



UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

X SEMESTRE

Manuscrito

**“IMPACTO DE LA CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN
ESCOLARES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.”**

ADRIANA MEZA JIMENEZ

JORGE MARIO PEREZ CASSIANI

INVESTIGADOR PRINCIPAL

SHIRLEY DIAZ CARDENAS

PUBLICACIONES

2018

IMPACTO DE CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto de la caries dental (CD), en la calidad de vida relacionada con la salud bucal en escolares de la ciudad de Cartagena. **Métodos:** Se realizó un estudio analítico de corte transversal en escolares de instituciones públicas durante el año 2016-2018r. Se recolecto la información a partir de una encuesta previo consentimiento informado que evaluó las variables socio demográficas e incluyo un instrumento validado en español para medir Calidad de Vida en relación a la Salud Bucal en escolares (CPQ). Se evaluó la experiencia y severidad de lesiones de caries dental según los criterios ICDAS, Andreasen y Thylstrup-Fejerskov respectivamente. Así mismo se evaluó la presencia de Fluorosis dental y Maloclusion como variables confusoras. Se realizó análisis de regresión de Poisson para asociar las variables clínicas y sociodemográficas a la CVRSB. **Resultados:** Dentro de los resultados más destacados se encontró que la presencia del dominio síntomas orales mostró asociación ICDAS código 2 (RR: 0,92 IC95% 0,85-0,98 P= 0.021) y escolaridad (RR: 0,92IC95% 0,86-0,99 P=0,032 , al igual que el dominio bienestar emocional se relacionó con la variable sexo(RR: 1,10 IC95% 1,01-1,19 P= 0,016), el dominio bienestar social y la variable escolaridad (RR 0,89 IC95% 0,82-0,97 P=0,009) y la lesión inicial anterior(RR: 1,19 IC95% 1,05-1,34 P=0,006). **Conclusión:** Las lesiones cariosas ICDAS código 2 y la escolaridad de los niños impacta de forma positiva sobre la CVRSB.

PALABRAS CLAVE: caries dental, impacto, escolares, calidad de vida.

INTRODUCCION

Toda familia está expuesta a riesgos biológicos, demográficos, socioeconómicos, psicoafectivos, de servicios sociales y de salud. Amaya ha profundizado en la aplicación del concepto de riesgo y define: “una familia con menor riesgo será aquella que mantiene controlados los riesgos individuales y familiares utilizando medidas de promoción, prevención, asistencia social y salud permanente”; así también, define el concepto de riesgo familiar total como la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debida a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración.¹

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. Los cirujanos dentistas deben preocuparse por la calidad de vida de sus pacientes y, en el caso de los odontopediatras la preocupación es aún mayor pues los niños son considerados un grupo prioritario en la atención comunitaria ya que ellos tienen un alto riesgo para las caries, mal oclusión, trauma dental, alteraciones en tejidos blandos, e incluso porque están en crecimiento y desarrollo, con constantes cambios en el ambiente bucal.²

Calidad de vida, es un término que expresa la percepción que tiene cada individuo de su bienestar, el cual integra diversos aspectos y confluyen en la salud. La importancia de esta

área, se encuentra en la esencia del funcionamiento óptimo de todo el cuerpo, tanto de la dimensión material como la espiritual, para así lograr un desarrollo integral y en curso natural a nivel personal, familiar y educativo. Es por todo lo anterior por lo cual la salud bucal obtiene protagonismo como determinante importante de la calidad de vida en el ser humano, debido a que, la presencia de patologías a nivel bucal como caries, enfermedad periodontal, pérdida prematura de órganos dentarios, incapacidad para ingerir alimentos por causa de dolor, síntomas y alteraciones funcionales como dificultad para el habla y la masticación, factores psicológicos como alteración del sueño e irritabilidad, entre otros factores de interacción social como limitación de la sonrisa y conversación, así como el ausentismo escolar compromete de manera importante el bienestar psicológico y funcional del paciente.³

