



PUBLICACIÓN ADELANTADA

Determinantes sociales de la salud bucal en gestantes colombianas. Estudio mixtoJuliana Velosa-Porras¹, Nelcy Rodríguez-Malagón²

¹Programa de Epidemiología Clínica, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Centro de Investigaciones Odontológicas (CIO), Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia.

²Bioestadística. Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO	RESUMEN
<p>PALABRAS CLAVE <i>Caries Dental;</i> <i>Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud;</i> <i>Determinantes Sociales de la Salud;</i> <i>Mujeres embarazadas;</i> <i>Periodontitis;</i> <i>Salud Bucal</i></p> <p>Recibido: marzo 1 de 2023 Aceptado: junio 18 de 2024</p> <p>Disponible en línea: noviembre 13 de 2024</p> <p>Correspondencia: Juliana Velosa-Porras; juliana.velosa@javeriana.edu.co</p> <p>Cómo citar: Velosa-Porras J, Rodríguez-Malagón N. Determinantes sociales de la salud bucal en gestantes colombianas. Estudio mixto. Iatreia [Internet]. 2024. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.301</p>	<p>Introducción: los determinantes de la salud bucal juegan un rol importante en el desarrollo de enfermedades orales y han sido poco estudiados en gestantes.</p> <p>Objetivos: identificar los determinantes sociales de la salud bucal en un grupo de gestantes colombianas.</p> <p>Materiales y métodos: se empleó un diseño mixto, con 1048 gestantes participando en el estudio de corte transversal y otras 24 gestantes participando en entrevistas semiestructuradas. Se determinaron los determinantes sociales de la salud bucal e indagó por las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal. Las dos estrategias metodológicas se vincularon con base en tres alternativas: convergencia; complementariedad y divergencia.</p> <p>Resultados: el estudio cuantitativo mostró que las gestantes con más de 12 años de estudios mencionaron con más frecuencia que el motivo de consulta odontológica fue por remisión en el control prenatal. Sin embargo, el estudio cualitativo encontró que el motivo de consulta citado más frecuente fue debido a estar en tratamiento.</p>



Conclusiones: los determinantes sociales de la salud bucal identificados en este estudio fueron los ingresos mensuales del hogar y el nivel educativo, los cuales influyen directamente en el motivo de consulta odontológica, las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes.

Este manuscrito fue aprobado para publicación por parte de la Revista Iatreia teniendo en cuenta los conceptos dados por los pares evaluadores. **Esta es una edición preliminar, cuya versión final puede presentar cambios.**

EDICIÓN PRELIMINAR



AHEAD OF PRINT PUBLICATION

Social Determinants of Oral Health Among Colombian Pregnant Women: A Mixed-Methods Study

Juliana Velosa-Porras¹, Nelcy Rodríguez-Malagón²

¹Clinical Epidemiology Program, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Dental Research Center (CIO), School of Dentistry, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia.

²Biostatistician. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia.

ARTICLE INFORMATION

KEYWORDS

Dental Caries;
Health Knowledge, Attitudes, Practice;
Oral Health;
Periodontitis;
Pregnant Women;
Social Determinants of Health

Received: March 3, 2023

Accepted: June 06, 2024

Available online: November 13, 2024

Correspondence: Juliana Velosa-Porras;
juliana.velosa@javeriana.edu.co

How to cite: Velosa-Porras J, Rodríguez-Malagón N. Social Determinants of Oral Health Among Colombian Pregnant Women: A Mixed-Methods Study. *Iatreia* [Internet]. 2024. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.301>

ABSTRACT

Introduction: Social determinants of oral health play a crucial role in the development of oral diseases, yet they remain understudied in pregnant populations.

Objectives: To identify the social determinants of oral health among a cohort of Colombian pregnant women.

Materials and Methods: A mixed-methods approach was employed, comprising a cross-sectional study of 1,048 pregnant women and semi-structured interviews with 24 pregnant women. Social determinants of oral health were assessed, along with perceptions, knowledge, and practices regarding oral health. The methodological strategies were integrated based on three approaches: convergence, complementarity, and divergence.

Results: The quantitative analysis revealed that pregnant women with more than 12 years of education more frequently reported seeking dental care due to prenatal care referrals. However, the qualitative component found that ongoing



treatment was the most commonly cited reason for dental visits.

Conclusions: The study identified household monthly income and educational level as key social determinants of oral health, directly influencing dental consultation patterns, perceptions, knowledge, and oral health practices among pregnant women.

EDICIÓN PRELIMINAR

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales, también conocidas como enfermedades dentales o bucodentales, son afecciones que afectan la cavidad oral, incluyendo los dientes, las encías, la lengua, el paladar y las estructuras circundantes (1). Estas condiciones pueden variar desde problemas comunes como la caries dental y la gingivitis hasta condiciones más graves como la periodontitis, las infecciones orales, el cáncer oral y las maloclusiones (1). Las enfermedades bucales causan dolor y en algunos casos discapacidad en todos los grupos de edad, incluyendo al grupo poblacional de las gestantes. Entre los factores que se han encontrado asociados al desarrollo y progresión de estas enfermedades bucales se encuentran la edad, el sexo, el nivel educativo, la raza, y el consumo de tabaco (2). Sumado a esto, se ha observado que estas enfermedades se distribuyen de forma desigual entre la población con diferentes condiciones socioeconómicas (3,4). Durante las últimas décadas, ha aumentado el interés en estudiar el papel que tienen los determinantes sociales de la salud en las enfermedades de la cavidad bucal (5).

Los determinantes sociales de la salud se han definido como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y que, además, tienen efectos en la salud. La estructura conceptual de los determinantes sociales de la salud está compuesta por cuatro niveles: *el contexto*, *los determinantes estructurales*, *los determinantes intermediarios* y *los determinantes individuales* (6). *El contexto* puede definirse como los aspectos claves de la vida, el trabajo y los estilos de vida que impactan al individuo. El contexto entonces establece el tipo de comportamiento de las personas, el cual juega un papel importante en la prevención de las enfermedades, incluyendo las de la cavidad bucal (7). *Los determinantes estructurales* son aquellos que refuerzan la estratificación social en la sociedad y definen la posición socioeconómica del individuo. *Los determinantes intermediarios* son aquellos factores por medio de los cuales los

determinantes estructurales pueden operar y, que se encuentran vinculados con los determinantes individuales y son los que establecen las diferencias en exposición y vulnerabilidad. Por último, los *determinantes individuales* son aquellos factores en los que se consideran las conductas y estilos de vida que condicionan negativamente la salud, dentro de ellos, se encuentran los comportamientos, percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas (6,8). Algunos de los determinantes estructurales e intermedios, relacionados con salud bucal son: la educación, los ingresos mensuales, el acceso a los servicios de odontología, educación en higiene oral, combinados con los sistemas establecidos para atender a los enfermos (9) (Figura 1).

