



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES EN LA CALIDAD DE
VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL
CARIBE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA”

Tesis para optar el título profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

María Teresa Yactayo Alburquerque (0000-0001-5969-7437)

María Luisa Alen Méndez (0000-0001-7963-5057)

Asesor:

Akram Hernández-Vásquez: (0000-0003-1431-2526)

Lima – Perú

2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 17 de marzo de 2021.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Frank Roger Mayta Tovalino	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor	<input type="checkbox"/>

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

"IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA"

Presentada por las estudiantes:

Yactayo Albuquerque, María Teresa y Alen Méndez, María Luisa

Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana.

Asesoradas por: Mg. Akram Abdul Hernández Vásquez

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de las estudiantes de la carrera de Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesisista: Yactayo Albuquerque, María Teresa			Nota (en letras): Diecisiete (17)
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()
Tesisista: Alen Méndez, María Luisa			Nota (en letras): Diecisiete (17)
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Mg. Frank Roger Mayta Tovalino
Presidente del Jurado



Mg. Akram Abdul Hernández Vásquez
Asesor



Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz
Miembro 1



Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor
Miembro 2

**IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A SALUD ORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**[Impact of oral diseases on oral health-related quality of life in Latin America
and the Caribbean: A systematic review]**

María T. Yactayo Alburquerque

Estudiante de Medicina

Facultad de Medicina, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

Email: marite160896@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5969-7437

María L. Alen Méndez

Estudiante de Medicina

Facultad de Medicina, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

Email: malualenmendez.25@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7963-5057

Diego Azañedo

Cirujano dentista

Investigador Independiente, Lima, Perú

Email: diego.azanedo@gmail.com

ORCID: 0000-0003-1375-8788

Daniel Comandé

Licenciado en Bibliotecología y Ciencia de la Información

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), Buenos Aires, Argentina

Email: dcomande@iecs.org.ar

ORCID: 0000-0002-7111-5169

Akram Hernández-Vásquez

Médico cirujano, magíster en Gestión y Políticas Públicas

Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de Investigación, Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Lima, Perú

Email: ahernandez@usil.edu.pe

ORCID: 0000-0003-1431-2526

Contribuciones de autoría:

AHV concibió el estudio. Todos los autores contribuyeron con el diseño del estudio. DA y AHV planificaron, supervisaron y validaron el trabajo. DC ejecutó las búsquedas bibliográficas y eliminó los registros duplicados. Para la revisión, MTYA y MLAM seleccionaron y extrajeron datos de los estudios incluidos, y evaluaron la calidad de los estudios. MTYA, MLAM, DA y AHV analizaron los resultados y redactaron el manuscrito. Todos los autores contribuyeron a la elaboración de tablas y figuras. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

María Teresa Yactayo Alburquerque

Dirección: Avenida Salaverry 2490 block 17 dpto 403. Jesús María Teléfono: 956501270

Email: marite160896@gmail.com

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a Dios y a nuestros padres, por habernos forjado como las personas que somos en la actualidad; este logro se los debemos a ellos. Gracias por motivarnos constantemente a alcanzar nuestros sueños.

Agradecimientos:

Al Dr. Akram Hernández- Vásquez, asesor de la presente tesis, por su tiempo, enseñanzas, dedicación y paciencia. Asimismo, al Dr. Diego Azañedo y Daniel Comandé por su invaluable participación en el desarrollo de esta tesis.

RESUMEN

Objetivos. Realizar una revisión sistemática de estudios realizados en América Latina y el Caribe (ALC) para evaluar el impacto que tienen las enfermedades orales en la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO). **Materiales y métodos.** Se efectuaron las búsquedas en las siguientes bases de datos PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus y LILACS. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios de cohorte, estudios de casos y controles, y estudios de corte transversal, con al menos 100 participantes, en los que se evaluó el impacto de las enfermedades orales en la CVRSO. Registro en PROSPERO con el número de referencia CRD42020156098.

Resultados. Se identificaron 3310 artículos, luego de eliminar duplicados, de los cuales se incluyeron 40 en esta revisión. El 90 % de los estudios se realizaron en Brasil. Los instrumentos de medida de la CVRSO que se utilizaron con más frecuencia fueron CPQ 11-14 (n = 9) y B-ECOHIS (n = 8). De los estudios incluidos, 32 eran transversales, 2 de cohorte y 6 de casos y controles. La mayor parte de los estudios se desarrollaron en la población de niños (n = 24) y adolescentes (n = 10). En la mayoría de los estudios se identificó que la gravedad de las enfermedades orales afecta la CVRSO de niños, adolescentes y adultos. **Conclusiones.** A pesar de las diferentes definiciones de enfermedades orales evaluadas e instrumentos empleados, la mayor parte de los estudios realizados en ALC reportan una asociación que tiene un efecto negativo en la CVRSO. Se requiere de más estudios longitudinales que confirmen los resultados de estos estudios.

Palabras clave: *Salud Bucal, Revisión Sistemática, Calidad de Vida, Latinoamérica (fuente: DeCS BIREME).*

ABSTRACT

Objectives. We evaluated a systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean (LAC) to assess the impact of oral diseases on oral health-related quality of life (OHRQoL). **Materials and methods.** Searches were performed on the following PubMed, EMBASE, CINAHL, Scopus, and LILACS databases. Randomized clinical trials, quasi-experimental studies, cohort studies, case and control studies, and cross-sectional studies which included at least 100 participants evaluating the impact of oral diseases on OHRQoL. PROSPERO registry number CRD42020156098. **Results.** 3310 articles were identified after duplicates were removed, of which 40 were included in this review. 90% of the studies were conducted in Brazil. The most commonly used OHRQoL measuring instruments were CPQ 11-14 (n-9) and B-ECOHIS (n-8). About the studies they included 32 cross-cutting, 2 cohort and 6 cases and controls. Most of the studies were conducted on children (n-24) and adolescents (n-10). Most studies have identified OHRQoL for children, adolescents and adults who were affected by oral diseases. In addition, in some oral diseases OHRQoL was most affected by greater severity. **Conclusions.** Despite the different definitions of oral diseases evaluated and instruments used, most studies in LAC report a negative association of diseases on OHRQoL. More longitudinal studies are required to confirm the results of these studies.

Key words: *Oral Health, Systematic Review, Quality of Life, Latin America (source: MeSH NLM)*

INTRODUCCIÓN

La salud oral es reconocida como un componente esencial de la calidad de vida; sin embargo, históricamente se ha prestado mayor atención a sus consecuencias clínicas, principalmente dentro de la cavidad bucal, sin tener en cuenta el impacto que estas pueden causar en la vida diaria de las personas [1]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud oral como un estado libre de enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial [2]; por lo que la presencia de enfermedades orales puede afectar el crecimiento y desarrollo de una persona, y su capacidad psíquica, productiva y social.

Las enfermedades orales tienen una alta prevalencia en el mundo. Así, el estudio de carga global de enfermedades del año 2017 reportó que 3500 millones de personas habían padecido alguna enfermedad oral en el 2016, cifra que representa casi el 50 % de la población mundial [3]. Asimismo, en América Latina se ha reportado una prevalencia e incidencia significativamente mayor de caries no tratadas en dientes permanentes, enfermedad periodontal severa y pérdida total de dientes en comparación con los promedios mundiales del 2015 [4]. Esta situación en la región es prioritaria, pues genera gastos directos e indirectos que afectan al limitado presupuesto de los sistemas de salud en los países que la conforman. Así, mientras los gastos directos se refieren a aquellos costos que devienen de los tratamientos orales, los gastos indirectos se refieren, por ejemplo, a la pérdida de la productividad y calidad de vida de las personas producidas por las enfermedades orales [5].

A inicios de 1980 se introdujo el concepto de «calidad de vida relacionada con la salud oral» (CVRSO), que consiste en un constructo multidimensional que refleja el grado de percepción de comodidad y satisfacción de una persona en su vida diaria respecto a su salud oral [6]. La complejidad de la medición de este constructo en los diferentes grupos poblacionales generó la necesidad de desarrollar instrumentos específicos para su medición y evaluación en todo el mundo para medir cómo es que la CVRSO se ve afectada por la presencia de enfermedades orales. En los últimos 4 años se han publicado revisiones sistemáticas que evalúan el impacto de las enfermedades orales en la CVRSO; sin embargo, se limitan al estudio de determinadas patologías, como la caries dental [7], traumatismos dentales (TDI) [8] y disoclusión [9], principalmente en menores de edad. Dicho esto, en esas revisiones hay además una subrepresentación de otras patologías orales, como las enfermedades periodontales, disfunciones temporomandibulares, patologías de las glándulas salivales, labio leporino y paladar hendido, y edentulismo, así como en la población de adultos y adultos mayores. Además, la representación de países de América Latina y el Caribe en las revisiones sistemáticas mencionadas es muy escasa, por lo que resulta necesario desarrollar nuevos estudios que evalúen la relación de las enfermedades orales y la CVRSO en la región.

En definitiva, el conocer el impacto de las enfermedades orales sobre la CVRSO es fundamental para los sistemas de salud pública, las investigaciones y las estrategias de prevención y promoción de la salud oral de los países. Es preocupante que, con frecuencia, la atención de la salud oral sea el primer servicio considerado como prescindible por los tomadores de decisiones, debido a sus altos costos y a la percepción de ser un servicio no esencial, sobre todo, en países en desarrollo [10]. Por lo tanto, el

objetivo del presente estudio es hacer una revisión sistemática de estudios realizados en América Latina y el Caribe para evaluar el impacto que tienen las enfermedades orales en la CVRSO.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el reporte de la revisión sistemática, se siguió la guía de Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) y la declaración de ítems de referencia para publicar revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) [11,12]. El protocolo de la revisión sistemática se registró en PROSPERO con el número de referencia CRD42020156098.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios de cohorte, estudios de casos y controles y estudios de corte transversal con al menos 100 participantes, en los que se evaluó el impacto de las enfermedades orales (caries dental, disoclusión, TDI, enfermedades periodontales, disfunción temporomandibular, patologías de glándulas salivales, labio leporino y paladar hendido, y edentulismo) en la CVRSO de personas de todas las edades de América Latina y el Caribe publicados en los últimos diez años. En caso de datos duplicados en más de una publicación, se seleccionó el estudio con la muestra de mayor tamaño.

Se excluyeron estudios *in vitro* o realizados en animales, editoriales, revisiones sistemáticas, cartas al editor, resúmenes de congresos, reportes de casos y estudios no conducidos en América Latina y el Caribe. Además, se excluyeron aquellos estudios que

evaluaron patologías orales asociadas a enfermedades sistémicas o a enfermedades secundarias en la cavidad oral.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda electrónica sistemática en las bases de datos de PubMed, Embase (Excerpta Medica dataBASE), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Scopus, y LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) de artículos publicados hasta el 18 de julio de 2020.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Se diseñó inicialmente una estrategia de búsqueda en PubMed que fue adaptada a las otras bases de datos. Un autor (DC) con experiencia en búsquedas bibliográficas desarrolló las estrategias de búsqueda que fueron validadas por dos de los autores (AHV y DA). Los términos de búsqueda se detallan en el Anexo 1 del material suplementario. La búsqueda se realizó sin restricciones de diseño de estudio, estado de publicación o idioma de publicación.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Los resultados de la búsqueda electrónica fueron importados al software de gestión de referencias EndNote X9 (Clarivate Analytics, Filadelfia, PA, EE. UU.). A continuación, se eliminaron los registros duplicados, siguiendo la metodología descrita por Bramer *et al.* [13]. Los registros de duplicados fueron evaluados por título y resumen para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión por parte de dos autoras en forma independiente (MTYA y MLAM) mediante el aplicativo web Rayyan

(<https://rayyan.qcri.org/>) [14]. Dichas autoras evaluaron el texto completo de aquellos registros que cumplieron los criterios de inclusión. Cualquier desacuerdo al final del procedimiento de selección se resolvió entre los dos autores y en caso de no poder tomar una decisión, un tercer autor participó en la discusión (DA).

PROCESO DE EXTRACCIÓN DE DATOS

Para la extracción de datos de los estudios incluidos en la revisión sistemática se utilizó un formulario *ad hoc* elaborado por los autores en el programa Microsoft Excel. La información fue extraída por dos autoras (MTYA y MLAM) de forma independiente. Posteriormente, un tercer autor (DA) evaluó la información extraída de 10 estudios seleccionados de forma aleatoria. En caso de discordancias se informó a las dos autoras (MTYA y MLAM) para reevaluar la información y corregir las discordancias.

En los artículos incluidos se buscó el reporte de información relacionada con la presencia/ausencia y/o gravedad de las patologías orales. Las patologías orales consideradas fueron caries dental, disoclusión, TDI, enfermedades periodontales, disfunción temporomandibular, patologías de glándulas salivales, labio leporino y paladar hendido, y edentulismo. El desenlace de interés fue el reporte de la CVRSO evaluada por instrumentos específicos, como CPQ11-14, ECOHIS, ECOHIS-B, OHIP-14, etc. Asimismo, se extrajeron las características generales de cada estudio, como país de realización del estudio, año de la publicación, primer autor del estudio, revista, título, tipo de estudio, grupo etario evaluado, instrumento de evaluación de la CVRSO empleado, índices diagnósticos de enfermedades orales, idioma de publicación, entre otros.

SÍNTESIS DE RESULTADOS

Se realizó una síntesis narrativa formal de los datos recopilados. La síntesis se centró en el análisis cualitativo de las patologías y resultados de la CVRSO, separadas por país de origen, grupo etario evaluado, instrumento de evaluación de la CVRSO utilizado, entre otras. Se discutieron las limitaciones de los estudios.

