

## CALIDAD DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD ORAL EN EMBARAZADAS CHILENAS E INMIGRANTES PERUANAS

Clara Misrachi<sup>1,a,b</sup>, Matías Ríos<sup>1,c</sup>, Iván Morales<sup>1,a</sup>, Juan Pablo Urzúa<sup>1,a</sup>, Pilar Barahona<sup>1,a</sup>

### RESUMEN

**Objetivo.** Comparar la condición de salud bucal con calidad de vida en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas, en una Comuna de Santiago de Chile, con alta concentración de población peruana. **Materiales y métodos.** Se llevó a cabo un estudio analítico y transversal en una muestra de 58 mujeres chilenas y 50 inmigrantes peruanas en control de embarazo. Se midió la condición de salud oral aplicando los índices COPD, higiene oral (IHO) y gingival (IG) y la Calidad de Vida en Salud Oral mediante el cuestionario OHIP sp, validado en Chile. Se utilizó la prueba t de Student para diferencias en condición de salud oral y en calidad de vida y la prueba r de Pearson para asociaciones entre variables clínicas y calidad de vida ( $p < 0,05$ ). **Resultados.** El COPD fue 10,22, sin diferencias significativas entre ambos grupos, con más piezas perdidas en peruanas ( $p < 0,05$ ) y más obturadas en chilenas ( $p < 0,05$ ). Los índices (IHO) e (IG) son mejores en chilenas ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencias significativas en la percepción de calidad de vida en salud oral. Alrededor del 33% considera mala su calidad de vida oral. Aproximadamente 60% percibe que los problemas bucodentales le han acarreado incapacidad social y desventajas. Hay correlación significativa y directa sólo del OHIP-sp con el COPD ( $\rho = 0,358$ ;  $p < 0,05$ ) en chilenas. **Conclusión.** A pesar de su mala condición de salud bucal ninguno de los dos grupos percibe gran influencia en su calidad de vida, mostrando la necesidad del diagnóstico de los determinantes de conductas en salud oral previa a cualquier acción educativa.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Salud bucal; Caries dental; Emigrantes e inmigrantes (fuente: DeCS BIREME).

## ORAL HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE IN PREGNANT CHILEAN AND PERUVIAN IMMIGRANTS WOMEN

### ABSTRACT

**Objective.** Compare the Oral Health status and related quality of life in pregnant Chilean and Peruvian immigrant women, in a Chilean district of high Peruvian concentration. **Material and methods.** An analytical transversal study was carried out on a sample of 58 Chilean and 50 Peruvian immigrant women under pregnancy control. Their oral health status was measured applying the Caries (DMF), Oral Hygiene (OHI), and the Gingival (GI) indexes, and the Quality of Life using the Chilean validated version of the OHIPsp questionnaire. Student t and Pearson r tests were used to assess differences in Oral Health status and association between clinical variables and Quality of Life ( $p < 0.05$ ). **Results.** A DMF of 10,2 was found without significant differences between groups, with more missing teeth in the Peruvian group ( $P < 0.05$ ) and more filled ones Chilean ( $P < 0.05$ ). Both the (OHI) and the (GI) indexes were better in the Chilean group ( $P < 0.05$ ). The Quality of Life Perception showed no significant differences between groups. Approximately 30% perceived a bad Quality of Life related to Oral Health, about 60% perceived that their dental problems had caused them social disabilities and handicap. Correlation of the OHIP sp and the clinical indexes showed significant and direct only with the Chilean DMF ( $\rho = 0.358$ ;  $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Regardless of their poor oral health status both groups did not perceive a great influence on their Quality of Life, pointing out the necessity of diagnosing the oral health behaviors determinants before implementing any health education action.