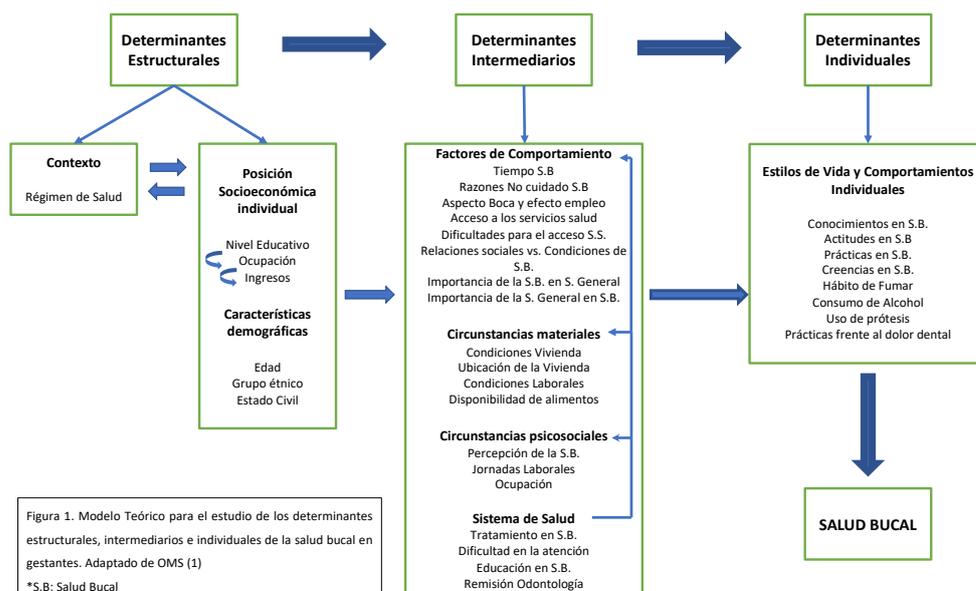


Figura 1. Modelo teórico para el estudio de los determinantes estructurales, intermedios e individuales de la salud bucal en gestantes

*S. B: Salud Bucal

Fuente: adaptado de OMS (1)

Durante el embarazo ocurren una serie de cambios fisiológicos que favorecen la aparición de enfermedades en la cavidad bucal dentro de las cuales se pueden mencionar: gingivitis del embarazo, granuloma del embarazo, enfermedad periodontal y caries dental (1). Dentro de estos cambios se encuentran los hormonales, ajustes en la dieta y en las

prácticas en salud bucal. Sumado a esto, los factores socioeconómicos como la falta de recursos para pagar un buen servicio odontológico o las herramientas para cuidar la salud bucal, las barreras en el acceso, la falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucal, así como unas adecuadas prácticas de autocuidado, hacen que algunas gestantes se encuentren en un estado mayor de vulnerabilidad en salud bucal. Se ha reportado que la raza de la madre, la edad, el peso, el hábito de fumar durante el embarazo, el estado civil, la alimentación y tener o no seguro médico, entre otros, pueden afectar la salud bucal y las prácticas en higiene oral (10).

En gestantes mundialmente, se ha reportado una proporción de prevalencia de caries que varía desde el 49,4 % hasta el 87,2 % (11,12) y de enfermedad periodontal entre el 37,1 % hasta el 56 % (2). Esto parece indicar que son muy pocas las gestantes que acuden a los servicios odontológicos para revisión o tratamiento por su condición, estas prácticas deficientes en salud oral pueden deberse a los mitos, creencias o aspectos negativos que rodean los tratamientos odontológicos durante esta etapa (11). Los tratamientos indicados por trimestre de gestación son los siguientes: para el primer trimestre está indicado el control de biopelícula, instrucción en higiene oral, raspaje y alisado radicular, tratamientos de urgencias y se debe evitar tratamientos electivos; en el segundo trimestre se debe realizar control de biopelícula, instrucción en higiene oral, raspaje y alisado radicular y tratamientos electivos; y en el último trimestre se debe realizar control de biopelícula, instrucción en higiene oral, raspaje y alisado radicular, tratamientos electivos a discreción (1,13). Las razones más documentadas de no asistencia son: incertidumbre acerca del tratamiento odontológico durante el embarazo, percepciones de riesgo con respecto a la formación del feto y la necesidad de tratamiento. Otras razones reportadas son el miedo al odontólogo, la posibilidad de sentir dolor y malestar, el sonido de la pieza de alta y el dolor asociado con la gestación (12).

Existen estudios que han encontrado que el índice de biopelícula y una profundidad al sondaje mayor a 4 milímetros se han asociado con el parto prematuro y el bajo peso al nacer (14). Por otro lado, se ha reportado que un programa intensivo de higiene oral en las gestantes disminuye la incidencia de partos prematuros y bajo peso al nacer (15). Por lo tanto, es importante que las mujeres embarazadas asistan a consulta odontológica donde no solo se pueden llevar a cabo intervenciones terapéuticas, especialmente para tratar la enfermedad periodontal y las caries, con el objetivo de reducir la incidencia de partos prematuros, sino también se pueden llevar a cabo intervenciones educativas que promuevan la adquisición de conocimientos y fomenten cambios en los comportamientos y prácticas relacionados con la salud bucal en esta población (16–18) (9-11), tornándolas más saludables.

Dada la importancia del correcto cuidado de la salud bucal durante la gestación sumado con el desconocimiento sobre los determinantes socioeconómicos, las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal y como influyen en este cuidado, es importante realizar esta investigación con el fin de comprender, con mayor profundidad, la problemática en salud bucal de esta población. El objetivo de este estudio fue identificar los determinantes sociales en salud bucal de un grupo de gestantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño considerado en el presente estudio fue de tipo mixto basado en la triangulación entre métodos (cuantitativo y cualitativo).