Considerando el impacto que generan las enfermedades bucodentales más prevalentes como son la caries dental, maloclusiones y enfermedad periodontal sobre la calidad de vida, es importante señalar que estas patologías han estado presentes desde la aparición de la humanidad, sin embargo, en los actuales momentos se han constituido en un verdadero problema de salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, afectando especialmente a niños, según reporta la literatura científica revisada.⁴

El término caries dental es usado para describir el resultado de la disolución química localizada de la superficie dentaria, corresponde al signo de una enfermedad crónica, proceso que puede avanzar lentamente en la mayoría de los individuos. La enfermedad puede afectar esmalte, dentina y cemento y en, ausencia de tratamiento, puede progresar hasta destruir el diente.⁵

Enfocando las lesiones de caries desde el punto de vista del individuo que las padece, éstas podrían llegar a afectar su vida diaria debido a dolor, imposibilidad de realizar acciones habituales como masticar, lo que puede producir pérdida de apetito y baja de peso, dificultad para dormir, problemas psicológicos y emocionales (irritabilidad, baja autoestima, apreciación negativa de cómo es percibido por sus pares), por lo tanto la caries una enfermedad que no solo perturba la salud bucal, también puede llegar a afectar la calidad de vida del individuo y quienes lo rodean. De aquí se desprenden dos acepciones, calidad de vida relacionada a salud y, más específicamente, relacionada a salud oral. Se define calidad de vida relacionada a salud como el óptimo nivel de funcionamiento mental, físico, y social, incluyendo relaciones como percepción de salud, satisfacción y bienestar y calidad de vida relacionada a salud oral es la valoración individual de cómo afectan los problemas orofaciales al bienestar: Factores funcionales, psicológicos, sociales y experiencia de dolor y discomfort.

5

Las ciencias de la salud tienen como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Para poder medir la calidad de vida relacionada con salud es necesario la aplicación de un instrumento validado que consiste en un cuestionario estandarizado que comprende distintas dimensiones. Cada una de estas dimensiones se construye a partir de preguntas o ítems cuyos niveles de respuesta están categorizados en escalas, del análisis de las respuestas de los individuos se mide la asociación entre las variables, es decir, se complementa el estado de salud oral con el aspecto emocional y social del individuo. ⁵

Tres cuestionarios autoadministrados y específicos para niños según rango de edad los cuales son: CPQ6-7 Cuestionario de percepción para niños de 6 a 7 años, CPQ8-10 Cuestionario de

percepción para niños de 8 a 10 años con 25 ítems, CPQ11-14 Cuestionario de percepción para niños de 11 a 14 años. ⁵

METODOLOGIA

Estudio analítico de corte transversal realizado en el año 2017-2018 seleccionando todos los niños de 11 a 14 años de edad pertenecientes a una escuela pública de la ciudad de Cartagena, 354 niños en total.

El proceso de selección se realizó en forma probabilística estratificada. La unidad de análisis fueron los grados de escolaridad. Una vez conocida la población en cada grado de escolaridad (12 cursos en total), estos, se agruparon y se construyeron ocho grupos así: Quinto de primaria; primero, segundo, tercer, cuarto y quinto año de secundaria. De acuerdo a los listados de Registro Académico de las instituciones seleccionadas, se definió el número de estudiantes por cada grado.

El proceso de muestreo se realizó de manera multietapico. Primero se hizo un muestreo probabilístico estratificado por grado de escolaridad y se definió el número de estudiantes a participar mediante la siguiente fórmula: número de estudiantes de cada área de acuerdo al sexo / número de la población total por tamaño de la muestra. En una segunda etapa por cada curso, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple con reemplazo para selección de los individuos. Se solicitó un consentimiento informado por escrito a las instituciones, y a los padres antes de hacer el estudio y un asentimiento a los adolescentes examinados