**Key words:** Quality of life; Oral Health; Dental caries; Emigrants and immigrants (source: MeSH NLM).

### INTRODUCCIÓN

En Chile, durante los últimos años, se ha registrado un progresivo aumento de población inmigrante proveniente de países limítrofes como Perú, Bolivia y Argentina, atraídos principalmente por las expectativas económicas generadas a partir de las cifras de crecimiento macroeconómico del país <sup>(1)</sup>. La comparación de los dos

últimos censos (1992, 2002), muestra un crecimiento de 0,4% de la población extranjera residente. En el año 2002 la inmigración de origen sudamericano constituía el 67,9% del total de la población extranjera asentada en Chile, con 30,2% proveniente del Perú, siendo este grupo el de mayor tasa de crecimiento, provocando un impacto sociocultural en aumento durante los últimos años <sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup> Área Ciencias del Comportamiento, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

<sup>a</sup> Odontólogo; <sup>b</sup> Magíster en Educación; <sup>c</sup> Psicólogo, Magíster (c) en Psicología Clínica.

La caracterización de los inmigrantes peruanos indica que residen principalmente en la capital y comunas (distritos) aledañas (77,9%), concentrándose en las comunas de Santiago e Independencia. Más del 60% de los peruanos inmigrantes son mujeres, en su mayoría en edad fértil <sup>(3)</sup>, las que se desempeñan en general en el servicio doméstico, y cuyos ingresos para el año 2006 eran superiores al salario mínimo (US \$321,2) pero menores a US \$341,8 mensuales, situación económica que se agrava porque casi todas envían remesas de 50% de sus salarios al Perú <sup>(4)</sup>, constituyéndose en un grupo a ser considerado dentro de las preocupaciones sanitarias chilenas.

Por Decreto de Ley en Chile los servicios de salud no pueden negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de aranceles o tarifas fijadas para este efecto. El llamado "Convenio de la mujer embarazada", beneficia a este grupo de mujeres inmigrantes en situación de residencia irregular <sup>(5)</sup>.

La salud bucal es uno de los aspectos de la salud que afecta más a los inmigrantes <sup>(6)</sup>. Estudios realizados en países desarrollados sobre la salud oral de sus inmigrantes muestran que ésta es peor que la de los ciudadanos del país y, que los inmigrantes hacen menos uso de los servicios dentales, poniendo en riesgo su calidad de vida <sup>(7)</sup>. Asimismo, se observa que los niños con antecedentes de inmigración tienen más caries y han recibido menos atención dental en comparación con los niños nacidos en el país de residencia <sup>(8)</sup>. En Estados Unidos, niños preescolares de comunidades latinas cuyas madres tenían malos hábitos de salud oral mostraron alta prevalencia de caries <sup>(9)</sup>. Igualmente, en Suecia se ha demostrado que los inmigrantes presentan una mayor prevalencia de caries y enfermedad periodontal en comparación con la población sueca y que en niños de 3 a 5 años la condición sociocultural de los inmigrantes es un predictor importante del incremento de caries <sup>(10,11)</sup>.

Es un hecho que el incremento de la población inmigrante afecta los índices epidemiológicos de los países <sup>(12)</sup>. Es así como en Chile el incremento de la inmigración peruana, en especial de las mujeres en edad fértil que durante el embarazo constituyen un grupo de alto riesgo de salud bucal, hará que el número de atenciones y con ello el gasto sanitario se vea aumentado considerablemente.

Durante el embarazo se producen una serie de cambios, extrínsecos e intrínsecos, (hormonales, dietéticos, micro-biológicos y alteraciones en la respuesta inmunológica <sup>(13)</sup>, que hacen que las gestantes sean más vulnerables de padecer caries y enfermedad periodontal, las dos enfermedades orales de mayor prevalencia en Chile <sup>(14)</sup>.

Las enfermedades orales, generalmente, no son fatales, sin embargo, experiencias como el dolor bucodental, problemas al comer, masticar, sonreír y de relación social debidos a problemas en la boca o dientes, tienden a afectar sustancialmente el bienestar de los individuos <sup>(15)</sup>.

La salud oral es un importante mediador de la calidad de vida, sobre todo de su componente psicológico <sup>(16)</sup>, es por ello que se han creado indicadores para ser utilizados específicamente en odontología. Estos tipos de indicadores de calidad de vida relacionada con la salud oral, permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, traducir sus hallazgos en medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, siendo todas medidas de gran utilidad para mejorar la calidad de los servicios de salud <sup>(17)</sup>.

