercer trimestre del embarazo se denomina gingivitis del embarazo. Parámetros como la profundidad del sondaje gingival, el sangrado con el sondeo y el flujo de líquido gingival aumenta.

Indagando en la obra de Mahé y Saada⁵³(2008) podemos citar que:

Durante el embarazo la encías pueden empezar a hincharse y a sangrar porque por defecto de las hormonas, todas las mucosas (y entre ellas, las encías) se vuelven más frágiles. Es lo que se llama tradicionalmente la gingivitis del embarazo, pero de hecho es una inflamación clásica de las encías. Generalmente no causa dolor, pero el cepillado de los dientes puede causar un leve sangrado. Si se presentan molestias o irritación, mejor acudir al dentista. (p. 85).

2.17.1. Efectos sobre la microbiota.

Investigando en la obra de Mahé y Saada⁵⁴(2008) podemos citar que:

Durante el embarazo la progesterona es catabolizada menos activamente hasta sus subproductos inactivos, de esto resultan niveles más altos de la hormona activa. En mujeres embarazadas se demostró un aumento de 55 en proporción de P. interdentalia en comparación con los controles, mujeres no embarazadas, lo cual implica un papel de las hormonas gestacionales como modificación de la ecología microbiana en la bolsa gingival, aunque se demostró una asociación global, la relación causa-efecto es menos clara.(p. 313).

⁵²Lindhe, Lang y Karring. (2009). Peridontología Clínica e implantología Odontológica. (5ªed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁵³Mahé y Saada. (2008).Mi embarazo día a día: El diario de 9 meses contado por una mamá. Reino de España: Ediciones Robinbook, s. I., Barcelona.

⁵⁴Mahé y Saada. (2008).Mi embarazo día a día: El diario de 9 meses contado por una mamá. Reino de España: Ediciones Robinbook, s. I., Barcelona.

2.18. Tratamiento de la gingivitis.

Analizando la obra de Morales⁵⁵ (2007) podemos referenciar que:

El tratamiento de la gingivitis en simple, se realiza la remoción de la placa bacteriana y materia alba depositada en el margen gingival mediante profilaxis; educación en fisioterapia oral al paciente afectado, para prevenir la recidiva y mantener la salud oral; eliminar los factores pre disponentes; adecuado control médico de enfermedades sistémicas.

2.19. Embarazo.

Investigando la obra de Chicharro y Mojares⁵⁶ (2008) puedo citar que:

El embarazo se caracteriza por un incremento del 10 al 20% en el consumo de oxígeno, combinado con una reducción en la capacidad funcional residual, resultado de una menor reserva de oxígeno. El ejercicio produce un aumento de la demanda de oxígeno, que es mayor con el aumento de peso, y la mujer alcanza sus máximos con unas cargas de trabajo menores. La capacidad máxima para hacer ejercicio disminuye un 20 a un 25% en el segundo y tercer trimestre, cuando la demanda fetal es mayor. (p. 467).

Considerando la obra de Guyton⁵⁷ (2011), se puede citar que: “Cuando ocurre la fecundación se produce una nueva secuencia de fenómenos llamada gestación o embarazo y el óvulo fecundado completa su desarrollo y forma un feto a término” (p. 1003).

Revisando la obra de Rivas, Várez y Alguacil⁵⁸ (2013), se puede referenciar que:

Siendo el embarazo un estado fisiológico especial, en el que se presentan

⁵⁵ Morales, F. (2007). Temas prácticos en geriatría y gerontología. (tomo II). Costa Rica: Editorial de la Universidad Estatal a Distancia.

⁵⁶ Chicharro, J y Mojares, L. (2008). Fisiología Clínica del Ejercicio. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁵⁷ Guyton, A. (2011). *Tratado de fisiología médica*. Reino de España: Editorial Elsevier.

⁵⁸ Rivas, M., Várez, Z. & Alguacil, M. (2013). *Salud bucodental en la mujer gestante. Una revisión de la bibliografía*. Reino de España: Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud (SAS).

una serie de cambios adaptativos temporales en las estructuras corporales de la mujer gestante como resultado del incremento en la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas. (p. 2).

2.19.1. Fecha del embarazo, ficha clínica.

Razonando la obra de Lambrou et al.⁵⁹ (2001) puedo conocer que:

La duración media de un embarazo humano es de 280 días desde el primer día de la última regla hasta el parto. El periodo gestacional de 40 semanas se basa en las semanas menstruales (no las semanas de conceptuales), asumiendo que la ovulación y concepción es en el día 14 de un ciclo de 28 días. El indicador clínico más fiable de la edad gestacional es una FUR exacta. Utilizando la regla de Nägele, la fecha estimada del parto se calcula restando tres meses desde el primer día de FUR, y añadiendo entonces una semana. El doppler permite la detección de los tonos cardiacos fetales a las 11 a 12 semanas de gestación. A las 19 a 20 semanas de gestación se puede detectar el latido fetal por fetoscopia. Los movimientos del feto aprecian a las 19 semanas durante el primer embarazos posteriores, normalmente se aprecian dos semanas antes. El útero alcanza el ombligo a las 20 semanas de gestación. (p. 6).

2.19.2. El embarazo, condiciones metabólicas y endocrinas.

Leyendo la obra de Bain, Hamburger y Scully⁶⁰ (2012), se puede citar que:

El embarazo afecta los sistemas endocrino, cardiovascular y hematológico, y a menudo la actitud, el humor o la conducta. Las hormonas sexuales, la prolactina y las hormonas tiroideas se elevan durante el embarazo, pero los niveles de la hormona luteinizante (LH) y la hormona foliculoestimulante (FSH) descienden. Las consecuencias pueden incluir: Pigmentación profunda, particularmente de los pezones y a veces de la cara y otra localización glucosuria e intolerancia a la glucosa. elevación en el volumen sanguíneo y el gasto cardíaco, asociados con taquicardia, complicaciones médicas como: hipertensión, hipercoagulabilidad de la sangre que puede conducir a la trombosis venosa, diabetes gestacional, anemia, síndrome de hipotensión supina:

⁵⁹Lambrou et al. (2001). Ginecología y Obstetricia. Reino de España: Marbán Libros, S.L.

⁶⁰Bain, S., Hamburger, J. & Scully, C. (2012). *Guía médica para la consulta dental*. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

los pacientes se tornan hipotensos si se coloca en posición supina y el útero grávido comprime la vena cava inferior. (p.27)

2.20. Cambios hormonales.

Comparandola obra de Rodríguez y Magro⁶¹ (2008) puedo referenciar que:

Los cambios hormonales que se producen tienen como fin ayudar en el desarrollo de los tejidos maternos para favorecer el crecimiento fetal y preparar al parto, así como facilitar el paso de nutrientes del feto a la madre. Las hormonas implicadas fundamentalmente son la gonadotropina crónica, el lactógeno placentario o somatotropinacoriónica, y las hormonas esteroideas. El progresivo aumento de estas hormonas va a ser el responsable de la mayoría de los cambios fisiológicos que se suceden a lo largo de La gestación. (p. 462).

2.20.1. Progesterona.

Investigando la obra de Botella⁶² (1966) puedo citar que:

La curva producida de progesterona es paralela a la de estrógenos e inversa a la de gonadotropina. La concentración en suero ha sido medida por Zander y por Dawood, las eliminaciones de pregnandiol, como es bien sabido siguen una marcha paralela. (p. 390).

Razonando la obra de Purizaca⁶³ (2010), se puede conocer que:

Modificaciones en la composición corporal y la ganancia de peso, en una mujer saludable, el promedio de peso ganado es 12.5 Kg. Modificaciones en el sistema cardiovascular, se eleva el gasto cardíaco en un 50% comparando con no gestantes. Modificaciones en el tracto gastrointestinal: El estómago se modifica debido a dos factores, mecánico, que es ocupado por el útero y hormonal ya que la progesterona, disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal por lo que se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y mayor absorción

⁶¹Rodríguez, Manuel y Magro, Simón. (2008). Bases de la Alimentación Humana. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Netbiblo, S.L.

⁶²Botella, José. (1966). Endocrinología de la Mujer. (4ª ed.). Reino de España: Editorial Científico Médica.

⁶³Purizaca, M. (2010). *Modificaciones fisiológicas en el embarazo*. [En línea]. Consultado: [12, enero, 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol156_n1/pdf/a10v56n1.pdf

intestinal.

Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico, disminución de la memoria durante el embarazo debido a la disminución del riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y lateral y esto persiste hasta el tercer trimestre.

Modificaciones en el sistema respiratorio, en la octava semana se observa modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares por efectos hormonales y modificaciones mecánicas y anatómicas.

Hormonal y mecánico, dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar, por elevación del diafragma se encuentran aumentados el volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno; la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos.

Modificaciones en la farmacocinética de medicamentos y drogas, lo cual debe ser bien conocido por el clínico para cualquier tratamiento. (pp. 57 – 61).

2.21. Cambios físicos.

Indagando la obra de Stoppard⁶⁴ (2000) puedo referenciar que:

Casi todos los cambios de su cuerpo como el agrandamiento de los senos, el aumento de la pigmentación de la piel y la leve dificultad para respirar sin esfuerzos, se deben de una forma u otra al embarazo. Al inicio los ovarios son la fuente principal de estas hormonas, pero rápidamente la placenta los supera en esta función. La producción de hormonas es colosal. Por ejemplo en un momento determinado de un ciclo menstrual común, la máxima producción diaria de una hormona clave, la progesterona, sería de unos cuantos miligramos, pero hacia el final del embarazo llega a ser hasta de 250 mg. Mientras la producción de progesterona aumenta 50 o 60 veces, la de toda la estructura y los procesos del cuerpo de manera que pueda sustentar el desarrollo del bebé durante el embarazo. (p. 92).

2.22. Periodo del embarazo.

2.22.1. Primer mes.

Razonando la obra de Smolen⁶⁵ (2000) puedo conocer que:

⁶⁴ Stoppard, Miriam. (2000). Nuevo Libro del Embarazo y Nacimiento: Guía Práctica y Completa para Todos los Futuros Padres. República de Colombia: Editorial Norma, S.A.

Al final del primer mes echa un vistazo imaginario a tu embrión cuando se acerque el final de la cuarta semana, y te sorprenderás de cuanto se han especializado las tres capas de células que están creciendo.