El estudio cuantitativo base de esta investigación es un estudio de corte transversal que utilizó una encuesta poblacional. El objetivo de este estudio fue comprender de qué manera los modos de vida, expresados en las condiciones de trabajo y consumo, prácticas, concepciones e identidad cultural y los estilos de vida de la población colombiana afectan

la salud bucal. El estudio incluyó una muestra representativa de la población colombiana que evaluó 20.493 personas, de las cuales 1050 eran gestantes. El muestreo de este estudio fue estratificado, multietápico, cuyos detalles están descritos en otra publicación (12). La encuesta consistió en 75 preguntas: 15 relacionadas con aspectos socioeconómicos; 37 correspondían a estilos de vida y salud oral; 23 indagaban por comportamientos y hábitos en salud oral. Incluyó un módulo específico para gestantes con 21 preguntas sobre salud bucal y antecedentes médicos.

Para contestar la pregunta central de este estudio mixto, se utilizaron las variables: *régimen de salud* (Desde 1993 Colombia cuenta con un sistema de aseguramiento universal obligatorio con dos tipos de aseguramiento: el contributivo financiado por contribuciones en los pagos de nómina y el subsidiado para la población más vulnerable financiado por los impuestos y los subsidios de los salarios más alto) (13,20), *estado civil*, *ingresos mensuales del hogar*, *región*, *trimestre de embarazo*, *nivel educativo máximo*, *ocupación*. La variable *ingresos mensuales* del hogar se categorizó en tres niveles de acuerdo con el salario mínimo legal vigente (SMLV) para ese momento (COP \$877,803, equivalente a U\$231): menos de 1 salario, entre 1-2 salarios y más de 2 salarios. Las variables sobre estilos de vida y comportamientos individuales que se tuvieron en cuenta fueron: motivo y lugar de la última consulta odontológica, remisión al odontólogo, remisión al odontólogo durante el embarazo, percepciones y conocimientos en salud bucal. Las variables sobre los modos de vida evaluadas fueron las prácticas en salud bucal: frecuencia del cepillado, cantidad de crema dental, frecuencia de uso de seda dental y los elementos de higiene oral.

Para la cuantificación de los determinantes sociales de la salud bucal se realizó un análisis descriptivo consistente en frecuencias absolutas y relativas de las variables incluidas. El procesamiento de datos se realizó usando el programa Stata v14.0.

El estudio cualitativo tuvo una aproximación fenomenológica descriptiva que permitió la interpretación de los fenómenos a profundidad, explicando la realidad de las participantes, dando significado a sus experiencias (21,22) y usó entrevistas semiestructuradas en un grupo de gestantes de diferentes zonas de Colombia con el fin de identificar y explorar las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal y los significados subjetivos que identificaran sobre el proceso de salud enfermedad. El muestreo se realizó de forma intencional por casos definidos de antemano: El rango de edad estuvo entre 18 y 45 años, entre el segundo y tercer trimestre de gestación, residían en los departamentos de Boyacá, Cauca, Antioquia, Cundinamarca y Bogotá D.C. y asistían a algunos hospitales regionales, la secretaria de Salud Departamental y consultorios privados.

Todas las entrevistas semiestructuradas se realizaron vía telefónica y fueron grabadas previo consentimiento de la gestante. Las preguntas de las entrevistas semiestructuradas son abiertas y fueron efectuadas por la investigadora principal. Las preguntas se enfocaron en abordar las experiencias personales y los significados con respecto a su estado (gestación), las percepciones, conocimientos y prácticas en la salud bucal. Entre mayo y noviembre de 2020, un total de 24 gestantes participaron. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 50 minutos.

Las grabaciones fueron transcritas en formato Word y se revisaron en busca de errores de transcripción y digitación. Luego, la información se organizó y codificó empleando el software NVivo12. Se analizaron los temas relacionados con las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal entre las gestantes. Se consideró haber llegado a saturación de la información, cuando se repitieron categorías temáticas y no hubo necesidad de adicionar nuevos códigos durante el proceso de análisis (14,23).

Las características demográficas de las gestantes se resumieron por medio de estadística descriptiva (promedios con sus correspondientes desviaciones estándar y proporciones en el caso de características de tipo cualitativo). Las transcripciones fueron analizadas empleando un abordaje híbrido combinando una codificación inductiva y deductiva (15,16,24,25). En este proceso, el primer paso fue la codificación deductiva creada a partir del esquema de las entrevistas semiestructuradas. El libro de códigos fue revisado por la investigadora principal utilizando una codificación inductiva. La lista de códigos fue reducida a categorías para establecer el libro de códigos final con el cual se codificaron las transcripciones.

La triangulación metodológica usó un protocolo basado en los métodos propuestos por Farmer *et al.* (17). Inicialmente, se realizó la clasificación de los hallazgos para determinar la sobreposición o divergencia de temas. El segundo paso consistió en realizar una clasificación de la convergencia para caracterizar el grado y tipo de convergencia usando un esquema presentado en la tabla 1 (Tabla 1). El tercer paso consistió en determinar la convergencia global. Finalmente, se evaluó la completitud y el grado de divergencia.

Tabla 1. Clasificación de la convergencia para la triangulación metodológica

Clasificación de la Convergencia	Grado y tipo de Convergencia
<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo 	El tema ha sido identificado en los dos enfoques
<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo parcial 	El tema ha sido parcialmente identificado en los dos enfoques
<ul style="list-style-type: none"> • Silencio 	El tema ha sido identificado en un enfoque y en el otro no
<ul style="list-style-type: none"> • Divergencia 	El tema es contradictorio en los dos enfoques

Fuente: elaboración propia

ASPECTOS ÉTICOS

La encuesta poblacional fue aprobada y supervisada por un comité de ética creado para el proyecto por el Ministerio de Salud y la Universidad Javeriana (Bogotá, Colombia),

(acuerdo # 55,2014). Todas las participantes firmaron el consentimiento informado. El proyecto cualitativo también fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario San Ignacio (FM-CIE-0500-20; FM-CIE-0005-19).

