



Resolución Ministerial

Lima, 16 de ENERO del 2015



A. Velásquez



C. CHANAMÉ



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



N. Reyes P.



J. Zavala S.

Visto, el Expediente N° 12-098799-001, que contiene el Memorandum N° 2144-2013-DGSP/MINSA y el Informe N° 026-2013-EVC-ESNSB-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los numerales 1) y 2) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establecen que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas y aseguramiento en salud;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley dispone que es función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como "Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, (...)";

Que, el subnumeral 3.2.1 del Plan Nacional Concertado de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, establece como parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2007-2020, el Objetivo 11, referido a "Mejorar la salud bucal";

Que, por Resolución Ministerial N° 626-2012/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2015-2016 "Vuelve a Sonreír", cuya finalidad es 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;

Que, de acuerdo a lo previsto en el literal a) del artículo 41 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias, la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, a cargo de proponer las políticas de salud, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional;

Que, la Dirección General de Salud de las Personas ha propuesto la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Edentulismo Total, cuya finalidad es reducir los días de discapacidad estomatológica en el paciente edéntulo total, rehabilitando la capacidad masticatoria y la fonética, así como la estética de la sonrisa, ligada a la autoestima, en beneficio de su calidad de vida;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Edentulismo Total, que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, la difusión y evaluación del cumplimiento de lo dispuesto en la citada Guía Técnica.

Artículo 3.- Disponer que el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, así como las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, sean responsables de la difusión, implementación y supervisión de la presente Guía Técnica, dentro de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



C. CHANAMÉ



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



N. Reyes P.



J. Zavala S.

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



GUÍA TÉCNICA:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

I. FINALIDAD

Reducir los días de discapacidad estomatológica en el paciente edéntulo total, rehabilitando la capacidad masticatoria y la fonética, así como la estética de la sonrisa, ligada a la autoestima, en beneficio de su calidad de vida.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Establecer los criterios técnicos para la rehabilitación oral de los pacientes edéntulos totales.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Establecer los criterios técnicos y metodológicos necesarios para la atención del paciente edéntulo total con prótesis dentales muco soportadas, a fin que mejoren la masticación.

2.2.2 Facilitar la rehabilitación de la capacidad masticatoria y la función fonética del paciente mediante el uso de prótesis dentales muco soportadas útiles, adaptadas y aceptadas, que facilitan la masticación, comunicación y eleva la autoestima.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos prestadores de servicios de salud públicos: Establecimientos de salud del Ministerio de Salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, las Direcciones de Salud (DISAs), y de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud - DIRESA, Gerencia Regionales de Salud - GERESA o las que hagan sus veces en el ámbito regional). Puede servir de referencia a los establecimientos de salud de otros prestadores de servicios públicos o privados.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

Edentulismo Total

K06.9: Trastornos no Especificado de la Encía y de la Zona edéntula.

K08.0: Exfoliación de los Dientes debido a causas sistémicas.

K08.1: Pérdida de los Dientes por accidente, extracción o enfermedad periodontal local.

K08.9: Trastorno de los Dientes y de sus estructuras de Sostén, no especificado.

K00.0: Anodoncia.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

El edentulismo se refiere a la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes. Esta condición puede afectar sustancialmente la salud oral y general, así como también la



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la nutrición. Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo total, pueden afectar la ingesta alimentaria.

La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulas, porque su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca ⁽¹⁾.

5.2. ETIOLOGÍA

Hay concordancia en varios estudios epidemiológicos y de revisión sistemática, que llegan a la conclusión que las 2 principales causas de edentulismo son: La caries dental y la enfermedad periodontal; siendo la caries predominante en edades tempranas y la enfermedad periodontal en edades avanzadas.

La pérdida de dientes por enfermedad periodontal es la secuela de la pérdida de adherencia de la encía y la consiguiente pérdida de tejidos de soporte del diente, que al ser destruidos dejan al diente sin sus tejidos de sostén que finalmente se desprende y deja un lecho vacío.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

A nivel de las estructuras de sostén, la cresta ósea del espacio edéntulo, al dejar de recibir el estímulo funcional de la masticación, empieza a perder volumen en alto y ancho. Este proceso es más notorio en el maxilar inferior que en el maxilar superior, motivo por el cual el paciente que pierde gran número de piezas dentarias en un solo evento, presentará una discrepancia importante entre maxilar y mandíbula.

La pérdida de piezas dentarias, ocasiona una situación dental inestable, en términos de migración mesial o labial de los dientes remanentes.

En cuanto a la masticación, la pérdida de dientes aumenta el tiempo en que se llega al umbral de deglución, es decir el paciente demora mucho tiempo más en llegar a conformar el bolo alimenticio para el inicio del proceso digestivo ⁽²⁾.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud - OPS ⁽³⁾ las personas de 60 años a más, tienen en promedio entre 19 y 27 piezas con evidencia de experiencia de caries, de las cuales el 80% son extraídas o con indicación para extracción, es decir entre 16 y 24 piezas perdidas, lo cual implica un grado severo de caries (más de 14 piezas cariadas) ⁽⁴⁾

Tabla N° 1 Experiencia de Caries en distintos países de América Latina.

País	CPOD comunitarios	Piezas Perdidas
Venezuela	19.11	16.2
Brasil	27.21	23.8
Costa rica	26.1	22.9
Chile	24.8	20.2

Fuente: R. Mariño Bol Oficina Sanit Panam 116(5), 1994 ⁽³⁾

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Individuales ^(5,6)

- Enfermedad periodontal, caries dental, traumatismos.



