

Estrategia educativa de salud bucal para mujeres embarazadas

Oral health educative strategy for pregnant women

Yudmila Arbelo-Yeras
yarbelo@nauta.cu
Olga Josefa García-Duarte
olga@psmoron.cav.sld.cu
Yamilé Alba-Lago
mapa70@nauta.cu
Clínica Estomatológica Municipal Norte Morón, Cuba.

Resumen

Se realizó un estudio de intervención educativa, con diseño pre-experimental de un solo grupo (antes-después) en 84 embarazadas del Policlínico Comunitario Norte de Morón, en el período comprendido entre agosto y diciembre del 2016, con el objetivo de mejorar el nivel de conocimiento sobre temas de salud bucodental y su higiene bucal. Se aplicó una encuesta antes de la intervención para detectar las necesidades de aprendizaje y se elaboró una estrategia de intervención educativa. Luego se realizó una encuesta y se comparó con la obtenida antes de la intervención; se corrobora el incremento de conocimientos sobre salud bucal en las gestantes y de actitudes y prácticas favorables a su higiene bucal.

Palabras clave: conocimiento, embarazadas, higiene bucal, intervención educativa, salud bucal

Abstract

A study of the educative intervention was made, with a pre-experimental design to a group of 84 pregnant women of the North Community Polyclinic in Morón, in the period between August and December of 2016. The purpose of this study was to improve the level of knowledge about oral hygiene. An inquiry was applied before the intervention to detect the needs of apprenticeships and the strategy of educative intervention was elaborated. Later, another inquiry was applied to compare with the previous one before intervention, getting good results: The level of knowledge about oral health in the pregnant women was increased and the oral hygiene improved.

Key words: educative intervention, pregnant women, knowledge, oral hygiene, oral health

Introducción

El artículo pretende exponer los resultados de un estudio de intervención educativa denominado “por un nuevo amanecer”, realizado con embarazadas en el Policlínico Comunitario Norte del Municipio Morón, provincia Ciego de Ávila; el estudio comprende la determinación del nivel de conocimientos de las embarazadas sobre salud buco-dental, la evaluación de su higiene bucal, así como el diseño e implementación de acciones educativas para lograr la incorporación y transformación de nuevos hábitos alimenticios, conocimientos conductas y prácticas de buen cepillado en la prevención de enfermedades bucales.

En estudios realizados por González & Montero (2013); Sosa & De la Peña (2011); Moreira, Rocha, Barbosa, Pinto, Leonelli & Gonçalves (2010); Boggess, Urlabub, Moos, Polinkovsky, El-Khorazaty & Lorenz (2011) y Hilton (2010), demostraron que la concepción del sujeto como ser bio-psico-social, así como la comprensión del proceso salud-enfermedad como resultado de la interrelación de los factores biológicos y sociales, son pilares sobre los cuales el Sistema Nacional de Salud ha definido su estrategia de trabajo con la realización de varios programas básicos de atención, dentro de los cuales se incluye el Programa de Atención a la mujer embarazada, realizándose acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud, con el objetivo de lograr salud para la madre y el niño.

Cárdenas & Ross (2010) y Marrero (2004) encontraron que las mujeres embarazadas constituyen un grupo priorizado en la atención estomatológica porque durante el estado de gestación se producen cambios en los tejidos orales y en su conducta que convierten a la mujer en una persona susceptible a padecer enfermedades bucales. La población tiene mitos y creencias que dan respuestas a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Existe una asociación errónea entre gestación, incremento de caries y pérdida de dientes. Muchos pacientes expresan: “con cada niño se pierde un diente”; cambiar este concepto constituye un reto para el estomatólogo y el equipo de salud. Existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y realizando programas permanentes de educación para la salud y estimulando el autocuidado en la embarazada.

El estudio de intervención educativa se realizó con diseño pre-experimental de un solo grupo (antes y después), para mejorar el nivel de conocimientos sobre temas de salud bucal y la higiene

bucal en un grupo de 84 embarazadas que se encontraban en el primer trimestre de embarazo al comenzar el estudio desarrollado en el período comprendido entre agosto y diciembre del 2016, previa coordinación con la dirección del Policlínico, médicos y enfermeras de la familia.