Para la evaluación del impacto de las enfermedades orales sobre la CVRSO, se reportaron los resultados de las diferencias de medias de calidad de vida según la presencia/ausencia y/o gravedad de las enfermedades orales, así como, resultados de fuerza de asociación de forma cruda o ajustada, como riesgos relativos (RR), *odds ratios* (OR) y razones de prevalencia (PR). En los casos en los que algún investigador estuvo en desacuerdo con respecto a los datos extraídos, se revisó el artículo completo para verificar el dato extraído o corregir errores.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

Dos autoras (MTYA y MLAM) evaluaron independientemente la calidad de los estudios mediante las herramientas de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos [15]. Las herramientas desarrollan un listado de preguntas, con cinco respuestas posibles en cada una: «sí», «no», «no se puede determinar», «no aplicable» y «no determinado» según el tipo o diseño de los estudios. Los desacuerdos se resolvieron con el apoyo de un tercer autor (DA).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización del estudio tuvo la aprobación del Comité de Ética Institucional de la Universidad Científica del Sur (Aprobación N° 010-2020-PRE15).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS:

Luego de la evaluación de 3310 artículos por título y resumen, se incluyeron 46 artículos para la evaluación a texto completo, de los cuales 40 se incluyeron en la revisión sistemática (Figura 1). La Tabla 1 proporciona una descripción general de los 40 estudios incluidos. De estos, 36 (90 %) se llevaron a cabo en Brasil [16—50], uno en Perú (2.5 %) [51], uno en Chile (2.5 %) [52], uno en Trinidad y Tobago (2.5 %) [53] y otro en Colombia (2.5 %) [54]. Respecto al diseño del estudio, 32 de ellos fueron transversales, 2 de cohorte y 6 de casos y controles. En cuanto a la clasificación de los estudios según grupo etario, 24 se realizaron en niños [16–19,25,27,29–36,38,39,42,44,46,50,51,53–55], 10 en adolescentes [20,22–24,26,28,43,45,47,49], 4 en adultos [21,37,41,52] y dos en más de un grupo etario [40,48]. Asimismo, todos ellos evaluaron el impacto de las enfermedades orales sobre la CVRSO, clasificados según la exposición a una o más enfermedades orales, caries dental (n = 7) [20,25,32,36,42,53,55], disoclusión (n = 2) [24,26], TDI (n = 3) [29,38,43], enfermedad periodontal (n = 1) [37], labio leporino y paladar hendido (n = 1) [39], disfunción temporomandibular (n = 1) [40], edentulismo (n = 1) [45], patología de las glándulas salivales (n = 1) [52] y más de una enfermedad oral evaluada (n = 23) [16–19,21–23,27,28,30,31,33–35,41,44,46–51,54].

Los instrumentos de medida de calidad de vida utilizados en los diferentes estudios fueron los siguientes: CPQ8-10 [27,31,35,39,46,48,55], CPQ11-14 [20,22–24,26,28,47–49], ECOHIS [16,29,33,36,44,51,53], B-ECOHIS [18,19,25,30,32,38,42,50], OHIP-14 [21,41,45,52], OHIP-14Br [37,40] C-ECOHIS [54], SOHO-5 [17], B-SOHO-5 [34] y Child OIDP [43]. Los estudios más frecuentes fueron CPQ11-14 (n = 9), B-ECOHIS

(n = 8). La asociación entre la calidad de vida y las enfermedades orales se expresó mediante *razón de tasas*, *odds ratios*, *tasas de prevalencias*, pruebas de hipótesis de diferencia de medias y coeficientes beta.

La caries dental y la CVRSO

Se identificaron 30 estudios en los que se investigó la relación entre la caries dental y la CVRSO (Tabla 1), 27 estudios se realizaron en Brasil, uno en Perú, uno en Trinidad y Tobago y uno en Colombia. Se realizaron 28 estudios en población menor de 18 años mientras que 2 estudios incluyeron una población de 18-80 años [21,41]. Para evaluar la presencia de caries dental en la población, 9 estudios utilizaron el índice DMFT, 11 el índice dmft, 5 la escala ICDAS, uno la evaluación de lesiones por actividad (ALA), 2 utilizaron la escala de la OMS, uno el índice Pufa y uno el DMFT/dmft. Asimismo, 3 estudios [25,27,44] utilizaron más de un instrumento para evaluar la caries dental. De los 30 estudios evaluados (Tabla 2), solo 3 no mostraron asociación significativa alguna entre la presencia de caries dental y la CVRSO [20,22,50]. Uno de los estudios incluidos reportó que las caries dentales afectaron la CVRSO solamente cuando se asociaron a periodontitis [41]. Asimismo, Correa-Faria *et al.* [25] reportaron que solo aquellas caries que presentan consecuencias clínicas se asocian a una CVRSO deficiente. Por otro lado, Simões *et al.* [48] reportó una asociación significativa entre caries dentales y CVRSO en niños de entre 8 y 10 años, mas no en adolescentes de entre 11 y 14 años.

La disoclusión y la CVRSO

Se identificaron 20 estudios que investigaron la asociación entre disoclusión y la CVRSO (Tabla 1), 18 llevados a cabo en Brasil, uno en Perú y uno en Colombia. De los 20

estudios, 12 incluyeron a niños de entre 2 y 10 años[16,18,19,27,31,33,35,44,46,50,51,54], 7 a población preadolescente de entre 11 y 14 años [22–24,26,28,47,49] y uno a niños de entre 8 y 12 años[48]. Del total de estudios, 12 valoraron disoclusión según los criterios del índice de estética dental (DAI) mientras que 8 evaluaron la ausencia o presencia de la enfermedad. En cuanto a los resultados obtenidos de los 20 estudios (Tabla 2), 9 reportaron que la disoclusión genera un impacto negativo en la CVRSO [22,26,27,31,33,46–49], 11 no presentaron asociación significativa entre dicha patología y la CVRSO. Uno de los estudios [23] no encontró asociación significativa entre disoclusión severa y CVRSO, pero sí con disoclusión definitiva y discapacitante. Además, en 2 de los estudios se reportó que los estados más severos de disoclusión se asociaron a una peor CVRSO, a pesar de que los estados menos severos no estuvieron asociados [24,48].

La TDI y la CVRSO

De los 22 estudios evaluados (Tabla 1), 20 fueron llevados a cabo en Brasil, uno en Perú y uno en Colombia. De los 22 artículos identificados, en 15 se investigó a niños de entre 2 y 10 años, en 6 a adolescentes de entre 11 y 14 años y en uno a niños de entre 8 y 12 años. Los instrumentos empleados para evaluar la TDI fueron los siguientes: 13 artículos utilizaron la clasificación de Andreasen [16,22,23,28,29,31,33,35,38,44,50,51,54], 3 la clasificación de O'Brien [43,48,49], 3 [17–19] la clasificación de Glendor *et al.* [56] y 3 no señalaron el instrumento empleado para el diagnóstico de la TDI [30,34,47]. Del total de estudios, 13 encontraron una asociación negativa significativa entre la TDI y la CVRSO (Tabla 2). Se reportó en 9 estudios [16,23,28,35,47–51] que la calidad de vida no se veía influenciada por la presencia de la TDI.

La enfermedad periodontal y la CVRSO

En 3 estudios realizados en Brasil se evaluó la asociación entre la enfermedad periodontal y la CVRSO (Tabla 1). Un estudio [49] incluyó niños de 12 años mientras que 2 estudios [37,41] incluyeron población adulta. En el estudio de Tomazoni *et al.* se evaluó el impacto del grado de sangrado gingival en la CVRSO de niños, medido con la herramienta CPQ 11-14, y se concluyó que el grado de sangrado $\geq 15\%$ incrementó el riesgo de tener una peor CVRSO, asociación que se mantuvo incluso luego de ajustar por variables clínicas, sociodemográficas y económicas. Por su parte, Meusel *et al.* evaluaron el impacto de la gravedad de la enfermedad periodontal en la CVRSO de adultos, medido con la herramienta OHIP-14Br, y se concluyó que los individuos con enfermedad periodontal grave tuvieron una peor CVRSO que aquellos con enfermedad periodontal leve/moderada [37]. Por último, el estudio de Passos-Soares reportó que la enfermedad periodontal combinada con caries dental se asoció significativamente a una mayor afectación de la CVRSO.

La disfunción temporomandibular y la CVRSO

Solo un estudio [40], realizado en Brasil, evaluó la asociación entre la disfunción temporomandibular y la CVRSO (Tabla 1) medida con el instrumento OHIP-14 en personas de 16 a 80 años. Se registraron 3 tipos de disfunción temporomandibular: trastorno muscular, desplazamiento mandibular y artralgias, y artritis y artrosis. El estudio reportó que la presencia de trastorno muscular presentó un impacto negativo significativo sobre la CVRSO mientras que la presencia de desplazamiento mandibular y artralgias, y artritis y artrosis no presentaron un impacto significativo en la CVRSO.

La patología de las glándulas salivales y la CVRSO

Solo un estudio, realizado en Chile, reportó el impacto de las patologías de glándulas salivales (presencia de xerostomía) en la CVRSO (Tabla 1) de individuos de 18 a 63 años. Se empleó la escala total del OHIP-14 para la medición de la CVRSO. El estudio reportó que la presencia de xerostomía reduce de manera significativa la CVRSO en comparación con aquellos individuos que no la presentan [52].

Labio leporino, paladar hendido y la CVRSO

Se identificó solo un estudio de tipo casos y controles que evaluó la asociación entre labio leporino, paladar hendido y la CVRSO (Tabla 1) [39]. El estudio se llevó a cabo en Brasil en niños de entre 8 y 10 años, los casos estaban representados por niños con labio leporino y paladar hendido del Hospital de Rehabilitación de Anomalías Craneofaciales y la Universidad de São Paulo, mientras que los controles eran niños sin dicha condición reclutados de colegios nacionales. Se evaluó la asociación entre la disfunción orofacial y la CVRSO en niños con labio leporino y paladar hendido. Para la medición de disfunción orofacial, se empleó el instrumento NOT-S, a partir de las dimensiones de la función sensorial, respiración, hábitos de higiene oral, masticación y deglución, babeo y sequedad de boca. Para la medición de la CVRSO, se empleó el CPQ 8-10. Solo se identificaron diferencias significativas en el área de bienestar social, pero no el resultado general de CPQ 8-10 entre los niños con y sin disfunción orofacial.

El edentulismo y la CVRSO

Se llevaron a cabo 2 estudios en Brasil en los que se evaluó la asociación entre el edentulismo y la CVRSO (Tabla 1). Uno de los estudios [45] incluyó la población de

individuos mayores de 12 años, en el cual reportó que la pérdida de dientes anteriores se asoció negativamente con la CVRSO. En el segundo estudio evaluado que incluyó adultos entre 20 y 64 años se reportó que no existió asociación significativa entre el número de dientes perdidos y la CVRSO [21].

Evaluación de calidad de los estudios:

Con relación a la evaluación de la calidad de los estudios, 8 fueron de buena calidad [20,21,26,31–33,48,52], 22 de calidad intermedia [16–19,22,23,25,27–29,34–36,41,42,44,46,47,49,50,53,54] y 10 de mala calidad [24,30,34,37,38,40,43,45,51,55] (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo realizar una revisión sistemática para evaluar el impacto que tienen las enfermedades orales en la CVRSO en habitantes de los países de América Latina y el Caribe. Se incluyeron 40 estudios de diseño observacional, de los cuales 36 se desarrollaron en Brasil, uno en Perú, uno en Chile, uno en Trinidad y Tobago, y uno en Colombia. Del total de estudios incluidos, 30 evaluaron caries dental, 20 disoclusiones, 22 TDI, 3 enfermedades periodontales, uno labio leporino y paladar hendido, uno disfunción temporomandibular, 2 edentulismo y uno patología de las glándulas salivales. En 24 estudios se incluyó una población de niños, 10 una población de adolescentes, cuatro una población de adultos, y dos estudios evaluaron más de un grupo etario. Los instrumentos para medir la CVRSO más utilizados en los estudios incluidos fueron CPQ11-14 y B-ECOHIS. A pesar de la variedad de instrumentos utilizados para medir la CVRSO y de las diferentes definiciones de enfermedades orales

de los estudios incluidos, en la mayoría de estos estudios se reportó que la CVRSO de niños, adolescentes y adultos se ve afectada por las diferentes enfermedades orales evaluadas, y se complementa los resultados de revisiones previas con información específica para la región de América Latina y el Caribe [\[57,58\]](#).

En 27 de los 30 estudios incluidos se identificó alguna asociación negativa entre la presencia de caries dental y la CVRSO [\[16–19,21,23,25,27,28,30–36,41,42,44,46–49,51,53–55\]](#). Esto es consecuente con lo reportado en revisiones sistemáticas previas que consideraron la población de niños en edad preescolar y adolescentes, donde también se ha establecido esta asociación de forma negativa [\[7,59\]](#). Este hallazgo resulta de especial interés para la población de América Latina y el Caribe, dado que es una de las regiones con las mayores prevalencias e incidencias de caries dentales no tratadas en dientes deciduos y permanentes en el mundo [\[3\]](#). Asimismo, dentro de la misma región se ha identificado que la distribución de la prevalencia de caries en dientes deciduos y permanentes es desigual, pues se reporta una prevalencia de hasta 10 % y 20 % menor en Brasil con respecto a otros países de la región [\[60\]](#). Teniendo esto en cuenta es necesario contar con un mayor número de estudios con respecto a la relación entre la caries dental y la CVRSO en los demás países de la región, dado que, en la presente revisión sistemática, un 90 % de los estudios se realizaron en Brasil y el problema de la caries parece tener una mayor magnitud en los demás países de la región.

Por otra parte, sólo 9 de los 20 estudios incluidos que evaluaron la relación entre las disoclusiones y la CVRSO concluyeron que, a mayor gravedad del cuadro o ante la presencia de disoclusiones, la CVRSO empeora de manera significativa [\[23,24,26,27,46–48\]](#). No obstante, en la mayoría de los estudios donde no se identificó esta asociación se

tuvo en cuenta para el análisis la presencia o ausencia de la enfermedad, es decir, los individuos identificados con la condición pudieron haber tenido tanto formas leves como graves, lo cual puede haber ocasionado una subestimación de las asociaciones identificadas, teniendo en cuenta que 2 de los estudios incluidos que reportaron la relación de las disoclusiones con la CVRSO según niveles de gravedad de la disoclusión reportaron que son las formas más graves las que tienen un efecto negativo en la CVRSO [24,48]. Por otro lado, pese a que las disoclusiones afectan por sí mismas a la CVRSO, esta patología se encuentra comúnmente asociada a otras condiciones orales, como las caries y la enfermedad periodontal, principalmente debido a que las malposiciones dentarias pueden favorecer la acumulación de placa bacteriana y dificultar la higiene oral adecuada en aquellos que las padecen [61], por lo que la afectación de la CVRSO podría ser aún mayor en presencia de otras comorbilidades. Además, algunos padres de niños o adolescentes con disoclusión podrían subestimar esta enfermedad, debido a que generalmente el impacto de esta es perceptible cuando existen anomalías obvias que tienen un impacto psicológico o social en quien las padece [62], en tanto que en casos menos graves podrían pasar inadvertidas. Por otra parte, de relevancia para la región, principalmente compuesta por países de bajos y medianos ingresos, un factor importante a tener en cuenta es el costo elevado de los tratamientos ortodónticos y de ortopedia maxilar, que generalmente no son cubiertos por los sistemas de salud públicos de la región, situación que reduce las posibilidades de tratamiento de estos pacientes.

