

Impacto de la salud oral en la calidad de vida de la gestante

Impact of oral health on the quality of life of pregnant woman

José M. García-Martin, Águeda González-Díaz y María J. García-Pola

Recibido 16 enero 2016 / Enviado para modificación 4 octubre 2016 / Aceptado 16 febrero 2017

RESUMEN

Objetivo Identificar los factores determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHIP-14) en una población de mujeres embarazadas.

Métodos En el estudio participaron 90 pacientes embarazadas, 45 inmigrantes y 45 españolas. Las participantes completaron el cuestionario de OHIP-14 (versión española) y se les exploró el índice CAOD (presencia de caries, ausencia de dientes por caries y dientes obturados) en el segundo trimestre de embarazo. Se realizó un estudio analítico bivariable y multivariable.

Resultados La edad media de las participantes inmigrantes fue 30,2 años y de las españolas de 34,4. La puntuación media de OHIP-14 fue de $5,83 \pm 6,57$, siendo en el grupo de inmigrantes de 8,15 y en las nacionales de 3,51, manifestando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). Las puntuaciones más altas del OHIP-14 se presentaron en los dominios de dolor (110), seguido del malestar psicológico (81). Tomando como punto de corte el valor de la mediana en la puntuación del OHIP-14 (≥ 3), el Odds ratio de sentir una salud oral que interfiere en la calidad de vida fue de 3,294 y este riesgo se potenció con el padecimiento de caries (4,323) pero no con la edad.

Conclusiones Dado que la experiencia de caries, pudiera ser uno de los determinantes en la valoración de percibir una peor calidad de vida oral durante el embarazo, se necesitarían más estudios que lo corroborasen, y así ampliar las expectativas preventivas en el desarrollo de la salud oral por parte de la política sanitaria.

Palabras Clave: Embarazo, calidad de vida, odontología en salud pública, caries dental (*fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To identify the factors that determine quality of life related to oral health (OHIP-14) in a population of pregnant women.

Methods This study included ninety pregnant women, 45 immigrants and 45 from Spain. Participants completed the Oral Health Impact Profile questionnaire (OHIP-14) –Spanish version– and the DMFT index (decayed, missing, and filled teeth) was explored during the second trimester of pregnancy. A bivariate and multivariate analytical study was performed.

Results The average age of immigrant participants was 30.2, and of Spanish women 34.4. The mean OHIP-14 score was 5.83 ± 6.57 (8.15 in the immigrant group and 3.51 in the Spanish group), showing a statistically significant difference ($p=0.001$). The highest OHIP-14 scores were related to pain (110), followed by psychological distress (81). Considering the median value in the OHIP-14 score as a cut-off (≥ 3), the odds ratio for oral health that interferes with quality of life was 3 294, and this risk was increased by caries (4 323) but not by age.

Conclusions Since the DMFT could be one of the determining factors for worst quality of life in pregnant patients, more studies to corroborate this information are necessary in order to expand preventive expectations in the practice of oral health in relation to policies.

Key Words: Pregnant, quality of life, public health dentistry, dental caries (*source: MeSH, NLM*).

J.G.: MD. Estomatólogo. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. España. mjgarcia@uniovi.es; garciamjose@uniovi.es
A.G.: OD. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. España. aguedina@yahoo.es
M.G.: MD. Estomatóloga. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. mjgarcia@uniovi.es

Durante el embarazo se producen importantes cambios fisiológicos que implican a diferentes órganos de la mujer, y que de forma muy significativa afectan a la cavidad bucal; de tal manera que el embarazo es considerado como un factor de riesgo para la salud oral de la mujer (1). A su vez, el padecimiento de determinadas enfermedades orales, como la periodontitis, podrían ser responsables en cierta medida, de complicaciones gestacionales como el bajo peso al nacer (2), una menor edad gestacional (3), la diabetes gestacional y preeclampsia (4).

Las enfermedades orales más prevalentes relacionadas con el embarazo son la caries, la gingivitis y la enfermedad periodontal (5), y en cuya causalidad, aparte de la intervención de determinados factores biológicos, como los cambios hormonales, también influyen ciertos factores sociodemográficos vinculados con el estilo y la calidad de vida (6).