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta, avalada por criterios de expertos y confeccionada para la identificación de las necesidades educativas del grupo de población seleccionada, la encuesta tuvo como objetivo indagar en el conocimiento sobre las enfermedades de los dientes y las encías, las creencias de las embarazadas sobre la salud bucal de las gestantes, los tipos de alimentos que favorecen o no la formación de caries dentales y sus prácticas de higiene bucal. Esta encuesta se realizó a las embarazadas en dos momentos: antes y después de la investigación. Además se confeccionó una clave de respuestas. La escala que se tuvo en cuenta para evaluar la encuesta y diagnosticar el nivel de conocimientos fue: Bien: de 11 a 8 respuestas correctas; Regular: de 7 a 4 respuestas correctas y Mal: de 3 a 0 respuestas correctas.

A través del control de placa dentobacteriana se determinó la higiene bucal de las embarazadas, calculándose el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love, et al. (2014). El control de placa dentobacteriana se realizó con una frecuencia quincenal. Los indicadores fueron:

1. Evaluación obtenida por las embarazadas en la aplicación de la encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal.
2. Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y Colaboradores para determinar la eficiencia del cepillado bucal, utilizándose la ficha recomendada.

El porcentaje final se determinó contando las superficies que tenían placa dentobacteriana (teñidas) y se dividió este número entre la cantidad total de superficies presentes en la boca y se multiplicó por 100. La evaluación de la higiene bucal se hizo según la escala de valores establecidos: Higiene Bucal buena: de 0 – 20% de superficies teñidas; Higiene Bucal regular: de 21 – 50% de superficies teñidas e Higiene Bucal deficiente: de 51 – 100% de superficies teñidas.

Desarrollo

Marco teórico referencial

En estudios realizados por Boggess, Uralub, Moos, Polinkovsky, El-Khorazaty & Lorenz (2011) y Hilton (2010) demostraron que las mujeres embarazadas constituyen un grupo priorizado a tratar dentro del programa de atención estomatológica integral, porque durante el embarazo

existen condiciones bucales ideales para mayor actividad cariosa. En este sentido prevalece la creencia de que la caries dental se produce porque el calcio de los dientes es extraído por el feto; sin embargo, estudios realizados demuestran que a diferencia del esqueleto en el embarazo no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida; gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con los de la saliva y no por disminución de calcio. Se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, a pesar de que los requerimientos de este elemento están aumentados un 33% en comparación con mujeres no gestantes. Durante el período de gestación la composición salival se ve alterada, disminuye el *ph* salival y la capacidad buffer; también se afecta la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal favorable para el desarrollo de la caries dental.

Cárdenas (2010); Marrero, López, Castells & Ribacoba (2004) y Rodríguez (2002), plantearon que como todo proceso salud-enfermedad, lo biológico no puede aislarse de lo social. Esta etapa también puede producir cambios en los modos y estilos de vida. Los cambios en los hábitos alimentarios son evidentes, la dieta cariogénica en alta frecuencia comienza a tener un papel principal en relación con los restantes alimentos, lo que constituye el sustrato para la bacteria. Unido a todo esto se presenta la deficiencia del cepillado por dos motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y porque la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado. Con todos estos factores interactuando entre sí la mujer embarazada no debe descuidar la higiene bucal porque la caries dental puede lograr establecerse y llegar a producir en algunos casos la mortalidad dentaria.

Martínez, Llanes, Gou, Bouza & Díaz (2013) y Yero, García, Reytor & Nazco (2012) descubrieron que los cambios más frecuentes y marcados en la mujer embarazada radican sobre el tejido gingival. La gingivitis del embarazo se caracteriza por una encía aumentada de tamaño, de color rojo brillante a rojo azulado y que sangra con facilidad; también el granuloma del embarazo es otra alteración del tejido gingival ante la presencia de irritantes locales.