En cuanto a la relación entre la TDI y la CVRSO, de los 22 estudios evaluados, 13 identificaron una asociación negativa significativa entre la TDI y la CVRSO [17–19,22,29–31,33,34,38,43,44,54] mientras que 9 estudios no identificaron tal asociación

[16,23,28,35,47–51]. En la mayoría de estos últimos estudios no se incluyó la población de adolescentes, sino niños en edad escolar y preescolar, por lo que el impacto del TDI puede no haber sido significativo, dado que este grupo etario podría presentar una menor preocupación estética, y un menor impacto social ante la presencia de fracturas o pérdida dentaria anterior como consecuencia de una TDI. Al igual que nuestro estudio, las revisiones sistemáticas (RS) previas muestran resultados heterogéneos en cuanto a esta asociación, así, mientras la RS de Borges *et al.* reportó un impacto negativo de esta patología sobre la CVRSO en población preescolar [8], la RS de Antunes *et al.* [63], reporta que la asociación negativa entre la TDI y la CVRSO es significativa para todas las dimensiones de la CVRSO solo en adolescentes entre los 11 y 14 años, y cuando se emplea el instrumento CPQ 11-14, por su parte en poblaciones de menor edad solo se ve afectado el dominio de síntomas de la condición. Por lo tanto, la asociación entre la TDI y la CVRSO podría variar en función de la edad de la población y los instrumentos de medición de la CVRSO empleados [8,63]. Se requiere de estudios de mayor nivel metodológico y seguimiento a largo plazo para conocer más a profundidad esta asociación y a los grupos que se ven más afectados.

En general, son escasos los estudios que reportan el impacto de las enfermedades periodontales (n = 2) [37,49], disfunción temporomandibular (n = 1) [40], patología de las glándulas salivales (n = 1) [52], labio leporino y paladar hendido (n = 1) [39] y edentulismo (n = 2) [21,45], en la CVRSO, en la población de América Latina y el Caribe. Al respecto, en países de otras regiones del mundo, principalmente desarrollados, se ha reportado un mayor número de estudios en relación con la asociación de las enfermedades periodontales, edentulismo y xerostomía con la CVRSO [64]. Lo anterior pone en

evidencia la necesidad de generar más estudios sobre la relación de las enfermedades mencionadas y la CVRSO en la población de América Latina y el Caribe, con el objetivo de conocer en qué medida afectan estas enfermedades a la CVRSO y permiten la toma de medidas informadas con respecto a estas condiciones en el sistema de salud.

Es importante mencionar que, de los 42 países que conforman América Latina y el Caribe, solo 5 se encuentran representados en este estudio con un 90 % de los estudios realizados en Brasil. Esto pone a la luz, la presencia de una brecha importante de investigación en el tema de CVRSO en la región entre los países de América Latina y el Caribe, que ha sido previamente identificada para el área de salud pública dental [64], así como para la producción científica en general, donde Brasil tiene una mayor representación [65]. Esto probablemente se deba a la inversión de Brasil en investigación, la cual alcanza un aproximadamente el 1.3 % del PBI, el mayor porcentaje de la región, y cuenta con cerca de dos tercios del total de investigadores a tiempo completo de América del Sur. Estos factores ayudan a mejorar los indicadores de investigación de los países, por lo que su adaptación a otros contextos de la región es imperante para no dejar atrás a los demás países [66]. Por otro lado, en revisiones sistemáticas previas que han evaluado el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en general y la CVRSO en todo el mundo, la representatividad de países de América Latina y el Caribe es muy escasa [7–9,58], excepto para Brasil, lo que demuestra la carencia de investigación en el área de salud oral en la región.

En relación con los instrumentos de medida de la CVRSO empleados, los más frecuentes fueron CPQ11-14 ($n = 9$), B-ECOHIS ($n = 8$). Al respecto, en una revisión sistemática realizada por Zaror *et al.* (2018) se realizó una comparación estandarizada de los

instrumentos disponibles que evalúan la CVRSO en la población de niños y adolescentes, en la cual se incluyeron 18 instrumentos que fueron evaluados utilizando la herramienta Evaluating Measures of Patient-Reported Outcomes (EMPRO). El estudio concluyó que el ECOHIS en preescolares y el CPQ11-14 fueron los mejores calificados, presentaron buena confiabilidad, capacidad de respuesta e interpretabilidad [66]. De igual manera otra de las razones para la utilización frecuente de estos instrumentos es que han sido validados en varios idiomas, entre ellos, el inglés, el portugués y el español, por lo que son ampliamente utilizados en otras regiones [66]; en el caso particular de B-ECOHIS, se trata de una versión brasileña del ECOHIS que puede ser aplicada únicamente en ese país [67]. Por otro lado, pese a que en América Latina y el Caribe es predominante el español como primera lengua, existe una gran variedad de dialectos intrarregionales, lo cual exige que se lleven a cabo procedimientos de traducción, adaptación y validación de los instrumentos de medición de CVRSO disponibles en ese idioma, paso previo necesario para el desarrollo de estudios en el tema en los diferentes países de la región.

Entre las principales limitaciones de esta revisión sistemática se puede mencionar que los estudios incluidos presentaron diferentes criterios diagnósticos para la medición de las enfermedades orales, y diferentes instrumentos para evaluación de la CVRSO. Asimismo, en varios de los estudios no se reportaron estimadores de medidas de asociación, sino que se reportaron pruebas de hipótesis de diferencia de medias de los resultados de la CVRSO, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de enfermedades orales. Con esto, dada la heterogeneidad de los estudios, la utilidad de combinar los estimadores de asociación mediante un metaanálisis sería muy limitada. Por otro lado, es posible que algunos estudios publicados como literatura gris o en bases de datos

bibliográficas temáticas y regionales que no fueron consideradas en la búsqueda de la presente revisión sistemática no hayan sido incluidos. No obstante, se deben destacar las fortalezas de esta investigación. Esta es una de las primeras revisiones sistemáticas en la que se evalúa el impacto de las enfermedades orales y la CVRSO en el contexto de América Latina y el Caribe, que en revisiones sistemáticas similares previamente publicadas ha tenido escasa representatividad como región estudiada [7–9,58,68]. Además, se realizó una amplia búsqueda sistemática de información en cinco bases de datos, incluso LILACS, que alberga buena parte de las investigaciones arbitradas por pares en América Latina y el Caribe, con la finalidad de alcanzar la máxima representatividad de estudios sobre el tema provenientes de países de la región. Del mismo modo, en este estudio se ha incluido la evaluación de condiciones orales y grupos etarios no considerados en revisiones sistemáticas previas.

En conclusión, en la presente revisión sistemática se reporta que la mayoría de los estudios realizados en América Latina y el Caribe identificaron una relación negativa entre la presencia y/o gravedad de las condiciones orales y la CVRSO. Sin embargo, existe una gran brecha en la investigación científica de la región en esta materia, la cual se concentra en Brasil, por lo que existe una subrepresentación de los demás países de la región en este estudio. Este problema requiere de la implementación de políticas de investigación, ciencia y tecnología, junto con una mayor inversión del Estado, y el incentivo al desarrollo de estas investigaciones, que son de interés social y con enfoque en la salud pública. Asimismo, es necesario contar con un mayor número de estudios longitudinales prospectivos para evaluar el impacto de las enfermedades orales sobre la CVRSO teniendo en cuenta la temporalidad. Estos estudios deben incluir, con mayor

frecuencia, la población de adultos y adultos mayores, que actualmente no está siendo considerada en los estudios regionales, de esta manera se podría contar con información que permita una mejor toma de decisiones e inversión del limitado presupuesto en salud que es común en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. J Stomatol Oral Maxillofac Surg 2019;120:234–9. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.02.004>.
- [2] Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental 2020.
- [3] Dye BA. The Global Burden of Oral Disease: Research and Public Health Significance. J Dent Res 2017;96:361–3. <https://doi.org/10.1177/0022034517693567>.
- [4] Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. J Dent Res 2017;96:380–7. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>.
- [5] Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet 2019;394:249–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8).
- [6] Bennadi D, Reddy C. Oral health related quality of life. J Int Soc Prev Community Dent

2013;3:1–6. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.115700>.

- [7] Matamala-Santander A, Rivera-Mendoza F, Zaror C. Impacto de la Caries en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud Oral de Adolescentes: Revisión Sistemática y Metaanálisis. Int J Odontostomatol 2019;13:219–29. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2019000200219>.
- [8] Borges TS, Vargas-Ferreira F, Kramer PF, Feldens CA. Impact of traumatic dental injuries on oral health-related quality of life of preschool children: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE 2017;12:e0172235. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172235>.
- [9] Sun L, Wong HM, McGrath CP. Relationship Between the Severity of Malocclusion and Oral Health Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. Oral Health Prev Dent 2017;15:503–17. <https://doi.org/10.3290/j.ohpd.a38994>.
- [10] Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet Lond Engl 2019;394:261–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X).
- [11] Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA 2000;283:2008–12. <https://doi.org/10.1001/jama.283.15.2008>.
- [12] Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol 2009;62:e1-34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>.

- [13] Bramer WM, Giustini D, de Jonge GB, Holland L, Bekhuis T. De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. J Med Libr Assoc JMLA 2016;104:240–3. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.3.014>.
- [14] Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
- [15] National Heart Lung and Blood Institute. Study Quality Assessment Tools-NHLBI 2016.
- [16] Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, Raggio DP. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children: Oral health-related quality of life in preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2011;39:105–14. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00580.x>.
- [17] Abanto J, Tsakos G, Paiva SM, Carvalho TS, Raggio DP, Bönecker M. Impact of dental caries and trauma on quality of life among 5- to 6-year-old children: perceptions of parents and children. Community Dent Oral Epidemiol 2014;42:385–94. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12099>.
- [18] Abanto J, Tello G, Bonini GC, Oliveira LB, Murakami C, Bönecker M. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of preschool children: a population-based study. Int J Paediatr Dent 2015;25:18–28. <https://doi.org/10.1111/ipd.12092>.
- [19] Aldrigui JM, Abanto J, Carvalho TS, Mendes FM, Wanderley MT, Bönecker M, et al. Impact of traumatic dental injuries and malocclusions on quality of life of young children. Health Qual Life Outcomes 2011;9:78. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-78>.

- [20] Alves LS, Damé-Teixeira N, Susin C, Maltz M. Association among quality of life, dental caries treatment and intraoral distribution in 12-year-old South Brazilian schoolchildren. Community Dent Oral Epidemiol 2013;41:22–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00707.x>.
- [21] Batista MJ, Lawrence HP, Rosário de Sousa M da L. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. Health Qual Life Outcomes 2014;12:165. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0165-5>.
- [22] Bendo CB, Paiva SM, Varni JW, Vale MP. Oral health-related quality of life and traumatic dental injuries in Brazilian adolescents. Community Dent Oral Epidemiol 2014;42:216–23. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12078>.
- [23] Bittencourt JM, Martins LP, Bendo CB, Vale MP, Paiva SM. Negative effect of malocclusion on the emotional and social well-being of Brazilian adolescents: a population-based study. Eur J Orthod 2017;39:628–33. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjx020>.
- [24] Bretz YPM, Souza GLN, Corradi-Dias L, Serra-Negra JM, Paiva SM, Abreu LG. Severe malocclusion negatively impacts adolescents' quality of life. Rio Jan Dent J Rev Científica CRO-RJ 2019;4:41–7. <https://doi.org/10.29327/24816.4.1-8>.
- [25] Corrêa-Faria P, Daher A, Freire M do CM, de Abreu MHNG, Bönecker M, Costa LR. Impact of untreated dental caries severity on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. Qual Life Res 2018;27:3191–8. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1966-5>.
- [26] da Rosa GN, Del Fabro JP, Tomazoni F, Tuchtenhagen S, Alves LS, Ardenghi TM. Association

of malocclusion, happiness, and oral health-related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren: Malocclusion impacts happiness and OHRQoL. J Public Health Dent 2016;76:85–90. <https://doi.org/10.1111/jphd.12111>.

[27] Dutra SR, Pretti H, Martins MT, Bendo CB, Vale MP, Dutra SR, et al. Impact of malocclusion on the quality of life of children aged 8 to 10 years. Dent Press J Orthod 2018;23:46–53. <https://doi.org/10.1590/2177-6709.23.2.046-053.oar>.

[28] Feldens CA, Ardenghi TM, Dos Santos Dullius AI, Vargas-Ferreira F, Hernandez PAG, Kramer PF. Clarifying the Impact of Untreated and Treated Dental Caries on Oral Health-Related Quality of Life among Adolescents. Caries Res 2016;50:414–21. <https://doi.org/10.1159/000447095>.

[29] Feldens CA, Day P, Borges TS, Feldens EG, Kramer PF. Enamel fracture in the primary dentition has no impact on children’s quality of life: implications for clinicians and researchers. Dent Traumatol 2016;32:103–9. <https://doi.org/10.1111/edt.12222>.

[30] Firmino RT, Gomes MC, Clementino MA, Martins CC, Paiva SM, Granville-Garcia AF. Impact of oral health problems on the quality of life of preschool children: a case-control study. Int J Paediatr Dent 2016;26:242–9. <https://doi.org/10.1111/ipd.12182>.

[31] Freire-Maia FB, Auad SM, Abreu MHNG de, Sardenberg F, Martins MT, Paiva SM, et al. Oral Health-Related Quality of Life and Traumatic Dental Injuries in Young Permanent Incisors in Brazilian Schoolchildren: A Multilevel Approach. PLOS ONE 2015;10:e0135369. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135369>.

[32] Guedes RS, Ardenghi TM, Piovesan C, Emmanuelli B, Mendes FM. Influence of initial caries

lesions on quality of life in preschool children: a 2-year cohort study. Community Dent Oral Epidemiol 2016;n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12217>.

[33] Kramer PF, Feldens CA, Helena Ferreira S, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. Community Dent Oral Epidemiol 2013;41:327–35. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12035>.

[34] Maia ACD-SA, Pithon MM, Silva HKJ, Coqueiro RDS. Perception on the quality of life related to oral health in preschool children. Rio Jan Dent J Rev Científica CRO-RJ 2019;4:43–53. <https://doi.org/10.29327/24816.4.3-8>.

[35] Martins MT, Sardenberg F, Bendo CB, Abreu MH, Vale MP, Paiva SM, et al. Dental caries remains as the main oral condition with the greatest impact on children’s quality of life. PLOS ONE 2017;12:e0185365. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185365>.

[36] Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of Early Childhood Caries on the Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children and Their Parents. Caries Res 2013;47:211–8. <https://doi.org/10.1159/000345534>.

[37] Meusel DRDZ, Ramacciato JC, Motta RHL, Júnior RBB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. J Oral Sci 2015;57:87–94. <https://doi.org/10.2334/josnusd.57.87>.

[38] Milani AJ, Fonseca Alves N, Martins do Espirito-Santo T, Gonçalves Ribeiro L, Ammari MM, Antunes LS, et al. Impact of Traumatic Dental Injuries on Oral Health-Related Quality of Life of Preschool Children and Their Families Attending a Dental Trauma Care Program. Port J

Public Health 2019;37:19–25. <https://doi.org/10.1159/000501525>.