Como la salud oral es un importante mediador de la calidad de vida, se han realizado múltiples intentos para su calibración mediante la confección de diferentes cuestionarios, destacando el denominado Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP, Oral Health Impact Profile), que mide la calidad de vida relacionada con la salud oral a partir del impacto que provocan en el bienestar personal las enfermedades orales. Originalmente integraba 49 preguntas (OHIP) y posteriormente buscando facilitar su uso en estudios epidemiológicos, se elaboró una versión resumida, que consta de 14 preguntas (OHIO-14) y que ha sido validado en diferentes países e idiomas, incluido el español (7).

En España, en los últimos años, se ha registrado un progresivo aumento de la población inmigrante, de tal forma que en censos actualizados, se calcula que esta población supera el 12 % del número total de habitantes. A su vez, se ha observado una tendencia creciente de la natalidad, principalmente debido al incremento de nacimientos de niños de madres inmigrantes, cifrándose la tasa de natalidad de madres extranjeras en dos veces y media más alta que la de madres españolas (8,9).

Se ha reflejado que en la percepción de la salud oral pueden influir factores económicos, el estilo de vida, étnicos (10), e incluso en la mujer, su propio proceso de gestación (11). En el presente estudio nos planteamos como objetivo general evaluar las diferencias en la interpretación del impacto de la salud oral en la calidad de vida entre dos grupos de embarazadas, españolas e inmigrantes, mediante la utilización del Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14) y, si la edad y la experiencia de caries intervienen como factores condicionantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

El presente estudio es de tipo observacional analítico, en el que participaron 90 embarazadas, que intervinieron en las actividades preventivas del Programa de Salud Bucodental de la embarazada (PSBDE) del Sistema de Salud del Principado de Asturias (SESPA), realizadas en el Centro de Salud Vallobin de Oviedo (España), en el periodo comprendido entre enero de 2012 a mayo de 2015.

El tamaño de la muestra fue calculado por el sistema de tamaño muestral ajustado a las pérdidas. El número aproximado de embarazadas vinculadas a este Centro de Salud, es de 180 embarazadas anuales, correspondiendo aproximadamente un 20 % a embarazadas de origen inmigrante (9). Se calculó la muestra a través de un muestreo probabilístico menos favorable ($P=0,60$), un intervalo de confianza del 95 % ($Z=1,96$) y un margen de error adecuado ($E=0,1$), resultando una muestra representativa de 45 embarazadas inmigrantes como grupo de casos (n_1), y tomando como grupo control 45 embarazadas españolas (n_2). Las mujeres embarazadas se incluyeron consecutivamente en el estudio hasta que se alcanzó el tamaño de la muestra.

Los criterios de inclusión para formar parte del estudio, fueron: participar en las actividades preventivas del PSBDE del SESPA, ser mayor de edad, poseer un nivel de comprensión aceptable de la lengua española, aprobación del consentimiento informado y contestar, una encuesta sociodemográfica confeccionada para este estudio y al cuestionario de calidad de vida oral OHIP-14.

Como motivo de exclusión del estudio se contempló, la falta de algún requisito de inclusión y la falta de algún dato en el cuestionario sociodemográfico o en el cuestionario OHIP-14.

Instrumentos

Para determinar la calidad de vida con relación a la salud oral, se utilizó el cuestionario OHIP-14, en su versión validada en español, conformado por siete dimensiones denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas. Las respuestas se cuantifican según la escala Likert con valores que van de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y el 4 es el más alto, correspondiendo por este orden a las preguntas: nunca, casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente. Para calcular los resultados se suman los puntajes obtenidos en todas las respuestas, un mayor puntaje indica peor calidad de vida (7).

El índice CAOD es un índice epidemiológico que describe la experiencia de caries de un individuo o una población en dentición permanente. La sigla “C”, describe el número de dientes afectados por caries. La sigla “A”, indica el número de dientes perdidos por caries. La sigla “O” indica el número de dientes obturados a consecuencia de caries. El índice CAOD es el resultado de la suma de estos valores (12).

Procedimiento

A todas las participantes, se les efectuó durante la intervención preventiva bucodental del PSBDE correspondiente al segundo trimestre de embarazo, una exploración intraoral, recogiendo en una ficha de carácter confidencial, los siguientes datos sociodemográficos y clínicos: edad, nacionalidad (española o inmigrante), procedencia (definido en 5 categorías: española, latinoamericana, africana, europea y otras procedencias), y el índice CAOD (12).