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

- Hábitos de vida: La higiene oral está asociada a las principales enfermedades orales.
- Otras condiciones: Terapia de radiación, fumador, diabetes⁽³⁾.

5.5.2. Estilos de vida

- Factor cultural: Hábitos y creencias populares respecto a la pérdida de dientes, son muy difundidos en algunas poblaciones, teniendo como si fuera normal la pérdida de piezas dentarias durante el embarazo o por el envejecimiento. Dejando a la salud oral fuera de sus prioridades.
- Factor económico y social⁷: La pobreza, pobreza extrema, desempleo y subempleo de la población que genera acceso limitado a los servicios básicos de salud.
- Lugar de residencia (urbano- rural)⁸: Se sabe que en los ámbitos rurales se tiene mayor dificultad de acceso a servicios de salud y a servicios de saneamiento.

5.5.3. Factores hereditarios

- El edentulismo total no es una condición patológica heredable, debido a que es la consecuencia de una enfermedad infecciosa, sea esta enfermedad periodontal o caries dental. Sin embargo, la intensidad de la reabsorción del hueso en las áreas edéntulas sí corresponde a un factor genético (gen que codifica el factor de crecimiento de fibroblastos - Gen: FGFR1OP2/WIT3.0.).
- El gen FGFR1OP2/WIT3.0, está asociado a patrones de reabsorción de hueso alveolar tipo IV⁽⁹⁾. Los grados de reabsorción de hueso mandibular son: Tipo I (reborde residual mayor a 21mm), Tipo II (reborde residual entre 16 mm a 20 mm), Tipo III (reborde residual de 11 mm a 15 mm), y Tipo IV (10 mm o menos).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

- Perfil facial cóncavo.
- Pliegues peribucales.
- Depleción de las mejillas.
- Disminución de la dimensión facial vertical.
- Atrofia de la mucosa oral.
- Dificultad para alimentarse.
- Dificultad para pronunciar algunas letras,
- Capacidad disminuida para interrelacionarse con los demás.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

Se debe partir de un paciente con ausencia completa de dientes y con una situación de mucosa bucal sana donde:

- Presenten rebordes regulares en forma de U (caras palatinas y vestibulares en posición aproximadamente paralela), determinando la existencia de una



N. Reyes P.

verdadera cara o superficie oclusal, que desde el punto de vista protésico, es la más favorable.

- Para el maxilar inferior que tenga una altura ósea adecuada.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De imágenes

Si luego de la evaluación clínica se presume de una patología no visible se sugiere indicar un examen radiográfico de tipo panorámica.

6.4. MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas Generales

El manejo del paciente edéntulo total para la elaboración de su prótesis total removible es realizada por el cirujano dentista, asistido por un técnico de enfermería capacitado, en los 3 niveles de atención.

6.4.2. Terapéutica.

El objetivo de los criterios de diagnóstico es tamizar a pacientes aptos a recibir prótesis completas en beneficio de personas de la etapa de vida Adulto Mayor de las poblaciones más pobres, usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS) y especialmente a los beneficiarios de Pensión 65; garantizando el derecho a la mejora de su salud bucal, mediante la rehabilitación funcional de la cavidad bucal.

Los propósitos de la terapéutica del paciente edéntulo total, mediante la indicación de la prótesis total removible son⁽⁶⁾:

- 1) Rehabilitar la capacidad masticatoria.
- 2) Rehabilitar la función fonética.
- 3) Rehabilitar la estética de la sonrisa.

A. Contraindicaciones relativas del tratamiento^{(1) (6)}

- Pacientes con Proceso alveolar irregular.
- Pacientes con necesidad de regularización de reborde alveolar.
- Pacientes con necesidad de profundización de surco.
- Pacientes con torus mandibular.
- Pacientes con torus palatino.
- Pacientes con reborde flácido.
- Pacientes con raíces dentales retenidas.
- Otros trastornos especificados de la encía y de la zona edéntula.
- Trastornos no especificados de la encía y de la zona edéntula.
- Manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

B. Contraindicaciones absolutas del tratamiento⁽⁷⁾

- Pacientes con atrofia y reabsorción total de rebordes alveolares.
- Pacientes que rechazan psicológicamente, el uso de prótesis total.
- Pacientes con radiación terapéutica previa.



N. Reyes P.

6.4.3. Abordaje terapéutico rehabilitador del paciente edéntulo total

Se debe abordar al paciente edéntulo total ⁽⁷⁾, mediante el siguiente procedimiento que consta de 6 sesiones clínicas obligatorias y una sesión opcional. La duración de cada sesión clínica es de 30 minutos.

SESIÓN 1.- Diagnóstico e impresión primaria o impresión estática de los tejidos

- a. Se hace la evaluación intraoral del paciente, en caso de ser un paciente apto a rehabilitación con prótesis total se pasa al siguiente punto y se procede a hacerle firmar el consentimiento informado, adjunto en Anexo 1 de la presente Guía de Práctica Clínica. En caso de tener alguna contraindicación relativa, se le refiere a la atención necesaria y si tiene alguna contraindicación absoluta, se le explica su condición de no apto.
- b. Se hace la adaptación de las cubetas para desdentado y se realiza la impresión primaria de los tejidos, utilizando una porción de alginato por maxilar (Nivel de recomendación II-B)
 - Para el *maxilar inferior*.- Durante la impresión se le pide al paciente que cierre un poco la boca, luego que saque la lengua adelante, que la desplace a la derecha a la izquierda, luego que meta la lengua y que toque el paladar con la misma. Verificar que la impresión copie el fondo de surco, la zona hamular (retromolar) y los frenillos.
 - Para el *maxilar superior*.- Durante la impresión se le pide al paciente que cierre un poco la boca. Verificar que la impresión copie el fondo de surco, los frenillos y la papila palatina.
- c. Realizar el vaciado del modelo primario, con yeso piedra, luego del fraguado del yeso, desmoldar y marcar en el modelo en yeso, la línea del límite de la futura cubeta individual. Enviar al laboratorio dental y solicitar la realización de cubeta individual parcialmente aliviada.

