

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

EN

**ASOCIACIÓN COMUNIDAD ESPERANZA, MUNICIPIO DE COBÁN,
DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.**

Presentado por:

MYLLDRED PAOLA ARÉVALO LÓPEZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presidió el Acto de Graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, abril del 2014.

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
EN:
ASOCIACIÓN COMUNIDAD ESPERANZA, MUNICIPIO DE COBÁN
DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.**



Presentado por:

MYLLDRED PAOLA ARÉVALO LÓPEZ

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que presidió el Acto de Graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, abril del 2014

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Héctor Gabriel Pineda Ramos
Vocal Quinta:	Br. Aurora Margarita Ramírez Echeverría
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. Leonel Eugenio Arriola Barrientos
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

Dedicatoria

- A Dios:** Por ser la fuente de luz en mi vida y permitirme culminar esta etapa con satisfacción.
- A mis padres:** Oscar e Ilma, por estar incondicionalmente conmigo en todo momento y apoyarme para llegar a la meta que un día nos propusimos y que hoy culmina, gracias infinitas por todos sus esfuerzos.
- A mi esposo:** Mauricio, por comprenderme, apoyarme y ser parte esencial para la culminación de mi carrera.
- A mis hijas:** Katherine, Jimena y Marcela, por todos los momentos que no estuve a su lado para poder lograr esta meta y por ser el motivo más importante para seguir adelante y no darme por vencida.
- A mis hermanos:** Kevin y Fernando, por estar siempre a mi lado y apoyarme en todo momento.
- A mis sobrinos:** Diego, Brandon y Paula, que mis logros sean ejemplo para proponerse metas y alcanzarlas, sin importar los obstáculos que tengan que vencer.

A mi familia:

Abuelitos, tías, tíos, primas y primos, Por sus consejos, cariño y apoyo, en especial a mi suegra, Aura Marina, por su ayuda y por ser como una madre para mi.

A mis amigos

Y amigas:

Por compartir conmigo momentos de alegría y de tristeza, gracias por su amistad.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en Asociación Comunidad Esperanza, Municipio de Cobán, Departamento de Alta Verapaz, Guatemala, conforme lo demandan las normas del Proceso Administrativo para la Promoción de los Estudiantes de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

	Página
Índice	1
Sumario	3
1. Actividades Comunitarias	5
2. Prevención	11
2.1 Enjuagues con solución de fluoruro de sodio al 0.2%	12
2.2 Sellantes de fosas y fisuras	15
2.3 Educación en salud bucal	18
3. Investigación Única	22
3.1 Justificación	23
3.2 Objetivos	23
3.3 Metodología	23
3.4 Marco teórico	26
3.5 Presentación y análisis de resultados	34
3.6 Conclusiones	39
4. Atención clínica integral para escolares y grupos de alto riesgo	40
5. Administración del consultorio	48
5.1 Descripción del componente administración del consultorio	48
5.2 Capacitación de personal auxiliar	52
6. Bibliografía	57
7. Anexos	60
I. Reporte fotográfico	61
II. Información a padres de familia sobre la Investigación Única	79

III. Cuestionario de Creencias en Salud Bucal CASB 2013	80
IV. Ficha socioeconómica	81
V. Matriz de datos: resultados de la Investigación Única	85

Sumario

El presente informe final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) tiene como objetivo dar a conocer los diferentes programas de atención clínica y proyección comunitaria que se desarrollaron en el municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz, donde se realizó el mismo, durante el período del 13 de febrero al 11 de octubre de 2013, con el apoyo y apertura de la Asociación Comunidad Esperanza, de ese municipio.

Los programas que se realizaron en la comunidad fueron los siguientes:

a) Actividades comunitarias: Consistió en Capacitaciones sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional impartidas a grupos poblacionales previamente seleccionados: adolescentes, madres embarazadas, madres lactantes, padres de familia, adultos mayores y docentes. En este programa se trabajó con la ayuda del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (MAGA), institución que proporcionó las comunidades para impartir las capacitaciones y la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), institución que proporcionó los temas impartidos. Se impartieron 26 capacitaciones sobre 6 temas diferentes a 10 comunidades del municipio de Cobán, cubriendo un total de 826 personas.

b) Prevención de enfermedades bucales: se dividió en tres subprogramas:

1. Educación en Salud Bucal: para lo cual se impartieron temas en el Centro de Formación "Ciudad Esperanza" a niños de primaria y jóvenes de básico y bachillerato, utilizando material didáctico, audiovisual y mantas vinílicas de los temas impartidos. Se impartieron 12 temas diferentes, divididos en 66 charlas a 318 niños.

2. Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras: se brindó tratamiento, mensualmente a 20 niños que se seleccionaron previamente con piezas dentales permanentes libres de caries. En total se realizaron 880 sellantes de fosas y fisuras a 163 niños de la comunidad.

3. Enjuagatorios de Fluoruro de Sodio al 0.2%: se llevaron a cabo semanalmente en tres escuelas de la comunidad, atendiendo un total de 1,477 niños.

c) Investigación Única: Tiene como objetivo, determinar las creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia y su relación con prevalencia de caries dental y estado socioeconómico de los escolares, para lo cual, se realizaron visitas domiciliarias a 20 familias de niños escogidos aleatoriamente, de primero a sexto primaria de la comunidad.

d) Atención clínica integral para escolares y grupos de alto riesgo: Para desarrollar este programa se seleccionaron estudiantes de primero a sexto grado de primaria del Centro de Formación Integral "Ciudad de la Esperanza" y fueron clasificados como "Escolares Integrales", así también se dio atención a adultos, adolescentes, mujeres embarazadas y pacientes de urgencia a quienes se clasificó como "grupos de Alto Riesgo." En el grupo de Escolares Integrales se realizaron 107 Profilaxis y Aplicaciones Tópicas de Flúor, 719 Sellantes de Fosas y Fisuras, 329 Amalgamas, 315 Resinas, 43 Tratamientos Periodontales, 92 Extracciones, 28 Pulpotomías, para hacer un total de 1633 tratamientos realizados a 107 niños. En el grupo de pacientes de Alto Riesgo se realizaron 12 Profilaxis y Aplicaciones Tópicas de Flúor, 124 Sellantes de Fosas y Fisuras, 99 Amalgamas, 123 Resinas, 42 Tratamientos Periodontales, 62 Extracciones, 14 Pulpotomías, para hacer un total de 476 tratamientos realizados a 171 adultos.

e) Administración de consultorio: en este programa se brindó capacitación al personal auxiliar, se impartieron temas para desempeñar una correcta administración de consultorio y atención al paciente, así como manejo de equipo y materiales dentales. Se realizaron 39 capacitaciones de 23 temas diferentes.

1. Actividades comunitarias

Capacitaciones en seguridad alimentaria y nutricional impartidas a grupos de madres lactantes, madres embarazadas, padres de familia, docentes, adultos mayores y adolescentes del municipio de Cobán, departamento de Alta Verapaz.

Introducción

Como parte de las actividades a desarrollarse en el programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), está el programa de educación en seguridad alimentaria y nutricional a través de capacitaciones, tomando en cuenta que los principales problemas de nutrición son el resultado de la falta de condiciones que permitan a las personas obtener una mejor calidad de vida.

Al inicio de dicho programa se determinó con qué instituciones que realizan actividades similares podía trabajarse para obtener los resultados deseados; por ello conjuntamente con MAGA se desarrollaron actividades en cinco comunidades del municipio de Cobán, Alta Verapaz en donde se impartieron capacitaciones en seguridad alimentaria y nutricional a grupos de madres lactantes, madres embarazadas, padres de familia, adultos mayores, docentes y adolescentes.

Las capacitaciones se desarrollaron del mes de abril a septiembre de 2013, período en el cual se contó con la ayuda y total disposición del personal de MAGA, especialmente de la trabajadora social, quien hizo acto de presencia en todas las actividades que se realizaron en las comunidades.

Justificación

La Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de los programas de EPS, brinda servicios profesionales a las comunidades más necesitadas del país para ayudar a disminuir los problemas en salud bucal que aquejan a sus pobladores, es por eso que por medio de la Facultad de Odontología, en unión con instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales se busca desarrollar actividades que encaminen a la solución de la problemática en alimentación y nutrición.

En este sentido este programa ayudó a la educación de grupos de personas vulnerables en algunas comunidades, además de brindarles las condiciones apropiadas para formación de hábitos de higiene personal y, de esta manera, mejorar su calidad de vida.

Objetivos

- Obtener la colaboración de la institución elegida: MAGA, para contar con el apoyo de su personal: trabajadora social, técnicos, material didáctico y material audiovisual.
- Dar cobertura a los grupos planificados en el proyecto inicial.
- Impartir en el tiempo y fechas previstas, los temas proporcionados por la SESAN, los cuales previamente fueron calendarizados por ésta.
- Contribuir, a través del programa EPS, a disminuir el desconocimiento sobre el tema de Seguridad Alimentaria y Nutricional en grupos vulnerables de comunidades necesitadas del municipio de Cobán, Alta Verapaz.

Metodología

Para realizar el programa de educación en seguridad alimentaria y nutricional se eligió al MAGA, institución gubernamental que brinda apoyo a las comunidades en cuanto a desarrollo se refiere, para impartir las capacitaciones a grupos de comunidades cubiertas por esta institución.

Semanalmente se acudió a una de las comunidades previamente calendarizadas, en donde se impartió una capacitación sobre seguridad alimentaria y nutricional con temas proporcionados por la SESAN a un grupo de personas, respaldada por el MAGA.

Las actividades se llevaron a cabo del mes de abril al mes de septiembre de 2013, en diez comunidades del municipio de Cobán, del departamento de Alta Verapaz, beneficiando a 733 personas, en su mayoría, indígenas.

Este programa fue apoyado por las autoridades educativas, por los padres de familia y población en general en cada una de las comunidades.

Cuadro No. 1
Capacitaciones impartidas en Seguridad Alimentaria y Nutricional, Programa
EPS, municipio de Cobán, Alta Verapaz, 2013.

Mes	Temas	Comunidad	No. de participantes
Abril	Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación comunidad Esperanza. • Comunidad Tulché • Comunidad Chionc • Centro de bienestar estudiantil 	117
Mayo	Alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad Yaxbatz • Comunidad Guadalupe • Comunidad Chinacocom • Comunidad Sayaxut I • Comunidad Camcal 	151
Junio	Consejerías	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad Esperanza 	115
Julio	Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación Comunidad Esperanza • Comunidad Tulche • Comunidad Chionc • Centro de bienestar estudiantil 	124
Agosto	La olla alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad Camcal • Comunidad Sayaxut. • Comunidad Guadalupe • Centro de bienestar estudiantil • Comunidad Chinacocom 	203
Septiembre	La ventana de los 1000 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidad Sayaxut I • Comunidad Sayaxut II • Comunidad Guadalupe • Asociación Comunidad Esperanza 	116

Fuente: Elaboración propia, Programa, EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Cuadro No. 2

Grupos de Personas Participantes en Capacitaciones de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Grupos participantes	No.	%	Masculino		Femenino	
			No.	%	No.	%
1. Estudiantes de Básico y diversificado.	36	100%	17	47%	19	53%
2. Maestros (as)	48	100%	26	54%	22	46%
3. Madres de Familia	356	100%			356	100%
4. Mujeres embarazadas	114	100%			114	100%
5. Padres de Familia	133	100%	133	100%		
6. Población en General	46	100%	4	9%	42	91%
TOTALES	733	100%	180	25%	553	75%

Fuente: Elaboración propia, Programa, EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Resultados

Se logró cubrir a todos los grupos previstos y se impartieron todos los temas proporcionados por la SESAN.

No puede obviarse la importancia del papel que jugó la institución elegida para llevar a cabo este proyecto, en este caso MAGA, puesto que fue intermediario para llegar a las comunidades en donde se impartieron los temas a los grupos programados.

Limitaciones

- La comunicación con las personas en algunas comunidades al momento de las conferencias, ya que en su mayoría, hablan el idioma Q'eqchí, por lo que se contó con la intervención de una persona bilingüe que tradujo cuando fue necesario.
- El acceso y la distancia a algunas comunidades, ya que de la carretera principal se recorrían tramos de terracería o bien se ocupaba todo el día para esta actividad.
- La falta de energía eléctrica en algunas comunidades, ya que hizo difícil la presentación audiovisual que se impartió en la mayoría de las ocasiones.

Análisis y evaluación del programa

Como profesionales en la rama de la salud, no se puede obviar la necesidad tan grande en el país de programas y/o proyectos que contribuyan al conocimiento de temas sobre seguridad alimentaria y nutricional.

Por tal motivo, debe continuarse con este tipo de proyectos educativos en las comunidades en donde se desarrollan los Programas de EPS, porque es gracias a éstos que las comunidades más necesitadas del país tienen acceso a capacitaciones y conocimiento del tema que los ayudará a mejorar su alimentación y por ende su calidad de vida. Tal es el caso del programa desarrollado en el municipio de Cobán del departamento de Alta Verapaz durante el año 2013, el cual alcanzó los objetivos propuestos.

2. Prevención

Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo. Uno de sus objetivos primordiales es ayudar a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal. Por tanto, es necesario instruir para reconocer la existencia de estados indeseables en la boca, a comprender cómo se producen y a controlarlos.

Por lo general, las personas acuden a consulta odontológica cuando padecen caries avanzada o sus complicaciones y muchas veces lo hacen cuando ya es imposible conservar los dientes. Por ello, la tendencia actual de la odontología es la prevención, y ésta considera como unidad y no como un conjunto de dientes enfermos. Si el paciente tiene una boca sana, tratar de conservar la salud, por el contrario, si está enfermo, diagnosticar y tratar lesiones lo más pronto posible, rehabilitarlo, proporcionarle educación para su salud, su familia y la comunidad.

El programa en el consultorio debe contemplar: 1) Control de placa dentobacteriana. 2) Aplicación de diferentes métodos preventivos, entre ellos, usos de fluoruro en distintos medios. 3) Instrucción al paciente acerca de dietas y alimentación. 4) Uso de sellantes de fosas y fisuras. 5) Educación y enseñanza para el paciente. 6) Seguimiento o control con una frecuencia definida.

La salud bucal de los individuos y de la población es el resultado del complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso de salud-enfermedad, por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático, que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal, sin embargo, es importante mencionar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser

controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para una disminución significativa.

La normatividad de prevención integral para la práctica odontológica, pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población, estas acciones tienen como propósitos reforzar las medidas básicas más importantes, como higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo (18).

2.1 Enjuagues con solución de fluoruro de sodio al 0.2%

El flúor actúa contra la desmineralización del esmalte a través de dos procesos: el esmalte con proporción alta de fluorapatita o fluorhidroxiapatita es menos soluble en ácido que cuando contiene solo hidroxiapatita, la concentración alta de flúor en los fluidos orales hace más difícil la disolución de las apatitas del esmalte.