A cada paciente se le entregó un cuestionario del modelo OHIP-14 en la versión validada en español, para determinar la calidad de vida en relación con la salud oral, durante el embarazo. El periodo encuestado fue en relación a los seis meses previos a la entrega del cuestionario.

La exploración del índice CAOD fue realizada por un único observador, que instruyó y asesoró sobre los procedimientos, el propósito del estudio y resolvió las cuestiones individuales en relación con la precisión, claridad, relevancia cultural, equivalencia conceptual, semántica y operativa del cuestionario. Para minimizar el posible sesgo de información, se advirtió a todas las participantes que el estudio era de carácter confidencial y que no tendría ningún impacto en el proceso dental necesario.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Clínico Regional del Principado de Asturias.

Análisis de la información

Los datos fueron registrados y analizados por medio del paquete estadístico (SPSS 22) con licencia de la Universidad de Oviedo. El diseño estadístico fue supervisado por la Unidad de Consultoría Estadística de la Universidad de Oviedo. Se realizó un análisis descriptivo univariante de las variables sociodemográficas cuantitativas edad y CAOD, utilizando la media para calcular la tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Las categorías de la variable cualitativa procedencia se representaron como frecuencias absolutas y porcentajes con sus intervalos de confianza.

Se realizó un análisis bivariado, evaluando las variables procedencia, edad (<30 años y ≥30 años), y experiencia

de caries (CAOD < 3 Y CAOD ≥ 3). Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes para comparar la diferencia de medias entre ambos grupos de embarazadas. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para determinar la concordancia de los valores obtenidos cuando se cumplieron los criterios de distribución normal, tras la aplicación del test de Shapiro Wilk, entre el índice OHIP-14, la edad y el CAOD, en ambos grupos.

Se realizó un análisis de regresión logística múltiple de la interpretación de la salud oral y la nacionalidad (inmigrante y autóctona), y las variables edad (<30 años y ≥30 años) y experiencia de caries (CAOD < 3 Y CAOD ≥ 3), tomando como variable de agrupación la mediana obtenida del OHIP-14. El nivel de significación elegido fue del 5 %.

la familia y el entorno actual y a futuro, expectativas de los alumnos, percepción del riesgo del consumo de drogas, prevalencia de consumo de vida, año y mes, incidencia, edad de inicio, frecuencia de uso, abuso de alcohol, oferta y accesibilidad de drogas ilegales, información de las consecuencias del consumo de SPA y cursos de prevención recibidos en el colegio. Este se estructuró para que el estudiante pueda responderlo sin dificultad, debido a la modalidad auto administrado. La duración del llenado del mismo se calculó en un promedio de 30 minutos; consta de 135 ítems, la fase de procesamiento de la información se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS Versión 19.

Entre de los aspectos éticos se incluyó el diligenciamiento de un consentimiento informado para los padres y los estudiantes. Se tuvieron en cuenta los principios de confidencialidad y privacidad, reciprocidad, honestidad intelectual y autonomía.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

El grupo de embarazadas inmigrantes estuvo compuesto en su mayoría por mujeres latinoamericanas (32,8 %, IC al 95 %: 33,17-64,6), seguidas en igual proporción por mujeres africanas y europeas (7,8 %, IC al 95 %: 3, 85-22,25) y por dos embarazadas orientales con el 2,2 % (IC al 95 %: 0,54-15,14).

La edad media del total de la muestra fue de 32,3 años. En el grupo n¹ fue de 30,2 años ± 6,17 con un rango de 22 (18-40), y en el grupo n², de 34,4 años ± 4,63, con un rango de 22 (19-41), observándose diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,001).