[39] Montes ABM, Oliveira TM, Gavião MBD, Barbosa T de S, Montes ABM, Oliveira TM, et al. Orofacial functions and quality of life in children with unilateral cleft lip and palate. Braz Oral Res 2019;33. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0061>.

[40] Oliveira de Lima C, Soares Miranda J, Liparini Caetano P, Veloso Malta N, Gonçalves Leite I, Pêsoa Pereira Leite F. Evaluation of the life quality in patients with Temporomandibular Disorders. Braz Dent Sci 2015;18:77. <https://doi.org/10.14295/bds.2015.v18i3.1144>.

[41] Passos-Soares J de S, Santos LP de S, Cruz SS da, Trindade SC, Cerqueira E de MM, Santos KOB, et al. The impact of caries in combination with periodontitis on oral health-related quality of life in Bahia, Brazil. J Periodontol 2018;89:1407–17. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0047>.

[42] Piva F, Pereira JT, Luz PB, Hugo FN, de Araújo FB. Caries progression as a risk factor for increase in the negative impact on OHRQOL—a longitudinal study. Clin Oral Investig 2018;22:819–28. <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2157-4>.

[43] Ramos-Jorge J, Paiva SM, Tataounoff J, Pordeus IA, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of treated/untreated traumatic dental injuries on quality of life among Brazilian schoolchildren. Dent Traumatol 2014;30:27–31. <https://doi.org/10.1111/edt.12048>.

[44] Ramos-Jorge J, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Marques LS, Paiva SM. Impact of untreated dental caries on quality of life of preschool children: different stages and activity. Community Dent Oral Epidemiol 2014;42:311–22. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12086>.

- [45] Rocha EKTG, Vanderlei AD, Ribeiro CMB, Lima AL de O, Santos AF dos, Filho EMT. Impact of Tooth Loss on Quality of Life. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada* 2016;16:69–78.
- [46] Sardenberg F, Martins MT, Bendo CB, Pordeus IA, Paiva SM, Auad SM, et al. Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian school children. *Angle Orthod* 2013;83:83–9. <https://doi.org/10.2319/010912-20.1>.
- [47] Scapini A, Feldens CA, Ardenghi TM, Kramer PF. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod* 2013;83:512–8. <https://doi.org/10.2319/062012-509.1>.
- [48] Simões RC, Goettems ML, Schuch HS, Torriani DD, Demarco FF, Simões RC, et al. Impact of Malocclusion on Oral Health-Related Quality of Life of 8-12 Years Old Schoolchildren in Southern Brazil. *Braz Dent J* 2017;28:105–12. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201701278>.
- [49] Tomazoni F, Zanatta FB, Tuchenhagen S, da Rosa GN, Del Fabro JP, Ardenghi TM. Association of Gingivitis With Child Oral Health-Related Quality of Life. *J Periodontol* 2014;85:1557–65. <https://doi.org/10.1902/jop.2014.140026>.
- [50] Vieira-Andrade RG, Siqueira MBL, Gomes GB, D'Avila S, Pordeus IA, Paiva SM, et al. Impact of traumatic dental injury on the quality of life of young children: a case-control study. *Int Dent J* 2015;65:261–8. <https://doi.org/10.1111/idj.12182>.
- [51] López-Ramos RP, García-Rupaya CR. Calidad de vida y problemas bucales en preescolares de la provincia de Huaura, Lima. *Rev Estomatológica Hered* 2014;23:139.

<https://doi.org/10.20453/reh.v23i3.24>.

[52] [Niklander S, Veas L, Barrera C, Fuentes F, Chiappini G, Marshall M, et al. Risk factors, hyposalivation and impact of xerostomia on oral health-related quality of life. Braz Oral Res 2017;31. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0014>.](#)

[53] [Naidu R, Nunn J, Donnelly-Swift E. Oral health-related quality of life and early childhood caries among preschool children in Trinidad. BMC Oral Health 2016;16:128. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0324-7>.](#)

[54] [Díaz S, Mondol M, Peñate A, Puerta G, Boneckér M, Martins Paiva S, et al. Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian preschoolers' oral health-related quality of life. Acta Odontol Latinoam AOL 2018;31:23–31.](#)

[55] [Martins-Júnior PA, Oliveira M, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Untreated dental caries: impact on quality of life of children of low socioeconomic status. Pediatr Dent 2012;34:49–52.](#)

[56] [Glendor U, Halling A, Andersson L, Eilert-Petersson E. Incidence of traumatic tooth injuries in children and adolescents in the county of Västmanland, Sweden. Swed Dent J 1996;20:15–28.](#)

[57] [Omara M, Stamm T, Bekes K. Four-dimensional oral health-related quality of life impact in children: A systematic review. J Oral Rehabil 2020;joor.13066. <https://doi.org/10.1111/joor.13066>.](#)

[58] [Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. J Dent Res 2017;96:864–74.](#)

<https://doi.org/10.1177/0022034517709737>.

- [59] [Nora ÂD, da Silva Rodrigues C, de Oliveira Rocha R, Soares FZM, Minatel Braga M, Lenzi TL. Is Caries Associated with Negative Impact on Oral Health-Related Quality of Life of Pre-school Children? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent* 2018;40:403–11.](#)
- [60] [Gimenez T, Bispo BA, Souza DP, Viganó ME, Wanderley MT, Mendes FM, et al. Does the Decline in Caries Prevalence of Latin American and Caribbean Children Continue in the New Century? Evidence from Systematic Review with Meta-Analysis. *PLOS ONE* 2016;11:e0164903. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164903>.](#)
- [61] [Kolawole KA, Folayan MO. Association between malocclusion, caries and oral hygiene in children 6 to 12 years old resident in suburban Nigeria. *BMC Oral Health* 2019;19:262. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0959-2>.](#)
- [62] [Vieira-Andrade RG, de Paiva SM, Marques LS. Impact of Malocclusions on Quality of Life from Childhood to Adulthood. In: Bourzgui F, editor. *Issues Contemp. Orthod., InTech*; 2015. <https://doi.org/10.5772/59485>.](#)
- [63] [Antunes LAA, Lemos HM, Milani AJ, Guimarães LS, Küchler EC, Antunes LS. Does traumatic dental injury impact oral health-related to quality of life of children and adolescents? Systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg* 2020;18:142–62. <https://doi.org/10.1111/idh.12425>.](#)
- [64] [Azañedo D, Hernández-Vásquez A. Worldwide scientific production in dental public health. Why it matters for the reduction of oral health inequalities? *Rev Fac Odontol Univ Antioquia* 2019;31.](#)

- [65] Van Noorden R. The impact gap: South America by the numbers. Nature 2014;510:202–3.
<https://doi.org/10.1038/510202a>.
- [66] Zaror C, Pardo Y, Espinoza-Espinoza G, Pont À, Muñoz-Millán P, Martínez-Zapata MJ, et al.
Assessing oral health-related quality of life in children and adolescents: a systematic review
and standardized comparison of available instruments. Clin Oral Investig 2019;23:65–79.
<https://doi.org/10.1007/s00784-018-2406-1>.
- [67] Scarpelli AC, Oliveira BH, Tesch FC, Leão AT, Pordeus IA, Paiva SM. Psychometric properties
of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). BMC
Oral Health 2011;11:19. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-11-19>.
- [68] van de Rijt LJM, Stoop CC, Weijnenberg RAF, de Vries R, Feast AR, Sampson EL, et al. The
Influence of Oral Health Factors on the Quality of Life in Older People: A Systematic Review.
The Gerontologist 2020;60:e378–94. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz105>.

ANEXOS

Figura 1. Flujo de la selección de estudios según la declaración PRISMA

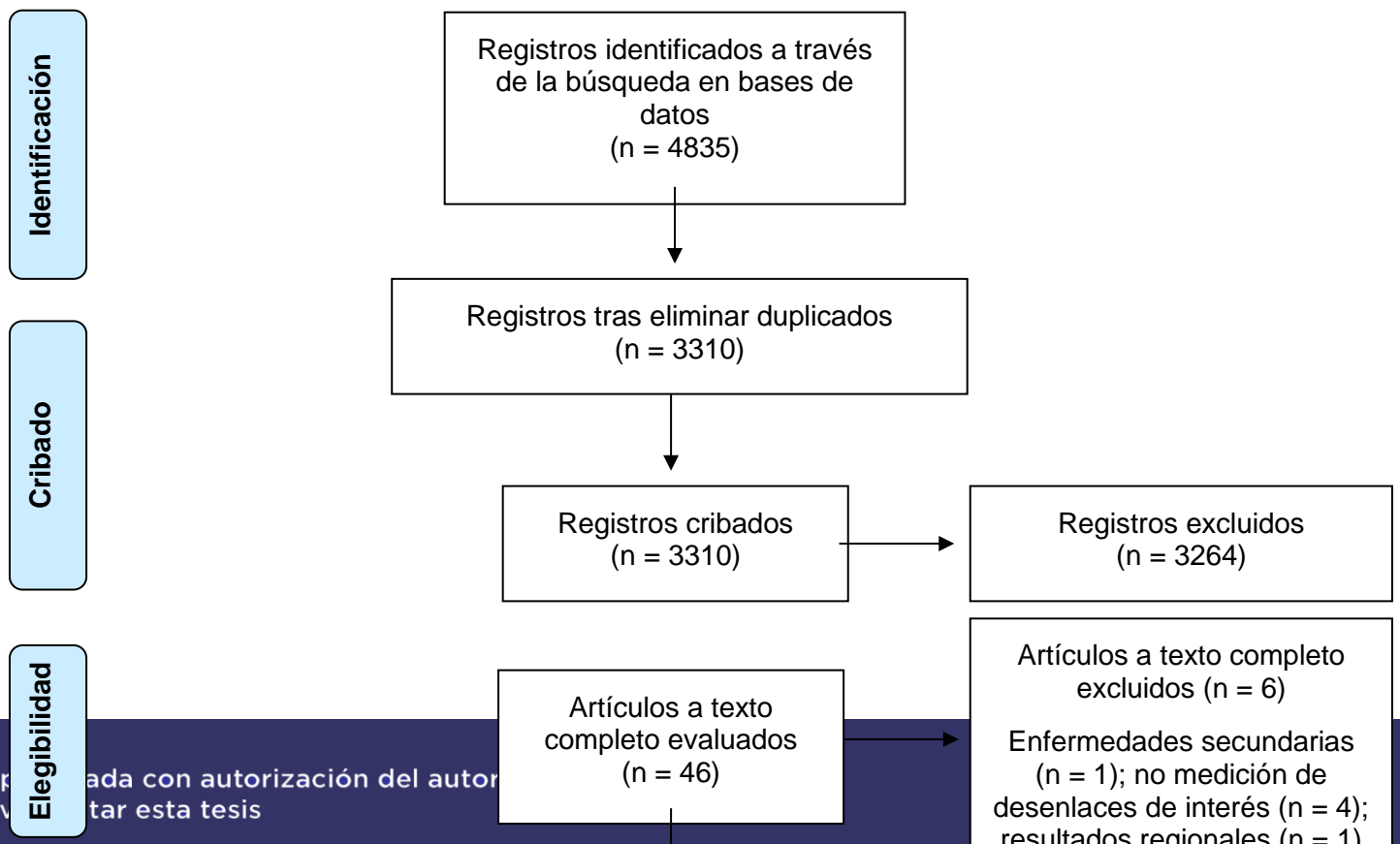


Tabla 1. Características de los estudios incluidos

N	Autor/Año	País	Diseño de estudio	Tamaño de muestra	Grupo etario	Enfermedades (instrumento)	Instrumento o OHRQoL
1	Alves <i>et al.</i> 2013	Brasil	Transversal	1528	12 años	Caries dental (DMFT)	CPQ11-14
2	Tomazoni <i>et al.</i> 2014	Brasil	Transversal	1134	12 años	Enfermedad periodontal (IPC), TDI (clasificación de O'Brien), disoclusión (DAI), caries dental (DMFT)	CPQ11-14
3	Da Rosa <i>et al.</i> 2016	Brasil	Transversal	1134	12 años	Disoclusión (DAI)	CPQ11-14

4	López Ramos y García Rupaya 2014	Perú	Transversal	153	3 a 5 años	Caries dental (dmft), disoclusión (presencia/ausencia)*, TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	ECOHIS
5	Piva <i>et al.</i> 2018	Brasil	Cohorte	Al inicio: 163. Seguimiento de dos años: 119.	3 a 4 años	Caries dental (criterio ICDAS)	B- ECOHIS
6	Feldens <i>et al.</i> 2016	Brasil	Transversal	509	11 a 14 años	Caries dental (DMFT), disoclusión (DAI), TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	CPQ 11-14 versión Brasil

7	Martins <i>et al.</i> 2017	Brasil	Casos y controles	546 (182 casos y 364 controles)	8 a 10 años	Caries dental (DFMT/dmft), disoclusión (DAI), TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	CPQ 8-10
8	Feldens <i>et al.</i> 2016	Brasil	Transvers al	1275	1 a 5 años	TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	ECOHIS
9	Oliveira de Lima <i>et al.</i> 2016	Brasil	Transvers al	101	16 a 80 años	Disfunción temporomandibular	OHIP-14
10	Kramer <i>et al.</i> 2013	Brasil	Transvers al	1036	2 a 5 años	Caries dental (dmft), disoclusión (presencia/ausencia)*, TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen).	ECOHIS

11	Abanto <i>et al.</i> 2014	Brasil	Transvers al	335	5 a 6 años	Caries dental (dmft), TDI (clasificado según Glendor <i>et al.</i>)	SOHO-5
12	Martins- Júnior <i>et al.</i> 2013	Brasil	Transvers al	638	2 a 5 años	Caries dental (dmft)	ECOHIS
13	Simões <i>et al.</i> 2017	Brasil	Transvers al	1206	8 a 12 años	Caries dental (DMFT), disoclusión (DAI), TDI (clasificación de O'Brien)	CPQ8-10 y CPQ11-14
14	Dutra <i>et al.</i> 2018	Brasil	Transvers al	270	8 a 10 años	Caries dental (DMFT/dmft), disoclusión (DAI)	CPQ 8-10
15	Abanto <i>et al.</i> 2011	Brasil	Transvers al	260	2 a 5 años	Caries dental (dmft), disoclusión (presencia/ausencia)*, TDI	ECOHIS

(clasificación de Andreasen y
Andreasen)

16	Firmino <i>et al.</i> 2016	Brasil	Casos y controles	415	3 a 5 años	Caries dental (ICDAS-II), TDI (presencia/ausencia)	B-ECOHis
17	Meusel <i>et al.</i> 2015	Brasil	Transvers al	100	30 a 58 años	Enfermedad periodontal (leve/moderado/grave)	OHIP-14Br
18	Rocha <i>et al.</i> 2016	Brasil	Transvers al	224	12 años	Edentulismo (presencia/ausencia)*	OHIP-14
19	Batista <i>et al.</i> 2014	Brasil	Transvers al	248	20 a 64 años	Caries dental (DMFT), edentulismo (número de dientes faltantes)	OHIP-14

