



Impacto de una estrategia educativa de promoción de salud bucal en gestantes invidentes

Impact of an educational strategy to promote oral health in blind pregnant women

Vivian González Aguilar^{1*} , José Israel Castillo González² 

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador.

² Universidad Regional Autónoma de los Andes. Quevedo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: viviangonzalezaguilar@uniandes.edu.ec

Cómo citar este artículo

González Aguilar V, Castillo González JI : Impacto de una estrategia de promoción de salud bucal en gestantes invidentes. Rev haban cienc méd [Internet]. 2025 [citado]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sid.cu/index.php/rhab/article/view/5955>

Recibido: 24 de enero de 2025

Aprobado: 20 de julio de 2025

RESUMEN

Introducción: La atención proporcionada a los problemas de salud bucal de las embarazadas no ha logrado confluir con el mismo énfasis, en comparación con la atención prestada a la malnutrición, la hipertensión arterial, la ansiedad, la depresión y otras enfermedades en este grupo de pacientes.

Objetivo: Determinar la efectividad de una estrategia educativa para la promoción de la salud bucal en un grupo de gestantes invidentes.

Material y Métodos: Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, exploratoria, descriptiva y con diseño preexperimental de un solo grupo. Se comparó el antes y el después de la intervención en una población de gestantes con discapacidad visual, participantes de una estrategia educativa para la promoción de la salud bucal en embarazadas con vulnerabilidad, desarrollado en la ciudad de Quito en el período mayo - junio de 2023.

Resultados: Las acciones de la estrategia implementada tuvieron un impacto positivo en el nivel de placa bacteriana en las gestantes muestreadas. Además, se pudo constatar la significatividad de la efectividad de la implementación de la estrategia educativa en los conocimientos sobre salud bucal que adquieren las embarazadas invidentes.

Conclusiones: Es esencial reconocer que ciertos grupos poblacionales, como las personas con necesidades especiales o con alguna discapacidad enfrentan desproporcionadamente una mayor carga de enfermedades bucales debido a la discriminación estructural y la falta de acceso equitativo a servicios de salud

ABSTRACT

Introduction: The care provided to oral health problems in pregnant women has not been able to converge with the same emphasis when compared to the attention given to malnutrition, high blood pressure, anxiety, depression and other diseases in this group of patients.

Objective: To determine the impact of an educational strategy for the promotion of oral health in a group of blind pregnant women.

Material and Methods: A quantitative, exploratory, descriptive research with a single group pre-experimental design was carried out. The before and after intervention was compared in a population of pregnant women with visual disabilities who were participants in an educational strategy for the promotion of oral health in vulnerable pregnant women, developed in the city of Quito in the period May - June 2023.

Results: The actions of the implemented strategy had a positive impact on the level of bacterial plaque in the pregnant women who were sampled. Furthermore, the significance of the impact of the implementation of the educational strategy on the knowledge about oral health acquired by blind pregnant women was confirmed.

Conclusions: It is essential to recognize that certain population groups, such as people with special needs or disabilities, face a disproportionately greater burden of oral diseases due to structural discrimination and lack of equitable access to health services.

Palabras Claves:

Estrategia educativa, promoción de salud bucal, gestantes, invidentes.

Keywords:

Educational strategy, oral health promotion, pregnant women, blind.



INTRODUCCIÓN

Una de las preocupaciones históricas de la agenda de salud pública es la salud bucal de las embarazadas. Sin embargo, la evidencia indica que se ha prestado menos atención a los problemas de salud bucal en este grupo de pacientes, en comparación con la atención prestada a otras enfermedades como la malnutrición,⁽¹⁾ la hipertensión arterial^(2,3) y la ansiedad y depresión.⁽⁴⁾ Gran parte de esto ocurre en discordancia con las directrices de la OMS,⁽⁵⁾ la cual define la salud bucodental como la ausencia de *dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries y la pérdida de dientes. También se consideran las enfermedades y los trastornos que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar.* Además, ha recomendado que la salud bucodental sea integrada junto con las dolencias no transmisibles y las intervenciones en esta esfera se incluyan en los programas de salud con cobertura sanitaria universal.