El porcentaje de caries se presentó en el 76 % de las embarazadas. El índice CAOD fue similar en ambos grupos (n¹: 8,33 vs 8,09: n²), no observándose diferencias significativas entre ellos (p=0,624). El índice CAOD más alto correspondió al grupo de embarazadas orientales

(CAOD= 15). El análisis de los datos sociodemográficos y clínicos se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de las mujeres embarazadas según su procedencia. Valoración del índice CAOD (Dientes con Caries, Ausentes, Obturados) y del OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

	N	%	Edad media	CAD	OHIP-14	
Embarazadas Inmigrantes	Latino-americanas	29	32,2	31,4 ± 1,19	8,06	8,65 ± 8,24
	Africanas	7	7,8	30,86 ± 2,2	5,28	2,42 ± 1,24
	Europeas	7	7,8	25,43 ± 1,54	10,57	10,85 ± 7,58
	Asiáticas	2	2,2	32,3 ± 1	15	2,5 ± 4,17
	TOTAL	45	50	30,2 ± 6,77	8,33	8,15 ± 7,67
Embarazadas autóctonas	45	50	34,4 ± 4,63	8,09	3,51 ± 4,17	
Inmigrantes Vs autóctonas (valor de p)			0,001	0,62	0,001	

Consistencia interna del cuestionario OHIP-14

La confiabilidad del cuestionario OHIP-14, fue comprobado mediante el cálculo del coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,894, en el total de la muestra, de 0,906 en n¹ y de 0,815 en n², considerándose como satisfactorios, al superar el valor 0,7 (13). Se comprobó el tipo de distribución de los da-

tos del cuestionario mediante la prueba de Shapiro Wilk (p>0,05), correspondiendo a una distribución normal.

Valoración del OHIP-14

Considerando los dos grupos en conjunto, la puntuación media de OHIP-14 fue de 5,83±6,57 y la mediana de 3. La puntuación media en el cuestionario OHIP-14 obtenida en el grupo n1 mostró un resultado más alto que en el n2 (8,15±7,67 vs 3,51±4,17), cuya diferencia fue estadísticamente significativa (t: -3,656; p= 0,001). En las gestantes de origen africano y asiático se obtuvo la puntuación media más baja (2,42 y 2,5 respectivamente) y en las embarazadas de origen europeo, se obtuvo una puntuación media de 10,85 ± 7,58 (p= 0,04). La valoración de las embarazadas latinoamericanas ocupó un lugar intermedio (8,65 ± 8,24; p=0,004). La mediana de los valores del OHIP-14 fue independiente a la variable edad (p=0,227) y presentó una relación estadísticamente significativa con el riesgo de caries (p=0,000).

Las dimensiones con mayor puntuación en el total de la muestra, fueron en el dolor físico (¿ha sentido dolor en la boca?, 110 puntos), seguido por el malestar psicológico (¿le preocupan los problemas de su boca?, 81 puntos). La dimensión con menor puntuación fue, en la limitación funcional (¿ha tenido dificultad para pronun-

Tabla 2. Análisis bivariante de las dimensiones del OHIP-14

Dimensiones OHIP-14	Puntuación OHIP-14			x	X ²	p	
	n ¹	n ²	N				
Limitación funcional				n ¹	n ²		
¿Ha tenido dificultad para pronunciar palabras?	6	4	10	0,13	0,09	66,42	0,0*
¿El sabor de los alimentos ha empeorado?	9	5	14	0,2	0,11	0,67	0,99
Dolor físico							
¿Ha sentido dolor en su boca?	69	41	110	1,53	0,91	33,34	0,007*
¿Ha presentado molestias al comer?	35	11	46	0,78	0,24	8,89	0,44
Malestar psicológico							
¿Le preocupan los problemas de su boca?	41	39	80	0,93	0,87	8,46	0,39
¿Se ha sentido estresada?	46	13	59	1,02	0,29	5,97	0,42
Incapacidad física							
¿Ha tenido que cambiar su alimentación?	10	2	12	0,22	0,11	18,65	0,01*
¿Ha tenido que interrumpir su alimentación?	17	5	22	0,38	0,04	0,85	0,65
Incapacidad psicológica							
¿Ha encontrado dificultad para descansar?	20	5	25	0,44	0,11	3,19	0,52
¿Se ha sentido avergonzada por problemas en su boca?	52	6	58	1,16	0,13	18,78	0,09
Incapacidad social							
¿Ha estado irritable debido a problemas con su boca?	21	10	31	0,47	0,22	23,23	0,01*
¿Ha tenido dificultad para realizar sus actividades diarias?	18	9	37	0,4	0,2	4,68	0,32
Minusvalía							
¿Ha sentido que la vida en general ha sido menos agradable?	13	1	14	0,29	0,02	4,73	0,19
¿Ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades diarias?	12	7	19	0,27	0,16	0,59	0,96