RESULTADOS

Descripción de las gestantes incluidas en el estudio cuantitativo

De las 1050 gestantes que respondieron la encuesta, el 62 % pertenecía al régimen de salud subsidiado. En cuanto al nivel educativo, el 54,3 % había terminado la secundaria, y el 21,7 % una carrera técnica. El 74 % se encontraba casada o viviendo con pareja (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes del estudio cuantitativo (n=1050)

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje %
Edad:		
15-24 años	538	51,24
25-34 años	414	39,43
35-45 años	98	9,33
Región:		
Atlántica	208	19,81
Oriental	153	14,57
Central	148	14,10
Pacífica	177	16,86
Bogotá D.C.	186	17,71
Orinoquía / Amazonía	178	16,95
Trimestre Embarazo:		
Primer Trimestre	293	27,90
Segundo Trimestre	399	38
Tercer Trimestre	358	34,10
Estado Civil:		
Casada o viviendo con pareja	777	74
Soltera o no viviendo con pareja	273	26
Grupo étnico:		
Blanco	278	26,48
Mestizo	426	40,57
Negro, afro, afroamericano	125	11,90
Otras etnias	78	7,43
No sabe / no definido	143	13,62
Régimen de Salud:		
Contributivo	399	38
Subsidiado	651	62

Ingresos Mensuales Hogar:		
1 salario mínimo o menos	445	42,38
Entre 1-2 salarios mínimos	379	36,10
Más de 2 salarios mínimos	226	21,52
Nivel educativo máximo:		
Primaria o menos	139	13,24
Secundaria	570	54,29
Técnico	228	21,71
Universitario o más	113	10,76

Fuente: elaboración propia

Descripción de las gestantes incluidas en el estudio cualitativo

De las 24 gestantes entrevistadas, 11 se encontraban estudiando en la universidad, habían terminado sus estudios o tenía un posgrado y 9 habían terminado la secundaria. De las 24 gestantes, 10 se encontraban trabajando, 6 no tenían trabajo y 8 eran amas de casa.

El estado civil más reportado fue la unión libre en 9 casos, seguido de soltera en 8 y casada en 7 del total de las entrevistadas. Con relación a los ingresos mensuales del hogar, 11 eran menores a un salario mínimo legal vigente (SMLV). Las amas de casa refirieron no tener trabajo en la actualidad debido a su embarazo (Tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas de las gestantes entrevistadas del estudio cualitativo (n=24)

Participante No	Edad (años)	Nivel educativo	Estado Civil	Régimen	Ocupación	Residencia	Ingreso Mensual Hogar	Trimestre de gestación
1	42	Universitaria o más	Casada	Contributivo	Empleada	Bogotá D.C.	1-2 SMLV	Tercero
2	30	Bachillerato Completo	Casada	Subsidiado	Ama de Casa	Combita-Boyaca	1-2 SMLV	Tercero

3	20	Bachillerat o Completo	Soltera	Subsidiado	Ama de Casa	Cómbita- Boyacá	< 1 SMLV	Segundo
4	24	Primaria Completa	Soltera	Subsidiado	Ama de Casa	Combita- Boyacá	< 1 SMLV	Segundo
5	22	Bachillerat o Completo	Unión Libre	Subsidiado	Estudiant e	Cómbita- Boyacá	< 1 SMLV	Segundo
6	29	Universitar io o más	Casada	Contributiv o	Emplead a	Zipaquirá- Cundinamar ca	> 2 SMLV	Segundo
7	19	Bachillerat o Completo	Unión Libre	Subsidiado	Ama de Casa	Totoró- Cauca	< 1 SMLV	Tercero
8	18	Bachillerat o Completo	Soltera	Subsidiado	Ama de Casa	Cómbita- Boyacá	< 1 SMLV	Segundo
9	30	Primaria Completa	Soltera	Subsidiado	Ama de Casa	Chiquinquir á- Boyaca	< 1 SMLV	Tercero
10	41	Primaria Completa	Soltera	Subsidiado	Desempl eada	Cómbita- Boyacá	< 1 SMLV	Segundo
11	39	Universitar io o más	Soltera	Contributiv o	Emplead a	La Sierra - Cauca	1-2 SMLV	Segundo
12	22	Técnica	Unión Libre	Contributiv o	Desempl eada	Bogotá D.C.	1-2 SMLV	Tercero
13	36	Universitar io o más	Casada	Contributiv o	Emplead a	Medellín - Antioquia	> 2 SMLV	Segundo
14	28	Universitar io o más	Unión Libre	Contributiv o	Emplead a	Bogotá D.C.	> 2 SMLV	Segundo

15	44	Primaria Completa	Unión Libre	Subsidiado	Ama de Casa	Cómbita- Boyacá	< 1 SMLV	Tercero
16	20	Bachillerat o Completo	Unión Libre	Subsidiado	Ama de Casa	Cómbita- Boyacá	< 1 SMLV	Segundo
17	36	Universitar io o mas	Unión Libre	Contributiv o	Emplead a	Bogotá D.C.	> 2 SMLV	Segundo
18	40	Universitar io o mas	Unión Libre	Contributiv o	Emplead a	Bogotá D.C.	> 2 SMLV	Segundo
19	38	Bachillerat o Completo	Unión Libre	Contributiv o	Ama de Casa	Bolívar - Cauca	1-2 SMLV	Tercero
20	39	Bachillerat o Completo	Soltera	Subsidiado	Desempl eada	Arcabuco- Boyacá	< 1 SMLV	Tercero
21	33	Primaria incompleta	Casada	Subsidiado	Ama de Casa	Arcabuco- Boyacá	< 1 SMLV	Tercero
22	33	Universitar io o más	Casada	Contributiv o	Emplead a	Madrid- Cundinamar ca	> 2 SMLV	Tercero
23	31	Universitar ia o más	Casada	Contributiv o	Emplead a	Bogotá D.C.	> 2 SMLV	Segundo
24	30	Bachillerat o Completo	Soltera	Contributiv o	Emplead a	Bogotá D.C.	1-2 SMLV	Tercero

Fuente: elaboración propia

Resultados del estudio cuantitativo

Se encontró en las 1050 encuestadas que el estado de la salud bucal había afectado negativamente las relaciones de 48 (4,6 %) de ellas. De estas 48 encuestadas con afectaciones negativas: 29 (60,4 %) afirmaron no se sentían bien con el aspecto de su boca y para 25 de ellas (88,8 %) la razón principal fue por la apariencia de sus dientes. En 1,7 % de las participantes (n=1050) se mencionó que este estado de la salud bucal había negativamente afectado la oportunidad de conseguir empleo. Al evaluar por el nivel educativo en las gestantes que habían terminado la secundaria se encontró con mayor frecuencia que el estado de la salud bucal había afectado negativamente sus relaciones en el 2,6 % y de estas, el 1,7 % no se sentía bien con el aspecto de su boca. El 1 % había perdido la oportunidad de conseguir un empleo por el aspecto de su boca. En cuanto a los ingresos mensuales del hogar, aquellas gestantes con ingresos <1 SMLV respondieron en el 2,1 % que el estado de la salud bucal afectado negativamente sus relaciones y de estas, el 1,2 % no se sentía bien con el aspecto de su boca y el 1 % había perdido la oportunidad de conseguir un empleo.