El acelerado crecimiento de la inmigración en Chile hace inminente su integración a la sociedad chilena lo que comprende el estudio de diversas áreas, dentro de las cuales la salud oral es una temática relevante. Es importante establecer la condición de salud bucal y la calidad de vida relacionada de la población inmigrante comparándola con la población chilena, para determinar si es preciso modificar los programas para la manutención de la salud bucal existentes, considerando las necesidades específicas que surjan de estas observaciones, y con ello generar intervenciones más específicas a la población objetivo.

El objetivo general de este estudio fue comparar la condición de salud bucal con la calidad de vida relacionada con la salud oral, entre embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico transversal entre los meses de abril y junio del año 2008, que incluyó a las gestantes mayores de 15 años de nacionalidad chilena o peruana que acudieron al control prenatal del único consultorio de atención primaria de la Comuna de Independencia y que fueron derivadas para el examen bucal por la matrona (obstetrix) tratante del consultorio.

Participaron 108 embarazadas que representan el 67,5% de las gestantes atendidas en ese periodo. Las gestantes fueron seleccionadas por conveniencia y accedieron a participar voluntariamente en la investigación previa firma de un consentimiento informado escrito. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Se realizó un examen clínico a cada gestante, para dar cuenta de su historia de caries, su condición de higiene oral y la existencia y gravedad de la inflamación gingival. Además, se aplicó un cuestionario para determinar la calidad de vida en relación con la salud oral. La recolección de datos, realizada por dos odontólogos, fueron previamente calibrados a través del examen de nueve gestantes revisadas dos veces con un intervalo de 15 minutos por cada examinador. Para calcular el índice de confiabilidad existente interobservadores, se utilizó el método de Haynes, el cual se calcula a partir de la cantidad de acuerdos encontrados, dividido por la suma de los acuerdos y desacuerdos. Así, se obtuvo un índice de confiabilidad interevaluadores de 0,94, considerado altamente significativo.

Para medir las variables clínicas, se aplicaron los índices COPD, el índice de higiene oral simplificado (IHO), el Índice Gingival de Loe y Silness (IG). La calidad de vida con relación a la salud bucal se midió utilizando el cuestionario OHIP-sp.

El índice COPD es un índice epidemiológico que describe la historia de caries de un individuo o una población en dentición permanente. El componente "C", describe el número de dientes afectados por caries. El componente "O" señala el número de dientes obturados a consecuencia de caries, cuyas obturaciones se encuentran en óptimas condiciones y el "P" indica el número de dientes perdidos por caries o con indicación de extracción debido a caries. El índice COPD es el resultado de la suma de estos valores <sup>(18)</sup>.

El índice de higiene oral simplificado (IHO) entrega una referencia de los hábitos de higiene oral del paciente, evaluando la eficiencia en las técnicas de remoción de placa bacteriana, a través del examen de las superficies vestibulares de cuatro dientes, y las superficies linguales de dos, los que deben estar completamente erupcionados. Los valores se registran de acuerdo con las dos subescalas, que dan cuenta de la extensión de los depósitos blandos y los depósitos duros sobre los dientes. El puntaje 6 indica la peor condición que se pueda observar <sup>(19)</sup>.

Para evaluar la presencia y agudeza de la inflamación gingival se utilizó el índice gingival de *Loe y Silness*. Las mediciones se realizan sobre los tejidos que rodean al diente en seis piezas dentarias, puntuándose en una escala de 0 a 3. El promedio del total de las mediciones constituye el índice gingival para cada individuo <sup>(20, 21)</sup>.

Para determinar la calidad de vida con relación a la salud oral, se utilizó el cuestionario OHIP-sp validado para la población chilena, el cual consta de 49 preguntas,

agrupadas en siete dimensiones: limitación funcional, dolor físico, discomfort psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y desventajas. Las respuestas son dicotómicas: sí = 1 y no = 0, además de la opción "no aplica". Para calcular los resultados se debe sumar los puntajes obtenidos en todas las respuestas, un mayor puntaje indica peor calidad de vida <sup>(22)</sup>.

Para evaluar las diferencias de las variables condición de salud oral y calidad de vida entre embarazadas chilenas y peruanas se utilizó la prueba t de Student y la prueba r de Pearson para testear la relaciones entre las variables clínicas y la calidad de vida. Se utilizó el estadístico de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución normal de la muestra, confirmando este comportamiento. Para el análisis de datos se usó un intervalo de confianza del 95%. El *software* de análisis estadístico utilizado fue el SPSS 15.0.