SESIÓN 2.- Impresión funcional de los tejidos

- a. Se acondiciona la cubeta individual, parcialmente aliviada, recortando las zonas de movilidad de los frenillos, se desgastan los puntos que ejercen presión en la mucosa.
- b. Adicionar *godiva* de baja fusión (verde) de baja fusión, en los flancos de la cubeta, el objetivo es realizar del sellado periférico de los flancos.
- c. Se marca con un lápiz dérmico, en la boca del paciente, la línea del post dam (límite entre el paladar duro y paladar blando) y se traspasa la marca por presión a la cubeta individual, se recortan los excesos y se adiciona *godiva* de baja fusión, el objetivo es terminar el sellado periférico.
- d. Utilizar material de impresión de baja densidad (pasta zinquenólica o silicona mediana)¹⁵, para hacer la impresión, de los tejidos en función dinámica. El objetivo es tener una impresión sin burbujas ni grumos (Nivel de recomendación II-B).
- e. Enviar la impresión al laboratorio, para la obtención del modelo definitivo (vaciado con yeso piedra extra duro), la placa base y el/los rodete/s.

SESIÓN 3.- Registro de la relación intermaxilar

- a. Colocar las bases de las prótesis dentales en los rebordes alveolares del paciente, permitirle que se familiarice, con los aparatos.
- b. Verificación del paralelismo del plano oclusal con el plano de camper.



N. Reyes P.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

- c. Determinar la relación vertical⁽¹³⁾ mediante la utilización de la técnica de la deglución, posición habitual⁽⁸⁾, fonación y consideraciones de autopercepción del paciente⁽¹⁴⁾ (Nivel de recomendación II-B)
- d. Verificar el contorno del rodete superior e inferior, con respecto al posicionamiento de tejidos blandos (relleno facial). Se marcan en el rodete, la línea media, línea de la sonrisa, distancia entre caninos.
- e. Determinar la relación céntrica¹⁵, se puede usar cualquiera de las siguientes técnicas: "Cheen Point" llamada también Técnica Manual de Relación Central, bimanual o la técnica de la placa⁽¹¹⁾ de Gysi (Nivel de recomendación II-B).
- f. Determinar la relación horizontal, revisar los contornos de los rodetes, logrando una relación adecuada entre ellos. Idealmente se debe lograr un over jet (distancia horizontal que hay de la cara palatina del central superior a la cara vestibular del central inferior) de 1mm a 2mm. En pacientes de clase II y clase III esquelética, se debe ajustar a la condición del paciente.
- g. Finalmente se fijan los rodetes, en posición de relación céntrica, mediante la utilización de pasta zinquenólica y grapa metálicas. Si el establecimiento contara excepcionalmente con un articulador semi ajustable, se realizará el montaje en dicho articulador. La alternativa al articulador semi ajustable es el de una bisagra que sólo permite el movimiento de apertura y cierre, no contempla ni movimientos de lateralidad ni protrusivos

Luego se envía el modelo articulado al laboratorio dental para su debido enfilado, indicando, color y forma de los dientes teniendo en cuenta la condición del paciente (Nivel de recomendación II-B).

SESIÓN 4.- Prueba del enfilado de diente

- a. Se realiza la prueba de los dientes enfilados. Revisando la línea media, línea de la sonrisa, la relación de contorno y oclusión.
- b. Se corrigen las imperfecciones y se envían las bases al laboratorio dental, luego se solicita el procesado y pulido de la prótesis.

SESIÓN 5.- Instalación de la prótesis dental terminada

- a. Se corrigen los puntos de excesiva presión e imperfecciones del pulido de la prótesis, hasta que la prótesis se pueda colocar sin dolor.
- b. Se debe prestar especial atención al sellado, retención y estabilidad de la prótesis dental.
- c. Se verifica que todos los frenillos se muevan con total libertad.
- d. Se verifica y ajusta la oclusión mediante la utilización del papel de articular de arcada completa (Nivel de recomendación II-B).
- e. Se instruye al paciente, en el uso progresivo de la prótesis y la dieta blanda los primeros días, las precauciones que debe tener y también en el aseo de la misma, que serán entregadas por escrito. Se cita al paciente al control y pruebas complementarias.

SESIÓN 6.- Primer control

- a. A las 24 horas de uso de la prótesis dental total, se debe examinar al paciente en busca de enrojecimiento de la mucosa, puntos de presión, ardor de la mucosa, evidencia de mordidas en carrillos o lengua, presencia de reflejo nauseoso y sobre extensión de la base de la prótesis. En caso de encontrar estas entidades patológicas, se procede a su abordaje.



