



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD
ORAL USANDO EL INDICE DE SALUD ORAL
GENERAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA,
DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES,
PROVINCIA DE LIMA, DURANTE EL SEGUNDO
TRIMESTRE DEL 2016**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

DIEGO HINOSTROZA NOREÑA

Lima - Perú

2016

Asesor

Mg. Esp. Cesar del Castillo López

Departamento Académico de Odontología Social

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Dr. Roberto León Manco
Secretario : Dra. Tania Ariza Fritas
Miembro : Dr. Francisco Orejuela Ramírez

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 24 de noviembre del 2016

CALIFICATIVO : Aprobado

DEDICATORIA

A mi familia y a mi muy pronto novia Gabriela, siendo mi motivación continúa y permitiéndome continuar mi trabajo cada vez que tomaba mis pequeños descansos.

AGRADECIMIENTO

- A mi familia por siempre estar al tanto de mis avances y siempre motivarme a terminar mi tesis.
- A mi amada Gabriela por no dejarme distraerme y perder el tiempo.
- A mis amigos por comprenderme y dejarme terminar mi trabajo y celebrar después.
- A mi asesor por ser paciente y eficiente para dar indicaciones.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) haciendo uso del Índice de Salud Oral General (GOHAI), en gestantes mayores de 18 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima, durante el segundo trimestre del 2016. **Materiales y Métodos:** La muestra del estudio fueron 292 gestantes, quienes fueron encuestadas mediante el GOHAI, instrumento que evalúa la autopercepción de calidad de vida del encuestado, analizando la variable calidad de vida relacionada a la salud oral y covariables como edad y nivel de instrucción; se realizó una base de datos y posteriormente analizados mediante el programa SPSS 23.0. **Resultados:** El 80.1% de las gestantes consideran su calidad de vida como baja, sin importar la edad o el nivel de instrucción, debido que en ambos grupos más de la mitad de las participantes perciben así su calidad de vida, 19.2% la perciben moderada y finalmente solo 0.7% de las gestantes (n=2) la perciben su calidad de vida relacionada a la salud bucal como alta; se encontró una asociación estadísticamente significativa en las co-variables edad y nivel de instrucción ($p=0.048$ y $p=0.025$), siendo la función dolor el área más importante en este estudio, debido a altos porcentajes en factores como sensibilidad dentaria o molestias alrededor de los dientes. **Conclusiones:** La percepción de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) de las gestantes que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) haciendo uso del GOHAI es baja (n=234) y tanto la edad como el nivel de instrucción son características que influyen directamente en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Mujeres Embarazadas, Calidad de Vida, Autopercepción, Encuestas de Salud Bucal

ABSTRACT

Objective: To determine the level of quality of life related to oral health (CVRSO) using Index General Oral Health (GOHAI) in pregnant women over 18 who came to the National Hospital Cayetano Heredia in the district of San Martin de Porres, province of Lima, during the second quarter of 2016. **Materials and Methods:** The study sample were 292 pregnant women who were surveyed by GOHAI instrument that assesses self-perceived quality of life of the respondent, analyzing the variable quality of life related to oral health and covariates such as age and level of education; It was performed a database and then analyzed using SPSS 23.0 program. **Results:** 80.1% of pregnant women consider their quality of life as low, regardless of age or level of education, due to in both groups more than half of the participants perceived that way their quality of life, 19.2% perceived moderate and finally only 0.7% of pregnant women (n=2) perceive their quality of life related to oral health as high; A statistically significant association in the covariates age and level of education ($p = 0.048$ and $p = 0.025$) was found, the function pain the most important area in this study, because of high rates on factors such as tooth sensitivity or discomfort around the teeth. **Conclusions:** The perception of quality of life related to oral health (CVRSO) of pregnant women attending the National Hospital Cayetano Heredia (HNCH) using the GOHAI is low (n=234), and both age and the level of education are characteristics that directly influence the quality of life.

KEYWORDS: Pregnant Women, Quality of Life, Self-perception, Dental Health Surveys

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características sociodemográficas de las embarazadas captadas en el HNCH, 2016.	21
Tabla 2.	Distribución de respuesta de las gestantes del cuestionario GOHAI, HNCH, 2016.	22
Tabla 3.	Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función física según la edad, HNCH, 2016.	23
Tabla 4.	Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función física según el nivel de instrucción, HNCH, 2016.	24
Tabla 5.	Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función psicosocial según la edad, HNCH, 2016.	25
Tabla 6.	Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función psicosocial según el nivel de instrucción, HNCH, 2016.	26
Tabla 7.	Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función dolor según la edad, HNCH, 2016	27
Tabla 8.	Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función dolor según el nivel de instrucción, HNCH, 2016	28
Tabla 9.	Autopercepción general usando el gohai, HNCH, 2016	29
Tabla 10.	Autopercepción de las embarazadas usando el gohai según su edad, HNCH, 2016	30
Tabla 11.	Autopercepción de las embarazadas usando el gohai según su nivel de instrucción, HNCH, 2016	31

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

CV	:	Calidad de vida
CVRS	:	Calidad de vida relacionada a la salud
CVRSO	:	Calidad de vida relacionada a la salud oral
DEF	:	Definición
GOHAI	:	General Oral Health Assessment Index (Índice de salud oral general)
HNCH	:	Hospital Nacional Cayetano Heredia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
II.1. Planteamiento del problema	2
II.2. Justificación	2
III. MARCO TEORICO	4
IV. OBJETIVOS	11
IV.1. Objetivo general	11
IV.2. Objetivos secundarios	11
V. MATERIALES Y METODOS	12
V.1. Diseño del estudio	12
V.2. Población	12
V.3. Muestra	12
V.4. Criterios de selección	12
V.4.1. Criterios de inclusión	12
V.4.2. Criterios de exclusión	12
V.5. Variables	12
V.6. Técnicas y procedimientos	13
V.7. Plan de análisis	15
V.8 Consideraciones éticas	15
VI. RESULTADOS	17
VII. DISCUSIÓN	32
VIII. CONCLUSIONES	36
IX. RECOMENDACIONES	38
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

La gestación es un periodo con muchos cambios que una mujer debe sobrellevar durante esta etapa, siendo de bastante preocupación para los investigadores por todas las dolencias que las mujeres deben atravesar y todas las enfermedades a las cuales son susceptibles, siendo las enfermedades en la cavidad oral una de las tantas enfermedades frecuentes, muchas veces estas enfermedades relacionadas con otras patologías son predisponentes a vulnerar mucho más el bienestar de las gestantes; sin embargo, es muy poco estudiado como afecta este conglomerado de dolencias al estado de salud psicológico y físico de las futuras madres.¹

El bienestar general es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de la persona, no solo en el ámbito social, laboral, sino también físico y mental, las cuales son directamente afectadas ante cualquier enfermedad sin importar el grado de severidad o intensidad y también se debe de considerar que muchas de estas enfermedades no siempre son patologías aisladas lo que aumenta las dolencias en general, el poder analizar la presencia de enfermedades y como estas actúan ha llevado a que sea un pilar importante para la evaluación de la calidad de vida de las personas, siendo estas las sensaciones subjetivas y personales que cada persona manifiesta como “sentirse bien”, pues es aplicable a muchas áreas de investigación.²

Tomando en cuenta la salud oral, se tiene que mencionar que muchas de las patologías actualmente sean: caries dental, gingivitis, periodontitis, etc., son muy prevalentes en toda la población sin importar la edad y una de estas poblaciones vulnerables son las madres gestantes, que muchas veces por falta de programas de prevención u orientación, incluso debido a sus hábitos de higiene, son afectadas y posteriormente también afectan al bebe.³

Teniendo este contexto, es natural que se encuentre una población gravemente afectada por las condiciones de salud oral y que estas a su vez afecten la calidad de vida, por lo que este trabajo de investigación pretendió encontrar la asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida en las mujeres embarazadas, debido al gran interés de mejorar los sistemas de prevención y promoción de salud que son necesarios en Perú.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. Planteamiento del problema

En toda la población mundial los problemas de índole estomatognático, son principalmente tres: la caries dental, una enfermedad infecto contagiosa, multifactorial, que se puede desarrollar en cualquier etapa de la vida, con consecuencias de no ser tratadas que van desde simples molestias, dolores, hasta imposibilidad de trabajar normalmente; la enfermedad periodontal, al igual que la caries es bastante común, una inflamación de origen infeccioso del complejo periodontal, que se va haciendo más prevalente a medida que aumenta la edad; y por último, las maloclusiones (también llamadas: alteraciones del equilibrio orofacial), dentro del cual cualquier patología o alteración pueden afectar directamente desde la articulación temporomandibular, músculos masticatorios, estructuras óseas (maxilares) y por último los dientes.³

Las mujeres embarazadas son vulnerables tanto al desarrollo de caries y enfermedades periodontales, por lo que esta investigación trató de encontrar la asociación de la calidad de vida y las enfermedades orales en embarazadas.^{1,3}

Por ello la pregunta de investigación fue: ¿Cuál es el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida relacionada a la salud en madres gestantes mayores de 18 años de edad que acuden al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Distrito de San Martín de Porres, Provincia de Lima, durante el segundo trimestre del año 2016?

II.2. Justificación

Este estudio tuvo una gran importancia social y científica, teniendo en cuenta que la población a ser tratada en este estudio es de suma importancia en todo el ámbito de salud, como son el futuro binomio madre-hijo y su correcto desarrollo es necesario a nivel familiar y social; es de gran interés científico debido a que los estudios de calidad de vida darán perfiles del bienestar general de las personas y como resultado podríamos ver cómo mejorarlos, teniendo esto en cuenta, la calidad de vida relacionado a salud oral en gestantes son mucho más importantes no solo porque son

pocos a nivel nacional, sino también por ser una población que no tiene definido un programa del estado de atención en el área de estomatología, este estudio ayudará a que las investigaciones en este área sean más específicas y ayuden más en el ámbito social, dado que conlleva como meta a futuro la de implementar programas de prevención y promoción, para el cuidado y el mantenimiento de políticas de salud, en beneficio de poblaciones en riesgo, como la de las madres gestantes.