Se incluyó cuestionarios para evaluar CVRSB mediante el instrumento CPQ 11- 14, instrumento que está compuesto por 37 ítems organizados en cuatro dimensiones: síntomas orales (SO), limitación funcional (LF), bienestar emocional (BE) y bienestar social (BS). El Cuestionario de Percepción Infantil fue elaborado en Toronto, Canadá por Jokovic et al y es conocido como CPQ11-14 por sus siglas en inglés Child Perception Questionnaire. ⁶ Este

instrumento es aplicado a niños con un rango de edad entre 11 y 14 años y sus respuestas son registradas en una escala de Likert de 0 a 4, donde 0 = nunca, 1 = una o dos veces, 2 = a veces, 3 = a menudo y 4 = todos los días o casi todos los días. El puntaje máximo de esta escala es hasta 103, lo quiere decir que, a mayor puntaje, peor CV. ⁷

En el caso del CPQ11-14 fueron variables bucodentales relacionadas con la autopercepción de salud oral del sujeto al que se le aplica el cuestionario. Dado que el CPQ11-14 fue desarrollado en Canadá, se utilizó la versión adaptada en español CPQ-Esp 11-14. La versión al español fue traducida por un nativo de habla hispana siguiendo las recomendaciones de la literatura científica, luego se verificó que fuera comprendida por un grupo de jóvenes de aproximadamente 12 años. Posteriormente se tradujo la versión en español al idioma inglés y se comparó con la versión original, lo cual no evidenció problema alguno y por tanto no fue necesario realizar correcciones. ⁶⁻⁷

Para esta versión adaptada al español es necesaria una prueba piloto para evaluar la población de estudio y su validación cuando se desea aplicarlo en una población con lenguaje y cultura diferentes⁷⁻⁸. En Jordania se aplicó el mismo cuestionario, teniendo en cuenta las mismas cuatro dimensiones, con base en una diferencia en los promedios para el CPQ11-14 total de 5 puntos, una desviación estándar de 10 y un nivel de significancia de 0.05.⁹

Se evaluó la presencia de caries dental mediante el examen clínico de los escolares en el consultorio odontológico que presenta la institución educativa, el cual presenta 6 unidades odontológicas con correcto funcionamiento y bajo las normas de bioseguridad respectivas, los estudiantes fueron calibrados en ICDAS con la última versión del Gold Standard el cual nos dice que las Caries simplemente clasifican por el código y no por el color siendo esta

activa y detenida. Así mismo se realizaron las encuestas a los estudiantes por cada salón y curso en el instituto Jhon F. Kennedy.

Los datos se analizaron utilizando el software STATA 10.1 (Stata Corp, College Station, TX, EE.UU.). Inicialmente, los análisis descriptivos evaluaron las medidas de tendencia central (media, desviación estándar y rango observado) de las puntuaciones totales e individuales de los dominios del CPQ 11-14.

La regresión de Poisson con varianza robusta se realizó para asociar los dominios y puntajes totales del CPQ 11-14 a las condiciones clínicas orales (ICDAS código 1, código2, código 3, código 4, código 5, código 6, severidad inicial, severidad moderada, severidad severa, severidad total, lesión inicial anterior, lesión inicial poerior, lesión moderada anterior, lesión moderada posterior, lesión severa anterior, lesión severa posterior) y condiciones sociodemográficas y económicas con la presencia de caries.

Los análisis de regresión de Poisson univariados se realizaron para seleccionar las variables con un valor de $p \leq 0.20$ para entrar en el modelo final. Después, las variables seleccionadas se probaron en el modelo multivariado ajustado y sólo se mantuvieron en el modelo final aquellas con valor de $p \leq 0.05$. En estos análisis, el outcome empleado es de puntaje (scores de los instrumentos), las razones de tasa (RR- rate ratio) e intervalos de confianza del 95% también se calcularon (IC del 95%).

RESULTADOS

Del total de la muestra de estudio tan solo una sexta parte fue de adolescencia media (15,5%), el sexo masculino no tuvo una presencia diferencial significativa con el sexo femenino (57,1 % - 42,9%) (Tabla 1).