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

- b. Se debe valorar el cumplimiento de los objetivos específicos de la presente Guía de Práctica Clínica (Capacidad masticatoria, fonación y el efecto psicológico del uso de la prótesis dental).
- c. Salvados estos puntos, el paciente se considera rehabilitado y se le da de alta. Caso contrario se le cita por una vez más (Nivel de recomendación II-B)

SESIÓN 7.- Segundo control (Opcional)

- a. A los 7 días del uso de la prótesis dental total, se debe examinar al paciente en busca de enrojecimiento de la mucosa, puntos de presión, evidencia de mordidas en carrillos o lengua.
- b. Se debe valorar el cumplimiento de los objetivos específicos de la presente Guía de Práctica Clínica (Capacidad masticatoria, fonación y el efecto psicológico del uso de la prótesis dental).
- c. Salvados estos puntos, el paciente se considera rehabilitado y se le da de alta. En caso contrario, si presenta algunas molestias al comer, hablar o presión, se le cita por una vez más y se realizan los procedimientos descritos para la Sesión 7.

Tabla N° 2 Diagrama de las Sesiones Clínicas

MOMENTOS CLÍNICOS REALIZADOS POR EL CIRUJANO DENTISTA.						
	C1.- SESION 1	C2.- SESION 2	C3.- SESION 3	C4.- SESION 4	C5.- SESION 5	C6.- SESION 6 C7.- SESION 7 (opcional)
Procedimiento	Diagnóstico, Impresión estática de los tejidos.	Impresión funcional de los tejidos.	Registro de las relaciones intermaxilares.	Prueba de enfilado y de articulado dientes.	Instalación y ajustes de prótesis.	Primer y segundo control.
Producto	Modelo de estudio.	Modelo definitivo	Rodetes interrelacionados listos para montaje.	Dientes correctamente enfilados y articulados	Prótesis instalada.	Paciente rehabilitado con prótesis total.
Control de calidad.	Verificar que se copie el fondo de surco y los frenillos. En el superior. La papila palatina. En el inferior. Los frenillos, la zona hamular o retromolar.	Verificar la copia nítida de todas las estructuras anatómicas.	Estabilidad del registro Intermaxilar.	Dientes correctamente enfilados y articulados.	Prótesis instalada con retención y estabilidad y soporte.	Cumplimiento de los objetivos específicos de la presente guía de práctica clínica.



N. Reyes P.

6.4.3. Efectos adversos colaterales del tratamiento y su manejo

En caso de que el paciente presente enrojecimiento de la mucosa que está en contacto con la base de resina acrílica, se debe proceder a abordar este signo, primero como una reacción irritativa por presión excesiva y si después de este abordaje, la lesión no remite, se debe tratar como una reacción alérgica al monómero del acrílico (Nivel de recomendación II-B).

6.4.4. Signos de alarma después de instalada la prótesis dental

Ante la aparición de lesiones en el carrillo, la lengua o la mucosa, que surgen después de la instalación de prótesis dentales, debe descartarse neoplasias.

6.4.5. Criterios de alta

Al examen clínico se debe ir en busca de enrojecimiento de la mucosa, puntos de presión, ardor de la mucosa, evidencia de mordidas en carrillos o lengua, presencia de reflejo nauseoso y sobre extensión de la base de la prótesis, en ausencia de estas entidades se considera que hay silencio clínico.

A la anamnesis, el paciente debe referir una mejora en la capacidad masticatoria y en la fonación. Asimismo, debe referir que la prótesis dental ingresa y sale de manera pasiva.

6.4.6. Pronóstico

Los pacientes tratados con prótesis dental total removible, tienen buen pronóstico cuando los rebordes alveolares son de buena altura y en forma de U (Nivel de Evidencia III)

6.5. COMPLICACIONES

No se han reportado complicaciones en la elaboración de prótesis dentales totales. Sin embargo, existen complicaciones asociadas al uso de las prótesis dentales cuando ésta no se controla adecuada y periódicamente; entre ellas tenemos: Desadaptación de prótesis dental, irritación de mucosa, fracturas y falta de higiene.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Se debe hacer la referencia del paciente a un nivel de atención superior, cuando se evidencia que hay patología estomatológica compleja y el establecimiento de salud no cuenta con el cirujano dentista capacitado o especialista. Una vez resuelta la patología, el paciente debe ser contrarreferido a su centro de atención de origen.

6.7.- RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS TOTAL ⁽²⁴⁾

(Nivel de recomendación I-A)

- a. La extracción diaria y limpieza de las prótesis dentales completas es de suma importancia para minimizar la posible aparición de un cuadro de estomatitis subprotésica.
- b. Para reducir los niveles de biofilm, bacterias y hongos potencialmente dañinos en la prótesis total, los pacientes que usan dentaduras postizas deben hacer lo siguiente:
 - Lavar las prótesis dentales diariamente por inmersión y hacer el cepillado de la misma.
 - Los productos de limpieza para dentaduras postizas sólo deben utilizarse fuera de la boca.
 - Las prótesis dentales siempre deben enjuagarse a fondo después de la inmersión y el cepillado con soluciones de limpieza de la dentadura postiza, antes de la reinserción en la cavidad oral.
- c. Aunque la evidencia es débil, las dentaduras postizas deben limpiarse anualmente por un cirujano dentista o técnico de enfermería capacitado para minimizar la acumulación de placa bacteriana (biofilm) en el tiempo.
- d. Las prótesis dentales nunca deben colocarse en agua hirviendo.