## RESULTADOS

La caracterización sociodemográfica de la muestra se indica en la Tabla 1, donde se describe que las embarazadas chilenas se distribuyeron en un rango de 16 a 45 años y las peruanas entre 13 a 44 años. Con relación a su escolaridad, el 44% de las embarazadas peruanas reportaron tener enseñanza media completa, mientras que sólo 30% de las chilenas alcanzaba ese nivel de escolaridad. Con respecto a los ingresos promedios, y de acuerdo con la escala de ingresos chilena, las embarazadas peruanas se sitúan en el 2.º quintil, mientras las chilenas en el 3.º quintil, es preciso mencionar, que la mayoría de las peruanas enviaban remesas del 50% a sus familiares fuera de Chile.

El índice COPD no presentó diferencias significativas entre ambos grupos ( $t=0,08$ ;  $p>0,05$ ), no obstante, sus componentes muestran que si bien no existe diferencia en la cantidad de piezas cariadas ( $t=-1,18$ ;  $p>0,05$ ), el promedio de piezas obturadas es mayor en las chilenas

**Tabla 1.** Caracterización de la población estudiada.

	Residentes chilenas	Inmigrantes peruanas
Edad (años)	25,5	26,2
Escolaridad (años)	11,7	10,8
Ingreso (dólares)	178	126
Estado civil		
Soltera	42,6%	68,8%
Conviviente	35,2%	22,9%
Casada	20,4%	4,4%
Separada	1,9%	4,2%

**Tabla 2.** Asociación entre índices de salud oral de embarazadas chilenas y peruanas.

Índices	Total		Chilenas		Peruanas		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
COPD	10,22	4,68	10,25	4,72	10,18	4,68	0,93
Cariadas (C)	4,79	3,62	4,41	3,78	5,24	3,40	0,23
Obturadas (O)	3,57	4,11	4,68	4,67	2,28	2,89	<0,01
Perdidas (P)	1,85	2,35	1,15	1,57	2,66	2,82	<0,01
Higiene Oral (IHO)	1,00	0,60	0,88	0,61	1,14	0,55	0,02
Salud Gingival (IG)	0,71	0,47	0,59	0,43	0,94	0,45	<0,01

DE: Desviación estándar.

que en las peruanas ( $t=3,15$ ;  $p<0,05$ ), y la cantidad de piezas perdidas es mayor en las peruanas ( $t=3,47$ ;  $p<0,05$ ) (Tabla 2).

El número de piezas perdidas ilustra mejor la diferencia entre ambos grupos. Un 55,2% de las chilenas tenía todos sus dientes en boca y sólo un 24% de las peruanas estaba en igual situación. El máximo de piezas perdidas de las chilenas fue de seis, en cambio en las peruanas alcanzó a doce dientes extraídos a consecuencia de caries. El 34,5% de las chilenas tenía entre una a tres piezas perdidas y el 10,3% entre cuatro y seis. En las peruanas se encontró 52% con uno a tres dientes perdidos, el 14% entre cuatro y seis y 10% entre siete y doce.

Los índices de higiene oral ( $t=-2,27$ ;  $p<0,05$ ) y de salud gingival ( $t=-4,07$ ;  $p<0,05$ ) son significativamente mejores en las embarazadas chilenas que en las peruanas.

No se encontró diferencias significativas entre ambos grupos de embarazadas en el puntaje total de calidad de vida relacionada con la salud oral, ( $t=0,08$ ;  $p>0,05$ ), ni en ninguna de las dimensiones del OHIP-sp.

Debido a que la categorización de la prueba OHIP-sp en su validación en Chile utilizó una población que no incluye las edades de todas las embarazadas de este estudio, para dar una idea general de cómo perciben

su calidad de vida con relación a la salud oral, nuestros dos grupos se dividió el puntaje total obtenido por las embarazadas en terciles. Se obtuvo que 34,48% de las chilenas percibió buena calidad de vida con relación a salud oral, 27,59% regular y 37,93% mala. En las peruanas 28% percibió buena calidad de vida bucal, 44% regular y 28% mala.