20	Abanto <i>et al.</i> 2015	Brasil	Transvers a	1215	1 a 4 años	Caries dental (dmft), disoclusión (presencia/ausencia)*, TDI (clasificación según Glendor <i>et al.</i>)	B-ECOHIS
21	Aldrigui <i>et al.</i> 2011	Brasil	Transvers al	260	2 a 5 años	Caries dental (dmft), disoclusión (presencia/ausencia)* TDI (clasificación según Glendor <i>et al.</i>)	B-ECOHIS
22	Milani <i>et al.</i> 2019	Brasil	Transvers al	146	2 a 6 años	TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	B-ECOHIS
23	Vieira- Andrade <i>et al.</i> 2015	Brasil	Casos y control	335 (67 casos y 268 controles)	3 a 5 años	Caries dental (ICDAS), TDI (clasificación de Andreasen y	B-ECOHIS

Andreasen), disoclusión
(presencia/ausencia)*

24	Ramos-Jorge <i>et al.</i> 2014	Brasil	Transvers al	668	12 a 15 años	TDI (clasificación de O'Brien)	Child-OIDP
25	Ramos-Jorge <i>et al.</i> 2014	Brasil	Transvers al	499	3 a 5 años	Caries dental (ICDAS, ALA), disoclusión (presencia/ausencia)*, TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen).	ECOHIS
26	Corrêa-Faria <i>et al.</i> 2018	Brasil	Transvers al	563	2 a 5 años	Caries dental (dmft e índice Pufa)	B- ECOHIS

27	Guedes <i>et al.</i> 2016	Brasil	Cohorte	Al inicio: 487. Seguimiento de dos años: 352.	1 a 5 años	Caries dental (ICDAS)	B- ECOHIS
28	Sardenberg <i>et al.</i> 2013	Brasil	Transvers al	1204	8 a 10 años	Caries dental (dmft), disoclusión (DAI)	CPQ 8-10
29	Scapini <i>et al.</i> 2013	Brasil	Transvers al	509	11 a 14 años	Caries dental (DMFT), disoclusión (DAI), TDI (presencia/ausencia)*	CPQ11-14/ ISF:16
30	Bittencourt <i>et al.</i> 2017	Brasil	Transvers al	1614	11 a 14 años	Caries dental (DMFT), disoclusión (DAI), TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	CPQ11-14/ ISF:16
31	Naidu <i>et al.</i> 2016	Trinidad y Tobago	Transvers al	245	3 a 5 años	Caries dental (dmft)	ECOHIS

32	Bendo <i>et al.</i> 2014	Brasil	Casos y controles	1215 (405 casos y 810 controles)	11 a 14 años	Caries dental (recomendaciones de la OMS), disoclusión (DAI), TDI (clasificación de Andreasen y Andreasen)	CPQ11-14- ISF:16
33	Freire-Maia <i>et al.</i> 2015	Brasil	Transvers al	1201	8 a 10 años	Caries dental (recomendaciones de la OMS), TDI (clasificación de Andreasen), disoclusión (DAI)	CPQ 8-10 versión Brasil
34	Montes <i>et al.</i> 2019	Brasil	Casos y controles	108	8 a 10 años	Labio leporino y paladar hendido unilateral (presencia/ausencia)*.	CPQ 8-10 versión Brasil
35	Díaz <i>et al.</i> 2018	Colombia	Transvers al	643	1 a 5 años	Caries dental (dmft), disoclusión (presencia/ausencia)*, TDI	C-ECOHis

(clasificación de Andreasen y
Andreasen)

36	Maia <i>et al.</i> 2019	Brasil	Casos y controles	238	5 a 6 años	Caries dental (dmft), TDI (presencia/ausencia)*	B-SOHO 5
37	Niklander <i>et al.</i> 2017	Chile	Casos y controles	566	18 a 83 años	Patología de glándulas salivales: xerostomía (VAS)	OHIP-14sp
38	Bretz <i>et al.</i> 2019	Brasil	Transvers al	117	11 a 12 años	Disoclusión (DAI)	CPQ11-14
39	Passos- Soares <i>et al.</i> 2018	Brasil	Transvers al	306	18 a 80 años	Caries dental (DMFT), enfermedad periodontal (estado periodontal)	OHIP-14

40	Martins- Júnior <i>et al.</i> 2012	Brasil	Transvers al	112	8 a 10 años	Caries dental (DMFT o dmft)	CPQ 8-10
----	--	--------	-----------------	-----	-------------	-----------------------------	----------

* No se especificó qué instrumento de diagnóstico se utilizó.

TDI: Traumatismos dentales

IPC: Índice periodóntico comunitario

DMFT: Índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados; dmft: Índice de dientes primarios cariados, perdidos y obturados.

ECOHIS: Escala de impacto de la salud oral en la primera infancia. B-ECOHIS: Versión brasileña de la escala de impacto de la salud oral en la primera infancia.

C-ECOHIS: Versión colombiana de la escala de impacto de la salud oral en la primera infancia.

Child-OIDP: Impacto en la salud oral en las actividades diarias del niño.

SOHO: Escala de resultados de salud oral. SOHO-5: Escala de resultados de salud oral para niños de 5 años. B-SOHO-5: Versión brasileña de la escala de resultados de la salud oral para niños de 5 años.

CPQ 8-10: Cuestionario de percepción infantil para niños de 8 a 10 años. CPQ11-14: Cuestionario de percepción infantil para niños de 11 a 14 años. CPQ11-14 / ISF: 16: Cuestionario de percepción del niño para niños de 11 a 14 años - Versión corta.

OHIP-14: Perfil de impacto en la salud oral-14. OHIP-14Br: Cuestionario brasileño del perfil de impacto en la salud oral-14. OHIP-14sp: Versión en español del perfil de impacto en la salud oral-14.

DAI: Índice de estética dental. VAS: Escala analógica visual.

ICDAS: Sistema internacional de detección y evaluación de caries

PUFA: Índice de pulpa, ulceración, fístula y absceso.

ALA: Evaluación de la actividad de la lesión.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Tabla 2. Resumen de los resultados de los estudios de diferentes enfermedades orales y CVRSO.

Autor/Año	Enfermedades orales	Referencia/Exposición*	Instrumento CVRSO	Principales hallazgos	Crudo o ajustado
1. Alves et al. 2013	Caries dental	Caries distribución intraoral: libre de caries/solo dientes posteriores/dientes anteriores	CPQ11-14	aRR (95 % CI) *p < 0.05. Solo dientes posteriores: 1.01 (0.96-1.06)/dientes anteriores: 1.11 (0.99-1.24).	Género y estado socioeconómico
2. Tomazoni et al. 2014	Enfermedad periodontal/caries dental/TDI/disoclusión	Sangrado gingival: <15 % sitio / ≥ 15% sitio. Caries dental: ausencia/presencia de caries	CPQ11-14	aRR (95 % CI) *p < 0.05. Sangrado gingival: 1.15 (1.10-1.21)*	Condiciones clínicas orales y amplias variables a nivel individual y contextual

	dental. ausencia/presencia de TDI	TDI:	Caries dental: 1.08 (1.03-1.12)*
	Disoclusión: ausencia/presencia de disoclusión		TDI: 1.00 (0.94-1.04) Disoclusión: 1.16 (1.11- 1.21)*
3. Da Rosa <i>et al.</i> 2016	Disoclusión Gravedad de disoclusión: ninguna- menor/definida/grave/ discapacitante	CPQ11-14	aRR (95 % CI) * p < Educación de la madre, educación Disoclusión definida: del padre, caries 1.07 (1.01-1.12)*/ grave: dental, color de piel, 1.20 (1.11- género, traumatismo 1.28)*/ discapacitante: dental e ingresos 1.26 (1.17-1.35)*. promedios

4. López Ramos *et al.* 2014 Caries dental/disoclusión/ TDI Caries en la primera infancia: ausencia/grave/muy grave. TDI: ausencia/presencia de TDI. Disoclusión anterior: ausencia/presencia de disoclusión. ECOHIS Media (DS) ***p < 0.05.** Crudo Ausencia de caries: 8.75 (7.33)*/grave: 13.78 (8.28)*/muy grave: 24.88 (9.43)*. TDI: ausencia: 15.22 (10.42), presencia: 18.07 (8.22). Disoclusión anterior: ausencia: 15.21 (9.97)/ presencia: 19.6 (13.51).

5. Piva *et al.* 2018 Caries dental Caries en la primera infancia: dmf-t = 0/dmf-t ≥1 B-ECOHis cRR (95 % CI) Crudo ***p < 0.05.** Al inicio: dmf-t ≥1: 2.75

(1.33–5.68)*.

2 años después de

seguimiento: dmf-t ≥1:

3.12 (1.22-7.96)*

6.	Feldens et al. 2016	Caries dental/ disoclusión TDI	Caries dental/ grave/ muy grave. ausencia/presencia disoclusión. ausencia/presencia traumatismo dental.	Sin caries muy grave.	CPQ 11-14 versión Brasil	aRR (95 % CI)	*p < 0.05. Caries dental: grave: 1.11 (0.98-1.27)/muy grave: 1.30 (1.12-1.51)*. Disoclusión: presencia: 1.13 (1.00- 1.28).	Género, etnia, ingreso familiar mensual, estructura familiar y escolaridad de la madre. Sin ajustar para traumatismo dental.
----	---------------------	--------------------------------	---	-----------------------	--------------------------	---------------	--	--

cRR (95 % CI)

***p < 0.05:** TDI:

presencia: 1.06 (0.87-1.29).

7. Martins et al. 2017 Caries dental/disoclusión/ TDI	Caries dental: DMFT/dmft = CPQ8-10	aOR (95 % CI)	Ajustado (no especificado)
	0/	*p < 0.05.	
	DMFT/dmft = 1 o 2/	Caries dental:	
	DMFT/dmft ≥ 3.	DMFT/dmft = 1 o 2:	
	Disoclusión: ausencia-leve/	1.61 (1.05-2.49)*/	
	presencia de disoclusión.	DMFT/dmft ≥ 3: 2.06	
		(1.28-3.31)*.	

		TDI: ausencia/presencia de traumatismo dental.	Disoclusión: presencia: 1.21 (0.82-1.78). TDI: presencia: 1.11 (0.66-1.87).
8. Feldens et al. 2016	TDI	TDI: ausencia/ fractura de esmalte/otros	ECOHis aPR (95% CI) *p < 0.05. Edad, disoclusión, Fractura de esmalte: uso de servicios odontológicos y presencia de caries dentales. 1.10 (0.62-1.93)/otros: 1.87 (1.39-2.52)*
9. Oliveira de Lima et al. 2016	Disfunción temporomandibular	Disfunción temporomandibular: sin disfunción por trastorno	OHIP-14 Media (DS) *p < 0.05. Crudo Sin disfunción por trastorno muscular: 7.32

muscular/con disfunción por
 trastorno muscular.

Sin disfunción por
 desplazamiento del disco/ con
 disfunción por desplazamiento
 del disco.

Sin disfunción por artralgias,
 artritis y artrosis/Con
 disfunción por artralgias,
 artritis y artrosis.

(3.99)/Con disfunción
 por trastorno muscular:

11.76 (6.27)*. Sin
 disfunción por
 desplazamiento del
 disco: 10.04 (6.15)/con
 disfunción por
 desplazamiento del
 disco: 10.34 (5.87). Sin
 disfunción por artralgias,
 artritis y artrosis: 10.05
 (5.44)/Con disfunción
 por artralgias, artritis y
 artrosis: 10.33 (6.30).

10. Kramer <i>et al.</i> 2013	Disoclusión/caries dental/TDI	Caries dental: ausencia de caries/grave/muy grave. TDI: ausencia/presencia de Disoclusión: ausencia/presencia de disoclusión.	ECOHis	aRR (95 % CI) *p < 0.05: Caries dental: grave: 1.62 (1.17-2.23)*/ muy grave: 2.74 (2.02-3.72)*. TDI: presencia: 1.70 (1.27-2.27)*. Disoclusión: presencia: 1.42 (1.04-1.94)*	Disoclusión: edad, caries dental, TDI
11. Abanto <i>et al.</i> 2014	Caries dental/TDI	Caries dental: ausencia/baja experiencia/alta experiencia. TDI: ausencia/no complicado/complicado	SOHO-5	aRR (95 % CI) *p < 0.05: Reporte del niño: caries dental: baja experiencia: 3.85 (2.83-5.23)*/alta experiencia: 6.37 (4.71-8.62)*.	Género, edad, familiares/crudo para TDI

cTDI: no complicado:

0.69 (0.51-

0.94)*/Complicado: 1.11

(0.84-1.47). aRR (95%

CI) ***p < 0.05**: Reporte

de los padres: baja

experiencia: 4.82 (3.39-

6.85)*/alta experiencia:

10.81 (7.65-15.27)*.

cTDI no complicado:

0.83 (0.57-

1.22)/complicado: 1.10

(0.81-1.50).

12. Martins-Júnior <i>et al.</i> 2013	Caries dental	Caries dental: ECOHIS ausencia/grave/muy grave de caries dental.	aRR (95 % CI)	* p < 0.05 . Grave: 2.45 (1.64-3.65)* /muy grave: 5.32 (3.67-7.71)*	Edad del niño, edad de la madre, género.
13. Simões <i>et al.</i> 2017	Disoclusión/ TDI/ caries dental	Disoclusión: ausencia o leve/definida/ grave/muy grave disoclusión. TDI: ausencia o leve/TDI grave. Caries dental: ausencia/presencia de caries dental.	CPQ8-10 y CPQ11-14	aRR (95% CI) * p < 0.05 . CPQ8-10: Disoclusión definida: 1.10 (0.95-1.27)/ grave: 1.04 (0.87-1.24)/ muy grave: 1.24 (1.02-1.51)*. TDI grave: 1.23 (0.89-1.70). Caries e dental: presencia: 1.16 (1.03-1.32)*	Ajustado por variables demográficas (sexo, edad, raza), características socioeconómicas (educación materna e ingresos familiares), variables

aRR (95 % CI) ***p < 0.05** clínicas (caries y CPQ11-14: Disoclusión trauma dentales).
definida: 1.09 (0.90-1.32)/
grave: 1.17 (0.89-1.54)/
muy grave: 1.28 (1.01-1.62)*. TDI grave: 1.02 (0.71-1.47). Caries dental: presencia: 1.14 (0.98-1.35).