La aplicación directa de flúor en el esmalte produce efectos diferentes según dosificación, la cual puede ser alta (aplicación profesional) baja y continua (flúor en el agua de bebida, colutorios o enjuagatorios y dentífricos) (18).

La utilización de fluoruros ha originado disminuciones muy significativas en la incidencia de caries dental. Debido a la presencia de fluoruro en el agua, dentífricos y enjuagues bucales, la caries dental disminuye.

Medidas preventivas en el control de la caries dentaria: 1) Control de la placa bacteriana. 2) Control de la dieta cariogénica. 3) Medidas sobre la pieza dentaria/ esmalte: cambios microestructurales por el flúor, cambios macroestructurales por los sellantes de fosas y fisuras.

Indicaciones: como medida preventiva individual, como medida de prevención colectiva, como tratamiento de remineralización de caries incipientes proximales, en

pacientes con aparatos de ortodoncia fijos, en los cuales debería establecerse como uso diario por ser pacientes de alto riesgo y pacientes con disminución del flujo salival.

Metodología

Los enjuagatorios de flúor se efectuaron semanalmente en los tres establecimientos educativos participantes en el Programa: E.O.R.M Sarbelio Morán Chinchilla, E.O.R.M Rosaura Bellamar Ibáñez de Sierra y Centro de formación integral "Ciudad de la Esperanza" esta última, beneficiaria de la Asociación patrocinadora del Programa de EPS y en la cual se encuentran las instalaciones de la clínica dental.

Los niños participantes en este programa fueron 1,470, en promedio, cada mes, registrándose variantes en algunos meses, debido a la inasistencia de los alumnos.

Los recursos necesarios fueron: pastillas de flúor, agua potable, recipientes plásticos (galones), jeringas dosificadoras y vasitos plásticos.

Se procedió de la siguiente manera: se seleccionó el día miércoles de cada semana para realizar los enjuagatorios en todos los establecimientos antes mencionados, para lo cual se contó con la colaboración de los docentes y directores para desarrollar dicha actividad.

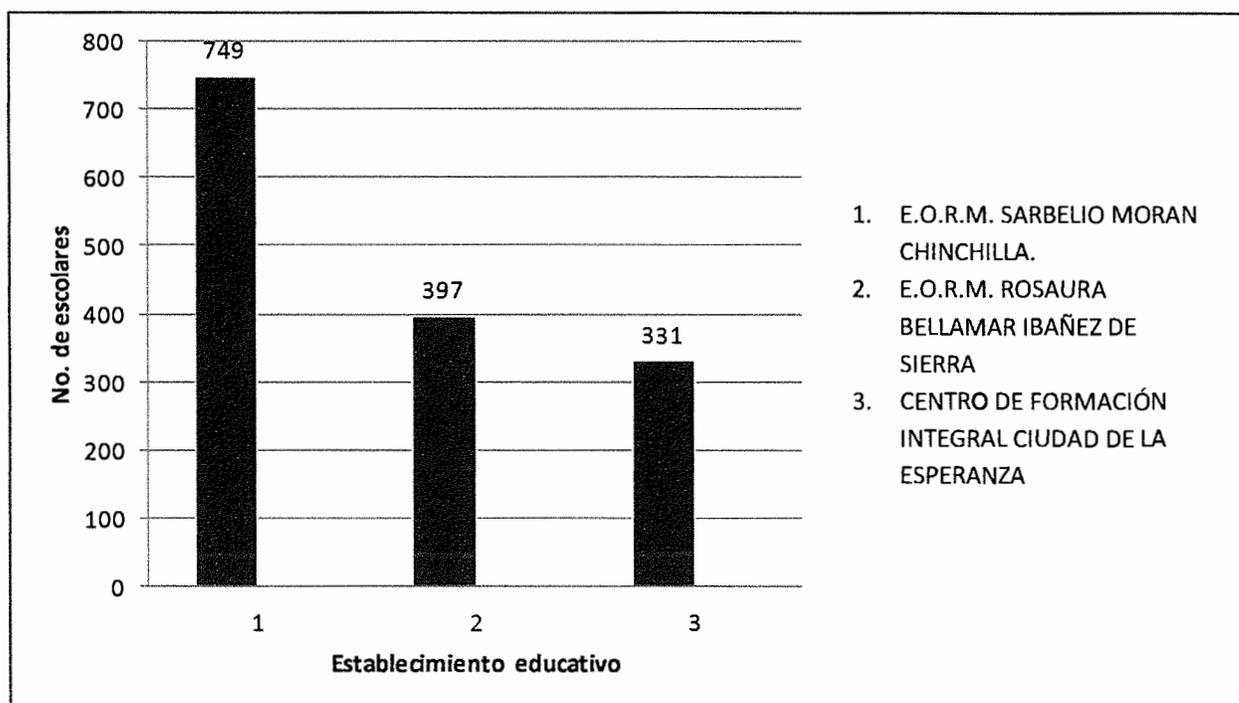
La forma de aplicación fué la siguiente: se disolvió 20 pastillas de flúor en un galón de agua, para obtener una concentración del 0.2%, luego se les repartió a los niños una cantidad de 5cc en un vasito plástico para que procedieran a realizar los enjuagues por 1 minuto y luego eliminarlo. Se les recomendó no ingerir alimentos sólidos o líquidos después de su aplicación, sino media hora después.

Metas a alcanzar con los enjuagatorios de flúor

- Proporcionar los beneficios de los enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%.
- Cubrir 1,000 niños de diferentes escuelas en la comunidad.
- Disminuir el índice de caries en los niños integrantes del programa.
- Promover y fomentar la participación de la comunidad educativa en acciones de prevención y control de salud bucal.

Gráfica No. 1

Cobertura Mensual por Escuela, con Enjuagatorios de Fluoruro de Sodio al 0.2%.
Programa EPS, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-Octubre 2013.



Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Se cubrió, mensualmente, la misma cantidad de niños en cada escuela haciendo un total de 1,477 en las tres escuelas. Se observó que el 51% de la población incluida en este programa pertenece a E.O.R.M Sarbelio Morán Chinchilla.

2.2 Sellantes de fosas y fisuras.

La morfología de las fosetas y las fisuras, favorece el depósito de residuos de alimentos con el consiguiente desarrollo de bacterias, ya que las superficies afectadas no pueden cepillarse porque son más angostas que las cerdas de los cepillos dentales, por esas razones las caries más frecuentes en los niños son las oclusales, en fosetas y fisuras.

Se afirma que el sellador de fisuras es una de las técnicas de prevención más eficaces en la odontología moderna, ya que constituye una barrera de acción inmediata para proteger las zonas más sensibles a la caries durante la infancia.

Las características de un buen sellador son: 1) Biocompatibilidad. 2) Capacidad de retención sin necesidad de realizar manipulaciones irreversibles en el esmalte. 3) Dureza suficiente para resistir las fuerzas de la abrasión. 4) Resistencia a la acción de enzimas salivales (17).

La colocación del sellador es indolora y no produce molestia. Después de su colocación en las fisuras profundas, la fosa de nueva creación puede limpiarse de manera eficaz con un cepillo de dientes. Durante el tiempo de permanencia de los selladores, ninguna bacteria o ácido bacteriano puede afectar las superficies selladas (17).

Hay retención de 80 a 90% de los selladores durante el primer año y 40 a 60% durante los siguientes seis años. El mayor riesgo de caries se encuentra en primeros y segundos molares, por lo cual se recomienda aplicar el sellador cuando esos dientes ya han hecho erupción, entre seis y siete años, y de los 12 a 13 años (18).

Metodología

Esta actividad se desarrolló de la siguiente manera:

Se prestó atención clínica a 20 escolares, cada mes, a quienes se les realizó el tratamiento de sellantes de fosas y fisuras. Para seleccionar a los alumnos se les efectuó un examen clínico para verificar que tuvieran piezas permanentes libres de caries y/o poca actividad de ella, pues el objetivo fue su prevención.

Procedimiento realizado: 1). Limpieza de los dientes para permitir un mejor contacto de los materiales, 2). Aislamiento de las superficies a sellar a fin de mantenerlas secas, 3). Grabado o acondicionamiento del esmalte con ácido ortofosfórico, 4). Enjuagar y secar perfectamente, 5). Aplicación del sellador, 6). Fotocurar por medio de una fuente de luz ultravioleta, 7). Verificar que la superficie quedara perfectamente cubierta y no dificultara la oclusión.

Metas a alcanzar en cuanto a cobertura escolar

- Información sobre la importancia y función de los sellantes de fosas y fisuras.
- Selección y tratamiento de 20 pacientes al mes.
- Prevención de caries en piezas sanas.

Cuadro No. 3

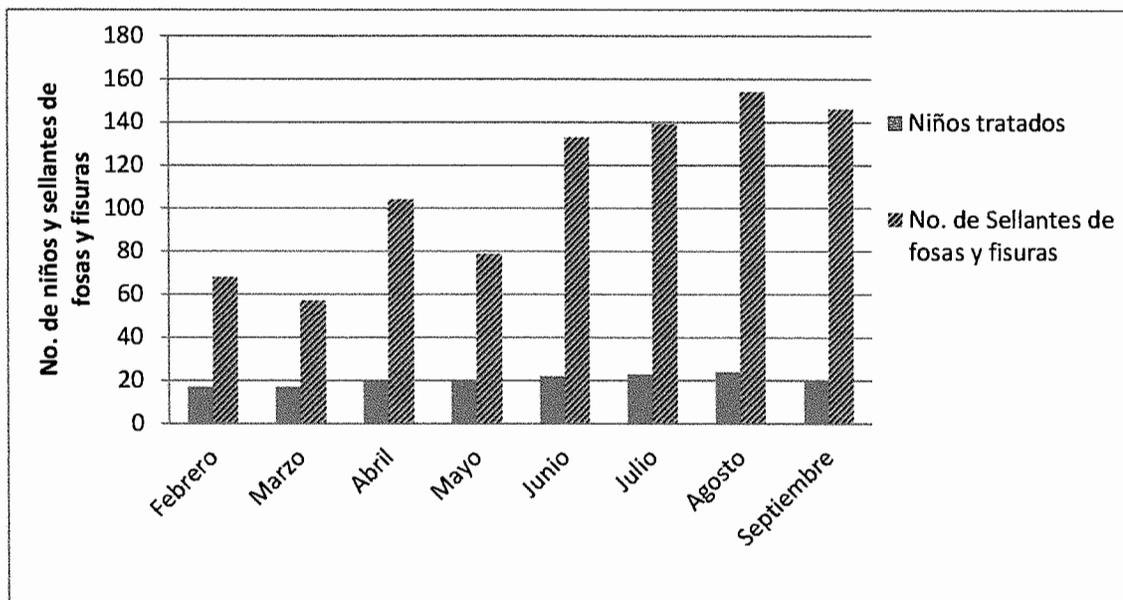
Cobertura Mensual del Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras en Escolares. Programa EPS, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-October 2013.

Mes	Niños tratados	No. de Sellantes de fosas y fisuras
Febrero	17	68
Marzo	17	57
Abril	20	104
Mayo	20	79
Junio	22	133
Julio	23	139
Agosto	24	154
Septiembre	20	146
TOTAL	163	880

Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Gráfica No. 2

Cobertura Mensual del Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras. Programa EPS, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-Octubre 2013.



Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: El promedio de piezas selladas en los escolares es 5. Tomando en cuenta que los niños atendidos presentan dentición mixta, es una buena cobertura de prevención, ya que, se alcanzó cubrir con esta medida preventiva el 100% de las piezas dentales permanentes objetivo (3,14,19,30).

2.3 Educación para la salud bucal

Para que los odontólogos puedan controlar de manera efectiva las enfermedades bucales es necesario que la comunidad reconozca que es importante desarrollar acciones para combatirlas.

La educación para la salud debe orientarse a: a) enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud integral del individuo, b) informar sobre los procedimientos más frecuentes y sus secuelas, c) desarrollar y formar, en su caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal, d) promover el cuidado de los tejidos blandos y

óseos de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.

La educación para la salud bucal se debe realizar a través de: comunicación interpersonal e intermedia, así como, mensajes en consulta, pláticas, demostraciones, videos y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.

La participación social debe desarrollarse a través de la promoción para motivar la participación de la comunidad.

Metodología

Se impartió en promedio 8 temas sobre educación en salud bucal, al mes, en el Centro de Formación "Ciudad de la Esperanza" a alumnos del nivel primario, básico y bachillerato. Durante los 8 meses del programa EPS se desarrollaron 66 actividades. El día seleccionado para llevarlas a cabo fue miércoles de cada semana.

Los temas son: 1). Anatomía de la cavidad bucal, 2). Anatomía de las piezas dentarias, 3). Secuencia en la erupción dentaria, 4). Caries Dental, 5). Enfermedad periodontal, 6). Inflamación gingival, 7). Uso correcto del cepillo y seda dental, 8). Utilización de pasta dental, 9). Beneficios de los enjuagues con flúor, 10). Sustitutos del cepillo dental, 11). Relación del azúcar con la caries dental.

Objetivos a alcanzar en cuanto a cobertura escolar

- Instruir a los niños sobre los diferentes temas de salud bucal.
- Promover higiene bucal.
- Dar a conocer las diferentes enfermedades bucales y cómo prevenirlas.

Cuadro No. 4
Escuelas participantes mensualmente y número de temas impartidos de
Educación en Salud Bucal a Escolares y Adolescentes.
Programa EPS, Cobán, Alta Verapaz. 2013.

Mes	Temas	Número de niños participantes	Número de charlas
Febrero	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía de la cavidad bucal 	276	8
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía de las piezas dentarias 	276	8
Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Secuencia en la erupción dentaria 	318	8
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> • Caries dental 	263	8
Junio	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Periodontal • Inflamación gingival 	205	8
Julio	<ul style="list-style-type: none"> • Uso correcto del cepillo y seda dental • Utilización de pasta dental 	283	8
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de los enjuagues con flúor • Sustitutos del cepillo dental 	238	8
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> • Relación del azúcar con la caries dental. • Alimentación saludable 	212	10
TOTAL		2,071	66

Fuente: Elaboración propia, Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis del programa

El Programa de Prevención tiene un impacto importante en la salud oral integral de los escolares en la comunidad beneficiada, pues la cobertura alcanzada en los tres subprogramas es alta, en cuanto a la atención odontológica integral proporcionada.

La educación en salud es importante para los niños, pues se les brinda información de una manera sencilla de comprender y a la vez se les motiva a ponerla en práctica y a transmitirla a su familia.

Los sellantes de fosas y fisuras son de gran beneficio porque ayuda a prevenir la caries dental, es por eso que este programa tiene como objetivo cubrir al mayor número de niños posible.

Con respecto a los enjuagues de fluoruro de sodio, se cubrió el 100% de escolares del nivel primario de los establecimientos participantes en este programa, brindándoles así los beneficios que proporciona el flúor.

En la comunidad hubo cooperación de los docentes pues diez de ellos, pertenecientes a las tres escuelas, participaron como monitores. A su vez, hubo colaboración de personas capacitadas, quienes ayudaron en la realización de las actividades logrando todos juntos, alcanzar el éxito deseado.