Siguiendo a Inglehart,⁽⁶⁾ las embarazadas con una pobre salud bucal pueden tener un estado de ánimo más bajo, más estrés vital y una calidad de vida y nutricional reducidas. Por ejemplo, puede conducir a una reducción del consumo de frutas y verduras, lo cual las pone en riesgo de presentar trastornos nutricionales junto a otra gama de problemas que incluyen la interacción social y la comunicación. Estos problemas tienen un efecto potencialmente perjudicial en su calidad de vida. De manera que la salud bucal inadecuada puede afectar el buen desarrollo del embarazo, y, a su vez, el embarazo puede afectar la salud bucal de la gestante, por lo que conocer los riesgos que provoca tanto para la madre como para el feto es de suma importancia para prevenir cualquier afección.⁽⁷⁾

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucodentales,⁽⁸⁾ por ello, las embarazadas se consideran un grupo de atención particular en el campo de la Odontología, debido a que la gestación provoca modificaciones en las condiciones bucodentales y expone los dientes a una mayor actividad cariosa, entre otras afecciones. Por otra parte, existen evidencias empíricas que muestran cómo durante la gestación se producen cambios que debilitan el esmalte y que obedecen al recambio de minerales por saliva sin que se produzca una disminución de los niveles de calcio.⁽⁸⁾

En esta etapa debido a las alteraciones endocrinas, aumentan los niveles hormonales, en especial de estrógenos y progesterona, que son esenciales para el desarrollo y desenvolvimiento del feto pero que pueden ser causa de alteraciones gingivales. La denominada gingivitis del embarazo es la más frecuente, aparece durante el segundo mes de gestación y alcanza su punto máximo en el octavo. Se plantea que esta afecta desde 30 % a 100 % de las gestantes.⁽⁷⁾ De igual modo, la higiene bucal deficiente que propicia la acumulación de placa dentobacteriana, es un factor determinante en el aumento de la inflamación gingival considerada como el principal agente causal de la enfermedad periodontal, así como hábitos alimentarios desorganizados, modificaciones vasculares y una débil respuesta inmunológica.⁽⁹⁾

Los resultados de un conjunto de estudios enfocado en las intervenciones educativas orientadas a la promoción de la salud bucal en embarazadas revelan experiencias positivas que facilitan la comprensión de las necesidades educativas de este grupo.^(10,11,12)

En esta perspectiva, resulta de suma importancia comprender que, debido a los cambios físicos, biológicos y psicológicos que ocurren durante el período de gestación, la atención estomatológica es una prioridad.^(13,14,15,16) De hecho, se considera a las embarazadas como grupo poblacional de riesgo, en el trabajo con el cual son trascendentales las acciones de promoción de salud. Sin embargo, según David,⁽¹³⁾ los programas de salud bucodental en Ecuador no han tenido gran impacto, pues no siempre se desarrollan programas educativos que afiancen hábitos de higiene oral, además no existe una evaluación sobre su implementación, alcance y efectividad a nivel nacional ni provincial lo que limita significativamente el alcance de estas estrategias.

De ahí que sea importante reconocer que ciertos grupos poblacionales, como las personas con necesidades especiales o con alguna discapacidad enfrentan desproporcionadamente mayor carga de enfermedades bucales debido a la discriminación estructural y la falta de acceso equitativo a servicios de salud. Por consiguiente, es fundamental abordar estos determinantes sociales para promover la salud oral equitativa y mejorar los resultados de salud en todas las poblaciones. En términos concretos, esto implica implementar políticas y programas que atiendan las inequidades sociales subyacentes y garanticen un acceso igualitario a la atención odontológica de calidad, la educación en salud bucal y los recursos necesarios para mantener una buena salud oral a lo largo de toda la vida.⁽¹⁷⁾

El **objetivo** de esta investigación es determinar la efectividad de una estrategia educativa para la promoción de la salud bucal en un grupo de gestantes invidentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, exploratoria, descriptiva y con diseño preexperimental de un solo grupo donde se comparó el antes y el después de la intervención a gestantes con discapacidad visual.