Cambios emocionales. Cuando estas embarazada, es posible que te sientas de mal humor, incluso quizá pases de las lágrimas a la euforia. Ten la seguridad de que no te pasa nada anormal. Simplemente estas empezando a vivir una experiencia intensa que alterara tu vida y es muy normal tener miedos, tener sueños, mostrarse ambivalente, ansiosa, malhumorada, confusa e inmensamente feliz.

Fatiga. El nivel de hormonas, estrógenos, progesterona y gonodotropinacoronica cree en tu cuerpo durante las primeras semanas de embarazo, y tu cuerpo necesita tiempo para adaptarse.

Excesiva salivación. Es poco frecuente, pero normalmente aparece en los primeros meses de embarazo y puede prolongarse durante los nueve meses. La saliva puede llenarte la boca hasta un poco en que tengas que escupir. El sabor agrio puede resultar también bastante desagradable.(pp. 14 - 16).

2.22.2. Segundo mes.

Indagando la obra de Smolen⁶⁶ (2000) puedo conocer que “Cambios emocionales: Las hormonas que se reúnen para proteger y alimentar su embazo afectan a tu cerebro. Las mismas hormonas que afectan a tu sentido del humor pueden afectarte físicamente, produciendo cambios físicos incómodos”. (p. 35).

2.22.3. Tercer mes.

Analizando la obra de Smolen⁶⁷ (2000) puedo conocer que:

Los síntomas que experimentan muchas futuras mamás en esta etapa se incluyen ganas de decirle a todo el mundo que sí, que estas embarazada, pensar que el comportamiento de tu pareja es molesto o preocupante, miedo a lo desconocido, sentimientos encontrados sobre la paternidad, preocupación por lo que crees que pueden ser efectos secundarios extraños o raros síntomas del embarazo. (p. 82).

⁶⁵Smolen, M. (2000). La Agenda para el Embarazo. Reino de España: Editorial Amat.

⁶⁶Smolen, M. (2000). La Agenda para el Embarazo. Reino de España: Editorial Amat.

Indagando la obra de Taylor⁶⁸ (1979) puedo referenciar que:

Aumenta la actividad de las glándulas salivales y en mujeres nerviosas puede haber secreción salival excesiva. A causa de la hiperemia de la gestación, se agrava mucho la odontalgia resultante de caries dentales. Los dientes normales no experimentan trastorno durante la gestación ni después de la misma. (p. 155).

Observando la obra de Schwarcz, et al.⁶⁹ (2008) puedo conocer que:

“son frecuentes la tumefacción e hiperemia de las encías (por hipovitaminosis c). (p. 62).

2.23. Aparato respiratorio.

Analizando la obra de Bodiázhina⁷⁰ (1966) puedo citar que:

Durante la gestación, la actividad de los pulmones se intensifica, en vida del incremento de la necesidad de oxígeno. Pese a que al final del embarazo el útero eleva el diafragma, la superficie respiratoria de los pulmones no se reduce, gracias al ensanchamiento del tórax. Al final del embarazo, la respiración se torna un poco más acelerada y profunda. (p. 92).

Estudiando la obra de Chicharro y Mojares⁷¹ (2008) puedo conocer que:

El sistema respiratorio también se adapta a los cambios de la gestación. Los cambios hormonales producen un aumento de moco en el tracto respiratorio en los senos, produciendo síntomas parecidos al resfriado. El tracto respiratorio superior está más predispuesto a afecciones, tos, estornudos, aumentando la probabilidad de aparición de incontinencia urinaria por aumento de presión en mujeres con suelo pélvico o músculos abdominales débiles. (p. 466).

⁶⁸Taylor, E. (1979). *Obstetricia de Beck*. (10ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

⁶⁹Gonzales, et al. (2008). *Obstetricia*. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Masson.

⁷⁰Bodiázhina, V. (1988). *Manual de Obstetricia*. Rusia: Editorial Mir Moscú.

⁷¹Chicharro, J y Mojares, L. (2008). *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Reino de España: Editorial Medica Panamericana.

2.24. Riñón y vías urinarias.

Observando la obra de Stoppard⁷² (2000) puedo citar que:

Sus riñones tendrán que limpiar y filtrar un 50% más de sangre. Por consiguiente, la función real se hace más eficiente y el cuerpo elimina más rápidamente los desechos, como la urea y el ácido úrico, pero los riñones no distinguen los nutrientes de los desechos, así que la glucosa también es eliminada rápidamente, junto con los minerales y vitaminas, por ejemplo vitamina C soluble en agua y el ácido fólico, el cual es excretado a una velocidad cuatro o cinco veces mayor. (p. 99).

Considerando la obra de Bodiázhina⁷³ (1966) puedo referenciar que:

Durante la gestación, los riñones funcionan con más intensidad, expulsando del organismo los productos del metabolismo de la mujer y del feto en crecimiento. En los últimos meses del embarazo, puede haber una ligera proteinuria. Si en un litro de orina, la cantidad de proteínas alcanza 1 mg, esto señala el acentuamiento de una seria enfermedad la gestosis del embarazo. (p. 92).

2.25. Cambios fisiológicos en el embarazo y su relación con la salud oral.

Indagando la obra de López & Gómez⁷⁴ (2011), se puede referenciar que:

El embarazo se caracteriza por cambios endocrinos dramáticos. Los tejidos placentarios producen un aumento significativo de concentraciones de progesterona y estrógeno, que influyen en cambios fisiológicos en los tejidos orales y sistémicos.

Los cambios fisiológicos.

Hiperplasia Gingival y Edema. Un cambio relacionado que en la microbiota oral promueve el crecimiento de bacterias asociadas a la gingivitis.

Cambios del Tracto Gastrointestinal Superior. Produce el vaciamiento gástrico, facilitando el reflujo del contenido del estómago hacia el esófago y la boca. En esta etapa puede ocurrir: mayor pérdida salival diaria, cambios de pH salival, elevación de las concentraciones de proteína y estrógeno en la saliva, produciendo descamación de la mucosa oral y favoreciendo el crecimiento bacteriano.

⁷² Stoppard, Miriam. (2000). Nuevo Libro del Embarazo y Nacimiento: Guía Práctica y Completa para Todos los Futuros Padres. República de Colombia: Editorial Norma, S.A.

⁷³ Bodiázhina, V. (1988). Manual de Obstetricia. Rusia: Editorial Mir Moscú.

⁷⁴ López, N. & Gómez, R. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: Una guía para el clínico*. República de Colombia: Editorial Producción Gráfica.

Cambios cardiovasculares u establecimiento de la circulación útero-placentaria. La presión sanguínea materna tiende a disminuir durante el primer y segundo trimestre, en ésta etapa las embarazadas pueden tener náuseas, hipotensión y mareos por lo que se requiere mucho cuidado durante el tratamiento odontológico.

Cambios respiratorios. La disnea es un signo común durante el tercer trimestre que hacen conveniente evitar la posición supina en la atención odontológica.

Cambios hematológicos. La anemia gestacional es el más común, las embarazadas deben recibir supervisión del tratamiento para determinar si los procedimientos odontológicos pueden realizarse sin el riesgo de sangrado excesivo.

Cambios endócrinos. Diabetes mal controlada proporciona un ambiente favorable para el desarrollo de infecciones dentales. (p. 250 – 252).

2.25.1. Dientes y encías.

Analizando la obra de Stoppard⁷⁵ (2000) puedo citar que:

Las grandes cantidades de progesterona producidas durante la gestación pueden ablandar y aflojar los márgenes de la encía alrededor de los dientes predisponiendo a la infección. Por consiguiente, es esencial ser meticulosa en la higiene oral y tratar de evitar los dulces que dañan los dientes. Pida una cita de control durante el embarazo y la lactancia y no olvides mencionarle su estado pues debe evitar los rayos x. (p. 101).

2.25.2. Cavidad oral.

Examinando la obra de Laufer, et al.⁷⁶ (2007) puedo conocer que:

Al aparecer existe incremento de la salivación, aunque esto puede deberse en parte por la dificultad para deglutir asociada con la presencia de náuseas. El embarazo no predispone a la pérdida dentaria o a la movilización de calcio de los huesos. Las encías se pueden tornar hipertróficas e hiperémicas; tiene consistencia esponjosa y friable, de forma que sangran fácilmente. Esto puede ser causado por el incremento sistémico de los estrógenos debido a que problemas semejantes a menudo ocurren con el uso de anticonceptivos orales. (p. 150).

⁷⁵ Stoppard, Miriam. (2000). Nuevo Libro del Embarazo y Nacimiento: Guía Práctica y Completa para Todos los Futuros Padres. República de Colombia: Editorial Norma, S.A.

⁷⁶ Laufer, et al. (2007). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. (9ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual Moderno S.A.

Estudiando la obra de Gonzales, et al.⁷⁷ (2008) puedo referenciar que:

La cavidad bucal sufre también cambios debidos a la sialorrea fisiológica que se inicia precozmente, con cambios en el pH oral y la flora bacteriana, lo cual comporta modificaciones en la placa bacteriana y una mayor predisposición a la caries, principalmente en aquellas pacientes que ya tienen predisposición o tienen focos iniciales que se desarrollaran durante el embarazo: por todo aquello es aconsejable que toda mujer cuide y vigile su boca desde el inicio de la gestación. (p. 38).

Considerando la obra de Nassif y Kekliklián⁷⁸ (2008) puedo citar que:

“Encías: se muestran hiperemicas, inflamadas (hipovitaminosis; se acrecientan las odontalgias y la caries (alteración en el metabolismo del calcio)”. (p. 54).

2.26. Tumor del embarazo (granuloma piógeno).

Leyendo la obra de Eley, Soory y Manson⁷⁹ (2012), se puede conocer que:

El tumor del embarazo es un granuloma pediculado blanco que suele originarse en una papila gingival inflamada y puede presentarse como una lesión granulomatosa media o grande durante el segundo trimestre del embarazo. Generalmente, es de color rojo intenso y sangra con facilidad. Es más prevalente en la región anterior de la boca. Tiene tendencia a reducir su tamaño parcialmente o desaparecer completamente después del parto. (p. 108).

2.27. Cambios de la secreción salivar durante el embarazo.

2.27.1. Ptialismo o aumento de la secreción salivar.

Revisando la obra de Cordier, Lézy y Vacher⁸⁰ (2014), se puede conocer que ptialismo es:

⁷⁷Schawarcz, Ricardo, et al. (2008). *Obstetricia*. (6ª ed.). República de Argentina: Editorial Ateneo.

⁷⁸Nassif y Kekliklián. (2008). *Obstetricia: Fundamentos y Enfoque Práctico*. (6ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁷⁹Eley, B., Soory, M. & Manson, J. (2012). *Periodoncia*. Reino de España: Editorial Elsevier.