Un 40,1% considera que la salud de sus dientes es buena, mientras que tan solo un 2,8% la considera mala. Entre las subescalas del instrumento CPQ11-14, la que mayor frecuencia de respuesta de casi todos los días, fue la de síntomas orales (5,4%).

Se obtuvo en percepción sobre salud oral, una frecuencia de respuesta excelente de 14,7% estudiantes y mala 24,3% estudiantes. Entre las subescalas del instrumento CPQ11-14, la que obtuvo mayor frecuencia de respuesta, de casi todos o todos los días, fue la de síntomas orales con una frecuencia de 15,8%, seguida de limitaciones funcionales con una frecuencia de 11,9% y una similitud de frecuencia entre bienestar emocional y social (Tabla 2).

En cuanto a las características clínicas se observó que casi el total de los niños presunto al menos un código ICDAS 97,7 %, los códigos ICDAS que más se evidencio fue el código 2 (78,5%) seguido del código 1(69,8%) y el código 3(50,6%), también se presentaron los códigos 4(4,8%), código 5(22,6%), y código 6(11,6%) con menor prevaecía. Se pudo evaluar de igual forma la severidad de ICDAS, y se pudo confirmar que un 95,4 % presenta lesiones iniciales de ICDAS seguidas de las moderadas (55,4) y severo (34,5). (Tabla 3).

Se realizó análisis univariado de todas las variables sociodemográficas, y clínicas, por puntaje total de dominios y de CPQ 11-14. El dominio síntomas orales mostró asociación con 2 códigos, al igual que con la severidad, con la limitación funcional y el bienestar emocional se evidencio asociación con 2 códigos, con la severidad y el total de dientes con

caries, y el dominio bienestar social tuvo una asociación con 1 código, la severidad y el total de dientes con caries. ($p < 0,05$). (Tabla 4).

Al realizar el análisis multivariado del puntaje total de CPQ 11-14, se evidencio que el dominio de síntomas orales se asoció con la escolaridad e ICDAS código 2, al igual que el dominio bienestar emocional se relacionó con la variable sexo, el dominio bienestar social y la variable escolaridad y la lesión inicial anterior. (Tabla 5)

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el fin de evaluar que tanto afecta la caries dental sobre la calidad de vida en escolares de la ciudad de Cartagena de Indias Colombia.

Con este estudio se evidencio que la prevalencia de caries dental en adolescentes continua con cifras altas en instituciones públicas de la ciudad de Cartagena de Indias Colombia, con presencia de caries en un 97,7 de la población estudiada; también se pudo confirmar que este es un fenomeno que afecta a la mayoría de la población Colombia como lo demuestra el ministerio de salud en su IV ESTUDIO DE LA SALUD BUCAL A la edad de 12 años, se encuentra prácticamente completa la dentición permanente. En esta edad el 54.16% de los adolescentes presentan experiencia de caries y el 37.45% presentan prevalencia; la experiencia modificada C(2-6 ICDAS)OP se encontra en el 95.13% de las personas a esta edad y la prevalencia modificada C(2-6 ICDAS)OP, se halló en el 88.49% ¹⁰; igual que en otros países como lo describe More – Neyra y Cols. En su estudio realizado en Lima- Peru donde se observa una prevalencia de caries de 87,27%, un 12,72% de esa población no presentó experiencia anterior de caries dental, lo cual conduce a pensar que probablemente sus condiciones de vida permiten controlar los factores de riesgo de tal enfermedad¹¹. Esto demuestra que la prevalencia de caries sigue siendo alta a pesar de los esfuerzos por disminuirla.

Al asociar la presencia de Caries con los puntajes totales y por dominios del CPQ 11-14 no se hallaron asociaciones con impacto. Las lesiones con mayor frecuencia fueron las caries ICDAS código 2 las cuales generaron un impacto positivo en el dominio de síntomas orales debido a que estas no generan dolor, también se puede asociar con la percepción de caries

que tiene la población estudiada, ya que está puede llegar a confundir la presencia de Caries fluorosis con caries dental.