X: media. X²: chi cuadrado. P: nivel de significancia estadística. *: Diferencias significativas entre los grupos n¹ y n². n¹: pacientes embarazadas inmigrantes. n²: pacientes embarazadas autóctonas

ciar palabras?, 10 puntos). Se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de embarazadas en las preguntas: ¿ha tenido dificultad para pronunciar palabras?, ¿ha sentido dolor en su boca?, ¿ha tenido que cambiar su alimentación? ($p=0,01$) y ¿ha estado irritable debido a problemas con su boca? Los resultados obtenidos en el análisis bivariante de las dimensiones del OHIP-14 en ambos grupos, se exponen en la Tabla 2.

Tomando como punto de corte el valor de la mediana en la puntuación del OHIP-14 (≥ 3), el Odds ratio de sentir una salud oral que interfiere en la calidad de vida fue de 3,294 (IC al 95 %: 1,388 – 7,819), y este riesgo se potenció con el modelo de padecimiento de caries [4,323 (IC al 95 %: 1,548 – 12,071)], pero no con la variable edad. Los resultados del análisis multivariante se exponen en la Tabla 3.

Tabla 3. Valores Odds Ratio crudo y ajustado en pacientes embarazadas inmigrantes vs autóctonas

Item	p	Odds Ratio	Intervalo de confianza al 95 %
OHIP-14 (crudo)	0,006	3,294	1,388 – 7,819
CAOD*	0,005	4,323	1,548 – 12,071
OHIP-14 (ajustado)	Edad**	0,013	1,257 – 8,246
CAOD* + edad**	0,015	3,930	1,311 – 11,778

*: Modelo ajustado al Índice CAOD (Dientes con Caries, Ausentes, Obturados): <3 vs ≥ 3 .

** : Modelo ajustado a la edad: <30 años vs ≥ 30 años.

DISCUSIÓN

El programa de salud bucodental de las mujeres gestantes, como prestación reconocida en el Sistema Nacional de Salud español, y al que tienen acceso las mujeres inmigrantes, con el mismo derecho sanitario que las mujeres autóctonas, fue desarrollado en el año 1995; cumpliendo el compromiso de romper las barreras sociodemográficas, fundamentalmente raciales y educacionales, y que en dicha salud pudieran interferir negativamente (14).

Hasta el presente estudio, en España no se habían realizado investigaciones que interpretaran la importancia de la salubridad oral en la calidad de vida de la embarazada, no solo de la población autóctona, sino también de la población inmigrante, confirmando en nuestra muestra las diferencias significativas en algunas dimensiones en la percepción de la calidad de vida. Mediante el cuestionario OHIP-14, se puso de manifiesto que para las mujeres embarazadas inmigrantes el odds ratio de sentir una salubridad deficitaria fue de 3,294, si bien ya había constancia de esta apreciación en inmigrantes del sureste español, habiendo declarado tener un peor estado de salud general (15).

En el análisis de los datos sociodemográficos referidos a la procedencia de las mujeres inmigrantes, se halló que el grupo de embarazadas más numeroso fue el de origen latinoamericano, seguido en igual proporción de mujeres procedentes del continente africano y del resto de Europa, representando fielmente el patrón general de procedencia migratorio descrito en la encuesta de población extranjera en España (8).

Otro dato demográfico valorado fue la edad, destacando que las mujeres de origen autóctono se embarazaron en una edad superior a la de las mujeres de origen inmigrante constatándose diferencias significativas entre la edad y la procedencia de la paciente ($p=0,001$). La edad media del grupo n^2 superó en más de 4 años a la del grupo n^1 , que fue de 30,2 años, siendo esta cifra similar a los 29,9 años obtenidos en un estudio nacional previo (16), y al observado en San Francisco (30 años) (17). La edad media en las mujeres de procedencia latinoamericana y asiática fue de 31,4 años y 32 años respectivamente, edad claramente superior a la descrita en varios estudios realizados en sus países de origen. Estas cifras oscilaron entre los 19,1 y los 25,1 años en estudios descritos en Latinoamérica (6, 18, 19), y entre los 26 y 27 años en poblaciones asiáticas (20), corroborando la percepción sugerida por Urquía, de que las mujeres inmigrantes tienden a adaptarse a la idiosincrasia del país donde residen y adquirir su estilo de vida (21).

