

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA



**“CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS
EPIDEMIOLÓGICAS, CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD
ORAL DURANTE EL EMBARAZO POR GESTANTES DEL
DISTRITO DE LUCRE. PROVINCIA QUISPICANCHIS.
CUSCO. 2016”**

Tesis presentado por el Bachiller:

WILLIAM SEGUNDO VALENCIA

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGIA

Asesora: Dra. Eliana Guillén Fernández

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dos años atrás me trace una meta y fue el empezar y terminar mi Maestría. A lo largo de ese difícil camino tuve muchas personas que me ayudaron y apoyaron de una u otra manera; sin embargo, fueron pocos los que se quedaron hasta el final conmigo para ver los frutos, es por eso que comenzaré a dedicarle y agradecerle este logro:

A TI ZOILA Y FERNANDO

*Porque son mi sol de cada día.
el motor de mi vida, y comparto
este y otros triunfos con ustedes.*

A MI PADRES

*Mi eterno agradecimiento
Por trazar en mi, la meta del estudio y superación
a través de su ejemplo y esfuerzo.
Cualquier meta lograda será poco para demostrarles mi admiración.*


A MI HERMANA JANET

*Muchas gracias, por tu apoyo
Brindado durante toda mi carrera.*

Muchas Gracias.

*A Uds. les dedico este triunfo y el inicio
de una nueva etapa en mi vida.*

AGRADECIMIENTO



A la **Dra. Eliana Aida Guillen Fernández**, por su asesoría en la realización de este trabajo, sus comentarios y sugerencias dándole el respectivo peso científico, desde el inicio hasta el final de mi investigación.

INDICE GENERAL

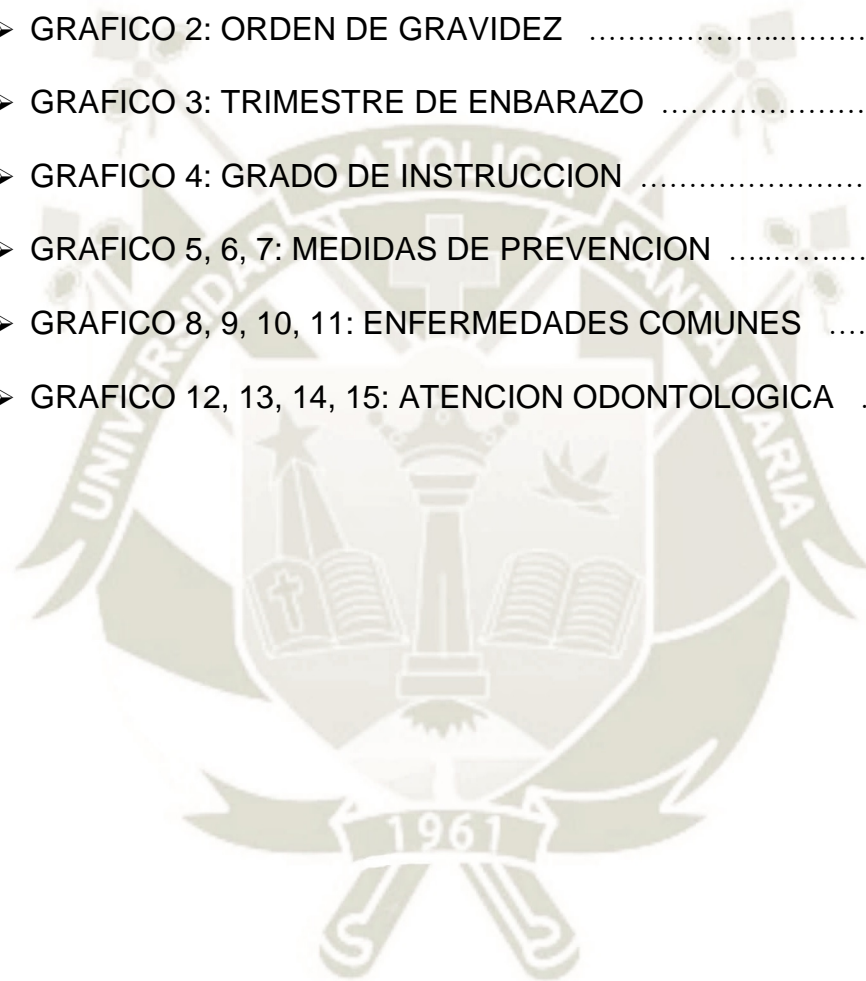
	Pág.
➤ RESUMEN	7
➤ ABSTRACT	9
➤ INTRODUCCION	11
➤ CAPITULO UNICO: RESULTADOS	13
➤ PROCESAMIENTO DE DATOS	14
➤ DISCUSION	41
➤ CONCLUSIONES.....	45
➤ RECOMENDACIONES.....	47
➤ BIBLIOGRAFIA.....	48
➤ ANEXOS.....	54
• Anexo N° 1: El proyecto de investigación.....	55
• Anexo N° 2: Matrices de Sistematización.....	107
• Anexo N° 3: Calculo del Chi Cuadrado.....	109
• Anexo N° 4: Formato de Consentimiento Informado.....	113
• Anexo N° 5: Fotografías	115
• Anexo N° 6: Constancias y autorizaciones	117
• Anexo N° 7: Validación del instrumento	120

INDICE DE TABLAS

	Pág.
➤ TABLA 1: EDAD MATERNA	14
➤ TABLA 2: ORDEN DE GRAVIDEZ	15
➤ TABLA 3: TRIMESTRE DE ENBARAZO	16
➤ TABLA 4: GRADO DE INSTRUCCION	17
➤ TABLA 5, 6, 7: MEDIDAS DE PREVENCION	18
➤ TABLA 8, 9, 10, 11: ENFERMEDADES COMUNES	23
➤ TABLA 12, 13, 14, 15: ATENCION ODONTOLOGICA	27
➤ TABLA 16 - 26: CORRELACION DE VARIABLES	31

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
➤ GRAFICO 1: EDAD MATERNA	14
➤ GRAFICO 2: ORDEN DE GRAVIDEZ	15
➤ GRAFICO 3: TRIMESTRE DE ENBARAZO	16
➤ GRAFICO 4: GRADO DE INSTRUCCION	17
➤ GRAFICO 5, 6, 7: MEDIDAS DE PREVENCION	18
➤ GRAFICO 8, 9, 10, 11: ENFERMEDADES COMUNES	23
➤ GRAFICO 12, 13, 14, 15: ATENCION ODONTOLOGICA	27



RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer las creencias y mitos sobre la salud oral que tienen las gestantes del distrito de Lucre y su correlación con las características epidemiológicas. La Investigación de tipo observacional, descriptiva, de corte transversal, evaluó un total de 57 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Se aplicó un cuestionario a las gestantes que asistían al control prenatal del servicio de Obstetricia del P.S Lucre. Los resultados respecto a las características epidemiológicas, revelaron que el grupo Etéreo con mayor porcentaje (50.88%) fue en el rango de 20 y 29 años; el 54.39% tuvo dos o tres gravideces; el 59.65% de gestantes estaban en el segundo trimestre finalmente; el 43.86% de participantes fueron del nivel primaria y secundaria. Las gestantes consideran que el 64.91% de gestantes considera necesario el cepillo y pasta dental como medidas de limpieza; el 64.91% cree que el embarazo produce la caries dental; el 54.39% considera que el embarazo provoca pérdida de dientes; el 63.16% considera normal la presencia de un tumor en las encías; el 43.86% señala que no es importante recibir atención odontológica durante el embarazo; el 71.93% cree que la toma de radiografías dentales durante el embarazo dañaría al bebé; el 33.33% cree que el uso de anestésicos dentales durante el embarazo puede producir malformaciones en el feto; el 50.88% cree que tomar medicamentos durante el embarazo puede producir defectos en él bebe. Los resultados del estudio revelaron que no

existe correlación entre características epidemiológicas y las creencias y mitos que poseen las gestantes del distrito de Lucre.

Palabras claves: *Características epidemiológicas, creencias, mitos, salud oral, gestantes.*



ABSTRACT

The objective of the study was to know the beliefs and myths about oral health that have the pregnant women of the district of Lucre and its correlation with the epidemiological characteristics. The observational, descriptive, cross-sectional study evaluated a total of 57 pregnant women who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. A questionnaire was applied to the pregnant women who attended the prenatal care of the Obstetrics service of P.S Lucre. The results with respect to the epidemiological characteristics, revealed that the group Etéreo with greater percentage (50.88%) was in the range of 20 and 29 years; 54.39% had two or three pregnancies; 59.65% of pregnant women were in the second trimester; 43.86% of participants were of the primary and secondary level. The pregnant women consider that 64.91% of pregnant women consider the toothbrush and toothpaste necessary as cleaning measures; 64.91% believe that pregnancy causes tooth decay; 54.39% consider that pregnancy causes loss of teeth; 63.16% considered normal the presence of a tumor in the gums; 43.86% stated that it is not important to receive dental care during pregnancy; 71.93% believe that taking dental x-rays during pregnancy would harm the baby; 33.33% believe that the use of dental anesthetics during pregnancy can cause malformations in the fetus; 50.88% believe that taking medication during pregnancy can produce defects in the baby. The results of the study revealed that there is no correlation between epidemiological

characteristics and the beliefs and myths that the pregnant women of the district of Lucre have.

Key words: Epidemiological characteristics, beliefs, myths, oral health, pregnant women.



INTRODUCCION

Unas de las etapas más importantes de la vida de una mujer es el momento en que llega a ser madre. Este proceso de embarazo está acompañado de múltiples cambios, tanto a nivel físico como psicológico. Así también, debido a la diversidad étnica y cultural existente en nuestro país, existen una serie de creencias y mitos que tienen las gestantes respecto a su salud bucal. Esta situación puede estar relacionada con muchos factores como la religión, entorno familiar, así como los indicadores socioeconómicos.

La creencia de que los requerimientos de calcio del futuro bebe, los obtiene de los dientes de la madre por ello las gestantes desarrollarían caries dentales, se encuentra arraigada en diversas culturas. Del mismo modo, algunas personas señalan y aceptan como un proceso normal en el embarazo que “por cada hijo se pierde un diente”¹.

¹ Romero D. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. p.125.

Por otro lado, existe la creencia de que las gestantes no deben recibir atención odontológica por el posible daño que puede producir el uso de anestésicos locales. Sin embargo, la evidencia señala que los tejidos dentales no responden a cambios bioquímicos del embarazo, así como tampoco el intercambio de calcio es causante del desarrollo de caries dentales, así también los cambios hormonales que ocurren en las gestantes pueden ocasionar lesiones en los tejidos blandos, sin embargo, estas alteraciones son transitorias, hasta que culmina la gestación.²

Finalmente la consulta dental correctamente planificada, no ocasionaría alteración alguna en el futuro bebe, por el contrario, existe evidencia que indica que no tratar la enfermedad periodontal durante la gestación, podría ocasionar partos prematuros y bajo peso al nacer, situación que es un problema de salud pública mundial.³

Es por todo ello que se realizó la presente investigación, el cual nos permitirá conocer las creencias y mitos, de las gestantes con respecto a la salud bucal. Todo esto con la finalidad de realizar actividades que permitan un mejor desarrollo en la atención de la gestante dentro del consultorio dental, propiciando que se eliminen ideas erróneas sobre el tratamiento odontológico durante el embarazo.

² Díaz, Romero. Ob. cit. p. 98

³ DASANAYAKE A.P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. p. 12.



CAPITULO UNICO RESULTADOS

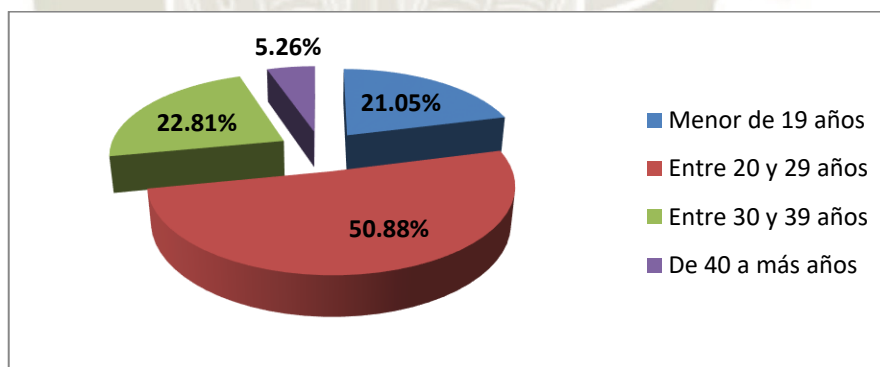
TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL
SEGÚN EDAD MATERNA**

Grupo Etéreo	N°	%
Menor de 19 años	5	21.05%
Entre 20 y 29 años	23	50.88%
Entre 30 y 39 años	17	22.81%
De 40 a más años	12	5.26%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos.

GRAFICA N° 1



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes se halla entre las edades de 20 a 29 años con 50.88% y el menor en el grupo de 40 años con 5.26%.

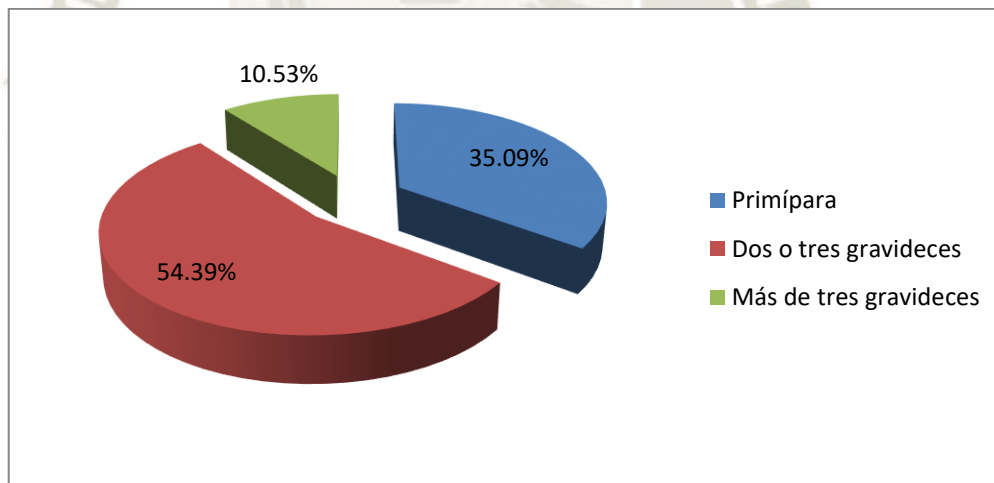
TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL
SEGÚN ORDEN DE GRAVIDEZ**

Orden de Gravidez	N°	%
Primípara	20	35.09%
Dos o tres gravideces	31	54.39%
Más de tres gravideces	6	10.53%
Total	57	100

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 2



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes se halla en el grupo de dos o tres gravideces con el 50.88%, y el menor en el grupo de tres gravideces con un 10.53%.

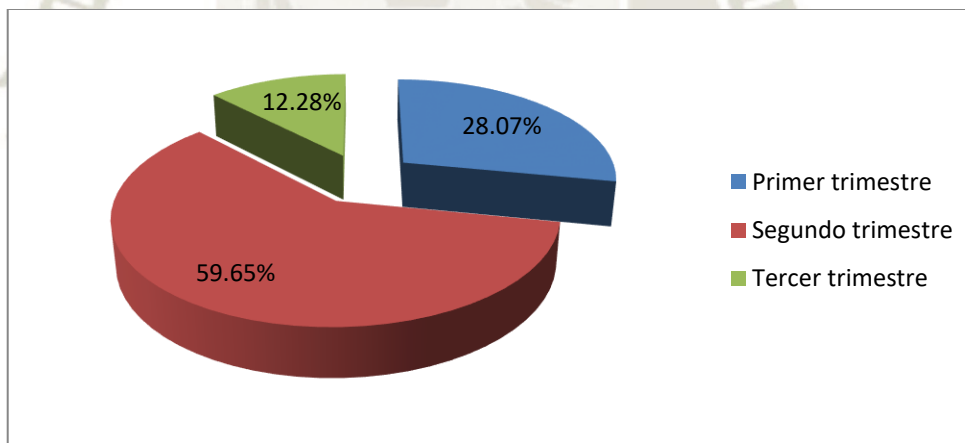
TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL
SEGÚN TRIMESTRE DE EMBARAZO**

Trimestre de embarazo	N°	%
Primer trimestre	16	28.07%
Segundo trimestre	34	59.65%
Tercer trimestre	7	12.28%
Total	57	100

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 3



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje gestantes se encuentran en el grupo del segundo trimestre con el 59.65% y el menor se hallan en el grupo del tercer trimestre con 12.28%.

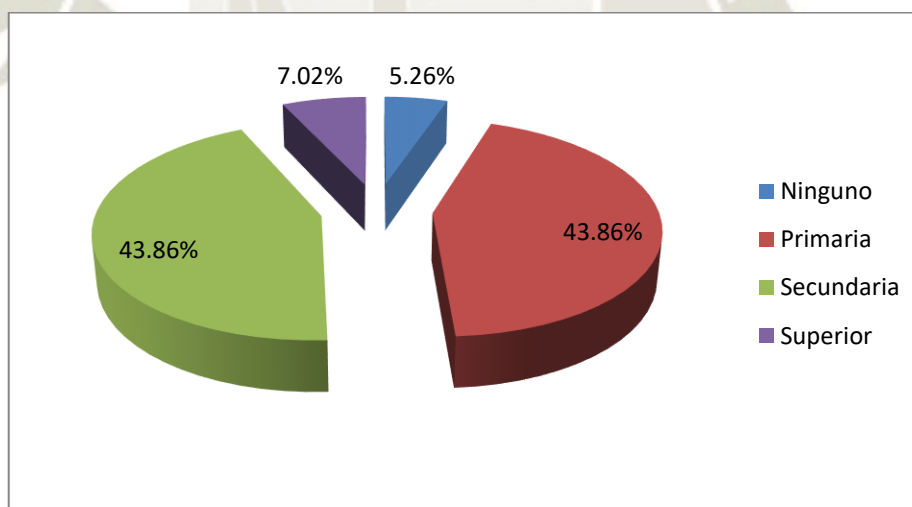
TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

TIPO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Ninguno	3	5.26%
Primaria	25	43.86%
Secundaria	25	43.86%
Superior	4	7.02%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 4



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

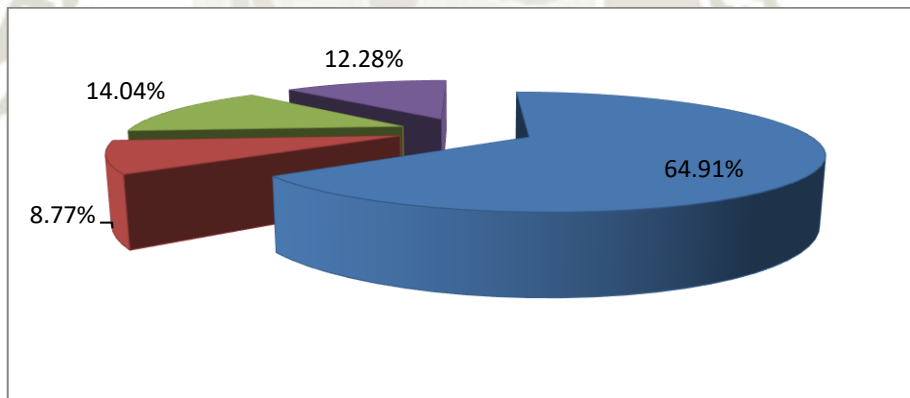
El mayor porcentaje de gestantes se encuentran en el grupo de primaria y secundaria con el 43.86%, y el menor se hallan no registra ningún grado de estudio con 5.26%.