El Programa de Prevención fue bien recibido en la comunidad, pues saben y valoran los beneficios que se les facilitó a los niños, de manera gratuita.

3. Investigación Única

CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE COBÁN DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

3.1 Justificación

Existen muchos factores que predisponen más que otros a la producción de caries dental. Éstas constituyen una de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a la raza humana. Diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries.

Los padres de familia por lo general son los responsables de la salud bucal de los niños que asisten a las escuelas primarias. Por dichas razones, el programa EPS se ha preocupado por conocer la relación de la prevalencia de caries dental con las creencias y actitudes de los padres de familia, así como también la relación con el estado socioeconómico de éstos, ya que es en esta etapa de la vida que los niños adquieren buenos o malos hábitos en cuanto a la salud bucal se refiere

3.2 Objetivos

- Identificar las creencias y actitudes sobre salud bucal de los padres de familia
- Establecer la historia de caries dental a través del índice CPO-D
- Determinar el estrato socioeconómico de las familias de los escolares estudiados.
- Identificar posibles asociaciones con variables socioeconómicas.

3.3 Metodología

Tipo de estudio

Estudio observacional transversal en el cual se evaluaron las creencias y actitudes sobre salud bucal de los padres de familia de 20 escolares atendidos en el programa EPS. Adicionalmente se determinó la historia de caries dental de cada escolar y finalmente se identificó las posibles relaciones entre las variables cualitativas, clínicas y socioeconómicas.

Lugar donde se realizó el estudio:

Centro de formación integral “Ciudad de la Esperanza”

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, analítico, buscando detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas escolares.
- Edad entre 8 y 12 años
- Inscritos en Escuelas públicas rurales y/o urbanas oficiales del Ministerio de Educación del municipio de Cobán, del departamento de Alta Verapaz.

Diseño de la muestra

Las variables de diseño consideradas fueron:

- Conglomerados: escuelas públicas rurales del municipio de Cobán, del departamento de Alta Verapaz.
- Estratos: grados y secciones de la escuela seleccionada.

En la Investigación sobre Creencias y Actitudes de Padres de Familia y su Relación con Caries Dental, se seleccionó un conglomerado, en éste, se utilizó la división de la población escolar por estratos. Los grados que tenían más de una sección se sumaron y se consideraron un solo estrato, eligiendo a los niños por muestreo aleatorio simple, de manera proporcional al tamaño de la muestra. Se utilizó un tamaño de muestra (TM) de 20 escolares.

Selección de la Muestra

Etapa 1: muestreo dentro del conglomerado para seleccionar la escuela que fue estudiada.

Etapa 2: muestreo estratificado (grados) proporcional al tamaño de cada estrato. Al interior de cada estrato se realizó un muestreo aleatorio simple.

Variables principales de valoración

- Creencias sobre salud bucal.
- Actitudes sobre salud bucal.
- Prevalencia de caries dental
- Edad, sexo y grado del escolar.
- Ocupación del jefe(a) de familia, nivel de escolaridad de la madre, fuente de ingresos de la familia, condiciones de la vivienda.
- Estratos de Graffar

Criterios de recolección

Instrumentos de medición

1. Para la medición de las creencias y actitudes sobre salud bucal de los padres de familia se utilizó el cuestionario CASB-2013
2. Para la medición de la prevalencia de caries dental se utilizaron los criterios CPO-D de Klein, Palmer y Knutson

3.4 Marco teórico

Creencias

Es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa. Como mera actitud mental, que puede ser inconsciente, no es necesario que se formule lingüísticamente como pensamiento; pero como tal, actúa en la vida psíquica y en el comportamiento del individuo.

Las creencias no son siempre voluntarias pues los individuos necesitan asociar su experiencia de la realidad con creencias racionales como teorías que eviten las contradicciones cognitivas y justifique los comportamientos.

Actitudes

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento al actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social, frente a la motivación biológica que impulsa y orienta la acción.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana. También se define a la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente.

Caries dental

La caries dental es, desde hace muchos años, la enfermedad bucal de origen infeccioso que se observa con mayor frecuencia. Se caracteriza por la destrucción localizada de los tejidos duros del diente (9). Los factores principales que influyen en la prevalencia de caries dental son: presencia de microorganismos cariogénicos en saliva y placa dental, diente susceptible y sustrato adecuado - azúcares y almidón. Existen otros factores que actúan frenando o aumentando la aparición de la caries, entre los

que se pueden señalar: flujo, composición y capacidad buffer de la saliva, higiene buco-dental, dieta rica en carbohidratos y presencia de fluoruros (9).

Etiología

La caries dental es una enfermedad multifactorial, lo que significa que deben concurrir varios factores para que se desarrolle. Hasta el momento se han logrado determinar las siguientes:

- **Anatomía dental:** la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental (12, 9, 4).
- **Tiempo:** la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidúrica que poseen los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además, estos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interface placa - esmalte. De esta forma el elemento tiempo forma parte primordial en la etiología de la caries (12, 9, 4).
- **Bacterias:** aquellas capaces de adherirse a la película adquirida y congregarse formando un "biofilm" de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias gram positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero éstas posteriormente, debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando se denominan placa "cariogénica" es decir capaz de producir caries dental (12, 9, 4).
- **Dieta:** la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival o ptialina, ésta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa (12, 9, 4).

En condiciones fisiológicas la ausencia de uno de estos factores limita la aparición o desarrollo de caries.

Factores dietéticos en la promoción de caries dental

Los carbohidratos son la principal fuente de energía de las bacterias bucales, específicamente las que están directamente relacionadas en el descenso del pH. La mayoría de los carbohidratos en la dieta son monosacáridos (glucosa, fructosa y galactosa); disacáridos (sacarosa, maltosa y lactosa); oligosacáridos y polisacáridos o levaduras (9). Se ha demostrado que una dieta rica en carbohidratos fermentables en poblaciones con hábitos de higiene inadecuados y falta de exposiciones regulares al fluoruro tópico de las pastas dentales, es un factor crítico en la aparición de caries. No así, en poblaciones donde una buena higiene bucal y el uso regular de pastas dentales fluoradas hacen del azúcar un factor de riesgo débil (2).

La sacarosa es el azúcar común de la dieta diaria y es el constituyente de muchos productos como pan, dulces, frutas, y bebidas. También se encuentra en cereales, productos lácteos, ensaladas y salsa de tomate. La glucosa y fructosa se encuentran de forma natural en frutas y en la miel. También se pueden obtener mediante la hidrólisis ácida de la sacarosa durante la manufacturación y reserva de bebidas refrescantes, mermeladas y otros productos acídicos. La lactosa está presente en la leche y la maltosa es derivada de la hidrólisis del almidón (2). Los jugos de fruta y bebidas con sabor a fruta tienen un alto potencial cariogénico debido a su gran contenido de azúcar y a la manera como son consumidos por los niños (3). La leche también ha sido considerada como bebida cariogénica, pero el azúcar de la leche (lactosa), no es fermentada en el mismo grado que otros azúcares. Por otro lado, es menos cariogénica debido a que las fosfoproteínas que contiene, inhiben la disolución del esmalte. Aunque se ha demostrado que la leche tiene una cariogenicidad reducida, sirve de vehículo para muchas sustancias cariogénicas.

El almidón es un polisacárido de glucosa de mayor reserva en la plantas y es el carbohidrato principal de la dieta. En muchos países, cereales como arroz, maicena, avena, trigo y centeno, aportan el 70 % de las calorías. Otras fuentes importantes de

almidón son los tubérculos como la papa, yuca y también se encuentra en granos. Los almidones son considerados como carbohidratos poco cariogénicos (12). La combinación de almidones solubles y sacarosa aumenta el potencial cariogénico, debido al incremento en la retención de los alimentos sobre la superficie dentaria y a que se prolonga el tiempo de limpieza de la cavidad bucal (2).

Factores dietéticos en la prevención de caries dental

Se ha podido establecer que muchos componentes de los alimentos tienen la habilidad de reducir la caries, siendo uno de ellos los fosfatos, los cuales se encuentran de manera natural en los cereales. La presencia de fosfatos en el ambiente bucal, previene la pérdida de fósforo del esmalte dentario, debido al efecto iónico. Los fosfatos, junto con el calcio y fluoruro contribuyen a la re-mineralización de áreas incipientes de esmalte desmineralizado. Además, los fosfatos mejoran la naturaleza estructural de la superficie del esmalte haciéndolo más duro y debido a sus propiedades detergentes pueden interferir con la adherencia de la película adquirida y bacterias de la placa al esmalte, inhibiendo así el crecimiento bacteriano. La composición inorgánica y las concentraciones de calcio y fósforo de la placa disminuyen cuando se forma en presencia de sacarosa, estas concentraciones son importantes porque han registrado una relación inversa a la presencia de caries.

Las proteínas han sido asociadas a una actividad baja de caries. Además, han sido asociadas con la formación de una cubierta protectora sobre el esmalte y con la detención del proceso de disolución del mismo. Una dieta rica en arginina o en prolina puede hacer que se eleve rápidamente el pH de la placa. La asociación de la grasa con un bajo nivel de caries puede estar relacionada a factores que incluyen un incremento en el metabolismo de los alimentos, el cubrimiento protector de la superficie del esmalte y posibles efectos antimicrobianos.

La presencia de grasas en dietas experimentales ha mostrado afectar la cariogenicidad de las mismas. Varios ácidos grasos (oleico y linoleico) en bajas concentraciones inhiben el crecimiento del *Streptococcus mutans*. La lauridina, el monoglicérido del ácido láurico son también altamente efectivos contra los organismos gram-positivos. El

contenido graso de los alimentos llega a influir más en el potencial de descalcificación que el contenido de carbohidratos. Sin embargo, el solo contenido de proteínas y grasas en los alimentos no puede ser usado para predecir una baja cariogenicidad.

Existe poca evidencia que sustente una relación estadística entre la ingestión calórica y la presencia o ausencia de caries dental. Esta relación es multifactorial y complicada y el consumo de calorías no puede explicar por sí sola los hallazgos dentales. La ingestión calórica según lo requerido parece relacionarse con los individuos libres de caries o con baja prevalencia de esta patología (7).

Las grasas reducen la cariogenicidad de diferentes comidas. Podría explicarse que las grasas forman una barrera protectora sobre la superficie dentaria o tal vez justo alrededor de los carbohidratos, haciéndolos menos disponibles, por lo que su remoción de la cavidad bucal es más rápida. Algunos ácidos grasos tienen propiedades antimicrobianas sobre el control de la placa. Los quesos pueden disminuir los niveles de bacterias cariogénicas de acuerdo a algunos estudios. Su alto contenido de calcio y fósforo parece ser un factor en su mecanismo cariostático, así como la caseína y proteínas del queso. El calcio y fósforo de los quesos, también reducen o previenen el descenso del pH en la saliva y promueven la remineralización del esmalte (2). El efecto del queso se debe a la presencia de lactato de calcio y ácidos grasos.

El efecto inductor de la caries por los carbohidratos es modificado de varias maneras por otros componentes de los alimentos. Teóricamente, a algunas leguminosas y muchas frutas que contienen vitamina A se les atribuye propiedades para inhibir la adherencia microbiana de la placa dental, en este sentido, podrían ser alimentos protectores, aunque es difícil determinar con precisión su efectividad y seguridad. En un estudio realizado en niños escolares, el consumo de vitamina A fue adecuado en el 67.2%, por lo que se cree que cuentan con este elemento como elemento protector en la dieta (7).

Los sustitutos del azúcar son clasificados como edulcorantes calóricos y no calóricos. Dentro de los sustitutos de los azúcares calóricos se encuentran los alcoholes de

azúcar o edulcorantes alternativos (sorbitol, manitol y xilitol) y la glucosa hidrogenada (licasina). Ejemplos de sustitutos de azúcares no calóricos son la sacarina, ciclamato y aspartame. Estudios clínicos que comparan la cariogenicidad del xilitol con la fructosa y sacarosa, muestran una disminución notable de la caries dental (6). Aunque los edulcorantes calóricos y no calóricos son considerados no cariogénicos, especialmente el xilitol es considerado no cariogénico, ya que reduce o previene la caída del pH. Por otra parte, se ha observado que el xilitol es capaz de incrementar el fluido salival y la capacidad buffer de la saliva, y al mismo tiempo disminuir la cantidad de *Streptococcus mutans* (6). Este compuesto se encuentra en forma natural en las fresas, ciruelas, lechuga, coliflor y hongos. Y se encuentra con frecuencia en los alimentos libres de azúcar, como chicle, dulces y pastas dentales (6).

Reconociendo una dieta cariogénica:

El estudio de la dieta en la práctica odontológica pretende conocer los riesgos cariogénicos causados por los carbohidratos y estudiar el valor nutritivo de la dieta. Por este motivo, la información acerca de los hábitos alimenticios y la ingesta de carbohidratos fermentables y otros nutrientes, debe obtenerse (3).

Al evaluar el potencial cariogénico de la dieta, debemos tomar en cuenta el balance que existe entre los factores causantes de la enfermedad y los factores de defensa. Si alguno de los factores causantes prevalece, por ejemplo, gran cantidad de microorganismos acidogénicos, o por el contrario, alguno de los mecanismos de defensa se encuentra afectado, por ejemplo, flujo salival disminuido, entonces, el factor dieta tendrá un fuerte impacto en el desarrollo y progresión de la enfermedad (9).

Al realizar la historia clínica, es importante interrogar acerca de los hábitos dietéticos y alimentación del niño, tomando en consideración lo siguiente:

1. Frecuencia de las comidas.
2. Cantidad y concentración de sacarosa en los alimentos.
3. Eliminación de azúcares y consistencia de los alimentos.
4. Cantidad de carbohidratos fermentables.
5. Uso de sustitutos del azúcar.

6. Elementos protectores y favorables de la dieta.

Recomendaciones dietéticas para el control de caries

La prevención de la caries de la primera infancia se basa en evitar patrones de alimentación cariogénicos. La educación a los padres acerca de la dieta como factor de riesgo cariogénico tiene poco éxito. Se ha reportado que la mayoría de los padres de niños con caries de la primera infancia, tienden a sustituir el agua por algún líquido cariogénico (jugos, fórmulas infantiles, etc.)(12). La Academia Americana de Odontopediatría ofrece las siguientes sugerencias para prevenir la caries de la primera infancia.

- a) No debe acostarse al niño con un biberón que contenga ningún líquido más que agua y la alimentación con pecho materno no debe prolongarse más allá de la aparición del primer diente en boca.
- b) Debe incentivarse a los niños a darle los líquidos en tazas.
- c) Medidas de higiene oral deben implementarse al tiempo de la erupción de los dientes primarios.