III. MARCO TEÓRICO

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Teniendo en cuenta esto, la salud tiene dos apreciaciones, una objetiva, la cual es realizada por un agente externo que describe la situación de salud o enfermedad, y una apreciación subjetiva, que es la autopercepción de un individuo de su salud. Para conocer los niveles de salud en una población o comunidad, se usan datos como: mortalidad, morbilidad y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS).⁴

El concepto de calidad de vida es multidisciplinario, y depende de: (a) factores externos del individuo, es decir, factores sociales, culturales, económicos y políticos; (b) estado de salud y de la salud en relación a la calidad de vida, es decir, síntomas: estado funcional y los componentes de la percepción de la salud; y, (c) factores internos del individuo, es decir, factor biológico, estilo de vida, el comportamiento de la salud, la personalidad y los valores.⁵

En 1990, Ferrans definió la calidad de vida como: “el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella”, muchos años después llegando a un consenso⁶ con Meeberg, quien en 1993 describió únicamente cuatro características principales para calidad de vida, tres subjetivas teniendo en cuenta la autopercepción de la persona (satisfacción de su vida, percibir si su vida es buena o no y que goce de una armonía física, mental, social y emocional) y una objetiva, realizada por una persona externa que evaluaría sus condiciones de vida.⁷ En un principio los estudios de calidad de vida estaban enfocados en ancianos, porque son la población más prevalentemente afectada a cualquier patología oral, siendo su objetivo el medir el impacto de estas en su vida diaria y como afectaban a los ancianos.⁸

Con todo lo anterior mencionado, la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) ha dado paso a un mejor entendimiento para evaluar la salud en diversas poblaciones y como poder mejorarla.⁹ Los instrumentos de evaluación de CVRS, para lograr su cometido y ser relevantes deben realizarse en base a tres pilares: sustento conceptual, confiabilidad y validez,¹⁰ debido a que estos instrumentos

evalúan áreas subjetivas de la persona o población (física, psicológica y social) como: influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción; por lo que tendrán limitaciones, y será mucho más difícil aun el saber cómo incorporar estos datos a la mejora en la atención preventiva de las personas.¹¹

En 1980, la OMS presento su clasificación internacional de los deterioros, impedimentos y discapacidades provocados por los problemas de salud de las personas, inicialmente Locker¹² lo adaptaría a la odontología y diversos autores desarrollan el modelo; entre ellos: Slade⁸ que propuso el Oral Health Impact Profile (OHIP) o Perfil de Impacto de Salud Oral; y; Adulyanon y Sheiham que proponen el OIDP denominado Oral Impact on Daily Performance entre otros.

En 1990 Atchison y Dolan dieron un nuevo enfoque al estudio de calidad de vida, considerándola como la alteración o ausencia del bienestar integral (salud física, mental y emocional) y psicosocial, debido al impacto de problemas orofuncionales o bucodentales y su grado de afección en la misma; desarrollando el Geriatric Oral Health Assessment Index (Índice de evaluación de salud oral geriátrica), que consistía de preguntas específicas a condiciones orales (como dolor dental y prótesis defectuosas), siendo un cuestionario que agrega rangos adversos como problemas para masticar, hasta las consecuencias sociales para esos desordenes adversos, como la incomodidad a comer frente a las personas.¹³ Para el desarrollo de este instrumento se consideró que la salud oral era la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permitan al individuo a evaluación poder continuar con su vida diaria y rol social; este instrumento estuvo justificado por las 3 siguientes hipótesis: la salud oral puede ser medida utilizando la autoevaluación del propio paciente, los niveles de salud oral varían entre los pacientes y que esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la auto percepción del paciente, y por último que la autopercepción ha sido identificada como predictor de la salud oral.^{14, 15}

El instrumento GOHAI es muy sencillo de usar, debido a la facilidad en su aplicación y ejecución, puesto que evalúa la autopercepción del participante, en las áreas física, psicosocial y dolor, y como las manifestaciones bucales afectan estas; además de ser muy versátil en su uso para investigaciones, sean ensayos clínicos, análisis de costo-

utilidad de los tratamientos y también para auditorías de servicios de salud,¹⁶ incluso si comparamos este estudio con otros que también miden calidad de vida relacionada a la salud podemos encontrar que el GOHAI y el OHIP, evalúan calidad de vida relacionada a la salud oral, sin embargo, la sencillez del GOHAI lo hace más idóneo al evaluar problemas orales, como se demostró en poblaciones más jóvenes y en individuos relativamente sanos.¹⁷ El GOHAI en un principio tenía como población objetivo a adultos mayores, para luego ser modificada y validada, para su uso en poblaciones de diferentes edades y nacionalidades,¹⁸ evaluando diferentes variables como: sexo, nivel educacional, raza, etc. Por ello, posteriormente el GOHAI fue renombrado como General Oral Health Assessment Index.¹⁹

En 2001, Locker demostró que el GOHAI mostraba resultados más satisfactorios detectando el impacto de los desórdenes orales en la población, en cada una de las áreas de salud, representadas por medidas y al tener buenas propiedades psicométricas que indican que goza de buena confiabilidad de consistencia interna por evaluar tanto limitaciones funcionales como dolor y también el impacto psicológico/comportacional.²⁰

Díaz en el 2012, reporto a pesar que la dolencia más frecuente era debido a factores odontólogos y/o periodontales, la dimensión auto percibida más elevada no fue la de dolor, sino fue la psicosocial, considerando que estos se encontraban más incómodos por no poder comer adecuadamente frente a otras personas, que por las dolencias causadas por factores netamente de la cavidad oral.¹⁴

Así mismo Gallardo et al, encontraron que un bajo nivel de educación es un factor muy importante en la calidad de vida y como uno percibe su bienestar general, en el caso de su población de estudio, la gran mayoría auto percibía como mala su calidad de vida.²¹ Por lo tanto, al ver la versatilidad del Índice de salud Oral en Geriatria/General (GOHAI), Gamarra en el 2007 valido el GOHAI en Perú, donde participaron 96 individuos entre los 60 y 89 años, en el cual se concluyó que este instrumento es capaz de detectar la necesidad de atención bucodental y posee una alta sensibilidad de 93.55%.²²

Durante el periodo de gestación, ocurren muchos cambios fisiológico para la mujer, que pueden ser anatómicos o funcionales, con la finalidad de preparar el organismo de la madre para llevar al futuro bebé y este pueda desarrollarse sin problemas y más adelante la madre pueda afrontar el parto y la lactancia, de la mejor manera; estos cambios fisiológicos y psicológicos despertarán mayor preocupación en la futura madre, quien debe conocer todo lo que conlleva su embarazo, para no tener inconvenientes durante su desarrollo, siendo esta una experiencia vital y en cierta medida su realización como madre. Lo anterior mencionado produce alteraciones de la percepción de la calidad de vida aunque el embarazo no es un estado patológico, si puede modificar el rol físico, psicológico y social.²³

Los cuidados que se deben mantener durante el embarazo en cuanto a la salud bucal, es usualmente olvidado o evadido por los profesionales de salud y muchas veces por los mismos pacientes. Los estudios sugieren que varios factores que afectan las condiciones orales prenatales, tienen consecuencias adversas para el infante. La periodontitis está asociada con partos prematuros y bajo peso al nacer,²⁴ también qué alto contenido de bacterias cariogénicas en la madre pueden llevar a un incremento de caries dental en el infante.^{25, 26} Otras lesiones como la gingivitis y tumores prenatales son benignos que solo requieren evaluación y monitoreo. Por lo tanto las futuras madres deben tener conocimiento acerca de los riesgos orales, hábitos de buena higiene y la necesidad de tratamientos odontológicos durante el embarazo.²⁶

La pérdida de sustancia dental como las caries durante el embarazo son bastante prevalentes, las caries dentales en el embarazo son ocasionadas debido al aumento de la acidez en boca, cambios en la dieta de la embarazada (aumento del consumo de productos con alto contenido de azúcar) y muchas veces por los cambios de hábitos de higiene lo que lleva a disminuir el cuidado de su salud bucal.²⁷ Martins et al. encontraron que una vez empezado el embarazo, los hábitos orales cambian en una mujer embarazada, disminuyendo los hábitos de higiene oral de más del 45% de las participantes y la ingesta de dulces aumento en más del 75% de las embarazadas, lo que causaría la facilidad de generar enfermedades bucales.²⁸

En el caso de pérdida de sustancia dental, tenemos las erosiones dentales, que al estar la cavidad bucal expuesta mucho más seguido al acido gástrico causado por el

embarazo, comúnmente a partir del 3er trimestre,²⁹ los ácidos producidos por los reflujos gastroesofágicos, estos disminuyen el PH bucal lo que genera una desmineralización del esmalte y por consiguiente sensibilidad, los hábitos de higiene son importantes dado que las gestantes al no estar informadas sin saberlo causan abrasiones por cepillarse inmediatamente después del reflujo, lo que agrava su condición.^{30,31}

Durante el embarazo la respuesta inflamatoria a la placa dental es incrementada, lo que ocasiona sangrado al cepillado y va a siendo más dañino a medida que aumenta la concentración bacteriana,³² durante el embarazo la prevalencia de gingivitis va desde 60 al 100%,³³ el estrógeno y la progesterona en combinación con los cambios de la microflora y la disminución de la respuesta inmune, hacen que la inflamación gingival sea mucho más marcada.³² Patil, describió que las mujeres embarazadas tienen mayor incidencia de gingivitis y que tanto las erosiones dentales y gingivitis eran causadas principalmente por los cambios hormonales que son observados durante el periodo de gestación.³⁴