⁸⁰Cordier, G., Lézy, J. & Vacher, C. (2014). *Estomatología y embarazo*. República de Francia: EMC Ginecología Obstetricia.

Un signo frecuente al inicio del embarazo. Es de origen simpático. En ocasiones resulta difícil diferenciar una salivación exagerada de una dificultad de deglución. A veces, este ptialismo se manifiesta en forma de simple molestia, que se interrumpe por la noche, y que desaparece rápidamente al final del primer trimestre. En otras ocasiones, puede prolongarse y resultar desagradable. Cuando es importante, se tolera muy mal y se asocia con frecuencia a vómitos. En las formas muy rebeldes, el tratamiento, a menudo ineficaz, puede incluir atropina en gotas bebibles (0,25-0,50 mg, de tres a cuatro veces al día). (pp. 1 – 2).

2.27.2. Descenso del pH bucal.

Leyendo la obra de Cordier, Lézy y Vacher⁸¹ (2014), se puede referenciar que:

Por lo general, aproximadamente de 6,70 (entre 6,6 y 7,1), el pH baja de forma regular en la mujer embarazada para alcanzar alrededor de 6,20 al final del embarazo. Ascende rápidamente en el posparto. La disminución del poder tampón de la saliva por descenso del anión bicarbonato HCO_3 favorece el desarrollo de la flora microbiana patógena, posible origen de aparición de enfermedades periodontales, de caries dentales y de candidiasis orales. (2. 2).

2.28. **Factores que afectan la salud bucal en gestantes.**

Examinando la obra de Pérez, et al.⁸² (2011), se puede citar que:

La susceptibilidad a caries durante la etapa de gestación puede acrecentar gracias a ciertos factores como el incremento del número de estreptococos mutan y lactobacilos aliadófilos, la ingestión más frecuente de carbohidratos y la mayor ocurrencia de vómitos, junto a una alteración del pH de la saliva. Asimismo, el embarazo previo, afectan a la salud dental de la mujer embarazada. (párr. 3).

Estudiando la obra de Secretaría Distrital de Salud de Bogotá⁸³ (2010), se puede conocer que:

Los factores de riesgo para Caries y Enfermedad Periodontal para las

⁸²Pérez, A., Valladares, M., Nápoles, N., Naranjo, M. & Barreras, B. (2011). *Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo*. [En línea]. Consultado: [21, enero, 2015] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol48_2_11/est02211.htm

⁸³Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral*. República de Colombia: Institución Universitaria Colegios de Colombia.

pacientes gestantes son sistémicos (hormonales, genéticos y otros) y locales (microbiológicos).Salivales (cambio en composición y flujo salival).Dentales (recesión gingival, desmineralización, erosión del esmalte).Relacionados con la dieta (Ingesta frecuente, rica en carbohidratos). (p. 23).

2.29. Dieta en el embarazo.

Examinando la obra de Pire ⁸⁴ (2009), se puede conocer que: “Actualmente, se sabe que el coste energético de la gestación ronda las 75.000 kcal suplementarias, es decir, esta cantidad aparte de la energía diaria necesaria para el correcto equilibrio fisiológico de la mujer” (p. 239).

Estudiando el informe de la secretaría de la Organización Mundial de la Salud⁸⁵ (2012), se puede referenciar que:

Las embarazadas deben tener una dieta equilibrada durante su etapa gestacional. Las mujeres con una dieta poco equilibrada tienen mayor riesgo de enfermedad y muerte; su salud depende en gran medida de la disponibilidad de alimentos y es posible que no sean capaces de responder al aumento de las necesidades de nutrientes durante el embarazo en situaciones de inseguridad alimentaria. (p. 3).

Considerando la obra de Sotomayor⁸⁶ (2012), se puede citar que:

Es necesario comenzar con las acciones preventivas desde la gestación para la motivación de la madre sobre la importancia de una gestación saludable y responsable. Es importante que durante embarazo se realicen controles periódicos desde el inicio del mismo, en donde la dieta y la nutrición cumplen un papel muy importante para la prevención de la aparición de enfermedades, en el desarrollo oral. Las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden prevenir la aparición de caries del niño, y de la madre, además afectaría

⁸⁴Pire, L. (2009). *El gran libro de las dietas*. Reino de España: Ediciones Nobel.

⁸⁵De Benoist, B., McLean, E., Egli, I. & Cogswell, M. (2012). *Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia*. Confederación Suiza: Organización Mundial de la Salud.

⁸⁶Sotomayor, J. (2012). *Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos*. [En línea]. Consultado: [8, enero, 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a04v15n1.pdf

el buen desarrollo general del feto, por lo cual se debe mejorar la educación a la madre. (p. 2).

Investigando la obra de Nahás, Schmitt y Kim⁸⁷ (2009), se puede conocer que:

El control de la ingesta de carbohidratos, refrescos y dulces además de minimizar la formación de la placa bacteriana, ayuda a una mejor calidad de alimentación. Hay que comer en calidad y no cantidad para una buena formación del bebé. Para promover la buena salud materna fetal es necesaria una dieta rica en vitaminas, proteínas, minerales, carbohidratos y grasas en cantidades balanceadas y equilibradas. Estos nutrientes son muy importantes para nutrir al feto a través de la placenta y es esencial en la formación de huesos, dientes y todas las células del bebé. (pp. 1 – 2).

2.30. Higiene bucal.

Consultando la información disponible de Odontología para Bebe.⁸⁸

(2010) disponible en internet puedo referenciar que:

Una correcta higiene oral es el factor clave para la prevención de CIP y, por ello, se debe informar a la familia sobre la importancia de este hábito y lo perjudicial que es que el niño duerma con residuos alimentarios. Cuanto más temprano se empiece con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries. La higiene bucal infantil es responsabilidad de los adultos, al menos hasta que el niño posea la habilidad motora adecuada para efectuar estos procedimientos, nunca antes de los 5 años. Se considera que el niño es autónomo a partir de los 8-10 años de edad, y a partir de este momento y hasta la adolescencia es recomendable una supervisión de su higiene oral nocturna. (p. 354).

Consultando la información disponible del sitio web de Palma et al.⁸⁹

(2010) puedo citar que: “Cuanto más temprano se empiece con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries. (p. 4).

⁸⁷Nahás, M., Schmitt, R. & Kim, S. (2009). *Salud bucal del bebé al adolescente*. República Federativa del Brasil: Editorial Santos.

⁸⁸Palma, C. et al. (2010). Guía de Orientación para la Salud Bucal en los Primeros Años de Vida. [En línea]. Consultado: [12, enero, 2015] Disponible en: <http://www.odontologiaparabebe.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>

Analizando la obra de Romanelli et al.⁹⁰ (2012) puedo conocer que: “Se necesita disgregar y barrer el biofilmsupragingival en la superficie dentaria”. (p. 30).

Examinando la obra de Prieto⁹¹ (2006) puedo citar que: "Es la ejecución de una serie de actividades para retirar residuos sobre superficies mediante la utilización de diferentes elementos. En la boca las superficies son los dientes y los elementos pueden ser los cepillos, crema, hilo, palillos, irrigadores y otros". (p. 3).

2.30.1. Hilo dental.

Investigando en la obra de Morales⁹² (2007) puedo conocer que:

Al igual que los cepillos interdentes, el hilo es un auxiliar importante en la limpieza diaria entre diente y diente. El hilo dental debe usarse en zonas donde los dientes están muy juntos y no dejan espacios. El hilo dental, por ser de seda, penetra hasta en los espacios más angostos. se encuentra con o sin cera, pero en realidad lo más importante es la frecuencia de uso. (p. 43).

Indagando la obra de Iglesias y Gutiérrez⁹³ (2009) puedo referenciar que:

El objetivo que se pretende al usar la seda dental es eliminar la placa interproximal, ya que con el cepillado existen pequeños espacios entre los dientes que no se pueden limpiar. Al utilizar esta, hay que evitar provocar daños o lesiones en las encías y el tejido periodontal. (p. 211).

⁸⁹Ibíd.

⁹⁰Romanelli, Hugo, et al. (2012). 1001 Tips en Periodoncia del Fundamento Biológico a la Práctica Clínica Paso a Paso. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca, Actualidades Médicas, C.A.

⁹¹Prieto, Janeth. (2006). Fundamentos de Ciencias Básicas. (1ª ed.). República de Colombia: Editorial Pontificada Universidad Javeriana.

⁹²Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

⁹³Iglesias, y Gutiérrez, (2009). Técnicas de Ayuda Odontológica/ Estomatológica. Reino de España: Editorial S.A. Editex.

Analizando la obra de Zerón⁹⁴ (2003) puedo conocer que:

Al igual que los cepillos interdentes, el hilo es un auxiliar importante en la limpieza diaria entre diente y diente. El hilo dental debe usarse en zonas donde los dientes están muy juntos y no dejan espacios. El hilo dental, por ser de seda, penetra hasta en los espacios más angostos. se encuentra con o sin cera, pero en realidad lo más importante es la frecuencia de uso (p. 43).

2.30.2. Pasta dental.

Analizando la obra de García⁹⁵ (2006) puedo referenciar que:

Son preparaciones que tienen por objeto ayudar a los cepillos dentales a remover los residuales de alimentos y placa dental. Suelen venir en forma de pasta o gel. Hoy en día podemos encontrar en el mercado una gran variedad de pastas dentales con composiciones diferentes y que cumplen, en muchos casos, perfectamente su cometido en la higiene bucal. La mayoría son las que podríamos denominar como normales, es decir, encaminadas a la limpieza de las superficies dentales y fortalecimiento del esmalte. Pero existen también otros tipos de pasta dentales destinadas a remediar o mejorar numerosas patologías bucales. Todos los dentífricos tienen en su composición componentes comunes. (p. 56).

2.30.3. Cepillo dental.

Estudiando la obra de Camargo y Guzman⁹⁶ (2007) puedo conocer que:

“Es un instrumento fundamental para el control mecánico de la biopelícula”.
(p. 278).

⁹⁴Zerón, Agustín. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías toda la Vida: Odontología para Pacientes. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Publicaciones y Fomento Editorial.

⁹⁵García, Carlos. (2006). Boca Sana: Concejos para el Mantenimiento y Mejora de la Salud Bucal. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Ripano.