En cuanto a la satisfacción en la atención odontológica, los hallazgos mostraron que el 12,8 % de las gestantes no había quedado satisfecha con la atención odontológica y dentro de las razones, el 69,5 % mencionó la calidad del tratamiento, seguido por el trato del profesional: 16,8 % con predominio en las gestantes que habían terminado la secundaria y con ingresos <1 SMLV.

El 65 % de las gestantes afirmó tener tiempo para el cuidado de su boca durante la jornada laboral y después de la jornada diaria: el 55,2 %. Los momentos en que realizan el cepillado dental, el 76,7 % lo hace al levantarse. El 61 % de las gestantes refirió no haber asistido a actividades de salud oral en los últimos 12 meses.

Durante las citas de control prenatal, al 57 % de las gestantes se les recomendó asistir a control odontológico como parte del plan de atención básica de la gestante. De estas, el 40,3 % asistió a consulta odontológica en los últimos 6 meses en la EPS: 77,4 %. El trimestre en que con más frecuencia fueron remitidas fue en el primero en el 33,4 % de los casos.

Los principales conocimientos encontrados en las gestantes fueron: para el 55,6 % de las participantes (n=1050), el tener una boca sana es cuidarse/limpiarse la boca. Con relación a la caries dental, para el 28,2 % la etiología, es por una mala higiene oral, seguido de un mal cepillado o no cepillarse los dientes en el 25 %. En cuanto a la inflamación de las encías, el 27,4 % no sabe que es y el 11,2 % dijo que era por la colocación de aparatos. Respecto a si la salud oral afecta a la salud general, el 89,6 % respondió que sí y el 73,7 % está de acuerdo con que la salud general afecta la salud oral. Con referencia al nivel educativo se encontró que para las gestantes que habían terminado la primaria una boca sana es cuidarse /limpiarse la boca en el 7,8 %. La etiología de caries es por un mal cepillado o no cepillarse en el 4,2 % y la inflamación de las encías es por un mal cepillado en el 4,3 % seguido de un cepillado fuerte en el 2,1 %. Al evaluar por ingresos mensuales se encontró que para aquellas gestantes que tienen ingresos <1SMLV una boca sana es no tener sangrado en el 25,1 %. La causa de la caries dental es por no cepillarse en el 12,8 % y el 13,6 % no sabe que es la inflamación de las encías.

Las prácticas en higiene bucal reportadas mostraron que el 53 % se cepilla los dientes regularmente, el 65 % lo hace 3 veces o más al día empleando crema dental: 99,9 % y no usando la seda dental: 56,5 %. El cambio del cepillo dental lo hacen entre 3 meses o menos: 65,3 % y la principal razón dada fue porque las cerdas del cepillo han perdido la forma: 65,5 %. El 50 % asiste a controles odontológicos periódicos con

predominio en el grupo que había terminado la secundaria y tiene ingresos mensuales <1SMLV.

Resultados del estudio cualitativo

Percepciones en salud bucal

En cuanto a si el aspecto de la cavidad oral ha afectado negativamente las relaciones con otras personas, la mayoría respondió que no. La percepción que tienen de su salud bucal, en dos de los casos, es regular o mala. Para una de estas gestantes, el tener una mala salud bucal es una barrera para el acceso a oportunidades laborales debido a que manifestó haber perdido un trabajo por el aspecto de sus dientes, según lo expresado:

“[...] yo creo que sí, eso es muy importante a la hora de postularse uno a ciertos tipos de empleo, donde la presentación personal influye mucho...”.

Conocimientos en salud bucal

Tener una boca sana para las participantes varía entre no tener caries, una buena higiene oral, encías sanas, no tener mal aliento y no tener problemas de oclusión. Para ellas, la caries dental es producto del consumo de dulces o la mala higiene oral como, por ejemplo: *“[....] es descuido de uno, hace uno el cepillado de afán y no le dedica el tiempo,[...], es cuestión de educación, no le inculcan a uno en la niñez ese cuidado”.*

En cuanto a la enfermedad periodontal e inflamación de las encías para las gestantes, son temas que no conocen o no tienen claridad y fue expresado por ellas, excepto en tres de los casos con educación universitaria e ingresos superiores a 2 SMLV, quienes la definieron como enrojecimiento y sangrado de las encías debido a un proceso infeccioso o cambios hormonales refiriéndose al embarazo.

Cuando se indagó si el embarazo y la salud general podrían afectar la salud oral, todas las gestantes mencionaron que la gestación tiene repercusiones en la cavidad oral que van desde sensibilidad dental, aumento en el sangrado gingival, pérdida de calcio y descalcificación de los dientes. En cuanto a si la salud general podría afectar la salud oral, todas las entrevistadas dijeron que sí y cuando se exploró por las enfermedades causales mencionaron el reflujo, la diabetes, las enfermedades gastrointestinales o en el hígado, pero no pudieron decir que tipo de daño en cavidad oral podría presentarse.

La pérdida dental y de calcio son dos creencias que siempre se manifiestan cuando se habla de embarazo. Respecto a si por cada embarazo se pierde un diente, todas dijeron que no era cierto, pero una de ellas menciona que la enfermera le había dicho que podría perder un diente por el embarazo. En cuanto a la pérdida de calcio, todas mencionaron que por su estado las suplementaban con calcio.

Prácticas en salud bucal

Respecto a la asistencia a controles odontológicos, se encontraron respuestas muy variadas: desde cada 3 meses hasta cada 2 años. El motivo de consulta reportado en su mayoría fue por encontrarse en tratamiento. Al explorar la asistencia a control odontológico durante el embarazo, 6 respondieron que sí habían asistido al menos a uno de los tres controles y les habían realizado valoración y limpieza. Respecto al plan de atención básica de la gestante y la asistencia a control odontológico, todas las gestantes manifestaron que esta información para ellas no fuera clara y se ve reflejado en la asistencia porque solamente 6 de ellas acudieron por ese motivo.