El estado de salud bucal de la muestra analizada mostró una alta prevalencia en la experiencia de caries (CAOD), que afectó al 76 % de embarazadas, representando una actividad menor que la reflejada en la India (84 %) (20) o en áreas deprimidas socialmente de Buenos Aires (92,1 %) (19). El índice CAOD calculado en el total de nuestra muestra fue de $8,2 \pm 6,3$, sin que hubiera diferencias significativas entre los dos grupos. Estos valores ocuparon un lugar intermedio entre los niveles de caries registrados en Francia, con el 51,6 % de las embarazadas con experiencia de caries y un CAOD de $3,1 \pm 2,8$ (22), y entre los países que no registraron diferencias significativas entre embarazadas autóctonas e inmigrantes, como en la India (23) y en Argentina (19). Los factores de riesgo que justificarían estas altas cifras en las embarazadas, serían las variaciones en su flujo salival y su pH, la reducida percepción de la sacarosa (24), y los cambios en los hábitos alimenticios. Se ha señalado un incremento en la frecuencia de ingesta de carbohidratos en las embarazadas, de hasta 5 veces al día, lo que favorecería el crecimiento de microorganismos acidogénicos que desmineralizan el esmalte (25).

A pesar de que en algunas poblaciones se desconoce que el embarazo pueda afectar negativamente a la salud

oral (26) y que para algunas mujeres embarazadas la salud bucal no es una preocupación primordial del proceso de gestación (27), se ha documentado que la salud oral se percibe más pobremente entre mujeres embarazadas (20). La principal observación de nuestro estudio, fue constatar que con una experiencia de caries similar, el grupo de embarazadas inmigrantes obtuvo una puntuación media dos veces más alta en el OHIP-14, que el grupo control, siendo resultados estadísticamente significativos ($p=0,006$). Estas cifras fueron superiores a la que se registró en gestantes brasileñas ($3,8 \pm 7,5$), entre quienes hubo diferencias según la raza, ya que las de raza negra, tenían una percepción inferior en su calidad de vida (28).

La edad de la embarazada podría considerarse como un factor de confusión a la hora de explicar los valores del OHIP-14, debido a que los resultados de los análisis bivariantes son contradictorios. En unos estudios se destacó que las embarazadas latinoamericanas inmigrantes más jóvenes tenían peor calidad de vida (29), y en otros se declaraba una mejor calidad de vida en las embarazadas mayores de 35 años (17, 20). Esta eventualidad no pudo ser corroborada en este estudio, ya que la variable edad no modificó el valor del OHIP-14 obtenido, resultado similar al que se obtuvo previamente en población general (30).

Otra variable independiente que suscita errores en la interpretación de la salud oral es la pérdida de dientes y el número de caries. Algunos estudios avalaron que la pérdida de dientes es un condicionante para percibir peor salud oral (31), mientras que datos obtenidos en embarazadas argentinas y peruanas, mostraron que el número de caries no parecía interferir en dicha percepción (19,32). Los datos calculados en la regresión logística múltiple de nuestro estudio han sugerido que tener un CAOD alto ($CAOD \geq 3$), se comportó como un importante factor de riesgo en la interpretación de su salud oral, manifestándose en las embarazadas estudiadas inmigrantes una peor calidad de vida (OR: 4,323), corroborando por tanto la percepción manifestada por embarazadas de otros continentes, chilenas (32), ugandesas (31) e indias (20).

El análisis pormenorizado de las 7 dimensiones del OHIP-14, podría ayudar a comprender la diferente valoración del OHIP-14 en ambos colectivos, ya que tras su análisis se obtuvieron algunas diferencias significativas entre los dos grupos, respecto a aquellas dimensiones que parecen influir de forma más negativa en la percepción de la calidad de vida, como son la limitación funcional y el dolor principalmente, confirmando los datos obtenidos en investigaciones previas (10,17-20,33,34).

Universalmente se acepta que el dolor odontológico es el principal motivo para solicitar una consulta dental en el periodo gestacional (10). Este hecho, contrasta con los

objetivos marcados por la OMS para el año 2020, como es fomentar la disminución del dolor oral, haciendo más énfasis en las poblaciones que se ven más afectadas, por pertenecer a diferentes grupos socioeconómicos, mediante el desarrollo de programas sostenibles y empleando un método de factor de riesgo común (35).