14. Dutra et al. 2018	Disoclusión/ caries dental	Disoclusión extremadamente severa: normal o leve/ definida/grave. Caries dental: ausencia de	CPQ8-10	cPR (95 % CI) * p < 0.05 Crudo Disoclusión normal o leve: 0.442 (0.258-0.758)*/ definida: 0.591
-----------------------	----------------------------	---	---------	---

dientes caídos no tratados/
 presencia de dientes caídos
 no tratados. (0.339-1.031)/Grave:
 0.407 (0.224-0.740)*
 Caries dental: cPR (95%
 CI) ***p < 0.05**. Ausencia
 de dientes caídos no
 tratados: 0.758 (0.613-
 0.937)*

15. Abanto <i>et al.</i> 2011	Caries dental/TDI/disoclusión	Caries ausencia/grave/muy grave. TDI: ausencia/presencia de traumatismo dental Disoclusión: ausencia/presencia de disoclusión	dental: ECOHIS grave.	aRR (95 % CI) Ingreso familiar
-------------------------------	-------------------------------	---	-----------------------	--------------------------------

***p < 0.05**. Caries dental:
 grave: 2.03 (1.40-2.95)*/
 muy grave: 3.89 (2.68-
 5.64)*. aRR (95% CI)
 ***p < 0.05**. TDI: 1.27
 (0.98-1.65). Disoclusión:

presencia: 0.95 (0.73-1.24).

16. Firmino <i>et al.</i> 2016	Caries dental/ TDI	Caries dental: sin lesión y/o con manchas blancas/grave/muy grave. Ausencia/presencia de caries dental. TDI: ausencia/presencia de traumatismo dental.	B-ECOHIS	aOR (95 % CI)	Tipo de escuela
				* p < 0.05 : Caries dental: grave: 2.98 (1.69-5.26)*/muy grave: 12.58 (5.31-29.79)*. TDI: presencia: 2.11 (1.23-3.62)*.	preescolar (privado/público), percepción de los padres/cuidadores sobre la salud general del niño, percepción de los padres/cuidadores sobre la salud oral del niño e historial de visitas al dentista.
				cOR (95 % CI)	
				* p < 0.05 . Caries dental: presencia: 3.66 (2.14-6.24)*.	

Crudo para caries dental: presencia o ausencia.

17. Meusel <i>et al.</i> 2015	Enfermedad periodontal	Gravedad de enfermedad periodontal: crónica leve o moderada/Periodontitis crónica grave.	OHIP-14Br	Media (DS) * p < 0.05 . Crudo
				Leve-moderada 18.2 (12.9)/ Grave: 24.1 (14.8)*

18. Rocha <i>et al.</i> 2016	Edentulismo	Pérdida de dientes anteriores: no/sí	OHIP-14	Media (DS) * p < 0.05 . Crudo
				Pérdida de dientes anteriores: no: 6.28 (5.85)/sí: 8.43 (6.70)*

19. Batista et al. 2014	Edentulismo/caries dental	Pérdida de dientes: sin pérdida de dientes/desdentados/pérdida de 13-31 dientes/pérdida de hasta 12 dientes, incluido 1+ anterior/pérdida de hasta 12 dientes posteriores, excluidos los primeros molares/pérdida de 1-4 primeros molares. Caries dental: sí/no.	OHIP-14	aOR	(95 % CI)	Factores
				*p < 0.05:		Pérdida de socioeconómicos, dientes: desdentado: uso de cuidado dental, fumador, 16.89)/pérdida de 13-31 caries no tratadas y dientes: 1.08 (0.38- 3.05)/ Pérdida de hasta tratadas, 12 dientes incluido 1+ alfabetización en anterior: 0.96 (0.37- 2.51)/pérdida de hasta 12 dientes posteriores, excluidos los primeros molares: 1.37 (0.38- 4.97)/ Pérdida de 1-4 primeros molares 1.28

(0.30-5.52). Caries dental: sí: 3.96 (1.85-8.51)*

20. Abanto <i>et al.</i> 2015	Traumatismo dental /disoclusión/caries dental	Gravedad del traumatismo dental: ausencia/lesiones no complicadas/lesiones complicadas. Disoclusión: ausencia/presencia de disoclusión. Caries dental: ausencia/presencia de caries dentales.	B-ECOHIS	aPR	(95 % CI)	Edad, caries dental
				p < 0.05.		Gravedad del traumatismo dental: lesiones no complicadas: 0.75 (0.55-1.03)/lesiones complicadas: 2.10 (1.01-4.39). Disoclusión: presencia: 0.87 (0.67-1.13). Caries dental:

dmft \geq 1: 1.14 (0.65-1.99).

24. Ramos-Jorge *et al.* 2014 TDI TDI: Child-OIDP =0/ Child-OIDP \geq 1 Child-OIDP aPR (95%CI) ***p < 0.05**. Edad, género, escolaridad materna, disoclusión y caries dental Child-OIDP \geq 1: 1.73 (1.2-2.4)*

25. Ramos-Jorge *et al.* 2014 Caries dental/ disoclusión/TDI Caries dental: diferenciada con dentina visible: activa =0/ \geq 1/caries extensa: sin ECOHIS aRR (95 % CI) Nivel educativo de la madre, fácil acceso a la atención médica, edad del niño/Crudo para disoclusión. ***p < 0.05**: Caries dental: Activa \geq 1: 1.74 (1.29-2.34)*.

exposición pulpar: activa: =0/

≥1; inactiva: =0/ ≥1.

Con exposición pulpar y

ausencia de fístula: =0/ ≥1.

Remanente de raíz: =0 / ≥1

TDI: ausencia/presencia de

TDI. Disoclusión:

ausencia/presencia de

disoclusión.

Caries extensa: sin

exposición pulpar:

activo ≥1: 4.28 (3.05-

6.01)*. Inactiva ≥1: 3.68

(1.74-7.81)*.

Con exposición pulpar y

ausencia de fístula: ≥1:

1.57 (1.16-2.12)*.

Remanente de raíz: ≥1:

1.52 (1.17-1.98)*. TDI:

Presencia: 1.70 (1.26-
2.28)*.

cRR (95 % CI)

***p < 0.05:** Disoclusión:

cRR (95 % CI)

Presencia: 1.00 (0.71-
1.41)

26. Corrêa-Faria <i>et al.</i> 2018	Caries dental	Caries dental no tratada: ausencia/sin consecuencias clínicas/ con consecuencias clínicas.	B-ECOHIS	aPR (95%CI) *p < 0.05. Caries dental no tratada: sin consecuencias clínicas: 1.16 (0.99-	Edad, género, nivel educativo de la madre
-------------------------------------	---------------	--	----------	--	---

1.35)/
 con consecuencias
 clínicas: 1.31 (1.01-
 1.70)*

27. Guedes <i>et al.</i> 2016	Caries dental: sin lesiones de caries/sólo lesiones de caries iniciales/al menos una lesión de caries moderada/lesiones extensas	B-ECOHIS	aRR	(95 % CI)	Ingreso del hogar
			<p>*p < 0.05. Solo lesiones de caries iniciales: 1.34 (0.77-2.36)/Al menos una lesión de caries moderada: 2.54 (1.17-5.50)*/ Lesiones extensas: 4.28 (2.54-7.20)*</p>		

28. Sardenbe rg <i>et al.</i> 2013	Disoclusión/caries dental no tratada	Disoclusión: ausencia/presencia de disoclusión. Caries dental no tratada: ausencia/presencia	CPQ8-10	aPR *p < 0.05. presencia: 1.30 (1.15- 1.46)* cPR (95% CI) *p < 0.05. Caries dental no tratada: presencia: 1.60 (1.35- 1.88)*.	(95 % CI)	Caries dental, Disoclusión: género, vulnerabilidad social, tipo de escuela, escolaridad de los padres/tutores y número de personas en el hogar. Crudo para caries dental.
--	---	--	---------	--	-----------	---

29. Scapini <i>et al.</i> 2013	Disoclusión/TDI/ caries dental	Disoclusión: ausencia o menor/definitiva/grave/ discapacitante. TDI: ausencia/presencia. Caries dental: DMFT 0/DMFT 1-3/ DMFT>3.	CPQ11-14/ ISF:16	Media (DS) * p < 0.05 . Crudo Disoclusión: normal o menor: 11.75 (8.42)*/ definitiva: 12.30 (8.57)*/ grave: 13.39 (8.55)*/ discapacitante: 14.55 (8.97)*. TDI: ausencia: 12.75 (8.46)/ presencia: 13.54 (10.06). Caries dental: DMFT 0: 11.64 (8.54)/ DMFT 1-3: 13.35 (8.05)/ DMFT > 3: 15.98 (9.18)*.
--------------------------------	-----------------------------------	---	------------------	--

30. Bittencourt et al. 2017	Disoclusión/TDI/ caries dental	Disoclusión: ausencia o leve/definitiva/grave/ discapacitante disoclusión.	CPQ11-14-ISF:16	aPR (95 % CI) *p < 0.05: disoclusión definitiva: 1.11 (1.01-1.21)*/grave: 1.10 (0.98-1.25)/discapacitante: 1.26 (1.13-1.42)*.	Edad, sexo, SVI, DMFT, traumatismos dentales y tipo de escuela.
		TDI: ausencia/presencia de TDI.		cPR (95 % CI) *p < 0.05: TDI: presencia: 1.01 (0.93-1.10).	Crudo para TDI y caries dental.
		Caries dental: DMFT=0/ DMFT≥1.		cPR (95 % CI) *p < 0.01: Caries dental:	

DMFT \geq 1: 1.10 (1.03-
1.17)*

31. Naidu <i>et al.</i> 2016	Caries dental Caries en la primera infancia: dmft: dmft=0/ dmft=1-3/ dmft>4.	ECOHIS	aOR (95 % CI)	Edad y género de los padres, edad y género de los niños.
			* p < 0.05: Caries dental: dmft=1-3: 2.55 (1.19-5.50)*/ dmft>4: 8.70 (3.54- 23.13)*	
32. Bendo <i>et al.</i> 2014	TDI/caries dental/ disoclusión TDI: ausencia/fractura restaurada/solo fractura de esmalte/fractura que involucra dentina o pulpa.	CPQ11-14-ISF:16	aOR (95 % CI)	Edad, disoclusión, y caries dental. restaurada: 1.75 (0.95-3.21)/solo fractura de

Caries dental: sin lesión no tratada/con lesión no tratada.
 Disoclusión: ausencia o leve/presencia de disoclusión.

esmalte: 0.63 (0.39-1.03)/ fractura que involucra dentina o pulpa: 2.40 (1.26-4.58)*.
 aOR (95 % CI)
***p < 0.05.** Caries dental: con lesión no tratada: 1.30 (0.99-1.70). aOR (95 % CI) ***p < 0.05.**
Disoclusión: presencia: 1.68 (1.30-2.18)*

33. Freire-Maia <i>et al.</i> 2015	TDI/caries dental/ Disoclusión	TDI: ausencia o con traumatismo	CPQ8-10 Br versión brasileña.	aOR (95% CI) *p < 0.05: TDI: Grave: 2.54 (1.21-5.31)*. Caries dental:	Sexo, edad, nivel de educación de los padres/cuidadores,
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---	--

		leve/traumatismo grave.			presencia: 2.05 (1.50-2.80)*	TDI, caries dental, resalte maxilar anterior, tipo de escuela.
		Caries dental:			Disoclusión: resalte maxilar anterior: / >4:	
		ausencia/presencia de caries dental. Disoclusión: resalte maxilar anterior ≤3/ >4			1.64 (1.03-2.62)*	
34. Montes <i>et al.</i> 2019	Labio leporino y paladar hendido (UCLP)	Grupo UCLP/grupo control	CPQ8-10 versión brasileña.	Media (DS) Grupo UCLP: 17.2 (13.0)/grupo control: 13.4 (12.1)	*p < 0.05.	Crudo
35. Díaz <i>et al.</i> 2018	Caries dental /TDI/Disoclusión	Caries ausencia/grave/muy grave.	Caries dental: grave.	C-ECOHis	aRR (95%CI) *p < 0.05.	Edad, educación de la madre,

TDI: ausencia/presencia de
TDI. Disoclusión: ausencia/
presencia de disoclusión.

dental: grave: 1.53 hacinamiento en el
(1.11-2.13)*/muy grave: hogar, estructura
3.38 (2.35-4.86)*. TDI: familiar/crudo para
presencia: 1.56 (1.16- disoclusión
2.11)*. Disoclusión:
presencia: 1.09 (0.81-
1.45)

36. Maia <i>et al.</i> Caries dental/TDI 2019	Caries ausencia/experiencia baja de caries/experiencia alta de caries. TDI: ausencia/presencia de TDI	dental: B-SOHO 5	Media (DS) * p < 0.05 : Crudo Caries dental: ausencia: 0.94 (1.44)/experiencia baja de caries: 1.75 (2.05)/ experiencia alta de caries: 4.61 (3.51)*. TDI:
--	---	------------------	--

ausencia: 2.14
 (2.74)/presencia: 3.33
 (3.24)*

37. Niklander *et al.* 2017 Patología de las glándulas salivales Presencia/ausencia xerostomía de OHIP-14sp Media (DS) ***p < 0.05**. Crudo Xerostomía: Presencia: 20.05 (14.32)/ausencia 12.71 (12.99)*

38. Bretz *et al.* 2019 Disoclusión Disoclusión: Ausente o leve/ definida/grave disoclusión CPQ11-14 aOR (95 % CI) Género ***p < 0.05**. Disoclusión definida: 1.54 (0.61-3.89)/grave: 2.63 (1.07-6.45)*.

39. Passos- Soares <i>et al.</i> 2018	Caries dental/ periodontitis	Caries dental: No expuesta/ con caries o periodontitis/ con caries y periodontitis combinadas	OHIP-14	aPR	(95 % CI)	Edad, escolaridad y tabaquismo	sexo,
				p < 0.05.	1.34 (0.87-2.05).	Expuesto a caries y periodontitis	combinadas: 1.63 (1.03- 2.59)
40. Martins- Júnior <i>et al.</i> 2012	Caries dental	Caries dental: ausencia/ presencia de caries dental no tratada	CPQ8-10	Media (DS)	*p < 0.05.	Crudo	Caries dental: sin caries dental: 12 (7.1)/con caries dental no tratada: 23.1 (13.9)*.

TDI: traumatismos dentales.

DMFT: Índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados; dmft: Índice de dientes primarios cariados, perdidos y obturados.

ECOHIS: escala de impacto de la salud oral en la primera infancia. B-ECOHIS: versión brasileña de la escala de impacto de la salud oral en la primera infancia. C-ECOHIS: versión colombiana de la escala de impacto de la salud oral en la primera infancia.

Child-OIDP: Impacto en la salud oral en las actividades diarias del niño.