Dentro de las recomendaciones dietéticas se deben incluir las siguientes guías:

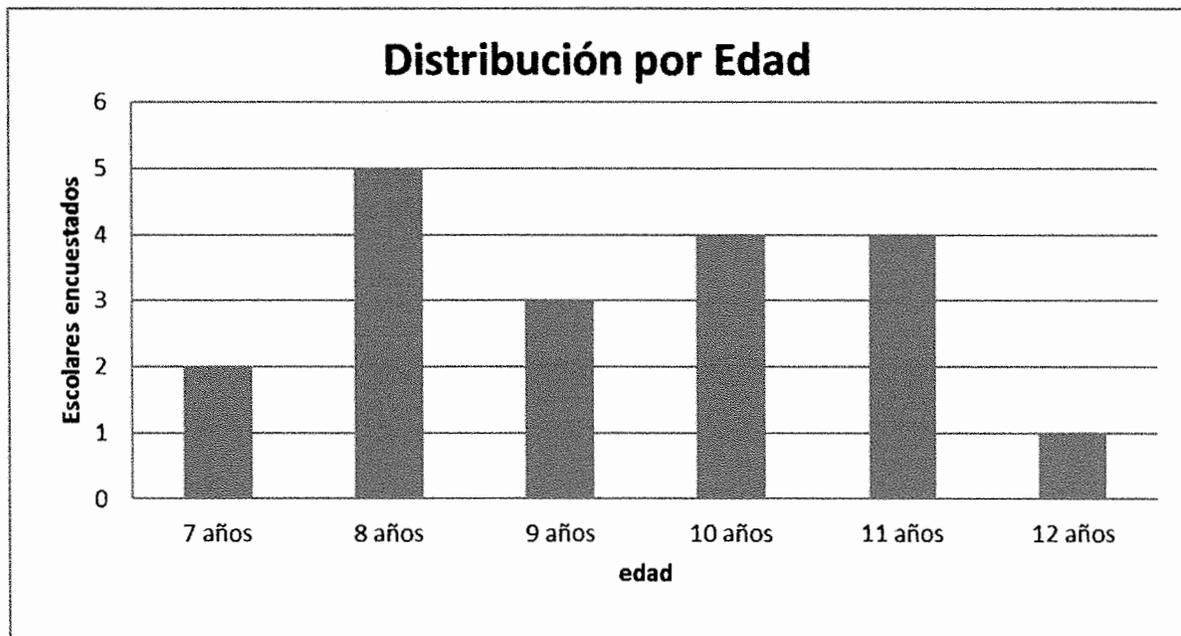
1. Promover una dieta balanceada, dar ejemplos de cómo la combinación y la secuencia de los alimentos pueden mejorar la masticación, producción de saliva y limpieza de la cavidad bucal cada vez que ingerimos alimentos (12).
2. Combinar productos lácteos con alimentos dulces, alimentos crudos con cocidos y alimentos ricos en proteínas con alimentos acidogénicos. Cada comida debe incluir alimentos fibrosos que estimulen la masticación y se debe terminar con alimentos no cariogénicos, como por ejemplo los quesos (12).
3. Limitar el número de comidas a cuatro por día. Esto reduce la limpieza total de azúcar y el número de descensos del pH (12).
4. Deben sustituirse los alimentos cariogénicos entre comidas por los no cariogénicos (12).
5. Seleccionar alimentos que produzcan poco descenso del pH (12).
6. Los dulces pueden comerse al final de cada comida en vez de entre las comidas (12).

7. Utilizar sustitutos del azúcar, en especial el xilitol en forma de gomas de mascar (12).

3.5 Presentación y Análisis de Resultados de la Investigación Única

Gráfica No. 3

Distribución de la Población Escolar según Edad. Investigación sobre Creencias y Actitudes en Salud Bucal de Padres de Familia y su relación con Caries Dental. Cobán, Alta Verapaz. 2013.

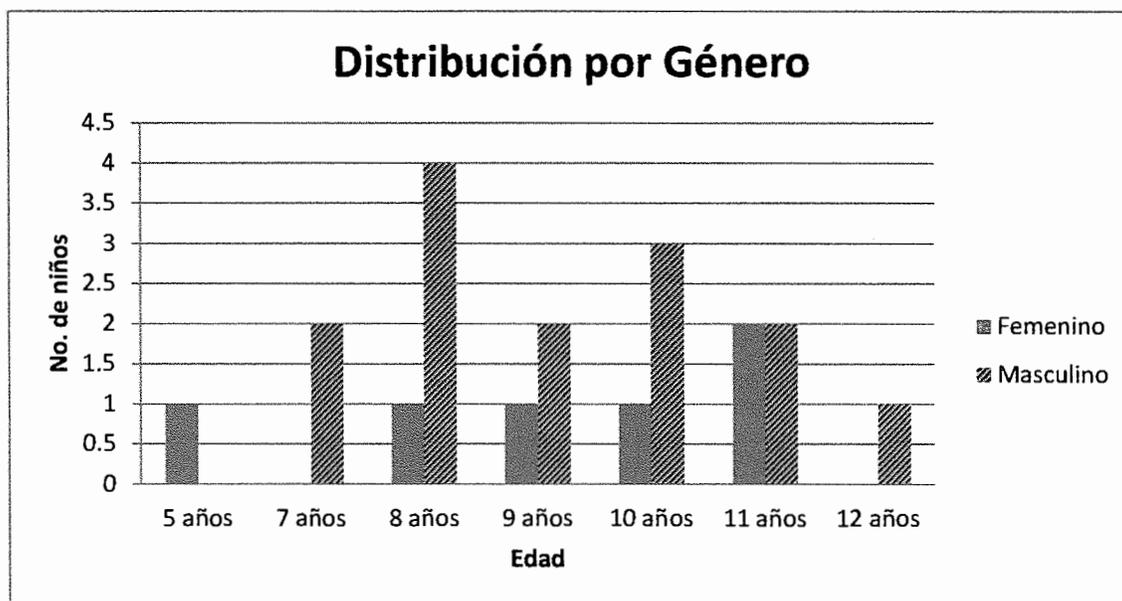


Fuente: Elaboración propia, Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Los niños de entre 8 y 11 años incluidos en la investigación representan el 80% de la muestra. Los grupos de edades de 7 y 12 años casi no aparecen y representan únicamente el 15%.

Gráfica No. 4

Distribución de la Población Escolar según Género. Investigación sobre Creencias y Actitudes en Salud Bucal de Padres de Familia y su relación con Caries Dental. Cobán, Alta Verapaz. 2013

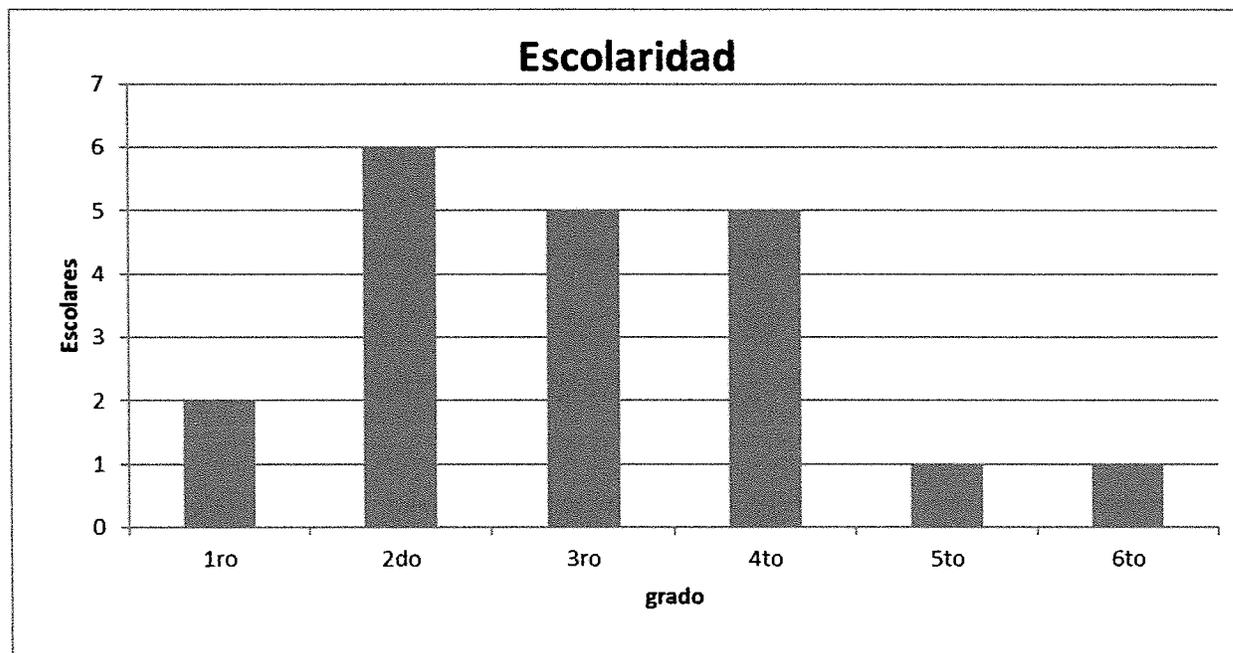


Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Los niños representan el 70% de la población incluida en la investigación y el mayor número se encuentra en el grupo de 8 años. Las niñas representan el 30% restante y no aparecen en el grupo de edades de 7 y 12 años.

Gráfica No. 5

Distribución de la Población Escolar según Grado. Investigación sobre Creencias y Actitudes en Salud Bucal de Padres de Familia y su relación con Caries Dental, Cobán, Alta Verapaz, 2013.

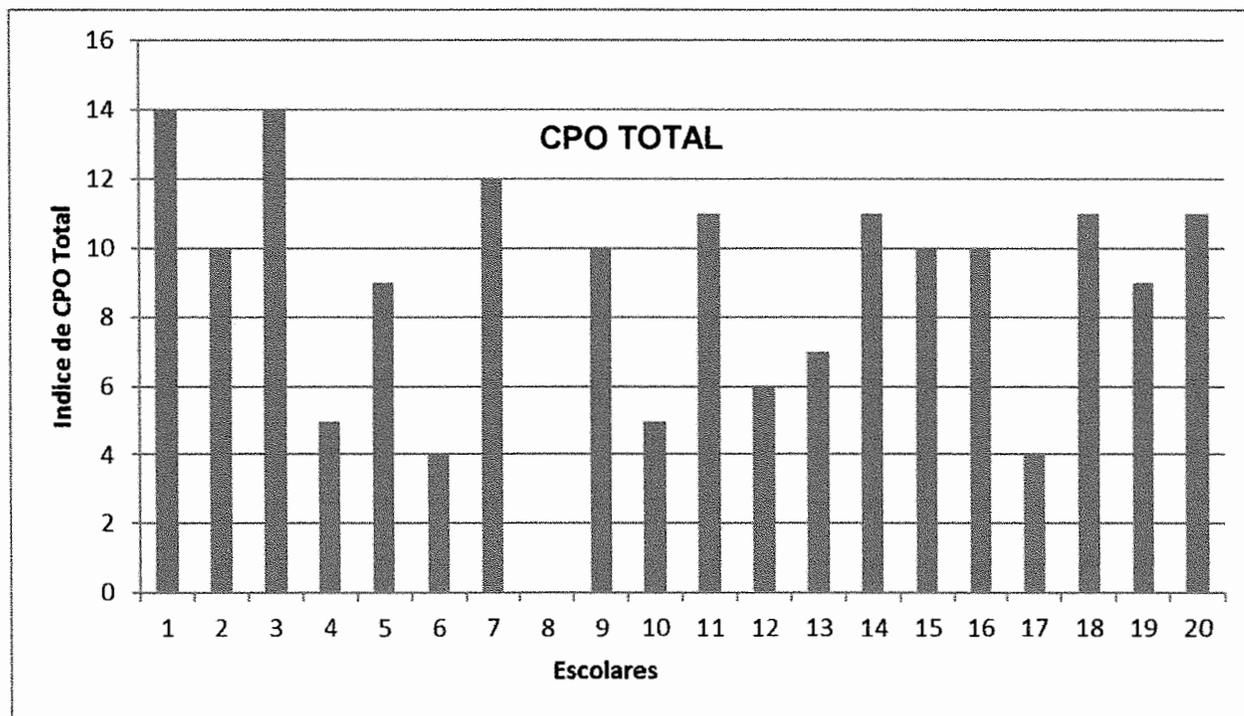


Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Los niños de 5to y 6to grado representan únicamente el 10% de la muestra, lo cual indica que son los grados con menor cantidad de niños participantes en la investigación. El grado con mayor cantidad de niños incluidos es 2do. con el 30% .

Gráfica No. 6

Distribución del CPO Total de la Población Escolar. Investigación sobre Creencias y Actitudes en Salud Bucal de Padres de Familia y su relación con Caries Dental. Cobán, Alta Verapaz, 2013

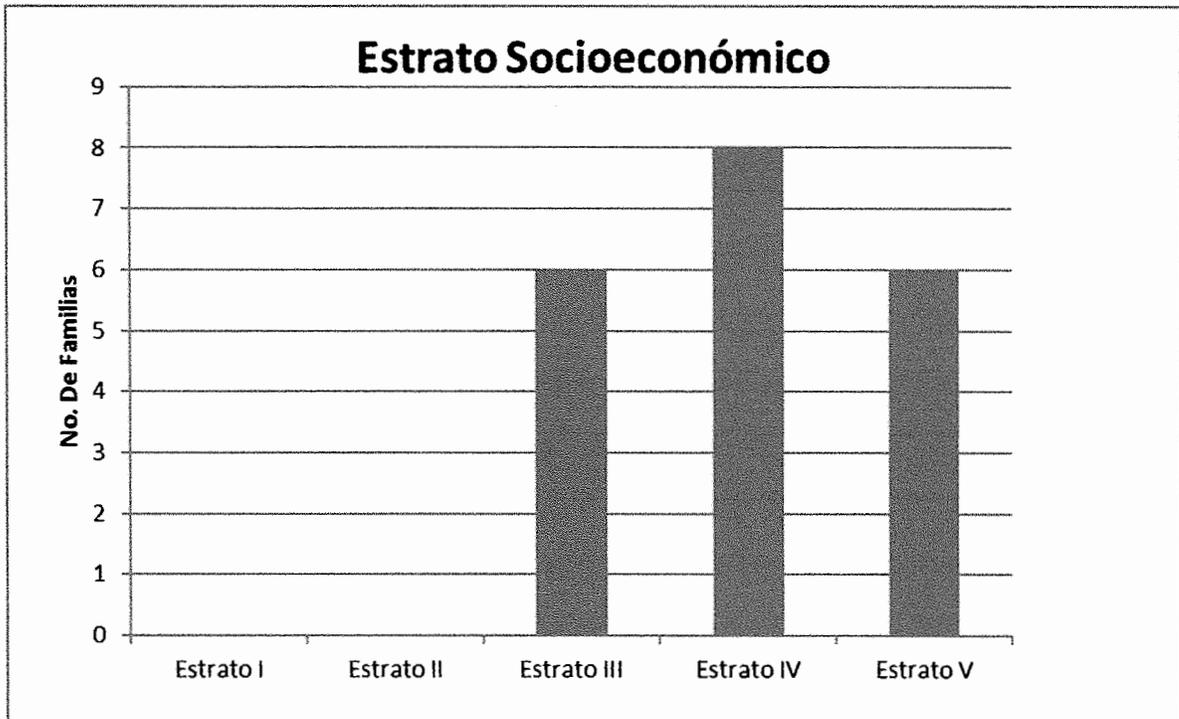


Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: De los 20 niños evaluados, la mitad presentó valores altos de índice CPO: comprendidos entre diez y catorce. Los demás valores se encuentran en cifras intermedias entre cuatro y nueve, determinando que el 95% de escolares, presentan o han presentado la enfermedad. Únicamente un niño presenta piezas dentales sin lesiones de caries, un porcentaje demasiado bajo (5%) de la población escolar.