Resultados como los obtenidos en este estudio, podrían ayudar a inducir el desarrollo de programas preventivos que mejoren el grado de salud bucodental de las embarazadas, y cuya justificación puede además argumentarse con la receptividad que durante esta fase de la vida tiene la mujer con respecto a su salud (33). Vista la necesidad de mejorar la calidad de vida reduciendo el número de caries, proponemos lo que previamente en otras investigaciones se ha inferido: aumentar el número de visitas al dentista (36), impulsar los hábitos de higiene oral (37) o incluso, a través de la asistencia domiciliaria a las gestantes, potenciar su dedicación en salud oral (38).

Reconociendo que la población inmigrante residente en España, visita al dentista con menos frecuencia que la población autóctona, independientemente del país de origen (39) y teniendo presente las observaciones de Jamieson quien destacó sobre la población general, que aquellos pacientes que realizaban un cepillado dentario en los días previos a la participación del programa mejoraban su percepción de su salud oral (40); creemos que se debería de potenciar desde la sanidad pública la prevención de las enfermedades orales más prevalentes.

El estudio que presentamos contempla algunas limitaciones inherentes a su configuración como estudio epidemiológico analítico, que impide ratificar que las conclusiones sean consideradas como causales. También se ha intentado reducir al mínimo cualquier desviación idiomática a la hora de interpretar las preguntas del cuestionario OHIP-14, posibilidad que ya ha sido encontrada en estudios previos en embarazadas (40). Tampoco se puede descartar que el posible sesgo recordatorio haya podido influir en los resultados.

A pesar de que en esta investigación participara una muestra pequeña, aporta la suficiente evidencia a un trabajo de casos como primer eslabón en la interpretación de la salud oral, manifestando el efecto perjudicial de la presencia de caries en la embarazada, independientemente de su nacionalidad. En la actualidad está ampliamente aceptado que las condiciones vitales y el entorno en el que se desarrollan las personas son factores determinantes de la salud de las poblaciones. En este sentido, el factor procedencia ha resultado ser un factor de riesgo influyente a la hora de interpretar de forma negativa el nivel de calidad de vida percibido por parte de las gestantes inmigrantes. Por lo tanto este factor debería ser valorado y tenido en

cuenta en futuros estudios más amplios, que puedan servir para reforzar y mejorar aquellos servicios que ayuden a resolver esta problemática de la salud en la población inmigrante *