La muestra del estudio la constituyeron 22 gestantes con discapacidad visual, seleccionadas de forma no probabilística por conveniencia teniendo en cuenta su accesibilidad y voluntariedad a participar en la estrategia educativa para la promoción de la salud bucal. Esta muestra se seleccionó a partir de una población de 28 embarazadas que cumplían los criterios de inclusión predefinidos por los investigadores, de un tiempo de embarazo igual o menor a los 5 meses, de manera que pudiera evaluarse la efectividad de la estrategia antes de que ocurriera el momento del parto y que estuvieran de acuerdo con pertenecer al estudio. La investigación se desarrolló en la ciudad de Quito en el período mayo - junio de 2023.

Se socializó a todas las embarazadas del estudio la fecha de inicio y finalidad de la investigación. Se entregaron las fichas de consentimiento informado para obtener las autorizaciones de participación en el estudio, aplicando los criterios éticos de la Declaración de Helsinki.

El estudio inició con el levantamiento de información específica que incluía datos personales y clínicos de cada embarazada como la edad, período de gestación y tipo de ceguera diagnosticada. También se realizó un examen odontológico para determinar el Índice de Placa Bacteriana de O'Leary que presentaba al inicio de la investigación cada integrante de la muestra; pues a los tres meses de implementar la estrategia educativa de promoción de salud bucal se realizaría un recuento de placa bacteriana para medir la efectividad que tuvo la misma en las integrantes de la muestra.

Posteriormente se pasó a la aplicación del cuestionario para indagar sobre los conocimientos en hábitos y salud bucal que poseía cada embarazada. Este se diseñó teniendo en cuenta que fuera lo más claro y simple posible, sin tecnicismos innecesarios y evitando ambigüedades en las preguntas ya que por las características de la muestra se previó que fuese respondido de forma oral sin exceder un tiempo de 30 minutos. Su validación, al tener pocos ítems, se realizó calculando el Índice de Validez de Contenido (IVC) a partir de los criterios aportados por un odontólogo y un licenciado en Educación Especial sobre la relevancia y nivel de comprensión que tenían las preguntas. Como ambos coincidieron en que todas las preguntas fueron "Muy Relevantes" o "Relevantes" y "Comprensibles", el IVC fue igual a 1, considerándose aceptable el cuestionario. Todas las preguntas fueron del tipo cerradas y de opciones múltiples en algunos casos.

Las variables de la investigación se dividieron en dos grupos; las sociodemográficas que caracterizaban el tipo de ceguera y el desempeño motriz de las embarazadas; y las variables odontológicas referidas a los conocimientos básicos sobre autocuidado de la salud bucal y el índice de placa bacteriana. La estrategia educativa aplicada se consideró como variable independiente, mientras que los conocimientos sobre autocuidado de la salud bucal y el Índice de Placa Bacteriana de O'Leary se establecieron como dependientes. Todas las variables fueron ordinales.

Al concluir el interrogatorio, se entregaron kits de elementos de higiene oral, los cuales incluían un cepillo y una crema dental; se entregó una cartilla confeccionada en Braille con hábitos de higiene bucal y se realizaron actividades prácticas demostrativas con cada embarazada sobre la técnica de cepillado.

Finalmente, se procesaron los resultados levantados mediante estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje. También se aplicó la estadística inferencial a través de un análisis bivariado mediante las pruebas Chi Cuadrado de Pearson y el Test exacto de Fisher para estudiar si hubo relación entre la aplicación de la estrategia educativa y el nivel de conocimiento sobre las técnicas de cuidado de la cavidad bucal antes y después de aplicarla. La efectividad de la implementación de la estrategia educativa se analizó mediante la prueba de McNemar. En todos los casos se consideró un nivel de significancia estadística de 95 %.

RESULTADOS

Al caracterizar la muestra, 36,4 % (n= 8) tenía diagnóstico de ceguera total y ceguera parcial 14 (63,6 %). Afectación del desempeño motriz a causa de la ceguera, presentaban 10 embarazadas (45,4 %).

La encuesta aplicada contenía preguntas dirigidas para obtener los conocimientos de las embarazadas sobre salud bucodental; encontrándose diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados de antes y después de implementada la estrategia educativa. (Tabla 1).