La caries dental tiene una prevalencia bastante alta, pero en sus lesiones iniciales ya que estas son las que más afectan a la población con un porcentaje del 95,4 y las que menos prevalencia tienen son las lesiones severas con un porcentaje de 34,5. Estos mismos resultados fueron obtenidos por Apaza-Ramos en el estudio que ellos realizaron¹². Tal cual como sucedió en este estudio donde las lesiones que más se presentaron fue las lesiones iniciales ICDAS código 1 y 2(95,4%) y la que menos se apreciaron fueron las lesiones severas ICDAS 5 y 6(34,5)

Teniendo en cuenta con otros estudios donde también se evalúa que tanto afectan los factores sociodemográficos y el estado de la salud bucal sobre la calidad de vida de los adolescente, en estos estudios se obtiene que el dominio que menos impacta sobre la calidad de vida es el de limitaciones funcionales y el de mayor promedio fue el dominio bienestar soacila como lo cita Apaza-Ramos en su estudio en una población peruana, teniendo en cuenta este orden de ideas el dominio que menos impacto tuvo en este estudio fue el dominio de síntomas orales y el de mayor impacto fue el bienestar emocional¹².

En este estudio se realizó con el fin de determinar en qué medida afecta la caries dental sobre la calidad de vida de niños entre 11 y 14 años, el resultado de este mismo arrojo que de los 4 dominios estudiados solo uno no tiene un impacto, y es el dominio de limitaciones funcionales. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en Brasil como lo cita Torres en su estudio estudios en adolescentes brasileiros se asoció con todo el CPQ11-14 con excepción del dominio de limitaciones funcionales¹³.

CONCLUSION

Con este estudio se pudo concluir que el dominio de limitaciones funcionales del CPQ11-14 no tiene ningún impacto sobre la calidad de vida de los escolares de Cartagena de Indias Colombia y que la caires ICDAS código 2 tiene un impacto positivo sobre el dominio síntomas orales.

ANEXOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 354)

Variables	Fcia (%)
Edad	
Adolescencia temprana (11 – 13 años)	299 (84,5)
Adolescencia media (14 años)	55 (15,5)
Sexo	
Masculino	202 (57,1)
Femenino	152 (42,9)
Escolaridad del paciente	
Primaria	74 (20,9)
Secundaria	280 (79,1)

Tabla 2. Análisis de prevalencia de respuestas en la encuesta General Child Perception Questionnaire (CPQ 11-14)

Percepción sobre salud oral.	Mala		Regular		Buena		Muy buena		Excelente	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Podrías decir que la salud de tus dientes, labios, mandíbula y boca es:	10	2,8	114	40,7	142	40,1	27	7,7	31	8,8
	Nada		Muy poco		Poco		Bastante		Muchísimo	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
¿Cuánto crees que afecta en tu vida diaria el estado de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	76	21,5	115	32,5	87	24,6	55	15,5	21	5,9

En los <u>últimos tres meses</u> , con qué frecuencia..	Nunca		Una o dos veces		A veces		Con frecuencia		Casi todos o todos los días	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Subescala de Síntomas Orales										
¿Dolor en tus dientes, labios, mandíbula o boca?	103	29,1	114	32,2	115	32,5	11	3,1	11	3,1
¿Sangrado en las encías?	127	35,9	119	33,6	88	24,9	11	3,1	9	2,5
¿Heridas en la boca? (peladuras, vesículas, cortadas, golpe etc)	125	35,3	124	35,0	74	20,9	22	6,2	9	2,5
¿Mal aliento?	136	38,4	117	33,0	88	24,9	7	2,0	6	1,7
¿Se te ha quedado comida dentro o entre los dientes?	49	13,8	109	30,8	157	44,3	20	5,7	19	5,4
¿Se te ha quedado comida en el paladar?	184	52,0	105	29,7	58	16,4	5	1,4	2	0,6
Subescala de bienestar emocional										
¿Te has sentido irritable o frustrado?	238	67,2	72	20,3	31	8,8	9	2,5	4	1,1