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

- Niessen LC. Women's health. In: Patton LL, Glick M. The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions. New Jersey : Wiley Blackwell; 2015. p. 423-450.
- Parihar AS, Katoch V, Rajguru SA, Rajpoot N, Singh P, Wakhle S. Periodontal Disease: A Possible Risk-Factor for Adverse Pregnancy Outcome. *J Int Oral Health*. 2015; 7:137-142.
- Walia M, Saini N. Relationship between periodontal diseases and preterm birth: Recent epidemiological and biological data. *Int J Appl Basic Med Res*. 2015; 5:2-6.
- Herrera JA, Vélez S, Molano R, Medina V, Botero JE, Parra B, et al. Periodontal intervention effects on pregnancy outcomes in women with preeclampsia. *Colomb Med*. 2009; 40:177-184.
- Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 2008; 77:1139-1144.
- Tofani AA, Lamarca A, Sheiham A, Vettore MV. The different effects of neighbourhood and individual social capital on health-compromising behaviours in women during pregnancy: a multi-level analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15:890.
- Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 2006; 6:11-19.
- Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- SADEI - Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales [Internet]. Disponible en: <http://www.sadei.es/es/portal.do> . Consultado mayo 2017.
- de Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofacial Pain*. 2006; 20: 297-305.
- Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E. Oral health conditions and dental visits among pregnant and nonpregnant women of childbearing age in the United States. National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *Prev Chronic Dis*. 2014; 11:E163.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos. 4ªed. Ginebra : Organización Mundial de la Salud (OMS); 1997. p. 33-37.
- Cardona-Arias J, Peláez-Vanegas L, López-Saldarriaga J, Duque-Molina M, Leal-Álvarez O. Health related quality of life in adults with HIV/AIDS in Colombia. *Biomédica*. 2011; 31(4):532-544.
- Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011; 90:1264-1270.
- Tormo M, Salmerón D, Colorado-Yohar S, Ballesta M, Dios S, Martínez-Fernández C, et al. Results of two surveys of immigrants and natives in Southeast: health, use of services, and need for medical assistance. *Salud Publica Mex*. 2015; 57:38-49.
- Vera Delgado MV, Martínez Beneyto Y, Pérez Lajarín L, Fernández Guillart A, Maurandi López A. Nivel de salud bucal de la mujer embarazada de la comunidad autónoma de la región de Murcia. *Odontología Preventiva*. 2010; 2:1-7.
- Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med*. 2005; 20:45-51.
- Ramírez-Vélez R. Pregnancy and health-related quality of life: A cross sectional study. *Colomb Med*. 2011; 42:476-481.
- Cornejo C, Rossi G, Rama A, Gomez-Gutierrez N, Alvaredo G, Squassi A, et al. Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. *Acta Odontol Latinoam*. 2013; 26:68-74.
- Acharya S, Bhat PV. Oral-health-related quality of life during pregnancy. *J Public Health Dent*. 2009; 69:74-77.
- Urquia ML, Vang ZM, Bolumar F. Birth Outcomes of Latin Americans in Two Countries with Contrasting Immigration Admission Policies: Canada and Spain. *PLoS One*. 2015; 10:e0136308.
- Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C; EPIPAP group. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2012; 7:e33296.
- Kumar S, Tadakamadla J, Tibdewal H, Duraiswamy P, Kulkarni S. Factors influencing caries status and treatment needs among pregnant women attending a maternity hospital in Udaipur city, India. *J Clin Exp Dent*. 2013; 5:e72-76.
- Saluja P, Shetty V, Dave A, Arora M, Hans V, Madan A. Comparative Evaluation of the Effect of Menstruation, Pregnancy and Menopause on Salivary Flow Rate, pH and Gustatory Function. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8:ZC81-85.
- Martínez-Pabón MC, Martínez Delgado CM, López-Palacio AM, Patiño-Gómez LM, Arango-Pérez EA. The physicochemical and microbiological characteristics of saliva during and after pregnancy. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2014; 16:128-138.
- Wells PL, Caplan DJ, Strauss RP, Bell D, George M. An oral health survey of the Lumbee tribe in southeastern North Carolina. *J Dent Hyg*. 2010; 84:137-144.
- Escobar-Pacuar G, Sosa-Palacios C, Burgos-Gil LM. Representaciones sociales del proceso de salud enfermedad bucal en madres gestantes de Medellín, Colombia. *Salud Pública de México*. 2010; 52:46-51.
- Lamarca GA, Leal Mdo C, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10:5.
- Bover A, Taltavull JM, Gastaldo D, Luengo R, Izquierdo MD, Juando-Prats C, et al. Quality of life in Latin American immigrant caregivers in Spain. *Gac Sanit*. 2015; 29:123-126.
- Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit*. 2014; 28:274-280.
- Wandera MN, Engebretsen IM, Rwenyonyi CM, Tumwine J, Astrøm AN; PROMISE-EBF Study Group. Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7:89.
- Misrachi C, Ríos M, Morales I, UrzúaJP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009; 26:455-461.
- dos Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, do Carmo Leal M. Access to dental care during prenatal assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17:3057-3068.
- Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*. 2001; 97:988-993.

35. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ.* 2005; 83:686-693.
36. Almoznino G, Aframian DJ, Sharav Y, Sheftel Y, Mirzabaev A, Zini A. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. *Oral Dis.* 2015; 21:659-666.
37. Kakudate N, Morita M, Sugai M, Kawanami M. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: a short-term study. *Patient Educ Couns.* 2009; 74:191-196.
38. Heilbrunn-Lang AY, de Silva AM, Lang G, George A, Ridge A, Johnson M, et al. Midwives' perspectives of their ability to promote the oral health of pregnant women in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:110.
39. Tapias-Ledesma MA, Garrido PC, Y Peña ME, Hernández-Barrera V, de Miguel AG, Jiménez-García R. Use of dental care and prevalence of caries among immigrant and Spanish-born children. *J Dent Child.* 2011; 78:36-42.
40. Jamieson LM, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, Broughton J. Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women. *BMC Oral Health.* 2014; 14:29.