A pesar de todos estos cambios vasculares, la placa dentobacteriana continúa siendo el factor etiológico fundamental en la génesis de la gingivitis, presentándose cambios microbianos en su composición fundamentalmente en la placa sublingual asociados con el incremento de hormonas,

según plantearon Carolina, Valsecki, Rocha, Lopez & Pereira (2011) y Nápoles, Moráquez, Cano & Montes de Oca (2012).

Es importante que la mujer embarazada mantenga una buena higiene bucal para evitar la enfermedad periodontal, la cual está surgiendo como factor de riesgo en relación con el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. Se considera que las infecciones maternas (entre ellas las alteraciones bacteriológicas periodontales), producen una perturbación en la gestación regulada por hormonas, lo que provoca la ruptura prematura de las membranas. Se ha indicado que la enfermedad periodontal puede ser un riesgo independiente para el bajo peso al nacer, debido a la traslocación de microorganismos periodontales patógenos a la unidad placentaria y la acción de un depósito periodontal de lipopolisacáridos impulsor de mediadores inflamatorios.

Todas las mujeres en estado de gestación son propensas a padecer cambios en su organismo, pero no quiere decir que en todas se manifiesten las alteraciones antes descritas. Un buen control del cepillado para eliminar la placa dentobacteriana con sus integrantes bacterianos y restos de alimentos, conjuntamente con un creciente cuidado de la higiene bucal, dieta cariogénica y el examen periódico contribuye a disminuir o controlar estas alteraciones. A pesar que se recomienda la atención estomatológica en la embarazada desde el mismo comienzo del embarazo, en muchos casos se observa la visita al estomatólogo cuando se han producido ya serios daños bucales.

González & Montero (2013) constataron que las acciones de promoción de salud no son recientes, a nivel mundial varios autores de una manera u otra mencionan su realización desde siglos atrás, en los últimos 20 años se han revitalizados estos conceptos. La promoción de salud quedó conceptualizada el 21 de noviembre de 1986 en la Primera Conferencia Internacional celebrada en Ottawa, como las acciones capaces de proporcionar a los pueblos medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

La educación para la salud como estrategia en la promoción de salud se ha constituido como una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y conducta, que parte de la detección de sus necesidades e intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad. El trabajo enfocado desde la educación para la salud adquiere dimensiones importantes en este grupo (embarazadas)

en particular, por lo que es necesaria la elaboración de estrategias educativas que sean aceptadas por la comunidad, sin esta condición la educación carece de sentido. La educación para la salud es el acto concreto de elevar el conocimiento de las personas de la comunidad y abrir el campo de elección para que pueda elegir lo más conveniente para su salud.

Resultados de la encuesta de conocimientos y de la evaluación de la higiene bucal

En la tabla 1 se distribuyeron las embarazadas objeto de estudio con la evaluación general del cuestionario; de 84 gestantes encuestadas antes de aplicar la intervención el 76,19% obtuvo evaluación de mal, seguido de un 14,29% con regular. Existía gran desconocimiento en las embarazadas sobre temas de salud bucal, coincidiendo con un estudio sobre el tema realizado en Camagüey de Marrero, López, Castells & Ribacoba (2004). Estos resultados también son similares a los encontrados por Rodríguez (2002) en una investigación realizada en Lima, Perú, donde el 50% de las gestantes tenían un mal conocimiento sobre salud bucal.

Tabla 1: Distribución de las embarazadas según evaluación inicial del cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal. Fuente: Elaboración propia.

Escala de Calificación	Antes	
	No	%
Bien	8	9.52
Regular	12	14.29
Mal	64	76.19
Total	84	100

$P=0.00003$ $\alpha = 0.05$, $p < \alpha$ (Estadísticamente significativo con un 95 % de confiabilidad)

En la tabla 2 se distribuyeron las embarazadas según la evaluación de la higiene bucal. Debemos destacar que al comienzo del estudio el 58,33% de las gestantes tenían una higiene bucal deficiente. Estos resultados se correspondieron con estudios realizados en otros grupos de embarazadas tanto nacional como internacionalmente como son: Dobarganes, Lima, López, Pérez & González (2011), Ozen, Ozer, Başak, Altun & Açýkel (2012) y Gómez & Macías (2015).