Las patologías a nivel periodontal empiezan por el cambio hormonal.³⁴ Los altos niveles de progesterona y estrógeno afectan directamente al periodonto (ligamento periodontal y hueso de soporte), por lo que se puede haya movilidad dentaria en mujeres embarazadas sin que haya presencia de enfermedad periodontal.³⁵

Si aun sabiendo acerca de estos factores que condicionan el estado de salud bucal de una embarazada, no se controla cambiando los hábitos de higiene o dieta, pueden llevar a agravarse hasta el punto de desarrollarse una periodontitis (enfermedad que afecta al 30% de las mujeres embarazadas),³⁶ la periodontitis destruye el tejido periodontal y el proceso involucra infiltraciones bacterianas, las cuales liberan toxinas que generan una respuesta inflamatoria crónica; estos procesos de bacteremia resultan en la producción de citoquinas, prostaglandinas e interleuquinas, marcadores que afectan al embarazo,³⁷ elevados valores de estos marcadores inflamatorios han sido encontrados en el fluido amniótico en casos de partos prematuros,³⁸ es muy probable que esta cascada inflamatoria por si sola inicie prematuramente la labor de parto.³⁹

Viendo estas patologías comunes que afectan el embarazo, se tiene que tener en cuenta que la calidad de vida relacionada a la salud va a verse marcada por diferentes factores, como podría ser edad, nivel de instrucción, trabajo remunerado o no, historial previo de embarazos, etc. Y también considerando el grado de conocimiento de las mujeres embarazadas y cercana relación que guardan las patologías bucales con su embarazo.

En un estudio realizado por Guerra et al (Venezuela; 2012) se evaluó el grado de información que tenían las gestantes sobre salud bucal por medio de una encuesta, y encontraron que, las embarazadas presentaban un nivel pobre de conocimientos sobre salud bucal, sin darle importancia al control odontológico, por parte de ellas como de sus obstetras, quienes no refieren a las embarazadas a un control odontológico.⁴⁰

Así mismo, Alwaeli (Jordania; 2005), realizó encuestas a madres embarazadas acerca de la relación de enfermedades bucales y la relación con su embarazo, encontrado que no importaba que tan buena sea su información en salud, sus conocimientos de la relación entre salud bucal y embarazo está muy limitada, considerando que factores como el que tengan una mejor educación, mayor edad o mayor número de embarazos, no aportaron mucho a su favor.⁴¹ En cambio, Hashim y Akbar (UAE; 2014), entrevistaron ginecólogos para determinar si estos conocían la asociación de las enfermedades periodontales y el embarazo, siendo el 95% de profesionales los que estaban de acuerdo con la existencia de una conexión entre ambos, y que el 85% recomienda a sus pacientes visitar al odontólogo.⁴²

Oliveira (Brasil; 2006), encontró una alta prevalencia de dolor oral, dolores de cabeza, dolor de espalda y dolor pélvico, en mujeres embarazadas, teniendo como principal afección para evitar realizar sus actividades diarias al dolor dental, tanto para comer (22,8%) como dificultad para poder limpiarse (20%); todo esto conllevando a tener un efecto negativo en su calidad de vida.⁴³ La calidad de vida percibida por las mujeres embarazadas tiende a ser menor a comparación con las no embarazadas, y si esta la relacionamos a condiciones de salud bucal, la cifra no aumenta, sino que se siguen encontrando patrones de percepción de una calidad de vida disminuida respecto a las no embarazadas; como la encontrada por Acharya y Bhat (India; 2009), que dentro de un grupo de 259 embarazadas y 237 no embarazadas, mostro que la calidad de vida

percibida por las embarazadas era mucho menor que las no embarazadas, teniendo como factores principales el número de embarazos previos, índices de dientes perdidos u obturados y también índices gingivales bastante altos.⁴⁴

Tas Demir et al (Turquía; 2010), realizaron un estudio a adolescentes embarazadas y adultas embarazadas, para comparar su calidad de vida; usando el cuestionario SF36. Los rangos de calidad de vida están entre 44,2 y 56,1 en las adolescentes y en las mujeres adultas entre 44,6 y 59,9 (siendo estos puntajes bajos). Se determinó que la calidad de vida normalmente es baja durante el primer trimestre, incrementándose en el segundo y llegando a su mínimo nivel durante el tercer trimestre.⁴⁵ Lamarca et al. (Brasil; 2012) encontraron que la percepción de calidad de vida relacionada a salud oral es menor en mujeres embarazadas como amas de casa que las que tienen trabajo pagado.⁴⁶ Y que el más alto impacto oral en la calidad de vida fue, boca dolorosa (promedio de 1.7) y dificultad para comer (promedio 1.1), comparando los promedios de los valores del OHIP-14, se muestra que las mujeres que reportaron problemas bucales tienen valores más altos y que los índices gingivales son mucho mayores en mujeres con antecedentes de embarazos y estos índices son asociados a una pobre calidad de vida.⁴⁷

Pero a pesar de los cambios orales y masticatorios durante el embarazo han sido documentados por muchos años, sin embargo su magnitud, frecuencia y su asociación directa con la calidad de vida no han sido registradas.⁴⁸ Por ejemplo, Naito et al encontraron que a pesar de haber estudios de como las condiciones orales afectan la calidad de vida, estos estudios tenían como objetivo evaluar la mejora funcional mas no median la magnitud de como las condiciones orales impactaban en el bienestar de la persona y como su percepción de calidad de vida varia. Por lo que es necesario un enfoque nuevo de estos estudios.⁴⁹

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Determinar el nivel de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) haciendo uso del Índice de Salud Oral General (GOHAI), en gestantes mayores de 18 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima, durante el segundo trimestre del 2016.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de las embarazadas captadas en el HNCH.
2. Determinar la frecuencia de las actividades relacionadas a las condiciones orales con respecto a la función física, psicosocial y dolor según edad y nivel de educación.
3. Determinar la autopercepción de las condiciones orales sobre la función física en mujeres embarazadas según la edad.
4. Determinar la autopercepción de las condiciones orales sobre la función física en mujeres embarazadas según el nivel de educación.
5. Determinar la autopercepción de las condiciones orales sobre la función psicosocial en mujeres embarazadas según la edad.
6. Determinar la autopercepción de las condiciones orales sobre la función psicosocial en mujeres embarazadas según el nivel de instrucción.
7. Determinar la autopercepción de las condiciones orales sobre la función dolor en mujeres embarazadas según la edad.
8. Determinar la autopercepción de las condiciones orales sobre la función dolor en mujeres embarazadas según el nivel de instrucción.
9. Determinar el porcentaje de embarazadas que tienen una percepción baja, moderada y alta de su calidad de vida con respecto a la salud oral según su edad y nivel de educación.
10. Determinar el nivel de calidad de vida en relación a la salud oral (CVRSO) utilizando el índice de salud oral general de las mujeres embarazadas según la edad.
11. Determinar el nivel de calidad de vida en relación a la salud oral (CVRSO) utilizando el índice de salud oral general de las mujeres embarazadas según el nivel de educación.

V. MATERIALES Y METODOS

V.1. Diseño del estudio

La investigación fue de tipo transversal, descriptivo y observacional.

V.2. Población

Estará conformada por las mujeres embarazadas mayores de 18 años, que asistan al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), al servicio de gineco-obstetricia respectivamente, ubicado dentro del distrito de El Rimac, Provincia Lima, Distrito Lima, durante el segundo trimestre del 2016, teniendo en cuenta que durante el 2015, fueron atendidas 8168 mujeres embarazadas mayores de 18 años.

V.3. Muestra

El tamaño muestral requerido será de 240 mujeres embarazadas mayores de 18 años por población, calculado mediante fórmula estadística; en un inicio se trabajaría con 240 pero el cálculo de la población fue realizado en base al número de atenciones totales durante el 2015 y no de acuerdo al número total de gestantes, posteriormente se volvió a realizar el cálculo mediante la fórmula estadística dando un tamaño muestral de 280 gestantes; la selección de las participantes fue a conveniencia, captando a todas las gestantes que acudían al HNCH (Anexo N° 1)^{50,51}.

V.4. Criterios de Selección

V.4.1. Criterios de Inclusión:

Se consideran a todas las mujeres embarazadas aparentemente sanas, mayores de 18 años, que firmaron el consentimiento informado, en el HNCH, durante el primer trimestre del 2016.

V.4.2. Criterios de Exclusión:

- Mujeres con limitaciones mentales y físicas que impidan una buena interrelación encuestador-encuestada, como ceguera o dificultad para leer o hablar, síndromes, etc.
- Mujeres que no deseen participar en el estudio.

V.5. Definición de Variables

V.5.1. Calidad de vida relacionada a la salud oral.- Variables cualitativas, ordinales, medida en escala de razón, definida como la dificultad para realizar alguna actividad cotidiana durante los últimos tres meses y que es atribuida a cualquiera de las condiciones orales auto-percibidas por la mujer embarazada en base al grupo de función afectada, física, psicosocial o de dolor, siendo registrado mediante el índice de salud oral general (GOHAI)^{13, 17-19} (Anexo N° 2 y 3).

V.5.2. Covariables

Nivel educativo.- Variable cualitativa politómica, medida en escala nominal, definida como el nivel en el que se encuentra cada mujer embarazada, se registrará como ninguna, primaria, secundaria, técnico o superior. (Anexo N° 3).

Edad.- Variable cualitativa, medida en escala ordinal, definida como tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la persona, en este caso de la mujer embarazada, se registrara grupos con valores de 18-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39 y 40-44. (Anexo N° 3).