TABLA N° 5
MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL EMBARAZO

ITEM		
Medidas de limpieza que utiliza para sus dientes	N°	%
Cepillo y pasta dental	37	64.91%
Cepillo, Pasta dental e hilo dental.	5	8.77%
Solo cepillo	8	14.04%
Otras *	7	12.28%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 5



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes utiliza cepillo y pasta dental como medidas de limpieza, así mismo un pequeño grupo de ellas, utiliza otros materiales para la limpieza de sus dientes.

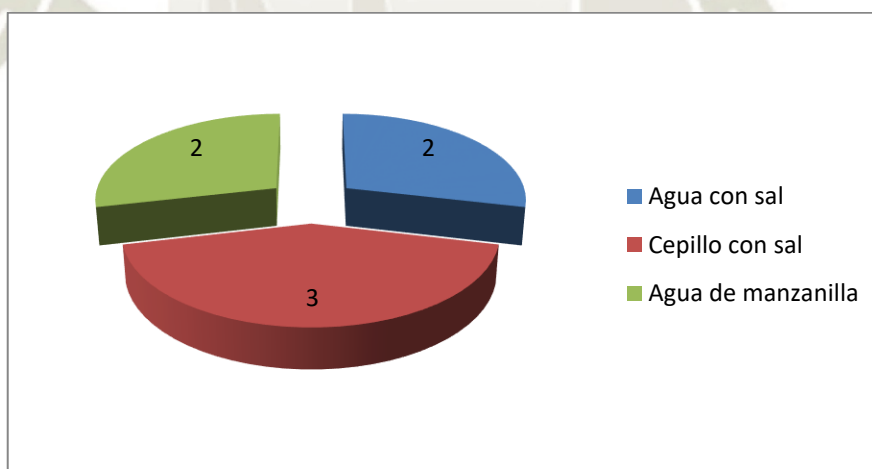
TABLA N° 5A:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL EMBARAZO

ITEM	
Medidas de limpieza que utiliza para sus dientes	N°
Otros _____ *	7
Agua con sal	2
Cepillo con sal	3
Agua de manzanilla	2

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRÁFICA 5A



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Esta grafica muestra que las gestantes, como otro medio de limpieza utilizan agua con sal, cepillo con sal y agua de manzanilla.

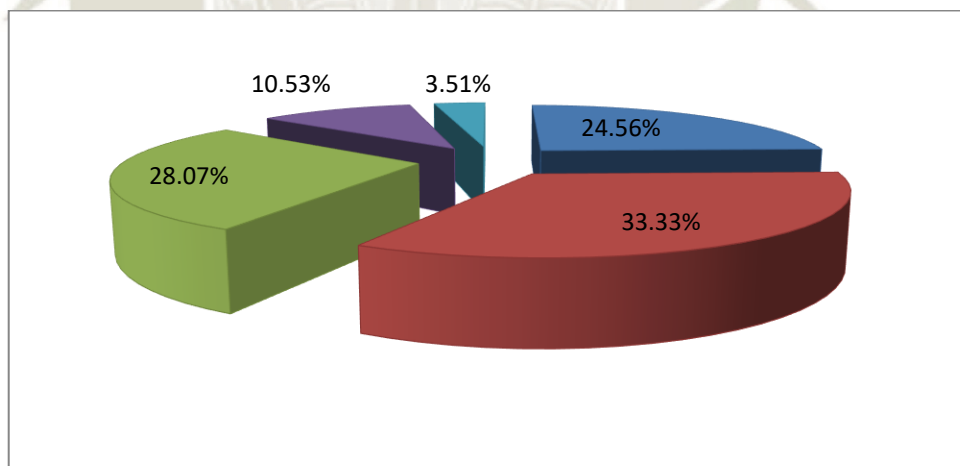
TABLA N° 6

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL EMBARAZO

ITEM		
Uso del flúor en los dientes	N°	%
Para que sean más blancos	14	24.56%
Para endurecerlos	19	33.33%
Para evitar las picaduras de los dientes.	16	28.07%
No ayuda en nada	6	10.53%
No sabe	2	3.51%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 6



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes considera que el flúor se utiliza para endurecer los dientes, seguido de la creencia que tienen las gestantes sobre el flúor para evitar las caries.

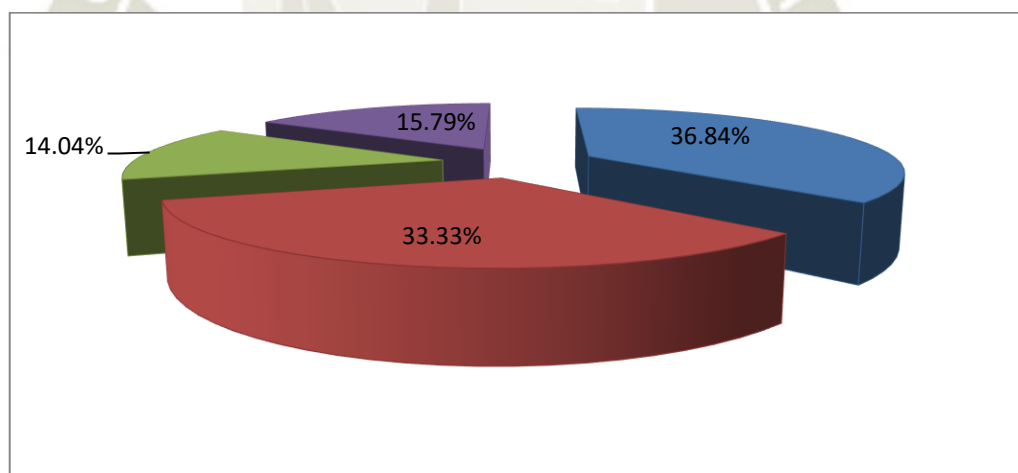
TABLA N° 7

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia sobre colocación Sellantes en los dientes	N°	%
Ayuda a que los dientes sean más fuertes	21	36.84%
Hace que el diente no se mueva durante el embarazo	19	33.33%
Evita la formación de caries	8	14.04%
No sabe	9	15.79%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 7



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que los Sellantes hacen más fuerte a los dientes, y no se muevan durante el embarazo.

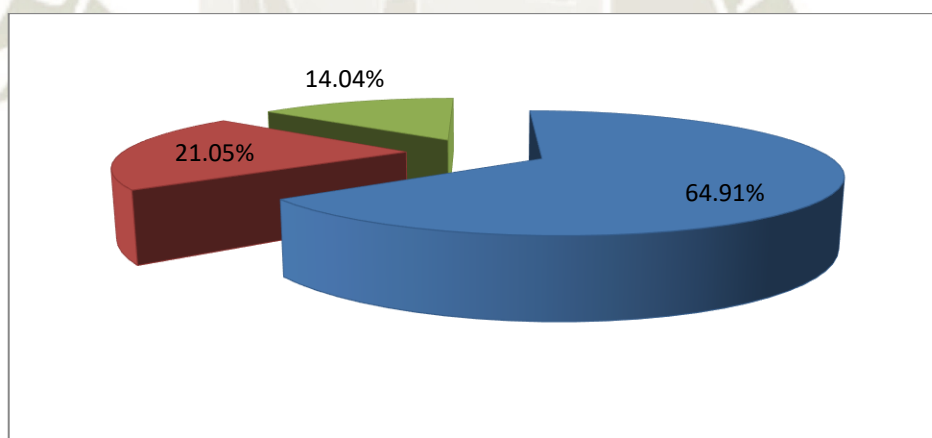
TABLA N° 8

ENFERMEDADES COMUNES EN EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia si el embarazo produce caries (o picaduras)	N°	%
Si	37	64.91%
No	12	21.05%
No sabe	8	14.04%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 8



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que se produce caries dental a consecuencia del embarazo.

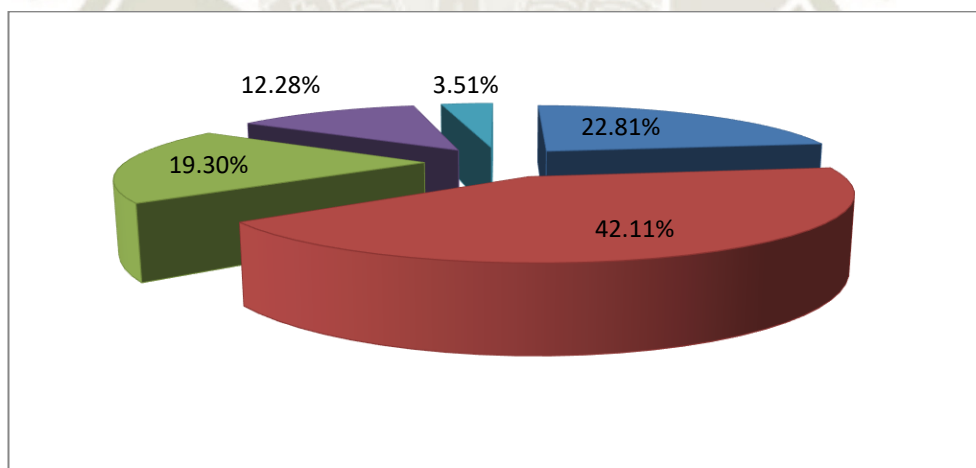
TABLA N° 9

ENFERMEDADES COMUNES EN EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia porque se produce la inflamación de las encías durante el embarazo	N°	%
Por no cepillarse	13	22.81%
Por efectos de las hormonas del embarazo	24	42.11%
Porque la embarazada come mucho y a toda hora	11	19.30%
Todas son correctas	7	12.28%
Ninguna es correcta	2	3.51%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 9



Fuente: Elaboración Personal.
Matriz de Sistematización de Datos.

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que la inflamación de las encías se debe al cambio hormonal que se da durante el embarazo.

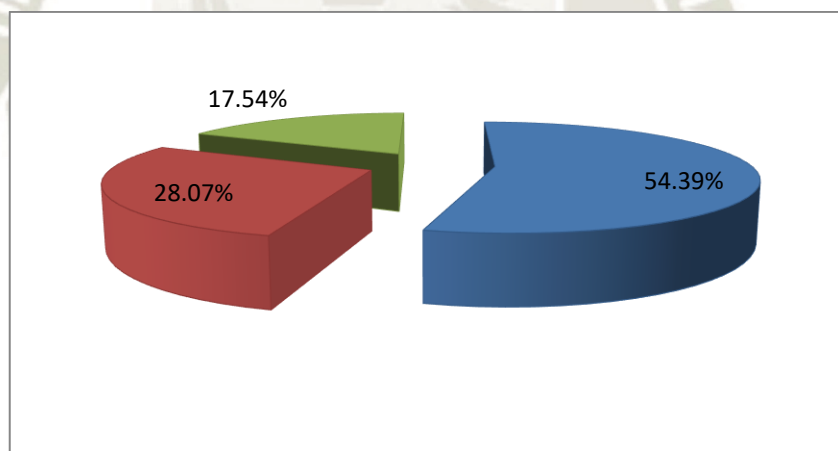
TABLA N° 10

ENFERMEDADES COMUNES EN EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia si durante el embarazo se pierde los dientes	N°	%
Si	31	54.39%
No	16	28.07%
No sabe	10	17.54%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 10



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que durante el embarazo se pierden dientes.

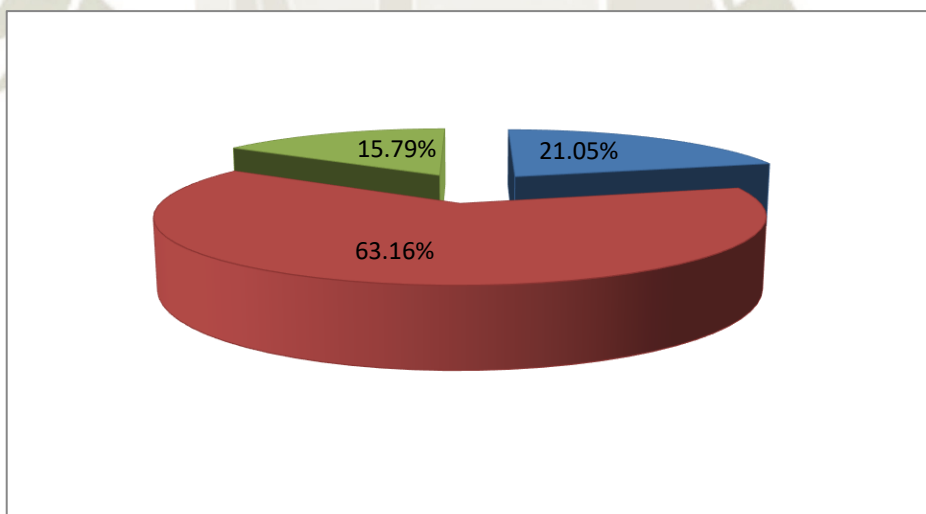
TABLA N° 11

ENFERMEDADES COMUNES EN EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia si es normal que aparezca un tumor en las encías a consecuencia del embarazo	N°	%
Si es normal	12	21.05%
No es normal	36	63.16%
No sabe	9	15.79%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 11



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que no es normal que aparezca un tumor en las encías a consecuencia del embarazo.

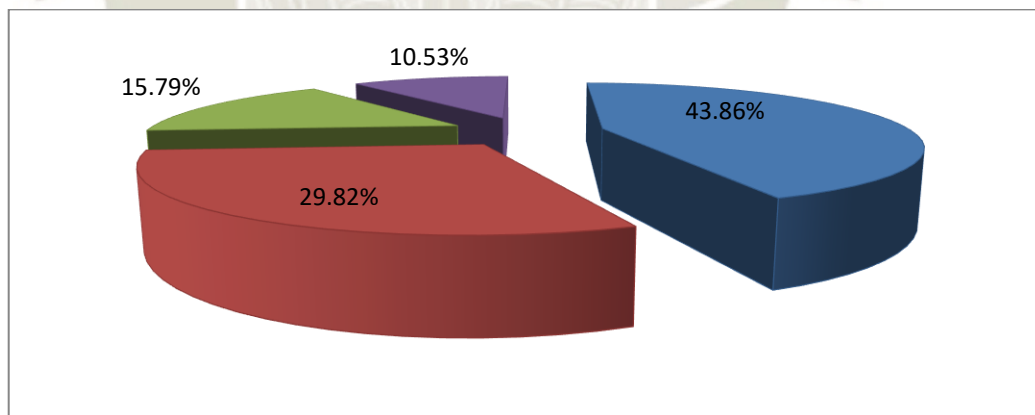
TABLA N° 12

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia sobre importancia de atención odontológica durante el embarazo	N°	%
No, porque le hace daño al futuro bebé	25	43.86%
No, porque no es necesario	17	29.82%
Si, porque me curara los dientes	9	15.79%
Si, porque es beneficioso para mi salud	6	10.53%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 12



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que no es importante recibir atención dental durante el embarazo, ya que consideran que no es necesario y que le hará daño al bebe en formación.

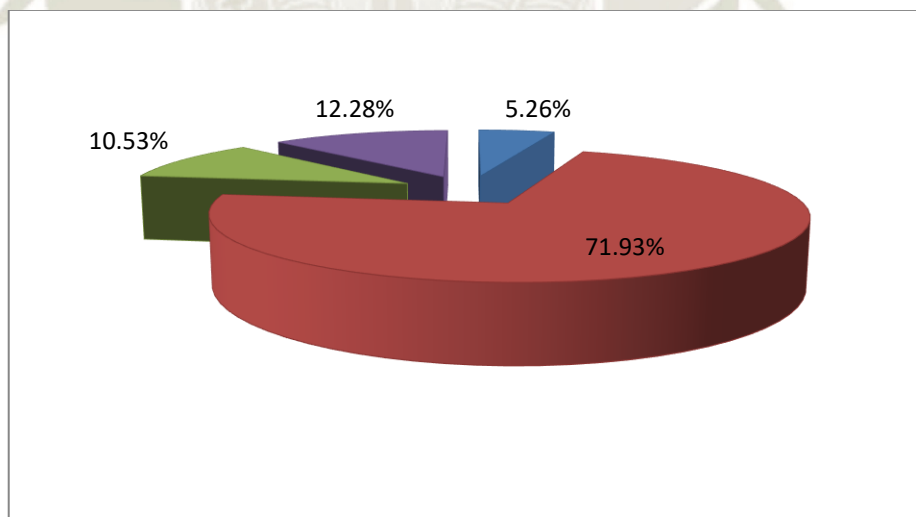
TABLA N° 13

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia sobre la toma de radiografías dentales durante el embarazo	N°	%
No pasaría nada	3	5.26%
Dañaría al bebé	41	71.93%
Solamente se debe tomar por casos de urgencia	6	10.53%
No sabe	7	12.28%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 13



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que la toma de radiografías dentales durante el embarazo dañaría al bebe en formación.

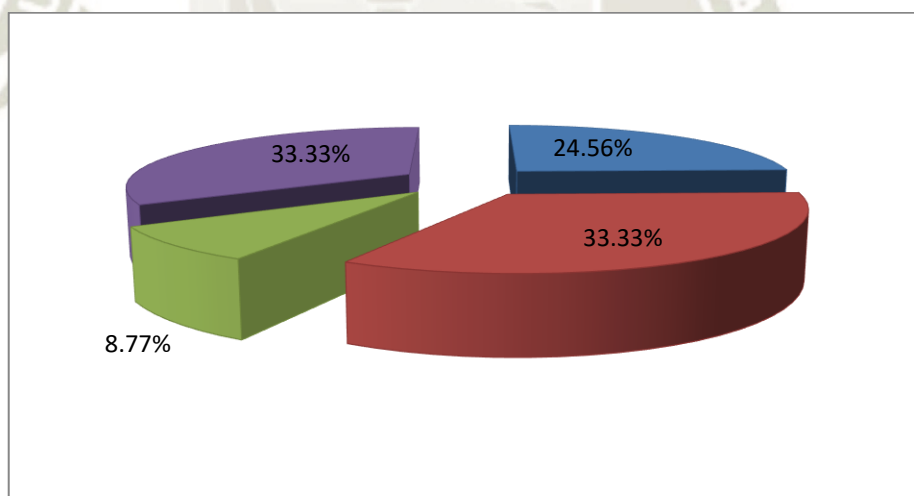
TABLA N° 14

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia sobre la administración de anestésicos dentales durante el embarazo	N°	%
Puede producir aborto	14	24.56%
Puede producir malformaciones en el feto	19	33.33%
Puede ser utilizado con seguridad durante todo el embarazo	5	8.77%
No sabe	19	33.33%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 14



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que la administración de anestésicos dentales durante el embarazo produciría malformaciones en el feto, así como un gran porcentaje de ellas desconocen los efectos que tengan el uso de anestésicos durante el embarazo.

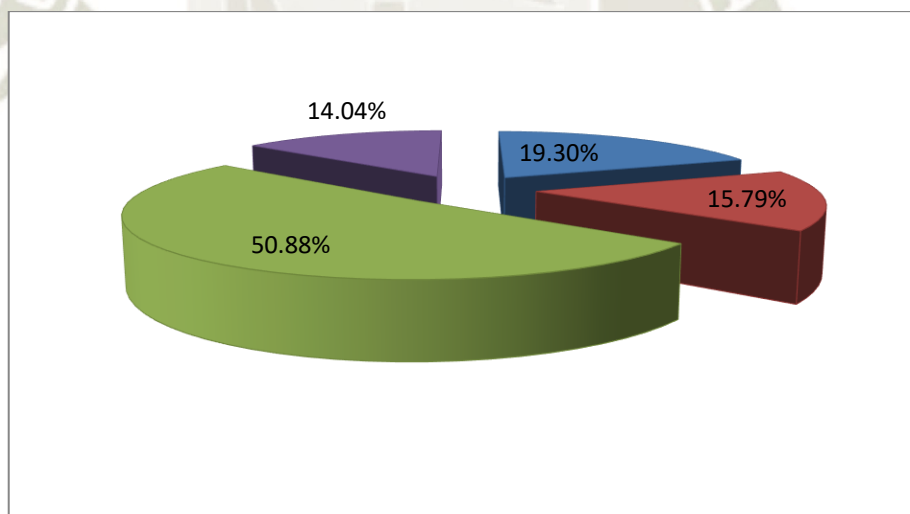
TABLA N° 15

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO

ITEM		
Creencia sobre uso de medicamentos durante el embarazo.	N°	%
Alteraciones dentales en el bebe	11	19.30%
Cambio de color de mis dientes	9	15.79%
Puede producir defectos en él bebe	29	50.88%
No sabe	8	14.04%
Total	57	100%

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

GRAFICA N° 15



Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

El mayor porcentaje de gestantes cree que la administración de medicamentos durante el embarazo produciría defectos en el bebe en formación.