⁹⁶Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). Periodoncia: Fundamentos de la Odontología. (2ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Considerando la obra de García⁹⁷ (2006) puedo referenciar que: “Es el instrumento que utilizamos para limpiar, mediante barrido o arrastre, los restos de alimento y la placa adherida a los dientes”. (p. 51).

Observando la obra de García y Gonzales⁹⁸ (2000) puedo citar que: “El objetivo final del cepillado es la eliminación de la placa bacteriana y los residuos alimentarios de los dientes y tejidos blandos”. (p. 430).

2.30.4. Técnicas de cepillado dental.

Comparando la obra de Morales⁹⁹ (2007) puedo conocer que:

La cabeza del cepillo se coloca paralela al plano oclusal. Las cerdas se colocan suavemente sobre el margen gingival formando un ángulo de 45 grados con respecto al eje mayor de la pieza; se ejerce una ligera presión vibratoria con el cepillo para que las fibras se introduzcan en el interior del surco gingival de las caras expuestas del diente e interproximalmente. El cepillo se activa con movimientos cortos hacia adelante y atrás sin separar las puntas de las cerdas del esmalte dental. El cepillado se lo realiza tanto en la arcada superior e inferior, tanto en caras externas como en caras internas. Este proceso se repite 20 veces. Esta técnica tiene la ventaja de tener movimientos fáciles y acción de limpieza cervical e interproximales donde la placa esta noctiva. (p. 110).

Razonando la obra de Sanchez y Palma¹⁰⁰ (2010) puedo citar que:

Técnica con movimiento rotatorio: descansa el método de fones, en el que se realizan una serie de movimientos circulares con el cepillo, manteniendo el mango paralelo a la línea de oclusión y las cerdas perpendiculares a la superficie de los dientes. Técnica con movimiento vibratorio: destaca el modo de Bass, que permite la remoción de la

⁹⁷García, Carlos. (2006). Boca Sana: Concejos para el Mantenimiento y Mejora de la Salud Bucal-Dental. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Ripano.

⁹⁸García, Carlos y Gonzales, Antonio. (2000). Tratado de Pediatría Social. (2ª ed.). Reino de España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

⁹⁹Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

¹⁰⁰Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2010). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (1ª ed.). República de España: Paraninfo.

placa del surco gingival. Las cerdas del cepillo sitúan en un ángulo de 45° en dirección del ápice del diente, en el fondo del surco gingival y se realizan movimientos vibratorios en sentido de un movimiento horizontal. (p. 180).

Investigando la obra de Romera¹⁰¹ (2013) puedo referenciar que:

Las diversas técnicas de cepillado se pueden clasificar en: Movimientos horizontales: horizontal o de restregado, es la más utilizada en niños y adolescentes, por ser la más fácil de realizar, puede producir recesiones gingivales, alteraciones de la unión amelocementaria y lesiones de desgaste en los cuellos de los dientes. Las cerdas se colocan en un ángulo de 90° y se realizan movimientos de vaivén. Movimientos verticales: vertical o de Leonardo, es útil para el adiestramiento infantil, como paso previo a la técnica de rotación y técnica de barrido, se coloca el cepillo con las cerdas hacia apical y se rota en dirección coronal. Este movimiento se realiza 10 veces por cada 2-3 dientes. (p. 283).

2.31. Elementos complementarios para la higiene bucal.

Examinando la obra de García¹⁰² (2006) puedo referenciar que:

Además del cepillo y la seda existen otro tipo de aparatos y artilugios que nos pueden ayudar a completar la higiene bucal y que, en determinados casos, pueden llegar a ser muy útiles. Cepillos interdentes: son pequeños cepillos de diferentes tamaños que permiten una eficaz limpieza de los espacios interdentes que están más abierto de lo normal. se pueden doblar para conseguir mejor adaptación. Palillos interdentes: especialmente indicados para eliminar restos de comida en aquellos espacios que ocasionan mayor retención. Estimulador interdental: tienen forma cónica y son de goma o plástico. Sirven para limpiar y estimular la papila interdental. Irrigadores dentales: proyecta presión sobre las encías y espacios interdentes. Limpiador de lengua: la lengua acumula gran cantidad de bacterias es conveniente cepillarla y rasparla bien con ese aparato. (p. 55).

¹⁰¹Romera, Amelia. (2013). Odontopediatra en Atención Primaria. Reinó de España: Editorial vértice, S.L.

¹⁰²García, Carlos. (2006). Boca Sana: Concejos para el Mantenimiento y Mejora de la Salud Buco- Dental. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Ripano.

2.32. Unidad de observación y análisis.

Las unidades de observación y análisis están constituidas por las pacientes embarazadas.

2.4. Variables.

2.4.1. Variables.

Manifestaciones gingivales.

Signos clínicos.

Grados de inflamación.

2.4.2. Matriz de operacionalización de las variables.

(Ver anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio de campo.

3.2. Nivel o tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.2.1. Métodos.

Para esta investigación se revisaron las historias clínicas que reposan en el centro de salud de las pacientes gestantes para obtener la edad y el trimestre de gestación. Además se realizó una ficha de observación para identificar signos clínicos de la encía y para ver el grado de inflamación gingival según la escala de Silness y Løes. (Ver anexo 2).

3.3. Técnicas.

Observación.

3.4. Instrumentos.

Matriz de hallazgos clínicos de la encía.

3.5. Población y muestra.

Estuvo constituida por el universo de estudio, 70 pacientes gestantes atendidas en el centro de salud Montecristi.

3.6. Muestra.

Se trabajó con todo el universo.

3.7. Recolección de la información.

La información se obtuvo por medio del examen clínico bucal que se les realizó a las pacientes gestantes del centro de salud Montecristi.

3.8. Procesamiento de la información.

La información estadística se la proceso con el software de cálculo “Microsoft office Excel 2010” del paquete informático “Microsoft Office 2010”. Los resultados se representaron mediante tablas y gráficos. Se utilizó las funciones de: frecuencias y tablas.

3.9. Ética.

A las personas que intervinieron en este estudio, se les consultó su participación voluntaria, se les informó en qué consiste el trabajo que se les iba a realizar, así como también se les dio a conocer que la información sería anónima y solo sería empleada con fines investigativos, se les hizo firmar un documento de consentimiento de su participación. (ver anexo 6).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación.

4.1. Análisis e interpretación de las encuestas dirigidas a las gestantes del Centro de Salud Montecristi.

Cuadro 1.

Hallazgos clínicos de la encía: color.

Color	Frecuencia	Porcentaje
Rosa Coral	15	21%
Rojo Brillante	28	40%
Purpura	27	39%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi, en el cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2, p. 67.

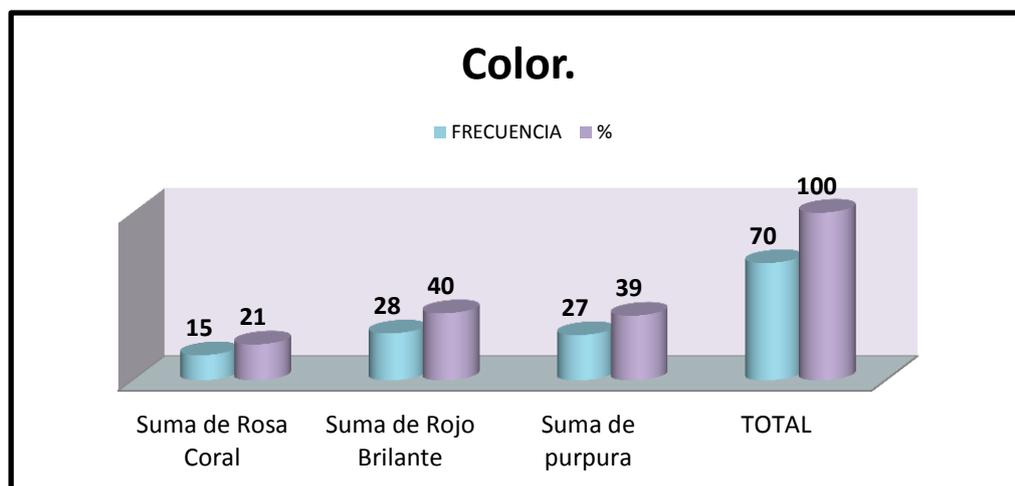


Gráfico N 1°: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, pp. 17-18.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 1, indica que del total de la muestra de 70 embarazadas, 21% de las gestantes presentan encía de color rosa coral, mientras que el 40% presenta encía de color rojo brillante y el 39% de las gestantes presentan encías color púrpura.

Comparando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza¹⁰³ (2010) podemos citar que:

El color de la encía insertada y marginal suele describirse como “rosa coral” y es producido por un suministro vascular, el grosor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos.

Investigando la obra de Bascones¹⁰⁴ (2010) podemos citar que:

El color se altera inicialmente en la patología gingival y periodontal. En condiciones normales es rosado coral, en función del aporte vascular. Es más rojo cuando la vascularización aumenta o disminuye la queratinización o el grosor del epitelio. Toda la inflamación crónica aumenta color rojizo que puede variar a un rojo azulado. El tono azulado se debe a la estasis venosa. (pp. 337 y 338).

¹⁰³Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

¹⁰⁴Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Cuadro 2.

Hallazgos clínicos de le encía: contorno.

Contorno	Frecuencia	Porcentaje
Festoneado	15	21%
Piramidal	44	63%
Filo de cuchillo	11	16%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi del cantón Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2. p. 67.

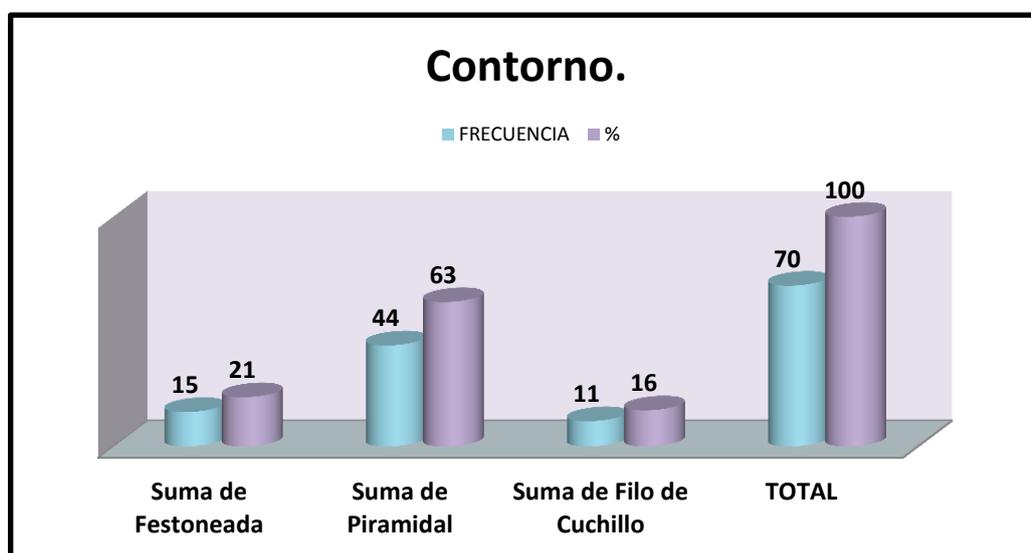


Gráfico N 2°: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, p.17.