V.6. Procedimientos y técnicas

Se solicitaran los permisos institucionales a la Comisión de Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, asimismo; al Hospital Cayetano Heredia y los respectivos jefes de área, finalmente se realizara antes de la entrevista los consentimientos informados (Anexo N° 4)

V.6.1 Método:

Los datos se recogerán mediante encuestas cara a cara, mediante un cuestionario de dos partes, la primera permitirá determinar la fecha de nacimiento (Edad) y nivel educativo, y en la segunda etapa, está conformada por el Índice de salud oral general (GOHAI).

V.6.2 Instrumento:

El Índice de Salud Oral General (GOHAI), es una herramienta practica para la evaluación de los niveles de autopercepción de la calidad de vida del individuo relacionada con su salud bucal, en este estudio siendo las mujeres embarazadas

la población elegida (Ver anexo N°2). Esta herramienta ha sido validada en varios países e idiomas, además de haber sido validada, calibrada y utilizada en el Lima - Perú por Gamarra, en instituciones de la Policía Nacional del Perú en el 2007.¹⁷

El puntaje total del GOHAI se obtiene de las respuestas brindadas por cada entrevistada. Las respuestas a las preguntas que abordan cada uno de los aspectos de la entrevista pueden ser calculada de acuerdo a las escalas para las dimensiones físicas, psicosocial y dolor (funciones separadas), evaluadas según la escala de Likert S = siempre (1), F = frecuentemente (2), AV = algunas veces (3), RV = rara vez (4) y N = nunca (5). Los ítems 2 y 6 tienen una valoración inversa al resto: donde, siempre es 5, frecuentemente es 4, algunas veces es 3, rara vez es 2 y nunca es 1, que son tabulados durante el análisis estadístico. Por otro lado el puntaje total del GOHAI será de 12 a 60 al sumar los 12 ítems de la encuesta.

Siendo los valores generales del instrumento GOHAI:

- Alto: puntaje de 57-60
- Moderado: puntaje de 51-56
- Bajo: puntaje menor a 50

Teniendo como puntajes de acuerdo a las siguientes dimensiones:

- Dimensión física: autopercepción de la capacidad de realizar las funciones con la boca para comer, hablar y deglutir; siendo las preguntas 1 a 4 del GOHAI.
 - Alto: con valores de 19 a 20
 - Moderado: con valores de 16 a 18
 - Bajo: con valor menor o igual a 15
- Dimensión psicosocial: autopercepción y preocupación por la salud bucal que conduce a evitar relacionarse con otro debido a problemas bucales; siendo las preguntas 5 a 10 del GOHAI.
 - Alto: con valores de 28 a 30
 - Moderado: con valores de 25 a 27
 - Bajo: con valor menor o igual a 24
- Dimensión dolor: autopercepción de la experiencia sensorial y emocional desagradable de la boca; siendo las preguntas 11 y 12.
 - Alto: con valor de 10
 - Moderado: con valores de 8 a 9
 - Bajo: con valor menor o igual a 7

V.6.3 Procedimiento:

Todas las entrevistas se realizaron en un ambiente aislado al interior del Hospital Cayetano Heredia, la recolección de datos se realizó entre las 08.00 am. a 18.00 pm. Dependiendo del horario de atención del servicio gineco-obstétrico. Cada entrevista debe durar de 4 a 8 minutos aproximadamente. Las participantes invitadas fueron todas las embarazadas mayores de 18 años, que hayan dado su consentimiento para la realización de la encuesta, previamente habiendo leído la hoja informativa; se leyó las preguntas del Índice de Salud Oral General, que consta de 12 preguntas divididas en 3 dimensiones: función física, función psicosocial y función dolor.

V.7. Plan de Análisis

Se diseñó una base de datos en el programa Excel y posteriormente se trasladó al Programa SPSS 23.0. Se presentan los datos mediante tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barras.

El análisis de los componentes de las dimensiones del índice de calidad de vida en general se realizó mediante la obtención de promedios y su posterior análisis bivariado mediante frecuencias, haciendo uso de la prueba de Chi-Cuadrado, para evaluar la asociación y la diferencia entre calidad de vida relacionada a la salud con la edad y el nivel educativo, tanto en los valores totales del GOHAI, como en cada dimensión; el estudio contó con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$.

V.8. Consideraciones Éticas

La presente investigación se desarrolló mediante análisis de la información recolectada para identificar el impacto de las condiciones de salud oral sobre la calidad de vida. Los resultados de la investigación se obtuvieron mediante los procedimientos planteados y éstos se manejaron de acuerdo a las normas del Comité Institucional de Ética que exige la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quienes aceptaron el proyecto el 30 de marzo del 2016 (Anexo 5), se realizó una enmienda el 31 de mayo (Anexo 6).

La información que se obtuvo fue confidencial y sólo se utilizó para los fines de la investigación.

La participación en la encuesta fue voluntaria y no se obligó a participar forzosamente, previa comunicación e información a las participantes mediante el consentimiento informado (Anexo 4). Se contó con la autorización de las autoridades del Hospital

Cayetano Heredia del servicio de gineco-obstetricia, quienes previamente aceptaron el proyecto mediante su Comité de Ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el 8 de abril del 2016. (Anexo 7)

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con las normas éticas y sociales locales e internacionales.

VI. RESULTADOS:

Como se puede apreciar en la Tabla 1, se agrupo a las gestantes (n=292) dentro de un rango de edades que varían entre los 18 y 44 años, dentro del cual el grupo de gestantes de 25-29 años fue el más grande, siendo el 26.0% (n=76) de toda la población examinada y el grupo de gestantes de 18-19 fue el de menor tamaño con solo 19 integrantes, siendo el 7.0% (n=19); también se clasifico a las participantes por su nivel de instrucción, donde podemos observar que el grupo con nivel de instrucción de secundaria completa fue el mayoritario, abarcando el 62.0% (n=182) de la población evaluada, con 182 gestantes, y el 11.0% (n=32) del grupo de estudio con menor distribución fue con solo educación primaria.

Dentro del ítem 1, 58% (n=169) de las gestantes nunca tuvieron problemas con el tipo de alimentos o limitaron la cantidad, solo siendo 3% (n=8) de todas las participantes que afirman siempre haberlo tenido que hacer; en el ítem 2, 56% (n=164) gestantes afirman siempre haber podido pasar sus alimentos cómodamente, y solo 7% (n=19) que nunca lo pudieron realizar, en el ítem 3, 76.7% (n=224) gestantes refieren nunca haber tenido inconvenientes para hablar, solo 0.3% (n=1) que refirió que lo tuvo frecuentemente, el ítem 4, menciona el poder comer lo que se desee sin sentir molestias y 50% (n=145) gestantes refirieron poder hacerlo siempre y 4% (n=12) que rara vez podían comer tranquilamente, el ítem 5 describe el evitar estar en contacto con las personas debido a la condición bucal, donde 66% (n=194) refieren nunca haber cambiado sus conductas sociales pero 1% (n=3) si lo tuvieron que realizar siempre, el ítem 6 considera la satisfacción y felicidad propia con respecto a la apariencia, solo 41% (n=120) se mostraron siempre satisfechas y felices por sus dientes y 12% (n=36) gestantes refirieron nunca estarlo, los ítems 7 y 8 son acerca de preocupación o intranquilidad y el nerviosismo o el sentirse consiente debido a un problema en los diente, encías o prótesis, donde la mayoría refiere solo el preocuparse o intranquilizarse solo a veces 36% (n=104) y 32% (n=94) gestantes respectivamente por cada ítem, mientras que 16% (n=46) gestantes dijeron rara vez preocuparse por su salud y 16% (n=47) gestantes sentirse nerviosas frecuentemente, el ítem 9 es acerca de la incomodidad de comer frente a otra personas por problemas de índole bucal, siendo 67.1% (n=196) gestantes las que marcaron nunca haberse sentido incomodas pero 0.3% (n=1) si acepto hacerlo siempre, en el ítem 10 también se ve una marcada

diferencia de respuestas, 52% (n=151) gestantes refieren nunca haber evitado sonreír debido a la apariencia de sus dientes, solo 1% (n=2) que refirieron hacerlo siempre debido a dientes antiestéticos, tanto el ítem 11 y 12 se refieren a dolor, el ítem 11 es acerca de dolor o molestias alrededor de la boca y el ítem 12 es acerca de sensibilidad a los alimentos, las gestantes contestaron que de las 292 que participaron 47.9% (n=140) nunca tuvieron ningún tipo de dolor y 47% (n=137) nunca tuvieron alguna sensación de sensibilidad, pero a diferencia de los otros ítems se ve una distribución uniforme en las respuestas en estos 2 ítems y tenemos que el menor número de gestantes dijeron que 11.6% (n=34) frecuentemente tuvieron molestias alrededor de la boca y 8% (n=23) rara vez sintieron sensibilidad.

Dentro de la Tabla 3, donde la percepción de calidad de vida es según la función física, tenemos que los grupos de edades de 18-19 y 30-34 años, son los únicos con mayor población con percepción moderada, con el 73.7% (n=14) y el 50.8% (n=31) respectivamente; en cambio tenemos que los grupos con edades de 20-24, 25-29, 35-39 y 40-44 años, su mayor densidad poblacional se encuentra con calidad de vida baja, con 51.4% (n=38), 48.7% (n=37), 62.5% (n=30) y un 64.3% (n=9) respectivamente. Considerando también que los grupos de 20-24, 25-29, 30-34 y 40-44 años presentan gestantes con función física alta, 6.8% (n=5), 3.9% (n=3), 4.9% (n=3) y 14.3% (n=2). Pero con un $p=0,097$ sin asociación estadísticamente significativos.

Según la función física y el nivel de instrucción, la Tabla N°4, tanto a nivel primario y superior o técnico, la calidad de vida percibida es baja, nos muestra que el 68.8% (n=22) de las gestantes con primaria completa tiene una calidad de vida baja y solo el 6,3% (n=2) la perciben alta y del nivel superior o técnico el 51.3% (n=40) están en rango bajo y solo el 3.8% (n=3) como alto; solo de las gestantes con secundaria, el 49.5% (n=90) la perciben como una función física moderada y el 4.4% (n=8) como alta.