TABLA N° 16

**CORRELACION ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Características Epidemiológicas	Utilización de elementos de limpieza para los dientes								Chi- cuadrado p
	Cepillo y pasta dental		Cepillo, Pasta dental e hilo dental.		Solo cepillo		Otras		
Edad materna	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Menor de 19 años	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	,647
Entre 20 y 29 años	13	56,5%	3	13,0%	5	21,7%	2	8,7%	
Entre 30 y 39 años	12	70,6%	1	5,9%	1	5,9%	3	17,6%	
De 40 a más años	8	66,7%	0	0,0%	2	16,7%	2	16,7%	
Orden de Gravidéz	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	14	70,0%	2	10,0%	2	10,0%	2	10,0%	,713
Dos o tres gravideces	21	67,7%	2	6,5%	4	12,9%	4	12,9%	
Más de tres gravideces	2	33,3%	1	16,7%	2	33,3%	1	16,7%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	11	68,8%	1	6,3%	3	18,8%	1	6,3%	,895
Segundo trimestre	21	61,8%	4	11,8%	4	11,8%	5	14,7%	
Tercer trimestre	5	71,4%	0	0,0%	1	14,3%	1	14,3%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	1	33,3%	0	0,0%	2	66,7%	0	0,0%	,210
Primaria	17	68,0%	2	8,0%	4	16,0%	2	8,0%	
Secundaria	16	64,0%	3	12,0%	1	4,0%	5	20,0%	
Superior	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y las medidas de limpieza que utilizan las gestantes del distrito de Lucre.

TABLA N° 17

**CORRELACION ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Características Epidemiológicas	Creencia sobre uso del flúor para los dientes										chi-cuadrado p
	Para que sean más blancos		Para endurecerlos		Para evitar las picaduras de los dientes.		No ayuda en nada		No sabe		
Edad materna	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Menor de 19 años	0	0.0%	1	20.0%	4	80.0%	0	0.0%	0	0.0%	,065
Entre 20 y 29 años	7	30.4%	11	47.8%	3	13%	2	8,7%	0	0.0%	
Entre 30 y 39 años	4	23.5%	5	29.4%	5	29.4%	3	17,6%	0	0.0%	
De 40 a más años	3	25%	2	16.7%	4	33.3%	1	8.3%	2	16.7%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	4	20,0%	5	25,0%	9	45,0%	1	5,0%	1	5,0%	,399
Dos o tres gravideces	9	29,0%	10	32,3%	7	22,6%	4	12,9%	1	3,2%	
Más de tres gravideces	1	16,7%	4	66,7%	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	3	18,8%	6	37,5%	4	25,0%	3	18,8%	0	0,0%	,745
Segundo trimestre	10	29,4%	10	29,4%	9	26,5%	3	8,8%	2	5,9%	
Tercer trimestre	1	14,3%	3	42,9%	3	42,9%	0	0,0%	0	0,0%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	1	66,7%	2	0,0%	0	0.0%	0	0,0%	0	0,0%	,968
Primaria	5	28,0%	7	36,0%	9	15.8%	3	12,0%	1	4,0%	
Secundaria	7	32,0%	8	24,0%	6	10.5%	3	12,0%	1	4,0%	
Superior	1	50,0%	2	25,0%	1	1.8%	0	0,0%	0	0,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y las creencias de las gestantes sobre la utilidad del flúor en los dientes.

TABLA N° 18

**CORRELACION ENTRE CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y
MEDIDAS DE PREVENCION**

Características Epidemiológicas	Creencia sobre importancia de uso de Sellantes para los dientes								
	Ayuda a que los dientes sean más fuertes		Hace que el diente se mueva durante el embarazo		Evita la formación de caries		No sabe		chi-cuadrado
Edad materna	N°	%	N°	%	p	%	N°	%	p
Menor de 19 años	2	40.0%	1	20.0%	1	20.0%	1	20.0%	,215
Entre 20 y 29 años	8	34.8%	12	52.2%	1	4.3%	2	8.7%	
Entre 30 y 39 años	9	52.9%	2	11.8%	3	17.6%	3	17.6%	
De 40 a más años	2	16.7%	4	33.3%	3	25%	3	25%	
Orden de Gravidéz	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	5	25,0%	7	35,0%	3	15,0%	5	25,0%	,717
Dos o tres gravideces	13	41,9%	11	35,5%	4	12,9%	3	9,7%	
Más de tres gravideces	3	50,0%	1	16,7%	1	16,7%	1	16,7%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	7	43,8%	3	18,8%	2	12,5%	4	25,0%	,800
Segundo trimestre	12	35,3%	13	38,2%	5	14,7%	4	11,8%	
Tercer trimestre	2	28,6%	3	42,9%	1	14,3%	1	14,3%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	,374
Primaria	9	36,0%	7	28,0%	5	20,0%	4	16,0%	
Secundaria	7	28,0%	12	48,0%	3	12,0%	3	12,0%	
Superior	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y las creencias sobre la importancia poner Sellantes en los dientes en gestantes.

TABLA N° 19

CORRELACION ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENFERMEDADES ORALES COMUNES EN EL EMBARAZO

Características Epidemiológicas	Creencia si embarazo produce caries (o picaduras)						chi-cuadrado p
	Si		No		No sabe		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad materna							
Menor de 19 años	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%	,072
Entre 20 y 29 años	16	69.6%	6	26.1%	1	4.3%	
Entre 30 y 39 años	11	64.7%	3	17.6%	3	17.6%	
De 40 a más años	8	66.7%	3	25.0%	1	8.3%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	12	60,0%	4	20,0%	4	20,0%	,883
Dos o tres gravideces	21	67,7%	7	22,6%	3	9,7%	
Más de tres gravideces	4	66,7%	1	16,7%	1	16,7%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	12	75,0%	3	18,8%	1	6,3%	,375
Segundo trimestre	20	58,8%	9	26,5%	5	14,7%	
Tercer trimestre	5	71,4%	0	0,0%	2	28,6%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	,150
Primaria	20	80,0%	3	12,0%	2	8,0%	
Secundaria	13	52,0%	7	28,0%	5	20,0%	
Superior	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia si el embarazo produce caries (o picaduras) en los dientes.

TABLA N° 20

CORRELACION ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENFERMEDADES ORALES COMUNES DURANTE EL EMBARAZO

Características Epidemiológicas	Creencia sobre inflamación de encías durante el embarazo										chi-cuadrado
	Por no cepillarse		Por efectos de las hormonas del embarazo		Porque la embarazada come mucho y a toda hora		Todas son correctas		Ninguna es correcta		
Edad materna	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Menor de 19 años	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	,381
Entre 20 y 29 años	5	21.7%	11	47.8%	2	8.7%	4	17.4%	1	4.3%	
Entre 30 y 39 años	3	17.6%	6	35.3%	5	29.4%	3	17.7%	0	0.0%	
De 40 a más años	2	16.7%	5	41.7%	4	33.3%	0	0.0%	1	8.3%	
Orden de Gravidéz	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	5	25,0%	11	55,0%	2	10,0%	1	5,0%	1	5,0%	,123
Dos o tres gravideces	8	25,8%	11	35,5%	8	25,8%	3	9,7%	1	3,2%	
Más de tres gravideces	0	0,0%	2	33,3%	1	16,7%	3	50,0%	0	0,0%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	4	25,0%	5	31,3%	2	12,5%	4	25,0%	1	6,3%	,477
Segundo trimestre	6	17,6%	17	50,0%	7	20,6%	3	8,8%	1	2,9%	
Tercer trimestre	3	42,9%	2	28,6%	2	28,6%	0	0,0%	0	0,0%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	,288
Primaria	5	20,0%	11	44,0%	6	24,0%	3	12,0%	0	0,0%	
Secundaria	5	20,0%	12	48,0%	4	16,0%	3	12,0%	1	4,0%	
Superior	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	25,0%	0	0,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes si se produce la inflamación de las encías durante el embarazo.

TABLA N° 21

CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENFERMEDADES ORALES DURANTE EL EMBARAZO

Características Epidemiológicas	Creencia sobre pérdida de dientes durante el embarazo						chi-cuadrado
	Si		No		No sabe		
Edad materna	N°	%	N°	%	N°	%	p
Menor de 19 años	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%	,230
Entre 20 y 29 años	10	43,5%	9	39,1%	4	17,4%	
Entre 30 y 39 años	9	52,9%	3	17,6%	5	29,4%	
De 40 a más años	8	66,7%	4	33,3%	0	0,0%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	13	65,0%	4	20,0%	3	15,0%	,630
Dos o tres gravideces	16	51,6%	9	29,0%	6	19,4%	
Más de tres gravideces	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	7	43,8%	4	25,0%	5	31,3%	,188
Segundo trimestre	22	64,7%	9	26,5%	3	8,8%	
Tercer trimestre	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	,260
Primaria	15	60,0%	4	16,0%	6	24,0%	
Secundaria	14	56,0%	9	36,0%	2	8,0%	
Superior	2	50,0%	1	25,0%	1	25,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes si durante el embarazo se pierde los dientes.

TABLA N° 22

CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ENFERMEDADES ORALES DURANTE EL EMBARAZO

Características Epidemiológicas	Creencia sobre Tumor de encías durante el embarazo						chi-cuadrado
	Si es normal		No es normal		No sabe		
Edad materna	N°	%	N°	p	N°	%	p
Menor de 19 año	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%	,366
Entre 20 y 29 años	7	30.4%	12	52.2%	4	17.4%	
Entre 30 y 39 años	3	17.6%	11	64.7%	3	17.6%	
De 40 a más años	0	0.0%	10	82.3%	2	16.7%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	4	20,0%	11	55,0%	5	25,0%	,208
Dos o tres gravideces	8	25,8%	21	67,7%	2	6,5%	
Más de tres gravideces	0	0,0%	4	66,7%	2	33,3%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	7	43,8%	9	56,3%	0	0,0%	,050
Segundo trimestre	4	11,8%	23	67,6%	7	20,6%	
Tercer trimestre	1	14,3%	4	57,1%	2	28,6%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	,982
Primaria	5	20,0%	16	64,0%	4	16,0%	
Secundaria	5	20,0%	16	64,0%	4	16,0%	
Superior	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes si es normal que aparezca un tumor en las encías a consecuencia del embarazo. Salvo con el trimestre de embarazo que salió un p: 0.05, el cual nos indica que posiblemente existiría una correlación.

TABLA N° 23

**CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO**

Características Epidemiológicas	Creencia sobre importancia de atención odontológica en el embarazo								chi-cuadrado
	No, porque le hace daño al futuro bebé		No, porque no es necesario		Sí, porque me curara los dientes		Sí, porque es beneficioso para mi salud		
Edad Materna	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	P
Menor de 19 años	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	,282
Entre 20 y 29 años	10	43.5%	9	39.1%	3	13.0%	1	4.3%	
Entre 30 y 39 años	9	52.9%	3	17.6%	3	17.6%	2	11.8%	
De 40 a más años	2	16.7%	4	33.3%	3	25.0%	3	25.0%	
Orden de Gravidéz	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	P
Primípara	9	45,0%	6	30,0%	3	15,0%	2	10,0%	,512
Dos o tres gravideces	15	48,4%	7	22,6%	4	16,1%	4	12,9%	
Más de tres gravideces	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%	0	0,0%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	P
Primer trimestre	6	37,5%	5	31,3%	2	12,5%	3	18,8%	,637
Segundo trimestre	16	47,1%	9	26,5%	7	20,6%	2	5,9%	
Tercer trimestre	3	42,9%	3	42,9%	0	0,0%	1	14,3%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	P
Ninguno	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	,764
Primaria	11	44,0%	6	24,0%	4	16,0%	4	16,0%	
Secundaria	10	40,0%	8	32,0%	5	20,0%	2	8,0%	
Superior	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes sobre importancia de recibir atención odontológica durante el embarazo.

TABLA N° 24

CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO

Características Epidemiológicas	Creencia sobre toma de radiografías dentales durante el embarazo								chi-cuadrado
	No pasaría nada		Dañaría al bebé		Solamente se debe tomar por casos de urgencia		No sabe		
Edad materna	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	P
Menor de 19 años	0	0.0%	3	60.0%	1	20.0%	1	20.0%	,520
Entre 20 y 29 años	1	4.3%	18	78.3%	2	8.7%	2	8.7%	
Entre 30 y 39 años	0	0.0%	11	64.7%	3	17.6%	3	17.6%	
De 40 a más años	2	16.7%	9	75.0%	0	0.0%	1	8.3%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	2	10,0%	16	80,0%	2	10,0%	0	0,0%	,300
Dos o tres gravideces	1	3,2%	22	71,0%	3	9,7%	5	16,1%	
Más de tres gravideces	0	0,0%	3	50,0%	1	16,7%	2	33,3%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	0	0,0%	12	75,0%	1	6,3%	3	18,8%	,760
Segundo trimestre	3	8,8%	24	70,6%	4	11,8%	3	8,8%	
Tercer trimestre	0	0,0%	5	71,4%	1	14,3%	1	14,3%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	,798
Primaria	1	4,0%	19	76,0%	3	12,0%	2	8,0%	
Secundaria	2	8,0%	15	60,0%	3	12,0%	5	20,0%	
Superior	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes sobre la toma de radiografías durante el embarazo.

TABLA N° 25

**CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO**

Características Epidemiológicas	Creencia sobre administración de anestésicos dentales durante el embarazo								chi-cuadrado
	Puede producir aborto		Puede producir malformaciones en el feto		Puede ser utilizado con seguridad durante todo el embarazo		No sabe		
Edad materna	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Menor de 19 años	0	0,0%	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%	,192
Entre 20 y 29 años	8	34,8%	8	34,8%	2	8,7%	5	21,7%	
Entre 30 y 39 años	2	11,8%	6	35,3%	2	11,8%	7	41,2%	
De 40 a más años	4	33,3%	1	8,3%	1	8,3%	6	50,0%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	2	10,0%	10	50,0%	1	5,0%	7	35,0%	,223
Dos o tres gravídeces	9	29,0%	9	29,0%	3	9,7%	10	32,3%	
Más de tres gravídeces	3	50,0%	0	0,0%	1	16,7%	2	33,3%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	1	6,3%	7	43,8%	2	12,5%	6	37,5%	,468
Segundo trimestre	11	32,4%	11	32,4%	2	5,9%	10	29,4%	
Tercer trimestre	2	28,6%	1	14,3%	1	14,3%	3	42,9%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	,723
Primaria	7	28,0%	7	28,0%	1	4,0%	10	40,0%	
Secundaria	5	20,0%	8	32,0%	4	16,0%	8	32,0%	
Superior	1	25,0%	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes sobre la administración de anestésicos dentales durante el embarazo.

TABLA N° 26

**CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO**

Características Epidemiológicas	Creencia sobre toma de medicamentos durante el embarazo.								
	Alteraciones dentales en el bebe		Cambio de color de mis dientes		Puede producir defectos en él bebe		No sabe		chi-cuadrado
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad materna									p
Menor de 19 años	0	0,0%	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	,617
Entre 20 y 29 años	3	13,0%	2	8,7%	15	65,2%	3	13,0%	
Entre 30 y 39 años	4	23,5%	3	17,6%	8	47,1%	2	11,8%	
De 40 a más años	4	33,3%	3	25,0%	3	25,0%	2	16,7%	
Orden de Gravidez	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primípara	3	15,0%	6	30,0%	10	50,0%	1	5,0%	,138
Dos o tres gravideces	7	22,6%	3	9,7%	14	45,2%	7	22,6%	
Más de tres gravideces	1	16,7%	0	0,0%	5	83,3%	0	0,0%	
Trimestre de embarazo	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Primer trimestre	3	18,8%	1	6,3%	10	62,5%	2	12,5%	,690
Segundo trimestre	6	17,6%	7	20,6%	15	44,1%	6	17,6%	
Tercer trimestre	2	28,6%	1	14,3%	4	57,1%	0	0,0%	
Grado de instrucción	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	p
Ninguno	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%	2	66,7%	,300
Primaria	4	16,0%	5	20,0%	14	56,0%	2	8,0%	
Secundaria	6	24,0%	4	16,0%	11	44,0%	4	16,0%	
Superior	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%	0	0,0%	

Fuente: Elaboración Personal
Matriz de Sistematización de Datos

INTERPRETACIÓN

Según la prueba Chi Cuadrado, nos muestra que no existe correlación entre las características epidemiológicas y la creencia que tienen las gestantes sobre tomar medicamentos durante el embarazo.

DISCUSIÓN

En el comportamiento de las gestantes se acepta que el conocimiento y las creencias son factores influyentes de las prácticas de salud; se sabe también que el embarazo se asocia en la mujer con patología dental. Si bien esto no tiene por qué ser cierto, sí es verdad que en etapa de gestación se producen cambios fisiológicos en los tejidos orales, cambios en la producción de saliva, dieta, flora bucal que pueden incrementar la progresión de enfermedades bucodentales iniciales o ya establecidas.

Al respecto, (Cervantes- Galicia 2006)⁴ en su estudio Mitos y Realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo, cuya investigación se realizó documentalmente basada en textos, obtuvo como resultados que si una mujer gestante no asiste a su valoración y tratamiento dental tiene riesgo de parto prematuro, así como de bajo peso del recién nacido. Se puede recibir anestesia dental en la consulta odontológica. La pérdida de las estructuras dentarias, se da porque se desatiende la salud bucal (al no cepillarse los dientes), y por una dieta rica en carbohidratos, más no por tener hijos. Se cree también que la radiación causa alteraciones en el nuevo ser, así también, si se deja de cepillar, la inflamación de las encías será mayor, por los depósitos de restos de comida y bacterias. Es verdad que existen medicamentos no aptos para el embarazo, pero existen

⁴ Cervantes Galicia, Nancy. Mitos y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. p 2.

algunos otros que se pueden tomar sin ningún problema en caso de que se requieran. Comparando con los resultados de nuestro estudio, encontramos que existe una gran mayoría de gestantes creen que no se puede recibir atención dental durante el embarazo porque le hace daño al futuro bebé, así también no se debe recibir anestesia dental porque puede producir aborto y malformaciones en el bebé, la mayoría también cree que por culpa del embarazo se pierden dientes, y los tomar medicamentos durante el embarazo producirá defectos en el bebé.