SOHO: escala de resultados de salud oral. SOHO-5: escala de resultados de salud oral para niños de 5 años. B-SOHO-5: versión brasileña de Escala de resultados de salud oral para niños de 5 años.

CPQ 8-10: cuestionario de percepción infantil para niños de 8 a 10 años. CPQ11-14: cuestionario de percepción infantil para niños de 11 a 14 años. CPQ11-14 / ISF: 16: cuestionario de percepción del niño para niños de 11 a 14 años - Versión corta.

OHIP-14: Perfil de impacto en la salud oral-14. OHIP-14Br: cuestionario brasileño del perfil de impacto en la salud oral-14. OHIP-14sp: versión en español del perfil de impacto en la salud oral-14.

DAI: índice de estética dental. VAS: escala analógica visual.

ICDAS: sistema internacional de detección y evaluación de caries.

PUFA: índice de pulpa, ulceración, fístula y absceso.

ALA: evaluación de la actividad de la lesión.

Tabla 3. Evaluación de la calidad de los estudios incluidos

N	Año	Autor	Diseño del estudio	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Clasificación
1	2013	Alves <i>et al.</i>	Transversal	S	S	NR	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Bueno
2	2014	Tomazoni <i>et al.</i>	Transversal	S	N	NR	S	S	N	N	NA	S	N	S	NA	NA	S	Regular
3	2016	Da Rosa <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Bueno

4	2014	López Ramos y García Rupaya	Transversal	S	N	NR	S	N	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	N	Malo
5	2018	Piva <i>et al.</i>	Cohorte**	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	NA	N	N	Regular
6	2017	Feldens <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
7	2017	Martins <i>et al.</i>	Caso-control*	S	N	NR	S	S	S	S	S	N	S	N	NA	-	-	Regular
8	2016	Feldens <i>et al.</i>	Transversal	S	S	NR	S	N	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular

9	2016	Oliveira de Lima <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	N	N	N	N	S	NA	S	NA	NA	N	Malo
10	2013	Kramer <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Bueno
11	2014	Abanto <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
12	2013	Martins-Júnior <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
13	2017	Simões <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Bueno

14	2018	Dutra <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	N	Regular
15	2011	Abanto <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	N	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
16	2016	Firmino <i>et al.</i>	Caso-control*	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	N	NA	-	-	Malo
17	2015	Meusel <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	NR	N	N	N	N	NA	S	NA	NA	N	Malo
18	2016	Rocha <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	NR	N	N	N	N	N	N	S	NA	NA	N	Malo

19	2014	Batista <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Bueno
20	2015	Abanto <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
21	2011	Aldrigui <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	N	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
22	2019	Milani <i>et al.</i>	Transversal	S	N	NR	S	N	N	N	NA	S	NA	S	NA	NA	N	Malo
23	2015	Vieira-Andrade <i>et al.</i>	Caso-control*	S	N	CD	S	S	NR	S	S	N	S	N	S	-	-	Regular

24	2014	Ramos- Jorge <i>et al.</i>	Transvers al	S	N	S	S	S	N	N	N	N	NA	S	NA	NA	S	Malo
25	2014	Ramos- Jorge <i>et al.</i>	Transvers al	S	N	S	N	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
26	2018	Corrêa- Faria <i>et al.</i>	Transvers al	S	N	S	S	S	N	N	S	S	N	S	NA	NA	S	Regular
27	2016	Guedes <i>et al.</i>	Cohorte**	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	NA	N	S	Bueno
28	2013	Sardenber g <i>et al.</i>	Transvers al	S	S	S	S	S	N	N	N	S	NA	S	NA	NA	S	Regular

29	2013	Scapini <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	N	Regular
30	2017	Bittencourt <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
31	2016	Naidu <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	N	NA	S	NA	NA	S	Regular
32	2014	Bendo <i>et al.</i>	Caso-control*	S	N	S	NR	S	S	N	S	S	S	N	S	-	-	Regular
33	2015	Freire-Maia <i>et al.</i>	Transversal	S	S	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Bueno

34	2019	Montes <i>et al.</i>	Caso-control*	S	S	S	S	S	S	NR	S	S	S	NA	N	-	-	Regular
35	2018	Díaz <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	S	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
36	2019	Maia <i>et al.</i>	Transversal	S	N	N	S	N	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	N	Malo
37	2017	Niklander <i>et al.</i>	Caso-control*	S	S	S	S	S	S	CD	S	S	S	N	S	-	-	Bueno
38	2019	Bretz <i>et al.</i>	Transversal	S	N	S	S	N	N	N	S	S	NA	S	NA	NA	N	Malo

39	2018	Passos- Soares <i>et al.</i>	Transvers al	S	S	NR	S	S	N	N	N	S	NA	S	NA	NA	S	Regular
40	2012	Martins- Júnior <i>et al.</i>	Transvers al	S	N	NR	S	S	N	N	N	S	NA	S	NA	NA	N	Malo

* Herramienta de evaluación de calidad para estudios tipo casos y controles.

** Herramienta de evaluación de calidad para estudios tipo cohorte observacionales y transversales.

S: sí; N: no; CD: no se puede determinar; NA: no aplica; NR: no reportado.

P: preguntas de las herramientas de evaluación del estudio.

Información Suplementaria

Tabla S1. Estrategias de búsqueda.

Base de datos	PubMed		Resultados
	Fecha: Julio, 17 2020		
Estrategia de búsqueda	#1	Oral Health[Mesh]	16,498
	#2	Mouth Diseases[Mesh]	299,395
	#3	Oral Health[tiab]	26,356
	#4	Tooth*[tiab]	99,064
	#5	Teeth[tiab]	114,770
	#6	Dental[tiab]	228,885
	#7	Caries[tiab]	43,909
	#8	Denture[tiab]	16,292
	#9	Mouth Disease*[tiab]	10,738
	#10	Periodont*[tiab]	77,101
	#11	Oral Cancer[tiab]	12,664
	#12	Mouth Cancer[tiab]	364
	#13	Oral Tumor*[tiab]	914

#14	Mouth Tumor*[tiab]	69
#15	Gingivitis[Mesh]	11,379
#16	Malocclusion[Mesh]	33,495
#17	Malocclusion*[tiab]	12,307
#18	Gingival Disease*[tiab]	277
#19	Gingivit*[tiab]	7,962
#20	Crossbite*[tiab]	2,019
#21	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	672,403
#22	Value of Life[Mesh]	5,706
#23	Quality of Life[Mesh]	194,599
#24	Quality-Adjusted Life Years[Mesh]	12,279
#25	DALY*[tiab]	3,084
#26	QALY*[tiab]	10,664
#27	Quality-Adjusted[tiab]	13,572
#28	Related Quality[tiab]	47,836
#29	HRQOL[tiab]	17,309
#30	QoL[tiab]	38,534

#31	"Quality Of Life"[tiab]	271,785
#32	Dental Impact[tiab]	50
#33	Social Impact[tiab]	2,113
#34	Health Impact[tiab]	8,962
#35	COHQOL[tiab]	18
#36	CHILD-OIDP[tiab]	64
#37	OQLQ[tiab]	72
#38	OHQoL[tiab]	136
#39	DIDL[tiab]	17
#40	ECOHIS[tiab]	149
#41	CPQ*[tiab]	330
#42	OHIP[tiab]	1,510
#43	GOHAI[tiab]	233
#44	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43	361,478
#45	Americas[MeSH Termsnoexp] OR America*[tiab] OR Latin America[Mesh] OR Latin America*[tiab] OR Latinamerica*[tiab] OR Latinoamerica*[tiab] OR Latin*[tiab] OR Hispanic Americans[Mesh] OR Hispanic America*[tiab] OR Hispanoamerica*[tiab] OR Iberoamerica*[tiab] OR Ibero Americ*[tiab] OR Panamerican*[tiab] OR Central America[Mesh] OR Central America*[tiab] OR Centroamerica*[tiab] OR Mesoamerica*[tiab] OR Meso America*[tiab]	1,478,008

		OR Middle America*[tiab] OR South America[Mesh] OR South America*[tiab] OR Southamerica*[tiab] OR Sudamerica*[tiab] OR "America del sur"[tiab] OR Caribbean Region[Mesh] OR Caribbean[tiab] OR Caribe*[tiab] OR West Indies[Mesh] OR West Indi*[tiab] OR Antill*[tiab] OR Indians, South American[Mesh] OR Indians, Central American[Mesh] OR Amerindian*[tiab] OR Indians[tiab] OR American Indian*[tiab] OR Native America*[tiab] OR Patagoni*[tiab] OR Andes[tiab] OR Andean*[tiab] OR Amazon*[tiab] OR Argentin*[ad] OR Argentin*[tiab] OR Argentina[pl] OR Bolivia*[ad] OR Bolivia*[tiab] OR Bolivia[pl] OR Brazil*[ad] OR Brasil*[ad] OR Brazil*[tiab] OR Brasil*[tiab] OR Brazil[pl] OR Colombia*[ad] OR Colombia*[tiab] OR Colombia[pl] OR Chile*[ad] OR Chile*[tiab] OR Chile[pl] OR Ecuador*[ad] OR Ecuador*[ad] OR Ecuador*[tiab] OR Ecuador[pl] OR Guiana*[ad] OR Guiana*[tiab] OR French Guiana[pl] OR Guyan*[ad] OR Guyan*[tiab] OR Guyana[pl] OR Paraguay*[ad] OR Paraguay*[tiab] OR Paraguay[pl] OR Peru*[ad] OR Peru*[tiab] OR Peru[pl] OR Surinam*[ad] OR Surinam*[tiab] OR Suriname[pl] OR Uruguay*[ad] OR Uruguay*[tiab] OR Uruguay[pl] OR Venez*[ad] OR Venez*[tiab] OR Venezuela[pl] OR Belize*[ad] OR Belize*[tiab] OR Belize[pl] OR Costa Ric*[ad] OR Costarric*[ad] OR Costaric*[ad] OR Costa Ric*[tiab] OR Costarric*[tiab] OR Costaric*[tiab] OR Costa Rica[pl] OR Salvador*[ad] OR Salvador*[tiab] OR El Salvador[pl] OR Guatemal*[ad] OR Guatemal*[tiab] OR Guatemala[pl] OR Hondur*[ad] OR Hondur*[tiab] OR Honduras[pl] OR Nicaragu*[ad] OR Nicaragu*[tiab] OR Nicaragua[pl] OR Panam*[ad] OR Panam*[tiab] OR Panama[pl] OR Mexico[Mesh] OR Mexic*[ad] OR Mexic*[tiab] OR Mejjc*[tiab] OR Mexico[pl] OR Cuba*[ad] OR Cuba*[tiab] OR Cuba[pl] OR OR Dominic*[ad] OR Dominic*[tiab] OR Dominican Republic[pl] OR Haiti*[ad] OR Haiti*[tiab] OR Haiti[pl] OR Jamaic*[ad] OR Jamaic*[tiab] OR Jamaica[pl] OR Puerto Rico[Mesh] OR Puerto Ric*[tiab] OR Puertoric*[tiab] OR Puertoric*[tiab]	
	#46	#21 AND #44 AND #45	1,527
	#47	#21 AND #44 AND #45 Filters in the last 10 years	1,235

Base de datos	Embase Fecha: Julio, 17 2020		Resultados
Estrategia de búsqueda	#1	'mouth disease'/exp	604,668
	#2	'oral health'ti,ab	26,218
	#3	tooth*ti,ab	101,949
	#4	dentalti,ab	231,805
	#5	teethi,ab	110,444
	#6	cariesti,ab	43,483
	#7	denture*ti,ab	24,371
	#8	(mouth NEAR/2 disease*)ti,ab	10,322
	#9	periodont*ti,ab	77,455
	#10	'oral cancer'ti,ab	14,358
	#11	'mouth cancer'ti,ab	340
	#12	(oral NEAR/2 tumor*)ti,ab	2,451
	#13	(mouth NEAR/2 tumor*)ti,ab	88
	#14	'gingivitis'/exp	17,634
	#15	gingivit*ti,ab	8,047
	#16	'malocclusion'/exp	32,929

#17	malocclusion*ti,ab	11,600
#18	(gingival NEAR/1 disease*)ti,ab	354
#19	crossbite*ti,ab	1,669
#20	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19	882,761
#21	'value of life'ti,ab	378
#22	'quality of life'/exp	488,882
#23	'quality adjusted life year'/exp	26,498
#24	qaly*ti,ab	19,813
#25	'quality-adjusted'ti,ab	20,482
#26	'disability-adjusted life year'/exp	2,093
#27	dalyti,ab	2,293
#28	'related quality'ti,ab	67,696
#29	hrqolti,ab	26,536
#30	qolti,ab	72,599
#31	'quality of life'ti,ab	421,057
#32	'dental impact'ti,ab	49
#33	'social impact'ti,ab	2,924

#34	'health impact'ti,ab	10,283
#35	cohqolti,ab	18
#36	oidpti,ab	250
#37	oqlqti,ab	82
#38	ohqolti,ab	120
#39	didlti,ab	18
#40	ecohisti,ab	144
#41	cpq*ti,ab	626
#42	ohipti,ab	1,570
#43	gohaiti,ab	240
#44	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 O#42 OR #43	606,211
#45	americasti,ab OR 'south and central america'/exp OR ((latin NEAR/1 america*)ti,ab) OR latinamerica*ti,ab OR latinoamerica*ti,ab OR hispanoamericati,ab OR iberoamerica*ti,ab OR ((ibero NEAR/1 america*)ti,ab) OR panamerica*ti,ab OR ((south NEAR/1 america*)ti,ab) OR southamerica*ti,ab OR sudamerica*ti,ab OR (americati,ab AND delti,ab AND surti,ab) OR ((central NEAR/1 america*)ti,ab) OR centroamerica*ti,ab OR mesoamerica*ti,ab OR ((meso NEAR/1 america*)ti,ab) OR ((middle NEAR/1 america*)ti,ab) OR 'caribbean'/exp OR 'caribbean islands'/exp OR caribbean*ti,ab OR caribe*ti,ab OR ((west NEAR/1 indi*)ti,ab) OR antill*ti,ab OR 'american indian'/exp OR amerindian*ti,ab OR indiansti,ab OR ((native NEAR/1 america*)ti,ab) OR patagoni*ti,ab OR andesti,ab OR andean*ti,ab OR	513,988

	amazon*ti,ab OR 'argentina'/exp OR argentin*ti,ab OR 'bolivia'/exp OR bolivia*ti,ab OR 'brazil'/exp OR brazil*ti,ab OR brasil*ti,ab OR 'colombia'/exp OR colombia*ti,ab OR 'chile'/exp OR chile*ti,ab OR 'ecuador'/exp OR ecuador*ti,ab OR 'french guiana'/exp OR guiana*ti,ab OR 'guyana'/exp OR guyan*ti,ab OR 'paraguay'/exp OR paraguay*ti,ab OR 'peru'/exp OR peru*ti,ab OR 'suriname'/exp OR surinam*ti,ab OR 'uruguay'/exp OR uruguay*ti,ab OR 'venezuela'/exp OR venez*ti,ab OR 'belize'/exp OR beliz*ti,ab OR 'costa rica'/exp OR 'costa rica'ti,ab OR costarric*ti,ab OR costaric*ti,ab OR 'el salvador'/exp OR salvador*ti,ab OR 'guatemala'/exp OR guatemal*ti,ab OR 'honduras'/exp OR hondur*ti,ab OR 'nicaragua'/exp OR nicaragu*ti,ab OR 'panama'/exp OR panam*ti,ab OR 'mexico'/exp OR mexic*ti,ab OR mejic*ti,ab OR 'cuba'/exp OR cuba*ti,ab OR 'dominican republic'/exp OR dominica*ti,ab OR 'haiti'/exp OR haiti*ti,ab OR 'jamaica'/exp OR jamaic*ti,ab OR 'puerto rico'/exp OR ((puerto NEAR/1 ric*)ti,ab) OR puertoric*ti,ab OR puertoric*ti,ab	
#46	#20 AND #44 AND #45	889
#47	#46 AND (2010py OR 2011py OR 2012py OR 2013py OR 2014py OR 2015py OR 2016py OR 2017py OR 2018py OR 2019py OR 2020py)	758