Gráfica No. 7

Estrato Socioeconómico de las Familias de los Escolares. Investigación sobre Creencias y Actitudes en Salud Bucal de Padres de Familia y su relación con Caries Dental. Cobán, Alta Verapaz, 2013.



Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Un importante porcentaje (30%) se ubica en el estrato V que es una población en pobreza crítica, sin condiciones de satisfacer las necesidades básicas. Por el contrario, se puede observar que en el estrato I y II que corresponde a la población con las mejores condiciones de vida, no se ubica a ninguna familia. Lo cual nos demuestra que el 100% de la población visitada, vive sin las condiciones necesarias para subsistir, razón por la que, probablemente, no le dan la importancia debida al mantenimiento de una dentición sana y presentan problemas graves de caries dental.

3.6 Conclusiones

- La evaluación de las creencias y actitudes en los padres de familia es importante para determinar qué factores influyen en la salud o enfermedad bucal de los niños escolares.

- Es necesario dar a conocer a los padres de familia la importancia del control de la ingesta de alimentos, para que sus hijos lleven una dieta balanceada como parte de un programa integral de prevención.

4. Atención Clínica Integral para Escolares y Grupos de Alto Riesgo

El objetivo de este programa es tratar las enfermedades más comunes que afectan la salud oral, tales como: la caries y las enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis), las cuales se definen a continuación.

La caries dental es una enfermedad multifactorial que depende de cuatro factores interrelacionados: la dieta, el huésped, bacterias y el tiempo. Esta enfermedad afecta a los tejidos duros del diente (esmalte, dentina y cemento), aunque ha disminuido de forma sustancial en los últimos años, sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia en todo el mundo.

La gingivitis es inflamación de las encías, la cual está en contacto directo con la placa dentobacteriana, por lo que es importante el control de la placa en cualquier programa de salud oral. Esta forma de enfermedad periodontal no ocasiona pérdida del hueso ni del tejido que sostiene los dientes. Cuando la gingivitis no se trata debidamente, puede convertirse en "Periodontitis". La Periodontitis es una enfermedad crónica e irreversible que puede cursar con una gingivitis inicial, para luego proseguir con una retracción gingival y pérdida de hueso, en el caso de no ser tratada, puede dejar sin soporte óseo al diente. La pérdida de dicho soporte implica la pérdida irreparable del diente (20).

Este programa fue de gran ayuda para la comunidad, pues se le brindó una atención integral a cada paciente del programa escolar y de alto riesgo conformado por mujeres embarazadas y adultos, según sus necesidades, que se identificaron por medio de un examen diagnóstico odontológico para realizar el tratamiento adecuado ya fuera preventivo, restaurador o de extracción, para devolverles la salud oral de manera integral.

En Asociación Comunidad Esperanza, Cobán, Alta Verapaz los tratamientos que más se efectuaron fueron:

- Profilaxis y ATF
- Sellantes de fosas y fisuras

- Amalgamas
- Resinas
- Extracciones

Cuadro No. 5

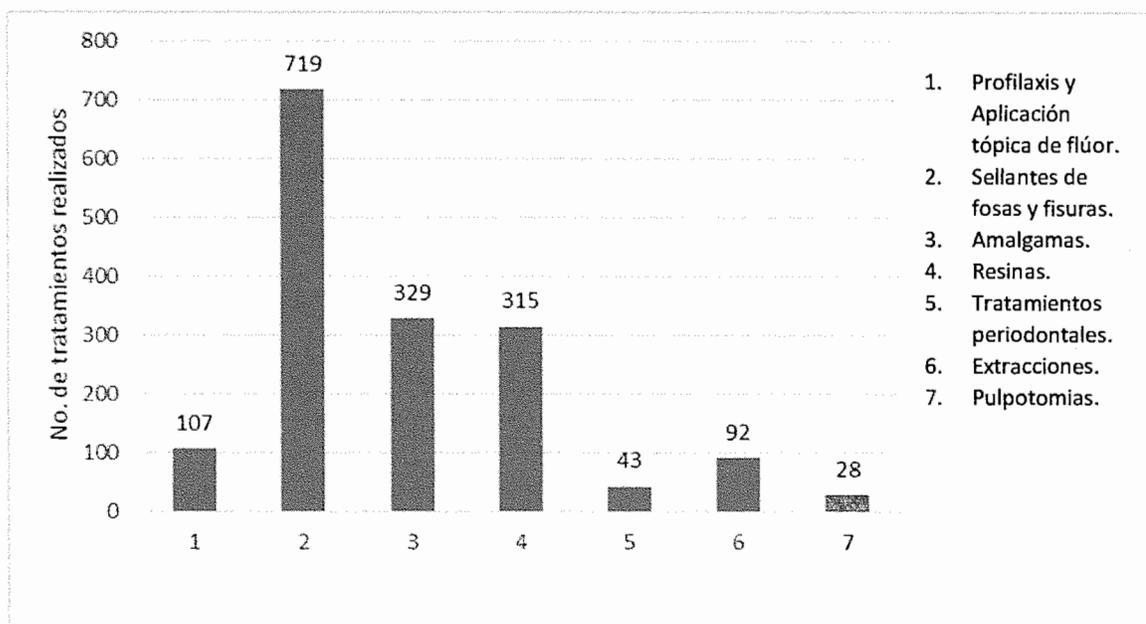
**Cobertura alcanzada en el Programa de Atención Clínica Integral a Escolares.
Asociación Comunidad Esperanza, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-octubre, 2013.**

Mes	No. de pacientes por mes	Tratamientos efectuados							Total
		Profilaxis y ATF	Sellantes de fosas y fisuras	Amalgamas	Resinas	Txs. Periodontales.	Extracciones	Pulpotomías	
Febrero	2	2	18	15	0	2	0	1	38
Marzo	14	14	102	71	2	5	7	4	205
Abril	15	15	90	33	62	3	16	1	220
Mayo	10	10	53	35	30	4	6	6	144
Junio	15	15	104	44	17	10	31	1	222
Julio	15	15	97	50	53	9	12	1	237
Agosto	17	17	108	44	70	7	15	10	271
Septiembre	19	19	147	37	81	3	5	4	296
TOTALES	107	107	719	329	315	43	92	28	1633

Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Gráfica No. 8

Cobertura alcanzada en el Programa de Atención Clínica Integral a Escolares. Asociación Comunidad Esperanza. Cobán, Alta Verapaz. Febrero-October 2013.



Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013

Análisis: La mayor cantidad de tratamientos realizados, por mes, son preventivos, con sellantes de fosas y fisuras. Se logró una mayor cobertura en prevención en comparación con la alcanzada en los tratamientos restaurativos (amalgamas y resinas), cuyas cantidades representan también una cobertura importante de acuerdo con las necesidades de esta población. Los tratamientos menos realizados por requerimiento clínico fueron pulpotomías. En total se realizaron 1,633 tratamientos, de los cuales, 719, son preventivos, en 107 niños.

Cuadro No. 6

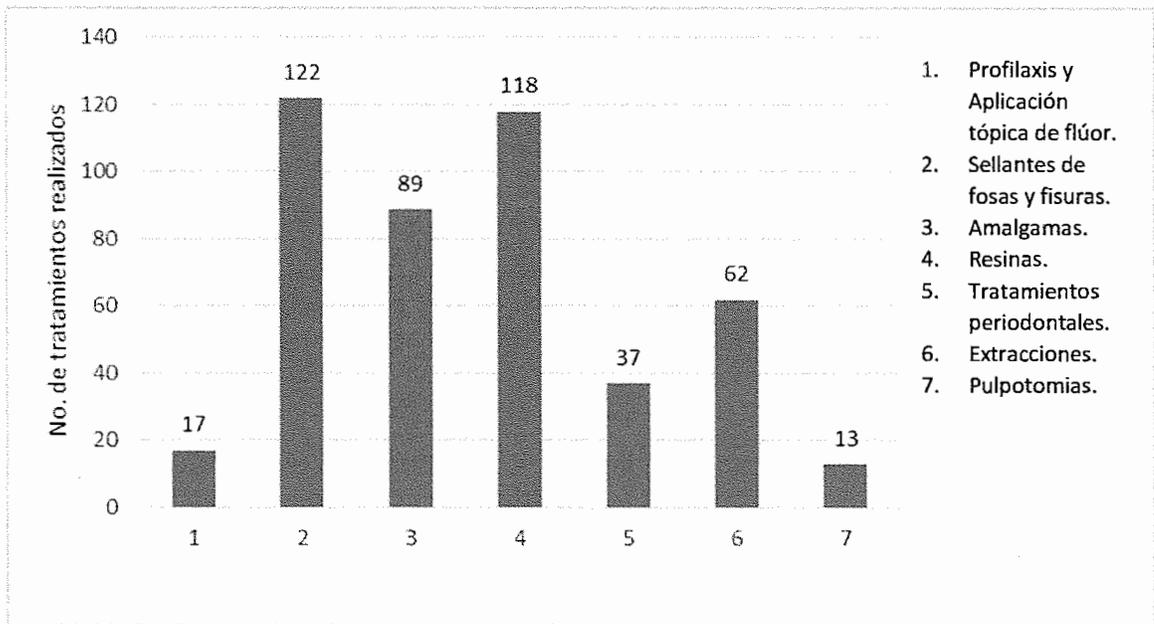
**Cobertura alcanzada en Adultos. Programa de Alto Riesgo. Asociación
Comunidad Esperanza, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-October, 2013.**

Mes	No. de pacientes por mes	Tratamientos Efectuados							Total
		Profilaxis y ATF	Sellantes de fosas y fisuras	Amalgamas	Resinas	Txs. Periodontales	Extracciones	Pulpotomias	
Febrero	1	0	0	2	0	1	0	0	3
Marzo	18	0	9	17	0	4	9	3	42
Abril	22	0	13	7	16	13	5	1	55
Mayo	30	4	27	22	28	4	11	4	100
Junio	23	3	15	7	6	4	11	0	46
Julio	30	5	27	20	18	6	4	3	83
Agosto	22	2	21	7	36	2	15	1	84
Septiembre	20	3	10	7	14	3	7	1	45
TOTALES	166	17	122	89	118	37	62	13	458

Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Gráfica No. 9

Cobertura alcanzada en Adultos. Programa de Alto Riesgo. Asociación Comunidad Esperanza, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-octubre, 2013.



Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Para este grupo de pacientes, los tratamientos con más cobertura fueron los restaurativos, lo que demuestra una alta prevalencia de lesiones de caries dental. Los tratamientos menos realizados por requerimiento clínico fueron pulpotomías. En total se realizaron 458 tratamientos, de los cuales, 207, son restaurativos, en 166 adultos.

Cuadro No. 7

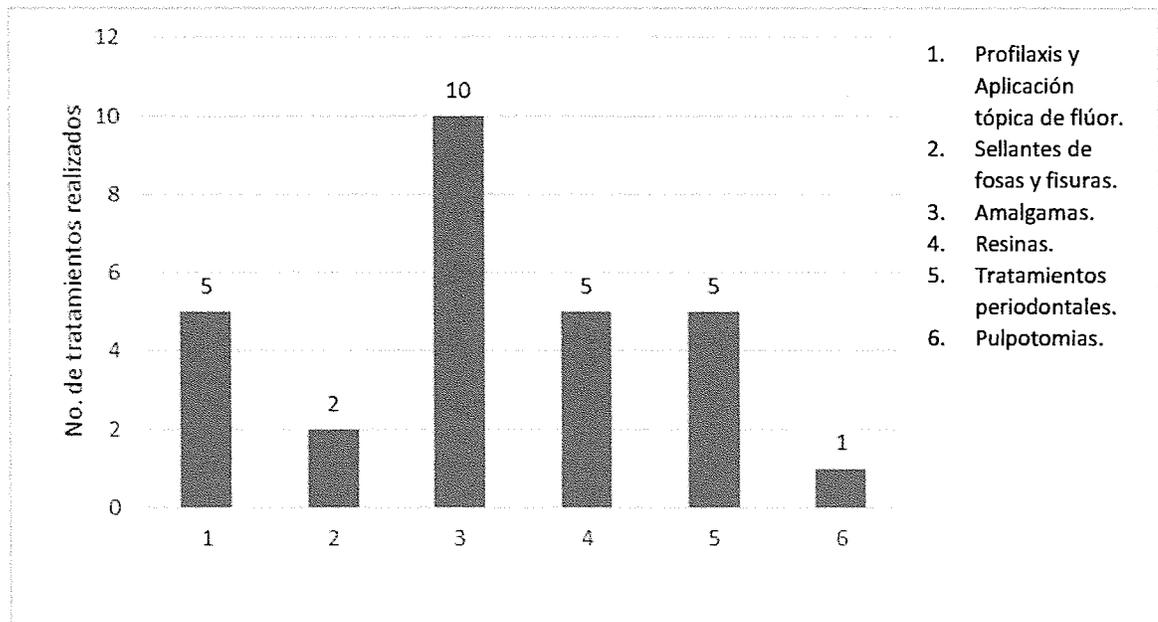
**Cobertura alcanzada en Embarazadas. Programa de Alto Riesgo. Asociación
Comunidad Esperanza, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-Octubre, 2013**

Mes	No. de pacientes por mes	Tratamientos efectuados							Total
		Profilaxis y ATF	Sellantes de fosas y fisuras	<i>Amalga- mas</i>	Resinas	Txs Periodon- tales	Extrac- ciones	Pulpo- tomias	
Mayo	1	1	0	2	1	1	0	1	6
Junio	3	3	0	7	3	3	0	0	16
Julio	1	1	2	1	1	1	0	0	6
TOTALES	5	5	2	10	5	5	0	1	28

Fuente: Elaboración propia, programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Gráfica No. 10

Cobertura alcanzada en Embarazadas. Programa de Alto Riesgo. Asociación Comunidad Esperanza, Cobán, Alta Verapaz. Febrero-October, 2013.



Fuente: Elaboración propia Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

Análisis: Se registró poca asistencia de pacientes embarazadas a la clínica dental. Al parecer influye el tabú que existe entre la población sobre los efectos negativos de los tratamientos dentales durante el período de gestación, observándose que, en general, los tratamientos restaurativos: amalgamas y resinas, fueron los que se realizaron en mayor cantidad, lo que demuestra una alta prevalencia de lesiones de caries en este grupo de pacientes. En total fueron realizados 28 tratamientos, de los cuales 15 (54%) son restaurativos, en 5 pacientes que acudieron durante los meses de mayo, junio y julio.