Antes de implementar la estrategia, 77,4% de las embarazadas contestó que la frecuencia de cepillado debía ser "una vez al día"; 63,7 % solamente conocía como elementos de cuidado bucal el cepillo y la pasta dental, respecto a la frecuencia con que debe cambiarse el cepillo dental la mayor proporción fue de las que refirieron que cuando se dañara o rompiera (40,9 %) y más de la mitad de la muestra (59,1 %) contestó que la periodicidad de visita al odontólogo debía ser una vez al año.

Tres meses después de aplicada la estrategia, al realizar una nueva evaluación de los conocimientos adquiridos por las participantes en el estudio, entonces 100 % contestó que el cepillado debía realizarse después de cada comida y todas mencionaron como elementos para realizar la higiene bucal el cepillo, la pasta dental y el hilo dental o el enjuague bucal. El 90,9 % (n= 20) respondió correctamente que el cepillo dental debía ser cambiado cada 3 meses y el 86,4% (n= 19) que la frecuencia de visita al odontólogo debía ser 2 veces al año. De la prueba de asociación estadística, solamente hubo significancia de la efectividad de la estrategia para la pregunta de frecuencia de cepillado donde el p-Valor < 0,05.

Tabla 1: Conocimientos básicos relacionados con autocuidado de la salud bucal de las embarazadas con discapacidad visual						
Variables	Antes			Después		
	No.	%	p-Valor	No.	%	p-Valor
¿Cuál debe ser la frecuencia de cepillado?						
Una vez al día	17	77,3	0,044**	0	0,0	-
Dos veces al día	4	18,2		0	0,0	
Después de cada comida	1	4,5		22	95,5	
¿Cuáles elementos de cuidado bucal conoce?						
Cepillo y pasta dental	16	63,7	0,418*	0	0,0	-
Cepillo, pasta dental, hilo o enjuague bucal	6	22,7		22	100	
¿Cuándo se debe cambiar el cepillo dental?						
Cada tres meses	3	18,2	0,391**	20	90,9	0,524**
Cada 6 meses	6	27,3		0	9,1	
Una vez al año	4	31,8		0	0,0	
Cuando se rompa o dañe	9	22,7		2	9,1	
¿Cuál debe ser la frecuencia de visita al odontólogo?						
Una vez al año	13	59,1	0,583**	3	13,6	0,861**
Dos veces al año	2	9,1		19	86,4	
Cuando duele un diente	7	31,8		0	0,0	
¿Le ayudan con el cepillado de sus dientes?						
Si	6	27,3	0,706*	1	4,5	0,063*
No	16	72,7		21	95,5	
¿Qué es la placa bacteriana?						
Acumulación excesiva sobre la superficie del diente de microorganismos	4	18,2	0,881**	22	100	-
Inflamación de las encías	2	9,1		0	0,0	
Destrucción del diente debido a la caries dental	3	13,6		0	0,0	
No conozco	13	59,1		0	0,0	

* Test Exacto de Fisher; ** Test Chi Cuadrado de Pearson.

Para probar la eficacia de la estrategia educativa, se aplicó el Test de O’Leary para ver la modificación en el nivel de placa bacteriana y la prueba no paramétrica de McNemar de comparación de proporciones para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las gestantes invidentes. Para ambos análisis, se consideraron los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

De la determinación del índice de O’Leary para medir la cantidad de placa dental bacteriana en los dientes antes y después de las acciones educativas. (Tabla 2); aunque a los tres meses no todas las embarazadas invidentes pasaron de la categoría deficiente a cuestionable o aceptable, si se visualizó una evolución hacia lo positivo en cuanto a mejora de la salud bucal ya que disminuyó el porcentaje en la categoría de deficiente.

Tabla 2: Impacto de la estrategia educativa mediante el Test de O’Leary						
	Índice de O’Leary					
	Aceptable		Cuestionable		Deficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%
Antes	1	4,5	4	18,2	17	77,3
Después	3	13,6	13	59,1	6	27,3

Los niveles de placa bacteriana que presentaron las embarazadas a los tres meses posteriores de aplicar la estrategia educativa disminuyeron y mediante la prueba de McNemar ($\chi^2 = 6,13$, $p = 0,006$) se confirmó estadísticamente que las acciones de la estrategia implementada tuvieron una alta efectividad.

