

RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Salud Oral Integral: Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas Adultas y Personas Mayores con Edentulismo Parcial o Total



**VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Salud Oral Integral:
Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas adultas y Personas Mayores
con Edentulismo Parcial o Total en:**

<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN ORAL EN PERSONAS ADULTAS Y PERSONAS MAYORES CON EDENTULISMO PARCIAL O TOTAL. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: Enero, 2020.

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>Prevención</p> <p>En personas adultas y mayores con dependencia*, el Ministerio de Salud SUGIERE usar antisépticos tópicos (clorhexidina) como complemento a la higiene bucal, por sobre realizar sólo higiene bucal.</p> <p>*persona con limitación funcional severa o moderada que requiera ayuda siempre o la mayoría de las veces para realizar su higiene bucal.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La concentración (0,12% o 0,05%), modo de aplicación (gasa, cepillo, enjuague u otro) y duración de uso de clorhexidina (15 o más días) depende de la evaluación clínica del paciente realizada por odontólogo, la capacitación del cuidador y las presentaciones disponibles. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clorhexidina 0,12%, 15 ml por 15 días. ▪ Clorhexidina 0,05% 15 ml por 15 o más días. - El uso de clorhexidina 0,12% por tiempo prolongado podría conllevar a tinciones, alteraciones en el sabor, eventuales mucositis, sensación de sequedad, cálculo dental, entre otros. - Es importante educar a los cuidadores de las personas dependientes en la indicación y uso de antisépticos tópicos (clorhexidina) de modo de facilitar la adherencia al tratamiento. 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>Tratamiento</p> <p>En personas adultas y mayores con xerostomía, el Ministerio de Salud SUGIERE usar tratamiento farmacológico con sialogogo MÁS tratamiento no farmacológico, por sobre usar sólo tratamiento no farmacológico.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En personas con polifarmacia es relevante considerar la interacción entre medicamentos (evaluar necesidad de interconsulta). - La indicación del sialogogo se debe iniciar con dosis mínima necesaria de acuerdo a cada persona, e ir evaluando su aumento gradual según la respuesta clínica (titulación según dosis respuesta). - La adherencia al tratamiento podría estar mediado por los posibles efectos adversos (aumento de micción y sudoración) y la información entregada por el clínico a los pacientes. - Considerar que en población mayor (60 o más años) es relevante educar respecto al riesgo de deshidratación dado el posible aumento en la frecuencia miccional y sudoración. 	CONDICIONAL	<p>ALTA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ⊕</p>

<p>En personas con edentulismo parcial, el Ministerio de Salud SUGIERE rehabilitar por medio de prótesis removible parcial por sobre no rehabilitar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando no se vea afectada la estética o la eficiencia masticatoria, el clínico puede considerar no rehabilitar, respetando las preferencias de las personas. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con edentulismo parcial, el Ministerio de Salud SUGIERE rehabilitar con prótesis removible parcial metálica por sobre rehabilitar con prótesis removible parcial acrílica.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - En situaciones en que se requiera prótesis temporales o provisorias debido a dientes remanentes con indicación de extracción o en casos de dientes con pronóstico desfavorable, podría ser más beneficioso utilizar prótesis removibles acrílicas, considerando las preferencias de las personas y su condición de salud. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con edentulismo parcial unilateral, el Ministerio de Salud RECOMIENDA NO rehabilitar por medio de prótesis unilateral.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las recomendaciones fuertes basadas en certeza baja respecto de los efectos, son excepcionales. Sin embargo, la prótesis unilateral puede conllevar a riesgo vital o complicaciones de salud por aspiración o deglución del aparato protésico, y el panel considera que no proporciona beneficios clínicamente relevantes adicionales a los que entrega la prótesis con extensión contralateral. 	<p>FUERTE</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con edentulismo total inferior, el Ministerio de Salud SUGIERE rehabilitar con sobredentadura implanto asistida (o implanto soportada) por sobre rehabilitar por medio de prótesis removible total.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas con atrofia severas del hueso alveolar podrían verse más beneficiadas con sobredentaduras implanto asistidas. - En personas con historia de periodontitis o de mala higiene bucal podría aumentar el riesgo de desarrollar perimplantitis, lo cual aumenta la probabilidad de pérdida del implante en el caso de rehabilitar con sobredentadura implanto asistida. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>