Conclusiones

- Se pudo brindar cobertura a varios grupos de la población a los cuales se atendió según sus requerimientos clínicos, obteniendo un mayor porcentaje de tratamientos restaurativos, extracciones y pulpotomías (61%) en comparación con tratamientos preventivos, tratamientos periodontales y profilaxis (39%).
- Es necesario concientizar y capacitar, específicamente a la población de mujeres embarazadas, sobre la importancia de la prevención y mantenimiento de la salud bucal durante el período de gestación pues se determinó que este grupo es el que acude con menos frecuencia a la clínica para atención odontológica.
- Se realizó un importante porcentaje de tratamientos preventivos, restaurativos y de extracción (77%) a niños entre las edades de 5 a 14 años, los cuales fueron agrupados como escolares integrales.

Recomendaciones

- Que los niños de las escuelas públicas sigan siendo el principal objetivo, ya que son quienes menos oportunidades de atención odontológica presentan, debido, en su mayoría, a los bajos ingresos económicos de sus familias.
- Que la Universidad de San Carlos de Guatemala siga proporcionando el programa EPS de odontología a las diferentes comunidades del país, especialmente las más vulnerables.

5.Administración del consultorio

a. Descripción del componente: Administración del consultorio

Institución: Asociación Comunidad Esperanza (ACE)

El programa EPS es nuevo en las instalaciones de la Asociación. Anteriormente el programa funcionaba en otro lugar y estaba patrocinado por ACE en asociación con otra institución. Luego de desligarse ambas instituciones, la clínica pasa a ser exclusivamente de Asociación Comunidad Esperanza.

Visión y misión de Asociación Comunidad Esperanza:

Misión:

Acompañar a los niños y jóvenes en riesgo a través de un proceso de formación integral para dignificar su vida y erradicar las causas que provocan el riesgo y la pobreza de su entorno.

Visión:

Constituirse en un referente importante en materia de acompañamiento y promoción humana integral al servicio de niños y jóvenes en riesgo.

Infraestructura de la clínica y mobiliario

La institución cuenta con instalaciones adecuadas para la clínica dental, sin embargo por ser el primer año que se patrocina al Programa de EPS, aún no se contaba con el equipo e instrumental necesario para prestar la atención odontológica requerida.

Durante el transcurso del EPS, la institución realizó las gestiones necesarias para lograr algún tipo de donación de instituciones internacionales que brindan ayuda económica a la Asociación, las cuales dieron resultado al final del programa ya que se donó equipo usado pero en buenas condiciones así como instrumental y materiales. Así mismo se logró acondicionar la clínica para su adecuado funcionamiento.

Abastecimiento de los materiales:

Estos son proporcionados por la Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala y por ACE (Asociación Comunidad Esperanza).

Protocolo para asepsia y esterilización

La adecuada limpieza y desinfección de toda la clínica, incluyendo el equipo que fue utilizado entre cada paciente, el uso de guantes, gorro y mascarilla del personal, el manejo adecuado de los desechos, la esterilización de instrumentos, etc, es de suma importancia en la clínica dental ya que de ello depende el control de infecciones.

Es deber del odontólogo verificar que se cumplan las normas de limpieza en su clínica, así como exigir a su personal que cumpla con los requerimientos necesarios para mantener óptimas condiciones de asepsia.

El odontólogo practicante y el personal que lo asiste deben conocer cuáles son los parámetros para mantener un adecuado control de infecciones en la clínica dental y saber aplicarlos tanto con los pacientes como con el equipo e instrumental.

Es necesario que el personal odontológico tome conciencia de la gran importancia que tiene cumplir con parámetros para evitar o disminuir el riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas.

Se debe tener en cuenta que, si no existe en el consultorio el equipo necesario para una adecuada esterilización, hay métodos alternativos que se pueden usar muy convenientemente para este fin.

En la clínica dental de comunidad Esperanza, ubicada en Cobán Alta Verapaz se procede diariamente a:

- ✓ Esterilizar todo el instrumental usado durante el día en una solución de glutaraldehído al 2%. Se deja reposar durante la noche en un recipiente plástico con tapadera que se asignó especialmente para este fin. A la mañana siguiente se sacan los instrumentos, se lavan, se secan y se guardan empaquetados, clasificándolos según su uso, en un mueble designado para guardar sólo instrumental estéril.
- ✓ La asistente dental procede a limpiar y desinfectar todo el mobiliario y equipo de la clínica, para ello se utilizan paños con hipoclorito de sodio y/o desinfectante Lysol.
- ✓ Entre cada paciente es obligatorio cambiarse de guantes, tanto asistente como odontóloga, el cambio de servilleta y eyector para el paciente y la limpieza y desinfección de la unidad dental, mesita de trabajo, lámpara dental, piezas de mano, jeringa triple.
- ✓ Todo el equipo que sea necesario volver a utilizar en el próximo paciente, se desinfecta con alcohol o hipoclorito de sodio.
- ✓ Al final del día los desechos se sacan de la clínica, se desinfecta todo el mobiliario y equipo, quedando ésta totalmente limpia.

Cuadro No. 8

Programación de actividades y horario de atención en clínica dental, Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

DIA	ACTIVIDAD	PROGRAMA
LUNES	Clínica Integral	Escolares y alto riesgo
MARTES	Clínica integral	Escolares y alto riesgo
MIÉRCOLES	Prevención y clínica integral	Enjuagatorios de fluoruro de sodio Educación en salud Escolares y alto riesgo
JUEVES	Clínica integral	Escolares y alto riesgo
VIERNES	Prevención Clínica integral Capacitación	Sellantes de fosas y fisuras, capacitación al personal auxiliar, escolares y alto riesgo.

Cuadro No. 9

Calendario de trabajo, Programa EPS, municipio de Cobán, A.V., 2013.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES
8:30					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
1:00- 2:30	ALMUERZO				
2:30 a 4:30	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ADULTOS	ATENCIÓN A ADULTOS

5.2 Capacitación de personal auxiliar

Es muy importante que la persona que colabora con el odontólogo en la clínica, esté capacitada para ocupar el puesto de **Auxiliar en Odontología**, ya que hay una amplia gama de instrumental, equipo y materiales que es de suma importancia conocer para asistir de la mejor manera al momento de brindar atención al paciente.

El personal auxiliar debe ser capaz de identificar equipo e instrumental, así mismo debe saber el uso de cada material en cada tratamiento, sin olvidar las estructuras más relevantes de la cavidad bucal, así como las de cada uno de los dientes que la conforman.

Cualquier persona es capaz de asumir el puesto siempre y cuando tenga el interés de aprender sobre odontología y sobre todo el gusto por procurar el bien en cada uno de los pacientes que solicita los servicios del odontólogo.

Durante el Programa EPS, se capacitó a la persona que colabora en la asistencia de la clínica dental de Asociación Comunidad Esperanza. Esto con el objeto de mejorar la calidad en el servicio que presta tanto ella, como la odontóloga de dicha clínica.

Objetivos

- Capacitar a la persona que asiste en la clínica dental para que sea capaz de identificar cada una de las partes de la cavidad bucal así como las partes de un diente.
- Lograr por parte de la odontóloga, cubrir los temas más importantes en la capacitación de su asistente.
- Desarrollar por parte de la odontóloga, el interés de su asistente en el conocimiento de equipo, instrumental y material necesario utilizado en tratamientos, así como preparación y medidas necesarias de cada material.

- Lograr por parte de la asistente dental, identificar y manejar cada uno de los instrumentos y equipo con los que cuenta la clínica dental
- Lograr, tanto odontóloga como asistente un servicio de calidad, basado en la ética profesional a través de la atención del paciente, control de infecciones y contaminación en la clínica dental.
- Lograr que la asistente dental, después de un tiempo determinado, sea una persona totalmente capacitada para ocupar el puesto que se le asignó.

Metodología

- Presentación de material impreso (figuras) de los dientes e instrumental para lograr el conocimiento de cada uno de ellos.
- Presentación de material audiovisual de la posición del odontólogo y asistente al momento de atender a un paciente.
- Presentación en vivo de aparatos, instrumentos y material utilizado en la clínica dental.
- Prácticas sobre la utilización del instrumental, forma de brindar asistencia al odontólogo y manejo de material.
- Se impartió una vez a la semana una charla para enseñanza de temas calendarizados.
- Al finalizar la semana, se evaluó, de forma verbal o escrita los temas cubiertos durante la semana y lo aprendido durante la asistencia al odontólogo.

Cuadro No. 10

Temas desarrollados mensualmente en la Capacitación al Personal Auxiliar del Programa Administración del Consultorio en Asociación Comunidad Esperanza, Cobán, A.V., 2013.

MES	TEMAS
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de esterilización • Conocimiento de ficha clínica de la facultad • Nomenclatura de piezas dentales • Manejo de desechos contaminantes • Odontología a 4 manos • Manejo de material dental • Nomenclatura de instrumental • Anatomía de las piezas dentales • Introducción a principales enfermedades bucales
Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación y conocimiento de resinas compuestas • Selección de color en restauraciones de resina compuesta • Continuación de utilización y manejo de ficha de la Facultada de Odontología • Introducción al conocimiento y utilización de fármacos en Odontología • CPO en escolares: cómo determinarlo • Selección y nomenclatura de coronas de acero. • Conocimiento y utilización de fármacos en Odontología.
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y nomenclatura de coronas de acero(Continuación) • Selección de cubetas para impresión y manipulación de alginato • Manipulación de alginato para impresiones
Junio	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de esterilización • Conocimiento de ficha clínica de la facultad • Odontología a 4 manos • Manejo de desechos contaminantes • Nomenclatura de piezas dentales • Manejo y conocimiento de material dental • Anatomía de las piezas dentales
Julio	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de esterilización • Desinfección de instrumental y manejo de desechos.

Agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de esterilización • Conocimiento de la ficha clínica de la facultad de Odontología • Odontología a 4 manos • Manejo de desechos contaminantes • Nomenclatura de piezas dentales • Manejo y conocimiento de material dental • Anatomía de las piezas dentales
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación y conocimiento de resinas compuestas • Selección de color en restauraciones de resina compuesta • Continuación de utilización y manejo de ficha de la Facultad de Odontología • Introducción al conocimiento y utilización de fármacos en Odontología.

Análisis de resultados en relación a los conocimientos y habilidades alcanzadas por el personal auxiliar

La principal dificultad fue la poca permanencia de las personas que laboraron como asistentes dentales. En total laboraron 3 personas y a las tres se les capacitó de igual manera pero no se pudo dar continuidad a los temas que inicialmente se habían planificado debido a que transcurrido algún tiempo, presentaban su renuncia.

La primera asistente laboró durante 3 meses, la segunda durante 1 mes y la tercera por 2 meses. Los otros dos meses se trabajó sin personal auxiliar. Todo esto porque la institución presentó problemas financieros durante casi todo el año y no se canceló el sueldo de muchos de sus trabajadores, motivo por el cual las asistentes dentales presentaban su renuncia.

Lo anterior dificultó en gran medida llevar a cabo una completa capacitación, sin embargo, se impartieron los mismos temas iniciales a cada una de ellas, quedando permanentemente la tercera persona que ocupó el cargo.

Pese a todas las dificultades presentadas, la mayor satisfacción obtenida fue la certeza de haber capacitado de la mejor manera a cada una de las asistentes, muestra de ello

fue la administración eficiente del consultorio que se logró, el orden, los métodos de asepsia utilizados, la atención al paciente, entre otros.

Otro punto que merece mención es el cariño y respeto que se logró de parte del personal ya que las dos primeras asistentes indicaron puntualmente que se retiraban del cargo debido al incumplimiento de pago por parte de la institución, no así por problemas interpersonales con la Odontóloga practicante.

Conclusiones

A pesar de las dificultades que se presentaron, se capacitó a las tres personas que laboraron como asistentes dentales, aunque no se cumplió con todos los temas que se tenía previsto impartir. Los temas que se presentaron, aunque pocos, estuvieron muy bien aprendidos por el personal.

La tercera persona que laboró quedó con el puesto fijo para el año siguiente, mostrando gran interés por el conocimiento de temas que la ayuden a desarrollar de mejor manera el trabajo de asistente dental.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Almagro, N.D. et al. (2002). **Prevalencia de caries y factores asociados en escolares de la población de Loja (Granada)**. Rev. Andal. Odont. y Estoma. 12(1): 13-17.
2. Axelsson, P. (2000). **Diagnosis and risk prediction of dental caries**. Germany: Quintessence Books. Pp. 100-103.
3. Berkowitz, R.J. (2003). **Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective**. J Can Dent Assoc. 69(5):304-307.
4. Bratthall, D. (2003). **Caries risk assessment**. (en línea). Departament of Cariology. Faculty of Odontology. Lund University, Sweden: Consultado el 18 de Jun. 2013. Disponible en: <http://www.db.ob.mah.se/car/data/riskbasic.html>
5. Lipari, A. y Andrade, P. (2003). **Factores de riesgo cariogénico**. Rev. Chil.de Odont. no.13:7-8.
6. Lynch, H. y Milgrom, P. (2003). **Xilitol and dental caries**. (en línea). Journal of the California Dent. Assoc. Consultado el 17 de Jun. 2013. Disponible en: <http://www.cda.org/member/pubs/journal/jour0303/index.html>
7. Márquez, J. y Naranjo, L. (2000). **Caracterización de la dieta y la salud oral de los estudiantes de básica primaria de escuelas y colegios públicos y privados de la ciudad de Manizales en año 2000**. (en línea). Consultado el 17 de Jun. 2013. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos14/dietasalud/dietasalud.shtml>
8. Persson, L. et al. (1985). **Infant feeding and dental caries: a longitudinal study of Swedish children**. Swed Dent J. no. 9:201-206.



9. Seif R., T.J et al. (1997). **Cariología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental**. Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas de Latinoamérica. pp. 100-10
10. Arévalo, L.; Vásquez, S. y Gallegos, B. (2009). **Relación con condición geográfica y características de la persona encargada de la preparación**. San Salvador: Universidad de El Salvador. Pp. 32-39.
11. **Bioseguridad en Odontología-monografías .com. Criterios para desinfección, descontaminación, limpieza. (2004)**. (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2013. Disponible en: www.monografias.com/...Odontología/bioseguridad-odontologia.shtml.
12. Castaño Séiquer, A. y Doldán Lema, J. coord.. (2005). **Manual de introducción a la odontología**. Madrid: Ripano Pp. 42, 151, 152.
13. Chávez, M (1962) **Odontología Sanitaria**. Washington: OPS. Pp. 528, 529, 530.
14. **Determinantes del estado de salud en Guatemala**. (2005). (en línea). Consultado el 12 de agosto.2013. Disponible en: www.Usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf.
15. **Programa EPS**. (2010). Guatemala: Área de Odontología Socio-preventiva, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. 42p.
16. **Método de entrega de fluoruros**. (2005). Guatemala: Departamento de Diagnóstico, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. 1-12.
17. Harris, N. O. y García-Godoy, F. (2005). **Odontología preventiva primaria**. Trad. Mariana Garduño Ávila. 2 ed. México: El Manual Moderno. PP. 8-18, 176, 221, 222.