En la Tabla 5 según la función psicosocial, todas las gestantes sin importar la edad tienen mayor densidad poblacional dentro del rango de calidad de vida bajo, con 63.2% (n=12), 66,2% (n=49), 57.9% (n=44), 54.1%(n=33), 70.8% (n=34) y 64.3% (n=9) según la edad es mayor respectivamente y en todos los grupos de edades se observa las gestantes con una calidad de vida alta son el grupo minoritario a excepción de las

gestantes de 40-44 años donde el 14.3% (n=2) perciben su función psicosocial como moderada y es el grupo minoritario.

Según la función psicosocial en la Tabla 6, la gran mayoría de gestantes perciben como baja, siendo el grupo como mayor volumen de participantes, teniendo a las gestantes con nivel de instrucción primario, con el 78.1% (n=25) con percepción baja y solo el 3.1% (n=1) como alta, siendo el menor porcentaje comparándolo con los otros grupos, según nivel secundario, el 58.2% (n=106) de las gestantes perciben su calidad de vida como baja y el 19.2% (n=35) como alta y por último, según el nivel superior o técnico, el 64.1% (n=50) percibe su función psicosocial baja y el 12.8% (n=10) como alta.

Analizando la calidad de vida según la función dolor en la Tabla 7, podemos notar que es la única función donde la distribución no es exclusivamente mayoritaria a una calidad de vida baja, teniendo en el grupo de edad de 18-19 años como grupo mayoritario el de percepción baja y alta ambos con un 36.8% (n=7), en el grupo de 30-34 y el de 40-44 años los únicos grupos con mayor número de gestantes con percepciones altas de 39.3% (n=24) y el 50.0% (n=7) respectivamente, donde ambos también tienen su grupo con menor número con percepciones moderadas de 23.0% (n=14) y 7.1% (n=1), el resto grupo de edades sigue teniendo los grupos más representativos con percepciones bajas.

Según la función dolor y el nivel de instrucción en la Tabla 8, los grupos representativos son con niveles bajos de calidad de vida desde primaria hasta superior o técnico, con 46.9% (n=15), 41.8% (n=76) y un 62.8% (n=49); se observa que es la única función donde el número de gestantes más bajo es en el rango de función dolor moderada con 25.0% (n=8) para primaria, 24.2% (n=44) para nivel secundario y 15.4% (n=12) para el nivel superior o técnico. Se tiene un $p=0,008$ encontrándose asociación estadísticamente significativos.

En la Tabla 9, podemos ver que el 80,1% (n=234) de las participantes califican su nivel de calidad de vida como bajo, siendo este grupo con la mayor distribución, por el otro lado teniendo solo un 0.7% (n=2) son las que perciben su calidad de vida alta.

Según la edad, el 80,1% (n=234) perciben su calidad de vida como baja, donde encontramos que sin importar el rango de edades, son el grupo más afectado, con mayor densidad poblacional y en contraste con eso podemos notar que 2 gestantes tienen una percepción de su calidad de vida alta y se encuentran en los rangos de edades de 25-29 y 30-34 (Tabla 10).

Según su nivel de instrucción, también observamos que todas las gestantes sin importar su nivel de educación, la gran mayoría de participantes se encuentran con una percepción baja, con un rango entre 75.0% (n=137) gestantes de nivel secundario a 91.0% (n=29) gestantes en nivel primario, siendo 2 únicas gestantes con percepción alta pertenecientes al grupo con secundaria completa. (Tabla 11)

Se realizó también la evaluación de la calidad de vida según la edad y nivel de instrucción, tabla 10 y 11, los cuales muestran resultados estadísticamente significativos, con valores $p=0,048$ y $p=0,025$ respectivamente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las embarazadas captadas en el HNCH, 2016 (n=292)

Covariables	n	%
Edad		
18-19	19	7.0
20-24	74	25.0
25-29	76	26.0
30-34	61	21.0
35-39	48	16.0
40-44	14	5.0
Nivel de instrucción		
Primaria	32	11.0
Secundaria	182	62.0
Superior o técnico	78	27.0

n: frecuencia absoluta

#: frecuencia relativa

Tabla 2. Distribución de respuesta de las gestantes del cuestionario GOHAI, HNCH, 2016. (n=292)

PREGUNTAS	CATEGORÍA DE RESPUESTA										
	N	%	RV	%	AV	%	F	%	S	%	Total
1. Ha limitado el tipo o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales	169	58	45	15	35	12	35	12	8	3	100%
2. Pudo pasar los alimentos cómodamente	19	7	19	7	45	15	45	15	164	56	100%
3. Sus dientes o prótesis le impiden hablar del modo que usted quería	224	76.7	46	15.8	10	3.4	1	0.3	11	3.8	100%
4. Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales	18	6	12	4	42	14	75	26	145	50	100%
5. Evito estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dental	194	66	79	27	16	5	0	0	3	1	100%
6. Se sintió satisfecha o contenta con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales	36	12	37	13	54	18	45	15	120	41	100%
7. Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales	50	17	46	16	104	36	51	17	41	14	100%
8. Se sintió nerviosa o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dental	74	25	52	18	94	32	47	16	25	9	100%
9. Se sintió incomoda al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dental	196	67.1	64	21.9	28	9.6	3	1	1	0.3	100%
10. Evito sonreír o reír debido a que sus dientes o prótesis dentales le parecían antiestéticos	151	52	68	23	59	20	12	4	2	1	100%
11. Ha tenido dolor o molestias alrededor de a boca	140	47.9	36	12.3	41	14	34	11.6	41	14	100%
12. Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces	137	47	23	8	64	22	43	15	25	9	100%

1. Siempre= S 2. Frecuentemente=F 3. A veces=AV 4. Rara vez=RV 5. Nunca=N
n: frecuencia absoluta
%: frecuencia relativa

Tabla 3. Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función física según la edad, HNCH, 2016

Función física	18-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	5	26.3	38	51.4	37	48.7	27	44.3	30	62.5	9	64.3
Moderado	14	73.7	31	41.9	36	47.4	31	50.8	18	37.5	3	21.4
Alto	0	0.0	5	6.8	3	3.9	3	4.9	0	0.0	2	14.3
Total	19	100	74	100	76	100	61	100	48	100	14	100

$X^2=9,316$ $p=0,097$ $gl=5$

n: frecuencia absoluta

%: frecuencia relativa

Tabla 4. Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función física según el nivel de instrucción, HNCH, 2016

Función física	Primaria		Secundaria		Superior o técnico	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	22	68.8	84	46.2	40	51.3
Moderado	8	25.0	90	49.5	35	44.9
Alto	2	6.3	8	4.4	3	3.8
Total	32	100	182	100	78	100

$X^2=5,628$ $p=0,060$ $gl=2$

n: frecuencia absoluta

#: frecuencia relativa

Tabla 5. Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función psicosocial según la edad, HNCH, 2016

Función psicosocial	18-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	12	63.2	49	66.2	44	57.9	33	54.1	34	70.8	9	64.3
Moderado	5	26.3	15	20.3	19	25.0	15	24.6	9	18.8	2	14.3
Alto	2	10.5	10	13.5	13	17.1	13	21.3	5	10.4	3	21.4
Total	19	100	74	100	76	100	61	100	48	100	14	100

$X^2=4,349$ $p=0,500$ $gl=5$

n: frecuencia absoluta

%: frecuencia relativa

Tabla 6. Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función psicosocial según el nivel de instrucción, HNCH, 2016

Función psicosocial	Primaria		Secundaria		Superior o técnico	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	25	78.1	106	58.2	50	64.1
Moderado	6	18.8	41	22.5	18	23.1
Alto	1	3.1	35	19.2	10	12.8
Total	32	100	182	100	78	100

$X^2=4,768$ $p=0,092$ $gl=2$

n: frecuencia absoluta

#: frecuencia relativa

Tabla 7. Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función dolor según la edad, HNCH, 2016

Función dolor	18-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	7	36.8	38	51.4	44	57.9	23	37.7	22	45.8	6	42.9
Moderado	5	26.3	15	20.3	15	19.7	14	23.0	14	29.2	1	7.1
Alto	7	36.8	21	28.4	17	22.4	24	39.3	12	25.0	7	50.0
Total	19	100	74	100	76	100	61	100	48	100	14	100

$X^2=7,091$ $p=0,241$ $gl=5$

n: frecuencia absoluta

%: frecuencia relativa

Tabla 8. Nivel de autopercepción de las gestantes sobre la función dolor según el nivel de instrucción, HNCH, 2016

Función dolor	Primaria		Secundaria		Superior o técnico	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	15	46.9	76	41.8	49	62.8
Moderado	8	25.0	44	24.2	12	15.4
Alto	9	28.1	62	34.1	17	21.8
Total	32	100	182	100	78	100

$X^2=9,722$ $p=0,008$ $gl=2$

n: frecuencia absoluta

%: frecuencia relativa

Tabla 9. Autopercepción general de las gestantes usando el GOHAI, HNCH, 2016

Rango	n	%
Bajo	234	80.1
Moderado	56	19.2
Alto	2	0.7
Total	292	100

n: frecuencia absoluta

#: frecuencia relativa

Tabla 10. Autopercepción de las embarazadas usando el GOHAI según su edad, HNCH, 2016

Rango	18-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	14	74.0	60	81.0	60	79.0	44	72.0	46	96.0	10	71.0	234	80.1
Moderado	5	26.0	14	19.0	15	20.0	16	26.0	2	4.0	4	29.0	56	19.2
Alto	0	0.0	0	0.0	1	1.0	1	2.0	0	0.0	0	0.0	2	0.7
Total	19	100	74	100	76	100	61	100	48	100	14	100	292	100

$X^2=11,1589$ $p=0,048$ $gl=5$

n: frecuencia absoluta

#: frecuencia relativa

Tabla 11. Autopercepción de las embarazadas usando el GOHAI según su nivel de instrucción, HNCH, 2016

Rango	Primaria		Secundaria		Superior o técnico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	29	91.0	137	75.0	68	87.0	234	80.1
Moderado	3	9.0	43	24.0	10	13.0	56	19.2
Alto	0	0.0	2	1.0	0	0.0	2	0.7
Total	32	100	182	100	78	100	292	100

$X^2=7,345$ $p=0,025$ $gl=2$

n: frecuencia absoluta

#: frecuencia relativa

VII. DISCUSION:

El presente estudio tuvo como propósito el analizar el impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud oral con el embarazo de mujeres que asisten al Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el primer trimestre del año 2016, haciendo uso del GOHAI, usando la autopercepción de las participantes.