Igualmente, las dimensiones de la calidad de vida con relación a salud oral se categorizaron en: escasa, regular o alta, según terciles del total de puntaje obtenido por todas las gestantes en cada una de ellas, siendo alta la que refleja el peor grado dentro de la condición. El comportamiento de la variable nacionalidad en cada dimensión, entregó los siguientes resultados:

**Limitación funcional.** El 59% de las chilenas y el 44% de las peruanas, manifiesta haber percibido una alta limitación en la masticación, fonación, apariencia estética y relación social, causada por problemas con sus dientes, boca o prótesis.

**Dolor Físico.** Menos de la mitad de las chilenas (36%) y peruanas (40%) declara haber sufrido alto grado de dolor causado por problemas en sus dientes, boca, encías o maxilares.

**Disconfort psicológico.** El 47% de las chilenas y 56% de las peruanas manifestó haberse sentido altamente

**Tabla 3.** Asociación entre cada dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud oral de chilenas y peruanas.

Dimensión	Puntajes	Total		Chilenas		Peruanas		p
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Limitación funcional	0-9	3,50	2,13	3,18	2,18	3,88	2,04	0,09
Dolor físico	0-9	4,04	2,28	4,00	2,29	4,10	2,29	0,82
Disconfort psicológico	0-5	2,64	1,27	2,51	1,25	2,80	1,29	0,25
Incapacidad física	0-9	1,90	2,34	2,06	2,56	1,72	2,14	0,44
Incapacidad psicológica	0-6	2,07	1,98	2,34	2,22	1,76	1,62	0,12
Incapacidad social	0-5	0,83	1,42	0,89	1,50	0,76	1,33	0,62
Desventajas en general	0-6	0,80	1,32	0,87	1,47	0,72	1,32	0,53
Puntaje total OHIP-sp	0-49	15,82	10,02	15,89	11,08	15,74	8,73	0,93

DE: Desviación estándar.

abatida, tensionada o insegura a causa de sus problemas bucodentales.

**Incapacidad física.** El 41% de las chilenas y 40% de las peruanas ha experimentado alto grado de problemas, tanto en la comunicación oral por fallas en la pronunciación de fonemas, como dietarios por verse obligadas a seleccionar alimentos blandos, y de higiene oral originada por dolor al cepillado, todos ellos causados por sus dientes, boca o prótesis.

**Incapacidad psicológica.** El 47% de las chilenas y el 48% de las peruanas declaran haber sufrido eventos de vigilia, molestias, imposibilidad de relajación y de concentración, y sensación de vergüenza, por problemas con sus dientes, boca o prótesis.

**Incapacidad social.** El 64% de las chilenas y 66% de las peruanas han experimentado alto nivel de dificultad en la interacción social, evitando salir, teniendo problemas de relación familiar, dificultades en el trabajo e irritabilidad por problemas bucodentales y protésicos.

**Desventajas.** El 60 % de las chilenas y 56% de las peruanas consideran que las dificultades causadas por sus dientes, boca o prótesis les han producido alto grado de problemas de salud, económicos, incapacidad laboral y deterioro en su bienestar social.

Al analizar los 49 indicadores que conforman la prueba OHIP-sp, se encontró diferencias significativas entre peruanas y chilenas solamente en tres preguntas: la N.º 11 "¿Has tenido dolores en los maxilares?", que corresponde a la dimensión dolor físico, siendo significativamente mayor el número de chilenas que contestan afirmativamente ( $t=2,63$ ;  $p<0,05$ ), la N.º 34 "¿Has estado molesta por problemas con tus dientes, boca o prótesis?", que corresponde a la dimensión incapacidad psicológica, que es respondido por un número significativamente mayor de peruanas, ( $t=-2,24$ ;  $p<0,05$ ), y la N.º 47 "¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis?", que corresponde a la

dimensión desventajas, en el que las embarazadas peruanas presentan significativamente mayor número de respuestas positivas que las chilenas ( $t=-2,97$ ;  $p<0,05$ ).