Base de datos	CINAHL		Resultados
	Fecha: Julio, 17 2020		
Estrategia de búsqueda	S1	(MH "Oral Health")	7,902
	S2	(MH "Mouth Diseases+")	40,023
	S3	TI (Oral N1 Health) OR AB (Oral N1 Health)	12,080
	S4	TI Tooth* OR AB Tooth*	19,187

S5	TI Dental OR AB Dental	47,760
S6	TI Teeth OR AB Teeth	29,212
S7	TI Caries OR AB Caries	9,501
S8	TI Denture* OR AB Denture*	3,707
S9	TI (Mouth N1 Disease*) OR AB (Mouth N1 Disease*)	427
S10	TI Periodont* OR AB Periodont*	15,408
S11	TI (Oral N1 Cancer) OR AB (Oral N1 Cancer)	3,386
S12	TI (Mouth N1 Cancer) OR AB (Mouth N1 Cancer)	129
S13	TI (Oral N1 Tumor*) OR AB (Oral N1 Tumor*)	246
S14	TI (Mouth N1 Tumor*) OR AB (Mouth N1 Tumor*)	6
S15	(MH "Gingivitis+")	1,393
S16	TI Gingivit* OR AB Gingivit*	1,501
S17	(MH "Malocclusion+")	3,003
S18	TI Malocclusion* OR AB Malocclusion*	1,884
S19	TI (Gingival N1 Disease*) OR AB (Gingival N1 Disease*)	96
S20	TI Crossbite* OR AB Crossbite*	304
S21	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	104,835

S22	(MH "Economic Value of Life")	327
S23	(MH "Quality of Life+")	91,707
S24	(MH "Quality-Adjusted Life Years")	3,835
S25	TI QALY* OR AB QALY*	4,353
S26	TI "Quality-Adjusted" OR AB "Quality-Adjusted"	5,628
S27	TI "Related Quality" OR AB "Related Quality"	22,333
S28	(MH "Disability-Adjusted Life Years")	155
S29	TI DALY OR AB DALY	614
S30	TI "Related Quality" OR AB "Related Quality"	22,333
S31	TI HRQOL OR AB HRQO	7,971
S32	TI QoL OR AB QoL	16,367
S33	TI "Quality Of Life" OR AB "Quality Of Life"	117,491
S34	TI "Dental Impact" OR AB "Dental Impact"	24
S35	TI "Social Impact" OR AB "Social Impact"	758
S36	TI "Health Impact" OR AB "Health Impact"	3,448
S37	TI COHQOL OR AB COHQOL	8
S38	TI OIDP OR AB OIDP	140
S39	TI OQLQ OR AB OQLQ	25

S40	TI OHQoL OR AB OHQoL	57
S41	TI DIDL OR AB DIDL	5
S42	TI ECOHIS OR AB ECOHIS	89
S43	TI CPQ* OR AB CPQ*	205
S44	TI OHIP OR AB OHIP	310
S45	TI GOHAI OR AB GOHAI	111
S46	S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45	150,758
S47	TI (Latin America* OR Latinamerica* OR Latinoamerica* OR Latin* OR Hispanic Americans OR Iberoamerica* OR Ibero Americ* OR Panamerican* OR Central America* OR Centroamerica* OR Mesoamerica* OR Meso America* OR	39,162
	Middle America* OR South America* OR Southamerica* OR Sudamerica* OR America del sur OR Caribbean OR Caribe* OR West Indi* OR Antill* OR Amerindian* OR Indians OR American Indian* OR Native America* OR Patagoni* OR Andes OR Andean* OR Amazon* OR Argentin* OR Bolivia* OR Brazil* OR Brasil* Colombia* OR Colombia* OR Colombia OR Chile* OR Ecuador* OR Guiana* OR Guyan* OR Guyan* OR Paraguay* OR Paraguay* OR Peru* OR Surinam* OR Surinam* OR Uruguay* OR Venez* OR Belize* OR Costa Ric* OR Costarric* OR Costaric* OR Costa Ric* OR Costarric* OR Salvador* OR Salvador* OR El Salvador OR Guatemal* OR Guatemal* OR Guatemala OR Hondur* OR Nicaragu* Panam* OR Mexic* OR Cuba* OR Dominic* OR Dominic* OR Haiti* OR Jamaic* OR Puerto Ric* OR Puertoric* OR Puertoric*)	

S48	AB (Latin America* OR Latinamerica* OR Latinoamerica* OR Latin* OR Hispanic Americans OR Iberoamerica* OR Ibero Americ* OR Panamerican* OR Central America* OR Centroamerica* OR Mesoamerica* OR Meso America* OR Middle America* OR South America* OR Southamerica* OR Sudamerica* OR America del sur OR Caribbean OR Caribe* OR West Indi* OR Antill* OR Amerindian* OR Indians OR American Indian* OR Native America* OR Patagoni* OR Andes OR Andean* OR Amazon* OR Argentin* OR Bolivia* OR Brazil* OR Brasil* Colombia* OR Colombia* OR Colombia OR Chile* OR Ecuador* OR Guiana* OR Guyan* OR Guyan* OR Paraguay* OR Paraguay* OR Peru* OR Surinam* OR Surinam* OR Uruguay* OR Venez* OR Belize* OR Costa Ric* OR Costarric* OR Costaric* OR Costa Ric* OR Costarric* OR Salvador* OR Salvador* OR El Salvador OR Guatemal* OR Guatemal* OR Guatemala OR Hondur* OR Nicaragu* Panam* OR Mexic* OR Cuba* OR Dominic* OR Dominic* OR Haiti* OR Jamaic* OR Puerto Ric* OR Puertoric* OR Puertoric*)	106,647
S49	S47 OR S48	109,862
S50	S21 AND S46 AND S49 Limiters - Published Date: 20100101-20200731	329

Base de datos	Scopus		Resultados
	Fecha: Julio, 17 2020		
Estrategia de búsqueda	#1	(TITLE-ABS-KEY (oral AND health) OR TITLE-ABS-KEY (mouth AND disease*) OR TITLE-ABS-KEY (tooth*) OR TITLE-ABS-KEY (dental) OR TITLE-ABS-KEY (teeth) OR TITLE-ABS-KEY (caries) OR TITLE-ABS-KEY (denture) OR TITLE-ABS-KEY (periodont*) OR TITLE-ABS-KEY (oral AND cancer) OR TITLE-ABS-KEY (mouth AND cancer) OR TITLE-ABS-KEY (oral AND tumor*) OR TITLE-ABS-KEY (mouth AND tumor*) OR TITLE-ABS-KEY (gingivit*) OR TITLE-ABS-KEY (malocclusion*) OR TITLE-ABS-	52,391

		KEY (gingival AND disease*) OR TITLE-ABS-KEY (crossbite*) AND (TITLE-ABS-KEY (value AND of AND life) OR TITLE-ABS-KEY (quality AND of AND life) OR TITLE-ABS-KEY (quality-adjusted AND life AND years) OR TITLE-ABS-KEY (daly*) OR TITLE-ABS-KEY (qaly*) OR TITLE-ABS-KEY (quality-adjusted) OR TITLE-ABS-KEY (related AND quality) OR TITLE-ABS-KEY (hrqol) OR TITLE-ABS-KEY (qol) OR TITLE-ABS-KEY (dental AND impact) OR TITLE-ABS-KEY (social AND impact) OR TITLE-ABS-KEY (health AND impact) OR TITLE-ABS-KEY (cohqol) OR TITLE-ABS-KEY (child-oidp) OR TITLE-ABS-KEY (oqlq) OR TITLE-ABS-KEY (ohqol) OR TITLE-ABS-KEY (didl) OR TITLE-ABS-KEY (ecohis) OR TITLE-ABS-KEY (cpq*) OR TITLE-ABS-KEY (ohip) OR TITLE-ABS-KEY (gohai)	
	#2	TITLE-ABS-KEY ("latin america" OR "Latinoamerica" OR latin* OR "central america" OR "Centroamerica" OR "south America" OR sudamerica OR caribbean OR caribe* OR "west indies" OR antill* OR patagoni* OR andes OR andean OR amazon OR "Puerto rico" OR puertoric* OR puertoric* OR jamaica OR jamaic* OR haiti OR haiti* OR "dominican republic" OR dominica* OR cuba OR cuba* OR mexico OR mexic* OR mejic* OR panama OR panam* OR nicaragua OR nicaragu* OR honduras OR hondur* OR guatemala OR guatemal* OR "el Salvador" OR salvador* OR "costa rica" OR costarric* OR costaric* OR belize OR beliz* OR venezuela OR venez* OR uruguay OR uruguay* OR suriname OR surinam* OR peru OR peru* OR paraguay OR paraguay* OR guyana OR guyan* OR "french guiana" OR guiana* OR guayan* OR ecuador OR ecuador* OR chile OR chile* OR colombia OR colombia* OR brazil OR brazil* OR brasil* OR bolivia OR bolivia* OR argentina OR argentin*	1,314,513
	#3	#1 AND #2 (2010 to July 17, 2020)	1,679

Base de datos	LILACS Fecha: Julio, 17 2020		Resultados
Estrategia de búsqueda	#1	(MH Oral Health OR MH Mouth Diseases OR Tooth\$ OR Dental OR Teeth OR Odontológic\$ OR Caries OR Denture\$ OR Dentadura\$ OR Periodont\$ OR Oral OR MH Gingivitis OR Gingivit\$ OR MH Malocclusion OR Malocclusion\$ OR Gingival OR Maloclusión OR Má Oclusão OR Crossbite) AND (MH Value of Life OR MH Quality of Life OR MH Quality-Adjusted Life Years OR DALY\$ OR QALY\$ OR Quality-Adjusted OR Related-Quality OR HRQOL OR QoL OR Calidad-De-Vida OR Quality-Of-Life OR Dental-Impact OR Social-Impact OR Health-Impact OR COHQOL OR OIDP OR OQLQ OR OHQoL OR DIDL OR ECOHIS OR CPQ\$ OR OHIP OR GOHAI) [Words] and 2010 OR 2011 OR 2012 OR 2013 OR 2014 OR 2015 OR 2016 OR 2017 OR 2018 OR 2019 OR 2020 [Country, year publication]	834

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA N° 046-CIEI-CIENTÍFICA-2020

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) da constancia que el proyecto de investigación, cuyos datos se registran a continuación, ha sido **aprobado** por el CIEI-CIENTÍFICA.

Código de registro: 009-2020-PRE15

Título: **Impacto de las enfermedades orales en la calidad de vida relacionada a salud oral en América Latina y El Caribe. Una revisión sistemática**

Investigador(a): **María Luisa Alen Méndez
María Teresa Yactayo Alburquerque**

La aprobación del proyecto de investigación implica que el documento presentado a evaluación cumple con los lineamientos de Universidad en materia de investigación y ética, los cuales se sustentan en la normativa internacional vigente.

En tal sentido, esta aprobación carecerá de valor si es que el proyecto de investigación arriba indicado es modificado de cualquier forma. Toda enmienda, añadido, eliminación o eventualidad (eventos adversos, etc.) posterior a la fecha de aprobación debe ser reportado al CIEI-CIENTÍFICA.

La vigencia de la aprobación de este documento es de dieciocho (18) meses (**hasta el 11 de agosto del 2021**), periodo en el que puede desarrollarse el proyecto. Cualquier trámite para su renovación deberá ser enviado antes del término de la vigencia de este documento, debiendo suspenderse todo desarrollo hasta que la renovación sea aprobada.

Villa El Salvador, 12 de febrero de 2020




Méd. Fernando M. Runzer Colmenares
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Lima, 17 de marzo de 2021.

Los integrantes del Jurado de tesis:

Presidente: Mg. Frank Roger Mayta Tovalino	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz	<input type="checkbox"/>
Miembro: Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor	<input type="checkbox"/>

Se reúnen para evaluar la tesis titulada:

"IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA"

Presentada por las estudiantes:

Yactayo Albuquerque, María Teresa y Alen Méndez, María Luisa

Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana.

Aseoradas por: Mg. Akram Abdul Hernández Vásquez

Luego de haber evaluado el informe final de tesis y evaluado el desempeño de las estudiantes de la carrera de Medicina Humana en la sustentación, concluyen de manera unánime (x) por mayoría simple () calificar a:

Tesisista: Yactayo Albuquerque, María Teresa			Nota (en letras): Diecisiete (17)
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()
Tesisista: Alen Méndez, María Luisa			Nota (en letras): Diecisiete (17)
Aprobado ()	Aprobado - Muy buena (x)	Aprobado - Sobresaliente ()	Desaprobado ()

Los miembros del jurado firman en señal de conformidad.



Mg. Frank Roger Mayta Tovalino
Presidente del Jurado



Mg. Akram Abdul Hernández Vásquez
Aesor



Méd. Christopher Alexander Alarcón Ruiz
Miembro 1



Méd. Diego Alonso Urrunaga Pastor
Miembro 2

RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 207 - DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2021

Lima, 09 de marzo del 2021

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: "IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA".

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.


Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1º Aprobar, en vías de regularización e inscribir el proyecto de tesis titulado: "IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD ORAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA", presentado por los alumnos MARIA LUISA ALEN MÉNDEZ y MARIA TERESA YACTAYO ALBURQUERQUE con N° de registro: 009-2020-PRE15.

ART. 2º Nombrar al Docente Akram Hernández Vasquez, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Mg. JORDI GRAU MONGE
Director Académico
Carrera de Medicina Humana

c.c. Archivo