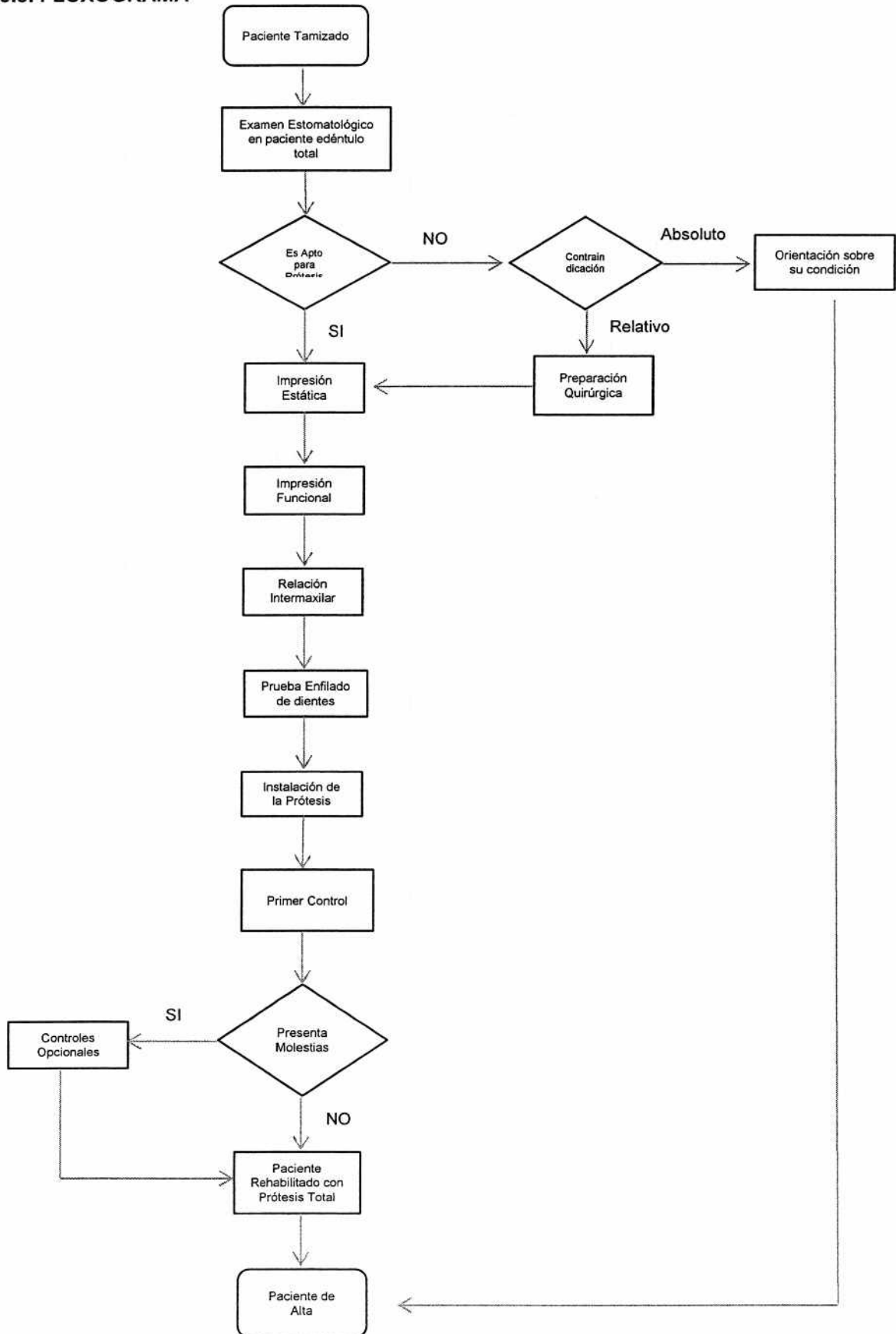
**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL**

- e. Las prótesis dentales no deben dejarse en remojo en lejía de hipoclorito de sodio, o de productos que contengan hipoclorito de sodio, por periodos de más de 10 minutos. La colocación de prótesis dentales en soluciones de hipoclorito de sodio por periodos más largos que 10 minutos puede dañar éstas.
- f. Las prótesis dentales completas se deben almacenar sumergidas en agua después de su limpieza, cuando no se coloquen en la cavidad oral, para evitar que se deformen.
- g. El uso de adhesivos para prótesis dentales completas, cuando se utilizan correctamente, pueden mejorar la retención y estabilidad de las prótesis dentales y ayudar a sellar para evitar la acumulación de partículas de alimentos debajo de las dentaduras, incluso en las dentaduras postizas bien adaptadas.
- h. En un estudio de la calidad de vida, los pacientes mostraron que los adhesivos para dentaduras postizas pueden mejorar la percepción de la retención de la prótesis en el usuario. Sin embargo, no hay pruebas suficientes de que los adhesivos mejoran la función masticatoria.
- i. La evidencia sobre los efectos de los adhesivos para dentaduras postizas en los tejidos de la boca cuando se utiliza durante periodos más largos de 6 meses, es insuficiente. Por lo tanto, el uso prolongado de adhesivos para dentaduras postizas no se debe considerar sin la evaluación periódica de la calidad de la dentadura y la salud de los tejidos de soporte por un profesional cirujano dentista.
- j. El uso incorrecto de adhesivos para dentaduras postizas que contienen zinc puede tener efectos sistémicos adversos. Por lo tanto, como medida de precaución, se deben evitar los adhesivos para dentaduras postizas que contienen zinc.
- k. Los adhesivos para dentaduras postizas sólo se deben utilizar en cantidades suficientes (3 ó 5 cucharadas tamaño de un frejol) en cada prótesis dental para proporcionar una retención suficiente del agregado y la estabilidad de éstas.
- l. Si se usa adhesivos para dentaduras postizas, se deben quitar por completo de la prótesis dental y de la cavidad oral a diario.
- m. Si se requieren cantidades crecientes de adhesivos para lograr el mismo nivel de retención de la prótesis, el paciente debe acudir a un dentista o profesional dental para evaluar el ajuste y la estabilidad de las prótesis dentales.
- n. Mientras que los estudios existentes proporcionan resultados contradictorios, no se recomienda que las dentaduras postizas se usen continuamente (24 horas al día) en un esfuerzo para reducir o minimizar estomatitis subprotésica.
- o. Los pacientes que usan dentaduras postizas deben ser revisados anualmente por el cirujano dentista para el mantenimiento de la prótesis en forma óptima y funcional, para la evaluación de lesiones orales y la pérdida ósea, así como para la evaluación del estado de salud oral.