Tabla 2: Distribución de las embarazadas según evaluación inicial de la higiene bucal. Fuente: Elaboración propia.

Evaluación	Antes	
	No	%
Buena	10	11.90
Regular	25	29.76
Deficiente	49	58.33
Total	84	100

$P = 0.0001$ $\alpha = 0.05$, $p < \alpha$ (Estadísticamente significativo con un 95 % de confiabilidad)

Debemos destacar que antes de realizar el estudio el 23,81% de las encuestadas no conocían sobre dieta criogénica y el 58,33% consideró a los dulces y caramelos como alimentos que pueden contribuir a la formación de caries dental. Al analizar los horarios en que las embarazadas consumían dulces y caramelos, encontramos que antes de la investigación el 95,24% de las encuestadas lo consumían entre las comidas. Estos resultados indicaban la necesidad de hacer reflexionar a las embarazadas en cuanto a los horarios de consumir estos alimentos, para lo cual desarrollamos técnicas persuasivas capaces de modificar actitudes para la práctica de conductas adecuadas hacia la salud bucal. Antes de realizar el estudio de intervención el 52,38% de las gestantes consideraban importantes las enfermedades de las encías; al final de la investigación se logró que el 100% de las encuestadas las considerara importantes. Se debe destacar que ninguna embarazada consideró el hábito de fumar como factor de riesgo de la enfermedad periodontal, por lo cual fue necesario que conocieran los efectos nocivos del hábito sobre los tejidos bucales y aumentar el grado de responsabilidad con su salud.

Al analizar el cepillado bucal en las gestantes se observó antes de la intervención educativa que el 90,57% se cepillaba la boca solamente al levantarse. El 69,05% de las embarazadas no tenían conocimientos sobre los cuidados bucales del bebé y un 30,95% de ellas consideraban correcto enseñar al bebé el uso del biberón y el chupete.

El 23,81% de las embarazadas al inicio de la investigación no conocían con qué frecuencia debían visitar al estomatólogo. La mayoría de las gestantes le atribuían al embarazo un efecto nocivo e inevitable en la dentadura. Esto indicaba la necesidad del trabajo en conjunto y de establecer un buen canal de comunicación entre el estomatólogo y el médico de la familia (control prenatal); ya que en general se ignoraba la importancia del control estomatológico durante el embarazo.

Una vez diagnosticadas las necesidades de aprendizaje se confeccionó y puso en práctica la estrategia de intervención; la cual incluyó actividades educativas, afectivas participativas y demostrativas con la utilización de diferentes medios de enseñanza, validado por expertos.

Estrategia de intervención educativa Por un nuevo amanecer

- 1.- Identificación de las necesidades educativas de la población seleccionada
- 2.- Control quincenal de la placa dentobacteriana
- 3.- Diseño e implementación de las acciones educativas

3.1 Tema 1: Principales enfermedades bucales y su repercusión en la embarazada

Contenido	Objetivo	Preguntas de comprobación	Tiempo	Forma
Caries dental. Dieta cariogénica. Periodontopatías. Factores de riesgo y prevención de estas enfermedades.	Explicar las principales enfermedades bucales y los factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar las enfermedades bucales: Caries dental y Periodontopatías • Cuáles son los factores de riesgo de estas enfermedades. • Cómo prevenir estas enfermedades bucales. 	100 m	Conferencia

3.2 Tema 2: Higiene bucal en la embarazada

Cepillado gingivodentario. Objetivos y frecuencia del	Demostrar la técnica del cepillado gingivodentario y	<ul style="list-style-type: none"> • Mencione el objetivo del cepillado gingivodentario. • Cuántas veces al día 	100 m	Clase taller. Técnicas afectivo-participativas ¹
--	--	---	-------	--

¹ Se usan para que las personas participen, para animar, desinhibir o integrar el grupo, hacer más sencillos y comprensibles los temas a tratar. Recogen lo objetivo y subjetivo de la práctica, permiten la reflexión educativa. Es el estímulo que propicia la participación para la generación de conocimientos.