La mayoría de las gestantes manifestaron satisfacción en la atención odontológica y las razones mencionadas fueron las siguientes: atención, amabilidad, trato, no tener que

volver a consulta por el mismo motivo, la agilidad en la consecución de la cita, seguimiento y porque les explicaron los riesgos del embarazo y la salud oral.

Todas las gestantes refirieron tener el tiempo y disposición durante la jornada diaria para el cuidado de su boca, a excepción de una participante que mencionó las náuseas como un impedimento. Los momentos del día en que efectúan la higiene oral fueron muy variados, empezando al levantarse, pasando por el medio día y en la noche antes de acostarse, aunque dos de ellas mencionaron que lo hacen superficialmente debido a que no emplean la seda dental y el enjuague.

Los elementos de higiene oral que las participantes refirieron utilizar para realizar una adecuada higiene oral son el cepillo y la crema dental. La cantidad de crema que emplean varía desde el tamaño de un frijol hasta todas las cerdas del cepillo y repetir la aplicación. El uso diario de seda dental solamente fue mencionado por 15 gestantes, variando desde una sola vez hasta tres veces con predilección en la noche. El empleo de enjuague no es una práctica diaria común, su utilización es intermitente y en muchos casos no lo emplean por motivos económicos o por no saber si esto podría afectar al bebé. El cambio del cepillo dental se da porque las cerdas se abren, se caen o por cambio de color y esto ocurre entre 3 y 6 meses.

En relación con los hábitos nutricionales, todas las participantes aumentaron la frecuencia de consumo de hidratos de carbono como papa y yuca, dulces, y harinas como el pan o galletas. Este cambio de alimentación vuelve la dieta altamente cariogénica, tornando a la gestante susceptible a la aparición de caries dental y enfermedad periodontal.

Triangulación

Al emplear el protocolo de triangulación establecido se encontraron transversalmente 12 hallazgos en el estudio cualitativo y el estudio cuantitativo (Tabla 4).

Tabla 4. Hallazgos generales de la triangulación

Hallazgos	Grado de Convergencia
Ocupación	Silencio
Ingresos Mensuales del Hogar	Acuerdo
Tipo de Aseguramiento en Salud	Acuerdo
Condiciones laborales	Silencio
Salud oral y sus repercusiones a nivel personal y laboral	Acuerdo
Factores de comportamiento en salud oral	Acuerdo
Sistema de salud y programas en salud oral para la gestante	Parcialmente acuerdo
Conocimientos en salud oral	Acuerdo
Experiencias en salud oral	Acuerdo
Creencias en salud oral	Acuerdo
Actitudes en salud oral	Parcialmente acuerdo
Hábitos en salud oral	Divergencia

Fuente: elaboración propia

En general, los resultados del estudio cualitativo complementan los resultados del estudio cuantitativo. Los hallazgos del análisis de datos provenientes de la encuesta, muestran que la principal razón de no asistencia al odontólogo es por no haber sentido necesidad, seguido de miedo, nervios o pena y la lejanía del sitio de atención, predominando en las gestantes cuyos ingresos mensuales del hogar son <1 SMLV.

En cuanto a los conocimientos para las entrevistadas con menores ingresos y con un nivel educativo de primaria o secundaria tener una boca sana, es no tener mal aliento seguido de tener los dientes completos. La caries dental para este grupo, tiene un origen en el mal cepillado y la mala higiene oral. Al preguntar por la inflamación de las encías,

las gestantes refirieron no tener conocimiento. Un aspecto importante de los conocimientos es que para ellas, la salud bucal es responsabilidad de cada persona y no del Estado. Dentro de las prácticas en salud bucal, estas gestantes rutinariamente no emplean la seda dental, pero realizan el cepillado dental mínimo 2 veces al día.

Adicionalmente, estos hallazgos revelan que para las gestantes el estado de su salud bucal no ha tenido repercusiones negativas en sus relaciones interpersonales. En un bajo porcentaje refirieron haber perdido la oportunidad de empleo por el aspecto de su boca, al igual que no estar satisfechas con la atención odontológica debido a la calidad de los tratamientos. Esto converge con los resultados del estudio cualitativo en donde tres gestantes manifestaron tener una mala salud bucal y de estas una perdió el empleo o la oportunidad de empleo por la apariencia de su boca. La insatisfacción en la atención odontológica específicamente por la calidad de los tratamientos fue un tema que emergió en las entrevistas, siendo un factor importante para la asistencia a controles odontológicos.

En cuanto a la ocupación, más de la mitad de las entrevistadas se encontraba desempleada, principalmente debido a que consideraban que su condición de gestantes les impedía trabajar. En otros casos, la decisión de quedarse en casa y cuidar del hogar durante esta etapa era una preferencia de sus parejas. Esta situación anteriormente mencionada conduce a la falta de recursos económicos esenciales para adquirir alimentos de calidad, productos de higiene personal y bucal, e incluso para costear los tratamientos dentales que puedan ser necesarios.

En cuanto a la complementariedad, se encontró que el estudio cualitativo permitió encontrar mayor profundidad respecto a los hallazgos reportados en el estudio cuantitativo en los siguientes contenidos:

1) Una boca sana para las gestantes implica no únicamente cuidarse la boca, sino tener una buena higiene oral, no tener caries, encías sanas, no tener mal aliento y, no tener problemas de oclusión.

2) En cuanto a la etiología de la caries dental se encontró que para las gestantes no solamente se da como producto de una mala higiene oral o por no cepillarse los dientes, sino que la dieta altamente cariogénica también juega un papel importante en la aparición de la misma.

3) La enfermedad periodontal e inflamación de las encías son temas escasos y diversos en las gestantes; sin embargo, se pudo observar que en las gestantes que presentan un mayor nivel educativo y mayores ingresos económicos, sí se conocía algo del tema, puesto que las definieron —a las enfermedades periodontales— como el enrojecimiento y sangrado de las encías que se da como resultados de un proceso infeccioso en la cavidad bucal o como una consecuencia de los cambios hormonales que trae consigo el embarazo.