¿Te has sentido inseguro de ti mismo?	211	59,6	81	22,9	45	12,7	11	3,1	6	1,7
¿Te has sentido tímido o avergonzado?	208	58,8	82	23,2	42	11,9	18	5,1	4	1,1
¿Te ha preocupado lo que piensan otras personas de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	176	49,7	86	24,3	72	20,3	14	4,0	6	1,7
¿Has estado preocupado porque no eres tan simpático como los demás?	202	57,1	79	22,3	52	14,7	15	4,2	6	1,7
¿Has estado molesto?	189	53,4	94	26,5	51	14,4	12	3,4	8	2,3
¿Te has sentido nervioso o asustado?	193	54,5	97	27,4	52	14,7	10	2,8	2	0,6
¿Has estado preocupado porque no eres tan saludable como los demás?	171	48,3	113	31,9	59	16,7	10	2,8	1	0,3
¿Has estado preocupado porque eres diferente a los demás?	221	62,4	76	21,5	39	11,0	14	4,0	4	1,1
Subescala de bienestar social										
¿Has faltado a clases por causa de algún dolor, citas médicas o alguna cirugía?	254	71,8	57	16,1	33	9,3	6	1,7	4	1,1
¿Has tenido dificultad para poner atención en clases?	254	71,8	72	20,3	27	7,6	1	0,3	0	0,0

¿Te ha parecido difícil hacer tareas?	290	82,0	37	10,5	21	6,0	5	1,4	1	0,3
¿No has querido hablar o leer en voz alta?	246	69,5	58	16,4	36	10,2	11	3,1	3	0,9
¿Has evitado participar en deportes, teatro, música o paseos escolares?	283	80,0	49	13,9	20	5,7	2	0,6	0	0,0
¿No has querido hablar con otros niños?	239	67,5	78	22,0	27	7,6	5	1,4	5	1,4
¿Has evitado reír cuando estabas con otros niños?	212	59,9	69	19,5	59	16,7	13	3,7	1	0,3
¿Ha sido difícil tocar instrumentos musicales o pitos?	294	83,1	35	9,9	23	6,5	2	0,6	0	0,0
¿No has querido pasar el tiempo con otros niños?	253	71,5	54	15,2	40	11,3	4	1,1	3	0,9
¿Has discutido/peleado con tu familia u otros niños?	244	68,9	69	19,5	31	8,8	5	1,4	5	1,4
¿Algunos niños se han burlado de ti o te han puesto apodosos?	205	57,9	75	21,2	49	13,8	12	3,4	13	3,7
¿Otros niños te han apartado de su grupo?	266	75,1	59	16,7	19	5,4	9	2,5	1	0,3
¿Otros niños te han hecho preguntas acerca de tus dientes, labios, mandíbula o boca?	196	55,4	96	27,1	47	13,3	10	2,8	5	1,4

Tabla 3. Análisis de prevalencia de Caries (ICDAS) en adolescentes de 11 a 14 años.

Prevalencia de caries	Frecuencia	%
No	8	2,3
Si	346	97,7
Códigos ICDAS		
Código 1	247	69,8
Código 2	278	78,5
Código 3	179	50,6
Código 4	17	4,8
Código 5	80	22,6
Código 6	42	11,9
Severidad ICDAS		
ICDAS iniciales	338	95,4
ICDAS moderado	196	55,4
ICDAS severo	122	34,5
Total de la severidad	346	98,0
Prevalencia de la	346	97,7
Experiencia de Caries		

Tabla 4. Análisis univariado de las variables sociodemográficas y las condiciones clínicas asociadas con el puntaje total por dominios y puntaje total de CPQ 11-14.