Previo a las actividades educativas de la estrategia, la mayoría de las participantes (86,4 %) mostraron un nivel inadecuado de conocimientos en salud bucal, situación que cambió luego de la implementación de la estrategia ya que solamente 5 embarazadas (22,7 %) se mantuvieron en un nivel inadecuado al contestar incorrectamente 4 de las 6 preguntas. Estadísticamente, mediante la prueba de McNemar (Tabla 3), se demostró que la estrategia fue efectiva respecto al desarrollo de los conocimientos de higiene bucal que adquirieron las embarazadas invidentes de la muestra.

Tabla 3. Impacto de la estrategia en los conocimientos a través de la prueba de McNemar antes y después de la intervención								
Nivel de conocimiento		Después						p-Valor
		Inadecuado		Adecuado		Total		
		No.	%	No.	%	No.	%	
Antes	Inadecuado	2	9,1	17	77,4	19	86,4	0,000
	Adecuado	2	9,1	1	4,5	3	13,6	
	Total	4	18,2	18	81,8	22	100	

La prueba de escritura arrojó cifras positivas con 260 estudiantes con algún nivel (A1, A2 o B1) para 80,7 %. Hay un incremento en el nivel B1 representado por 54 aspirantes, como se observa en la Tabla 4. Aunque prevalece el nivel de usuario básico, también existe una mejoría numérica (A1: 69 y A2: 137) con respecto a las habilidades anteriores.

DISCUSIÓN

Varias investigaciones avalan el interés de la comunidad científica en el tema de la educación para la promoción de salud bucal en gestantes.^(18,19,20)

Es esencial resaltar la importancia de los programas preventivos odontológicos dirigidos a las mujeres embarazadas, ya que estos abordan aspectos clave como la higiene oral, la dieta, la nutrición y la eliminación de hábitos perjudiciales. Estos programas deben tener prioridad sobre los tratamientos de rehabilitación y urgencias, con el objetivo de detectar posibles falencias en las estrategias de prevención actuales. Asimismo, es primordial motivar a los profesionales de la salud a implementar proyectos específicos respaldados tanto por el sector privado como por el sistema nacional de salud.⁽²¹⁾ Sobre todo en las consultas de ginecología y obstetricia que ofrecen una oportunidad valiosa para la educación y la promoción de la salud bucal y lograrían un alto impacto, al desarrollar y potencializar los conocimientos, prácticas, valores y creencias de las gestantes que acuden regularmente a estos servicios de salud durante el período gestacional.

Se pudo determinar que previo a las actividades educativas de la estrategia, la mayoría de las participantes mostraron un nivel inadecuado de conocimientos en salud bucal, situación que cambió luego de la implementación de la estrategia ya que se logró entonces que fueran 4 embarazadas (18,2 %) las que se mantuvieron en un nivel inadecuado. Esto se cree sucede debido a que los modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental influyen sobre la higiene oral ya que las estrategias educativas aplicadas en los diversos grupos humanos al proporcionar conocimientos prácticos propician el desarrollo de aptitudes de autocuidado, con lo que se crean ambientes favorables para la adquisición y promoción de hábitos saludables.⁽²²⁾

En el estudio realizado por Cabrera se determinó la relación entre estrategias educativas de salud bucal e higiene oral en gestantes. Se compararon dos grupos de pacientes al aplicarles dos técnicas de charlas para evaluar ambas técnicas. En los resultados el grupo I se posiciona en el nivel adecuado y aceptable y en el grupo II en el nivel aceptable y deficiente, teniendo relación y significancia en la investigación.⁽²³⁾

Se confirmó que las acciones de la estrategia implementada tuvieron efectividad ya que el nivel de placa bacteriana tuvo una modificación estadísticamente significativa antes de aplicar la estrategia y a los tres meses posteriores. Resultados similares son obtenidos por Gálvez, Arcia y Jova. En más de la mitad de las gestantes muestreadas predominó el nivel de escolaridad preuniversitario. Se destacaron el cepillado dental incorrecto y la ingestión de dieta cariogénica como principales factores de riesgo para la salud bucal, y como afecciones bucales más frecuentes la caries dental y la enfermedad periodontal. Predominaron las evaluaciones de insuficiente y regular, al analizar los niveles de información acerca de la influencia del embarazo en la salud bucal e higiénico-sanitario-bucal y las medidas preventivas de enfermedades bucales al inicio de la intervención educativa, y las de bien y excelente después de la intervención.⁽²⁴⁾