cepillado. Uso de los medios auxiliares del cepillado. Importancia de una correcta higiene bucal.	el uso adecuado de los medios auxiliares del mismo.	debe realizarse el cepillado. <ul style="list-style-type: none"> • Demuestre la forma en que debe realizarse. • Mencione los medios auxiliares del cepillado. • Explique la importancia que le confiere a una correcta higiene bucal.
---	---	--

3.3 Tema 3: Cuidados bucales en el bebé

Higiene bucal en el niño menor de un año. Consecuencias del uso del biberón y el chupete en el niño menor de un año. Importancia del uso del jarrito en el menor de un año.	Explicar los cuidados bucales en el bebé.	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo debe la mamá mantener una correcta higiene bucal en el niño. • Qué consecuencias puede traer para el niño el uso del biberón y el chupete. • Qué importancia usted le confiere al uso del jarrito en el niño. 	60 m	Clase taller. Dinámica de grupo ²
---	---	--	------	---

3.4 Tema 4: Confección de un mural Salud bucal para todos

Prevención de enfermedades bucales en las embarazadas	Integrar todos los conocimientos adquiridos	Cartulina, lápices de colores, tijera, regla.	60 m	Dinámica de grupo
---	---	---	------	-------------------

4.- Análisis de resultados de la evaluación final

Resultados posteriores a la aplicación de la estrategia

Luego de realizar la estrategia de intervención educativa en salud bucal se obtuvieron resultados diferentes a los descritos anteriormente; el 69,05% de las encuestadas fueron evaluadas de bien y no hubo embarazada evaluada de mal. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) antes y después de la intervención.

² Consiste en analizar y discutir colectivamente un tema o problema con el objetivo de crear o modificar actividades y propiciar la toma de conciencia sobre un tema específico.

Tabla 3: Distribución de las embarazadas según evaluación final del cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal. Fuente: Elaboración propia.

Escala de Calificación	Después	
	No	%
Bien	58	69.05
Regular	26	30.95
Mal	0	0
Total	84	100

$P=0.00003$ $\alpha = 0.05$, $p < \alpha$ (Estadísticamente significativo con un 95 % de confiabilidad)

Los resultados indican la efectividad que genera ensayar instrumentos de comunicación social que desarrollen la motivación y el trabajo en equipos, y potencialice los recursos disponibles. Esto fue posible mediante una tarea educativa capaz de transmitir conocimientos, iniciar, orientar y organizar los procesos que han de proveer experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en las actitudes y prácticas del individuo y la comunidad respecto a su salud bucal. En nuestro país se han observado resultados alentadores con la aplicación de estrategias educativas para la salud bucal.

Luego de realizar las actividades educativas, donde insistimos en el conocimiento de la dieta cariogénica y explicamos sus efectos para la salud bucal, se logró incrementar el número de embarazadas con conocimientos sobre dieta criogénica (89,29%). Al finalizar la estrategia educativa se logró disminuir el porciento de gestantes que consumían dieta cariogénica. Después de realizada la estrategia educativa todas las embarazadas conocían cómo prevenir las enfermedades de las encías.

En cuanto a la forma del cepillado se elevó a un 89,29% las embarazadas que se cepillaban correctamente (de la encía al diente y circularmente en las caras oclusales). Estos resultados se lograron con la práctica de técnicas educativas, demostrativas y participativas para estimular en las gestantes la práctica del autocuidado. Luego de realizar la estrategia educativa se logró que el 90,57% de las gestantes conocieran que limpiar la boca de su bebé con agua hervida desde su

nacimiento es uno de los cuidados a tener en cuenta para la salud bucal del bebé. Además un 76,19% consideró que enseñar al niño a usar el jarrito forma parte de estos cuidados para evitar trastornos en las estructuras bucales en formación. Al finalizar la intervención educativa el 95,24% de las embarazadas conocían con qué frecuencia debían visitar el estomatólogo.