Silva⁵² (Brasil; 2006), trabajo con población de gestantes cuya edad mínima fue de 15 años y su edad máxima de 51 años, distribuyéndolos según su desempeño laboral, a diferencia de este estudio donde se hizo una distribución según nivel de instrucción, teniendo en su gran mayoría gestantes de nivel secundario 62.0% y en menor proporción de nivel primario 11.0%, similar a lo descrito por Gamarra⁵³ (Perú; 2010), quien en su estudio, tuvo una distribución poblacional mayoritaria de mujeres con educación primaria 45.84% y menor población con estudios superiores; factores a analizar debido a la fuerte relación entre nivel socioeconómico y calidad de vida, como fue descrito por Lamarca⁴⁶ (Brasil; 2006), quien observó una marcada diferencia entre gestantes amas de casa y gestantes que trabajan y son remuneradas.

En el estudio se observó que la mayoría de gestantes (57.0%) refieren nunca haber limitado el alimento ingerido, como también el siempre poder pasar cómodamente los alimentos (56%), datos similares a los de Silva, para la limitación de alimento donde el 43.4% de las gestantes refieren nunca haber tenido molestias y el 100% siempre haber podido pasar cómodamente los alimentos⁵².

La autopercepción en la función física se tuvo mayor cantidad de gestantes que perciben su función como baja siendo estas el 50.0%, las de 20 a 24 años la mitad de ellas y el 68,8% de educación primaria. Solo el 4.0% perciben su función física como alta, de las cuales la mayoría son del grupo de gestantes con secundaria como nivel de instrucción, estos datos son similares al estudio realizado por La Rosa, quien también registro que solo el 4.8% de las mujeres que percibían alta la función física, y que el 49.7% de las mujeres percibían como baja la función física. Sin embargo en nuestro estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre edad y nivel de instrucción con la percepción de la calidad de vida según la función física.⁵⁰ Patil³⁴ (India; 2013), describió que la calidad de vida se afectaba por dolencias de índole oral

que causarían el modo en como las gestantes limitan su cantidad de alimentos y si pueden comer sin sentir molestias debido a gingivitis o lesiones cariosas.

La autopercepción en la función psicosocial, las gestantes en su gran mayoría la perciben como baja 61.98%, sin importar su edad, para lo cual encontramos una asociación directa entre la edad y la calidad de vida, solo 46 gestantes perciben su función psicosocial como alta (15.0%) entre los 25-34 años es el grupo con mayor proporción de gestantes que la consideran alta; según su nivel de instrucción la mayoría percibe como baja la función psicosocial sin importar el nivel, pero no se aprecia una asociación estadísticamente significativa.

La Rosa⁵⁰ (Perú; 2013), encontró una 49.7% de mujeres con percepción baja en esta función a diferencia del 68.97% de este estudio, ya que en su población el aspecto social que es evaluada en esta función obtuvo un puntaje alto por que el 78.0% de las mujeres consideraron estar contentas siempre con su apariencia física y el cómo se ven sus dientes, muy diferente en este estudio donde solo el 41.0% de las participantes estuvieron siempre contentas con su apariencia física.

Gamarra⁵³ (Perú; 2010) en su estudio, observa que el 16.6% de las mujeres asocian directamente el evitar estar en contacto con otras personas (capacidad para interactuar con su medio social) con el tener una mala salud bucal, a diferencia de nuestro estudio donde solo el 1.02% refiere que su salud bucal evite que tenga contacto siempre con las demás personas.

Se observa en el presente estudio que solo 14.04% siempre se preocupa o tranquiliza por problemas con sus dientes, y solo el 8.56% de las gestantes siempre están conscientes de que tienen problemas en la cavidad bucal, que es corroborado por Martins y col, quienes observan que las gestantes empiezan a tener cambios de conducta en su higiene lo que causa que más del 55.0% deje de tener una limpieza adecuada y el 75.0% tenga alimentaciones con alta ingesta de azúcares,²⁸ causando mayor afectación al sistema estomatognático³⁴. Esto junto con los conocimientos de salud escasos por parte de las gestantes acerca de salud bucal durante la gestación y la baja o nula consejería de los obstetras, por derivar a las pacientes a un odontólogo,

incrementan más negativamente interés en salud bucal y la falta de cuidados preventivos de higiene dental.⁴⁰

Según la función dolor, 47.0% de las gestantes la perciben como baja, siendo las gestantes con educación secundaria las más afectadas (76 gestantes del total), sin embargo del 30.0% de las gestantes con alta percepción de la función dolor, más de la mitad son gestantes del grupo de nivel secundario, teniendo menos gestantes con una percepción calidad de vida alta del nivel superior o técnico. Al igual que Alwaeli⁴¹(Jordania; 2005), quien después de entrevistar a las gestantes acerca de cómo altera las dolencias orales durante su embarazo a su calidad de vida, no hay una relación directa entre el nivel de educación, edad o incluso número de embarazos previos, al cuidado preventivo de la cavidad oral y como evitar el dolor, a pesar que en este estudio se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la función dolor y el nivel de instrucción.

Zaitzu y col⁵⁴ (Japón; 2011), encontraron que el 27.5% de las mujeres de su población, presentaban sensibilidad dentaria, a diferencia de los 46.91% de este estudio (con diferente grado de manifestación), esta magnitud de sensibilidad, causada muchas veces por los ácidos gástricos²⁹ y malos hábitos de higiene que ocasionan lesiones no cariosas^{30,31} dan altos valores en la función dolor que aumentan la afectación de calidad de vida siendo la función dolor una de las funciones clave en el análisis de la calidad de vida, a diferencia de Díaz (Colombia; 2012), que encontró que los factores que más afectaban la calidad de vida, eran las incomodidades evaluadas dentro de la dimensión psicosocial, como la incomodidad a comer frente a otras personas¹⁴.

En el presente estudio se encontró mediante el GOHAI una percepción de calidad de vida baja, 80.1%, de las gestantes que acudieron al Hospital Nacional Cayetano Heredia, cifras similares a los obtenidos estudios de La Rosa⁵⁰ (Perú; 2013), donde el 80% de las mujeres percibe como baja, el 75.0% de las mujeres en el estudio de Gamarra⁵³ (Perú; 2010), Cornejo⁵⁵ (España; 2010) que también encontró que el 68.1% de las mujeres de su estudio, y a diferencia de Silva, quien describe que la calidad de vida relacionada a la salud oral es positiva⁵². A pesar de que como funciones individuales, la función física, psicosocial y dolor, en la mayoría no se encuentra una asociación estadísticamente significativa, el valor final del GOHAI muestra una

asociación estadísticamente significativa tanto para la edad como para el nivel de instrucción, siendo la población de gestantes en edades de 20-29 y las de nivel primario como las gestantes con la percepción de calidad de vida más afectada, datos similares a los encontrados por Gallardo et col²¹(Perú; 2013), quienes ven el nivel de instrucción como un factor resaltante durante el análisis, debido a una marcada diferencia en sus poblaciones en su percepción de calidad de vida, por el otro lado, serian resultados antagonistas a los encontrados por Alwaeli⁴¹(Jordania; 2005) y de Silva⁵² (Brasil; 2006).

Se encontró limitaciones dentro del estudio como, una muestra aleatoria, debido a que las participantes fueron todas las que acudían al HNCH, el instrumento solo se basa en la autopercepción de la paciente, por lo cual sería ideal una evaluación intraoral adicional y también una evaluación de dolencias o patologías previas no relacionadas a salud bucal; por ultimo cabe resaltar que siendo el valor de $p=0.048$ (GOHAI según edad), cercano al nivel de significancia ($p=0.05$), se recomienda realizar nuevas investigaciones con mayor número de sujetos; se debe incorporar o realizar un instrumento de uso exclusivo para gestantes, considerando también a evaluar índice de caries y estado gingival, número de embarazos previos y el nivel de percepción de salud previo tanto a la encuesta como a un examen intraoral.

También se tiene que considerar los problemas de sueño que sufren las embarazadas que influyen directamente en su calidad de vida, al no haber una correcto descanso físico y mental, que es observado principalmente durante los 2 primeros trimestre de la gestacion⁵⁶, considerar también que el embarazo limita el movimiento de muchas gestantes, siendo muy perjudicial al inicio del embarazo por el deterioro de la salud mental en las gestantes lo que por consecuencia disminuye su calidad de vida no solo mental sino física, aumentando los dolores lumbares⁵⁷, por lo tanto, es necesario una evaluación mucho más exhaustiva. Por último se debe mostrar la marcada diferencia que existe en el modelo de atención a las gestantes, quienes en instituciones de salud nivel I (postas), reciben programas de promoción y prevención odontológica, como parte del paquete de atención integral a gestantes, a diferencia de las instituciones de nivel III, en este caso el HNCH (III-1), donde no se cuenta con ningún tipo de programa de este tipo; siendo esto muy importante, debido a que durante el embarazo la gran mayoría de gestantes terminan siendo derivadas a instituciones de más alto nivel.