Para probar la eficacia de la estrategia educativa, se aplicó el Test de O'Leary para ver la modificación en el nivel de placa bacteriana y la prueba no paramétrica de McNemar de comparación de proporciones para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las gestantes invidentes. Para ambos análisis, se consideraron los resultados obtenidos antes y después de la intervención. Estos procedimientos coinciden con los empleados por varios autores, que han realizado intervenciones educativas sobre salud bucodental en diferentes grupos poblacionales.^(25,26)

En relación con lo anterior, la adherencia a las acciones preventivas y de tratamiento en salud oral suele relacionarse con los beneficios percibidos por las personas; sin embargo, cuando se enfrentan barreras en la prestación del servicio odontológico, de un modo u otro, se refuerzan aquellas creencias que actúan como limitantes para el acceso y permanencia en programas de promoción de la salud oral.⁽¹⁶⁾ Es por ello que se considera que los determinantes sociales ejercen una influencia significativa en los indicadores de salud oral de las poblaciones. La interacción compleja entre factores económicos, educativos, ambientales y culturales moldea las condiciones de salud bucal de manera profunda y duradera. Por ejemplo, los ingresos bajos pueden limitar el acceso a la atención odontológica preventiva y de tratamiento, lo que conduce a una mayor prevalencia de enfermedades bucales no tratadas.⁽¹⁷⁾

Arco y Valencia⁽¹⁶⁾ sostienen que las principales tendencias discursivas que las embarazadas emplean para justificar la inasistencia a los programas de promoción de la salud bucodental incluyen: la naturalización de las enfermedades bucodentales en el embarazo, la inadecuada prestación del servicio por parte del odontólogo y la búsqueda de alternativas tradicionales para aliviar malestares bucodentales.

Los hallazgos de Rodríguez, quien expuso que la condición clínica más frecuente es la gingivitis del embarazo, puede afectar entre 60-75 % de las mujeres, ocurre generalmente entre el tercer y octavo mes de embarazo y suele desaparecer después del parto. Esto puede estar relacionado a que, si bien la gingivitis es secundaria al cúmulo de placa bacteriana, los cambios vasculares y hormonales que acompañan al embarazo, a menudo exageran la respuesta inflamatoria a estos irritantes locales.⁽²⁷⁾ De igual modo es frecuente la aparición de caries dental vinculada a hábitos incorrectos de higiene bucal y a un mayor apetito de las gestantes por alimentos ricos en azúcares o la propensión de náuseas, que pueden causar el descuido de la higiene bucal; además un desequilibrio en el pH salival puede afectar al esmalte y la dentina.

Dobarganes y cols.⁽²⁸⁾ obtuvieron resultados similares a los del presente estudio. Al inicio de la investigación desarrollada por estos autores 53,3 % y 30% de las embarazadas fueron evaluadas de regular e insuficiente respectivamente, donde los porcentos mayores fueron altamente significativos respecto a excelente y bien. Se manifestaron creencias erróneas en cuanto a que resulta inevitable la afección de la salud bucal durante el embarazo y a que el calcio es extraído de la dentición materna debido a los requerimientos fetales, sin darles importancia al cuidado de la higiene bucal y a los correctos hábitos alimentarios. Al aplicarse la estrategia educativa se modificó el nivel de información de las gestantes pues 61,6 % fueron evaluadas de bien y 25 % de excelente.

Guerra, Fernández y López determinaron que el nivel de conocimiento de las embarazadas y sus familiares fue regular, lo que se traduce en que se debe insistir en reevaluar las estrategias para incrementar la cultura sanitaria en este grupo priorizado, puesto que, cualquier daño en la salud oral, o prácticas inadecuadas de las gestantes, influyen negativamente en la salud bucal y general de su futuro bebé, lo cual es desconocido por muchas.⁽²⁹⁾

La principal **limitación** de la investigación la constituye el tamaño muestral. Este lo integraron embarazadas invidentes de una sola provincia. Estas características podrían ser una barrera a la hora de interpretar los resultados, que, aunque no pueden generalizarse a una población más amplia sí son de utilidad para llamar la atención sobre la problemática en estudio. Por otra parte, la fortaleza más importante de este estudio es que se trata del primer acercamiento al grupo de las gestantes invidentes como minoría social vulnerable, considerando el papel de la promoción de salud bucal y su influencia en las conductas de salud y conocimientos de estas embarazadas.