4) Con respecto a las enfermedades orales y su relación con enfermedades sistémicas se encontró que están muy ligadas al nivel educativo y a la educación recibida en salud.

5) Las creencias como pérdida dental y de calcio producto del embarazo se encontró que la pérdida dental es un mito y que para la pérdida de calcio las suplementaban con medicamentos.

6) La satisfacción en la atención odontológica es crucial para las gestantes, ya que no solo la calidad del tratamiento es importante, sino también la atención y la amabilidad del personal. Estos son aspectos clave.

7) En cuanto a si reciben información sobre la asistencia a tres controles odontológicos durante el embarazo, esta información es dada a la gestante, pero la remisión no es clara y, por ende, la asistencia es baja.

8) En cuanto a las prácticas en salud bucal, se encontró que las náuseas producto del embarazo en algunos casos son un impedimento para realizar una adecuada higiene oral. El empleo del enjuague bucal es casi nulo en esta población por diversas razones: náuseas, costos y por la creencia de que puede afectar el desarrollo del bebé.

Se encontró divergencia en los resultados de las prácticas en salud bucal, específicamente en la higiene oral y su frecuencia. En el estudio cuantitativo, el 65 % de las participantes reportó que se cepillaba 3 veces al día, a diferencia de lo encontrado en el estudio cualitativo, donde el 100 % reportó hacerlo 3 veces al día o más, a excepción de los momentos donde las náuseas se los impide.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio transversal indican que tener ingresos mensuales en el hogar bajos —1 o menos SMLV— afecta de forma negativa la asistencia a controles periódicos odontológicos, y al uso de elementos de higiene oral. El nivel educativo influye de forma positiva en los conocimientos, prácticas y acceso a los servicios odontológicos; el haber terminado el bachillerato (12 años o más de estudio) favorece la salud oral de las gestantes.

Se encontró una confirmación de los hallazgos del estudio cuantitativo, cuando en el cualitativo se evidenció que tener bajos ingresos mensuales del hogar lleva a que no asistan a controles periódicos, no tengan acceso a elementos de higiene oral y alimentos de alta calidad nutricional. Por otro lado, la región de residencia, así como estar o no ocupadas laboralmente, influyen en estos ingresos, siendo más favorables en aquellas que

viven en ciudad y especialmente en la capital. El nivel educativo también juega un papel clave en las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal. En la medida que la gestante tenga más conocimientos estará en la capacidad de poder entender la importancia de asistir a controles médicos y odontológicos periódicos, pedir orientación, saber que es una alimentación balanceada, tener buenas prácticas en higiene oral y estará en la capacidad de transmitir esas prácticas a sus hijos.

En Colombia, en 2021 se encontró que el desempleo de la gestante y por ende los ingresos del hogar vulneran la salud bucal de la mujer debido a que el aseguramiento y oportunidad de atención se relacionan directamente con el empleo (18,27). Los ingresos mensuales del hogar se han asociado con la presencia de periodontitis, siendo esta más frecuente en las gestantes que tienen bajos ingresos mensuales del hogar (19,28). Adicionalmente, se ha encontrado que aquellas gestantes que tienen ingresos mensuales altos en el hogar, tienen mejores conocimientos sobre prácticas adecuadas en salud bucal como el uso de la seda dental para la prevención de enfermedades periodontales (20,29).

En Brasil, en 2016 (21,30) se encontró que los ingresos mensuales del hogar no se encontraban asociados con peores condiciones de salud bucal (caries dental). En China obtuvieron resultados similares a los observados en Brasil, en donde no encontraron asociación entre los ingresos mensuales del hogar y las condiciones de salud bucal (22,31). En contrariedad con los anteriores estudios, en el 2015 en Brasil se llevó a cabo una investigación en la que se encontró que los bajos ingresos del hogar se encontraban asociados con la ocurrencia de dolor dental. En Australia, en 2018 (24,32) encontraron en las gestantes con bajos ingresos del hogar mayor riesgo de tener una pobre salud bucal, ser obesas e ir al odontólogo por dolor dental en comparación de aquellas gestantes con mejores ingresos mensuales en el hogar.

La educación es otro determinante de la salud bucal que se ha encontrado presente en las gestantes. En Grecia, en 2007 (7,11) encontraron una asociación entre la frecuencia de gingivitis y un nivel educativo bajo. En Australia en 2008 (20,29) encontraron una relación entre menor nivel educativo y menores prácticas en higiene oral, resultados similares fueron encontrados en Emiratos Árabes en 2012 (25,33) donde hallaron que tener un mejor nivel educativo se relacionaba con mejores prácticas en salud bucal, mejor salud gingival y no presentar caries dental. En USA, en 2015 (3,26) en las gestantes con mayores niveles educativos (título universitario) presentaron menores porcentajes de sangrado al sondaje y menores caries sin tratar. En Malasia (27,34), Palestina (28,35) y Sudan (29,36) encontraron que, a mayor nivel educativo, menor riesgo de tener caries dental no tratada en las gestantes, menor índice COP (cariados, obturados y perdidos) y mayores y mejores conocimientos y prácticas en salud oral. Esto muestra que tener menor nivel educativo podría influir en la aparición de enfermedades periodontales y caries dental en las gestantes.

Como fortaleza de este estudio, se puede afirmar que el uso de la triangulación permitió obtener un mayor entendimiento acerca de las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes en el grupo seleccionado por medio del estudio cualitativo y confirmó aspectos obtenidos sobre los determinantes de la salud bucal en el estudio cuantitativo. El emplear este enfoque utilizando varias fuentes de información benefició los resultados del estudio porque se obtuvo un panorama mucho más amplio de la situación actual de las gestantes y su salud bucal en nuestro país. Como limitaciones de este estudio se identifican el que las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas de forma virtual, lo que impidió poder observar el lenguaje no verbal, los sesgos inherentes al no poder incluir gestantes de todas las regiones de Colombia y a aquellas que no quisieron participar por motivos personales.