El índice de salud oral que tiene correlación significativa y directa, aunque débil, con el OHIP-sp se encuentra sólo en las gestantes chilenas y es el índice COPD ( $p<0,05$ ). El análisis de sus componentes muestra una correlación significativa y directa para las piezas cariadas ( $p<0,05$ ) y para las perdidas ( $p<0,05$ ). En las embarazadas peruanas ninguno de los indicadores de salud oral se correlaciona significativamente con la calidad de vida en salud oral.

## DISCUSIÓN

La muestra presentó un promedio de índice COPD de 10,22 (DE=4,68). Este resultado concuerda con estudios realizados en el país sobre salud bucal en embarazadas entre los que, en un consultorio de la región Metropolitana de Santiago, se obtuvo un valor del índice COPD de 15,82 (DE=5,39) <sup>(23)</sup>, en la región de Talca 8,26 (DS=3,82) <sup>(24)</sup> y en mapuches de la región de la Araucanía 10,2 (DE=4,7) <sup>(25)</sup>. El alto valor para este índice deja de manifiesto el importante daño dental en las embarazadas estudiadas. El promedio de 4,8 piezas afectadas por caries en el total de gestantes del presente estudio resalta la necesidad de tratamiento inmediato. El hecho que las peruanas tuvieran mayor cantidad de piezas perdidas y menor número de obturadas que las chilenas, muestra que si bien no hay diferencias en relación a la historia de daño por caries, el tratamiento recibido es distinto en cada población, indicando que hay una mayor tendencia a conservar las piezas dentarias en boca en la población chilena por medio de tratamientos restauradores.

Las embarazadas peruanas presentaron peores hábitos de higiene oral que las chilenas, y con ello un mayor riesgo de caries. Asimismo, si bien el índice gingival no permite diagnosticar enfermedad periodontal, resulta útil para evaluar la existencia y gravedad de la inflamación de las

**Tabla 4.** Correlación entre índices de salud bucal y calidad de vida (OHIP-sp) en embarazadas chilenas y peruanas.

Índice	Calidad de vida en salud Oral (OHIP-sp)					
	Chilenas (N=58)		Peruanas (N=50)		Total (N=108)	
	Pearson	p	Pearson	p	Pearson	p
COPD	0,35	0,01	0,14	0,30	0,27	<0,01
Con caries	0,41	<0,01	0,05	0,71	0,27	<0,01
Obturadas	-0,07	0,58	-0,01	0,95	-0,04	0,61
Pérdidas	0,30	0,02	0,19	0,17	0,21	0,03
Higiene oral	0,05	0,66	-0,19	0,17	-0,04	0,68
Salud gingival	0,17	0,19	0,11	0,44	0,13	0,17

enciás, primera etapa de esta enfermedad, que mostró en ambos grupos la presencia de inflamación gingival, siendo significativamente mayor en el grupo peruano. Estos resultados concuerdan con investigaciones realizadas en otros países que han demostrado que la salud bucal de los inmigrantes es peor que la de la población nativa, presentando peor higiene oral, mayor número de caries y sangrado de las encías<sup>(7,26)</sup>. Estas diferencias se pueden asociar con múltiples variables, dentro de las cuales se ha visto que los inmigrantes dan prioridad a problemas relacionados directamente con el proceso de ambientación que implica el desarraigo de sus países de origen, restándole importancia al cuidado de la salud bucal<sup>(27)</sup>.

Pese a que el promedio de algunos indicadores favorece a las embarazadas chilenas, esta diferencia no se traduce en ausencia de problemas. En ambas poblaciones es necesario reforzar la educación en salud oral para lograr mejores niveles de salud bucal. La educación para la salud adquiere especial relevancia en embarazadas, no sólo porque ellas constituyen una población de riesgo, sino porque además, son la principal fuente de transmisión de bacterias cariogénicas para sus hijos. Además, las mujeres con hábitos deficientes de cuidado dental repetirán estos patrones en sus hijos y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de caries<sup>(28)</sup>. En población inmigrante se ha estudiado la influencia de los padres en la salud bucal de sus hijos, concluyendo que los factores de mayor influencia en el desarrollo de caries en los niños son el escaso conocimiento y conceptos errados acerca de la salud bucal especialmente de las madres<sup>(9,11,29)</sup>.