<p>En personas con edentulismo total inferior, el Ministerio de Salud SUGIERE rehabilitar por medio de prótesis fija sobre implante o rehabilitar por medio de sobredentadura implanto asistida (o implanto soportada).</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La rehabilitación con prótesis fija sobre implante requiere mayor entrenamiento técnico e implica mayor costo. - En personas con dificultad para realizar una adecuada higiene bucal, la sobredentadura implanto asistida podría ser más adecuada (menor dificultad para realizar la higiene y mantenimiento por parte del cuidador o de la misma persona). 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
--	---------------------------	---

Seguimiento

<p>En personas con prótesis dental total y/o parcial, en etapa post-rehabilitación, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar seguimiento por sobre no realizar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El seguimiento de las personas con prótesis dental total y/o parcial en etapa post rehabilitación debe incluir evaluación integral, evaluación de la prótesis y el refuerzo de las medidas de alimentación, higiene bucal y cuidado de prótesis. La evaluación odontológica debe incluir la valoración del riesgo periodontal del portador, riesgo de caries, lesiones de mucosas, y estado y funcionalidad de la prótesis. - Dependiendo de las características de la funcionalidad y necesidades de la persona y el tipo de prótesis, el odontólogo deberá establecer la frecuencia de controles con un mínimo de un control al año. - En personas mayores los controles post rehabilitación protésica se enmarcan en la Valoración Geriátrica Integral (VGI). 	<p>BUENA PRÁCTICA CLÍNICA</p>	
<p>En personas con prótesis dental total y/o parcial, el Ministerio de Salud SUGIERE renovar la prótesis dental según necesidad por sobre renovar la prótesis dental en un periodo establecido.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La prótesis dental debe mantener requisitos funcionales (adecuada retención, soporte, estabilidad y estética); si alguno de estos aspectos no se cumple se debería considerar la renovación. - La necesidad de renovación debe ser una decisión compartida entre el odontólogo y el paciente. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018 utilizando el sistema GRADE.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Sialogogo: Sustancia, alimento o fármaco que estimula la secreción de las glándulas salivales.

Edentulismo parcial: Condición de personas quienes presentan una o múltiples zonas con pérdida dentaria, en una o ambas arcadas.

Edentulismo total: Condición de personas quienes presentan pérdida dentaria completa, en una o ambas arcadas.

Valoración geriátrica integral: Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario cuyo propósito es reconocer y cuantificar las discapacidades y problemas biomédicos, funcionales, psicológicos y sociales de la persona mayor, con el fin de elaborar un plan exhaustivo de cuidados y seguimiento a largo plazo.

Prótesis dental removible: Aparato que reemplaza dientes perdidos y sus estructuras anexas (tejido óseo y mucosa), de cobertura total o parcial, fabricada de acrílico o de una combinación con metales, que puede ser removido por el paciente para su higienización y durante el sueño. Las Prótesis Removibles parciales se retienen a los dientes remanentes a través de retenedores metálicos (colados o labrados).

Prótesis dental unilateral: Prótesis Removible de cobertura parcial, que no traspasa la línea media, que puede ser confeccionada de acrílico o de una combinación con metal, que puede ser removida por el paciente para su higienización y durante el sueño.

Prótesis dental con extensión contralateral: Prótesis Removible de cobertura parcial, que traspasa la línea media, que puede ser confeccionada de acrílico o de una combinación con metal; la cual puede ser removida por el paciente para su higienización y durante el sueño.

Sobredentadura implantoasistida (o implantoportada): Prótesis Removible, de cobertura total, fabricada de acrílico con o sin refuerzo metálico que se mantiene en posición mediante un sistema de fijación a implantes óseo integrados, que permiten su retiro, para su higienización y durante el sueño. Según la situación clínica, existen variados tipos de aditamentos de retención.