Análisis e interpretación.

Como se observa en el cuadro 2, indica que del total de la muestra de 70 embarazadas, 21% de las gestantes presentan encías festoneadas, mientras que el 63% presenta la encía piramidal y el 16% de las gestantes presentan encías con un contorno filo de cuchillo.

Considerando la obra de Carranza, A¹⁰⁵ (1986) podemos citar que:

El contorno o forma de la encía varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en la arcada, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual. La encía marginal rodea los dientes en forma de collar y sigue las ondulaciones de la superficie vestibular y lingual. Forma una línea recta en dientes con superficies relativamente planas (p. 20).

Observando la obra de Lindhe¹⁰⁶ (2009) podemos conocer que:

El festoneado que rodea la pieza. La papila gingival llena los espacios interdentario mientras que el margen gingival termina en filo de cuchillo bordeando la pieza dentaria, gingivitis, edema del margen gingival se pierde el filo de cuchillo y la adaptación a la pieza dentaria; la papila toma forma bulbosa lo cual minimiza el festoneado tisular. (p. 406).

¹⁰⁵ Carranza, A (1986). Periodontología clínica de Glickman. (6^a ed.). México: Editorial copyright (p. 79).

¹⁰⁶ Lindhe, Jan. (2009). Periodontología clínica e Implantología Odontológica: tomo II. (5^a ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Cuadro 3.

Hallazgos clínicos de la encía: consistencia.

Consistencia	Frecuencia	Porcentaje
Firme	17	24%
Blanda	7	10%
Edema	46	66%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi del cantón Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2, p. 67.

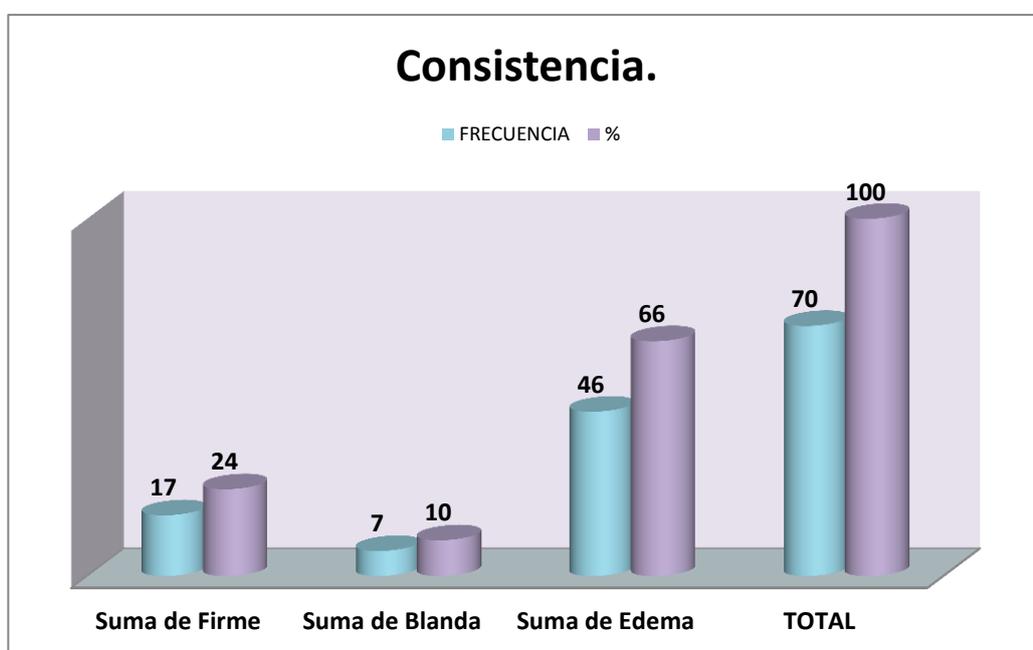


Gráfico N 3°: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi
Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, pp. 18-19.

Análisis e interpretación.

Se observa en el gráfico 3, que del total de la muestra de 70 embarazadas, 24% de las gestantes presentan encías firmes, mientras que el 10% presenta la encía con una consistencia blanda y el 66% de las gestantes presentan encías con edema.

Indagando la obra de Bascones, A¹⁰⁷ (2009) podemos referenciar que: “consistencia, que en condiciones normales es firme y su textura es punteada. La presencia de inflamación (edema) de una encía blanda y depresible con pérdida del punteado característico (textura brillante o rugosa)” (p. 338).

Analizando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza¹⁰⁸ (2010) podemos citar que: “La Consistencia: la encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, y esta insertada con firmeza en el hueso”. (p. 62).

¹⁰⁷ Bascones, A. (2009). Medicina Bucal. Barcelona ciudad de España: Editorial avances Médico-Dentales, S.L.

¹⁰⁸ Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Cuadro 4.

Hallazgos clínicos de la encía: textura.

Textura	Frecuencia	Porcentaje
Punteada	16	23%
Cascara de Naranja	20	29%
Lisas	34	48%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi del cantón Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2. p. 67.

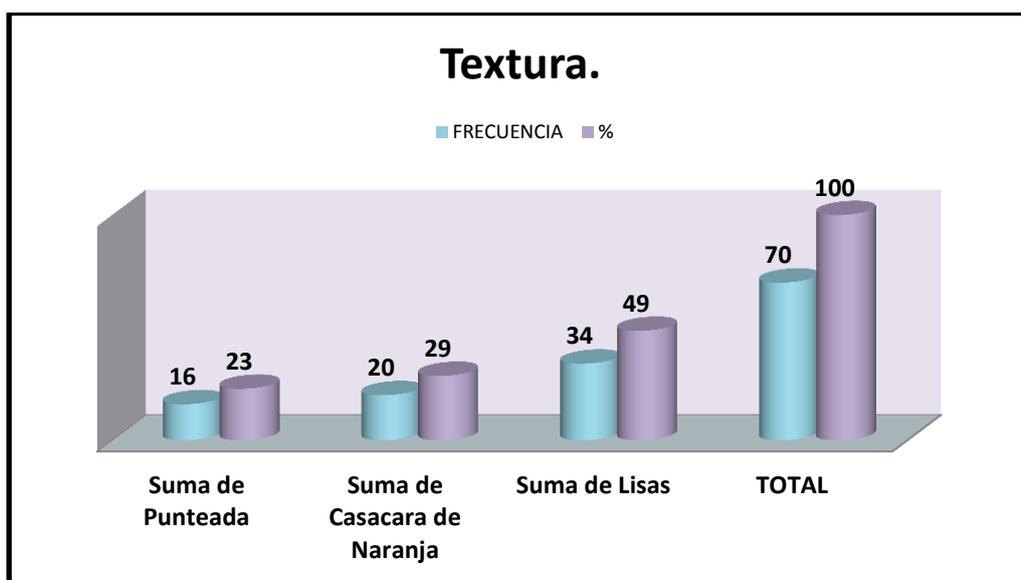


Gráfico N 4º: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, p. 19.

Análisis e interpretación.

Como podemos observar en el gráfico 4, que nos indica que del total de la muestra de 70 embarazadas, 23% de las gestantes presentan encías con una textura punteada, mientras que el 29% presenta la encía con una textura de cascara de naranja y el 48% de las gestantes presentas encías con textura lisa.

Investigando la obra de Castilla y León¹⁰⁹(2006) podemos citar que: " La encía normal es rosa coral, con una textura superficial variablemente punteada (piel de naranja); este punteado se debe a la inserción de haces de fibras colágenos desde la membrana basal al periostio". (p.36)

Indagando en la obra de Glickman¹¹⁰ (1993) podemos referenciar que: "La inflamación crónica hace desaparecer el punteado y lo reemplaza por una superficie lisa y brillante." (p. 109).

¹⁰⁹Castilla y León. (2006). Higienistas Dentales. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad, S.L.

¹¹⁰Fermin A. Carranza, Irving Glickman. (1993). Periodoncia Clínica de Glickman. . (7ª ed.). Nueva Editorial Interamericana

Cuadro 5.

Hallazgos clínicos de la encía: tamaño.

Tamaño	Frecuencia	Porcentaje
Hipertrofia	40	57%
Normal	19	27%
Hipoplasia	11	16%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi en el cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2, p. 67.

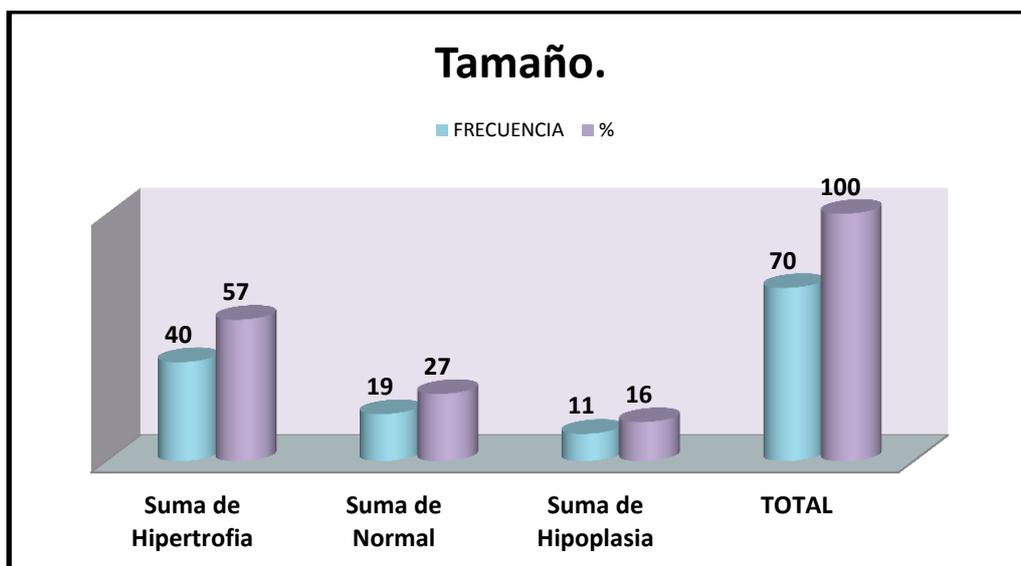


Gráfico N 5°: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, pp. 19-20.