Según (Fuentes, Oporto, Alarcón y Bustos 2009)⁵ en el estudio de “Opiniones y Creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo”; realizaron una investigación en 9 centros de salud de Temuco; encontrando en las personas participantes que tenían un promedio 21,46 años de edad, 11,7 años de escolaridad y 22,6 semanas de gestación. Sobre el total de personas encuestadas, el 95% cree que durante el embarazo es necesario consultar al odontólogo, el 60% cree que el embarazo puede producir caries. El 70% de las personas que participó del estudio cree que el embarazo puede producir caída de piezas dentarias, un 75% ha evidenciado sangrado de encías durante el embarazo, y sólo un 22% del total de personas encuestadas siente temor

⁵ FUENTES, FERNÁNDEZ. OPORTO, VENEGAS. ALARCÓN, AM. BUSTOS, MEDINA. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. p. 2.

de consultar al dentista durante el embarazo. Sin embargo nuestro estudio muestra que el mayor porcentaje de participantes son del grupo etareo de 20 a 29 años (50.88%), y del segundo trimestre (59.65%). El 43.86% de encuestadas considera que no es importante asistir a la consulta dental porque le haría daño al bebe, por otro lado el 64.91% cree que durante el embarazo se produce caries y 54.39% cree que se pierde dientes.

Asimismo, los estudios de (Herney y Rengifo 2009)⁶ sobre Creencias acerca de la salud oral en gestantes de tres ciudades Colombianas, se incluyeron un total de 441 gestantes. El promedio de edad fue 22 años; el 71,88% (317) son amas de casa, el 31,52% (139) tenía secundaria completa, el 11,56% (51) primaria completa y 1,59% no había hecho ningún estudio. En cuanto a características clínicas de gestación, El 53,29% (235) presentaba su primer embarazo. Comparando con los resultados de nuestro estudio, encontramos que dentro de las características epidemiológicas halladas fueron, que el mayor porcentaje de participantes se encuentran en el grupo de 20 y 29 años; han tenido dos o tres gravideces; se encontraban en el segundo trimestre; y tienen un grado de instrucción de nivel primaria y secundaria.

⁶ Herney, Alonso; Rengifo, Reina. Creencias acerca de la salud oral en gestantes de tres ciudades Colombianas. p 2.

Según las Creencias, el 96,60% (426) de las gestantes presentó al menos una creencia en torno a la salud oral y su relación con el embarazo. La mayoría se centra en que durante el embarazo el bebé le sustrae calcio a los dientes de la madre y que se deben cepillar más veces por estar en este estado. La creencia que sugiere que el embarazo va ligado a la pérdida de mínimo de un diente fue la que tiene mayor relación significativa. En cuanto a la variable de daño al bebé por toma de radiografías en cualquier etapa de gestación, la afiliación en salud (contributivo (36,10% $p = 0.043$)) y visitar al odontólogo (61,95%) son los que en mayor proporción presentaron esta creencia 61,95%. Nuestro estudio demostró que las gestantes utilizan el cepillo y pasta dental como medidas de limpieza, el embarazo produce caries (o picaduras), durante el embarazo se pierde los dientes. Creen también que si se toma radiografías dentales durante el embarazo dañaría al bebé. Y la administración de anestésicos dentales y medicamentos durante el embarazo puede producir malformaciones en el feto y que no se debe utilizar en el embarazo.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El mayor porcentaje de gestantes se encuentran en el rango de 20 y 29 años; con dos o tres gravideces; en el segundo trimestre; con un grado de instrucción de nivel primaria y secundaria.

SEGUNDA

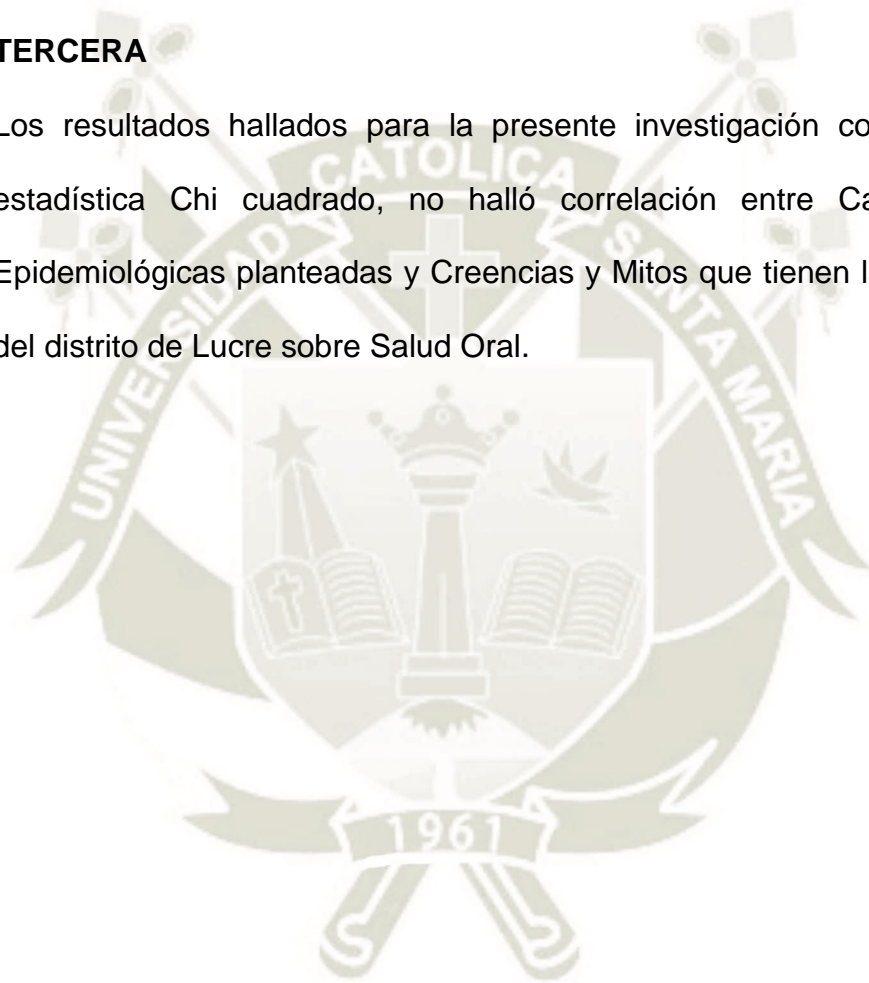
Las embarazadas consideran:

- El cepillo y pasta dental como medida de limpieza (64.91%).
- El flúor se utiliza para endurecer los dientes. (24.56%)
- Los Sellantes ayudan hacer los dientes sean más fuertes (36.84%)
- El embarazo produce caries (64.91%)
- La inflamación de encías en el embarazo se produce por efectos de las hormonas. (42.11%)
- Durante el embarazo se pierde los dientes. (54.39%)
- No consideran normal que aparezca un tumor en las encías durante el embarazo. (63.16%)
- Atención odontológica durante el embarazo no es importante porque le hace daño al futuro bebé. (43.86%)
- La toma radiografías dentales durante el embarazo dañaría al bebé. (71.93%)

- Los anestésicos dentales durante el embarazo pueden producir malformaciones en feto; no deben utilizarse en embarazo (33.33%)
- La toma de medicamentos puede producir defectos en él bebe (50.88%)

TERCERA

Los resultados hallados para la presente investigación con la prueba estadística Chi cuadrado, no halló correlación entre Características Epidemiológicas planteadas y Creencias y Mitos que tienen las gestantes del distrito de Lucre sobre Salud Oral.



RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Integrar los Servicios de Odontología en la atención prenatal y postnatal (Crecimiento y desarrollo del niño), como un Programa de política institucional y que sea extensivo a nivel nacional, para una atención interdisciplinaria con acciones de prevención, promoción y recuperación todos los establecimientos de salud.

SEGUNDA:

Se sugiere que las Facultades de Odontología incluyan en la formación de los estudiantes, en la asignatura de Odontopediatría la Atención Materno Infantil a la Embarazada tomando en cuenta la realidad nacional, costumbres y prácticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Romero D. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión Médica. Ginec Obst Mex. 2008. p.125
2. Romero D. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión Médica. Ginec Obst Mex. 2008. p.127
3. Dasanayake A.P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. Ann Periodontol 1998; 3: 206-12.
4. Cervantes, Galicia N. Mitos y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Hospital General Milpa Alta. UAM-XOCHIMILCO. 2006. Disponible en: www.academia.edu/8552280/mitos_embarazo_universidad_autonoma_metropolitada. [citado 19 abril 2016].
5. Fuentes, Fernández. Oporto, Venegas. Alarcón, AM. Bustos, Medina. "Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo". Avances en Odontoestomatología. Vol. 25 - Núm. 3 - 2009
6. Herney A, Rengifo R. Creencias acerca de la salud oral en gestantes de tres ciudades Colombianas. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. 20 N.º 2 - Primer semestre, 2009.

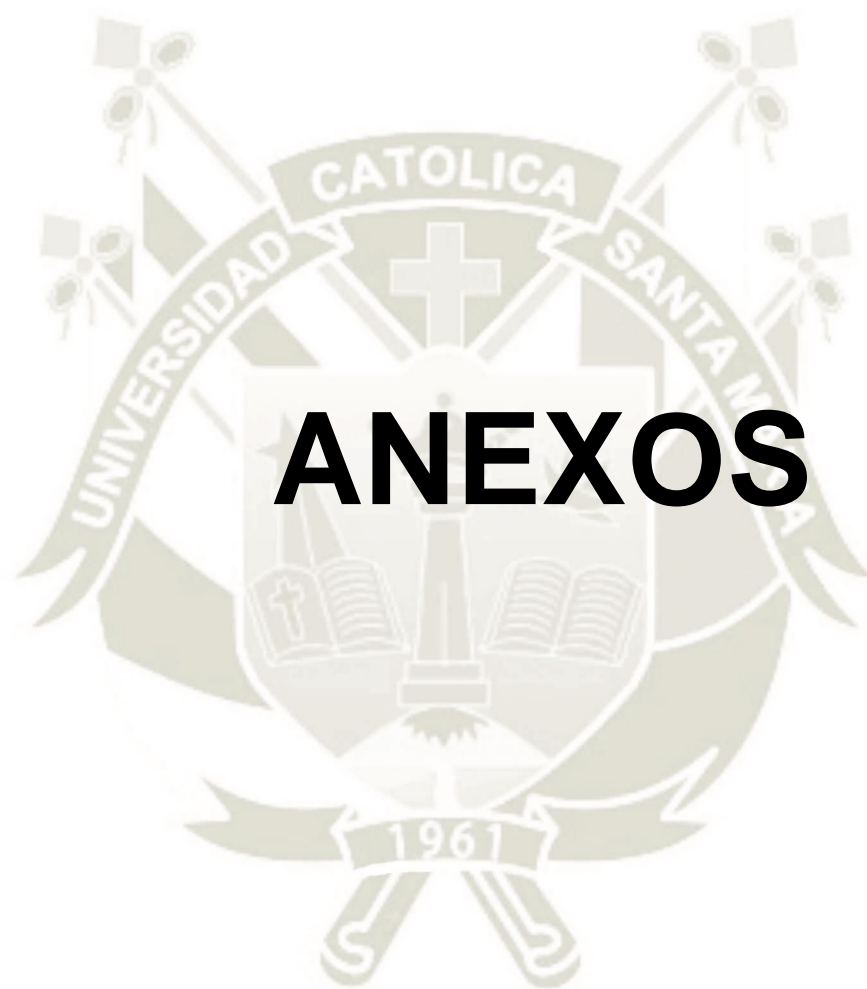
7. Romero D. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión Médica. Ginec Obst Mex. 2008. p.165
8. Romero D. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Opinión Médica. Ginec Obst Mex. 2008. p.167
9. Rodríguez, Ch HE. El embarazo, su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatología 2013. p.1-7
10. Barreiro, D. Bravo, M. The pediatrician and oral health. An Esp. Pediatric. 2009. pp. 463-466.
11. Rodríguez, Ch HE. El embarazo, su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatología 2013. p.1-7
12. García Santa Cruz M. Caracterización epidemiológica y factores de riesgo asociados a caries dental en preescolares de 5 y 6 años de edad en establecimientos educativos de diferente nivel socioeconómico de Cobán Alta Verapaz de junio a octubre 2010. p. 89-90.
13. Martínez Sosa J. Etiopatogenia de la Caries Dental, Infectología. 2010. p. 74-77.
14. Nápoles O, Ocaña N. Conocimientos sobre salud bucal en embarazadas del Policlínico "Josué País García". Archivo Medico de Santiago de Cuba 2006. Disponible en:

- www.monografias.com/...salud...embarazadas/evaluacioncapacitacion-salud-bucal-embarazadas2.html. [citado 22 abril 2016].
15. Caicedo, R. Baquero, M. Díaz, J. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología. Guía de Manejo de Patologías Pulpares y Periapicales. Sección Académica de Endodoncia, Bogotá, Septiembre de 2009. p. 14-15
 16. Garbero, I. Delgado, A. Benito, de Cárdenas. Salud oral en embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Acta odontológica Venezolana 2005. p. 2
 17. Díaz R. Manual de Salud Bucal y embarazo. pp. 134-135
 18. Bastarrechea M. Consideraciones para la atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo según riesgos. Rev. Cubana Estomatol. v.47 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2010. [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400005&script=sci_arttext [citado 14 abril 2016].
 19. Misraschi C. Sáenz, M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. CuadMédSoc 2009. p. 27-33
 20. Díaz R. Caries Dental Importancia Durante el Embarazo. p. 130-132
 21. Marrero A, López E, Castells S. Diagnóstico Educativo en Salud Bucal para Gestantes. Archivo Medico de Camaguey. 2010 Disponible en: www.amc.sld.cu/amc/2010/v8n1. [citado 15 abril 2016].

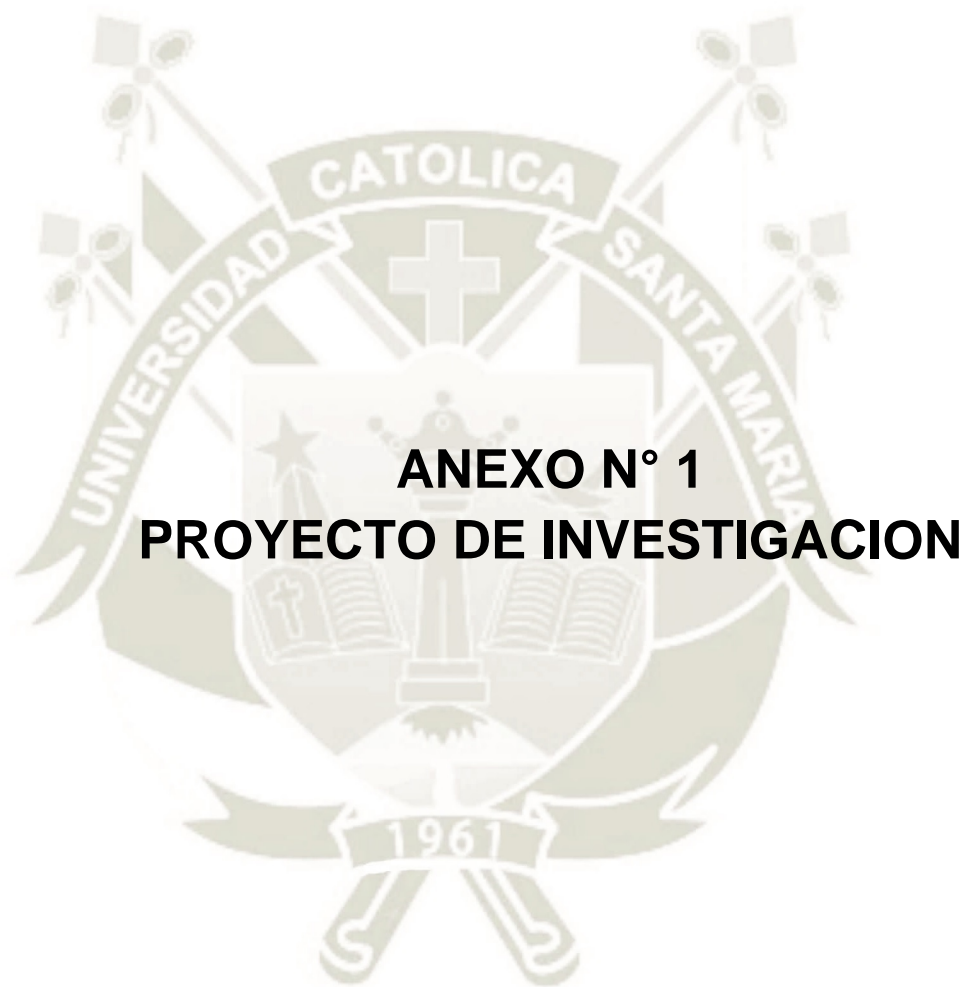
22. Raber, J. E y col. "Gingivitis experimental: aspectos inmunohistoquímicos" 2003. J. Clin. Periodontol. p. 2.
23. García O, Chávez M. Atención odontológica en la mujer embarazada. Archivos de investigación materna infantil. Vol. II. 2010. p. 80-84. [Internet]. [citado 16 abril 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102g.pdf> [citado 20 abril 2016].
24. 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 p. 169-74.
25. Markou, E. Eleana, B. Lazaros, T. The influence of sex steroid hormones on gingiva of women. Open Dent. 2009. p. 114-9.
26. Borrás J. Sánchez M. Guía de práctica clínica en salud oral paciente Gestante. Bogotá, 2010. 2013. [Internet]. 2013 Disponible en: <http://www.visitaodontologica.co/ARCHIVOS/PROTOCOLOS/sistema-co-Paciente-Gestante>. [citado 15 abril 2016].
27. García P. Cuidados odontológicos durante el embarazo. ABS 2009. p. 45-6
28. García P. Cuidados odontológicos durante el embarazo. ABS 2009. p. 54
29. Siofer. Psicología del embarazo, Parto y Puerperio. Buenos Aires. 2012. Ediciones Kargeinan. p. 145-146

30. Díaz, R. Martínez, S. ¿Educan los odontólogos a su población? ADM 2014. p. 317-320.
31. Jiménez, A. Arrechea, y col. Utilización de las radiografías en tratamientos dentales en la embarazada. Rev. Cubana Estomatología 2013. p. 4-15
32. Majul, O. Cuidados odontológicos durante el embarazo. Asociación Odontológica Argentina 2007. pp. 3-6
33. American Academy o Pediatric Dentistry. Infant oral health care. Pediatr Dent. 2010.(supplissue). p. 82.
34. Joyce, HT. Anestesia y Analgesia Perinatal. Clin. Perinatal 2010. p. 45-50
35. Jorgensen, N. Hayden, J. Anestesia Odontológica, 3ra. Nueva Editorial Interamericana, México, 2014. p. 156
36. Joyce, HT. Anestesia y Analgesia Perinatal. Clin. Perinatal 2010. p. 53
37. Katzung, B. Farmacología Básica y Clínica, 4ta. Edición, Manual Moderno, S.A. de C.V, México 2011.p 102-117
38. Gómez, José Feo. Manejo Farmacológico de la Paciente Embarazada, Rev. ADM, Vol. LV1, No.4. 2009. p. 158-162
39. Rodríguez, Hilda E. López, Melvis. El embarazo: su relación con la salud bucal. Rev. Cuba Estomatológica. 2013. p. 2-4.
40. Mazariegos, Cuervo Ma. De Lourdes y col. Manifestaciones Bucales y Complicaciones en el Binomio Embarazo-Salud Bucal, Sistema

- Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SSA; No. 14, Vol. 20. 2009.
p. 24-25.
41. Cervantes, Galicia N. Mitos y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Hospital General Milpa Alta. UAM-XOCHIMILCO. 2006. Disponible en: www.academia.edu/8552280/mitos_embarazo_universidad_autonoma_metropolitada. [citado 19 abril 2016].
42. Fuentes, Fernández. Oporto, Venegas. Alarcón, AM. Bustos, Medina. "Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo". Avances en Odontoestomatología. Vol. 25 - Núm. 3 - 2009
43. Herney A, Rengifo R. Creencias acerca de la salud oral en gestantes de tres ciudades Colombianas. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia - Vol. 20 N.º 2 - Primer semestre, 2009.



ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN ODONTOESTOMATOLOGÍA



“CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD ORAL DURANTE EL EMBARAZO POR GESTANTES DEL DISTRITO DE LUCRE. PROVINCIA QUISPICANCHIS. CUSCO. 2016”

PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR EL BACHILLER:
CD. William Segundo Valencia

PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:
MAESTRO EN ODONTOESTOMATOLOGIA

AREQUIPA – PERU
2016

I. PREAMBULO

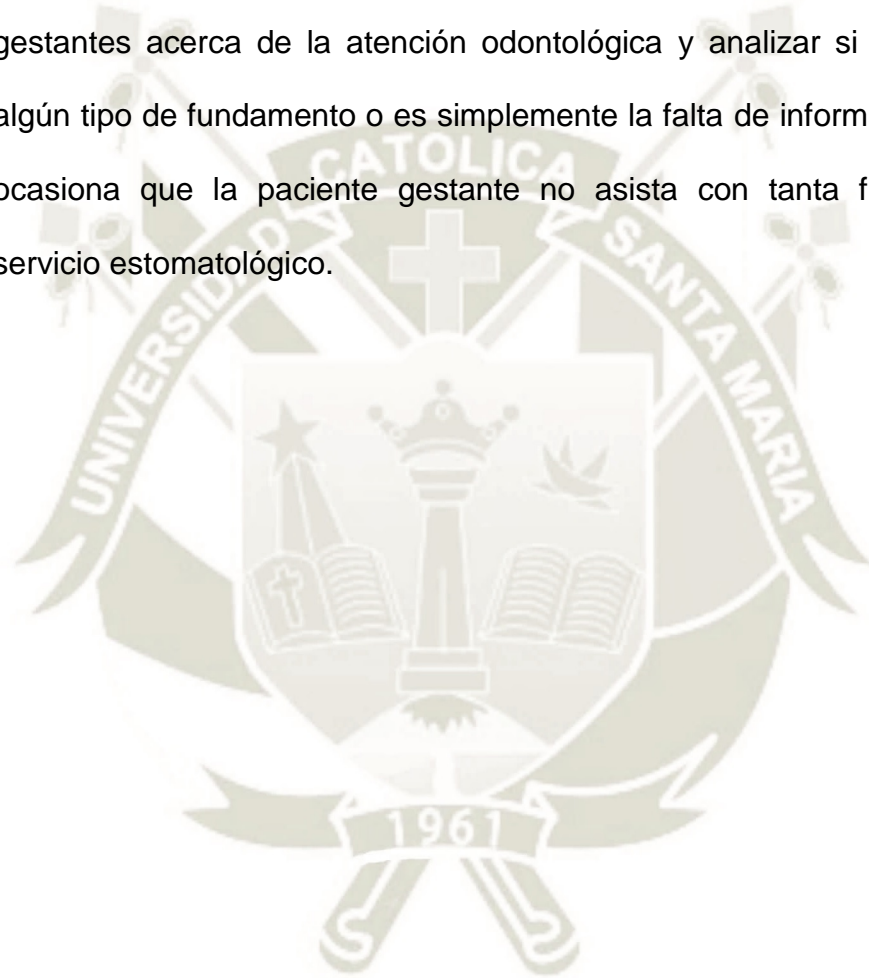
El embarazo es una situación natural en la mujer, en la que el cuidado de la gestante como el bebe en formación debe realizarse en conjunto. En este periodo se observan una serie de cambios en el cuerpo de la mujer, a consecuencia del incremento en la producción de estrógenos, progesterona, gonadotropinas, relaxina, entre otras hormonas.⁷

La determinación de este problema en cuestión ha sido posible ya que la cavidad bucal no queda exenta de sufrir ciertos cambios, y se produce algunas alteraciones reversibles y otras más consideradas como patológicas. Por un lado, se pueden asociar con la condición oral, el estrato socioeconómico, la dificultad de acceso a los servicios básicos, la escolaridad, los hábitos, se encuentran también las creencias y las motivaciones de cada individuo. De otro lado, durante el embarazo estas creencias pueden llegar a ser muy influyentes en el desarrollo de ciertas condiciones orales, además, se concibe que toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia de un grupo social que la práctica, por lo cual las creencias durante el embarazo tienen gran ámbito de desarrollo en el contexto de familia y en el contexto de la sociedad.⁸

⁷ Díaz, Romero. Ob. Cit. p. 506

⁸ Ibid. p. 507

La situación generadora del problema radica básicamente en la necesidad de recopilar información generada sobre los mitos y creencias del tratamiento odontológico en las pacientes embarazadas, con la intención de ver, cuales son los principales temores que tienen las mujeres gestantes acerca de la atención odontológica y analizar si estos tienen algún tipo de fundamento o es simplemente la falta de información, lo que ocasiona que la paciente gestante no asista con tanta frecuencia al servicio estomatológico.



II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado

Correlación entre características epidemiológicas, creencias y mitos sobre salud oral durante el embarazo por gestantes del distrito de Lucre. Provincia Quispicanchis. Cusco. 2016.

1.2 Descripción

a. Área del Conocimiento

El presente problema de investigación se ubica en el Campo de Ciencias de la Salud, en el Área de Odontoestomatología, bajo la Línea de Odontología preventiva y comunitaria, en el Tópico de Prevención en salud bucal.

b. Análisis y Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable Asociativa I CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Edad Materna	Menor de 19 años Entre 20 y 29 años Entre 30 y 39 años De 40 a más años
	Orden de Gravidez	Primípara Dos o tres gravideces Más de tres gravideces
	Trimestre del Embarazo	Primer Trimestre: 1 a 3° mes Segundo Trimestre: 4 a 6° mes Tercer Trimestre: 7 a 9° mes
	Grado de Instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Superior
Variable Asociativa II CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO	Creencias y mitos sobre medidas de prevención	Flúor
		Sellantes
		Higiene Oral
		Dieta
	Creencias y mitos sobre Enfermedades Orales comunes en el Embarazo	Caries Dental
		Gingivitis
		Periodontopatías
		Tumor del Embarazo
	Creencias y mitos sobre atención odontológica en la embarazada	Atención durante el embarazo
		Uso de radiografías
Uso de anestésicos		
Uso de medicamentos		

c. Interrogantes Básicas:

c.1.¿Cuáles son las características epidemiológicas que presentan las gestantes del distrito de Lucre?

c.2.¿Qué creencias y mitos sobre Salud Oral tienen las gestantes del distrito de Lucre?

c.3.¿Habría correlación entre las características epidemiológicas, Creencias y Mitos sobre Salud Oral por las gestantes del distrito de Lucre?

d. Taxonomía de la Investigación

- Por la técnica de recolección: Comunicacional.
- Por el tipo de dato que se planifica recoger: Prospectivo.
- Por el número de mediciones de la variable: Transversal.
- Por el número de muestras o poblaciones: Descriptivo.
- Por el ámbito de recolección: De Campo

FICHA TAXONÓMICA

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO	DISEÑO	NIVEL
Cualitativo	Comunicacional-Prospectivo Transversal-Descriptivo-De Campo	Etnográfico	Exploratorio

1.4 Justificación

El presente estudio justifica ser investigado por las siguientes consideraciones:

La investigación cuenta con **Originalidad parcial** al haberse encontrado investigaciones con diferentes enfoques a nivel nacional e internacional. La Relevancia Científica está en conocer las ideas que posee un grupo de embarazadas que acuden al P.S Lucre, en torno a la salud oral y el embarazo.

En la presente investigación la **Relevancia Social** estaría dada por los resultados que servirán para adoptar actitudes y realizar actividades que permitan un mejor desarrollo en la atención de la mujer embarazada dentro del consultorio dental, propiciando que se eliminen ideas erróneas sobre el tratamiento odontológico en el embarazo.

El presente estudio es factible de realizarlo al contar con la aceptación de participar de las unidades de estudio, el tiempo, recursos, presupuesto. Asimismo, guarda concordancia con los lineamientos de política investigativa de la Carrera Profesional de Odontología, en relación al área problemática, nivel y relevancia exigidos.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar las características epidemiológicas que presentan las gestantes del distrito de Lucre.
- 2.2. Precisar las creencias y mitos sobre Salud Oral que tienen las gestantes del distrito de Lucre.
- 2.3. Correlacionar las características epidemiológicas, Creencias y Mitos sobre Salud Oral por gestantes del distrito de Lucre.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Embarazo y Salud Oral.

Embarazo

Es una etapa de felicidad y muchos cambios en la persona. También es motivo para tener más atención al cuidado de la cavidad bucal. Es común escuchar que se pierde un diente por cada embarazo o que el bebé en desarrollo tomará el calcio que necesite de los dientes. Sin embargo, nos indica la necesidad de un buen cuidado dental y una buena nutrición durante la gestación.

La pérdida de dientes que puede darse durante el embarazo, se debe mayormente a la degeneración dental o enfermedades gingivales.

Durante el embarazo, las pacientes son más propensas a estas condiciones por una variedad de razones.⁹

Salud Oral

Por la susceptibilidad del feto, en el primer trimestre del embarazo no debe efectuarse tratamiento dentales invasivos, excepto el control de placa bacteriana; ya que en esta etapa ocurre la formación de los diferentes órganos y sistemas. Debemos tener en cuenta también que la pigmentación dental es causada por la administración de tetraciclina durante el embarazo. El segundo trimestre es el más seguro para llevar a cabo el tratamiento dental de rutina. Aun cuando es un periodo seguro es aconsejable limitar el tratamiento a aquellos de rutina únicamente tales como son los procedimientos operatorios simples.¹⁰

Se debe tener en cuenta el control de las infecciones agudas y eliminar las causas potenciales que puedan llegar a ocasionar problemas en una etapa más avanzada de la gestación o inmediatamente después ya que el tratamiento odontológico es más difícil en esta etapa. Los procedimientos quirúrgicos extensos que no sean urgentes deben de

⁹ Rodríguez, Ch HE. El embarazo, su relación con la salud bucal. p.p.1-7
¹⁰ Barreiro D, Bravo M. The pediatrician and oral health. p. 463-6

posponerse dentro de lo posible hasta terminar el embarazo ya que es un estado transitorio.

Durante la gestación, debe evitarse o reducir al mínimo la exposición a rayos X, especialmente durante el primer trimestre. Sin embargo, puesto que la exposición se realiza a la zona de cabeza y cuello, la dosis recibida en la consulta dental es pequeña, podemos tomar radiografías dentales a la paciente cuando sean necesarias, protegiendo la zona abdominal con un delantal de plomo y utilizando una película radiográfica de alta velocidad.¹¹ Para la selección y administración de medicamentos hay que tener mucho cuidado, ya que muchos fármacos pueden atravesar la barrera placentaria y provocar algún efecto de teratógeno en él.

3.2. Creencias y mitos sobre salud oral en el embarazo

Los mitos y creencias que se han formado en la sociedad acerca de la atención bucal en el período del embarazo son muy recurrentes, originando con ello que muchas de las mujeres en etapa gestacional no se atienden por la incertidumbre y el temor que les causa el asistir al

¹¹ Rodríguez, Ch HE. El embarazo, su relación con la salud bucal. pp.1-7

consultorio dental, la mayoría de estos mitos han sido transmitidos de generación en generación, considerando a éstos como verdaderos.

3.2.1. Creencias y mitos sobre medidas de prevención.

a) Higiene Oral

La mejor manera para que las mujeres embarazadas prevengan la caries y la gingivitis es mantener sus dientes y encías limpias, cepillarse con crema o pasta dental con flúor dos veces al día, utilizar el hilo dental una vez al día y hacerse limpiar los dientes por un profesional de la salud dental. Evitar los alimentos que son de alto contenido en azúcar también ayuda.

Si la caries ya está presente, la única forma de frenarla es por medio de un tratamiento en el consultorio de su dentista. Si se previenen o se tratan la caries y la gingivitis, no hay razón para que las mujeres embarazadas pierdan los dientes.¹²

La acción de cepillar los dientes correctamente ayuda a eliminar la mayor parte de la placa bacteriana, pero el cepillado sólo no puede eliminar la placa que está localizada en lugares de difícil

¹² García Santa Cruz M. Caracterización epidemiológica y factores de riesgo asociados a caries dental. pp. 89-90.

acceso, especialmente en los espacios interdentes. La limpieza con hilo dental también ayuda a eliminar los restos alimenticios que se adhieren a los dientes y encías.

b) Sellantes

La prevención de la caries y gingivitis para conseguir una boca sana es el objetivo primario durante la gestación. Una estrategia importante es la inclusión de acciones que eviten la colonización de la cavidad bucal por agentes cariogénicos.

Las fosas y fisuras son las áreas donde se retienen mayormente los restos alimenticios, son áreas de difícil acceso para realizar una limpieza adecuada, es ahí donde se inician las lesiones iniciales de caries dental; un 90% de las lesiones de caries son en estas áreas. Es por ello que al sellar estas zonas retentivas se consigue una barrera física y se logra un efecto preventivo. Los Sellantes tienen un tiempo de vida estimado de 3 años hasta un máximo de 5, pero deben ser evaluados cada cierto tiempo y verificar que no se hayan fracturado o desprendido.¹³

¹³ Martínez Sosa J. Etiopatogenia de la Caries Dental, Infectología. p.p. 74-77.

c) Flúor

Se sabe que las propiedades cariostáticas del flúor surgieron a partir de los estudios realizados por Dean en Estados Unidos (1942), siendo declarado por la OMS en 1972, como agente eficaz en la prevención de la caries. Los fluoruros tienen poder antiséptico y su mecanismo de acción es a nivel del metabolismo microbiano como depresor enzimático.¹⁴

En la etapa de mineralización dental, antes de la erupción, el flúor sistémico se adhiere a la estructura cristalina del esmalte, formando la fluorapatita o fluorhidroxiapatita, incrementando así la resistencia a la caries y disminuyendo de este modo su incidencia tras la erupción dentaria.

El efecto anticaries se debe a la intervención sobre el proceso de desmineralización-remineralización que son los originarios de nuevas lesiones de caries. Incrementando la resistencia del esmalte a los ácidos, y efecto antibacteriano. Con frecuencia se ha cuestionado los beneficios de la administración de flúor prenatal para la prevención de caries en dientes temporales.

¹⁴ Nápoles O, Ocaña N. Conocimientos sobre salud bucal en embarazadas del Policlínico "Josué País García". p. 86

No existen dudas de que el flúor pasa la placenta y de que el feto es capaz de absorberlo, pero la eficacia verdadera de que estos suplementos a través de la madre, ya sea mediante el agua fluorada o mediante tabletas, pueda influir en la no aparición de caries es controvertido.¹⁵

La eficacia de una dieta postnatal con suplementos de flúor en la prevención de la caries en dientes permanentes ha estado demostrada. El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental, que carece de las implicaciones de carácter ético-legislativo de la fluoración de las aguas, aunque ésta sea la forma de administración de flúor más efectivo y eficiente.¹⁶

d) Dieta

Es evidente la influencia de la nutrición y alimentación sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial del feto en el vientre de la madre. Durante la etapa de gestación, hay una serie de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio adecuado para el bebe en desarrollo.¹⁷

¹⁵ Caicedo R, Baquero, Díaz J. Guía de Manejo de Patologías Pulpares y Periapicales. p.p. 14-15.

¹⁶ Garbero I, Delgado A, Benito de Cárdenas I. Salud oral en embarazadas. p.2.

¹⁷ Díaz, Romero. Manual de Salud Bucal y embarazo. p.p. 134-135.

En sentido nutricional, estos cambios están asociados con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La gestante tiene mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al feto en desarrollo es a través de la sangre de la madre.

Otro mito muy común entre las mujeres embarazadas es que el bebé les roba el calcio de sus dientes y por eso estos son debilitados y comienzan a caerse. El calcio que el bebé necesita lo provee la dieta, no los dientes. Sin embargo, si falta el calcio en la dieta, el cuerpo lo obtiene de los huesos.

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa; en este sentido prevalece la creencia de que ésta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el nuevo ser. Sin embargo, estudios realizados han demostrado que a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. ¹⁸

¹⁸ Bastarrechea, Maribel. Consideraciones para la atención estomatológica integral y sistemática durante el embarazo según riesgos. p.2.

Los efectos de las hormonas que se encuentran presentes durante el período de gestación ocasionan cambios en todo el cuerpo y también en la cavidad bucal, pero eso no quiere decir que tenga bases el mito de que, efectivamente los órganos dentarios maternos sufren de lesiones cariosas a consecuencia, de una descalcificación en el embarazo.

3.2.2. Creencias y mitos sobre enfermedades orales comunes en el Embarazo.

a) Caries Dental

La mujer durante la etapa del embarazo está sometida a cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen susceptible a la caries dental. Las alteraciones en la producción de saliva, flora bucal, dieta, y otros, son considerados también como factores desencadenantes. Durante esta etapa, se altera la composición salivar, disminuye el pH salival y la capacidad buffer, y se altera la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que facilita el desarrollo de estas poblaciones.¹⁹

¹⁹ Misraschi C, Sáenz M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral. p.p. 27-33.

En esta etapa también pueden ocurrir cambios en los estilos de vida, aunque de ninguna manera puede hacerse extensivo a todas las gestantes. Las variaciones en los estilos alimenticios son evidentes, la dieta cariogénica comienza a ser predominante en relación con los restantes alimentos, lo que constituye el sustrato para la bacteria.

A esto se suma la deficiencia del cepillado por dos motivos: las náuseas que es ocasionada por este y porque la paciente embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado, todo ello contribuye a la acumulación de placa bacteriana con bacterias organizadas y adheridas sobre la superficie del diente.

Con la interacción de todos estos factores, la caries dental logra establecerse, y llega a producir en algunos casos la necrosis dental. Cuando se establece la caries dental, se necesita de un tratamiento curativo, para así evitar ciertas consecuencias que puedan tener en el futuro bebé. Un estudio en Finlandia demostró que aquellas madres que recibieron tratamiento de caries dental durante el embarazo, a diferencia de aquellas que no recibieron ningún tratamiento, tuvieron niños con baja incidencia de caries dental durante la dentición temporal. Este resultado demuestra

que el tratamiento dental durante el embarazo puede afectar el desarrollo de caries en la dentición temporal del niño.²⁰

b) Gingivitis

En relación con la gestante, los cambios más frecuentes y marcados radican sobre el tejido gingival, dando lugar a la llamada gingivitis del embarazo, padecimiento que se caracteriza por una encía aumentada de tamaño, de color rojo y que sangra con facilidad; también al granuloma del embarazo, que es otra alteración del tejido gingival.²¹

En el segundo mes de gestación comienzan los síntomas y signos inflamatorios, que se mantienen o aumentan durante el segundo trimestre, llegan al máximo al octavo mes, descienden durante el último, y remiten después del parto.

Durante el embarazo, la secreción de hormonas como estrógenos, aumentan 30 veces más de lo normal y la progesterona, en comparación con lo que ocurre en el ciclo sexual normal de la mujer. La influencia hormonal actúa como una respuesta inflamatoria intensa con un aumento en la

²⁰ Díaz R, Caries Dental Importancia Durante el Embarazo. p.p. 130-132

²¹ Marrero A, López E, Castells S. Diagnóstico Educativo en Salud Bucal para Gestantes. p.2.

permeabilidad vascular y la exudación, que provoca el éxtasis de la microcirculación, lo cual favorece la filtración de líquidos en los tejidos perivasculares.²²

A pesar de todos estos cambios vasculares, la placa sigue siendo el factor etiológico fundamental en la génesis de la gingivitis, y se presentan en ella cambios en su composición y control. Los cambios microbianos se presentan en la placa subgingival asociados con el incremento de hormonas. La bacteria anaerobia gramnegativa, *Prevotella*, está estrechamente asociados con la iniciación de la enfermedad periodontal, constituyen los microorganismos que se ven aumentados en la placa subgingival a partir del tercero al cuarto mes de gestación, los cuales utilizan a la progesterona y estrógenos presentes en el fluido gingival como fuente de alimentos, pues tienen semejanza estructural con la naphthaquinona, alimento esencial para ellas.²³

c) Periodontopatías

Durante el embarazo, nuestro organismo produce una hormona llamada relaxina, que tiene como función relajar las articulaciones para facilitar el parto. Algunos estudios indican que esta hormona

²² Raber, J. E y col. "Gingivitis experimental: aspectos inmuno-histoquímicos" p. 2.