Prótesis fija sobre implante: Prótesis dental instalada de manera fija sobre varios implantes, por medio de un sistema de fijación de tornillo o cemento. Estos aparatos no pueden ser retirados por el paciente, sino sólo por el profesional.

ÍNDICE

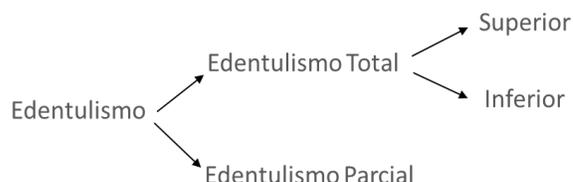
RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	3
GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	8
Efectos del edentulismo sobre la salud bucal y salud general	8
Prevalencia	9
2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	12
Objetivo General	12
Tipo de pacientes y escenario clínico	12
Usuarios de la Guía.....	12
3. MÉTODOS	12
Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior.....	12
Definición y priorización de preguntas clínicas.....	12
Elaboración de recomendaciones GRADE	13
4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	14
Grado de la recomendación	14
Certeza de la evidencia	15
5. EQUIPO ELABORADOR	16
6. REFERENCIA	18

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

El edentulismo se define que el estado de estar edéntulo, sin dientes naturales (1). Es irreversible y se le considera el marcador final de la carga de la enfermedad bucodental (2–4).

Clínicamente se clasifican a las personas en estado de edentulismo parcial a quienes presentan una o múltiples zonas con pérdida dentaria, en una o ambas arcadas, y en estado de edentulismo total a quienes presentan pérdida dentaria completa, en una o ambas arcadas (1).

Figura 1: Esquema de clasificación de edentulismo utilizados en la guía de práctica clínica.



La American College of Prosthodontists ha desarrollado un sistema de clasificación para el edentulismo parcial y para el edentulismo total, basado en criterios diagnósticos específicos, para determinar la complejidad del tratamiento: Clase I (mínimamente comprometido), Clase II (moderadamente comprometido), Clase III (sustancialmente comprometido) o Clase IV (severamente comprometido) (5,6).

Las principales causas de pérdida de dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo la caries dental la principal causa en la población adulta (7). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la pérdida grave de dientes y el edentulismo total son dos de las diez principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en algunos países, debido al envejecimiento de sus poblaciones (8). La Organización Mundial de la Salud, Federación Dental Internacional y la Asociación Dental para Investigación en Salud propusieron como metas en salud bucal para el año 2020: reducir el número de personas con edentulismo total, aumentar el número de dientes presentes y aumentar el número de personas con dentición funcional (20 o más dientes naturales) (9).

Efectos del edentulismo sobre la salud bucal y salud general

El edentulismo produce la reabsorción del reborde residual. La evidencia muestra una reducción del volumen óseo del 24% en altura y un 65% del ancho en la zona anterior del maxilar, lo que lleva a una pérdida total del volumen óseo de alrededor del 34%, en tanto en la región posterior del maxilar, esta pérdida es aún más crítica y puede requerir un aumento óseo alveolar previo a su rehabilitación (10). Existe una asociación bidireccional entre la edentulismo parcial y total con obesidad, sin embargo no hay pruebas sólidas sobre la causalidad (11). Si bien la eficiencia masticatoria se ve afectada (12,13), no hay claridad sobre el efecto de la pérdida de dientes en la dieta y la nutrición (13,14), así como en múltiples trastornos sistémicos como asma, diabetes, artritis (12,15), ciertos cánceres, especialmente de páncreas (16,17) y deterioro cognitivo (18). Existen hallazgos que sugieren que el edentulismo total favorece la obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, especialmente en personas mayores (19–21).

La pérdida de dientes está relacionada con la mala calidad de vida y la magnitud de su deterioro está

relacionada con el número de dientes perdidos. Además, las personas pueden verse afectadas emocionalmente por la pérdida de dientes (12,13,22–24).

Existe asociación entre el mayor número de dientes faltantes o menor número de dientes residuales con mayor mortalidad y entre el número de dientes y la mortalidad asociada a enfermedad cardiovascular (ECV), sin embargo, es necesario investigar el impacto de factores como el tabaquismo, el acceso a la atención médica, la comorbilidad basal y el perfil de riesgo, la salud dental y periodontal, el estado socioeconómico (25), además sobre el posible positivo efecto del reemplazo de los dientes perdidos (26).

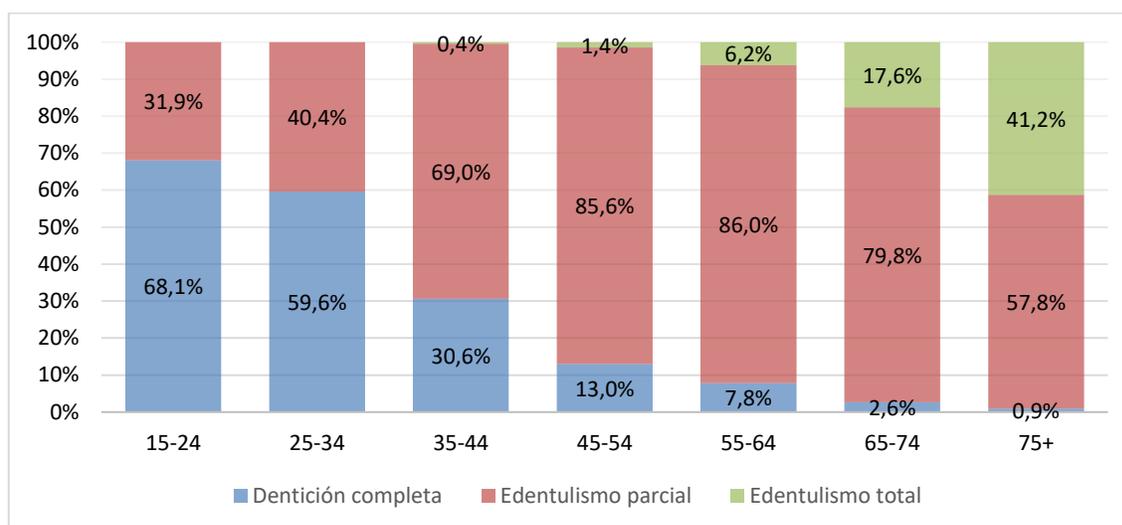
Existe una necesidad urgente de investigación multidisciplinaria adicional y conocimiento basado en la evidencia dentro de la mayoría de los dominios en odontología geriátrica y en otros campos relacionados con la salud bucal y la atención odontológica para personas mayores (27).

Prevalencia

El edentulismo es ampliamente prevalente y se presentan grandes variaciones entre países y áreas geográficas. La prevalencia de edentulismo en la población adulta internacional se sitúa entre el 2% y el 80% (2,26,28). En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 la prevalencia de edentulismo en la población de 15 y más años es: 62,2% de edentulismo parcial y 5% (4,2%-5,9%) de edentulismo total (29), lo que está sobre la prevalencia de pérdida total de dientes a nivel global, para el 2015, que es de 4,1% (3,9% -4,3%) (4).

En los países con bajos ingresos, la edad avanzada es un predictor particularmente fuerte de la pérdida total de dientes, y su incidencia y prevalencia aumentan drásticamente en la séptima década(28), la prevalencia de la población de 65 años y más internacional oscila entre 1,3% y 78% (2,26,28). En Chile según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 se observa que el edentulismo aumenta con la edad (Gráfico 1), presentando una prevalencia de 79,8% y 17,6% de edentulismo parcial y edentulismo total respectivamente, en personas entre 65 y 74 años de edad. En tanto que en las personas de 75 años y más, estas prevalencias se elevan a 57,8% y 41,2% respectivamente (29).

Gráfico 1: Prevalencia de edentulismo en población chilena según edad. Chile 2017.



Fuente: Perfil Epidemiológico Salud Bucal (29)

Otras variables que se relacionan significativamente son género, educación, ocupación, tabaquismo, raza, lugar donde se vive, antecedentes de salud, provisión de servicios de salud, estilo de vida y nivel de dependencia (2,26,28). No obstante, de ello, no hay consenso si los factores relacionados con la enfermedad bucal o los socioconductuales son los indicadores de riesgo más importantes para la pérdida de dientes.

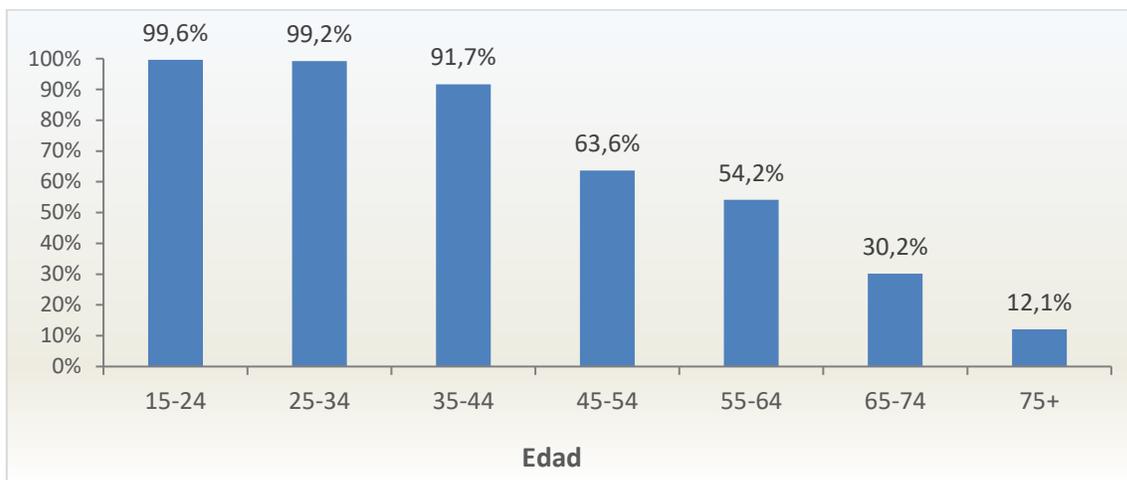
En Chile, los datos de la ENS muestran una mediana de 23 dientes en personas de 15 o más años de edad, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres, no obstante, de ello, el número de dientes disminuye con la edad, observándose el menor el número de dientes en mujeres. Las personas entre 65 a 74 años tienen una mediana de 11 dientes y las personas de 75 o más años una mediana de 3 dientes, mientras que las mujeres tienen una mediana de 9 y 1 diente respectivamente. Es decir, que la mitad de las mujeres de 75 o más años tienen solo 1 diente o son totalmente edéntulas (29). Por lo tanto, el edentulismo es mayor en mujeres que en hombres y se presenta con una prevalencia de 7,1% y 2,8% de edentulismo total en mujeres y hombres respectivamente, y una prevalencia de 29,7% y 36% de dentición completa en mujeres y hombres respectivamente, controlado por edad y años de estudio (29).

Estas grandes diferencias también se observan según los años de estudios, donde quienes tienen 13 o más años de estudio presentan una mediana de 27 dientes, entre 8 y 12 años de estudio presentan una mediana de 24 dientes y quienes tienen menos de 8 años de estudio presentan una mediana de solo 9 dientes. También se observan diferencias según la zona geográfica a la que pertenecen, siendo menor el número de dientes en personas que viven en zonas rurales (29).

Los datos de la ENS muestran una prevalencia de dentición funcional (20 o más dientes) de 75,2% en la población de 15 años y más, mayor en hombres que en mujeres, controlando por edad, nivel educacional y condición urbano y rural. La dentición funcional, disminuye con la edad (Gráfico2), a 30,2% y 12,1% en personas de 65 a 74 años y de 75 años y más respectivamente y se observan diferencias significativas en la prevalencia de dentición funcional por años de estudio y ubicación

geográfica (29). Comparando con los datos de la ENS realizada el año 2003 (10,2% y 8,3% respectivamente), se puede observar el aumento de la prevalencia de dentición funcional en el periodo 2003 a 2017 y esto ocurre tanto en mujeres como en hombres (29). Se estima que la dentición de las personas con menos de 20 dientes es no funcional y requerirán de rehabilitación oral para recuperar la función masticatoria.

Gráfico 2: Prevalencia de dentición funcional en población chilena según edad. Chile 2017 (Fuente: Perfil Epidemiológico Salud Bucal (29))



2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del tratamiento y rehabilitación oral en adultos y personas mayores con pérdida dentaria o edentulismo.

Tipo de pacientes y escenario clínico

Personas adultas y personas mayores con edentulismo parcial o total que reciben atención en el nivel primario y secundario de salud en el sector público y privado. Incluye a usuaria/os de la Garantías Explícita en Salud (GES) Salud Oral Integral Para Adultos de 60 Años.

Usuarios de la Guía

Todos los profesionales de salud con responsabilidades en la atención de personas con edentulismo: cirujanos dentistas, auxiliares y técnicos de nivel superior en odontología, especialistas en rehabilitación oral, odontogeriatras y otros profesionales y técnicos de salud.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, personas que tuvieran la patología o condición de salud.

Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior

Para la elaboración de la GPC Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas Adultas y Personas Mayores con Edentulismo, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves asociadas a edentulismo de la Guía de Práctica Clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años del año 2010, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía, son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso. Sin embargo, tras ser evaluadas ninguna fue considerada vigente.

- ▶ [Ver más detalle en Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2010.](#)

Definición y priorización de preguntas clínicas

Posteriormente se realizó la **definición y priorización de las preguntas para la** elaboración de la Guía. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente elaboración se responderían las siguientes preguntas:

- En personas adultas con dependencia ¿Se debe usar antisépticos tópicos como complemento a la higiene bucal en comparación no usar?

- En personas con xerostomía ¿Se debe usar tratamiento farmacológico con sialólogo más tratamiento no farmacológico, en comparación con usar sólo tratamiento no farmacológico?
- En personas con edentulismo parcial ¿Se debe rehabilitar por medio de prótesis removible parcial en comparación a no rehabilitar?
- En personas con edentulismo parcial ¿Se debe rehabilitar con prótesis removible parcial metálica en comparación a rehabilitar con prótesis removible parcial acrílica?
- En personas con edentulismo parcial unilateral ¿Se debe rehabilitar por medio de prótesis unilateral en comparación con rehabilitar con prótesis con extensión contralateral?
- En personas con edentulismo total inferior ¿Se debe rehabilitar con sobredentadura implanto asistida (o implantosoportada) en comparación a rehabilitar por medio de prótesis removible total?
- En personas con edentulismo total inferior ¿Se debe rehabilitar por medio de prótesis fija sobreimplante en comparación a rehabilitar por medio de sobredentadura implanto asistida (o implantosoportada)?
- En personas con prótesis dental total y/o parcial, en etapa post-rehabilitación ¿Se debe “realizar seguimiento” en comparación a “no realizar seguimiento”?
- En personas con prótesis dental total y/o parcial ¿Se debe renovar la prótesis dental según necesidad en comparación renovar la prótesis dental en un periodo establecido?

▶ [Ver más detalle en Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE) (30). Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de **búsqueda y síntesis de evidencia** en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

▶ [Ver más detalle en Métodos](#)

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador **formuló de las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, pérdida dentaria, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas durante diciembre del año 2018 y enero del 2019.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas

y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Tratamiento y Rehabilitación Oral en Personas Adultas y Personas Mayores con Edentulismo](#) completa.

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS O EN CASI TODOS LOS CASOS**. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA** de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la certeza de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinadores de la Guía

Claudia Carvajal Pavez	Coordinadora Temática Cirujano Dentista, Matrona, Salubrista. Departamento de Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Rodrigo Giacaman Sarah	Coordinador Clínico Cirujano Dentista, Rehabilitador Oral. Representa a la Sociedad de Odontogeriatría de Chile. Universidad de Talca.
Soraya León Araya	Coordinadora Clínica Cirujano Dentista. Representa al Programa de Magíster en Odontogeriatría de la Universidad de Talca.
Alejandra Molina Ortiz	Coordinadora Clínica Cirujano Dentista. Patóloga y Rehabilitadora Oral. Representa a los odontólogos especialistas de Nivel Secundario. Hospital Clínico Herminda Martín. Servicio de Salud Ñuble
Carolina Paz Castillo Ibarra	Coordinadora Metodológica Psicóloga. Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

Panel de expertos

Oscar Arévalo Becerra	Paciente. Representa al Consejo de Dirigentes Sociales del Adulto Mayor. Servicio Nacional Del Adulto Mayor.
Johanna Contreras Balbontin	Cirujano Dentista, Periodoncista. Representa a la Sociedad de Periodoncia de Chile.
Marco Cornejo Ovalle	Cirujano Dentista, Imagenólogo. Representa a la Sociedad de Odontogeriatría de Chile. Universidad de Chile.
Sergio Fernández Giacomozzi	Cirujano Dentista. Representa a los odontólogos de Atención Primaria de Salud Municipal. Centro de Salud Familiar Nueva Aurora.
Juan Alfonso Flores Tobar	Laboratorista Dental. Representa a laboratorios dentales del Sistema público y privado. Laboratorio Dental Juan Flores.
Cristina González Peñaloza	Técnico Dental de Nivel Superior. Representa a los técnicos en odontología de Atención Primaria de Salud. Hospital Santa Filomena de Graneros. Servicio de Salud O'Higgins.
Elizabeth López Tagle	Cirujano Dentista, Salubrista. Representante de la Sociedad Chilena de Salud Pública. Facultad de Odontología Universidad Andrés Bello.
Carolina Mendoza Van Der Molen	Cirujano Dentista, Salubrista. Jefa del Departamento de Salud Bucal. DIPRECE. Ministerio de Salud.

Eugenio Nieto Grez	Cirujano Dentista, Rehabilitador Oral Representa a la Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile.
Rodolfo Quiroga Aravena	Cirujano Dentista. Implantólogo y Rehabilitador Oral. Representa a la Sociedad Implantología Oral de Chile
Isabel Riquelme Luzio	Cirujano Dentista. Departamento de Salud Bucal. DIPRECE. Ministerio de Salud.
Gisela Schaffer Leyton	Cirujano Dentista. División de Atención Primaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Jenny Velasco Peñafiel	Médico Cirujano. Programa Nacional del Adulto Mayor. Departamento de Ciclo Vital. DIPRECE. Ministerio de Salud.

Asesor metodológico

Ignacio Neumann Burotto	Médico- Cirujano, Internista. GRADE working group. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Universidad Católica de Chile.
--------------------------------	--

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Luis Ortiz Muñoz; Cynthia Zavala Gaete; y Macarena Morel Marambio. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Carolina Paz Castillo Ibarra²	Elaboración de búsqueda y síntesis de evidencias de valores y preferencias de los pacientes
Carolina Paz Castillo Ibarra² Paola Aguilera Ibaceta³	Elaboración de informes de costos en Chile de las intervenciones.
Francisco Araya Castillo²	Elaboración de búsqueda y síntesis de evidencias de costo-efectividad.
Claudia Carvajal Pavez⁴	Elaboración de descripción y epidemiología.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

³ Departamento de Plan de Beneficios. División de Planificación Institucional. Fondo Nacional de Salud.

⁴ Departamento Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades.

6. REFERENCIA

1. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. *J Prosthet Dent.* 2017;117(5S):e1-105.
2. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, McCallion P, McCarron M. Prevalence of edentulism among adults with intellectual disabilities: A narrative review informed by systematic review principles. *Spec Care Dentist.* julio de 2018;38(4):191-200.
3. Jahangiri L, Choi M, Moghadam M, Jawad S. Interventions for missing teeth: Removable prostheses for the edentulous mandible. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2015 [citado 28 de agosto de 2018]; Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002/14651858.CD011544>
4. Kassebaum N, Smith A, Bernabé E, Fleming T, Reynolds A, 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(4):380-7.
5. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH, et al. Classification system for partial edentulism. *J Prosthodont.* septiembre de 2002;11(3):181-93.
6. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH, et al. Classification system for the completely dentate patient. *J Prosthodont.* junio de 2004;13(2):73-82.
7. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2009;2(3):161-6.
8. Salud bucodental [Internet]. [citado 18 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
9. Hobdell M, Petersen PE, Clakson J, Newell J. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal.* 2003;53:285-8.
10. Miguita L, Mantesso A, Pannuti CM, Deboni MCZ. Can stem cells enhance bone formation in the human edentulous alveolar ridge? A systematic review and meta-analysis. *Cell Tissue Bank.* junio de 2017;18(2):217-28.
11. Nascimento GG, Leite FRM, Conceição DA, Ferrúa CP, Singh A, Demarco FF. Is there a relationship between obesity and tooth loss and edentulism? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17(7):587-98.
12. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. *Int J Dent [Internet].* 2013 [citado 31 de agosto de 2018]; 2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664508/>
13. Toniazzo MP, Amorim P de S, Muniz FWMG, Weidlich P. Relationship of nutritional status and oral health in elderly: Systematic review with meta-analysis. *Clin Nutr.* junio de 2018;37(3):824-30.
14. Gaewkhiew P, Sabbah W, Bernabé E. Does tooth loss affect dietary intake and nutritional status? A systematic review of longitudinal studies. *J Dent.* diciembre de 2017;67:1-8.
15. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont.* febrero de 2009;18(2):88-96.
16. Maisonneuve P, Amar S, Lowenfels AB. Periodontal Disease, Edentulism and Pancreatic Cancer: A Meta-Analysis. *Ann Oncol.* 27 de enero de 2017;
17. Shi J, Leng W, Zhao L, Deng C, Xu C, Wang J, et al. Tooth loss and cancer risk: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Oncotarget.* 13 de marzo de 2018;9(19):15090-100.
18. Wu B, Fillenbaum GG, Plassman BL, Guo L. Association Between Oral Health and Cognitive Status: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* abril de 2016;64(4):739-51.
19. Heidsieck DSP, de Ruiter MHT, de Lange J. Management of obstructive sleep apnea in edentulous patients: an overview of the literature. *Sleep Breath.* 2016;20:395-404.

20. Gupta P, Thombare R, Pakhan AJ, Singhal S. Cephalometric Evaluation of the Effect of Complete Dentures on Retropharyngeal Space and Its Effect on Spirometric Values in Altered Vertical Dimension. *ISRN Dent* [Internet]. 2011 [citado 18 de febrero de 2019];2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168939/>
21. Bucca C, Cicolin A, Brussino L, Arienti A, Graziano A, Erovigni F, et al. Tooth loss and obstructive sleep apnoea. *Respir Res*. 17 de enero de 2006;7:8.
22. Cunha MCSA, Santos E, Costa A, Pereira M, Varanda R, Loureiro S. Oral Health, Literacy and Quality of Life in the Elderly – Systematic Literature Review. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. [citado 20 de febrero de 2019]; Disponible en: </en/documents/4e95f59f73b8fbfd53c493eef02bbba70fdb9de6>
23. Reissmann DR, Dard M, Lamprecht R, Struppek J, Heydecke G. Oral health-related quality of life in subjects with implant-supported prostheses: A systematic review. *Journal of dentistry*. 5 de agosto de 2017;65:22-40.
24. Emami E, Allison PJ, de Grandmont P, Rompré PH, Feine JS. Better oral health related quality of life: type of prosthesis or psychological robustness? *J Dent*. marzo de 2010;38(3):232-6.
25. Koka S, Gupta A. Association between missing tooth count and mortality: A systematic review. *J Prosthodont Res*. abril de 2018;62(2):134-51.
26. Gupta A, Felton DA, Jemt T, Koka S. Rehabilitation of Edentulism and Mortality: A Systematic Review. *J Prosthodont*. 23 de marzo de 2018;
27. Ástvaldsdóttir Á, Boström A-M, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Englund GS, et al. Oral health and dental care of older persons—A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;35(4):290-304.
28. Müller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*. 2007;18(s3):2-14.
29. Ministerio de Salud de Chile, Departamento Salud Bucal. *Perfil Epidemiológico Salud Bucal*. 2018.
30. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*. julio de 2013;66(7):719-25.