18. Higashida, B. (2000) **Odontología preventiva**. México: McGraw-Hill Interamericana. Pp. 41-44.
19. Villagrán Colon, E. y Calderón Márquez, M. (2010) **Instructivo del informe final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado**. Guatemala: Área de Odontología Socio-Preventiva, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. 7p.
20. Wikipedia, la enciclopedia libre. (2010). **Periodontitis del adulto**. (en línea). Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Periodontitis.



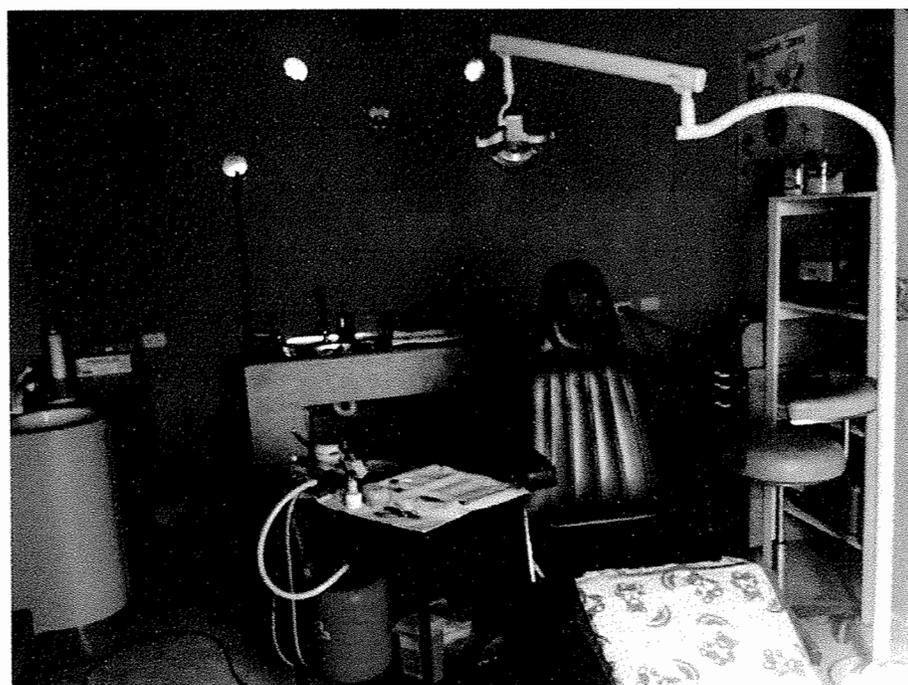
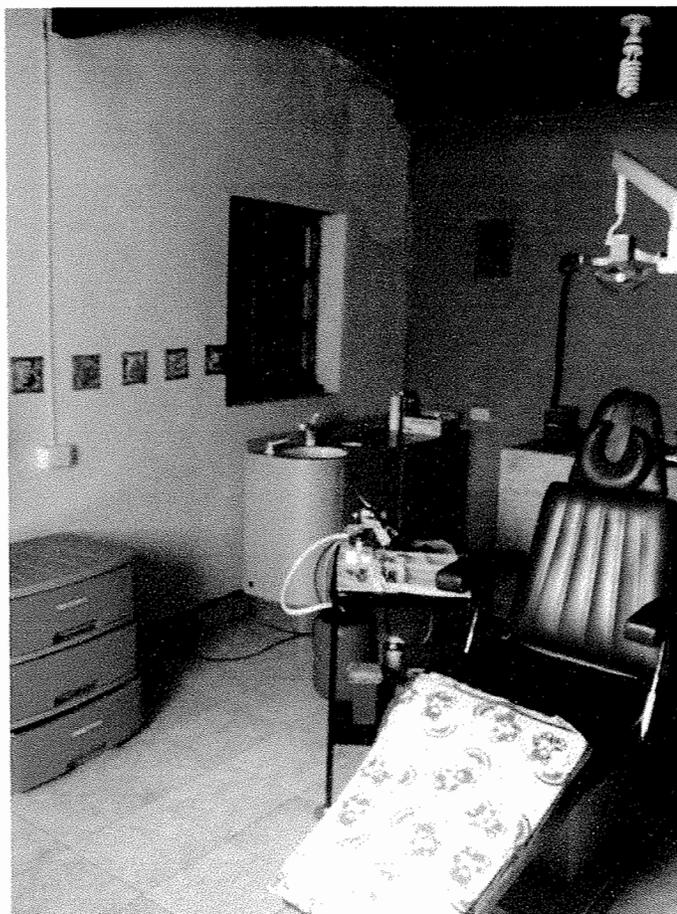
Vc. B2
[Handwritten signature]

ANEXOS

I. Reporte Fotográfico

1. Clínica Dental, Asociación Comunidad Esperanza, Cobán. A.V.





Instalaciones de Asociación Comunidad Esperanza y de la clínica dental.

2. Actividades Comunitarias



Madres y padres de familia de Centro de Bienestar Estudiantil, recibiendo capacitación en seguridad alimentaria.

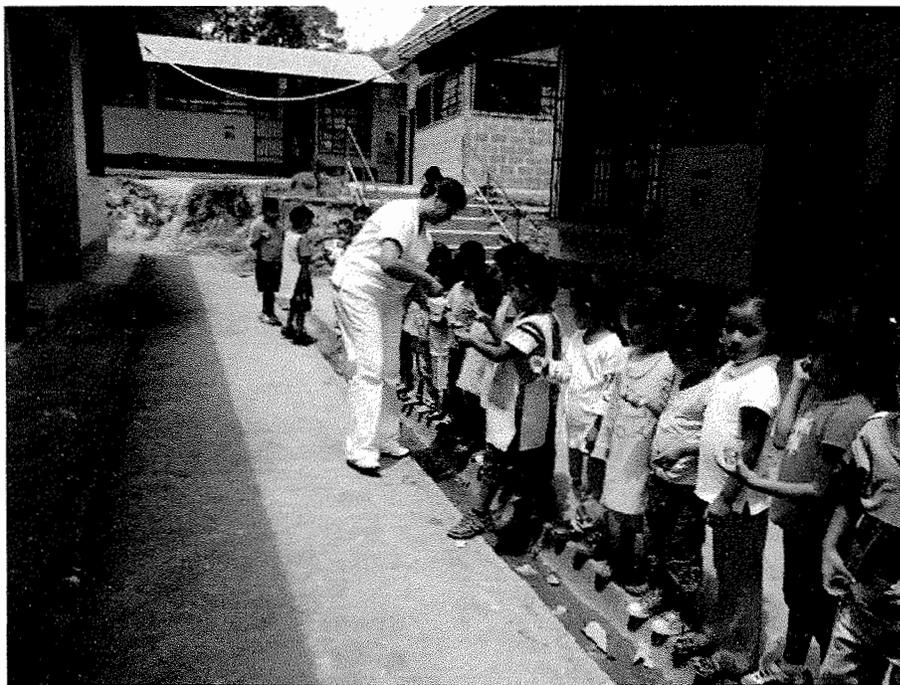


Madres lactantes y embarazadas de Comunidad Esperanza que asistieron a capacitaciones en seguridad alimentaria.

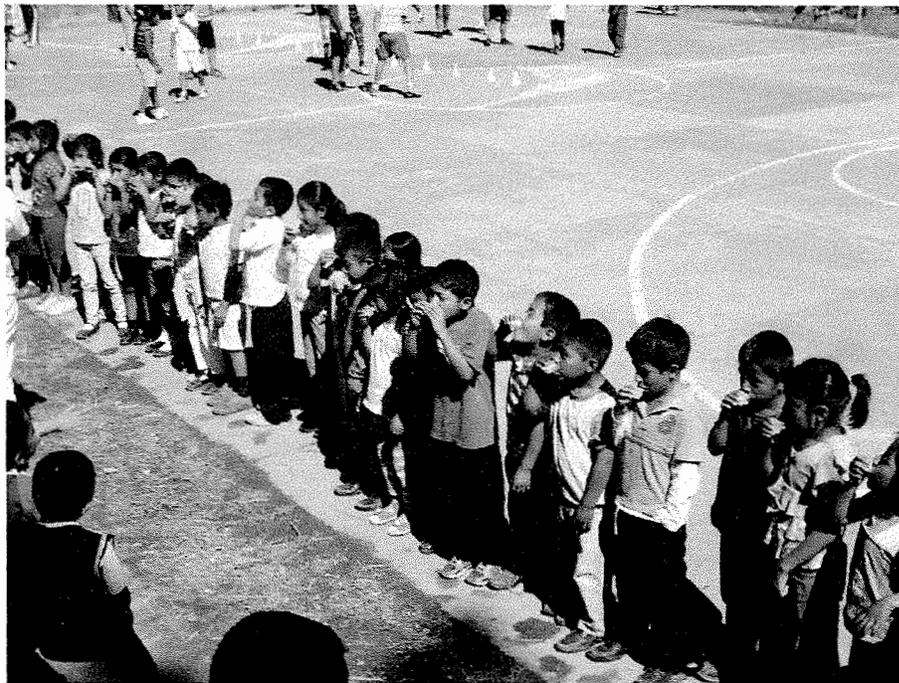
3. Programa de Prevención

3.1 Enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%

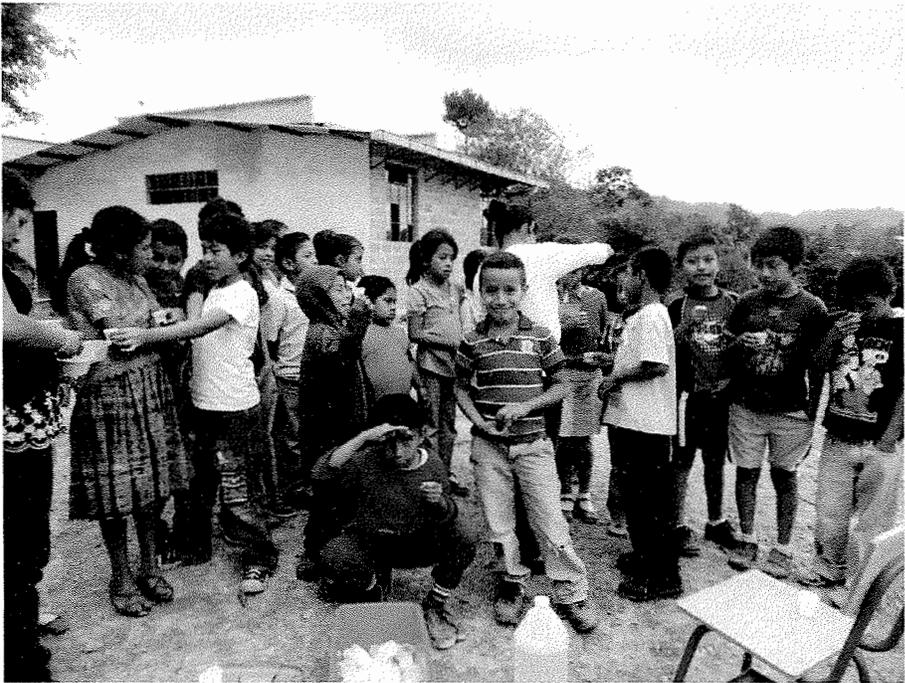
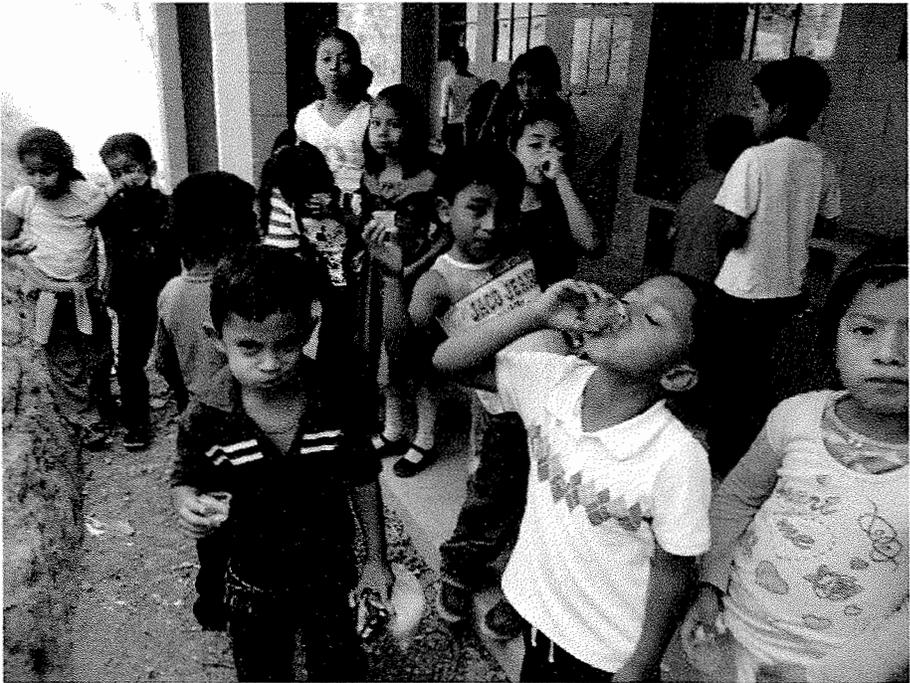
E.O.R.M. ROSAURA BELLAMAR IBAÑEZ



E.O.R.M. SARBELIO MORÁN CHINCHILLA



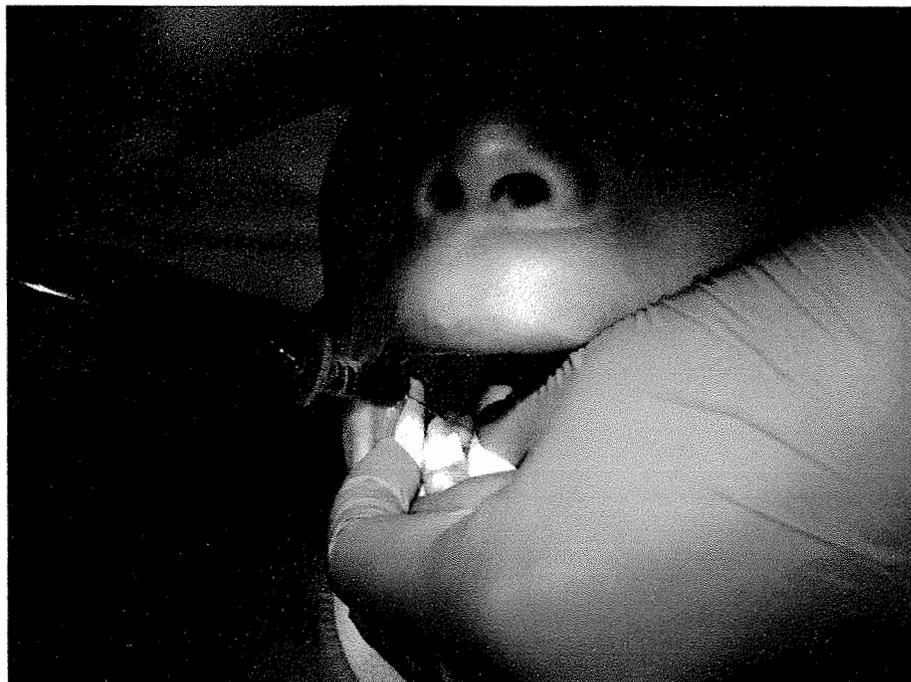
CENTRO DE FORMACIÓN CIUDAD DE LA ESPERANZA



3.2 Sellantes de fosas y fisuras



Selección de la pieza permanente sin caries.