VIII. CONCLUSIONES:

De manera general se puede concluir que:

La percepción de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) de las gestantes que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) haciendo uso del GOHAI es baja, 80.1% (n=234), la función afectada que contribuye más a la baja percepción de calidad de vida es la función dolor. La edad como el nivel de instrucción son características que influyen directamente en la calidad de vida.

Y de forma específica que:

1. El mayor grupo de gestantes, se encuentra en rangos de edad de 20-29 y el mayor grupo de gestantes afectadas son las que tienen un nivel de instrucción secundario.
2. El grupo de gestantes participantes contestó positivamente en la función física siendo más del 56% sin limitar su alimentación y pudiendo pasar tranquilamente sus alimentos, y más de 76% sin problemas de habla, en la función psicosocial el nivel de respuestas positivas empiezan a disminuir aunque no llegan a ser más del 50%, pero en la función dolor se aprecia más respuestas negativas debido a la sensibilidad y la percepción de dolor y molestias alrededor de la boca.
3. La autopercepción sobre la función física de las gestantes según la edad fue baja, siendo el grupo de edades de 20-24 el más afectado, dentro del cual también se encuentra la mayoría de las pocas gestantes con una percepción alta. No se encontró una asociación estadísticamente ($p=0.097$)
4. La autopercepción sobre la función física de las gestantes según el nivel de instrucción la autopercepción fue baja, y el grupo de gestantes con menor autopercepción fue el de nivel secundario. No se encontró una asociación estadísticamente ($p=0.060$).
5. La autopercepción sobre la función psicosocial de las gestantes según edad fue baja, siendo las de edades 20-24 nuevamente el grupo mayoritario. No se encontró una asociación estadísticamente ($p=0.500$).

6. La autopercepción sobre la función psicosocial de las gestantes según nivel de instrucción fue baja con mayor grupo de las gestantes de secundaria. No se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.092$).
7. La autopercepción sobre la función dolor de las gestantes según edad fue baja para la mayoría de gestantes excepto para las de 18-19, 30-24 y 40-44 años donde predominó una autopercepción de la función alta. No se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.241$).
8. La autopercepción sobre la función dolor de las gestantes según nivel de instrucción, fue baja para todas las gestantes. Se encontró una asociación estadísticamente ($p=0.008$).
9. Las gestantes sin importar su edad y su nivel de instrucción se encuentran predominantemente con una percepción de calidad de vida baja, siendo solo 2 gestantes con educación secundaria y en un rango de edades de 25-29 y 30-34 cada una respectivamente, las únicas en percibir su calidad de vida como alta.
10. La percepción de calidad de vida relacionada a la salud oral de las gestantes según la edad, es baja 80.1%, predominando en todas las gestantes sin excepción. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.048$).
11. La percepción de calidad de vida relacionada a la salud oral de las gestantes según el nivel de instrucción es baja 80.1%. se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0.025$).

IX. RECOMENDACIONES:

- Resaltar la importancia del cuidado del binomio madre – hijo en particular su relación durante la gestación y como puede esta afectar la calidad de vida durante toda la gestación.
- Se debe mencionar que durante la ejecución del estudio se realizó exámenes bucales a las gestantes pero no se realizó una base de datos, ni se mantuvo un registro de dicha actividad, al final se observó la necesidad y la gran relevancia que pudo haber tenido en el impacto de este estudio.
- Para futuros estudios se recomienda el analizar variables como el de embarazos previos, estado civil patologías previas no relacionadas a salud bucal y lo más importante una percepción inicial de la gestante y si ella percibe su salud y salud oral y gingival como buena, variables que al final podrán mostrar resultados donde la percepción de la paciente sea buena y por ende se encuentre una salud bucal optima y con una calidad de vida relacionada a la salud bucal buena o también como podría tenerse resultados muy antagónicos.

X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Bansal M, Kumar-Gupta R. Pregnancy and oral health. *Dental J of Advance Studies*. 2013; 1(2):73-6.
2. Velarde E, Avila C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44:349-61.
3. Pane S, Solans M, Gaité L, Serra-Sutton V. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Barcelona: Departamento de psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria; 2006.
4. Esteve M. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro para tener en cuenta. *Med Clin*. 1997; 108: 458-59.
5. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Bessa M. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(1): 1007-15.
6. Ferrans C. Quality of Life: Conceptual Issues. *Seminars in Oncology Nursing*. 1990; 6(4):248-54.
7. Meeberg G. Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advance Nursing*. 1993; 18:32-8.
8. Montero M. Calidad de Vida Oral en población General [Tesis de Doctorado de Odontología]. Granada. Universidad de Granada; 2006.
9. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003; 9:9-21.
10. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex*. 2002; 44:448-63.
11. Lizan L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009; 41 (7): 411–16.
12. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community t Health* 1988; 5: 3-18.
13. Atchison K, Dolan T. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990; 54(11):680-7.
14. Diaz S, Arrieta K, Ramos K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):9-15.
15. Meneses JE. Salud bucodental y calidad de vida oral en los mayores [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
16. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Dent Chile*. 2005; 96(2):28-36.
17. Atchison K, Der-Martirosian C, Gift H. Components of self reported oral health and general health in racial and ethnic groups. *J Public Health Dent*. 1998; 58: 301-7.
18. Atchison K. The general oral health assessment index. In: Slade GD. Ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 71-80.
19. Locker D. Dental status, xerostomia and the oral health related quality of life of an elderly institutionalized population. *Spec Care Dent*. 2003; 23(3): 86-93.
20. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29: 373-81.

21. Gallardo A, Picasso M, Huilca N, Avalos J. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores de una población peruana. *KIRU*. 2013; 10(2):145–50.
22. Gamarra OR. Validez de la medida sumaria del “Geriatric Oral Health Assessment Index” en adultos mayores de la Policia Nacional del Peru [Tesis de Maestria de Geriatria y Gerontologia]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
23. Lete I, Lozano J, Martinez C, Parrilla J. Embarazo en la adolescencia. En: Sociedad Española de Contracepcion. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1a ed. Zaragoza: El 2001. p. 817-36.
24. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008;77:1139–44.
25. Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. *J Calif Dent Assoc*. 2003; 31(2):135–38.
26. Kohler B, Andreen I, Jonsson B. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and lactobacilli in their children. *Arch Oral Biol*. 1984;29:879–83.
27. Lewis C, Milgrom P. Fluoride. *Pediatr Rev*. 2003; 24(10):327–36.
28. Martins R, Paiva J, Leite C. Oral Health Behaviors and Dental Treatment During Pregnancy. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2014; 14(1):5-11.
29. Hey-Hadavi JH. Women's oral health issues: sex differences and clinical implications. *Women's Health Prim Care*. 2002; 5(3):189–99.
30. Robinson P, Almas K. Influence of pregnancy on the oral cavity. *Glob Libr Women's Med*. 2011; 10:38-43.
31. Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals. California Dental Association Foundation, American College of Obstetricians and Gynecologists District IX. *J Calif Dent Assoc*. 2010; 38:391–40.
32. Laine M. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand*. 2002;60:257–64.
33. Lundergren D, Lindche J. Lack of influence of female sex hormones on alveolar bone loss in hamsters. *Scand J Dent Res*. 1971; 79: 113-8.
34. Patil S. Oral changes in pregnant and nonpregnant women: A case-control study. *J Orofac Sci*. 2013;5:118-22.
35. Scheutz F, Baelum V, Matee MI, Mwangosi I. Motherhood and dental disease. *Community Dent Health*. 2002;19(2):67–72.
36. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 2006; 10(5): S169–S174.
37. Dörtbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. *J Clin Periodontol*. 2005; 32(1):45–52.
38. Clothier B, Stringer M, Jeffcoat MK. Periodontal disease and pregnancy outcomes: exposure, risk and intervention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007; 21(3):451–66.
39. Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol*. 2003; 74(8):1214–18.
40. Guerra ME, Tovar V, Blanco L, Gutiérrez H. Información sobre salud bucal a embarazadas en la consulta prenatal del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas. *Acta Odontol. Venez*. 2011; 49(2): 1-10.

41. Alwaeli H, Al-Jundi S. Periodontal disease awareness among pregnant women and its relationship with socio-demographic variables. *Int J Dent Hyg.* 2005; 3(2):74–82.
42. Hashim R, Akbar M. Gynecologist's knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2014; 4(3):116-72.
43. Oliveira B, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain.* 2006;20:297–305.
44. Acharya S, Bhat PV. Oral-Health related quality of life during pregnancy. *J Public Health Dent.* 2009; 69(2):74-7.
45. Tas demir S, Balci E, Gunay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences.* 2010; 115: 275–81.
46. Lamarca GA, Leal MC, Leao AT, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-base and work-based networks. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:5-16.
47. Acharya S, Bhat PV. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg.* 2009; 7(2):102–7.
48. Barak S, Oettinger-Barak O, Oettinger M. Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstet Gynecolog Survey* 2003; 58(9):624-8.
49. Naito M, Yuasa H, Nomura Y. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci.* 2006; 48: 1-7.
50. La Rosa D. Calidad de vida en relación a salud oral (CVRSO) utilizando el índice de calidad de vida oral en geriatría (GOHAI) en integrantes de la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del mar en la ciudad de Lima durante el periodo mayo – junio en el año 2013 [Tesis de Bachiller de Estomatología]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2013.
51. Base de datos del servicio de Gineco-Obstetricia Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2015.
52. Silva S, Lopez F, Valsecki A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara São Paulo Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6(4):405-10.
53. Gamarra R. Autopercepción oral y situación y necesidad de prótesis en adultos mayores del I nivel atendidos en la Policía Nacional del Perú. [Tesis de Especialista en Rehabilitación Oral]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
54. Zaitso T, Ueno M, Shinoda K, Ohara S, Wright F. Association of clinical oral health status with self-related oral health GOHAI in Japanese adults. *Community Dent Health.* 2011; 28(4): 297-300.
55. Cornejo M, Perez G, De Lima K, Casals-Pedro E, Bonel C. Oral Health – Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cis Bucal.* 2013; 18(2): 285-92.
56. Da Costa D, Dritsa M, Verreault N. Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2010; 13: 249-57.
57. Tendais I, Figueiredo B, Mota J, Conde A. Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. *Cad. Saude Publica.* 2011; 27(2): 219-28.