CONCLUSIONES

Las acciones de la estrategia implementada en las gestantes muestreadas tuvieron efectividad, tanto en el nivel de placa bacteriana, como en los conocimientos sobre salud bucal que adquieren las embarazadas invidentes.

RECOMENDACIONES

Divulgar aquellos estudios que pueden contribuir a aumentar el conocimiento acerca de los problemas de salud de este grupo vulnerable en la región y de esta manera elevar el nivel de conciencia de las autoridades y profesionales de la salud acerca de las brechas y los retos existentes en la promoción de salud bucal de las embarazadas con alguna discapacidad o necesidades especiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soto DA, Durañona LE, Alfonso AC. Caracterización de hábitos alimentarios de un grupo de gestantes a la captación del embarazo. Acta Médica [Internet]. 2024 [Citado 27/04/2024]; 24(3). Disponible en: <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/385>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Síntesis de evidencia y recomendaciones: guías de práctica clínica para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en el embarazo. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2024 [Citado 27/04/2024]; 48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11099336/>
3. Espeche WG, Ramos PC, Minetto J, Gómez D, De Iraola A, Cerri GR, et al. Consecuencia de los trastornos hipertensivos durante el embarazo (THE) sobre la salud cardiovascular de la mujer. Hipertensión y Riesgo Vascular [Internet]. 2024 [Citado 27/04/2024]; 1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2024.04.005>
4. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Bully P, García Álvarez A, Espinosa M. Ansiedad y depresión en el embarazo. Variables asociadas durante el periodo de pandemia COVID-19. Enfermería Clínica [Internet]. 2024 [Citado 27/04/2024]; 34(1):23-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862123001365>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental [Internet]. Genova: OMS; 2022 [Citado 27/04/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
6. Inglehart MR, Bagramian R, eds. Oral health-related quality of life. Batavia: Quintessence Pub; 2002.
7. Guerra López W, Fernández Cobo L, López Varela Y. Nivel de conocimientos de las embarazadas sobre la salud bucal y el período de gestación. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2023 [Citado 27/04/2024]; 45(4):523-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242023000400523&script=sci_arttext
8. Sueiro Sánchez I, Hernández Millán A, Vega González S, Yanes Tarancón B, Ercia Sueiro L, Solano López E. Determinación del estado de salud bucal en embarazadas: una explicación necesaria. Revista Finlay [Internet]. 2015 [Citado 27/04/2024]; 5(3):170-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2221-24342015000300004&script=sci_arttext
9. Dobarganes Coca AM, Lima Álvarez M, López Larquin N, Pérez Cedrón RA, González Vale L. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2011 [Citado 27/04/2024]; 15(3):528-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000300010&script=sci_arttext
10. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quiñonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. Community dentistry and oral epidemiology [Internet]. 2015 [Citado 27/04/2024]; 43(5):385-96. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12167>
11. Vásquez Carrillo K, Jaimes Miranda NM, Andrades Parada J. Diseño y evaluación de un programa en promoción de salud bucal para personas con discapacidad visual de la escuela taller para ciegos de Bucaramanga [Tesis Doctoral]. Colombia: Universidad Santo Tomás; 2013 [Citado 27/04/2024]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/4861>
12. Pizarro Marín DK. Calidad de vida en salud bucal y su relación con los hábitos de higiene bucal en adultos con discapacidad visual del Centro de Rehabilitación CERCIA, Arequipa 2013 [Internet]. Perú: RENATI; 2014 [Citado 27/04/2024]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3646003>
13. David Staly HR. Influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental en la higiene oral [Tesis Especialidad]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021 [Citado 27/04/2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8469>
14. Marrero Fente A, López Cruz E, Castells Zayas Bazán S, Calzadilla Estévez L. Estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2023 [Citado 27/04/2024]; 7(6):755-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552003000600009&script=sci_arttext&tlng=es
15. Isidro Olán LB, Estrella Castillo DF, Vega Lizama EM, Rueda Ventura MA, Rubio Zapata HA. Influencia de los determinantes sociales en la salud oral en poblaciones indígenas de las Américas. Revisión de literatura. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2023. [Citado 27/04/2024]; 2022;25(4). Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/22888>
16. Arco Montiel D, Valencia Jiménez NN. Barreras para las acciones preventivas en salud bucal percibidas por mujeres embarazadas en Montería, Colombia. Universidad y Salud [Internet]. 2023 [Citado 27/04/2024]; 25(2): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072023000200006&script=sci_arttext
17. Zambrano Sierra JM, Carvajal Campos MF, Pacajá Ruiz PR. Determinantes sociales y su relación con los indicadores de salud oral. RECIMUNDO [Internet]. 2024 [Citado 27/04/2024]; 8(1): 61-70. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2162>
18. Leffalle IM, Romero HJ, Barrios CE. Conocimientos y prácticas de salud bucal en embarazada. Rev Ateneo Argent Odontol [Internet]. 2021 [Citado 27/04/2024]; 64(1):51-7. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1252692/articulo08.pdf>