N. Reyes P.

6.8. FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS

Anexo 1

Formulario de consentimiento informado para tratamientos de Rehabilitación Oral con Prótesis Removible Total.

Yo: _____ identificado con DNI _____ de _____ años de edad DECLARO:

Que el profesional cirujano dentista firmante me ha explicado que es conveniente realizar un tratamiento de rehabilitación oral con la colocación de una prótesis dental total, que puede precisarlas siguientes consideraciones:

1.- El propósito principal de la intervención es la reposición total de los dientes / molares ausentes.

2.- El profesional me ha explicado que la prótesis completa superior puede producirme náuseas, que desaparecerán poco a poco y que la prótesis inferior va a producir molestias, casi con total seguridad, durante los primeros días o incluso durante las primeras semanas. También me ha explicado con detalle que a veces al tener poco soporte óseo, la prótesis puede moverse al masticar o al hablar, lo que constituirá un problema difícil o improbable de solucionar, sobre todo en las prótesis completas inferiores, en cuyo caso, si no llegara a adaptarme, la única solución sería a colocación de implantes para conseguir una prótesis más fija.

3.- Me han explicado también es muy probable que, en los primeros días, el uso de la prótesis pueda producir llagas o heridas en la boca, que se evaluarán en los controles post instalación. Además de la explicación del profesional, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques y que puede ser largo en el tiempo, por lo que deberé acudir periódicamente a la consulta para controles posteriores a la instalación de la prótesis.

4.- Se me ha explicado que las prótesis totales deben ser lavadas después de cada alimento para mantenerla así en buen estado y no inflame las encías.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora firmo.

En _____ a _____ de _____ de 20____

EN FE DE LO CUAL FIRMO ESTE DOCUMENTO.



FIRMA
Nombre y apellido del paciente.

FIRMA
Dr.
COP

REVOCATORIA.



Nombre y apellido del paciente o repres. legal.

FIRMA: _____
DNI: _____

Anexo 2
Equipos y mobiliario recomendados

EQUIPAMIENTOS DE ODONTOESTOMATOLOGÍA	
I NIVEL DE ATENCIÓN	II Y III NIVEL DE ATENCIÓN
Biombo Plomado	Biombo Plomado
Compresora de 1 hp	Compresora de 2 hp
Equipo de rayos X dental rodable, con revelador	Equipo de rayos X dental rodable, con revelador
Kit de Baja Velocidad (Micromotor – Contrángulo – Pieza de mano recta)	Equipo Radiovisiógrafo RVG
Mandil de plomo para paciente con collar adulto y niño	Equipo de rayos x dental panorámico
Negatoscopio de 02 campos	Kit de Baja Velocidad (Micromotor – Contrángulo – Pieza de mano recta)
Pieza de mano de alta velocidad	Mandil de plomo para paciente con collar adulto y niño
Unidad dental completa eléctrica	Negatoscopio de 02 campos
Articulador Gysi new simplex o semiajustable	Pieza de mano de alta velocidad
	Unidad dental completa eléctrica
	Articulador totalmente ajustable o semiajustable
EQUIPOS DE ESTERILIZACIÓN	
I NIVEL DE ATENCIÓN	II Y III NIVEL DE ATENCIÓN
Autoclave eléctrico de mesa, generador a vapor. Capacidad 20-30 Litros.	Autoclave eléctrico de mesa, generador a vapor. Capacidad 20-30 Litros.
Destilador de agua	Destilador de agua
Esterilizador eléctrico de mesa, de calor seco. Capacidad 50-60 Litros.	Esterilizador eléctrico de mesa, de calor seco. Capacidad 50-60 Litros.
ARTÍCULOS CLÍNICOS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	
I NIVEL DE ATENCIÓN	II Y III NIVEL DE ATENCIÓN
Estetoscopio adulto	Estetoscopio adulto
Tensiómetro aneroide para adultos	Tensiómetro aneroide para adultos

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

MOBILIARIO CLÍNICO Y DE OTROS USOS	
I NIVEL DE ATENCIÓN	II Y III NIVEL DE ATENCIÓN
Armario metálico para instrumental dental	Armario guarda ropa de un cuerpo y dos compartimientos
Armario guarda ropa de un cuerpo y dos compartimientos	Armario metálico para instrumental dental
Banquillo metálico de 1 peldaño	Banquillo metálico de 1 peldaño
Cubo metálico de desperdicios con tapa a pedal	Cubo metálico de desperdicios con tapa a pedal
Mesa metálica rodable para entrega de instrumental	Mesa metálica rodable para entrega de instrumental
Mesa metálica rodable para múltiples usos Recolector de elementos punzocortantes	Mesa metálica rodable para múltiples usos
Portabolsa metálica rodable para ropa sucia	Portabolsa metálica rodable para ropa sucia
Recolector de elementos punzocortantes	Portasuero metálico rodable
Taburete giratorio rodable para sala de operaciones	Recolector de elementos punzocortantes
Vitrina Metálica para instrumentos y material estéril de 1040x450mm	Taburete giratorio rodable para sala de operaciones
	Vitrina Metálica para instrumentos y material estéril de 1040x450mm