ANEXOS

Anexo nº 1

Fórmula para hallar el tamaño muestral

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

n: es el tamaño de la muestra/ n= 238.67

Z: es el coeficiente de confianza para el 95% de confianza; Z = 1,96

p: es el porcentaje de mujeres con baja calidad de vida; p = 80%

q = 20%

N: población control del 2015; N = 8168

E: error muestral asumido; E = 5%

* N obtenido del Hospital Nacional Cayetano Heredia

* p obtenido del estudio de La Rosa en el 2013⁵⁰

Anexo nº 2

ÍNDICE DE SALUD ORAL GENERAL

Edad: educativo:	Nivel	Ninguno	Primaria	
		Secundaria	Técnica o superior	

Indicaciones:

- ❖ Este cuestionario es totalmente anónimo, por favor responda con sinceridad
- ❖ Lea detenidamente cada enunciado, para el cual hay 5 posibles respuestas, de no entender alguna, consulte con el entrevistador.
- ❖ Marque las preguntas marcando con una X en el recuerdo correspondiente.

Función física	5	4	3	2	1
	N	RV	AV	F	S
¿Ha limitado el tipo o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?					
¿Pudo pasar los alimentos cómodamente?					
¿Sus dientes o prótesis le impiden hablar del modo que usted quería?					
¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales?					
Función psicosocial	5	4	3	2	1
	N	RV	AV	F	S
¿Evito estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dental?					
¿Se sintió satisfecha o contenta con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?					
¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?					
¿Se sintió nerviosa o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dental?					

¿Se sintió incomoda al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dental?					
¿Evito sonreír o reír debido a que sus dientes o prótesis dentales le parecían antiestéticos?					
Función dolor	5	4	3	2	1
	N	RV	AV	F	S
¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de a boca?					
¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?					

Índice de salud oral general

1. Siempre= S 2. Frecuentemente=F 3. A veces=AV 4. Rara vez=RV 5. Nunca=N

Gracias por su colaboración

Anexo nº 3: Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Def. Conceptual	Def. operacional	Tipo	Escala	Valores
Edad	-	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cualitativo	Ordinal	18-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44
Nivel educativo	-	Nivel de escolaridad alcanzada	Nivel de escolaridad alcanzada	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Técnico o superior
Calidad de vida relacionada a la salud oral	General	Alteración o ausencia del bienestar integral (salud física, mental y emocional) y psicosocial, debido al impacto de problemas orofuncionales o bucodentales y su grado de afección en la misma	Suma de valores de frecuencias totales: siempre (1), frecuentemente (2), a veces (3), rara vez (4) y siempre (5)	Cualitativa	Ordinal	Alto (57-60) Moderado (51-56) Bajo (≤ 50)
	Función física	Autopercepción de la capacidad de realizar funciones de la boca para comer, hablar y deglutir	Suma de valores de frecuencias: siempre (1), frecuentemente (2), a veces (3), rara vez (4) y siempre (5)	Cualitativo	Ordinal	Alto (19-20) Moderado (16-18) Bajo (≤ 15)

	Función psicosocial	Autopercepción y preocupación por la salud bucal que conduce a evitar relacionarse con otros debido a problemas orales	Suma de valores de frecuencias: siempre (1), frecuentemente (2), a veces (3), rara vez (4) y siempre (5)	Cualitativo	Ordinal	Alto (28-30) Moderado (25-27) Bajo (≤ 24)
	Función dolor	Autopercepción de experiencia sensorial y emocional (subjetiva) desagradable de la boca	Suma de valores de frecuencias: siempre (1), frecuentemente (2), a veces (3), rara vez (4) y siempre (5)	Cualitativo	Ordinal	Alto (10) Moderado (8-9) Bajo (≤ 7)

Anexo nº 4:

Consentimiento informado para las participantes del estudio

PROYECTO: "Asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida usando el índice de salud oral general en gestantes que acuden al hospital nacional Cayetano Heredia, distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima, durante el segundo trimestre del 2016"

Investigador: Diego Hinostrza Noreña UPCH: 70309460 Teléfono: 989204524

Propósito del estudio:

Señora/Señorita, la invitamos a participar en una investigación que se está realizando con la finalidad de evaluar la asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida de las gestantes.

El embarazo es un periodo durante el cual la mujer tiene muchos cambios hormonales los cuales pueden generar directa o indirectamente cambios a nivel de la cavidad bucal, manifestando aumento de dientes con problemas de caries, alteraciones en las encías como gingivitis y/o periodontitis; los cuales son un riesgo para su salud y la de su bebe en desarrollo. Si Ud. Está embarazada y siente dolencias en la boca, de origen dental o de encías, ud puede participar en este estudio.

Procedimientos:

Si decide participar en el estudio, se realizara un cuestionario para que nos responda preguntas acerca del cómo se siente acerca de su salud bucal y si hubiera molestias como estas influyen en su día a día. Una vez que se concluye el cuestionario, recibirá una charla para su cuidado acerca de salud bucal. Este cuestionario durará 10 minutos.

Riesgos e incomodidades:

No existen riesgos por participar en el estudio, ya que no se le realizará ningún procedimiento clínico.

Beneficios:

Usted se beneficiará de charla personalizada de los cuidados de salud bucal necesarios durante su embarazo y los tratamientos que puede recibir durante el mismo.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida de las gestantes.

Confidencialidad:

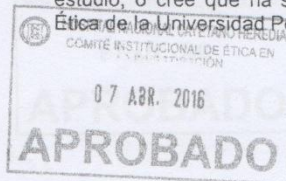
Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto el investigador principal Diego Hinostrza, quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Derechos del paciente:

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, yo le responderé gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación y la atención en la consulta o en otros servicios será siempre la misma y con la calidad a al que usted está acostumbrado/a

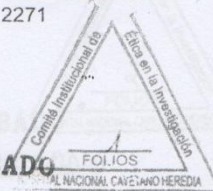
Contacto:

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con el investigador, Diego Hinostrza N. al teléfono 989204524. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 2271



APROBADO

F. APROBACIÓN: 31/05/2016



CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Investigador: Diego Hinojosa - UPCH - Teléfono: 980204624

Participante **Fecha**

Nombre: _____
DNI: _____

Testigo **Fecha**

Nombre: _____
DNI: _____

Investigador **Fecha**

Nombre: _____
DNI: _____

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA EN
RESEARCH
07 ABR. 2016
APROBADO



APROBADO
F. APROBACIÓN: 31/05/2016



Anexo nº 5:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación,
Ciencia y Tecnología (DUICT)

CONSTANCIA 142-07-16

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética, bajo la categoría de revisión **EXENTA**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : "Asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida usando el índice de salud oral general en gestantes que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Distrito de San Martín de Porres, Provincia de Lima, durante el segundo trimestre del 2016."

Código de inscripción : 66396

Investigador principal : Hinostroza Noreña, Diego

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

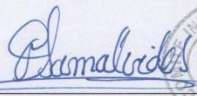
1. **Protocolo de investigación**, versión recibida en fecha 18 de marzo del 2016.
2. **Hoja informativa**, versión recibida en fecha 18 de marzo del 2016.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador esta exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y solo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **29 de marzo del 2021**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 30 de marzo del 2016.


Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación



Anexo nº 6:



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
Vicerrectorado de Investigación
Dirección Universitaria de Investigación,
Ciencia y Tecnología (DUICT)

CONSTANCIA

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité de ética aprobó la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Proyecto : “Asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida usando el índice de salud oral general en gestantes que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Distrito de San Martín de Porres, Provincia de Lima, durante el segundo trimestre del 2016.”

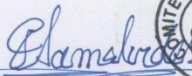

Código de inscripción : 66396

Investigador principal : Hinostroza Noreña, Diego

La **enmienda/modificación** corresponde a los siguientes documentos:

1. **Consentimiento informado**, versión recibida en fecha 13 de mayo del 2016.

Lima, 31 de mayo del 2016

Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación

Anexo nº 7:



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Nacional Cayetano Heredia

"Decenio de las personas con Discapacidad en el Perú"

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA,

CERTIFICA:

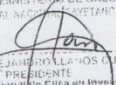
Que el Trabajo de Investigación de la REF Proyecto de Tesis "Asociación de las condiciones de salud oral en la calidad de vida usando el índice de salud oral general en gestantes que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima, durante el segundo trimestre del 2016." Inscrito con Código 031-016. Presentado por el Sr. Diego Hinostroza Noreña Investigador Principal ha sido revisado y APROBADO por este Comité, en sesión de fecha 07 de Abril del 2016.

Esta aprobación tendrá vigencia hasta el 06 de Abril del 2017. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Participaron en la sesión los siguientes miembros:

- Dr. Alejandro Llanos Cuentas
- Dr. Jorge Luis Hung Yep
- Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar
- Sr. José Leónidas Orcón Bernal

Lima, 08 de Abril del 2016

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Dr. ELMER ALEJANDRO LLANOS CUENTAS
PRESIDENTE
Comité Institucional de Ética en Investigación

ALLC/

www.hospitalcayetano.gob.pe

Av. Honorio Nº 262
Urb. Ingeniería
San Martín de Porres
Lima 31, PERÚ
Telf.: (511) 482-0402
Fax 482-1410