Llama la atención que no se encontrara diferencias significativas en la percepción de calidad de vida en relación con la salud oral, a pesar de que el número de piezas perdidas por las peruanas sea significativamente mayor que el de las chilenas y que su salud gingival esté significativamente más afectada. Resalta también, que sólo el grupo chileno mostró correlación directa y significativa, aunque débil, entre la calidad de vida y las piezas dentarias cariadas y perdidas, resultado que concuerda con distintos estudios que señalan que los principales factores que influyen en la calidad de vida con relación a salud bucal son las caries no tratadas y la pérdida de piezas dentarias<sup>(15,30)</sup>. Sin embargo, en las embarazadas peruanas no se encontró esta relación.

Las dimensiones que parecen influir en forma más negativa en la percepción de calidad de vida son la incapacidad social y las desventajas, que incluyen factores tales como: evitar salir, problemas de relación familiar, dificultades en el trabajo, problemas económicos, incapacidad laboral, deterioro en su bienestar social y las

que influyen con menor grado en la percepción negativa de calidad de vida son el dolor físico y la incapacidad física.

Un resultado no esperado fue que sólo 40% de las peruanas declararan haber sufrido alto grado de dolor causado por problemas en sus dientes, boca, encías o maxilares ya que el proceso previo a la extracción dental se caracteriza por eventos muy doloroso y sólo 28% contaba con todas sus piezas dentarias. Esto se podría explicar por la existencia de distintos factores, principalmente componentes culturales y sociales, que influyen en la calidad de vida<sup>(27,31-33)</sup>.

Con relación a las limitantes de este estudio, no sería posible extrapolar los resultados a todas las embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas residentes en Chile, ya que se realizó un muestreo por conveniencia sólo en una comuna de Santiago y a población de escasos recursos.

Este estudio mostró que a pesar de los problemas de salud oral evidenciados, tanto chilenas como peruanas, éstas no perciben que influya en gran medida en su calidad de vida. Ello demuestra la urgente necesidad que la atención primaria de salud chilena intensifique la educación para la salud, especialmente en las inmigrantes peruanas que debido a su peor condición de higiene oral y salud gingival y a la mayor necesidad de rehabilitación protésica requieren de tratamientos más largos y costosos. Para asegurar su eficacia estos programas debieran basarse en el diagnóstico de los conocimientos, creencias, y prácticas preventivas y terapéuticas en salud oral, tanto de las gestantes chilenas como inmigrantes peruanas y ser evaluados en términos del logro de adherencia a conductas favorables a la salud bucal.

En Chile el acelerado aumento de la inmigración peruana es bastante reciente, esperamos que futuros estudios nos proporcionen mayor conocimiento sobre su salud oral y los factores conductuales determinantes.

#### **Fuente de financiamiento**

Autofinanciado.

#### **Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. **Hernández P.** Perfil de la migración limítrofe en Chile: descripción y análisis de la inmigración peruana y boliviana. Santiago de Chile: Organización Internacional para las Migraciones; 1997.