N. Reyes P.

Anexo 3

Listado de instrumental, materiales e insumos recomendado para la realización de una prótesis dental removible (sesiones clínicas)

INSTRUMENTAL
Abreboca
Bandeja acanalada metálica para Instrumental
Caja metálica para Instrumental
Cureta de dentina biactiva mediana y grande
Espejo bucal con mango
Explorador bucal biactivo
Fresas diamantadas redonda, fisura, cilíndrica. Tamaños grande, mediana y pequeña
Jeringa tipo cárpule
Mechero de vidrio
Pinza de metal extremo dentado para algodón
Pinza de metal para papel articular
Platina de vidrio
Separador de carrillo metálico
Sonda periodontal milimetrada
Tambor de acero quirúrgico para algodón
Tambor de acero quirúrgico para gasa
Tijera de acero quirúrgica punta fina
Tijera para cortar metal
Vaso dappen
MATERIALES E INSUMOS
Algodón hidrófilo
Anestesia tópica
Blocks de papel de articular
Campos descartables
Cánula de eyección de saliva
Catalizador para silicona
Cera dental base amarilla
Cera dental base rosada
Cuchillo de acero quirúrgico para yeso
Espátula de acero inoxidable N° 7
Espátula de acero inoxidable lecrón
Espátula de metal para yeso
Espátula de plástico para alginato
Espejo facial
Gasa quirúrgica estéril
Gorro descartable de cirujano
Guantes descartables de examen
Guantes quirúrgicos
Jabón germicida líquido
Jeringa descartable de 5 cc
Juego de cubetas cribadas de aluminio para maxilar superior e inferior adulto tallas L, M, S x2
Lentes o pantalla de protección
Modelina de baja fusión para impresión
Óxido de zinc
Papel articular
Papel toalla de hojas separadas x 200 hojas
Pasta zinquenólica blanda
Piedra montada para desgastar acrílico
Piedra pómez
Plano de Fox y de Camper



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

Respirador N 95
Ron de quemar
Silicona fluida
Silicona pesada
Solución de clorhexidina al 2%
Solución de Hipoclorito de sodio al 2.5%
Sujetador de campo
Taza de goma
Vasos descartables de plástico
Vaselina sólida
Yeso extraduro
Yeso piedra



N. Reyes P.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1) Koeck, B. Prótesis Completas . Barcelona España : Editorial Elsevier Masson, 2007. ISBN 978-84-458-1766-7.
- 2) Al-Dwairi, ZN. 6, s.l. Complete edentulism and socioeconomic factors in a Jordanian population: Int J Prosthodont, 2010 Nov-Dec, Vol. 23.
- 3) Islas-Granillo, H, y otros. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. :Arch Gerontol Geriatr, 2011 Nov-Dec, Vol. 53.
- 4) Thorstensson, H y Johansson, B. Does oral health say anything about survival in later life? Findings in a Swedish cohort of 80+ years at baseline. : Community Dent Oral Epidemiol, 2009 Aug, Vol. 37.
- 5) Starr, JM y Hall, R. Predictors and correlates of edentulism in healthy older people. : Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2010 jan, Vol. 13.
- 6) Pettersen, PE; Yamamoto, T. Improving the Oral Health in older people ; the approach of the WHO Global Oral Health Programme. : Community Dentistry And Oral Epidemiology, 2005; Vol 33:81-92.
- 7) Lee J, Weyant R, Corby P, Kritchevsky S, Harris T, Rooks R, Rubin S, Newman A. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of well-functioning, community-dwelling elderly: the Health, Aging, and Body Composition Study. Am J Clin Nutr. 2004; 79:295-302.
- 8) Esquivel R, Jiménez J. El efecto de los dientes perdidos. Odontología Actual. 2008; 5(58):48-52.
- 9) Loza Fernandez, David y Valverde Montalva, H.Rodney. Prótesis Parcial Removible- Procedimientos Clínicos y de Laboratorio. Lima-Perú : Savia, 2012. ISBN: 978-612-46112-0-9.
- 10) Loza Fernandez, David y Valverde Montalva, Rodney. Diseño de Prótesis Parcial Removible. Madrid : Ripano Editorial Médica, 2007. isbn-13: 978-84-611-2984-3.
- 11) New York State Medicaid Program. Dental Procedure Codes. CPT.pg 16.U.S.A AÑO
- 12) Mallat, D. Prótesis Parcial Removible y sobredentaduras. Madrid: Editorial Elsevier España S.A 2004.
- 13) Müller, F, y otros. Functional impression and jaw registration: a single session procedure for the construction of complete dentures. : J Oral Rehabil. , 2004, Vol. Jun;31.
- 14) Millet, C, y otros, y otros. 5-6, s.l.Vertical dimension in the treatment of the edentulous patient. : Rev Stomatol Chir Maxillofac., 2010, Vol. 111.
- 15) Yanikoğlu ND, Gūldağ MU, Duymuş ZY. Determination of the occlusal vertical dimension: use of maxillary and mandibular posterior teeth measurement in edentate subjects. : Eur J Prosthodont Restor Dent, 2005, Vol. 13.
- 16) Nelson, Stanley J; Ash, Major M. Wheeler: anatomía, fisiología y oclusión dental. 9ª. ed. Madrid; Elsevier Saunders, 2010.
- 17) MINSA. Definiciones Operacionales del Preupuesto por Resultados. Lima : MINSA, 2011.
- 18) Rendón Yúdice, Roberto. Prótesis parcial removible: conceptos actuales: atlas de diseño. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2006.
- 19) Haddad, I., Haddadin, K., Jebrin, S., Ma'ani, M. and Yassin, O. Reasons for extraction of permanent teeth in Jordan. International Dental Journal,1999, Vol. 49: 343–346.
- 20) Touré B, Faye B, Kane AW, Lo CM, Niang B, Boucher Y Analysis of reasons for extraction of endodontically treated teeth: a prospective study. . J Endod. 2011 Nov;37(11):1512-5. Epub 2011 Sep 8.
- 21) Chrysanthakopoulos NA. Reasons for extraction of permanent teeth in Greece: a five-year follow-up study, Int Dent J. Feb;61(1):19-24. AÑO