Análisis e interpretación.

El cuadro 5, indica que del total de la muestra de 70 embarazadas, 57% de las gestantes presentan hipertrofia en las encías, mientras que el 27% presenta la encía de tamaño normal y el 16% de las gestantes presentan encías con hipoplasia gingival.

Examinando la obra de Bascones¹¹¹ (2010) podemos conocer que: “el tamaño, puede cubrir parte o toda la corona del diente, creando bolsas falsas o relativas. Es frecuente ver esta hipertrofia gingival en las enfermedades gingivales y periodontales y en enfermos que toman hidantoínas”. (p. 338).

Estudiando la obra de Zerón, A¹¹² (2003) podemos referenciar que: “Cuando falta o esta agrandada la papila se debe sospechar también alguna enfermedad, más aun si se observa sangrado, sobre todo al cepillarnos los dientes” (p. 25).

Indagando la obra de López & Gómez¹¹³ (2011), se puede referenciar que:

Hiperplasia Gingival y Edema. Un cambio relacionado que en la microbiota oral promueve el crecimiento de bacterias asociados a la gingivitis.

¹¹¹Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3 Ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

¹¹²Zerón, A. (2003). Como conservar sus dientes y encías toda la vida: odontología para pacientes. (1 ed.). México: UNAM.

¹¹³López, N. & Gómez, R. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: Una guía para el clínico*. República de Colombia: Editorial Producción Gráfica.

Cuadro 6.

Hallazgos clínicos de la encía: sangrado.

Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	33	47%
Sangrado al sondaje	28	40%
Sangrado espontaneo	9	13%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi del catón Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2, p. 67.

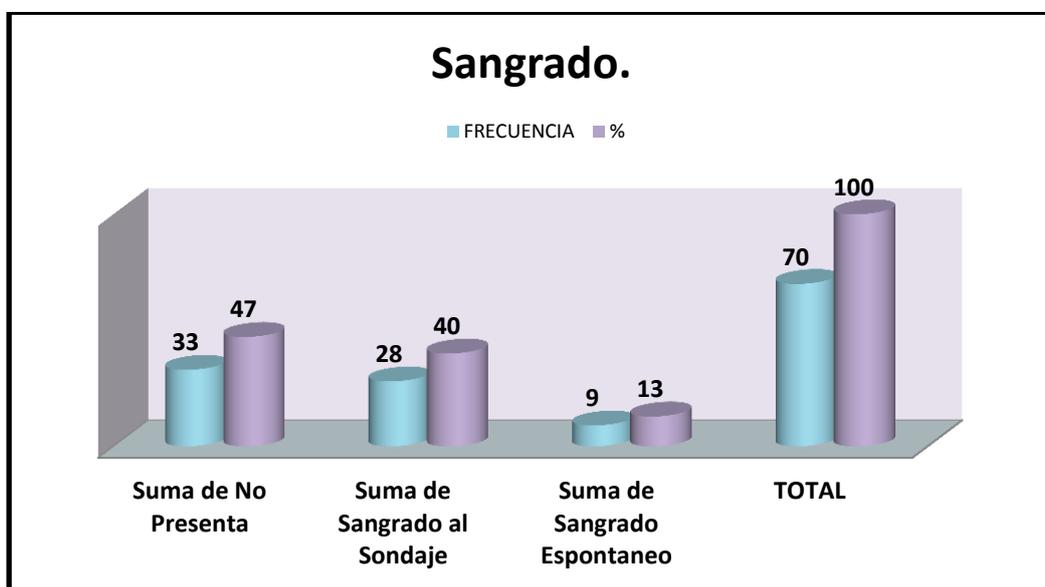


Gráfico N 6°: :Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, p. 22.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 6, se indica que del total de la muestra de 70 embarazadas, 47% de las embarazadas no presentan sangrando al sondaje, mientras que el 40% presenta sangrado al sondaje y el 13% de las gestantes presentas un sangrado espontáneo.

Según lo consultado en la obra de Eley, Soory y Manson¹¹⁴ (2010) podemos conocer lo siguiente:

El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suele n atribuirle importancia e incluso lo consideran de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología. Es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal. El sangrado es en el sondaje, se a utilizado como signo de actividad de la enfermedad, pero como ya se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede sustituir el resultado de un examen no juicioso. Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontaneo. El paciente percibe el sabor a sangre, que también se puede notar en el olor del aliento. Si la respuesta del tejido es de sobrecrecimiento fibroso, no existe sangrado ni incluso con una cepillada de dientes fuerte. (pp. 163 - 165).

Examinando la obra de Laufer, et al.¹¹⁵ (2007) puedo conocer que:

Las encías se pueden tornar hipertróficas e hiperemicas; tiene consistencia esponjosa y friable, de forma que sangran fácilmente. (p. 150).

¹¹⁴Eley, Soory M. y Manson J. (2010). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier.

¹¹⁵Laufer, et al. (2007). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. (9ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual Moderno S.A.

Cuadro 7.

Índice de inflamación gingival de las embarazadas del Centro de Salud Montecristi.

Índice de inflamación gingival.	Frecuencia	Porcentaje
Normal (grado 0)	16	23%
Leve (grado 1)	17	24%
Moderada (grado 2)	28	40%
Severa (grado 3)	9	13%
TOTAL	70	100%

Nota: Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizado en las embarazadas del tercer trimestre de gestación gestantes del Centro de Salud Montecristi del cantón Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Anexo 2, p. 67.

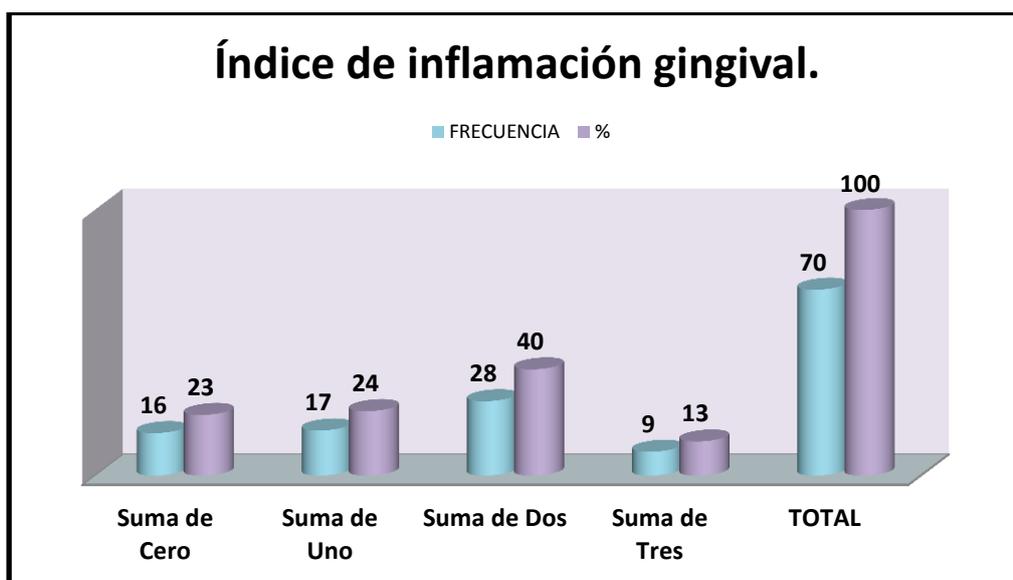


Gráfico N 7 Ficha de observación de hallazgos clínicos de la encía realizada a pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi, del cantón Montecristi.

Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava, autora de la tesis. Cap. IV, p. 23.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 7, indica que del total de la muestra de 70 embarazadas, 23% de las embarazadas no presentaron inflamación gingival, mientras que el 24% presentaron gingivitis leve (grado 1), el 40% de las gestantes presento una gingivitis moderada (grado 2) y el 13% restante presentó una gingivitis severa (grado3).

Comparando la obra de Bascones¹¹⁶ (2009) puedo referenciar que:

Índice de la alteración del aspecto gingival.

0: encía normal.

1: gingivitis leve: cuando hay cambio de color y pequeño cambio de textura.

2: gingivitis moderada: brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la presión.

3: gingivitis severa: gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontaneo y ulceración. (p. 174).

¹¹⁶Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Según el estudio realizado a las embarazadas del tercer trimestre de gestación que acuden al Centro de Salud Montecristi, en la ficha de hallazgos clínicos se identificó que en relación al color un 79% presentó alteración, siendo un 40% rojo brillante y un 39% purpura; en relación al contorno un 63% presentó un contorno piramidal y un 16% filo de cuchillo; existe un índice con cambios en la consistencia de la encía, un 66% de encías edematizadas; en relación a la textura un 48% presentó una textura lisa; en cuanto al tamaño un 57% presentó encías con hipertrofia; además un 40% presentó sangrado al sondaje. Se determinó que las pacientes embarazadas en un 40% según el índice del Silness y Løes presenta un grado 2 lo que corresponde a una inflamación moderada.

5.2. Recomendaciones.

Promover el programa de prevención del Ministerio de Salud Pública, brindando tratamiento y rehabilitación al grupo prioritario de gestantes que se atienden en el Centro de Salud Montecristi, realizando controles odontológicos después del programa preventivo.

Realizar charlas sobre la importancia que los controles odontológicos tienen durante la etapa de gestación para la prevención de afecciones bucodentales.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Fortalecimiento de la importancia que tiene el control odontológico en la etapa de vida gestacional a las embarazadas que asisten al Centro de Salud Montecristi.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Fecha de inicio: miércoles 4 de marzo.

Fecha de Finalización: martes 10 de marzo.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

Los beneficiarios directos están constituidos por las embarazadas del Centro de Salud Montecristi; y los beneficiarios indirectos lo conforman el personal que atiende en el Centro de Salud Montecristi, los pacientes que acuden al centro de salud y sus familiares.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

El Centro de Salud Montecristi se encuentra ubicado en la cabecera cantonal de Montecristi, provincia de Manabí, a una cuadra de la avenida principal Metropolitana. Limita al norte con la calle Francisco Cuadros, al sur

casa de la familia Toro Chávez, al este con la calle 9 de Julio y al oeste la calle Eloy Alfaro.