²³ García O. Chávez. Atención odontológica en la mujer embarazada. **P.3.**

puede actuar también en el ligamento periodontal provocando una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos alimenticios, por consiguiente la acumulación de placa bacteriana, lo que origina la inflamación de las encías.²⁴ Esta movilidad dentaria se diferencia por no llevar consigo pérdida de inserción dentaria, que no precisa tratamiento y remite después de la gestación.

La etapa de gestación no es causa alguna de pérdida ósea, por consiguiente la aparición de bolsas periodontales reales. Las cantidades totales de calcio y fósforo que necesita el bebe en formación representa solo 1/50 de la cantidad presente en los huesos de la madre. Por lo tanto, el organismo de la madre sufre muy poco al respecto. Sin embargo, una deficiente incorporación de calcio y fósforo en la dieta materna ocasionara que la concentración de estos iones en los líquidos extracelulares sean mínimos, por ende como mecanismo compensador se producirá la salida de calcio de los huesos para alcanzar cifras normales de estos iones.

²⁴ Boggess Ka, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy. P.p. 169-74.

En este caso, hay una pérdida del contenido mineral óseo, no pérdida de altura de hueso alveolar. Este proceso de intercambio de iones es reversible y se recupera cuando la concentración del ión calcio alcance cifras más elevadas.²⁵

A pesar de que estos cambios fisiológicos, no en todas se presentan las alteraciones descritas. Esto se debe, en parte, a la predisposición genética individual así como también al estado sociocultural de cada una. Aunque dependa de otros factores, hay investigaciones que comprueban que enfermedades periodontales, como gingivitis, están relacionadas a los partos prematuros. “Es un factor asociado, así como el fumar está asociado al cáncer de pulmón, aumentando los riesgos”, explica Politano.

El fenómeno ocurre porque la sustancia producida naturalmente por el organismo de la mujer para estimular las contracciones en el momento del parto normal es la misma producida a partir de las infecciones. Cuando hay una infección diseminada antes del periodo previsto para el nacimiento, la sustancia puede estimular las contracciones, provocando el parto prematuro. Todavía existe

²⁵ Markou E, Eleana B, Lazaros T. The influence of sex steroid hormones on gingiva of women. Open Dent. p.p. 114-9.

en algunas embarazadas la creencia que por cada embarazo se pierde un diente por descalcificación y consecuente caries. Esto no es así. El calcio que el bebé necesita para crecer no lo obtiene de los dientes de la madre y las nuevas caries que puedan aparecer en el embarazo son producto de la conocida placa bacteriana.

Durante el embarazo ocurren muchos cambios en el cuerpo de la mujer, la mayoría de ellos iniciados por los cambios hormonales que se están suscitando. Estas alteraciones hormonales ocasionaran que cualquier condición periodontal que ya existía, y que antes pasaba desapercibida, ahora se agrave y ocurra que se pierda algún diente en algunos casos. Es así que nace del ingenio popular que ha llevado a nuestros ancestros pasar este mito de generación en generación.²⁶

d) Tumor del Embarazo

Un pequeño porcentaje de mujeres en etapa de gestación presentan un crecimiento localizado en la encía, generalmente entre los dientes frontales superiores. Ésta es una lesión benigna donde se desconoce la causa, sangra fácilmente, es crecimiento

²⁶ Borrás Janeth. Sánchez Martha. Guía de práctica clínica en salud oral paciente Gestante. p. 3

rápido y que disminuye o desaparece tras el parto. En algunos casos es necesaria la intervención quirúrgica para eliminarlo.²⁷

3.2.3. Creencias y mitos sobre atención odontológica en la embarazada

a) Atención durante el Embarazo

Unos de los mitos más frecuentes que se escuchan entre las mujeres embarazadas, es que estas no asisten al consultorio odontológico a realizarse algún tipo de revisión o tratamiento porque lo consideran peligroso, ya que tienen temor de que se les aplique algún tipo de medicamento o sustancia la cual pueda causar algún daño a su bebé.²⁸

Las mujeres que se encuentran en etapa de gestación o deciden a un futuro estarlo, deben someterse a una revisión exhaustiva de la cavidad bucal, la cual debe incluir una evaluación minuciosa de todos los componentes orales.

Es seguro y saludable que la persona que se encuentre embarazada se haga una revisión dental. El segundo trimestre

²⁷ García P. Cuidados odontológicos durante el embarazo. p.p. 45-6

²⁸ *Ibíd.* p. 54

puede ser momento ideal acudir a la consulta dental. Es sumamente importante que el odontólogo sepa que su paciente se encuentra embarazada para que tome las precauciones pertinentes tanto para ella como para el futuro bebé.

Se ha comprobado que una mujer que no asiste a su atención dental, tiene mayor riesgo de tener un parto prematuro, así como también de que su bebé nazca con bajo peso. Por lo tanto, no hay una razón justificable para que la gestante no asista al consultorio dental, ya que se le pueden realizar los tratamientos que sean necesarios.²⁹

b) Uso de Radiografías

Este es otro de los mitos más controversiales para las pacientes gestantes, ya que por un lado existen evidencias científicas las cuales indican que en efecto, el exponerse a radiaciones durante el embarazo pueden provocar alteraciones en el desarrollo del feto, ahora por otro lado se tiene el conocimiento de que las radiaciones utilizadas para el diagnóstico odontológico durante el embarazo son muy pequeñas, para que estas afecten de manera directa al bebé. El efecto depende no sólo de la dosis de

²⁹ Siofer. Psicología del embarazo, Parto y Puerperio. p.p. 145-146

exposición, sino también del tiempo de embarazo. En la primera semana, debido al escaso número de células y de la poca diferenciación de las mismas, es posible que se interfiera con la implantación del embrión o que cause su muerte sin que se detecte siquiera el embarazo.

Parece que cualquier efecto a este nivel conduce más a la interrupción del embarazo que a futuros efectos del recién nacido.³⁰ Durante el período de organogénesis, considerado aproximadamente desde la tercera semana de embarazo, la exposición a las radiaciones ionizantes puede causar efectos sobre el órgano que en ese momento se halle en formación. En principio las radiografías dentales están contraindicadas, especialmente durante el primer trimestre. Sin embargo, en caso que se requiera tratamiento odontoestomatológico, será imprescindible su uso para realizar un buen diagnóstico. Una de las principales ayudas en el caso de la mujer embarazada es el delantal de protección, ya que se ha demostrado que su uso disminuye casi a la nulidad la radiación gonadal.³¹

³⁰ Díaz R, Martínez S. ¿Educan los odontólogos a su población? p.p. 317-320.

³¹ Jiménez A. Arrechea y col. Utilización de las radiografías en tratamientos dentales en la embarazada. p.p. 4-15

Por otro lado, existen diversas investigaciones las cuales asocian que las mujeres embarazadas que se exponen a radiografías dentales, pueden ser más propensas a dar a luz niños que pesen menos de lo normal, según un reciente estudio desarrollado por científicos de University of Washington, de Seattle (Estados Unidos). La relación que existe entre el bajo peso al nacer y las radiaciones, ya se había establecido con radiografías generales, pero no específicamente con radiografías de uso odontológico.

El uso de los rayos X en etapa de gestación es controvertido, y debe utilizarse sólo cuando estos sean necesarios. En la mayoría de casos, podemos obtener utilizando radiografías periapicales, de aleta de mordida o panorámicas según sea el caso.³²

Puesto que la exposición se dirige a la zona de cabeza y cuello; y la dosis de radiación dental es pequeña, podemos tomar radiografías intraorales a la paciente gestante cuando sean necesarias, protegiendo siempre la zona abdominal con un mandil de plomo y utilizando una placa radiográfica de alta velocidad.³³

³² Majul O. Cuidados odontológicos durante el embarazo. p.p. 3-6

³³ American Academy o Pediatric Dentistry. Infant oral health care.p. 82.

c) Uso de Anestésicos

En muchas de las ocasiones, este es uno de los mitos más recurrentes por los que las gestantes no se atienden cuando presentan algún tipo de padecimiento dental, y en ocasiones los mismos odontólogos propician que este mito siga en aumento, por la falta de conocimiento acerca de la utilización de los anestésicos locales en el embarazo.

Se debe evitar en la medida de lo posible realizar procedimientos dentales en el primer trimestre de gestación, ya que es el período de formación de órganos y sistemas, y aunque el tratamiento odontológico no pueda dañar estos órganos, se deben disminuir al mínimo los riesgos potenciales.

Existen estudios donde se analizan la exposición a anestésicos locales en la embarazada, y no se han encontrado una mayor incidencia de malformaciones congénitas.³⁴ Los anestésicos locales pueden cruzar la barrera placentaria, sin embargo la lidocaína parece ser segura en la paciente embarazada, ya que las dosis pequeñas de lidocaína empleados, en odontología, probablemente no afectaran al feto.

³⁴ Joyce HT. Anestesia y Analgesia Perinatal. p.p. 45-50

Existe literatura que reporta que los agentes anestésicos locales exhiben un inicio de acción más rápido y duración más prolongada en el embarazo. Generalmente la lidocaína tiene efecto en 2-5 minutos es efectiva por 1-2 horas dependiendo de la dosis, método de la administración, de cada paciente y de otras variables³⁵. El uso de vasoconstrictores durante el embarazo es todavía controversial. El útero grávido tiene una mayor sensibilidad a las propiedades vasoconstrictoras de la adrenalina, que otros órganos. Sin embargo, esta sensibilidad disminuye en el embarazo tardío. Los agentes adrenérgicos comprometen el flujo sanguíneo uterino; sin embargo esto parece no tener efectos deletéreos en el feto. La adrenalina es usada rutinariamente en la anestesia de cualquier tipo en obstetricia sin complicaciones.

Por tanto, su uso durante la administración de anestesia local para tratamientos odontológicos no estaría contraindicado, sin embargo se debe evitar las inyecciones intravasculares. La realidad, nos indica que toda paciente gestante puede recibir anestesia dental para cualquier tratamiento odontológico. No existe ningún riesgo al utilizarse los anestésicos locales durante el embarazo, pero lo más recomendable es no efectuar tratamientos

³⁵ Jorgensen N. Hayden J. Anestesia Odontológica, p. 156.

odontológicos complicados durante el primer trimestre de embarazo y el último, ya que durante este período se producen las mayores transformaciones en el crecimiento y desarrollo de bebé.

En cuanto a los anestésicos dentales, se recomienda el uso de la mepivacaína sin vasoconstrictor, aunque también si fuera necesario se podría utilizarse la lidocaína con epinefrina sin ningún problema; ya que la dosis utilizada en el tratamiento odontológico es muy pequeña y esta no afectara al feto. Como norma general debe evitarse los tratamientos con anestesia general, ya que no aporta mayor seguridad en el tratamiento dental, y si el caso es de mucha necesidad se puede utilizar la sedación con óxido nitroso al 50% aunque está totalmente contraindicado en el 1° trimestre de gestación por el riesgo de teratogenicidad.³⁶

d) Uso de Medicamentos

Esta creencia es muy común entre las gestantes, ya que por la desinformación muchas veces se deja sin atender un problema bucal. Es muy frecuente la necesidad de atención dental a

³⁶ Joyce HT. Ob. cit. p. 53

personas en etapa de gestación, por lo que se debe estar bien preparado para seleccionar cualquier medicamento que sea seguro para la madre y el bebe en formación.

El feto puede ser blanco de una acción teratogénica, pero la sensibilidad máxima es durante el primer trimestre, por lo que cualquier tratamiento electivo debe posponerse. En cualquier momento del embarazo el riesgo de bacteriemia o septicemia son mayores para el feto que el efecto tóxico de un antibiótico.³⁷

La asociación de enfermedad periodontal con riesgo aumentado de tener productos prematuros o con bajo peso al nacer, hace necesario considerar el tratamiento odontológico para evitar infecciones odontogénicas durante el embarazo. Cuando se prescriben medicamentos es importante evitar la inducción de alteraciones en el producto de la gestación. Es importante recalcar que no existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos.

³⁷ Katzungb. Farmacología Básica y Clínica. p.p 102-117

Existe mayor sensibilidad es el primer trimestre del embarazo, que es cuando se realiza la mayor parte de la organogénesis y que durante las dos primeras semanas del embarazo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, el embrión puede ser afectado aunque no se haya establecido la placenta.³⁸

Por todo lo antes mencionado efectivamente, existen fármacos con acción teratógena durante el embarazo, los cuales pueden afectar de manera significativa en el desarrollo del feto, pero en este período la sensibilidad máxima es durante los tres primeros meses del embarazo, por lo que será necesario posponer cualquier tratamiento.

Por otra parte, durante el embarazo puede existir el riesgo de una bacteriemia o septicemia a causa de una infección grave no tratada a tiempo, las cuales a su vez son más peligrosas para el feto que el propio efecto tóxico del antibiótico. El control de las infecciones en la gestante, es importante ya que las bacteriemias producidas por éstas han sido asociadas con un riesgo aumentado de productos con bajo peso al nacer.³⁹ Sin duda, alguna mujer podría plantearse la supresión total de la medicación

³⁸ Gómez José Feo. Manejo Farmacológico de la Paciente Embarazada. pp. 158-162

³⁹ Rodríguez Hilda, López Melvis. El embarazo: su relación con la salud bucal. pp. 2-4.

durante el embarazo. Esta postura podría traer graves consecuencias, especialmente en aquellas mujeres que tengan necesidad de tomar alguna medicación forzosa. Hay que sopesar la relación riesgo-beneficio antes de decidir que medicación tomar durante el embarazo.

Quando una gestante requiera tratamiento de urgencia es necesario conocer los medicamentos que se pueden prescribir para dar un tratamiento óptimo y asegurar que el feto está siendo protegido al no utilizar fármacos teratogénicos. La atención de estos factores permitirá al odontólogo proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto.⁴⁰

⁴⁰ Mazariegos Cuervo, Lourdes y col. Manifestaciones Bucales y Complicaciones en el Binomio Embarazo-Salud Bucal. pp. 24-25.

3.3. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 “Mitos y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. Hospital General Milpa Alta. 2006”. Cervantes Galicia, Nancy⁴¹.

La investigación se realizó documentalmente basada en textos bibliográficos y artículos sobre la materia. Se ha comprobado que:

a). Si una mujer gestante no asiste a su valoración y tratamiento dental tiene riesgo de parto prematuro, así como de bajo peso del recién nacido. b). Sí, se puede recibir anestesia dental, ya que el anestésico no causa daño en el bebé, así como en la gestante, ya que actúa a nivel local. c). La pérdida de las estructuras dentarias, se da porque se desatiende la salud bucal (al no cepillarse los dientes), y por una dieta rica en carbohidratos, más no por tener hijos. d). Sí, el bebé necesita calcio. Pero éste será provisto a través de la dieta, no de los dientes. Los antojos son los responsables de la descalcificación de los dientes de la mamá y no el bebé. e). Falso, ya que la cantidad de radiación que se produce al tomar radiografías es muy baja, tanto así, que no llega a causar ninguna alteración en el nuevo ser, con todas las precauciones necesarias. f). Sí, se deja de cepillar, la inflamación será mayor, por los depósitos de restos de comida y bacterias. g). Es verdad que existen medicamentos no

⁴¹ Cervantes Galicia Nancy. Mitos y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo. p.3.

aptos para el embarazo, pero existen algunos otros que se pueden tomar sin ningún problema en caso de que se requieran.

El antecedente investigativo es de tipo Comunicacional y descriptivo, identificando los mitos y realidades a través de la revisión teórica y bibliográfica. Se relaciona con nuestro estudio porque busca cuales son los mitos y realidades del tratamiento odontológico que poseen las gestantes durante el embarazo

3.2.2. “Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo” 2009. Fuentes Fernández, Oporto Venegas, Alarcón AM, Bustos Medina⁴².

Los participantes de esta investigación poseían, en promedio 21,46 años de edad, 11,7 años de escolaridad y 22,6 semanas de gestación. Se observó un mayor número de personas de origen urbano, con un 69,23% de las participantes de la investigación (45 individuos) en comparación a sólo un 30,77% que procedía de zonas rurales (20 personas). Asimismo, 20 encuestadas declararon ser de origen mapuche (30,77%) y 45 (69,23%) declaró no pertenecer a la etnia señalada.

⁴² Fuentes, Fernández. Oporto, Venegas. Alarcón, Am. Bustos, Medina. “Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo”. p.2.

Así también, el 95% cree que durante el embarazo es necesario ir a la consulta dental, el 60% cree que el embarazo puede producir caries, el 70% cree que el embarazo puede producir caída de piezas dentales, un 75% indica tener sangrado de encías durante el embarazo, y sólo un 22% del total siente temor de consultar al dentista durante la gestación. El 65% de las personas de origen Mapuche ha presentado sangrado de encías durante el embarazo. 95% de las personas de origen mapuche han señalado que es necesario consultar al odontólogo durante la gestación, un 55,56% de ellas indica que el embarazo puede producir caries. Un 61,11% perteneciente a la etnia señalada, cree que el embarazo puede producir caída de piezas dentarias y sólo el 15% de las mujeres mapuches siente temor de consultar al dentista durante el embarazo.

El presente trabajo de investigación es de tipo exploratorio, transversal, realizado durante el período comprendido entre Agosto y Diciembre del 2007, en 9 centros de salud de la comuna de Temuco, Chile. Las participantes corresponden a 65 gestantes en control prenatal, seleccionadas por conveniencia. La recolección de datos se realizó a través de una encuesta que contempla tres grandes temas: creencias sobre embarazo y salud oral (Tema 1), temores sobre la atención odontológica (Tema 2), y presencia de síntomas y

signos auto referidos de patologías orales (Tema 3). La encuesta fue realizada por estudiantes de sexto año de la Carrera de Odontología de la Universidad de La Frontera.

3.2.3. Creencias acerca de la salud oral en gestantes de tres ciudades Colombianas” 2009.Herney Alonso, Rengifo Reina ⁴³

Participaron un total de 441 gestantes. El promedio de edad fue 22 años; con el mínimo de edad de 13 años, máximo de 40 años y una mediana de 21 años; el 39,23% (173) de las gestantes proviene del Valle del Cauca; el 71,88% (317) son amas de casa, el 31,52% (139) tenía secundaria completa, el 11,56% (51) primaria completa y 1,59% no había hecho ningún estudio. El 72,11% (318) presentó compañero sentimental al momento del estudio, donde la mayor frecuencia fue por unión libre con 62,36% (275). En cuanto a afiliación a salud el 33,79% (149) eran del régimen contributivo, 30,16% (133) del régimen subsidiado, el 0,45% (2) del régimen especial y el 35,60% (157) eran gestantes sin aseguramiento. A pesar que el 72,11% de las gestantes presentaron relación sentimental actual, solo el 53,97% (238) viven con su pareja y el 33,11% (146) con sus padres.

⁴³ Herney, Alonso. Rengifo, Reina. Creencias acerca de la salud oral en gestantes de tres ciudades Colombianas. p. 2.

En cuanto a características clínicas de gestación, el promedio de antecedentes de embarazos fue 1,75 (\pm 0,96) y de 22,8 (\pm 9.6) semanas de gestación; El 53,29% (235) presentaba su primer embarazo. El 58,50% (258) había visitado al odontólogo durante la gestación, con promedio de 1,4 visitas, en donde el 73,24% (323) manifestó no haber tenido problemas en la cavidad bucal durante la gestación.