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

- 22) Danielson OE, Chinedu AC, Oluyemisi EA, Bashiru BO, Ndubuisi O Frequency, causes and pattern of adult tooth extraction in a Nigerian rural health facility. . *Odontostomatol Trop.* Jun;34(134):5-10 AÑO
- 23) Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, Meredith P, Solie C, Avery D, Deal Chandler N. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. [ed.] American College of Prosthodontists. Supl. S1-S12, s.l. : J Prosthodont., 2011, Vol. 20.
- 24) Cova N. José Luis. Biomateriales dentales. 2ª. ed. Caracas: AMOLCA, 2010.
- 25) Bottino, Marco Antonio, org. Nuevas tendencias 2: Prótesis. Sao Paulo; Artes Médicas; 2008.
- 26) Bottino, Marco Antonio; Faria, Renata; Valandro, Luiz Felipe. Percepción: estética en prótesis libres de metal en dientes naturales y implantes. Sao Paulo; Artes Médicas Latinoamérica; 2009.
- 27) Cacciacane, Osvaldo Tomás. Bases para el tratamiento implanto-protético. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 2005.
- 28) Cacciacane, Osvaldo Tomás. Prótesis: bases y fundamentos. Madrid: Ripano, 2013.
- 29) Carr, Alan B; McGivney, Glen P; Brown, DT. . McCracken : prótesis parcial removable. 11ª ed. Madrid, Elsevier : 2006.
- 30) Fonollosa Pla, Josep Ma; Casdo Latorre, Caterina^rdrt; Chavarría Lorente, Ma. Angeles^rdrt. Prótesis removable de resina. Barcelona; Masson; 2004.
- 31) García Michelsen, José Luis; Olavaria Astudillo, Luis Enrique. Diseño de prótesis parcial removable : secuencia paso a paso. Venezuela : AMOLCA, 2005.
- 32) Koeck, B. Prótesis completas. 4ª. Ed. Barcelona : Elsevier Doyma, 2007.
- 33) Mallat Callis, Ernest; et. al. Prótesis fija estética: un enfoque clínico e interdisciplinario. Madrid; Elsevier; ; 2007.
- 34) Mallat Desplats, Ernest; Mallet Callis, Ernest. La prótesis parcial removable y sobredentaduras. Barcelona: Elsevier, 2004
- 35) McGivney, Glen P; Carr, Alan B. McCracken : prótesis parcial removable. 10ª ed. Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana, 2004. (2 ejemplares)
- 36) Mezzomo, Elio; Suzuki, Roberto M. Rehabilitación oral contemporánea. 2 tomos. Caracas; AMOLCA, 2010.
- 37) Milano, Vito; Desiate, Apollonia. Prótesis total: aspectos gnatólogicos, Conceptos y procedimientos. Caracas: AMOLCA, 2011. (2 ejemplares)
- 38) Montagna, Fabrizio; Barbesi, Maurizio. De la cera a la cerámica: conocimientos básicos para una colaboración eficaz entre técnicos dentales y odontólogos. Caracas; Amolca; 2008
- 39) Pospiech, Peter. Tratamiento preventivo con prótesis parciales. Barcelona: Ars XXI, 2004.
- 40) Rahn, Arthur O; Ivanhoe, John R; Plumer, Kevin D. Prótesis dental completa. 6a. ed. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana, 2011.
- 41) Rosenstiel, S.F; Land, MF.; Fujimoto, J. Prótesis fija contemporánea. 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2006.
- 42) Bottino, Marco Antonio, org. Articulación temporomandibular. Sao Paulo: APCD Artes Médicas, 2008
- 43) Chiavaro, Norma. Funciones y disfunciones estomatognáticas. Buenos Aires; Akadia; ; 2011



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EDENTULISMO TOTAL

- 44) Dawson, Peter E. Oclusión funcional : diseño de la sonrisa a partir de la ATM. Caracas : AMOLCA, 2009. (2 tomos)
- 45) Sosa, Graciela Estrella. Detección precoz de los desórdenes temporomandibulares. Caracas: Amolca, 2006.
- 46) Isberg, Annika. Disfunción de la articulación temporomandibular. 2ª. Ed. Sao Paulo : Artes Médica Latinoamérica, 2006.
- 47) Learreta, Jorge Alfonso; et. al.. Compendio sobre diagnóstico de las patologías de la ATM. São Paulo: Artes Médicas, 2004
- 48) Manns Freese, Arturo E; Biotti Picand, Jorge L. Manual práctico de oclusión dentaria. Caracas; Amolca; 2008.