19. Taboada Granados MA, Chumpitaz Cerrate V. Nivel de conocimiento sobre atención estomatológica de pacientes gestantes en estudiantes de Estomatología. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 [Citado 27/04/2024];21(6). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4238>
20. Martínez Abreu J, Gispert Abreu E, Castell Florit Serrate P. Metodología con enfoque de determinantes sociales e intersectorialidad para la gestión de la salud bucal. In Primer Taller Internacional de Generalización. [Internet]. La Habana: Generaeinnova; 2024 [Citado 27/04/2024]. Disponible en: <https://generaeinnova.sld.cu/index.php/Generaeinnova2024/2024/index>
21. Barron IES. Salud Oral Antes Del Nacimiento. Emergentes-Revista Científica [Internet]. 2024 [Citado 27/04/2024]; 4(2): 449-59. Disponible en: <https://revistaemergentes.org/index.php/cts/article/view/159/263>
22. Cartes Velásquez R. Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. Odontología sanmarquina [Internet]. 2020 [Citado 27/04/2024]; 23(2): 189-96. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/17764>
23. Cabrera Alarcón LY. Relación entre estrategias educativas de salud bucal e higiene oral en gestantes del CS Íllimo-Lambayeque. [Tesis Maestría]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2024 [Citado 27/04/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/12143>
24. Gálvez Moya M, Arcia García Y, Jova García A. Intervención educativa sobre salud bucal para gestantes. Medicentro Electrónica [Internet]. 2018 [Citado 27/04/2024]; 22(1):77-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432018000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
25. Yero Mier IM, García Rodríguez M, Nazco Barrios LE. Programa educativo sobre conocimiento de salud bucal en las embarazadas 2012. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2013 [Citado 27/04/2024]; 15(1):83-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1608-89212013000100011&script=sci_arttext
26. Saldarriaga O, Sánchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. CES 2004. Odontología [Internet]. 2004 [Citado 27/04/2024]; 17(2):9-23. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/482>
27. Rodríguez Sotomayor Y. Salud bucal, embarazo y género. Revista Información Científica [Internet]. 2018 [Citado 27/04/2024]; 97:496-507. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332018000700496&script=sci_arttext&tlng=en
28. Dobarganes Coca AM, Lima Álvarez M, López Larquín N, Pérez Cedrón RA, González Vale L. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2011 [Citado 27/04/2024];15(3):528-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000300010&script=sci_arttext
29. Guerra López W, Fernández Cobo L, López Varela Y. Nivel de conocimientos de las embarazadas sobre la salud bucal y el período de gestación. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2023. [Citado 27/04/2024]; 45(4):523-533. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242023000400523&script=sci_arttext

Financiamiento:

No se contó con ninguna fuente de financiamiento externo para el desarrollo de esta investigación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Contribución de autoría

Vivian González Aguilar: Conceptualización, análisis formal, investigación, Escritura – Borrador original.

José Israel Castillo González: Investigación, curación de datos, validación, investigación, metodología, Escritura – Revisión y edición.

Ambos autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.