	DOM SINTOMAS		DOM		DOM BIENESTAR		DOM BIENESTAR		TOTAL CPQ 11-14	
	ORALES		LIMITACIONES		EMOCIONAL		SOCIAL			
	RR (95% IC)	P	RR (95%)	P	RR (95%)	P	RR (95%)	P	RR (95%)	P
Edad										
Adolescencia temprana (11-13)										
Adolescencia mediana (14)	0,97 (0,94-1,05)	0,564	0,99 (0,90-	0,864	1,01 (0,91-	0,746	0,96 (0,87-	0,401	0,98 (0,91-	0,705
Sexo										
Masculino										
Femenino	1,02 (0,92-1,04)	0,437	1,03 (0,96-	0,301	1,10 (1,01-	0,015	1,04 (0,97-	0,186	1,05 (0,99-	0,067
Escolaridad del Paciente										
Primaria										
Secundaria	1,08 (1,01-1,16)	0,024	1,04 (0,96-	0,285	1,02 (0,93-	0,582	0,89 (0,82-	0,009	0,99 (0,93-	0,966
CARACTERÍSTICAS										
Prevalencia Caries código 1										
Si	0,98 (0,75-1,12)	0,523	0,99 (0,92-	0,868	1,03 (0,95-	0,646	1,04 (0,96-	0,300	1,01(0,95-	0,633
Prevalencia caries código 2										
Si	0,92(0,85-0,98)	0,020	0,93 (0,85-	0,105	0,95(0,85-	0,385	1,01 (0,93-	0,788	0,85(0,89-	0,228
Prevalencia caries código 3										
Si	1,03(0,97- 1,09)	0,269	0,98(0,92-	0,657	0,93(0,86-	0,109	0,97(0,90-	0,381	0,97(0,92-	0,422
Prevalencia caries código 4										
Si	0,942(0,84-1,05)	0,326	0,97(0,84-	0,743	0,93(0,81-		0,89(0,78-	0,109	0,93(0,84-	0,219
Prevalencia caries código 5										
Si	1,00(0,94-1,07)	0,843	0,98(0,711,0	0,716	0,99(0,90-	0,098	1,03(0,95-	0,426	1,00(0,94-	0,844
Prevalencia caries código 6										
Si	1,01(0,93-1,10)	0,688	0,99 (0,90-	0,943	0,93 (0,83-	0,287	0,95(0,86-	0,334	0,97 (0,89-	0,496
Severidad de ICDAS										
Icdas iniciales	0,91(0,79-1,05)	0,210	0,89(0,76-	0,182	0,95(0,781,1	0,646	0,96(0,83-	0,681	0,93(0,82-	0,317
Icdas moderado	1,02(0,96-1,08)	0,372	0,97 (0,91-	0,514	0,93 (0,86-	0,100	0,97 (0,90-	0,392	0,97(0,92-	0,360
Icdas severo	1,01(0,95-1,07)		0,98(0,92-	0,695	0,94(0,88-	0,262	1,00(0,93-	0,997	0,98(0,93-	0,669
Severidad total	0,98(0,73-1,31)		0,95(0,72-	0,772	0,86(0,60-		1,12(0,92-		0,98(0,75-	0,887
Lesión inicial anterior	0,97(0,92-1,03)	0,445	0,94(0,87-	0,085	0,94(0,87-	0,193	0,97 (0,90-	0,420	0,96(0,90-	0,150
Lesión inicial posterior	1,00(0,84-1,20)	0,927	1,04(0,88-	0,577	1,02(0,21-	0,817	1,19(1,06-	0,002	1,07(0,92-	0,358
Lesión secundaria anterior										
Lesión secundaria posterior										
Lesión severa anterior										
Lesión severa posterior										
COP										
Numero de dientes totales	0,99(0,99-1,00)	0,766	0,99(0,98-	0,127	0,99(0,98-	0,173	0,99(0,98-	0,346	0,99(0,99-	0,163

Tabla 5. Análisis Multivariado de las variables sociodemográficas y las condiciones clínicas asociadas con el puntaje total por dominios y de CPQ 11-14