Creencias. El 96,60% (426) de las participantes presentó al menos una creencia en torno a la salud oral y su relación con el embarazo. La mayoría manifiesta que el bebé le sustrae calcio a los dientes de la madre y que se deben cepillar más veces por encontrarse embarazadas. Todos los municipios presentaron creencias superiores al 90% con significancia estadística entre ellos. Siendo Armenia la ciudad donde se registraron más creencias erróneas. Igualmente presentaron menos creencias negativas las que no reportaron haber tenido problemas orales en la gestación con un $p = 0,00$.

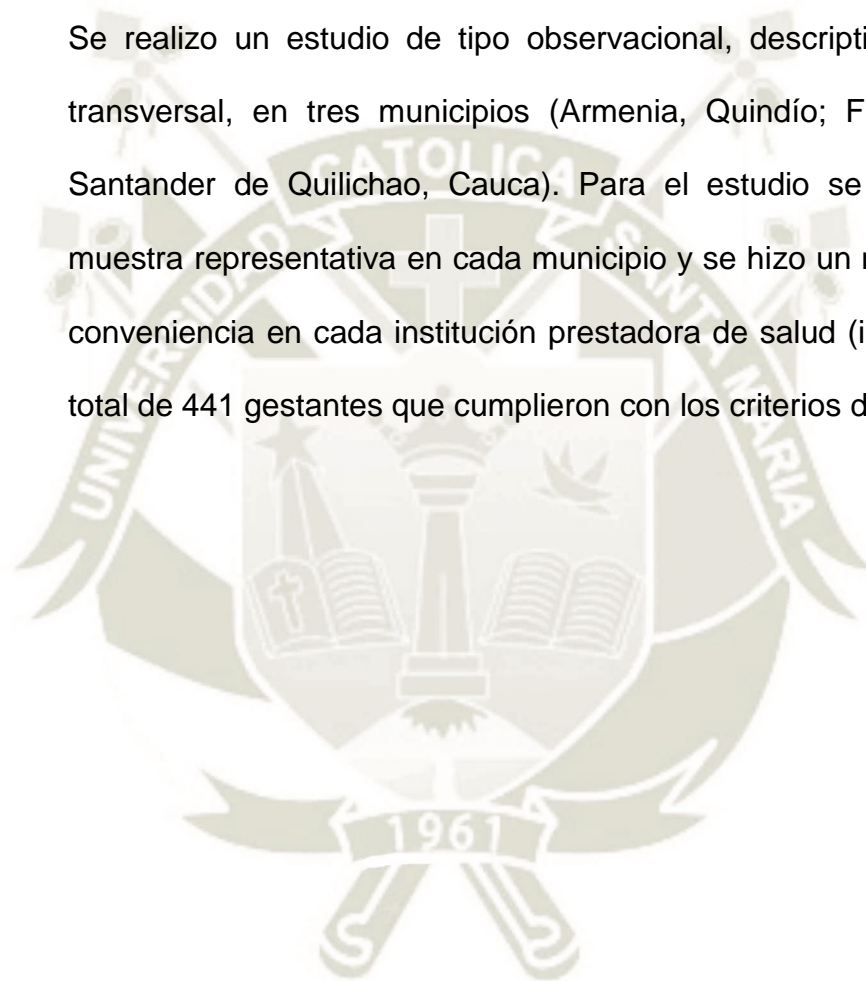
Creencias individuales. En el análisis individual se encontró relación del nivel educativo con la creencia que las enfermedades orales son hereditarias, se relacionaron con un nivel educativo intermedio (tipo secundaria completa 66,6%) ($P = 0,05$); también

esta creencia de enfermedades orales heredadas se relacionó con el vivir de la pareja ($p = 0,06$).

La creencia que sugiere que el embarazo va ligado a la pérdida de mínimo un diente fue la que mayor relación significativa presentó con otras variables como el tipo de afiliación en salud (0,00), la ocupación (0,07), las que viven y están influenciadas (52,08%) con y por la pareja (41,67%). Las gestantes que tienen la creencia de “robo” de calcio por el bebé, son las que menos reportaron problemas en la cavidad bucal ($p = 0,05$); con relación a la variable donde se toma la atención odontológica como perjudicial, se encontraron diferencias por afiliación a salud; el 36,09% de las que creen, pertenecen al régimen contributivo, el 33,73% al subsidiado y el 30,1% son gestantes sin aseguramiento ($p = 0,014$). En cuanto a la variable de daño al bebé por toma de radiografías en cualquier etapa de gestación, la afiliación en salud (contributivo (36,10% $p = 0,043$)) y visitar al odontólogo (61,95%) son los que en mayor proporción presentaron esta creencia 61,95%. Con relación a la creencia de aumento en la frecuencia del cepillado durante la gestación, se relacionó estadísticamente con las que no reportaron problemas orales ($p = 0,000$) y se relacionó también con la variable de afiliación a salud, pero contrario a las demás creencias, se

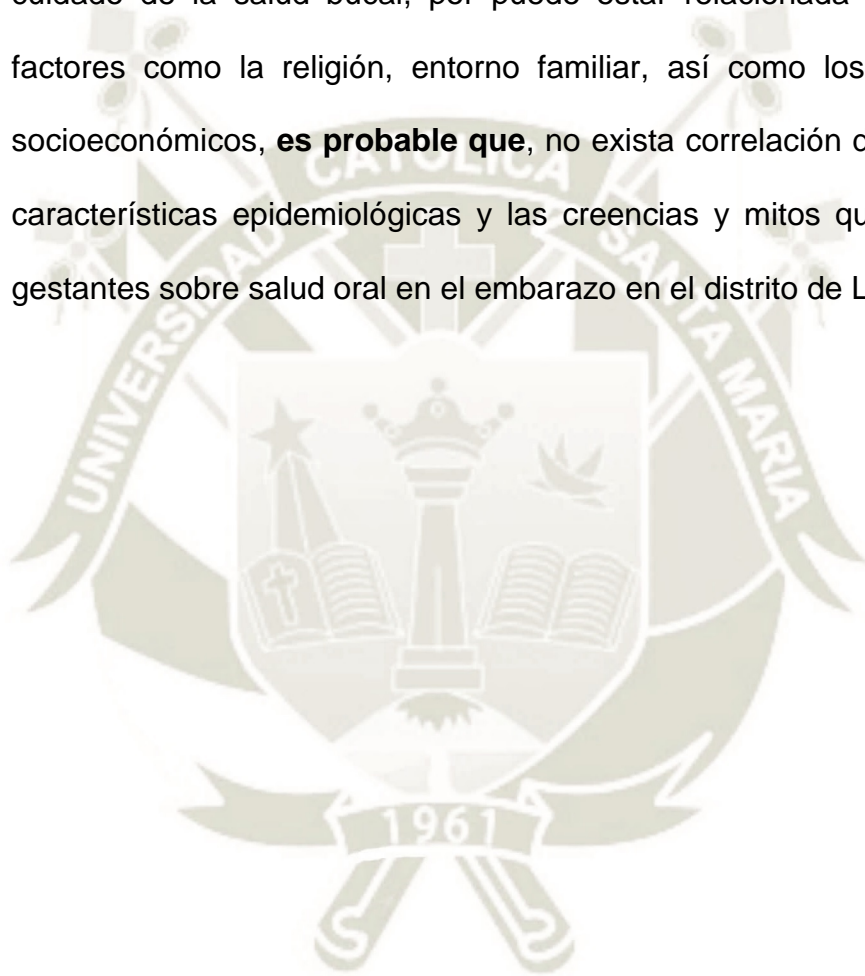
presentó en mayor proporción en las gestantes sin aseguramiento,
($p = 0,034$).

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, en tres municipios (Armenia, Quindío; Florida, Valle; Santander de Quilichao, Cauca). Para el estudio se calculó una muestra representativa en cada municipio y se hizo un muestreo por conveniencia en cada institución prestadora de salud (IPS), para un total de 441 gestantes que cumplieron con los criterios de selección.



4. HIPOTESIS

Dado a la diversidad étnica y cultural existente en nuestro país, existen una serie de creencias y mitos que tienen las gestantes respecto al cuidado de la salud bucal, por puede estar relacionada con muchos factores como la religión, entorno familiar, así como los indicadores socioeconómicos, **es probable que**, no exista correlación directa de las características epidemiológicas y las creencias y mitos que tienen las gestantes sobre salud oral en el embarazo en el distrito de Lucre.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

La técnica de recojo de datos se realizará mediante la aplicación de un test/prueba (encuesta). Este cuestionario estará dividido en dos partes; la primera consta de alternativas que responderán a las características epidemiológicas. La segunda parte, consta de 11 preguntas que responderán a los mitos y creencias sobre salud oral en el embarazo.

1.2. INSTRUMENTOS

1.2.1. Instrumentos Documentales:

Se utilizará un instrumento documental de tipo elaborado.

1.2.2. Estructura esquemática del Instrumento:

VARIABLES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Edad Materna	1	Comunicación	Encuesta
	Orden de Gravidez	1		
	Trimestre del Embarazo	1		
	Grado de Instrucción	1		
CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO	Medidas de prevención	3		
	Enfermedades Orales comunes en el Embarazo	4		
	Atención odontológica en la embarazada	4		

Estructura de encuesta (Ver anexo 01)

1.2.3. Instrumentos Mecánicos:

- Cámara fotográfica
- Computadora e impresora

1.3. MATERIALES

- Cuestionario de salud bucal
- Útiles de escritorio
- Trípticos y rotafolios

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACION ESPACIAL

La investigación se realizará en el ámbito general del distrito de Lucre, en el ámbito específico del Puesto de Salud, en el área de obstetricia. Es un establecimiento de salud nivel I-2 que pertenece a la Microred Urcos, Red de Servicios de Salud Cusco Sur.

2.2. UBICACION TEMPORAL

La investigación se realizará en el periodo del año 2016, entre los meses de abril a noviembre.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

a. Población

La población de esta investigación estará conformada por todas las gestantes que acudan al control prenatal en el P.S de Lucre.

b. Muestra

La muestra estará conformada por todas las gestantes que acudan al control prenatal del servicio de Obstetricia del Puesto de Salud de Lucre. Los criterios de selección considerados serán:

Criterios de inclusión

- Todas las gestantes que acepten participar voluntariamente en la investigación y firmen el consentimiento informado.
- Que sepan leer y escribir.
- Gestantes de cualquier trimestre que acudan al control de embarazo

Criterios de exclusión:

- Gestantes que presenten alguna alteración sistémica, física o mental
- Gestantes que no firmen el consentimiento informado.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1. ORGANIZACIÓN:

- a) Se coordinara con el jefe del establecimiento del puesto de salud de Lucre, y el encargado del área materno para la aplicación del cuestionario.
- b) La duración del estudio en su totalidad es de 3 meses aproximadamente, y la recolección de datos se realizara en el mes de mayo 2016.
- c) Se remarcará el carácter anónimo del formulario, así como la sinceridad de los datos emitidos para contribuir al éxito del estudio.
- d) Una vez recolectados los datos, estos serán sistematizados estadísticamente para el análisis e interpretación de datos así como las conclusiones.

3.2. RECURSOS:

a) Recursos Físicos:

- Puesto de salud de Lucre

b) Recursos Humanos:

- Investigador: CD. William Segundo Valencia

c) Recursos Económicos:

- Propios del investigador

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Antes de la aplicación del instrumento, se realizará una Prueba Piloto en 5 gestantes que acudan al P.S Lucre, que presenten los criterios incluyentes antes mencionados, con la finalidad de determinar la funcionalidad del instrumento a utilizarse, y reajustarla en caso sea necesario para obtener un instrumento objetivo, válido y confiable. Así también, el instrumento será calibrado y sometido a juicio de expertos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento

a) Procesamiento:

Los resultados serán analizados mediante el programa SPSS 22; asimismo la correlación propuesta se determinará mediante el programa estadístico CHI Cuadrado.

Los cuadros y tablas serán elaborados y presentados empleando el Programa MS EXCEL y el procesador de texto WORD 2007.

Se utilizará el programa POWER POINT para la presentación de los resultados

Se realizará las siguientes operaciones de la Sistematización:

a.1. Clasificación:

Dada por la Matriz de Sistematización.

a.2. Codificación:

Se realizará de acuerdo a los indicadores.

a.3. Recuento:

Se hará en forma computarizada considerando el número de datos.

a.4. Tabulación:

Se usarán cuadros numéricos de doble entrada, según los indicadores.

a.5. Graficación:

Se utilizarán gráficas de barras teniendo en cuenta la naturaleza de los datos expuestos en los cuadros.

4.2. Plan de análisis e interpretación de los datos

4.1.1. Metodología de la interpretación:

La interpretación de datos se hará en base a los resultados obtenidos, y la comparación y la apreciación crítica de los mismos.

4.1.2. Modalidades interpretativas:

Se realizará la interpretación de los cuadros consultando con la literatura vigente y con las investigaciones realizadas.

4.3. A nivel de las conclusiones:

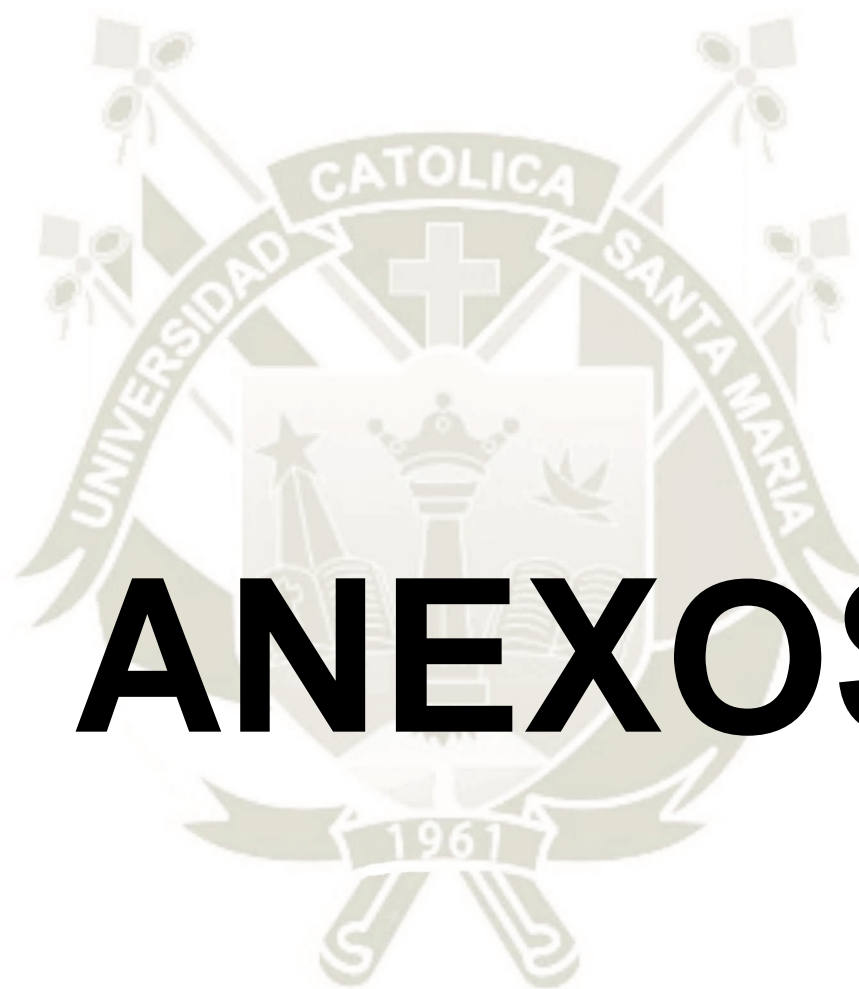
Serán formuladas en base a los objetivos planteados, en base de los resultados obtenidos y como respuesta a las interrogantes básicas.

4.4. A nivel de recomendaciones:

Se efectuará en base a los resultados y conclusiones, mediante la formulación de sugerencias simples y factibles.

IV. CRONOGRAMA DEL TRABAJO

	MAYO JUNIO	JULIO AGOSTO	SETIEMBRE A NOVIEMBRE
Elaboración del proyecto	X		
Toma de datos		X	
Análisis de datos		X	X
Redacción del informe final			X



ANEXOS

ANEXO 01

ENCUESTA

INTRODUCCION

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar las creencias y mitos sobre salud oral durante el embarazo, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

- | | |
|--|--|
| <p>1. EDAD:</p> <p>Menor de 19 años ()</p> <p>Entre 20 y 29 años ()</p> <p>Entre 30 y 39 años ()</p> <p>De 40 a más años ()</p> | <p>3. TRIMESTRE DEL EMBARAZO</p> <p>Primer trimestre ()</p> <p>Segundo trimestre ()</p> <p>Tercer trimestre ()</p> |
| <p>2. ORDEN DE GRAVIDEZ</p> <p>Primípara ()</p> <p>Dos o tres gravideces ()</p> <p>Más de tres gravideces ()</p> | <p>4. GRADO DE INSTRUCCIÓN</p> <p>Ninguno ()</p> <p>Primaria ()</p> <p>Secundaria ()</p> <p>Superior ()</p> |

II. DATOS ESPECÍFICOS:

A. CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO

1. ¿Qué medidas de limpieza utiliza para sus dientes?
 - a) Cepillo y pasta dental
 - b) Cepillo, Pasta dental e hilo dental.