6.2. Justificación.

Según la investigación de campo realizada a las embarazadas del Centro de Salud Montecristi, se ha observado que existe índice de inflamación gingival lo cual se debe a una escasa información y conocimiento sobre la importancia que tiene el control odontológico durante el embarazo. Él embarazo es una etapa en la cual el cuerpo de la mujer experimenta grandes cambios a nivel de todo su organismo, por lo que debe tener varias consideraciones y controles especiales, tanto médicos como odontológicos.

Es muy importante para la salud de la embarazada, controlar su salud bucodental, ya que durante el embarazo cualquier afección en boca y sobre todo en la encía se acentúa por los cambios hormonales que durante este periodo se presenta, pudiendo no solo afectar a su salud oral, sino también al feto en desarrollo.

6.3. Marco institucional.

Reseña histórica.

Antes de existir el Ministerio de Salud Pública, se creó en base legal el Plan Tripartito de Operaciones para un programa de Desarrollo integral de los Servicios de Salud en el Ecuador, entre el Gobierno Nacional, La organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). Es así que se creó el Plan Integral de Salud de Manabí

(P.I.S.M.A), el 25 de junio de 1965 como una institución de Derecho Público con finalidad social, cuyos financiamientos dependerían de los fondos asignados en el Presupuesto General de Estado de dependencia directa del Servicio Sanitario Nacional. En nuestra provincia de mentalizador y fundador de este plan con las siglas P.I.S.M.A fue el médico salubrista Dr. Francisco Vásquez Balda (MPH), designado como primer director.

El Centro de Salud Montecristi fue creado como P.I.S.M.A en el año 1965 por el distinguido profesor salubrista Dr. Francisco Vásquez Balda, ubicado en el centro de la ciudad. Su terreno fue adquirido por donación del señor Carlos Augusto Paredes Mero el 1 de noviembre de 1965.

En junio de 1998 empezó un Proyecto de Mejoramiento del área física del Centro de Salud Montecristi, con hormigón armado, terminado la obra en noviembre y en diciembre del mismo año, las autoridades de Salud entregan materiales y equipos para su funcionamiento inmediato.

La Ilustre Municipalidad del cantón Montecristi, estructura un Centro Materno en la parte posterior del Centro de Salud Montecristi, con el objeto de brindar atención al binomio madre e hijo durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido.

El 5 de abril de 1999 el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Montecristi aprueba en comodato, otorgar la estructura física del Centro Materno Infantil a favor de la Dirección Provincial de Salud de Manabí,

representado en ese tiempo por el Dr. Melitón García Cañarte, el 23 de octubre de 1999.

Su misión de muchos años era contar con un Centro Materno Infantil, el cual se logra cristalizar el 13 de abril del 2008, donde se realiza la inauguración oficial contando con la presencia de las autoridades de salud.

El gobierno liderado por el Economista Rafael Correa Delgado (2008), a través del Ministerio de Salud Pública y su slogan: La salud ya es de todos, contrata a tres Equipos EBAS (Equipos Básicos de Atención de la Salud), conformado por Médicos y enfermeras y con el apoyo de la Ilustre Municipalidad con personal de limpieza y guardianía, se inicia la atención a la ciudadanía del 25 de abril de 2008, con turnos rotativos de 24 horas interrumpidas, denominando a la unidad de salud como Centro de atención de 24 horas, no solo para dar atención a la parturienta y al recién nacido, sino para cubrir las necesidades de emergencias y a la demanda espontánea. Se cuenta con el siguiente personal: 3 médicos tratantes, 1 obstetra, 3 licenciados de enfermería, 2 auxiliares de limpieza, 3 guardias y 3 choferes.

A partir del año 2009 los Equipos EBAS se les denominan MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud) y dos de ellos pasan a trabajar en la consulta externa y el tercer equipo fue reubicado en otra unidad operativa del Área de Salud N° 2, deciden cerrar la maternidad debido a la poca demanda en la atención de parto.

La Dirección Distrital de Salud 2 hace reubicación a otras unidades operativas del personal de medicatura rural que venía laborando en esta maternidad; es así que a partir del 15 de febrero de 2011 esta unidad funciona nuevamente con el nombre Centro de Salud Montecristi con un horario de atención de 8 horas diarias de lunes a viernes.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Instruir a las embarazadas del Centro de Salud Motecristi sobre la importancia de los controles odontológicos durante el embarazo.

6.4.2. Objetivos específicos.

Concientizar a las gestantes que acuden al Centro de Salud Montecristi, sobre la importancia de los controles odontológicos y las consecuencias de estas si no se realizan periódicamente durante el embarazo.

Incentivar a las embarazadas del tercer trimestre de gestación del Centro de Salud Montecristi acerca en el cuidado y prevención de la salud oral.

6.5. Descripción de la propuesta.

La propuesta consiste en desarrollar charlas educativas dirigidas a las embarazadas del tercer trimestre que se atienden en el Centro de Salud Montecristi, además al personal de trabajo como son: médicos, odontólogo y obstetras; con el fin de concientizar y contribuir con el conocimiento de la

importancia de los controles odontológicos durante el embarazo y las consecuencias que podría tener la falta de los mismos.

Para el cumplimiento de esta propuesta se entregaran trípticos a las embarazadas con información sobre las posibles complicaciones que podrían prevenirse, con controles odontológicos y una buena higiene oral, además se entregó una gigantografía que reposará en el Centro de Salud.

6.6. Diseño metodológico.

Para el desarrollo de esta propuesta, se consideraron 2 etapas:

Primera etapa. Socialización de la propuesta con el director responsable del Centro de salud Montecristi, para dar a conocer la propuesta.

Segunda etapa. Realizar charlas educativas a las pacientes embarazadas y al personal que labora en esta institución, con los siguientes temas: Problemas bucodentales durante el embarazo y la importancia de los controles odontológicos durante la etapa de gestación; también se realizó la entrega de una gigantografía y trípticos educativos.

6.7. Sostenibilidad.

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con la colaboración del director del centro de salud y el personal de trabajo, quienes ayudarán a la difusión de los conocimientos otorgados, a las embarazadas que asisten a este centro de salud, además se cuenta con el apoyo de las gestantes, las cuales se

comprometen a cumplir todas las recomendaciones y así poder mejorar su salud oral.

6.8. Actividades.

Cuadro 8. Cronograma de la propuesta.

Actividad	Marzo			
	4	4	9	10
Socialización de la propuesta con el director de Centro de Salud Montecristi.	X			
Socialización de la propuesta con la odontóloga del centro de Salud Montecristi.		X		
Charlas educativas sobre Problemas bucodentales durante el embarazo. Con la participación de las embarazadas y la odontóloga.			X	
Charlas educativas sobre la importancia de los controles odontológicos durante la etapa de gestación. Con la participación de las embarazadas y la odontóloga				X
Entrega de trípticos y banner a las embarazadas del Centro de Salud Montecristi.				X

Nota: Cronograma de actividades de la propuesta. Realizado por la Autora de la tesis. Cap. VI.

p.72.

6.9. Recursos.

6.9.1. Humanos.

Embarazadas del tercer trimestre de gestación que acuden al Centro de Salud Montecristi.

Director del Centro de Salud Montecristi.

Odontóloga del Centro de Salud Montecristi.

Autora de la investigación.

6.9.2. Técnicos.

Cámara fotográfica, computadora, infocus, pen drive, impresora.

6.9.3. Materiales.

Gigantografía.

Trípticos.

Copias

6.9.4. Financieros.

Esta propuesta está financiada en su totalidad por la autora de la misma.

6.10. Presupuesto.

Cuadro 9. Presupuesto de la propuesta

Actividad	Recursos	Cantidad	v unit	v. total	Financiar
Diseño tríptico	Diseñador grafico	1	5.00	5.00	Autora
Impresiones trípticos	Blanco y negro	100	0.10	10.00	Autora
Diseño y elaboración del banner	Diseñador grafico	1	35.00	35.00	Autora
Viáticos				20.00	Autora
Total				70.00	Autora

Nota: Presupuesto de la propuesta. Realizado por autora de esta tesis. Cap. VI. p. 74.

Anexo # 1.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Definición	Indicador
Edad de los pacientes	Cuantitativa discreta	Grupos Etarios	Años cumplidos.	Media Mediana Desviación estándar
Hallazgos Clínicos de la Encía	Cualitativa nominal	Color	Rosada coral, rojo brillante, púrpura.	Frecuencia absoluta Porcentaje
		Forma	Festoneada, piramidal, edema	
		Tamaño	Normal, hiperplasia, hipoplasia	
		Textura	Punteada, cascara de naranja, lisas.	
		Consistencia	Firme , blanda, edema.	
		Sangrado	Sangrado al sondaje, sangrado espontaneo y hemorragia.	
Inflamación gingival	Cualitativa Nominal	Índice de Loes.	0: no hay inflamación visible. 1: Inflamación leve, cambio de color, edema leve, no sangra al sondaje. 2: Inflamación moderada, encía roja, brillante, edematizadas, sangra al sondaje. 3: inflamación severa, marcado aumento de color y edema, ulceración, tendencia a hemorragia espontanea.	Frecuencia absoluta Porcentaje

Anexo 2



Carrera de Odontología

N° de Ficha: _____ Edad _____

Tel: _____ Dirección: _____

Ficha de Hallazgos Clínicos de la Encía.			
Color.	Rosa coral.	Rojo brillante.	Purpura.
Contorno o forma.	Festoneada.	Piramidal	Filo de chuchillo.
Consistencia o forma.	Firme.	Blanda.	Edema.
Textura.	Punteada.	Cascara de naranja.	Lisas.
Tamaño.	Hipertrofia.	Normal.	Hipoplasia.
Sangrado	Sangrado al sondaje.	Sangrado espontaneo.	Hemorragia.

Índice de inflamación gingival.
0
1
2
3

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante

Con residencia en:

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Manifestaciones gingivales en pacientes embarazadas en el tercer trimestre de gestación en el Centro de Salud Montecristi. La investigadora, del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Independientemente de esto me ha entregado una copia del documento de información para la participación en el estudio. Después de consultarlo, accedo a cooperar con la investigadora. Estoy de acuerdo con que mis datos personales, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación. Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades médicas y por la investigadora. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Firma de la paciente

Firma del Estudiante.

Anexo 4



Gráfico N° 8. Vista exterior de la infraestructura del Centro de Salud Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 70.



Gráfico N° 9. Examen clínico a las embarazadas del tercer trimestre del Centro de Salud Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 70.