Después de realizar varios controles de placa dentobacteriana y la realización de charlas educativas, demostraciones del cepillado correcto, se logró que el 89,29% de las gestantes tuvieran una buena higiene bucal. Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención ($p < 0,05$).

Tabla 4: Distribución de las embarazadas según evaluación final de la higiene bucal. Fuente: Elaboración propia.

Evaluación	Después	
	No	%
Buena	75	89,29
Regular	9	10,71
Deficiente	0	0
Total	84	100

$P = 0.0001$ $\alpha = 0.05$, $p < \alpha$ (Estadísticamente significativo con un 95 % de confiabilidad)

Conclusiones

Los resultados de la investigación revelan a los estomatólogos un cambio del paradigma de profesión; al permitir una comunicación fluida y directa en la realización de trabajos de promoción y educación para la salud bucal en la comunidad. Se recomienda la aplicación en las restantes áreas de salud del municipio, del programa educativo para mejorar la salud bucal de las embarazadas, toda vez que ha sido posible comprobar que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las embarazadas se incrementó al finalizar el estudio y se logró mejorar su higiene bucal.

Referencias bibliográficas

- Boggess, K. A., Uralabub, D.M., Moos, M.K., Polinkovsky, M., El-Khorazaty, J. & Lorenz, C. (2011). Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *The Journal of the American Dental Association*. 142(11), 1275–1282
- Cárdenas, L. M. & Ross, D. D. (2010) Effects of an oral health education program for pregnant women. *J Tenn Dent Assoc*. 90(2) 23-6;-7
- Carolina, T., Valsecki, A., Rocha S., Lopez, F, Pereira, T. E. (2011). Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. *Revista Cubana de Estomatología*. 48(4), 341-351.
- Dobarganes, A. M., Lima, M., López, N., Pérez, R. A. & González, L. (2011) Intervención educativa en salud bucal para gestantes. *Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey*. 15(3), 528-41.
- Gómez, Y., Macías, L. (2015). Salud Bucal en un grupo de Embarazadas. Área Sur. Sancti Spíritus. 2014. *Gaceta Médica Espirituana*. 17(3), 10-19.
- González, G. & Montero, M. E. (2013). *Estomatología General Integral*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hilton, I. (2010). Application of the perinatal oral health guidelines in clinical practice. *CDA Journal*. 38(9), 673-679.
- Love et al. (2014). *Índice de Higiene Bucal*. Consultado el 16 de enero de 2016 desde: <http://estsocial.sld.cu/pages/publicaciones.html>
- Marrero, A., López, E., Castells, S. & Ribacoba, E. (2004). Diagnóstico Educativo en salud bucal para gestantes. *Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey*. 8 (1), 52-64.
- Martínez, J., Llanes, E., Gou, A., Bouza, M. & Díaz, O. (2013). Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año. *Revista Cubana de Estomatoogía*. 50 (3), 32-40.
- Nápoles, D., Moráguez, G., Cano García, V. M. & Montes de Oca García, A. (2012) Estado de salud periodontal en embarazadas. *Medisan*. 16 (3), 333-340.

- Ozen, B., Ozer, L., Bapak, F., Altun, C. & Açýkel, C. (2012). Turkish Women's Self-Reported Knowledge and Behavior towards Oral Health during Pregnancy. *Medical Principles and Practice*. 21(4), 318-22. DOI: 10.1159/000334635
- Moreira, D., Rocha, D., Barbosa, H. M., Pinto, M. C., Leonelli, M. E. & Gonçalves, M. (2010). Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period. *Ciênc. saúde coletiva*. 15 (1), 269-276.
- Rodríguez, M. C. (2002). *Nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucales gestantes del Hospital Daniel A Carrión*. Tesis. Lima: Universidad. Disponible en: http://wwwsibib.unmsm.edu.pe/Bivirtual/tesis/salud/rodríguez_v_M/Cap4
- Sosa, M. & de la Peña, M. (2011). *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Yero, I. M., García Rodríguez, M., Reytor Saavedra, E. & Nazco Barrios, L. (2013). Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. Consultorio La California. 2012. *Gaceta Médica Espirituana*. 15(1), 20-29.