- c) Solo cepillo
 - d) Ninguna de las anteriores
 - e) Otras _____
2. Sabe por qué se utiliza el flúor en los dientes
 - a) Para que sean más blancos
 - b) Para endurecerlos
 - c) Para evitar las picaduras de los dientes.
 - d) No ayuda en nada
 - e) No sabe
 3. Porque cree Ud. que es importante poner Sellantes en los dientes
 - a) Ayuda a que los dientes sean mas fuertes
 - b) Hace que el diente no se mueva durante el embarazo
 - c) Evita la formación de caries
 - d) No sabe
 4. ¿Cree Ud. que el embarazo produce caries (o picaduras)?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 5. Por qué Cree Ud. que se produce la inflamación de las encías durante el embarazo?
 - a) Por no cepillarse
 - b) Por efectos de las hormonas del embarazo
 - c) Porque la embarazada come mucho y a toda hora
 - d) Todas son correctas
 - e) Ninguna es correcta
 6. Considera Ud. que durante el embarazo se pierde los dientes?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 7. ¿Cree Ud. Que es normal que aparezca un tumor en las encías a consecuencia del embarazo?
 - a) Si es normal
 - b) No es normal
 - c) No sabe

8. Considera importante recibir atención odontológica durante el embarazo
 - a) No, porque le hace daño al futuro bebé
 - b) No, porque no es necesario
 - c) Si, porque me curara los dientes
 - d) Si, porque es beneficioso para mi salud

9. Qué pasaría si se toma radiografías dentales durante el embarazo
 - a) No pasaría nada
 - b) Dañaría al bebé
 - c) Solamente se debe tomar por casos de urgencia
 - d) No sabe

10. Que cree Ud. que produciría si se le administra anestésicos dentales durante el embarazo
 - a) Puede producir aborto
 - b) Puede producir malformaciones en el feto
 - c) Puede ser utilizado con seguridad durante todo el embarazo
 - d) No se debe utilizar en el embarazo

11. Que cree Ud. que ocasionaría tomar medicamentos durante el embarazo.
 - a) Alteraciones dentales en el bebe
 - b) Cambio de color de mis dientes
 - c) Puede producir defectos en él bebe
 - d) No sabe



ANEXO N° 2
MATRICES DE SISTEMATIZACION

MATRIZ DE SISTEMATIZACION

NRO	CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS													CUESTIONARIO: ITEMS															
	EDAD MATERNA				ORDEN DE GRAVIDEZ			TRIMESTRE DE EMBARAZO				GRADO DE INSTRUCCION				MEDIDAS DE LIMPIEZA				ENFERMEDADES BUCALES				ATENCION ODONTOLOGICA					
	A	B	C	D	A	B	C	I	II	III	N	P	SE	SU															
1		1			PRI			X						X				A	B	A	D	A	A	B	B	B	B	A	C
2	1					DOS		X						X				A	C	B	B	A	B	A	A	A	D	B	D
3		1				DOS			X					X				A	B	C	A	A	C	C	C	C	B	A	C
4			1				MTRES		X					X				A	A	A	A	A	D	A	B	A	B	D	C
5				1	PRI			X			X							C	E	B	D	B	A	B	B	B	B	B	C
6		1				DOS		X						X				A	B	B	B	A	B	B	A	D	D	C	C
7			1			DOS		X	X					X				E	A	A	A	A	C	A	B	A	B	B	D
8	1				PRI			X						X				A	C	C	C	C	A	A	B	B	B	B	B
9		1					MTRES			X				X				C	E	B	B	A	B	B	B	B	B	A	C
10		1				DOS		X						X				A	A	A	B	B	C	A	A	A	B	D	A
11			1		PRI			X						X				A	B	C	D	C	B	A	B	C	B	B	C
12			1			DOS		X							X			A	C	B	A	A	A	C	B	A	B	B	C
13		1				DOS		X						X				C	E	A	B	A	D	B	A	B	B	B	C
14				1	PRI			X						X				A	A	C	C	A	B	A	B	A	B	D	B
15			1				MTRES		X					X				E	B	B	A	A	C	A	C	C	D	A	C
16		1				DOS		X	X					X				A	C	A	B	B	B	B	A	A	B	B	A
17			1		PRI			X						X				A	A	C	A	A	B	A	A	D	B	D	C
18		1				DOS				X				X				A	C	B	B	A	A	A	B	B	B	A	C
19	1					DOS			X					X				B	B	C	A	A	B	A	B	A	C	B	C
20				1	PRI			X						X				A	B	A	B	A	B	A	B	B	B	A	C
21		1			PRI			X			X							C	A	B	A	B	E	C	B	B	B	B	D
22			1		PRI					X				X				A	B	C	C	A	A	A	B	A	B	B	A
23			1			DOS				X				X				A	C	A	B	C	B	B	A	B	D	C	C
24		1				DOS		X	X					X				C	A	B	A	A	B	A	B	C	B	A	B
25			1			DOS		X						X				A	D	D	D	B	A	C	B	A	C	D	C
26		1			PRI			X						X				A	B	A	A	A	B	A	A	B	B	B	C
27				1		DOS			X					X				A	C	C	B	C	C	A	B	D	A	A	A
28		1				DOS			X					X				E	B	B	A	A	A	B	C	A	B	B	C
29			1			DOS		X						X				A	A	D	C	B	B	A	B	B	B	D	B
30		1				DOS			X					X				B	B	A	B	A	A	C	B	A	C	A	D
31	1				PRI			X							X			A	A	C	D	C	A	A	A	A	B	B	C
32		1					MTRES		X						X			C	C	B	A	A	D	B	C	B	B	A	C
33				1		DOS			X					X				E	B	D	B	B	E	A	B	D	B	C	A
34			1			DOS		X						X				A	C	C	A	A	C	A	B	A	B	B	B
35		1				DOS		X	X					X				A	A	B	C	B	A	B	B	B	D	A	C
36		1			PRI			X						X				B	B	A	B	A	B	A	A	C	B	B	A
37	1					DOS				X				X				A	C	C	A	C	A	C	B	A	B	D	C
38				1		DOS		X						X				C	B	E	C	A	C	A	B	B	B	A	C
39			1		PRI			X						X				A	A	B	B	C	B	C	A	A	C	B	B
40		1				DOS		X						X				A	C	D	A	A	D	A	A	A	B	D	C
41				1		DOS		X						X				A	B	A	D	A	A	B	B	B	B	A	D
42		1			PRI			X						X				A	A	C	B	B	B	A	B	A	B	B	C
43			1			DOS		X						X				C	D	B	D	A	C	C	B	D	B	D	A
44			1			DOS		X			X							A	C	A	A	A	B	B	A	A	B	A	D
45				1	PRI			X						X				A	B	E	B	A	B	A	C	C	A	D	B
46			1				MTRES	X						X				B	A	D	C	B	D	C	B	B	D	C	A
47		1				DOS		X	X					X				A	E	B	B	A	B	A	B	A	B	B	D
48			1			DOS		X						X				E	B	C	A	A	D	A	B	C	B	D	C
49		1					MTRES		X					X				A	C	B	D	C	B	B	B	B	C	D	C
50				1		DOS		X							X			A	B	A	A	A	C	A	B	A	B	D	A
51				1	PRI					X				X				E	A	C	D	A	C	B	C	D	B	D	B
52		1			PRI			X						X				A	C	D	B	A	B	A	B	A	A	D	C
53		1			PRI			X	X					X				E	B	C	A	B	D	C	C	A	B	D	C
54				1		DOS		X						X				A	C	B	C	A	B	B	B	C	B	D	A
55				1		DOS		X						X				A	B	C	A	B	B	A	B	C	D	D	D
56		1			PRI			X						X				B	C	B	B	A	B	A	B	A	B	C	B
57			1		PRI			X			X			X				A	B	B	A	A	C	C	C	A	C	D	A
	5	23	17	12	20	31	6	16	34	7	3	25	25	4															



ANEXO N° 3
PRUEBAS DE CHI CUADRADO

Pruebas de chi-cuadrado

CREENCIAS Y MITOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3
Edad materna	Chi-cuadrado p	chi-cuadrado p	chi-cuadrado p
Menor de 19 años Entre 20 y 29 años Entre 30 y 39 años De 40 a más años	,647	,065	,215
Orden de Gravidez	p	p	p
Primípara Dos o tres gravideces Más de tres gravideces	,713	,399	,717
Trimestre de embarazo	p	p	p
Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	,895	,745	,800
Grado de instrucción	p	p	p
Ninguno Primaria Secundaria Superior	,210	,968	,374

INTERPRETACIÓN

No existe correlación entre las características epidemiológicas y las creencias y mitos sobre medidas de prevención, ya que la prueba chi cuadrado no es menor de 00.5.

Pruebas de chi-cuadrado

CREENCIAS Y MITOS SOBRE ENFERMEDADES COMUNES EN EL EMBARAZO	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4
Edad materna	Chi-cuadrado p	chi-cuadrado p	chi-cuadrado p	Chi-cuadrado p
Menor de 19 años Entre 20 y 29 años Entre 30 y 39 años De 40 a más años	,072	,381	,230	,366
Orden de Gravidez	p	p	p	p
Primípara Dos o tres gravideces Más de tres gravideces	,883	,123	,630	,208
Trimestre de embarazo	p	p	p	p
Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	,375	,477	,188	,050
Grado de instrucción	p	p	p	p
Ninguno Primaria Secundaria Superior	,150	,288	,260	,982

INTERPRETACIÓN

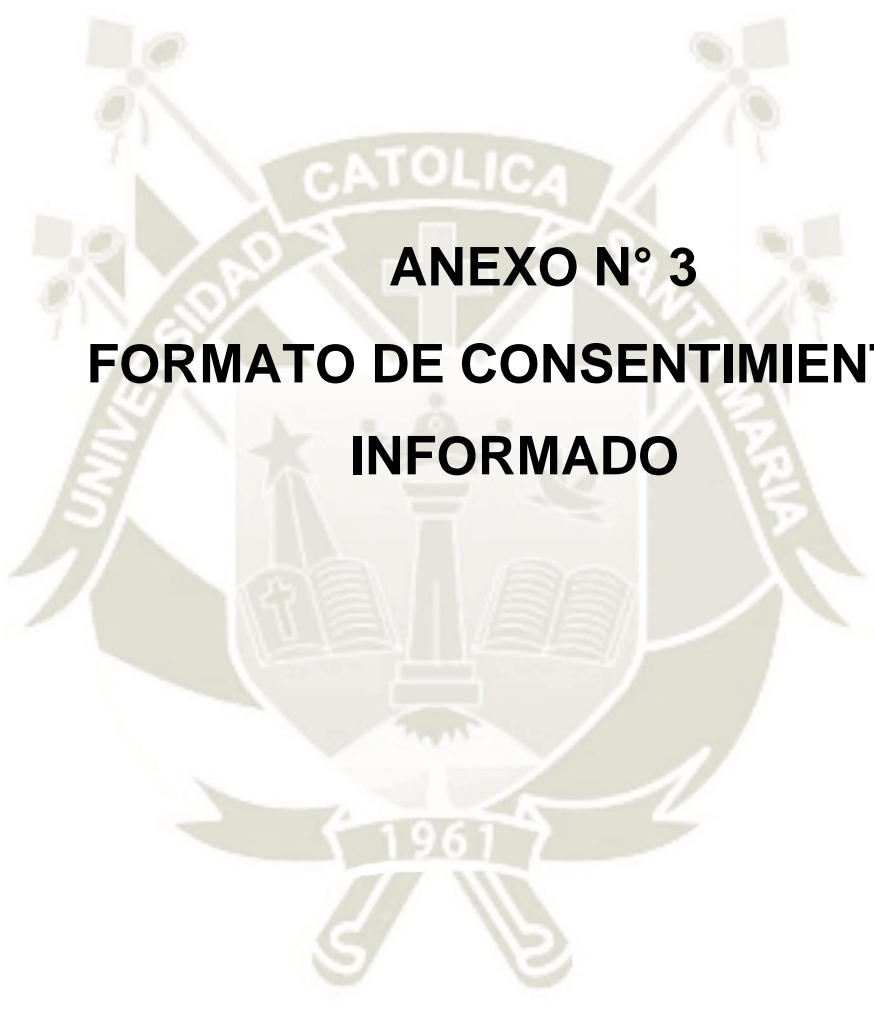
No existe correlación entre las características epidemiológicas y las creencias y mitos sobre enfermedades comunes en el embarazo, ya que la prueba chi cuadrado no es menor de 00.5.

Pruebas de chi-cuadrado

CREENCIAS Y MITOS SOBRE ATENCION ODONTOLOGICA DURANTE EL EMBARAZO	ÍTEM 1	ÍTEM 2	ÍTEM 3	ÍTEM 4
Edad materna	Chi-cuadrado p	chi-cuadrado p	chi-cuadrado p	Chi-cuadrado p
Menor de 19 años Entre 20 y 29 años Entre 30 y 39 años De 40 a más años	,282	,520	,192	,617
Orden de Gravidez	p	p	p	p
Primípara Dos o tres gravideces Más de tres gravideces	,512	,300	,223	,138
Trimestre de embarazo	p	p	p	p
Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	,637	,760	,468	,690
Grado de instrucción	p	p	p	p
Ninguno Primaria Secundaria Superior	,764	,798	,723	,300

INTERPRETACIÓN

No existe correlación entre las características epidemiológicas y las creencias y mitos sobre atención odontológica durante el embarazo, ya que la prueba chi cuadrado no es menor de 00.5.



ANEXO N° 3
FORMATO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____
hace constar que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación del sr. William Segundo Valencia, de la maestría de Odontoestomatología titulada: **“CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL DISTRITO DE LUCRE”**, con fines de la obtención del grado de magister.

Declaro que como sujeto de investigación, he sido informada sobre la naturaleza, objetivos, alcances y fines de dicho estudio.

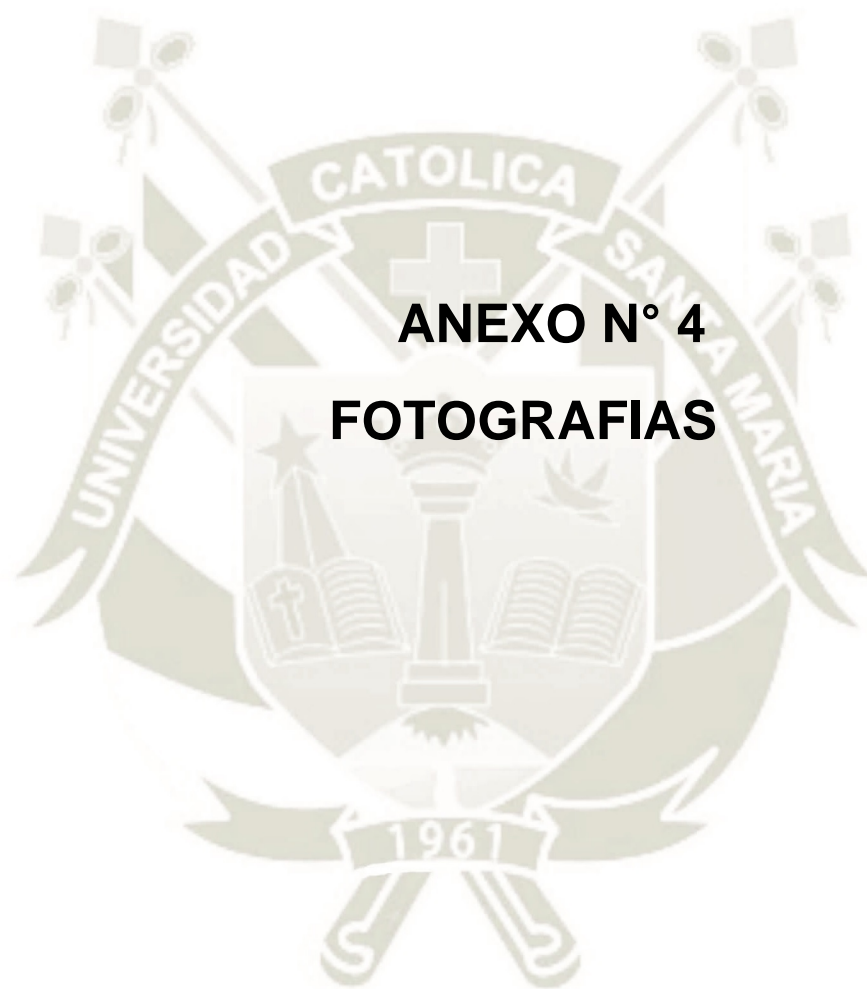
Asimismo, he sido informada convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato, confidencialidad, de información brindada, antes, durante y después de la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Investigador

Investigado


Cusco,.....



ANEXO N° 4
FOTOGRAFIAS

INTERROGATORIO





ANEXO N° 5
CONSTANCIAS Y AUTORIZACIONES DEL
CENTRO DE SALUD



PERÚ

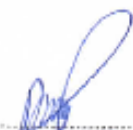

Ministerio
de Salud

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Mediante el presente, Yo Ana María Paucar Aramburu, Obstetra del Puesto de Salud de Lucre, autorizo al Sr. William Segundo Valencia, cirujano dentista, quien solicita realiza toma de muestra como parte de un estudio de investigación a las gestantes que acuden al control prenatal de este servicio.

Se emite el presente documento para fines correspondientes.

Atentamente.

ANA M. Paucar Aramburu
OBSTETRA
COP 10813

Ana María Paucar Aramburu

DNI:

Solicito: Realizar toma de muestra para
trabajo de investigación

RESPONSABLE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA

Obt. Ana María Paucar Aramburu

Yo, William Segundo Valencia, con DNI
45196489, Cirujano Dentista con COP
29711, en forma atenta manifiesto lo
siguiente:

Que teniendo que realizar un trabajo de investigación
para optar el grado académico de Magister en Odontología, motivo por el cual
solicito se me otorgue facilidades para la toma de muestra para el presente trabajo de
investigación mencionado: "CORRELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS,
CREENCIAS Y MITOS SOBRE SALUD ORAL EN EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL
DISTRITO DE LUCRE. PROVINCIA QUISPICANCHIS. CUSCO. 2016"

Seguro de contar con su apoyo, aprovecho la oportunidad para expresarle las
muestras de estima personal.

Atentamente.



William Segundo Valencia

DNI 45196489




Ana M. Paucar Aramburu
OBSTETRA
CCP 10813



ANEXO N° 6
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Marque con "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem según la opción que le merezca el presente instrumento de investigación:

Nº	PARAMETROS DE VALIDACION	ESCALA DE VALORACION
1	Los ítems considerados en el instrumento ¿miden en realidad lo que pretende medir?	1 2 3 4 5
2	La cantidad de ítems registrados ¿son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
3	Los ítems comprendidos en este instrumento ¿son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 5
4	Si aplicamos en forma reiterada este instrumento a muestras similares ¿obtendremos datos similares?	1 2 3 4 5
5	Los conceptos utilizados en este instrumento ¿son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1 2 3 4 5
6	Todos y cada uno de los ítems contenidos en el instrumento ¿tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 5
7	El lenguaje utilizado en el instrumento ¿es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 5
8	La estructura del presente instrumento ¿es adecuado al tipo de usuario a quien va dirigido este?	1 2 3 4 5
9	La escala de medición utilizada ¿es pertinente a los objetivos materia de estudio?	1 2 3 4 5
10	¿Qué aspectos habría que modificar, o incrementarse, o suprimir del presente instrumento?	

Nombre y apellidos:

Cargo:



Firma y sello:

Marque con "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem según la opción que le merezca el presente instrumento de investigación:

N°	PARAMETROS DE VALIDACION	ESCALA DE VALORACION
1	Los ítems considerados en el instrumento ¿miden en realidad lo que pretende medir?	1 2 3 4 (5)
2	La cantidad de ítems registrados ¿son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 (5)
3	Los ítems comprendidos en este instrumento ¿son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 (5)
4	Si aplicamos en forma reiterada este instrumento a muestras similares ¿obtendremos datos similares?	1 2 3 4 (5)
5	Los conceptos utilizados en este instrumento ¿son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1 2 3 4 (5)
6	Todos y cada uno de los ítems contenidos en el instrumento ¿tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 (5)
7	El lenguaje utilizado en el instrumento ¿es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 (5)
8	La estructura del presente instrumento ¿es adecuado al tipo de usuario a quien va dirigido este?	1 2 3 4 (5)
9	La escala de medición utilizada ¿es pertinente a los objetivos materia de estudio?	1 2 3 4 (5)
10	¿Qué aspectos habría que modificar, o incrementarse, o suprimir del presente instrumento?	

Nombre y apellidos: *C.D. Victor Suarez Gonzalez*

Cargo: *Odontologo Asistente Hospital Regional del Cusco.*

[Firma manuscrita]
Firma y sello:

Marque con "X", en la escala que figura a la derecha de cada ítem según la opción que le merezca el presente instrumento de investigación:

Nº	PARAMETROS DE VALIDACION	ESCALA DE VALORACION
1	Los ítems considerados en el instrumento ¿miden en realidad lo que pretende medir?	1 2 3 4 5
2	La cantidad de ítems registrados ¿son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 5
3	Los ítems comprendidos en este instrumento ¿son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 5
4	Si aplicamos en forma reiterada este instrumento a muestras similares ¿obtendremos datos similares?	1 2 3 4 5
5	Los conceptos utilizados en este instrumento ¿son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1 2 3 4 5
6	Todos y cada uno de los ítems contenidos en el instrumento ¿tienen los mismos objetivos?	1 2 3 4 5
7	El lenguaje utilizado en el instrumento ¿es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 5
8	La estructura del presente instrumento ¿es adecuado al tipo de usuario a quien va dirigido este?	1 2 3 4 5
9	La escala de medición utilizada ¿es pertinente a los objetivos materia de estudio?	1 2 3 4 5
10	¿Qué aspectos habría que modificar, o incrementarse, o suprimir del presente instrumento?	

Nombre y apellidos:

Cargo:



Firma y sello: