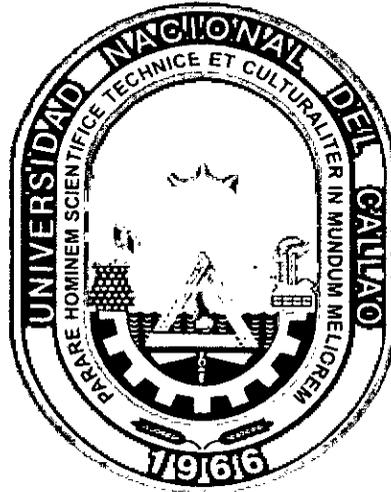


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION EN LA IMPLEMENTACION DEL PLAN NACIONAL
VUELVE A SONREIR EN LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACION
DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA DE LA REGION DE SALUD
APURIMAC 2012-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD
PÚBLICA Y COMUNITARIA**

RIP ALAIN VERA GARCIA


DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA
CEP. 18988-RNE. 1512

CALLAO - 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 375

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	15
2.3 Definición de Términos	23
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Recolección de Datos	27
3.2 Experiencia Profesional	27
3.3 Procesos Realizados del Informe	28
IV. RESULTADOS	33
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	49

INTRODUCCION

El edentulismo es la pérdida total o parcial de las piezas dentales, siendo sus causas más importantes la caries dental, periodontitis crónica, fracturas radiculares, higiene oral deficiente y el nivel sociodemográfico. La pérdida de las piezas dentales, trae como consecuencia la alteración del sistema estomatognático, dando como resultado la alteración de la función masticatoria, la cual afecta el estado nutricional, la salud en general y la calidad de vida (1).

En este marco, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal dispone la implementación del “**Plan Nacional Vuelve a Sonreír 2012 – 2016**” (2), dirigido a los Adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema de las diferentes regiones del país, y contribuir en el control del elevado edentulismo en adultos mayores incluidos en Pensión 65 y el Seguro Integral de Salud, recuperando su capacidad masticatoria y por ende mejorando su calidad de vida.

El presente trabajo académico tiene por objeto presentar mi experiencia laboral como Cirujano Dentista desarrollado en la coordinación regional de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal en atención al problema del Edentulismo en el adulto mayor de la Región de Salud Apurímac, que vive en situación de pobreza y pobreza extrema, en el ámbito de La Dirección Regional de Salud de Apurímac 2012 – 2016.

El análisis correspondiente al presente trabajo académico se realizará en 7 capítulos descritos a continuación:

Capítulo 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Capítulo 2. MARCO TEORICO

Capítulo 3. EXPERIENCIA PROFESIONAL

Capítulo 4. RESULTADOS

Capítulo 5. CONCLUSIONES

Capítulo 6. RECOMENDACIONES

Capítulo 7. REFERENCIALES

Finalmente se muestran los ANEXOS.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

(3) En el Perú entre 60 y 79 años tiene una prevalencia de 77.6% de edentulismo (4)

Para el 2012 Apurímac tenía una población de 11,216 adultos mayores (población Oficina de Estadística e Informática DIRESA Apurímac) de los cuales 9,552 se encuentran en quintiles 1 y 2 pobreza y pobreza extrema (padrón programa social Pensión 65), El plan Nacional Vuelve a Sonreír establece una meta de 8,168 edéntulos parciales y totales, lo que nos da una idea de la magnitud de abandono en que se encuentran nuestros adultos mayores

El **edentulismo** como parte de las enfermedades bucodentales prevalentes en los adultos mayores se agrava por determinantes sociales como la pobreza y pobreza extrema (2)

Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer **malnutrición** por diferentes factores como la disminución en la ingestión de alimentos, anorexia asociada a factores psicosociales, problemas masticatorios y de deglución, (5) Muchos estudios han demostrado que el edentulismo tiene un efecto directo sobre la masticación,

haciéndola deficiente, lo que podría originar enfermedades gastrointestinales y malnutrición de la persona edéntula (6)

La inversión en salud en el Perú en el año 2013 fue de solo 5,3% del producto bruto interno (PBI), ubicándonos por debajo del promedio de América del Sur (Banco Mundial, 2016). Siendo muy costosa la atención de la salud bucal esta se torna en muy deficiente comparada a las necesidades de nuestra población, la oferta de los centros de salud públicos se limita a tratamientos básicos, especialmente en realidades como Apurímac, de estas limitantes se dan ofertas de servicios dentales sin tratamientos de mayor complejidad, menos en rehabilitación de los pacientes edéntulos; (6)

El sector da poco énfasis en la prevención de la pérdida de piezas dentarias y promoción de la salud bucal para un mejor cuidado de los dientes, (6) (7)

Tenemos un débil trabajo multisectorial entre Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y Universidades con carrera profesional de Estomatología, que permitan reducir brechas de acceso a tratamientos rehabilitadores en los Adultos Mayores (6) (7).

Por estas razones nos motiva a realizar el análisis de la débil atención que le prestamos a nuestros adultos mayores muy a pesar de están considerados como un ciclo de vida prioritario en las políticas públicas por su vulnerabilidad.

1.2. OBJETIVO

Describir la intervención para el control del edentulismo, a través de la implementación del PLAN NACIONAL "VUELVE A SONREIR" aprobado con RM N° 626-2012-MINSA/SA para que la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal, atienda a adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema, en la Región de Salud Apurímac del 2012 al 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe se realiza por el alto porcentaje de adultos mayores en situación de abandono social e institucional en Apurímac y pretende contribuir con el análisis de los procesos odontológicos en la implementación y cumplimiento de la normatividad destinada al escenario regional de salud (DIRESA, REDES, MICRO REDES E IPRESS) buscando reducir la morbilidad por **Edentulismo** y su influencia en la calidad de vida que presentan los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema.

Por otro lado la realidad institucional en Apurímac no permite atender a esta población con la oportunidad y eficacia esperada, siendo nuestro deseo fortalecer la construcción de políticas regionales sostenibles, fomentando la corresponsabilidad de autoridades regionales y locales, manejo equitativo de los presupuestos en las Unidades Ejecutoras, capacitación y

reconocimiento de los recursos humanos de odontología para superar condiciones laborales muy deficientes, la Atención integral del adulto mayor y su reinserción como agente de salud en la familia; aspectos contemplados en el PLAN NACIONAL VUELVE A SONREIR (8)

Adicionalmente el trabajo en salud es más enfocado en el control y rehabilitación de enfermedades, por ello se desea incorporar en el sistema de salud pública odontológica un mayor trabajo de promoción y prevención de los problemas prevalentes como la caries dental y la gingivitis que son la causa inicial para la pérdida prematura de piezas dentales, originan discapacidad en la persona, no permitiéndole tener bienestar y calidad de vida.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

A nivel Internacional.

- VANEGAS Vecillas, Elizabeth, VILLAVICENCIO Caparó, Ebingen, y otros. (2016) Ecuador. **“Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relación con factores asociados en la Clínica universitaria Cuenca Ecuador 2016”**.
Objetivo: Conocer la frecuencia y relación de los tipos de edentulismo con el estado nutricional, calidad de vida, género y edad de los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. **Material y métodos:** Se analizaron 378 pacientes adultos para determinar el tipo de edentulismo más frecuente. El estado nutricional se calculó mediante el índice de masa corporal y el impacto en la calidad de vida se analizó con el cuestionario OHIP 14. Se registraron los datos en SPSSvs.21 y se ejecutó el análisis de Odds Ratio. **Resultados:** el edentulismo parcial es el tipo de pérdida dental más frecuente (75%), la clase III de Kennedy fue predominante en ambos maxilares (42% maxilar superior y 40% mandíbula). Se observó asociación entre la calidad de vida y edentulismo (OR: 0,06 IC95% (0,03 – 0,11) edentulismo parcial, OR: 2,85 IC95% (1,747 - 4,647) edentulismo total) pero no se encontró relación entre el

edentulismo con el estado nutricional y el género de los pacientes. El grupo de edad mayor a 40 años se consideró un factor de riesgo de edentulismo total (OR: 20,10 IC95% (7,188 - 56,203)). **Conclusiones:** El edentulismo es un factor de riesgo para una menor calidad de vida. Además la pérdida dental depende de la edad, a mayor edad, mayor riesgo de edentulismo. No hubo predisposición por el género, afectando a ambos géneros por igual, finalmente no existe correlación entre el edentulismo parcial o total y el estado nutricional de los pacientes (1), lo que nos indica la elevada prevalencia de edentulismo indistinto del sexo, y su efecto sobre calidad de vida y su impacto en etapas finales de la vida.

- SÁNCHEZ Murguiondo Marlene; ROMÁN Velásquez Mayra, DÁVILA Mendoza Rocío; GONZÁLEZ Pedraza Avilés Alberto, (2011) México. **“Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida”**. **Objetivo:** conocer estado de salud bucal y grado de edentulismo a través del índice CPOD (dientes cariados, obturados y perdidos) y la clasificación de Kennedy– y asociarlos con calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional, algunas enfermedades crónicas y variables sociodemográficas de pacientes adultos mayores. **Pacientes y método:** se realizó un estudio en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, mediante muestreo no

probabilístico por conveniencia de 102 pacientes mayores de 60 años con algún grado de edentulismo. Se aplicó ficha de identificación para datos personales e información referente a enfermedades, revisión de la cavidad oral para detectar problemas odontológicos. Se utilizaron pruebas t de Student y ANOVA de un factor, coeficiente de correlación de Spearman, todas con nivel de significado de 0.05. Se usó programa SPSS versión 15. **Resultados:** el índice CPOD fue de 16.10, con un promedio de 1.76 de dientes cariados y 10.68 de dientes perdidos. Con respecto a la clasificación de Kennedy, mayor prevalencia en las clases III (34.3%) y I (43.1%) para el maxilar superior e inferior, respectivamente. Se encontró relación o asociación significativa entre dientes perdidos y edad, hipertensión arterial y capacidad de hablar y pronunciar correctamente, entre dientes cariados y estado nutricional. **Conclusiones:** la población de estudio tenía salud bucal deficiente. La única dimensión de calidad de vida relacionada con la salud bucal que se asoció con edentulismo fue la capacidad de hablar y pronunciar correctamente (9), como se ve las personas adultas mayores presentan un elevado índice de dientes perdidos, por un deficiente autocuidado que repercute en su salud general y dificultades para comunicarse.

- SCHAEFER Ferreira De Mello Ana Lucia; y otros. (2009) Brasil. **“El cuidado a la salud bucal del anciano: buenas prácticas fundamentadas en el paradigma de la promoción de la salud”**. **Objetivo:** elaborar un referente teórico-práctico de buenas prácticas de cuidado a la salud bucal orientado a la población anciana, posible de aplicar a nivel local, basado en principios de la promoción de la salud y envejecimiento saludable; con perspectiva interdisciplinaria e intersectorial. **Método,** se aplicaron técnicas cualitativas de investigación tanto para recopilación como para análisis de datos. El análisis cualitativo de interpretación para descubrir y elaborar conceptos y relaciones entre datos brutos y organizarlos en un esquema teórico. Se requirió una base teórico-metodológica denominada **“Teoría Fundamentada en los Datos” (TFD)**. La TFD se basa en formar una teoría a partir de datos encontrados de la investigación social. **Resultados:** la investigación sugiere **Elaboración de políticas públicas de salud,** Los profesionales que atienden ancianos, del área de la salud, asistencia social, administración y otros, deben fomentar participación sectorial e implementar políticas públicas que garanticen la efectiva inclusión de la salud bucal del anciano, basados en la práctica cotidiana de derechos y prioridades legislativas. **Creación de ambientes favorables,** Es necesario adaptar la infraestructura

(área física y equipamientos), procesos, tecnologías y materiales utilizados, capacitación de los recursos humanos. Aspectos adecuados y disponibles en servicios con características y necesidades de la salud bucal de los ancianos. **Refuerzo de la acción comunitaria**, Toda sociedad debe valorizar al anciano como poseedor de experiencia y bagaje que le da la vida, puede contribuir al desarrollo de su comunidad. Las experiencias positivas y negativas, como ejemplos para generaciones jóvenes, como bagaje cultural y conocimiento popular para construcción de hábitos saludables comunitarios. **Reorganización de los servicios sanitarios**, trabajar una perspectiva sociocultural de inclusión de la salud bucal, para combatir y desmitificar los temores a la atención odontológica, pues proveer una información sanitaria de calidad hace más humana la práctica odontológica en las personas que la demandan (7), se debe fomentar la corresponsabilidad sectorial, optimizar la oferta odontológica, aprovechar el conocimiento propio de la edad avanzada, para mitigar los temores populares en la atención odontológica de adultos mayores y en general.

A nivel nacional

- BELAUNDE Gómez, A; SALAZAR Silva, F; y otros. (2012) Cajamarca. **“Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo”**. **Objetivo**, Determinar la relación entre acceso a

atención dental y edentulismo. **Material y métodos:** La investigación transversal, observacional y descriptiva. La muestra de 148 personas adultas entre 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca. El acceso a atención dental se evaluó mediante tres variables: razón por la cual la última vez no pudo obtener cuidado dental, razón principal de última visita al dentista y última visita al dentista. **Método,** Se realizó análisis univariado para distribución de cada variable, a manera de detectar valores fuera de lo previsto. También se efectuó análisis bivariado, mediante prueba Chi cuadrado, para determinar relación entre variables componentes de acceso a la atención dental y edentulismo. Las pruebas se realizaron con el programa Stata Inter Cooled 8.0. **Resultados:** El 100% de edéntulos totales superiores y parciales inferiores acudieron al dentista por presentar dolor, mientras que 100% de edéntulos totales para confección de prótesis. En mayor proporción los dentados (33,73%), visitaron al dentista en tiempo menor a 12 meses siendo y el 36,36% de edéntulos totales y edéntulos parcial bimaxilar acudieron en tiempo mayor a 5 años. **Conclusión:** Existe relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo (10), debido a la idiosincrasia nacional se atencion

dental para rehabilitar un problema mayor, relegando muy tardíamente la oportunidad de evitar pérdida de piezas dentarias

- Gutiérrez Vargas, VL; León Manco, RA; Castillo Andamayo, DE. (2015) Ventanilla, Callao. **“Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal”**. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de 18 a 64 años de edad del ámbito urbano marginal del Asentamiento Humano El Golfo de Ventanilla, distrito de Ventanilla, Callao – Lima, 2014. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, observacional. En un universo de 1350 personas la muestra calculada fue de 168 adultos, evaluados mediante ficha de recolección de datos, estructurada a partir de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para personas edéntulas. **Resultados:** Se determinó una frecuencia de edentulismo en la población de 121 personas (72%) y la necesidad de tratamiento protésico parcial y total presente para el maxilar superior fue de 100 (59,6%) y en el maxilar inferior de 113 (67,3%). **Conclusiones:** La mayoría de la población tenía edentulismo y necesidad de tratamiento protésico. (11); hay un elevado índice de pérdida de piezas dentarias y mayor repercusión se da en el maxilar inferior, complicando la solución al edentulismo.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Importancia de la salud Oral en el adulto mayor.

La salud bucodental está vinculada a los determinantes sociales de la salud caso nivel educativo, servicios básicos, educación, etilo de vida, empleo, pobreza, nutrición y saneamiento básico.

La salud oral significa más que buenos dientes; es integral para la salud general y esencial para el bienestar. Implica estar libre de dolor oro-facial crónico, cáncer oral y faríngeo (garganta), lesiones en los tejidos, defectos congénitos como labio leporino y paladar hendido, y trastornos que afectan los tejidos orales, dentales y craneofaciales (12).

El complejo craneofacial nos permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler, saborear, masticar, tragar y gritar de dolor. Protección contra infecciones microbianas y ambientales, el impacto psicosocial de estas enfermedades a menudo disminuye significativamente la calidad de vida (12).

En países en desarrollo, el acceso a los servicios de salud oral es limitado, a menudo se dejan los dientes sin tratamiento o se extraen debido al dolor o la incomodidad. En todo el mundo, perder dientes es todavía es visto por muchas personas como una consecuencia natural del envejecimiento (12), mitos que se deben erradicar para reemplazar por actitudes de prevención y autocuidado.

La salud bucal es esencial para la salud en general y calidad de vida. Sin embargo muchos de los adultos no acuden regularmente al dentista para recibir algún tratamiento dental. Los servicios básicos de salud bucal son esenciales para la atención primaria de la salud; es por eso que se debería tener una consideración especial en cuanto a las necesidades bucodentales (12).

2.2.2 Pobreza en el adulto mayor

El nivel de pobreza en adultos mayores al año 2012 era en el ámbito rural del 47.6% (fuente INEI), habiendo descendido del 2010 en 9.3%, las personas adultas mayores son un segmento de la población que se considera no productiva y que ya se deben postergar en su atención no siendo esto muy cierto pues hay estudios que demuestran lo contrario. Este estudio pretende demostrar cómo, en medio de la precariedad a la que empuja la pobreza, la persona adulta mayor no constituye necesariamente una carga pesada, sino que, aún en este contexto, produce una contribución económica, en muchos casos considerable, a la economía y bienestar familiar (13)

2.2.3 Definición de pobreza en la ENAHO

se considera pobre a todas las personas residentes en hogares particulares, cuyo gasto per cápita valorizado monetariamente no supera el umbral de la línea de pobreza o monto mínimo

necesario para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. No considera las otras dimensiones no monetarias de la pobreza, como desnutrición, necesidades básicas insatisfechas, exclusión social, capacidades, etc (13).

2.2.4 pobreza absoluta o extrema

No depende de la distribución relativa del bienestar de los hogares. Pobreza Extrema, es el valor monetario necesario para la adquisición de una canasta de alimentos capaz de satisfacer un mínimo de necesidades nutricionales de las personas (13).

2.2.5 Edentulismo

El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal, esta pérdida altera las funciones de sistema estomatognático, como masticación, fonética y estética en la persona. La función masticatoria la mas importante conlleva a una variación de su dieta, forzando a nuevas prácticas alimentarias, con mayor consumo de alimentos blandos y fáciles de masticar, ocasionando restricciones dietéticas y comprometiendo el estado nutricional de la persona (14).

2.2.5.1 Edéntulo parcial

Kennedy (1925) divide a los maxilares parcialmente edéntulos en cuatro clases tanto al maxilar superior como al inferior. se clasifican según la localización de las zonas edéntulas en relación con las piezas dentarias presentes en boca (15).

2.2.5.2 Edéntulo total

Persona que no presenta ninguna pieza dental en boca, la edad incrementa el riesgo de pérdida dental, los edéntulos totales presentan disminución en dimensión vertical que influenciar negativamente el sueño y producir apnea obstructiva del sueño. Además, estos pacientes tienen una peor calidad de vida, debido a su condición relacionada con la inhabilidad de masticar, hablar e insatisfacción estética. (15)

2.2.6 Prótesis dentales

Rehabilitar pacientes que han perdido distintas piezas dentarias es una de principales necesidades en la salud, deben ser reemplazados en corto plazo para que pueda mantener una salud oral estable. Las prótesis dentales tienen como meta el reemplazo satisfactorio de las coronas de los dientes y de los tejidos asociados cuando se encuentran ausentes. Esto se

realiza con materiales artificiales que pueden devolver la masticación, fonética y estética a los pacientes. (15)

2.2.6.1 Prótesis parcial removible (PPR) Rehabilitación oral, del parcialmente desdentado constituye la mayor demanda, las prótesis parciales removibles metálicas (PPRM) como las más solicitadas. Biomecánicamente, es una restauración protésica que obtiene su soporte principalmente de los tejidos adyacentes a su base, y en menor grado de los pilares. (15)

2.2.6.2 Prótesis completa El restablecimiento del soporte natural y agradable de labios es uno de los principales requisitos de una prótesis estética. La colocación de los dientes en estas posiciones mejora la fonética, la estabilidad de la dentadura, y el soporte fisiológico de los labios, lengua y mejillas. (15)

2.2.7 Cuidados de prótesis dentales

La colocación en boca de prótesis causa cambios en la cavidad oral, genera que los tejidos reaccionen para acomodarse a las particularidades de las prótesis, y cada paciente reacciona diferente a la instalación. Por estos problemas reportados, se necesita de exámenes periódicos (controles) luego de ser instalada, para ver la oclusión, formación de placa bacteriana y eficiencia de higiene oral. Al paciente se le debe informar que

sus tejidos orales (estructuras de soporte y por consiguiente la oclusión), experimentarán cambios con el tiempo. los controles son para eliminar placa dental de la superficie protésica, lo menos cada 24 h así prevenir se instale la placa en contacto con los dientes (PPR) y los tejidos (15), se le da recomendaciones para mantener limpia y en buen estado sus dentaduras postizas.

2.2.8 Educación en el cuidado de las prótesis. La educación es un instrumento primordial que permite al clínico hacer hincapié en los métodos de prevención en salud. No siempre se puede asumir que el paciente tendrá total comprensión de los beneficios de la prótesis y es improbable que posea el conocimiento necesario para garantizar el cuidado bucal requerido y los procedimientos de mantenimiento, a menos que sea aconsejado adecuadamente. Los odontólogos deben decirle a las personas que es responsabilidad de ellas la correcta higiene oral y el cuidado de sus prótesis. (15)

2.2.9 Barreras Económicas Institucionales.

El presupuesto regional es distribuido a través del Presupuesto por Resultados (PpR) en este caso el **Programa Presupuestal 0018 de Enfermedades no trasmisibles (ENT)**, comprende las Estrategias Sanitarias de Salud Bucal, Daños No transmisibles, Metales Pesados, Salud Ocular y Salud Mental al 2012. Los productos más relevantes son:

- Población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus (16)
- Tamizaje y tratamiento integral de población de 0 a 11 años, gestante y adulto mayor de enfermedades de la cavidad bucal (caries, periodontitis, lesiones de la pulpa y edentulismo) (16)
- La asignación presupuestal para Bienes y Servicios en el Programa Enfermedades No Transmisibles es S/. 37 620 000 de ellos 57.9% para contratación de recursos humanos y 22.9% para adquisición de materiales y útiles de oficina, 5.1% para repuestos y accesorios y 14.1% para servicios de terceros. (16)

2.2.10 Plan Nacional “Vuelve a Sonreír 2012-2016” (8)

EL documento normativo aprobado con R.M. N° 626-2012-MINSA/SA, da pautas para su implementación.

2.2.10.1 Finalidad. Contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema mediante la rehabilitación oral, recuperación de la función masticatoria, la fonética y la estética de la cavidad bucal.

2.2.10.2 Objetivo. Rehabilitar la Salud Bucal de los adultos mayores con necesidad de prótesis dental (parcial y Total) en situación de pobreza y pobreza extrema.

2.2.10.3 Ámbito de Aplicación Es de aplicación nacional, regional (DIRESAS, Redes) y local IPRESS (establecimientos de salud) del Ministerio de Salud, y referencial para los otros subsectores.

2.2.10.4 Principios:

- Inclusión social. El espíritu de este plan es brindar rehabilitación oral a pacientes pobres y pobres extremos.
- Eficacia. Las demoras y errores son totalmente evitables.
- Calidad. El paciente, debe quedar satisfecho.
- Liderazgo. Enfocado a ayudar al usuario interno y externo.
- Comunicación. Estandarizar criterios, en todos los actores del plan.
- Supervisión. Ligada a la mejora continua.

2.2.10.5 Estrategias.

- Difusión: Se realizarán actividades de difusión masiva con la finalidad de informar la existencia del presente plan y los beneficios que se derivan de su aplicación.
- Captación: Se realizarán actividades tipo campaña en cada DISA y DIRESA con la finalidad de captar la demanda intra y extramural

- **Ejecución:** Desarrollo de la estructura de gestión con la finalidad de asegurar la calidad de los procesos de elaboración de prótesis y realizar la capacitación y estandarización de criterios en Rehabilitación Oral.

2.3 Definición de términos

- **Adulto Mayor.**-La etapa de vida del adulto mayor, fue definida en el año 1984 por la OMS como aquellas personas de 60 y más años. (8)
- **Asignación Presupuestal.** Se trata de una herramienta de gestión y planificación, no sólo de un documento contable. Ayuda en la asignación de recursos. Una asignación presupuestaria es la cantidad de fondos asignados a cada línea de gastos. Designa el importe máximo que la financiación de una organización está dispuesta a gastar en un artículo o programa determinado (17).
- **Examen odontológico.**- Consiste en la anamnesis, evaluación de las estructuras de la cavidad bucal, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con el crecimiento y desarrollo cráneo facial, con la finalidad de detectar tempranamente patologías bucales y su registro en la historia clínica-ficha odontológica, incluye el registro del odontograma. (8)
- **IPRESS.** Institución Prestadora de Servicios de Salud, el cual tiene personal de salud según la oferta de servicios acreditada y

el nivel resolutivo que ha acreditado en el Registro Nacional de IPRES (RENIPRES – SUSALUD).

- **Malnutrición.** Alteración de la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75: a) Pérdida involuntaria de peso > 4% anual o > 5 kg semestral, índice de masa corporal < 22, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de ancianos en la comunidad). b) Pérdida de peso > 2,5 kg mensual o 10% en 180 días, ingesta < 75% en la mayoría de las comidas (en el caso de ancianos institucionalizados). c) Ingesta < 50% de la calculada como necesaria, hipoalbuminemia, hipocolesterolemia (en el caso de anciano hospitalizado) (18).
- **Rehabilitación protésica dental.-** Es la rehabilitación de [as estructuras duras y blandas perdidas de la cavidad bucal, para devolver la estética y función de la capacidad masticatoria. (8)
- **Prótesis dental maxilar completa (CPT:D5110).-** Aparato protésico muco soportado, es decir se apoyan solo en la mucosa, su retención es por adhesión y cohesión, estas prótesis remplazaran el total de las piezas dentarias perdidas del maxilar superior con lo cual se recupera la funcionalidad masticatoria la fonética y la estética del paciente. (8)

- **Prótesis dental mandibular completa (CPT:D5120).-**

Aparato protésico muco soportado, es decir se apoyan solo en la mucosa, su retención es por adhesión y cohesión, estas prótesis remplazarán el total de las piezas dentarias perdidas de la mandíbula con lo cual se recupera la funcionalidad masticatoria la fonética y la estética del paciente. (8)

- **Prótesis maxilar parcial con base de acrílico (CPT: D5211).-**

Aparato protésico dento muco soportado o dento soportado, con base de resina acrílica de termocurado y retenedores de alambre forjado. (8)

- **Prótesis mandibular parcial con base de acrílico (CPT: D5212).-** Aparato protésico dento muco soportado o dento soportado, con base de resina acrílica de termocurado y retenedores de alambre forjado. (8)

- **Edentulismo.** - El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal (11)

- **Etiología del edentulismo.** tiene como principales causas, la extracción de dientes por caries, la enfermedad periodontal avanzada y pérdida de dientes por accidente. (8)

- **SIS.** El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (19).
- **VACAM.** La Valoración Clínica del Adulto Mayor es el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de definir el paquete de atención integral de salud y elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda. (20)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Los datos de cumplimiento del Plan se han tomado de los sistemas de información institucional del Ministerio de Salud, pero por la dificultad se ha hecho uso también de instrumentos locales para consolidar información de las campañas anuales como son:

1. Ficha de reporte del Plan Nacional Vuelve a Sonreír (anexo N° 1) y (anexo N° 2). (2)

3.2 Experiencia Profesional

- Nombrado como odontólogo asistencial el año 1995 en el Hospital de apoyo N° 6 de Chalhuanca – Aymaraes – Apurímac.
- Responsable de la oficina de Estadística e informática del Hospital Guillermo Diaz de la Vega hasta del 99 al 2001
- Responsable del Seguro Integral de salud del Hospital Guillermo Diaz de la Vega 2001 -2004.
- Coordinador de Salud Bucal de la DIRESA desde el 2007 a la fecha en el cargo.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Vista la problemática de los adultos mayores en Situación de pobreza y pobreza extrema de la Región de Salud Apurímac y y dados los altos índices de Edentulismo en los adultos mayores como Cirujano Dentista encargado de las actividades de la estrategia sanitaria de salud bucal, mis intervención en la implementación del PNVS, está establecida en los lineamientos de políticas y estrategias para la prevención y control de enfermedades de la Salud Bucal, aprobada con RM N^a 649-2007-MINSA. En los procesos odontológicos se desarrollan permanentemente las siguientes intervenciones:

3.3.1 PLANIFICACION:

- Elaboración del plan anual de las actividades de la estrategia sanitaria de salud bucal de la DIRESA Apurímac respecto a los casos de edentulismo periodontopatías y caries dental.
- Elaboro el plan en el área de desarrollo de competencias de los cirujanos dentista de las redes y micro redes (capacitaciones).
- Manejo de casos y sus complicaciones según el sistema de referencia y contra referencia según nivel resolutivo, caso de edentulismo corresponde al nivel I-3 y I-4.

3.3.2 COORDINACIÓN:

- Se coordina con las ejecutoras para la transferencia presupuestal para compra corporativa de insumos para las campañas de prótesis como DIRESA Apurímac.
- Abogacía para fomentar la participación intersectorial en la gestión de la atención de los problemas prevalentes de salud bucal como el edentulismo en la población de adultos mayores, buscando aliados estratégicos como municipalidades, agentes comunitarios y promotores de salud.

3.3.3 ORGANIZACIÓN:

- Se coordina con las ejecutoras para la implementación de recursos humanos en las IPRESS implementadas con consultorios dentales de igual manera con la Dirección de SERUMs para cada sorteo de plazas.
- Se solicita a las redes de salud para que recolecten los padrones de tamizaje de adultos mayores aptos para atender con prótesis dental
- Se verifica que las atenciones hechas en tamizaje estén registradas en la historia clínica del Paciente así como del sistema de Información HIS. Con la finalidad de conocer cuál es la población a la que van a estar dirigidas nuestras actividades.

- Se convoca a los coordinadores de salud bucal de las redes para programar las campañas de atención según Plan Vuelve a Sonreír.
- Se determina las funciones que corresponde a cada coordinador en redes y micro redes para garantizar la implementación del plan, coordinando también con los equipos de gestión de las REDES.
- Se organizan los equipos de salud odontólogos y técnicos dentales para atender en la campaña prevista y tener la concurrencia esperada.

3.3.4 CAPTACIÓN:

- Se solicita la realización de domiciliarias para captar pacientes edéntulos totales, dependientes funcionalmente, que no acuden al establecimiento donde se complementa con acciones de promoción de salud; y así mismo brindar consejería integral.
- Capacitamos a la persona, familia y comunidad para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.
- Formación de promotores de salud en las comunidades y en las familias para cuidar y vigilar la salud del adulto mayor

3.3.5 EJECUCIÓN:

- Captación de adultos mayores aptos con aplicación de los criterios de inclusión como rebordes firmes y mínimos de 0.5 cm tejidos peribucales deprimidos pero flexibles y aceptación de aparatos protésicos, teniendo como meta anual 800 personas en todo el ámbito de la DIRESA Apurímac.
- Capacitación a odontólogos de las brigadas que intervendrán de manera que se estandarice en los pasos a seguir para confección de prótesis
- Se coordina el desplazamiento de los AM al establecimiento para la fecha de campaña en forma ordenada y tratando que sean acompañados por un familiar
- Se debe coordinar con odontólogos y técnicos dentales para coincidir en la fecha de campaña pues los odontólogos salen de libres y se incumple con la población.
- Se organiza paralelamente la atención de AM con caries para restauraciones y detartraje dental que permita ir preparando para recibir su futura prótesis.
- Se coordina con los familiares cuando se ha terminado el proceso para que regrese con el adulto mayor beneficiario para sus controles y eliminación de defectos y en las prótesis instaladas.

- Se hace educación para la salud de manera que el adulto mayor con su nueva prótesis se convierta en agente de cambio en las conductas de cuidado de la salud de la familia especialmente de sus niños.

3.3.6 MONITOREO, EVALUACION Y SUPERVISION:

- Se realiza monitoreo en los reportes del sistema HIS MINSA, de manera que se verifica el ingreso de atenciones realizadas y controlar los avances previstos de manera adecuada y oportuna.
- A nivel regional las evaluaciones se realizan dos veces al año para determinar el avance de coberturas.
- Supervisiones dos veces al año para dejar indicaciones de mejora y las segunda para verificar el levantamiento de observaciones.
- Elaboración del informe anual de cumplimiento de la meta regional para remitir al nivel central.

Los resultados desarrollo de las actividades en el proceso de implementación del Plan “Vuelve a Sonreír” como solución a los problemas de edentulismo en adultos mayores en estado de pobreza y pobreza extrema en la Región de Salud Apurímac; son mostrados en ANEXOS.

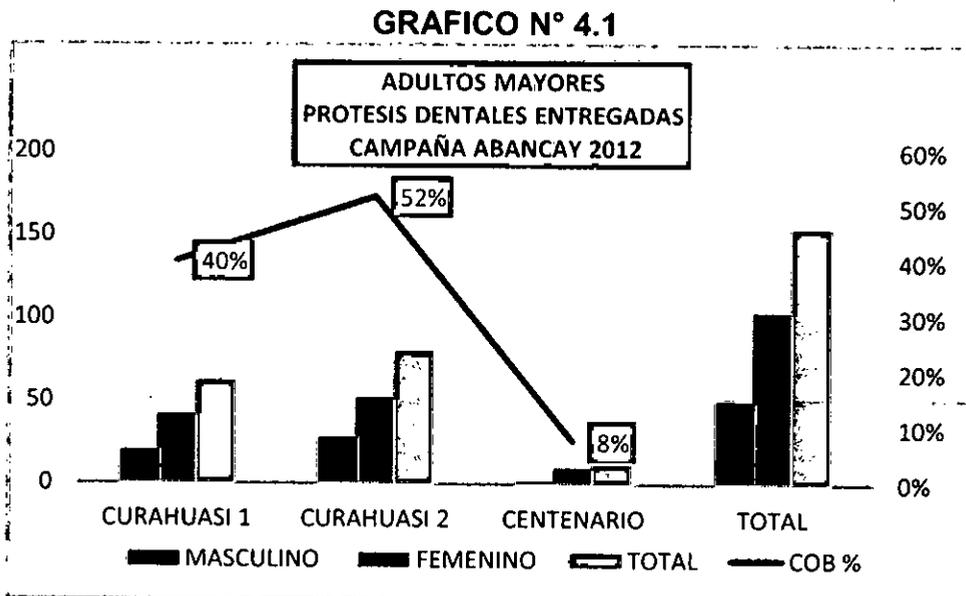
IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1.

ADULTOS MAYORES CON PROTESIS DENTALES CAMPAÑA ABANCAYI 2012				
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	COB %
CURAHUASI 1	20	42	62	40%
CURAHUASI 2	28	52	80	52%
CENTENARIO	2	10	12	8%
TOTAL	50	104	154	
PROPORCIÓN	32%	68%		

FUENTE:: ficha de recolección PNVS (anexo1).

Interpretación. En el presente cuadro se resume la campaña en la provincia de Abancay, mayor cobertura en Curahuasi 2 . La mayor cobertura se dio en el sexo femenino 68% de atendidas



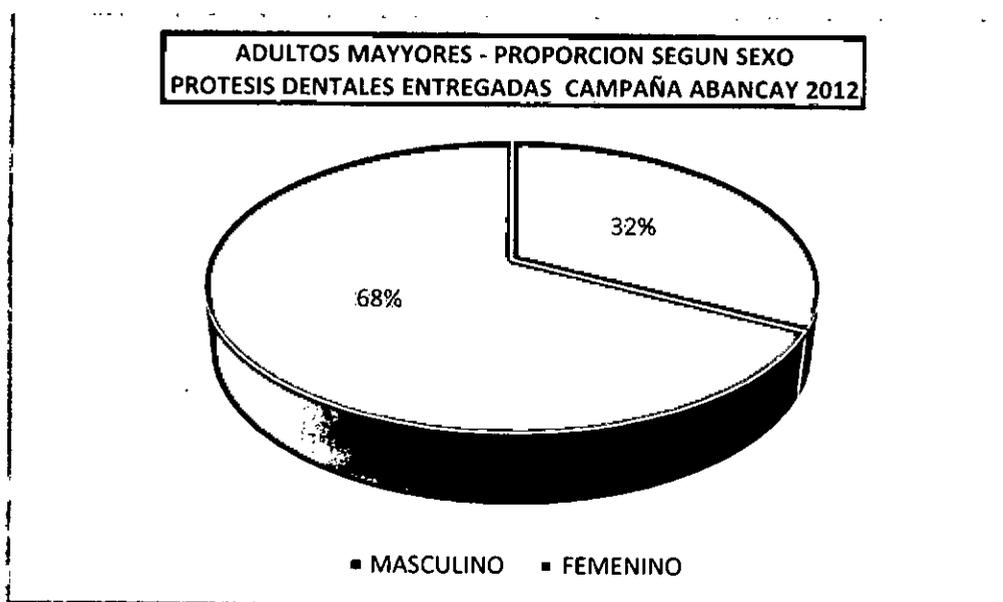
CUADRO N° 4.2.

ADULTOS MAYORES CON PROTESIS DENTALES ENTREGADAS CAMPAÑA ABANCAY 2013				
RED DE SALUD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	COB %
GRAU	18	53	71	18%
AYMARAES	30	39	69	17%
ANTABAMBA	26	46	72	18%
COCHARCAS	0	0	0	0%
COTABAMBAS	33	75	108	27%
ABANCAY	22	59	81	20%
TOTAL	129	272	401	100%
PROPORCIÓN	32%	68%		

FUENTE:: ficha de recolección PNVS (anexo1).

Interpretación. En el presente cuadro se resume la campaña en la provincia de Abancay, mayor cobertura en la Red Cotabambas campaña 2013. La mayor cobertura se dio en el sexo femenino 68% de atendidas

GRAFICO N° 4.2



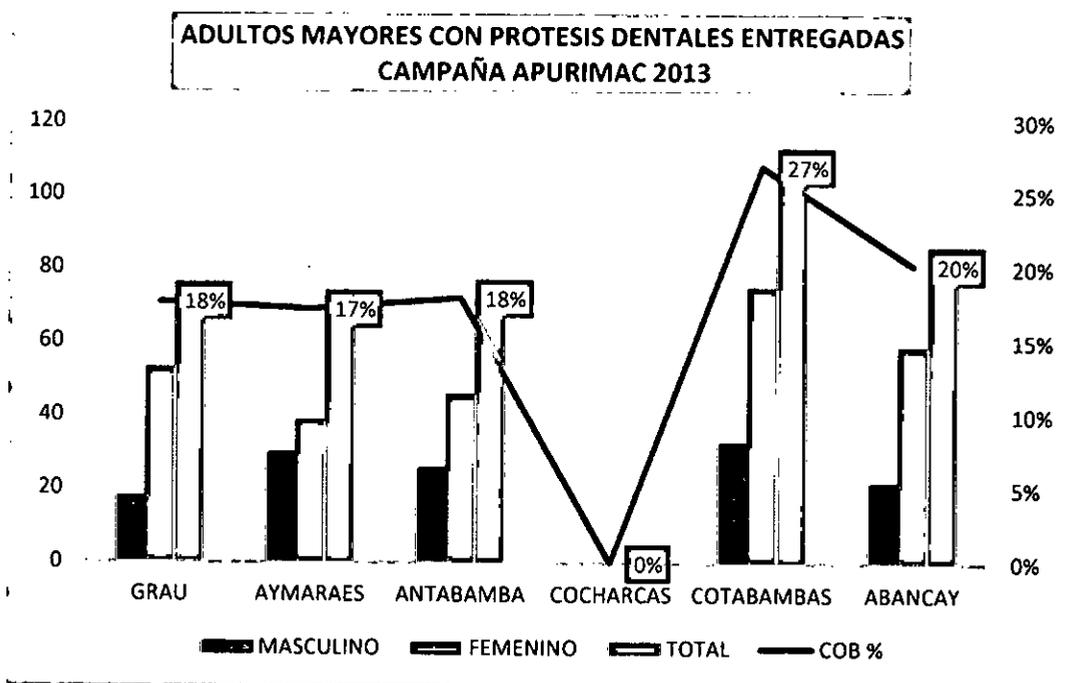
CUADRO N° 4.3

ADULTOS MAYORES CON PROTESIS DENTALES ENTREGADAS CAMPAÑA APURÍMAC 2016						
RED DE SALUD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	META	COB %	
GRAU	24	33	57	60	14%	
AYMARAES	22	38	60	60	14%	
ANTABAMBA	14	16	30	30	7%	
COCHARCAS	21	39	60	60	14%	
COTABAMBAS	14	47	61	60	15%	
ABANCAY	61	89	150	150	36%	
TOTAL	156	262	418	420	100%	
PROPORCIÓN	37%	63%				

FUENTE:: ficha de recolección PNVS (anexo1).

Interpretación. En el presente cuadro se resume la campaña en la provincia de Abancay, mayor cobertura en la Red Abancay campaña 2016 . La mayor cobertura se dio en el sexo femenino 63% de atendidas

GRAFICO N° 4.3.



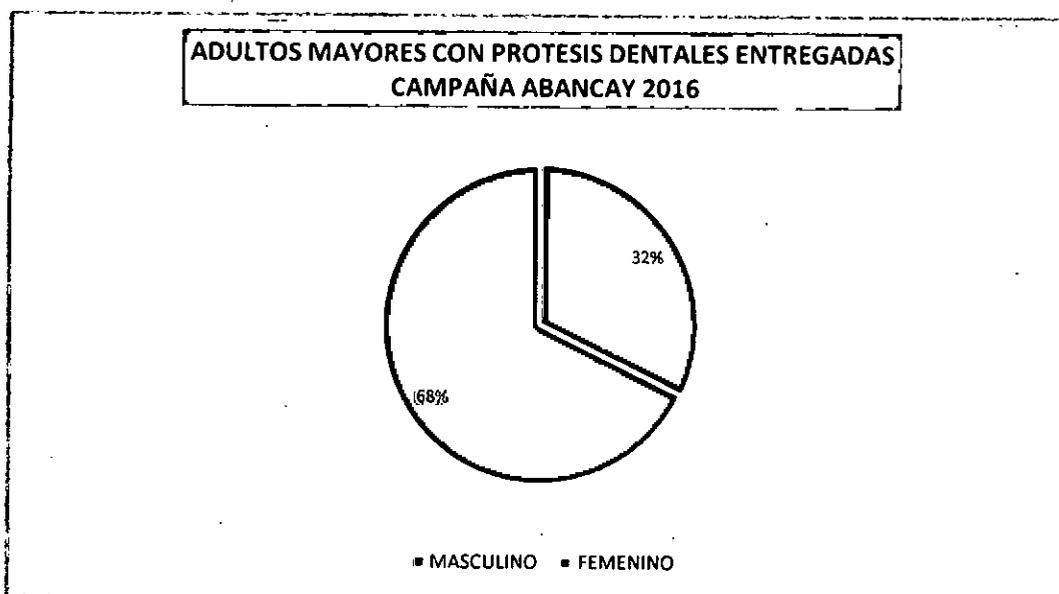
CUADRO N° 4.4

ADULTOS MAYORES CON PROTESIS DENTALES ENTREGADAS RESULTADO PLAN VUELVE A SONREIR 2016				
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
2012	50	104	154	16%
2013	129	272	401	41%
2014	0	0	0	0%
2015	0	0	0	0%
2016	156	262	418	43%
TOTAL	335	638	973	
PROPORCION	34%	66%		

FUENTE:: ficha de recolección PNVS (anexo1).

Interpretación. En el presente cuadro se resume la campaña en la provincia de Abancay, mayor cobertura en la campaña 2016, no se realizan campañas el 2014 ni 2015, por no haber remesas. La mayor cobertura se dio en el sexo femenino con 66% de atendidas

GRAFICO N°4.4



CUADRO N° 4.5.

**CUMPLIMIENTO DEL PLAN NACIONAL VUELVE A SONREIR
EN LA REGION APURIMAC 2012 - 2016**

	2012		2013		2014		2015		2016		TOTAL	
	AM	PROTESIS	AM	PROTESIS	AM	PROTESIS	AM	PROTESIS	AM	PROTESIS	AM	PROTESIS
META PNVS	4,488	8,079	920	1,655	920	1,655	920	1,655	920	1,655	8,168	14,699
EJECUCION	154	308	401	802	0	0	0	0	418	836	973	1,946
ODDS RATIO	3%	4%	44%	48%	0%	0%	0%	0%	45%	51%	12%	13%

FUENTE:: ficha de recolección PNVS (anexo1).

Interpretación. En el presente cuadro se resume las campañas del 2012 al 2016 en la Región Apurímac, teniendo mayor ODDS RATIO en la campaña 2016 con 51% de casos atendidos y menor casos el 2012 con 4% de lo propuesto. Los años 2014 y 2015 no se realizan atención de casos de edentulismo

GRAFICO N° 4.5

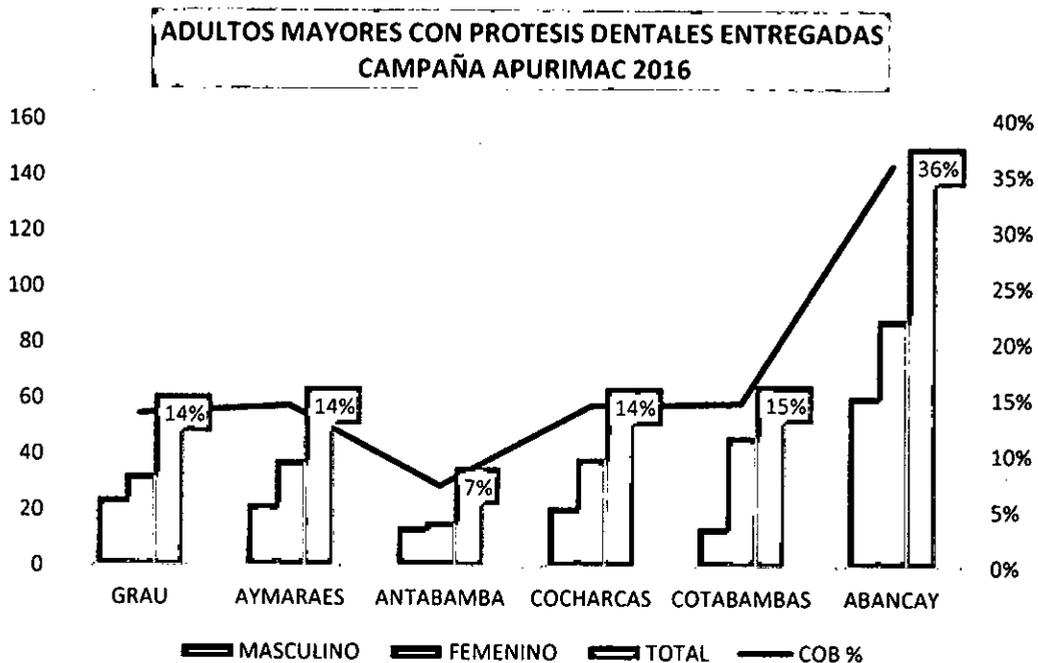


GRAFICO N° 4.6

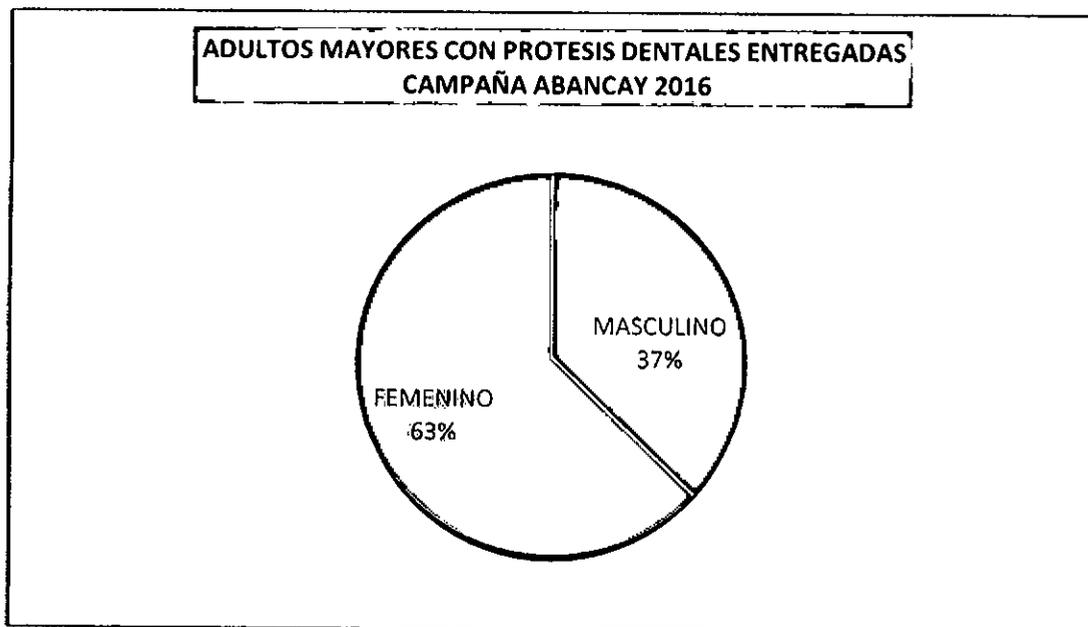


GRAFICO N° 4.7

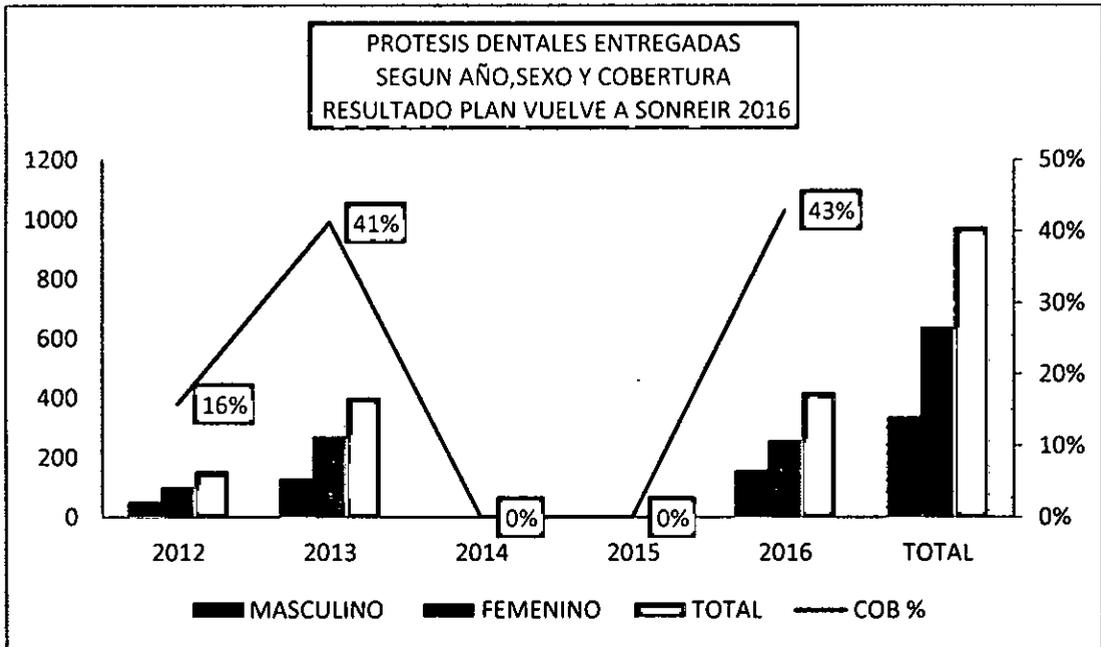


GRAFICO N° 4.8

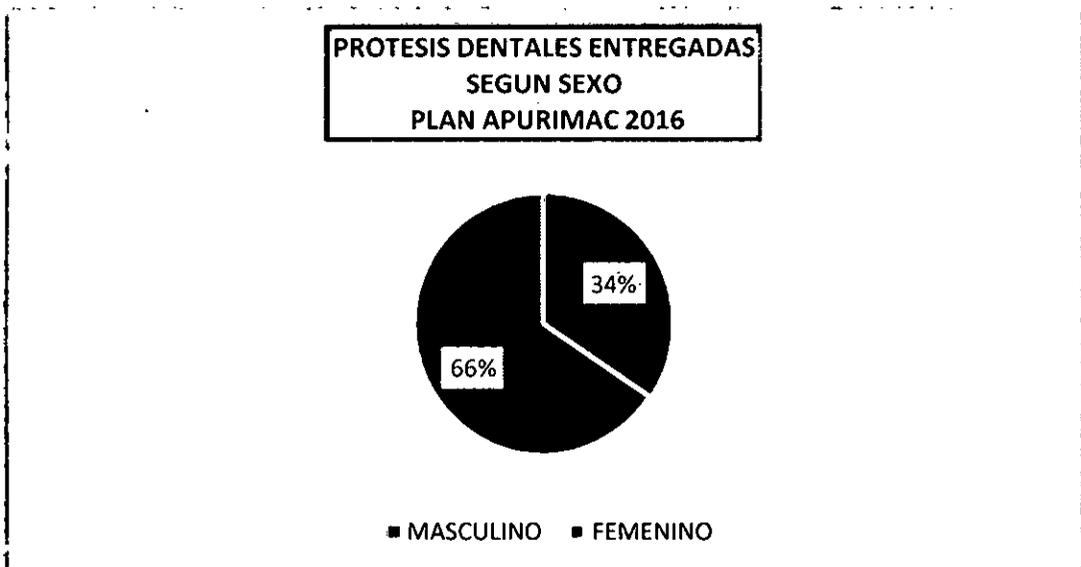
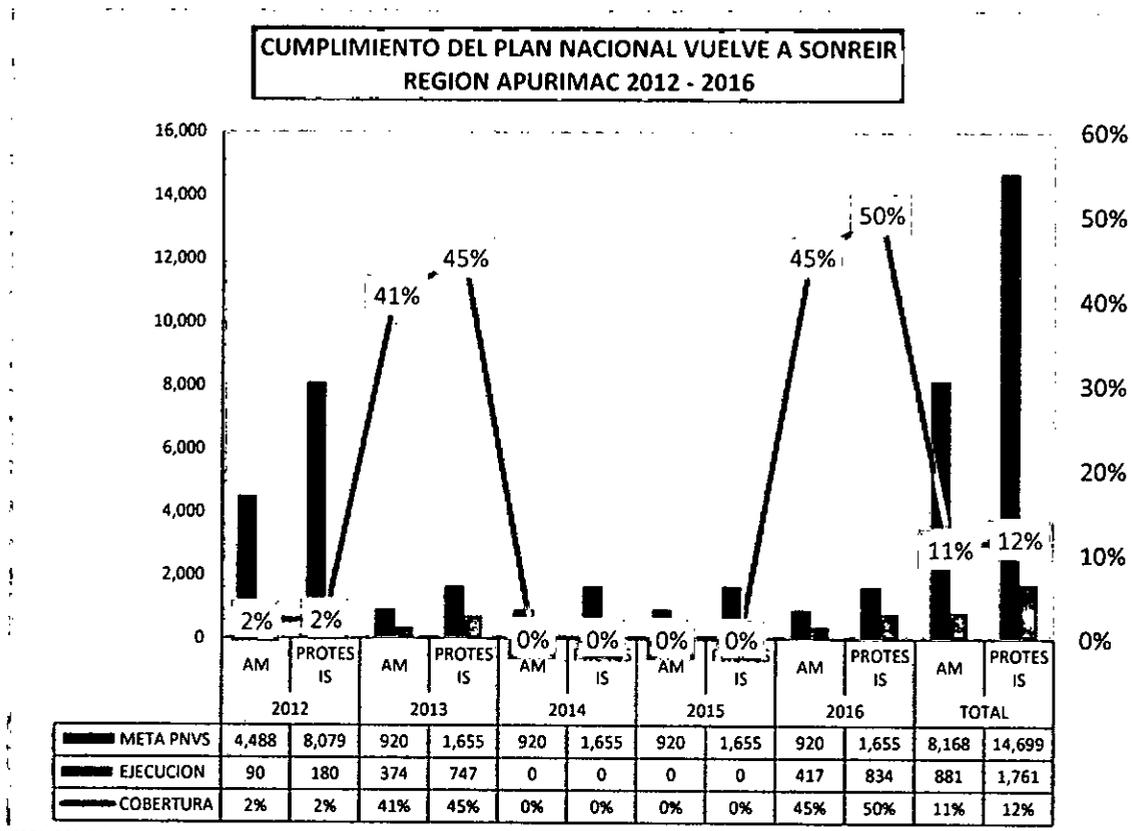


GRAFICO N° 4.9
EJECUCION DEL PNVS POR REDES DE SALUD



FUENTE:: ficha de recolección PNVS (anexo1).

Interpretación. Como se observa las coberturas de las metas propuestas en el plan original para Apurimac solo han permitido cubrir el 11% de personas beneficiarias y el 12% de prótesis propuestas por lo que es motivo para analizar en la DIRECCION NACIONAL DE SALUD BUCAL el realizar planes que no tienen el soporte necesario para cubrir según el indicador de desempeño como valor esperado el 65% de cobertura en Adultos mayores.

IV. CONCLUSIONES

- a) La no asignación de presupuestos específicos para el cumplimiento del Plan Nacional Vuelve a Sonreír 2012-2016, no permitió implementar acciones para tratamiento del edentulismo los años 2014 y 2015, pues las unidades ejecutoras, por destinan su presupuesto al pago de recursos humanos.
- b) Las campañas implementadas el 2012, 2013 y 2016 tuvo mayor intervención en mujeres adultas mayores (66%) que en varones adultos mayores (34%), respondiendo a la prevalencia de la morbilidad y a una posible actitud social de autocuidado por este género.
- c) La mayor cobertura de metas se dio el año 2016 con una cobertura de metas del 43%, debido a la implementación de actividades, tercerizadas en los laboratorios dentales los cuales incluyeron técnico dental y odontólogo por ser considerado el servicio a todo costo (incluye materiales mano de obra y gastos operativos de desplazamiento), mientras el odontólogo de la IPRESS no se involucro en el proceso por supuesta recarga laboral.
- d) La cobertura global de la meta propuesta para la región Apurímac llego al 12% de adultos mayores y 13% de prótesis previstas lo que refleja el débil involucramiento de las autoridades de salud, gobierno regional y local, así como el alto abandono de los adultos mayores en su autocuidado no permitiendo estar en criterios de inclusión.

V. RECOMENDACIONES

a. AL NIVEL CENTRAL.

Las metas propuestas deben ir acorde a los costos operativos de cada región, en la atención del adulto mayor por la complejidad de los procesos

El SIS central debe emitir directivas específicas que faciliten los procesos de previsión presupuestaria exclusivas de otras necesidades dentro de las remesas transferidas, para dar respuesta positiva a esta alta demanda social.

AL NIVEL REGIONAL.

La DIRESA debe dar soporte técnico a las Unidades Ejecutoras, para que incluyan en la programación presupuestal actividades de prótesis dentales previstas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, por parte de la coordinación regional generar comisiones en la ejecutora para garantizar estas provisiones presupuestarias.

EN EL NIVEL DE REDES.

Hacer Racionamiento presupuestario de sus recursos económicos, que permita para atender tareas que no priorizadas

como acuerdos de Gestión (Articulado Nutricional y Materno Neonatal)

Apoyar al responsable del programa 0018 ENT para realizar mayor monitoreo en el cumplimiento de la atención al adulto mayor.

VI. REFERENCIALES

1. Elizabeth VA, y c. Frecuencia del edentulismo parcial y total en adultos y su relacion con factores asociados en la clinica universitaria Cuenca Ecuador 2016. Revista Estomatologica Herediana. 2016 octubre - diciembre; 26(4): p. 215.
2. Ministerio de Salud. Normas legales MINSA. [Online].; 2012 [cited 2017 agosto 20. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/RM626-2012-MINSA.pdf>.
3. Organizacion Mundial de la Salud. Salud Bucodental. [Online].; 2012 [cited 2018 setiembre 06. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
4. CASAS P, et a. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Revista Médica Herediana. 2012 octubre-diciembre; 23(4): p. 229.
5. VARELA, Luis Fernando. Nutricion en el adulto Mayor. Revista Medica Herediana. Editoriales. 2013 Julio- setiembre; 24(3): p. 183.
6. AZAÑEDO Vilchez DE. Edentulismo en el adulto mayor, un problema de salud pública mal atendido en el Perú. In Crescendo. 2016 mayo 17; 7(1): p. 145-148.

7. SCHAEFER Ferreira de Mello AL, REIBNITZ Junior C, LORENZINI Erdmann A. El cuidado a la salud bucal del anciano: buenas prácticas fundamentadas en el paradigma de la promoción de la salud. Gerokomos [online]. 2009 junio; 20(2).
8. MINISTERIO DE SALUD. Documento Técnico: Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 "VUELVE A SONREÍR". 2nd ed. Salud Md, editor. Lima Peru: Imprenta MINSAL; 2011.
9. SÁNCHEZ Murguiondo M, ROMÁN Velásquez M, y o. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011 abril- junio; 16(2).
- 10 BELAUNDE Gomez A, SALAZAR Silva F, y o. Asociación del acceso a la atención dental y edentulismo. Revista Estomatológica Herediana. 2012 abril-junio; 22(2): p. 78.
- 11 GUTIERREZ Vargas V, y o. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatológica Herediana. 2015 julio-setiembre; 25(3): p. 179.
- 12 PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century. In the approach of WHO Global Oral Health Programme; 2003; Geneva, Switzerland. p. 3-24.

- 13 Angel RPM, David VTT. LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Y SU CONTRIBUCIÓN A LA LUCHA CONTRA LA POBREZA. primera ed. UNFPA WM, editor. Lima: Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas. Artprint; 2009.
- 14 GUTIERREZ Vargas VL, LEON Manco RA, CASTILLO Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatologica Herediana. 2015 jul-set; 25(3): p. 79-86.
- 15 PERALTA Mas FB. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la Clínica Dental Docente de la UPCH de julio a setiembre en el año 2015. TESIS. Lima: UPCH, Departamento Académico de Odontología Social; 2017.
- 16 MINISTERIO DE SALUD. Implementacion en salud Presupuesot por Resultados (PpR). Economico Institucional. Peru: Ministerio de Salud, Plameamiento Estrategico; a diciembre 2011.
- 17 L RM, Priscila tpC. La Voz de Houston. [Online].; 2018 [cited 2018 setiembre 8. Available from: <https://pyme.lavoztx.com/qu-es-una-asignación-presupuestaria-12718.html>.
- 18 C MMM, y o. Sociedad española de Geriatria y Gerontologia. [Online].; 2018 [cited 2018 setiembre 8. Available from: <https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35->

05%2022 II.

19 Seguro Integral de Salud. SIS, Seguro Integral de Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 setiembre 08. Available from: http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/index.html].

20 MINISTERIO DE SALUD. Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. [Online].; 2005 [cited 2018 agosto 28. Available from: www.minsa.gob.pe/adultoMayor/MANUAL%20LLENADO%20HC%20A].

21 Sáez Prado B. Salud Oral y calidad de vida en los centros municipales de actividades para personas mayores de 65 años de Valencia. Tesis doctoral. Valencia: Universidad CEU Cardenal Herrera, Departamento de Odontología; 2016.

22 Tirado Montilla I, Borges Osorio M, Mireles Inojosa J. Salud y bienestar laboral en odontólogos que trabajan en instituciones públicas de salud. Salud de los trabajadores. 2017 enero-junio;; p. 63-75.

23 DA F. Edentulism and Comorbid Factors. Journal of Prosthodont. 2009 feb;; p. 88-96.

24 Lyndon F. Cooper DDS P. El tratamiento actual y futuro del edentulismo. Revista de prostodoncia. 2009 feb; 18(2).

25 Seguro Integral de salud..

26 salud Md. " Norma Técnica de Salud para la Atención integral de Salud de las Personas Adultas.

27 HANASHIRO H. Gerontologia.org. [Online]. Santiago, Chile; 17 -20 junio 2003 [cited 2018 agosto 29. Available from: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/ponencia_hec_tor_hanashiro.pdf.

28 VANEGAS-Avecillas E, VILLAVICENCIO -Caparó E, y o. Revista Estomatológica Herediana. [Online]. Cuenca, Ecuador; 2016 [cited 2018 agosto 29. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000400003.

ANEXOS

ANEXO 1
ACTIVIDAD DIFUSION

TAREA	Problema encontrado	Solución propuesta	Resultado
Compromiso al gobierno regional.	Autoridades de gobierno regional y locales desconocen el plan Vuelve a Sonreir.	LA ESN Salud Bucal toma la coyuntura del lanzamiento del PS "Pensión 65", por el presidente Ollanta Humala en Curahuasi (23 julio 2012), para hacer partícipes y comprometer a la autoridad Regional de Apurímac.	Se logra una masiva concurrencia de 600 adultos mayores a la campaña desplazados por sus autoridades.
Compromiso al gobierno local			
Difusión en medios masivos a la población	No se tiene presupuesto para socializar masivamente spot televisivos y radiales	Se hace un spot radial y se lanza en notas de prensa por convenios entre DIRESA y medios de comunicación.	Se difunde en todo Apurímac los beneficios del Plan y se incrementa la expectativa.

**ANEXO 2
ACTIVIDAD DE CAPTACION**

Tarea	Problema encontrado	Solución propuesta	Resultado
actividad administrativa			
· Asignación Presupuestal.	Déficit presupuestal en ejecutoras no permite prever atención de prótesis	<ul style="list-style-type: none"> Se oficia a cada ejecutora para cumplimiento obligatorio de las Disposiciones nacionales 	<ul style="list-style-type: none"> no se obtiene respuesta y solo se ejecuta cuando hay remesas (2012,2013,2016).
· Convocatoria.	El convocar para el propósito de prótesis origina protestas e incumplimiento en quienes no son aptos.	<ul style="list-style-type: none"> La convocatoria se realiza para completar su VACAM, para no generara falsa expectativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Se limita la meta a 6 adultos mayores por establecimiento de salud.
· Tamizaje de casos aptos.	Demoras en la captación de personas aptas, por no tener criterios claros de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> Se elabora un listado de requisitos para determinar objetivamente la inclusión de AM aptos 	<ul style="list-style-type: none"> Se tiene un numero de adultos mayores con condiciones adecuadas
Adecuación de la oferta			
· Capacitación al personal	<ul style="list-style-type: none"> Los criterios de Pregrado están arraigados y no ha sido debidamente entrenado en el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> Se capacita y estandariza la personal según norma. 	<ul style="list-style-type: none"> Odontólogos con un criterio único para la confección de prótesis
· Dotar de logística para la atención	<ul style="list-style-type: none"> Poca disponibilidad de materiales para cumplir los pasos de coinfeción 	<ul style="list-style-type: none"> Contratos con técnicos dentales por servicio a todo costo (incluye materiales y confección) 	<ul style="list-style-type: none"> Procesos garantizados para su cumplimiento
· Organizar brigadas para atenciones en IPRESS programada	<ul style="list-style-type: none"> Previsión presupuestaria para cubrir desplazamientos 	<ul style="list-style-type: none"> Transporte y combustible para traslado de brigada 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de demanda garantizada

ANEXO 3
FASE DE SENSIBILIZACIÓN

Tarea	Problema encontrado	Solución propuesta	Resultado
PREVENTIVO.			
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la VACAM donde se realiza 	<ul style="list-style-type: none"> • No toda persona llega a los establecimientos por limitaciones funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliarias para aplicar la VACAM y captar aptos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se capta los que se ajustan a los criterios de inclusión.
<ul style="list-style-type: none"> • profilaxis y destartraje dental. 	<ul style="list-style-type: none"> • la mayoría de AM tiene pocos dientes y en general con enfermedad periodontal degenerativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace atenciones profilácticas y extracciones en caso de periodontosis por pérdida de soporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Se restablece la salud de encías, ligamento periodontal y mucosas
Recuperativo			
<ul style="list-style-type: none"> • Extracciones dentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia a perder los pocos dientes remanentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Restaurar y solo extraer en caso que se encuentre fuera del plano oclusal 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del usuario
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de campañas 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencia a cumplir la tarea por recarga laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Formar brigadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución rápida de metas
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de servicios para atención de prótesis 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios no operativos (mal la unidad dental, mal la pieza de mano, falta instrumental o insumos para extracciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar el mantenimiento de equipos, y dotar de materiales e insumos 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal motivado
CONTROLES POST INSATACION	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes no acuden a control por distancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de pacientes para control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de molestias
	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis mal adaptadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de defectos y rebasado de prótesis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes usan prótesis y permite alimentarse y hablar correctamente

CONSEJERIA Y CUIDADOS CON LAS PROTESIS	· pacientes desinformados no higienizan sus prótesis	Consejos para lavar cada noche y poner en agua	Disminuir el deterioro del aparato protésico
	· presentan casos de candidiasis y úlceras	Colutorios antiinflamatorios con agua sal y coca	Disminución de lesiones tisulares y molestias
	· se alimentan inadecuadamente	Indicar alimentos blandos hasta adecuar los tejidos blandos al nuevo elemento	Disminuir el trauma de la Articulación Temporo Mandibular
	· posibles fracturas del aparato protesico	Evitar extraer la prótesis de la boca durante el día	La reparación de prótesis trae mal adaptación y daño óseo

ANEXO 4

FICHA DE RECOLECCIÓN PNVS (ANEXO1)

BASE DE DATOS - ESN SALUD BUCAL																										
PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL "VUELVE A SONREIR"																										
FECHA: 1900																										
13/08/2012																										
MUESTRO:																										
DATOS GENERALES															PROCESOS GÉNICOS											
ORD	LEJEO				DATOS PERSONALES							OTROS			PROCESO		PROCESOS PRÓTESIS SUPERIOR					PROCESOS PRÓTESIS INFERIOR				
	REGION/DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	ES	DN	APellidos y Nombres		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTAD. CIVIL	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	
1	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310696	Clara Soledad Morúa	20/01/57	75	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	P.S. San Mateo	830002	Emmanuel de la Cruz Jaramba	10/03/52	71	F	F	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	PERU/CAJAMA	ASANOT	PROSABANA	C.S. PUEBLO JÓVEN	310692	Walter Pineda Jara	10/03/57	65	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310693	Jose Luis Pineda Garcia	02/07/50	72	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310694	Rosario Ortega Galvez	01/03/52	71	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310695	Walter Jaramba Jara	20/01/57	62	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310696	Teresa Mercedes Jara	09/03/57	65	F	F	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310697	Jorge Pineda Jara	02/07/50	72	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310698	Rafael Maria Jara	24/07/52	61	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310699	Alfonso Williams Villalobos	02/07/52	61	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310700	Esther Patricia Jara	14/02/55	67	F	F	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310701	Walter Pineda Jara	10/03/57	71	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310702	Walter de la Cruz	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310703	Walter Pineda Jara	10/03/57	65	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	P.S. San Mateo	830004	Walter Pineda Jara	02/07/50	62	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. PUEBLO JÓVEN	310704	Walter Pineda Jara	02/07/50	71	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	P.S. San Mateo	830005	Walter Pineda Jara	02/07/50	71	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310706	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310707	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310708	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310709	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310710	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310711	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310712	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310713	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310714	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310715	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310716	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310717	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	PERU/CAJAMA	ASANOT	ASANOT	C.S. de la Cruz	310718	Walter Pineda Jara	02/07/50	68	F	M	2007	No	Ag	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ANEXO 5

FORMATO PARA CONFORMIDAD DE LA ENTREGA DE LA PRÓTESIS, POR EL PACIENTE EN EL QUE SE VERIFICA EL CONTROL POSTERIOR A LA INSTALACIÓN



ACTA DE CONTROL DE PROTESIS DE BENEFICIARIOS

PLAN NACIONAL SONRIE SIEMPRE PERU

ANEXO 4



REGION: ...DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC

LOCALIDAD:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD		DN	TP	Provincia	Distrito	DIRECCION	1º CONTROL	2º CONTROL	3º CONTROL
		F	M								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
TP	Tipo de prótesis:	S (superior) , I (inferior), T (total), PPR (parcial removible metálica)									

ANEXO N° 4-
AUTORIA PROPIA

**TDR PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS NO PERSONALES DE CIRUJANO DENTISTA
PARA PREPARACION E INSTALACION DE PROTESIS DENTALES
PLAN NACIONAL "PERU VUELVE A SONREIR" - 2012**

SE REQUIERE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CIRUJANOS DENTISTAS CON EXPERIENCIA MINIMA, PARA LA ELABORACION Y CONFECCION DE PROTESIS DENTALES PARCIAL Y TOTAL A ADULTOS MAYORES PARA LAS PROVINCIAS DE:

LUGAR Y PROCEDENCIA DE PACIENTES	CANTIDAD RR HH	META	PAGO TOTAL	PLAZO ENTREGA
ABANCAY (HUANIPACA, CACHORA, LAMBRAMA, HUANCARAMA, CENTENARIO)	01	160	8,800.00	3 MESES
ANTABAMBA (ANTABAMBA, PACHACONAS, MOLLEBAMBA)	01	140	8,400.00	3 MESES
AYMARAES (CHALHUANCA, SANTAROSA, TAPAYRIHUA, TINTAY, LUCRE, COLCABAMBA, CHAPIMARCA)	01	140	8,400.00	3 MESES
COTABAMBAS (TAMBOBAMBA, COTABAMBAS, HAQUIRA, MARA, CHALHUAHUACHO, TAMBULLA, ASACASI, COYLLURQUI ÑAHUINLLA)	01	140	9,800.00	3 MESES
GRAU (CHUQUIBAMBILLA, PATAYPAMPA, TOTORA OROPESA, VILCABAMBA, CURASCO, HUAYLLATI, PROGRESO)	01	140	9,100.00	3 MESES

CONDICIONES LABORALES:

1. EL PAGO ES A TODO COSTO (incluye el pago servicios y materiales) según relación adjunta de materiales e insumos a disposición completa y estricta.
2. Su dependencia administrativa será la red de salud.
3. Presentara la información de avance y conclusión de productos en documentación oficial, proporcionada por la Estrategia de Salud Bucal.
4. El Pago está condicionado a la entrega de las prótesis terminadas y con dos controles a la semana y quince días después de instaladas.

REQUISITOS Y PERFIL PROFESIONAL

5. TITULO Y COLEGIATURA DE CIRUJANO DENTISTA
6. HABILITACION PROFESIONAL
7. CERTIFICACION DE CURSOS EN PROTESIS DENTAL (OPCIONAL).
8. EXPERIENCIA LABORAL 01 AÑO
9. MANEJO DE IDIOMA QUECHUA (OPCIONAL)
10. DISPONIBILIDAD INMEDIATA.
11. CERTIFICACION EN PRAT (OPCIONAL)

**ANEXO N°5
AUTORIA PROPIA**

**TDR PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS NO PERSONALES DE LABORATORIOS DE
PROTESIS DENTAL
PARA CONFECCION DE PROTESIS DENTALES
PLAN NACIONAL "PERU VUELVE A SONREIR" – 2012**

SE REQUIERE LOS SERVICIOS NO PERSONALES DE LABORATORIOS DE PROTESIS DENTAL CON EXPERIENCIA MINIMA, PARA LA PREPARACION Y PROCESAMIENTO DE PROTESIS DENTALES PARCIAL Y TOTAL GRATUITAS A ADULTOS MAYORES PARA LAS PROVINCIAS DE:

LUGAR Y PROCEDENCIA DE PACIENTES	Nro LABORATORIOS	CANT PROTESIS	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL	PLAZO MAX ENTREGA
GRAU (CHUQUIBAMBILLA, PATAYPAMPA, TOTORA OROPESA, VILCABAMBA, CURASCO, HUAYLLATI, PROGRESO)	1	140	70.00	9,800.00	3 MESES
AYMARAES (CHALHUANCA, SANTAROSA, TAPAYRIHUA, TINTAY, LUCRE, COLCABAMBA, CHAPIMARCA)	1	140	65.00	9,100.00	3 MESES
ANTABAMBA (ANTABAMBA, PACHACONAS, MOLLEBAMBA)	1	140	65.00	9,100.00	3 MESES
COTABAMBAS (TAMBOBAMBA, COTABAMBAS, HAQUIRA, MARA, CHALHUAHUACHO, TAMBULLA, ASACASI, COYLLURQUI ÑAHUINLLA)	1	140	75.00	10,500.00	3 MESES
ABANCAY (HUANIPACA, CACHORA, LAMBRAMA, HUANCARAMA, CENTENARIO)	1	160	60.00	9,600.00	3 MESES
TOTAL	5	720		48,100.00	

CONDICIONES LABORALES:

1. EL PAGO ES A TODO COSTO (incluye el pago servicios y materiales) según relación adjunta de materiales e insumos a disposición completa y estricta. Con Recibo por Honorarios Profesionales.
2. Su dependencia administrativa será la red de salud.
3. Presentara la información de avance y conclusión de productos en documentación oficial, proporcionada por la Estrategia de Salud Bucal, en la DIRESA con V°B°
4. El Pago está condicionado a la entrega de las prótesis terminadas y con 01 control a la semana después de instaladas.
5. PAGO POR PROTESIS SUPERIOR O INFERIOR (TOTAL O PARCIAL CON WIPLA)

REQUISITOS O PERFIL PROFESIONAL DEL REPRESENTANTE DEL LABORATORIO DENTAL Y SU EQUIPO:

1. TITULO O CERTIFICACION DE PROTESISTA DENTAL
2. RECONOCIMIENTO DE LA ASOCIACION DE TECNICOS DENTALES DE SU REGION
3. CERTIFICACION DE CURSOS EN PROTESIS DENTAL (OPCIONAL).
4. EXPERIENCIA EN CONFECCION DE PROTESIS (CONTRATOS PREVIOS)
5. MANEJO DE IDIOMA QUECHUA (OPCIONAL)
6. DISPONIBILIDAD INMEDIATA.
7. RUC.
8. CONSUCODE.
9. CCI

ANEXO N° 6. AUTORIA PORPIA



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



CRITERIOS PARA LA CONFECCION DE PROTESIS DENTALESGRTUITAS A PERSONAS ADULTAS MAYORES

I. SELECCION Y TAMIZAJE (Criterios de Inclusión)

- a. **Grupo Etéreo**
 - Adultos Mayores de 60 años. SIS (obligatorio)
- b. **Criterios anatómicos :**
 - Reborde Inferior 5mm de altura
 - Zona retro molar "piriforme"
 - Zona Lingual expulsiva
 - Inserción de frenillos
 - Apertura bucal proporcional al tamaño de cada arcada.

II. CONFECCION:

1. Impresión Primaria (cubeta cribada metálica o plástica) con Alginato.
 - Adaptación de cubeta cribada y eliminación de puntos lacerantes
 - Alivio con cera amarilla
2. Vaciado de Modelos Primarios (Yeso Paris)
3. Confección de Cubeta Individual (acrílico rápido), Sellado Periférico (godiva de baja fusión).
4. Toma de Impresión definitiva (Silicona Fluida y catalizador / pasta zinquenolica).
5. Confección del Modelo Definitivo (yeso extraduro)
6. Confección de Placa Base (Acrílico Rápido) de preferencia pincelando el acrílico.
7. Instalación de Rodetes prefabricados
8. Dimensión Vertical, línea de Sonrisa Superior,.
9. Relación Céntrica o en habitual depende de tiempo de edentulismo, bloqueo de rodetes con grapas intermaxilares
10. Determinación del tamaño, color, forma de los dientes de acrílico.
11. Enfilado de dientes
12. Prueba del enfilado
13. Acrilizado
14. Prueba en boca
15. Ajustes y 1 control mínimo

III. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS:

- a. Confección del Padrón de captación de pacientes para la selección y Tamizaje de Pacientes. Adjunto **Anexo 01**
- b. Formato de Ejecución (Anexar copia de DNI o Afiliación al SIS). Ajunto **Anexo 02**
Acta de Entrega. Adjunto **Anexo 03**
- c. Controles (03). Adjunto **Anexo 04**
- d. Llenado de HIS MIS según cada paso avanzado, y hasta terminar la protesis hasta su consejería.
- e. Llenado de FUA con prestacion 900 y anotar el procedimiento final. D5110 Protesis Mandibular
- f. Coordinar con el responsable de Área Adulto Mayor para convocatoria adecuada

Responsabilidades del Técnico.

Puntualidad y Responsabilidad

Pasos:

Odontólogo	Técnico Dental	FECHA
1. Impresión Primaria	1. Vaciado de Modelos Primarios y Cubeta Individual	
2. Dimensión Vertical	2. Vaciado y confección de Modelos definitivos	
3. Prueba de Enfilado	3. Confección Placa Base, instalación Rodetes	
4. Instalación y ajustes	4. Montaje de modelos	
5. Primer control	5. Enfilado y Acrilizado	

ANEXO N° 7

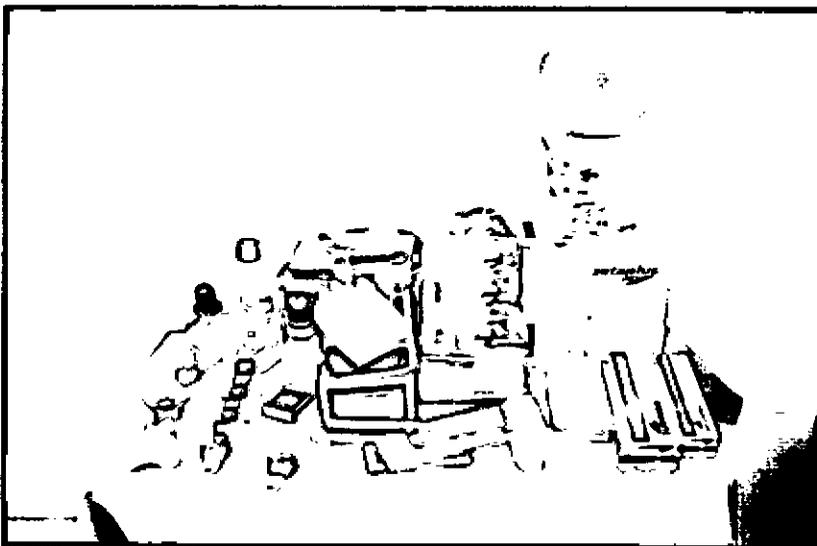
CAMPAÑAS. IMÁGENES

PREPARANDO PARA LA ATENCION



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

MATERIALES DENTALES



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

TAMIZAJE DE ADULTOS MAYORES PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

TOMA DE IMPRESIÓN PRIMARIA



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

RODETES Y DIMENSIÓN VERTICAL



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

BLOQUEO MAXILAR



ENFILADO DE DIENTES PARA ACRILIZADO



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

PRÓTESIS INSTALADA



FUENTE: Elaboración Propia, 2016