Gráfico N° 10. Observación de las manifestaciones gingivales en las embarazadas del tercer trimestre del Centro de Salud Montecristi.
Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 71.



Gráfico N° 11. Examen clínico a las embarazadas del tercer trimestre del Centro de Salud Montecristi.
Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 71.



Gráfico N° 12. Charlas educativas sobre Problemas bucodentales durante el embarazo. Con la participación de las embarazadas y la odontóloga.
Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 72.



Gráfico N° 13. Charlas educativas sobre la importancia de los controles odontológicos durante la etapa de gestación.
Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 72.



Gráfico N° 14. Entrega del Banner al director del Centro de Salud Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 73.



Gráfico N° 15. Entrega de trípticos a las embarazadas del Centro de Salud Montecristi. Realizado por Daniela Mercedes Morales Álava la Autora de la tesis. Anexo 4. p. 73.

Embarazo y Odontología

- El embarazo no descalcifica los dientes.
- La dosis de radiación dental que se emplea no causa daño (por seguridad utilizamos mandil de plomo).
- Los medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos como los tipo amida (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal.
- No utilizamos anestésicos tipo ester (prilocaína) porque podemos provocarle síndrome de "metahemoglobinemia" por la acción del metabolito final de dicho anestésico.




Tesis de grado titulada:
Planificación programada en las embarazadas del tercer trimestre de gestación de Centro de Salud Montecristi.

DANIELA MORALES ALAYA.

¿CÓMO CUIDAR TU SALUD ORAL?

VISITA A TU ODONTÓLOGO SI ESTAS EMBARAZADA

CUIDA TU SALUD DENTAL Y LA SALUD DE TU BEBE.



Controles odontológicos.

Primer trimestre

Control de placa
Instrucciones de higiene oral
Profilaxis y curetajes simples
Tratamientos de emergencia solamente

Segundo trimestre

Control de placa
Instrucciones de higiene oral
Profilaxis y curetajes simples
Tratamiento dental de rutina

Tercer trimestre

Control de placa
Instrucciones de higiene oral
Profilaxis y curetajes simples
Tratamiento dental de emergencia solamente

Problemas dentales durante el embarazo

Estar embarazada es un estado donde la felicidad gira alrededor de la madre, pero a veces es difícil que ella se sienta a gusto con su sonrisa. Los constantes problemas dentales que se dan durante este periodo le causan molestia y dolor, lo importante es acudir al dentista.

A continuación, detallaremos las principales complicaciones dentales que se dan durante el embarazo:

Caries
Las caries se producen principalmente por el cambio que hace la madre en su dieta. Al consumir mayor cantidad de dulces y golosinas, producto de los conocidos "antojos" y de prevenir las náuseas propias del primer trimestre, aumenta la placa bacteriana y aparecen nuevas caries. Esto se puede disminuir, teniendo una correcta limpieza bucal.

Gingivitis
Algo común durante este periodo, es la inflamación de las encías o gingivitis. Es probable que se infecten y que se sienta un poco de molestia, especialmente al momento de cepillar los dientes o pasar hilo dental. Ocasionalmente puede que las encías sangren.
Esta desagradable situación se debe a los cambios hormonales que se dan en el embarazo. Al tener un mayor flujo de sangre por el cuerpo, las encías se inflaman y provocan el malestar.

Es primordial tener controles con el dentista, ya que de esta forma se evitarán posibles infecciones que afecten al bebé.

Erosiones en el esmalte dentario
Se presentan algunas situaciones de desgaste en las piezas dentales, las que se dan principalmente por las náuseas y vómitos. Esto crea dientes sensibles al frío y a las comidas ácidas. Para apaciguar un poco este problema, se pueden usar enjuagues a base de fluor neutro o sin alcohol, siempre recomendados por el dentista. Pero la mayoría de las mujeres no tiene mucha tolerancia a este producto, debido a las náuseas que provoca.

Salivación
También llamada sialorrea, se da en el primer trimestre y se origina por los constantes cambios y el exceso de hormonas. Se puede disminuir, cepillándose los dientes con pasta mentolada, enjuagues bucales o masticando un chicle de menta. Es común que este síntoma desaparezca luego de los primeros tres meses.



Gráfico 16. Diseño de tríptico realizado por la autora de la tesis. Anexo 9. p.90.

BIBLIOGRAFÍA.

Bain, S., Hamburger, J. & Scully, C. (2012). *Guía médica para la consulta dental*. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca.

Bascones, A. (2009). *Medicina Bucal*. Barcelona ciudad de España: Editorial avances Médico-Dentales, S.L.

Bascones, Antonio. (2010). *Medicina Bucal*. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Bodiázhina, V. (1988). *Manual de Obstetricia*. Rusia: Editorial Mir Moscú.

Botella, José. (1966). *Endocrinología de la Mujer*. (4ª ed.). Reino de España: Editorial Científico Médica.

Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). *Periodoncia: fundamentos de la Odontología*. (2ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Carranza, A y Sznajder, G. (1996). *Compendio de Periodoncia*. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Panamericana, S.A.

Chicharro, J y Mojares, L. (2008). *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Cordier, G., Lézy, J. & Vacher, C. (2014). *Estomatología y embarazo*. República de Francia: EMC Ginecología Obstetricia.

De Benoist, B., McLean, E., Egli, I. & Cogswell, M. (2012). *Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia*. Confederación Suiza: Organización Mundial de la salud.

Echeverría, G y Echeverría, M. (2007). Manual de Periodoncia. Reino de España: Editorial Ergon.

Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

[Fermin A. Carranza](#), [Irving Glickman](#). (1993). Periodoncia Clínica de Glickman. . (7ª ed.). Nueva Editorial Interamericana

García, Carlos y Gonzales, Antonio. (2000). Tratado de Pediatría Social. (2ª ed.). Reino de España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

García, Carlos. (2006). Boca Sana: Concejos para el Mantenimiento y Mejora de la Salud Bucodental. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Ripano.

Gómez, Elsa y Campos, Antonio. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.

Gonzales, et al. (2008). Obstetricia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Masson.

Guyton, A. (2011). *Tratado de fisiología médica*. Reino de España: Editorial Elsevier.

Iglesias, y Gutiérrez, (2009). Técnicas de Ayuda Odontológica/ Estomatológica. Reino de España: Editorial S.A. Editex.

Lambrou et al. (2001). Ginecología y Obstetricia. Reino de España: Marbán Libros, S.L.

Laufer, et al. (2007). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. (9ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Manual Moderno S.A.

López, N. & Gómez, R. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: Una guía para el clínico*. República de Colombia: Editorial Producción Gráfica.

Morales, Fernando. (2007). *Temas Prácticos en Geriatria y Gerontología: Tomo III*. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial Euned.

Nahás, M., Schmitt, R. & Kim, S. (2009). *Salud bucal del bebé al adolescente*. República Federativa del Brasil: Editorial Santos.

Nassif y Kekliklián. (2008). *Obstetricia: Fundamentos y Enfoque Práctico*. (6ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Navarro, Carlos. (2008). *Cirugía Oral*. Reino de España: Ediciones Arán, S.L.

Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. (10ª ed.). Reino de ¹Linhe, Lang y Karring. (2009). *Peridontologia Clínica e implantología Odontológica*. (5ªed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Pire, L. (2009). *El gran libro de las dietas*. Reino de España: Ediciones Nobel.

Prieto, Janeth. (2006). *Fundamentos de Ciencias Básicas*. (1ª ed.). República de Colombia: Editorial Pontificada Universidad Javeriana.

Rivas, M., Várez, Z. & Alguacil, M. (2013). *Salud bucodental en la mujer gestante. Una revisión de la bibliografía*. Reino de España: Complejo Hospitalario de Jaén, Servicio.

Rodríguez, Manuel y Magro, Simón. (2008). Bases de la Alimentación Humana. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Netbiblo, S.L.

Romanelli, Hugo et al. (2012). 1001 Tips en Periodoncia del Fundamento Biológico a la Práctica Clínica Paso a Paso. República Bolivariana de Venezuela: Editorial Amolca, Actualidades Médicas, C.A.

Romera, Amelia. (2013). Odontopediatra en Atención Primaria. Reinó de España: Editorial vértice, S.L.

Rossi, Horacio y Cuniberti de Rossi, Nélica. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2010). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (1ª ed.). República de España: Paraninfo.

Schawarczs, Ricardo, et al. (2008). Obstetricia. (6ª ed.). República de Argentina: Editorial Ateneo.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2010). *Guía de práctica clínica en salud oral*. República de Colombia: Institución Universitaria Colegios de Colombia.

Smolen, M. (2000). La Agenda para el Embarazo. Reino de España: Editorial Amat.

Stoppard, Miriam. (2000). Nuevo Libro del Embarazo y Nacimiento: Guía Práctica y Completa para Todos los Futuros Padres. República de Colombia: Editorial Norma, S.A.

Taylor, E. (1979). Obstetricia de Beck. (10ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Interamericana, S.A. de C.V.

Tortora, Funke y Case. (2007). Introducción a la Microbiología. (9ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Zerón, A. (2003). Como conservar sus dientes y encías toda la vida: odontología para pacientes. (1 ed.). México: Unam.

Sitios web consultados

Revista Científica de Odontología Sanmarquina (2002). El periodonto y la mujer: Una relación para toda la vida

[En línea]. Consultado: [09, marzo, 2015] Disponible en:<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3602>

Revista Cubana de Estomatología. (2007). Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo.[En línea]. Consultado: [09, marzo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400006

Asociación de institutos de Biopatología Andina. (1994). Gingivitis en Gestantes y Puerperas de Altura y del Nivel del Mar. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_andina/v03_n2/gingivitis.htm

Betancourt, et al. (2007). Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400006

Farfán, et al. (2010). Odontología. [En línea]. Consultado: [4, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.uce.edu.ec/documents/22836/268419/REVISTA%202010.pdf>

The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital.(2014). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04741>.

Purizaca, M. (2010). *Modificaciones fisiológicas en el embarazo*. [En línea]. Consultado: [12, enero, 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf

Cordier, G., Lézy, J. &Vacher, C. (2014). *Estomatología y embarazo*. [En línea]. Consultado: [23, marzo, 2014] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X14668648>

Sotomayor, J. (2012). *Nivel de conocimiento en prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos*. [En línea]. Consultado: [8, enero, 2015] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a04v15n1.pdf

Palma, C et al. (2010). *Guía de Orientación para la Salud Bucal en los Primeros Años de Vida*. [En línea]. Consultado: [12, enero, 2015] Disponible en: <http://www.odontologiaparabebes.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>