2. Instituto de Estadísticas de Chile. Censo 2002. Síntesis de resultados. Santiago: INE; 2003.
3. Mujica J. El desafío de la solidaridad, condiciones de vida y de trabajo de los migrantes peruanos en Chile. Lima: Organización Internacional del Trabajo; 2003. Documento de Trabajo N.º 178.
4. Rocha R. Aproximación a las migraciones femeninas internacionales al interior de Latinoamérica: Algunos casos en México y Chile. Rev Estud Hist U Chile. 2006; 3(1): e3.
5. Universidad Diego Portales. Derechos humanos de las personas inmigrantes. En: Informe anual sobre los derechos humanos en Chile. Santiago: Universidad Diego Portales; 2005.
6. England, Department of Health. An oral health strategy for England. London: Department of Health; 1994.
7. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. Community Dent Oral Epidemiol. 1998; 26(3): 177-81.
8. Bissar AR, Oikonomou C, Koch MJ, Schulte AG. Dental health, received care, and treatment needs in 11- to 13-year-old children with immigrant background in Heidelberg, Germany. Int J Paediatr Dent. 2007; 17(5): 364-70.
9. Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. Caries conditions among 2-5-year-old immigrant Latino children related to parents oral health knowledge, opinions and practices. Community Dent Oral Epidemiol. 1999; 27(1): 8-15.
10. Zimmerman M, Bornstein R, Martisson T. Dental health status in two groups of refugees in Sweden. Acta Odontol Scand. 1988; 46(1): 19-23.
11. Skeie MS, Espelid I, Riordan PJ, Klock KS. Caries increment in children aged 3-5 years in relation to parents' dental attitudes. Oslo, Norway 2002 to 2004. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36(5): 441-50.
12. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. Caries Res. 2004; 38(3): 173-81.
13. Rodríguez HE, López S. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. 2003; 40(2): e9.
14. Chile, Ministerio de Salud. Situación de salud bucal en Chile [página en Internet]. Santiago: MINSAL; 2008. [Fecha de acceso: 10 de diciembre de 2008]. Disponible en: [http://www.redsalud.gov.cl/temas\\_salud/proteccion/saludbucal2.html](http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/proteccion/saludbucal2.html).
15. S. Akifusa, Soh I, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A, Fukuhara M, et al. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community-dwelling elderly. Gerodontology. 2005; 22(2): 91-97.
16. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichielo V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36(1): 85-94.
17. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. North Carolina: University of North Carolina; 1997.
18. Suiza, Organización Mundial de la Salud. Encuesta de salud bucodental: Métodos Básicos. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1997.
19. Henostroza G, Arana A, Bernabé E, Calderón V, Chávez A, Delgado L, et al. Diagnóstico de caries dental. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
20. Armitage G. Clinical evaluation of periodontal diseases. Periodontol. 2000. 1995; 7: 39-53.
21. Silness J. Periodontal conditions in patients treated with dental bridges. 3. The relationship between the location of the crown margins and the periodontal conditions. J Periodontol Res. 1970; 5(3): 225-29.
22. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). BMC Oral Health. 2006;6:e11.
23. Villagrán E, Linossier A, Donoso E. Recuento de *Streptococci mutans* en saliva de mujeres embarazadas de la región metropolitana: estudio transversal. Rev Med Chile. 1999; 127(2): 165-70.
24. Carrión C. Diagnóstico de salud oral de primigestas que acuden a control prenatal al consultorio Dr. Astaburuaga [Tesis de bachiller]. Talca: Facultad de Odontología, Universidad de Talca; 2004.
25. Herrera CL, Pantoja P, De La Maza T, Sanhueza A, Salazar LA. Diagnóstico microbiológico y molecular de bacterias cariogénicas en mujeres embarazadas de la región de La Araucanía, Chile. Rev Chilena Infectol. 2007; 24(4): 270-75.
26. Maserejian NN, Trachtenberg F, Hayes C, Tavares M. Oral health disparities in children of immigrants: dental caries experience at enrollment and during follow-up in the New England children's amalgam trial. J Public Health Dent. 2008; 68(1): 14-21.
27. Zimmerman M, Bornstein R, Martisson. An estimation of dental treatment needs in two groups of refugees in Sweden. Acta Odontol Scand. 1990; 48(3): 175-82.
28. Palomer L. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Rev Chil Pediatr. 2006; 77(1): 56-60.
29. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries related behaviours among immigrant and western native children in Oslo. Community Dent Oral Epidemiol. 2006; 34(2): 103-13.
30. Warren JJ, Watkins CA, Cowen HJ, Hand JS, Levy SM, Kuthy RA. Tooth loss in the very old: 13-15-year incidence among elderly Iowans. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30(1): 29-37.
31. Felce D, Perry J. Quality of life: It's definition and measurement. Res Dev Disabil. 1995; 16(1): 51-74.
32. Lai DWL, Hui N. Use of dental care by elderly Chinese immigrants in Canada. J Public Health Dent. 2007; 67(1): 55-59.
33. Garcia R, Cadoret C, Henshaw M. Multicultural issues in oral health. Dent Clin North Am. 2008; 52(2): 319-32.

**Correspondencia:** Dra. Clara Misrach.

Dirección: Sergio Livingstone Pohlhammer N°943 (Ex Olivos),

Independencia, Santiago de Chile.

Teléfono: (+562) 9781727

Correo electrónico: [cmisrach@uchile.cl](mailto:cmisrach@uchile.cl)