En conclusión, entre los determinantes sociales de la salud bucal de las gestantes que fueron identificados con relación a aquellos estructurales, se encuentran el nivel educativo y los ingresos mensuales del hogar. Estos van a influir en los determinantes intermediarios entre los que se encuentran el tiempo para el cuidado de la boca durante y después de la jornada laboral, la oportunidad de conseguir empleo por la condición de salud bucal, la remisión durante los controles prenatales a odontología. El nivel educativo impacta en los conocimientos que tienen las gestantes sobre temas como las enfermedades orales y su relación con la salud general, las prácticas como el uso de enjuagues orales y su seguridad en esta etapa, el tener una adecuada alimentación durante el embarazo, y el motivo de consulta odontológica. En cuanto a los ingresos mensuales, se encontró que aquellas gestantes con recursos limitados no pueden acceder a los servicios odontológicos, a la compra de elementos de higiene bucal y a alimentos de calidad. Estos afectan de forma errónea los determinantes individuales, como las percepciones, conocimientos y prácticas en salud bucal de cada gestante, favoreciendo a que se aumente el riesgo individual para el desarrollo de enfermedades bucales comunes como son la caries dental y las enfermedades periodontales.

REFERENCIAS

1. Hu W, Wang Y, Chen R, Pan T. Oral Health Status and Literacy/Knowledge Amongst Pregnant Women in Shanghai. *Int Dent J* [Internet]. 2023;73(2):212-218. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2022.06.005>
2. Wu B, Hybels C, Liang J, Landerman L, Plassman B. Social stratification and tooth loss among middle-aged and older Americans from 1988 to 2004. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2014 Dec;42(6):495–502.

<https://doi.org/10.1111/cdoe.12116>

3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1
4. Vettore MV, Aqeeli A. The roles of contextual and individual social determinants of oral health-related quality of life in Brazilian adults. Qual Life Res [Internet]. 2016 Apr 5;25:1029–42. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1118-0>
5. Alfaro-Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Sal Jal [Internet]. 2014;1(1):36–46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78999>
6. Ajimen OS, Yakubu AV. Factors Influencing the Oral Hygiene Practices of Pregnant Women Attending Public Secondary health facilities in Benin City, Nigeria. Pakistan oral and dental journal [Internet]. 2015;35(4):635–40. Available from: https://podj.com.pk/archive/Dec_2015/PODJ-19.pdf
7. Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Theodoridis T, et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2007 Jan;86(8):938–44. <https://doi.org/10.1080/00016340701371413>

8. Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. BMC Public Health [Internet]. 2010 Dec 18;10(75):1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-75>
9. Sharif S, Saddki N, Yusoff A. Knowledge and Attitude of Medical Nurses toward Oral Health and Oral Health Care of Pregnant Women. Malays J Med Sci [Internet]. 2016;23(1):63–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4975590/>
10. Hoerler SB, Jenkins S, Assad D. Evaluating Oral Health in Pregnant Women: Knowledge, attitudes and practices of health professionals. J Dent Hyg [Internet]. 2019;93(1):16–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819842/>
11. Al Khamis S, Asimakopoulou K, Newton JT, Daly B. Oral Health Knowledge, Attitudes, and Perceptions of Pregnant Kuwaiti Women: A Qualitative Study. JDR Clin Trans Res [Internet]. 2016;1(3):211–217. <https://doi.org/10.1177/2380084416665075>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional en Salud Bucal. Situación en Salud Bucal [Internet]. Bogotá DC: MINSALUD; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENS-AB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>

13. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria No 1751 de 2015 [Internet]. Colombia: Congreso de Colombia; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>
14. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Analysing and presenting qualitative data. Br Dent J [Internet]. 2008 Apr 26;204(8):429–432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>
15. Martínez-Pérez M. Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. Rev Med Electrón [Internet]. 2009;31(6):1-7. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n6/spu14609.pdf>
16. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. Int J Qual Methods [Internet]. 2006 Mar 29;5(1):80–92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
17. Farmer T, Robinson K, Elliott SJ, Eyles J. Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. Qual Health Res [Internet]. 2006;16(3):377–394. <https://doi.org/10.1177/1049732305285708>
18. de la Roche V, Franco-Cortés AM, Cornejo-Ovalle MA, Espinoza IL, Gallego-Gómez CL, Fajreldin-Chuaqui V, et al. Procesos de determinación del derecho a

- la salud bucal de mujeres en post-parto y sus hijos. Bucaramanga y Medellín (Colombia), Santiago (Chile), 2017. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. 2021 Jul 15;20:1–25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pdds>
19. Trenhago-Missio AL, Foratori-Junior GA, Jesuino BG, Máscoli L da S, Fusco N dos S, Caracho RA, et al. Periodontal disease during pregnancy: assessment of determinants of health and quality of life in pregnant women with periodontitis. Res Soc Dev [Internet]. 2021 Aug 8;10(10):e204101018779. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18779>
 20. Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2008 Dec 21;8(13):1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-13>
 21. Moimaz SA, Rocha NB, Garbin AJ, Garbin CA, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. Acta Odontol Latinoam [Internet]. 2016 Sep;29(2):186–193. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27731489>
 22. Lu HX, Xu W, Wong MCM, Wei T-Y, Feng X-P. Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2015 Dec 28;13(67):1-14. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0267-8>
 23. Krüger MSM, Lang CA, Almeida LHS, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen

- FG. Dental Pain and Associated Factors Among Pregnant Women: An Observational Study. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 Mar 4;19(3):504–510. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1531-y>
24. Ha DH, Spencer AJ, Thomson WM, Scott JA, Do LG. Commonality of Risk Factors for Mothers' Poor Oral Health and General Health: Baseline Analysis of a Population-Based Birth Cohort Study. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018 Apr 2;22(4):617–625. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2431-3>
25. Hashim R. Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2012 May;10(2):142–146. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2011.00531.x>
26. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2014 Apr;42(2):151–159. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12075>
27. Sari EY, Saddki N, Yusoff A. Association between Perceived Oral Symptoms and Presence of Clinically Diagnosed Oral Diseases in a Sample of Pregnant Women in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(19):7337. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197337>
28. Kateeb E, Momany E. Dental caries experience and associated risk indicators

among Palestinian pregnant women in the Jerusalem area: a cross-sectional study.

BMC Oral Health [Internet]. 2018 Dec 22;18(170):1-8.

<https://doi.org/10.1186/s12903-018-0628-x>

29. Mwangosi IEAT, Kiango MM. Oral health experience during pregnancy and dental service utilization in Bariadi District, Tanzania. *Tanzan J Health Res* [Internet]. 2012 May 24;14(2):1-7. <http://dx.doi.org/10.4314/thrb.v14i2.8>

EDICIÓN PRELIMINAR