	DOM SIN ORAL		DOM LIMIT FUNC		DOM EMOC		DOM SOC		TOTAL PCP – Q	
	RR (95% IC)	P	RR (95% IC)	P	RR (95% IC)	P	RR (95% IC)	P	RR (95% IC)	P
Femenino					1,10(1,0 1-1,19)	0.0 16				
Secundaria	0,89(0,82 -0,97)	0.009								
ICDAS código 2	0,92(0,8 5-0,98)	0,021								
Lesión inicial posterior							1,19(1,0 5-1,34)	0,0 06		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Shyrley Diaz Cardenas, Ketty Ramos Martinez, Katherine Margarita Arrieta Vergara. Asociacion del nivel de riesgo familiar total y Caries dental en escolares de La Boquilla, Cartagena. Av. Enferm; **XXXI** (2): 43-52, 2013
2. Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, vol.35, núm. 2, 2003, pp. 161-164. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.
3. Shyrley Diaz Cardenas, Farith Gonzalez, Ketty Ramos Martinez, Stephanie Perez Puello, Lina Malo Gomez. Impacto de Caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas de Cartagena.
4. Cinthya Katerine Morocho Espinoza, Liliana Soledad Encalada Verdugo Fernando Vallejo Aguirre. Impacto de Caries dental en los desempeños diarios en escolares de 12 años de edad en la parroquia Chiquintad, Cuenca-Ecuador. Rev. Salud & vida Sipanense. 2017; 4 (1)55-63 Facultad de Ciencias de la Salud – USS.
5. Marro Freitte ML, Candiales de Castillo YM, Cabello Ibacache R, Urzua Araya I, Rodriguez Martinez G. aspecto sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas: articulo de revisión. Rev. Clini. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 6(1); 42-46, 2013.
6. Núñez, L., Rey, R., Bravo, Daniel., Jiménez, P., Fernández, C., y, Mejía, Gloria.; (2015): Adaptación y validación al español del cuestionario de percepción infantil cpq-esp11-14 en población comunitaria chilena. Revista española de salud pública; Vol. 89, N°. 6, págs. 585-595. ISSN-e 1135-5727

7. Muñoz, P., Aguilar, F., De la Fuente, J., Beltrán, S., Acosta, L.; (2014). Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. ResearchGate. Revista de Salud y Ciencia; 20(8):846-51.
8. Abanto, J., Albites, U., Bönecker, M., Martins-Paiva, S., Castillo, J. L., & Aguilar-Gálvez, D. (2013). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the child perceptions questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the peruvian spanish language. Medicina Oral, Patología Oral Y Cirugía Bucal, 18(6), e832–e838. <http://doi.org/10.4317/medoral.18975>
9. Al-Omari, I., Al-Bitar, Z., Sonbol, H., Al-Ahmad, H., and Cunningham S.; (2014). Al-Omirie Mahmoud. Impact of bullying due to dentofacial features on oral health–related quality of life. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics; Volumen 146 N°6/
10. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. **ENSAB IV**.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
11. Katherine More-Neyra, Carolina Rivas – Zavaleta, Ruben Chumpitaz- Durand ; Calidad de vida en relacion a experiencia de caries de caries en pacientes de la clínica odontológica de la universidad de San Martin de Porres de Chiclayo. Rev. KIRU 2015;12(2):37-42
12. Sonia Apaza-Ramos, Gilmer Torres-Ramos, Daniel Jose Blanco-Victorio, Virginia Antezana-Vargas, Jeanette Montoya-Funegra. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. Rev. Estomatol Herediana. 2015 Abr-Jun;25(2):87-99.
13. Milene Torres Martins, Fernanda Sardenberg, Miriam Pimienta Vale, Saul Martins Paiva, Isabela Almeida Pordeus. Dental Caries and social factors: impacto on quality of life in brazilian children. Original research Pediatric Dentistry.

**IMPACTO DE CARIES DENTAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN
ESCOLARES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA**

ENTREGA FINAL DE MANUSCRITO

Dra. Shirley Diaz Cardenas
Investigador principal

Dra. Ketty Ramos
Cooinvestigador

Adriana Meza Jimenez

Jorge Mario Perez Cassiani