Colocación del ácido grabador.



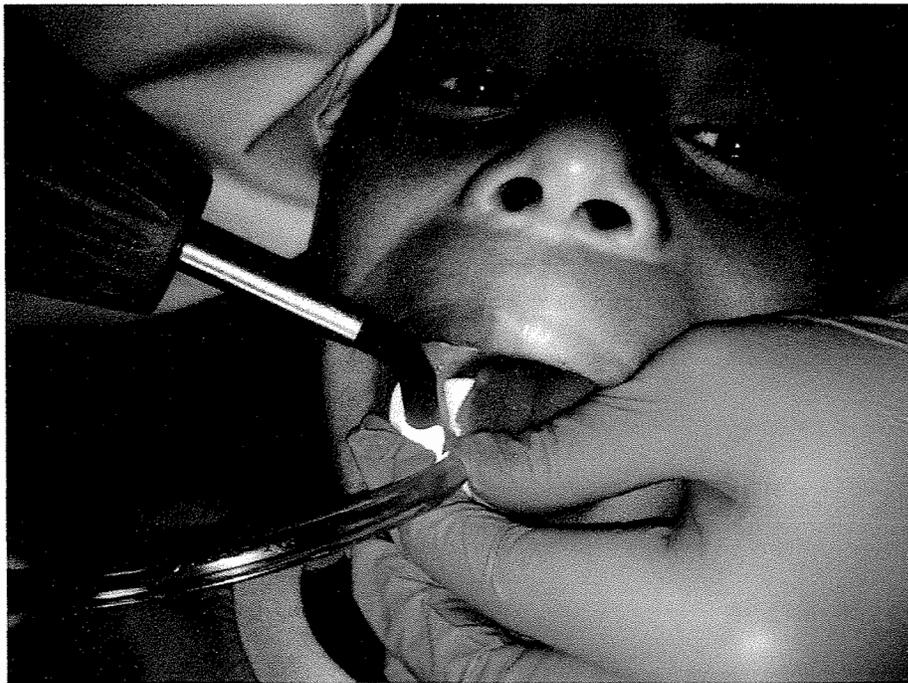
Lavado por 20 seg.



Secado con aire.



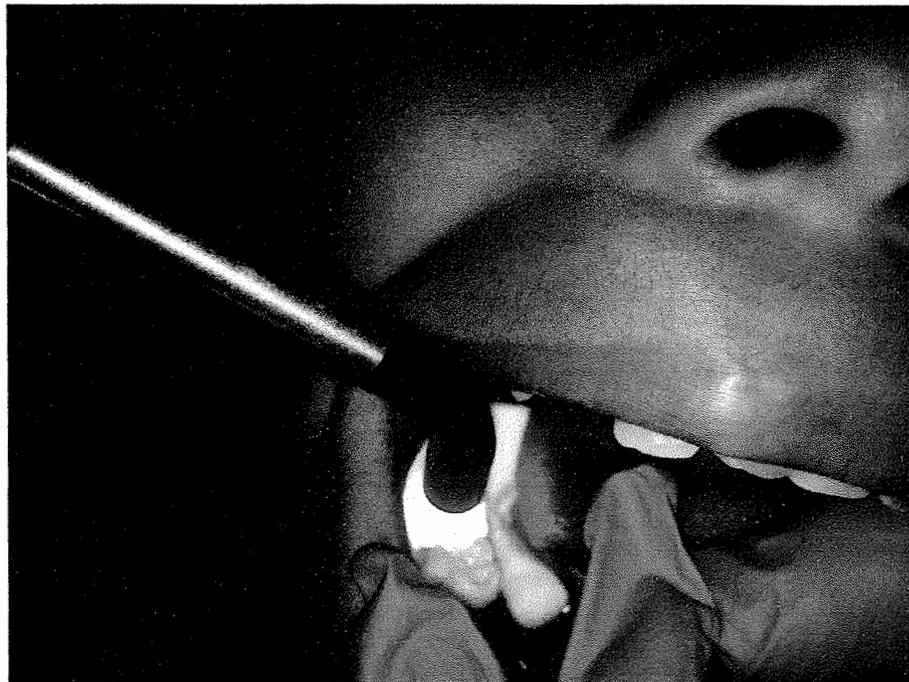
Colocación del adhesivo.



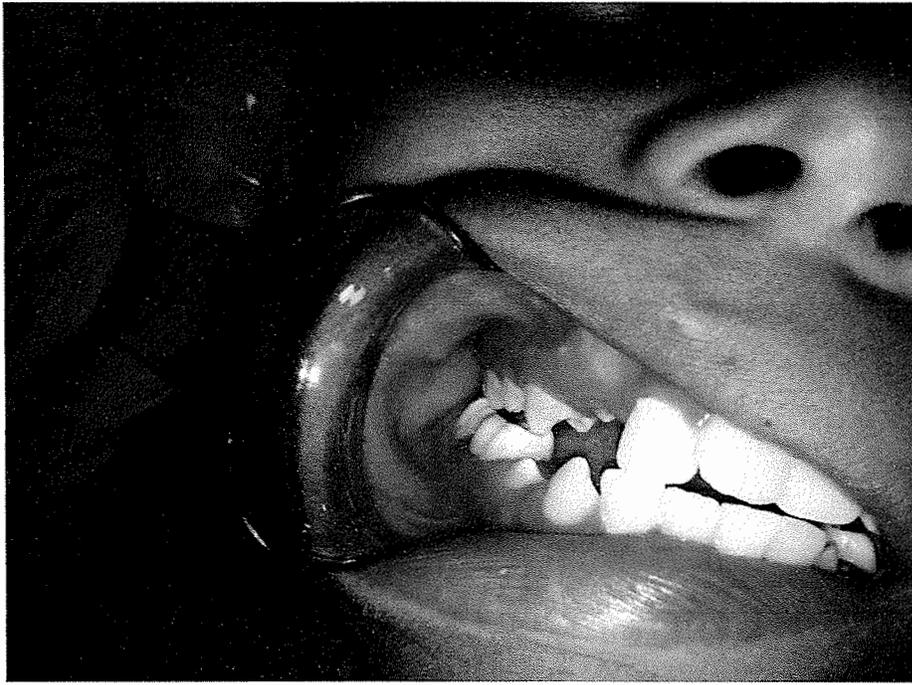
Fotocurado del adhesivo



Colocación del sellante de fosas y fisuras.



Fotocurado del Sellante de fosas y fisuras.

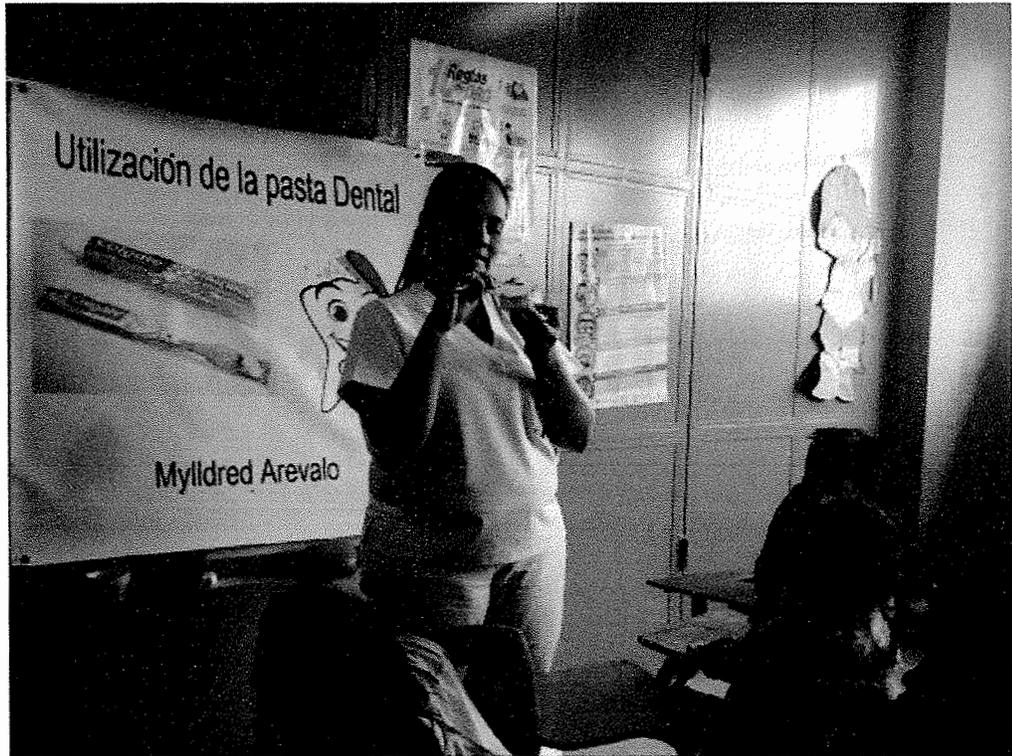
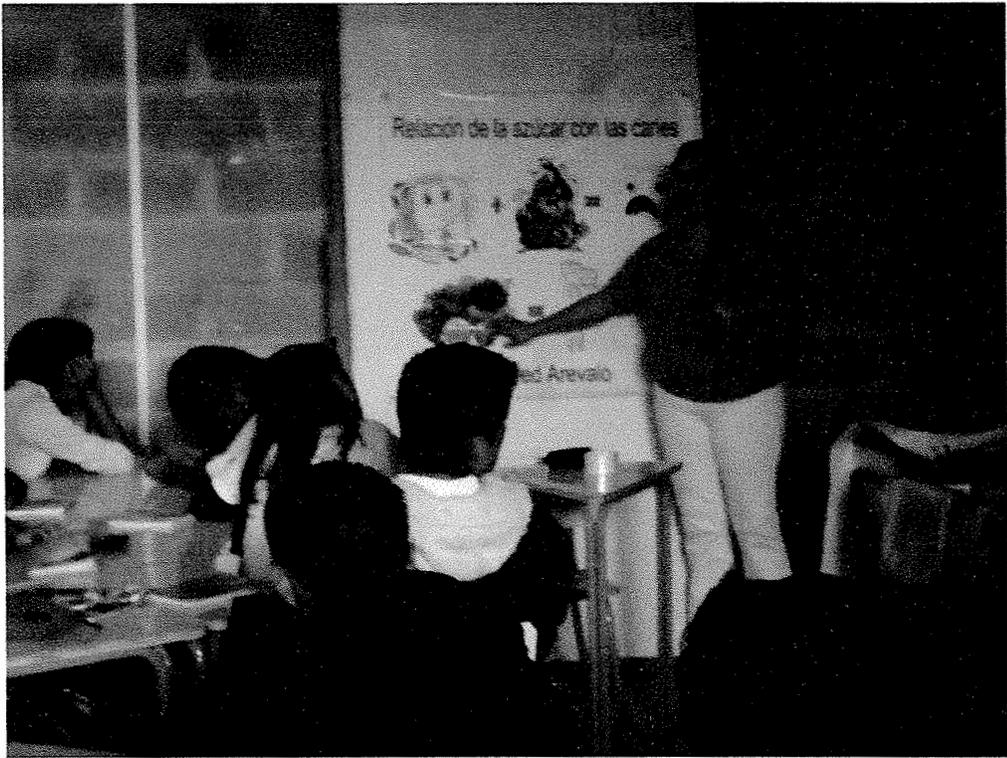


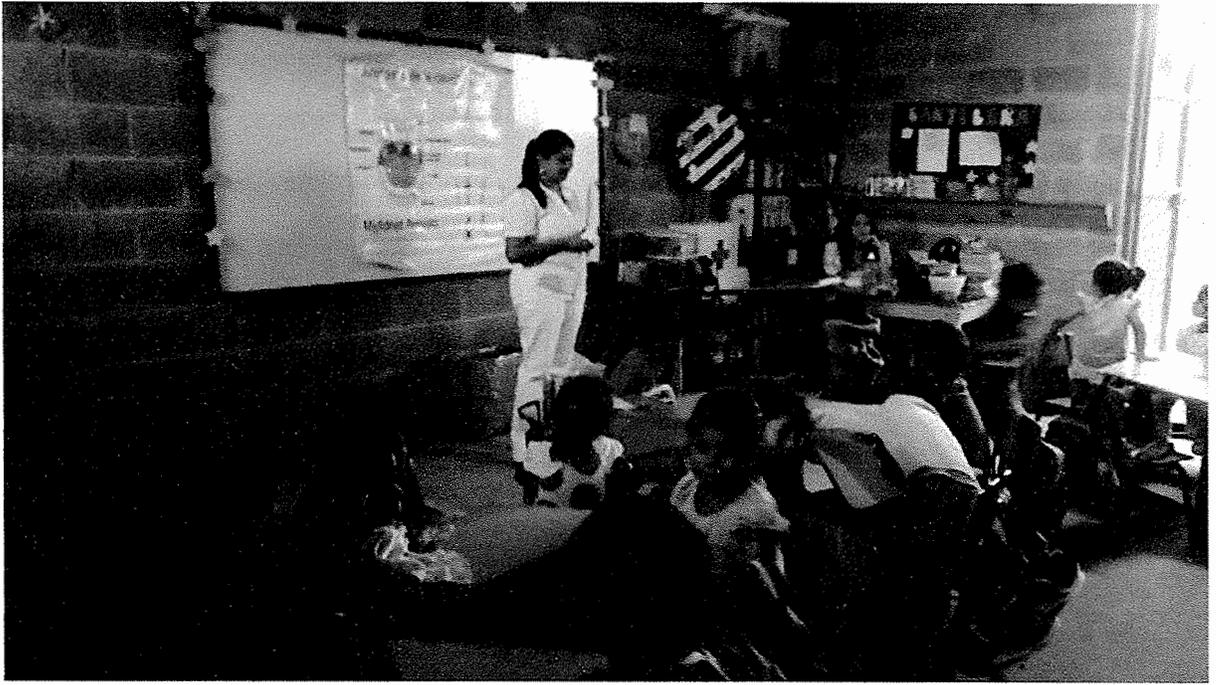
Chequeo de la oclusión.

3.3. Educación en salud bucal

Charlas impartidas en Centro de Formación Integral Ciudad de la Esperanza.

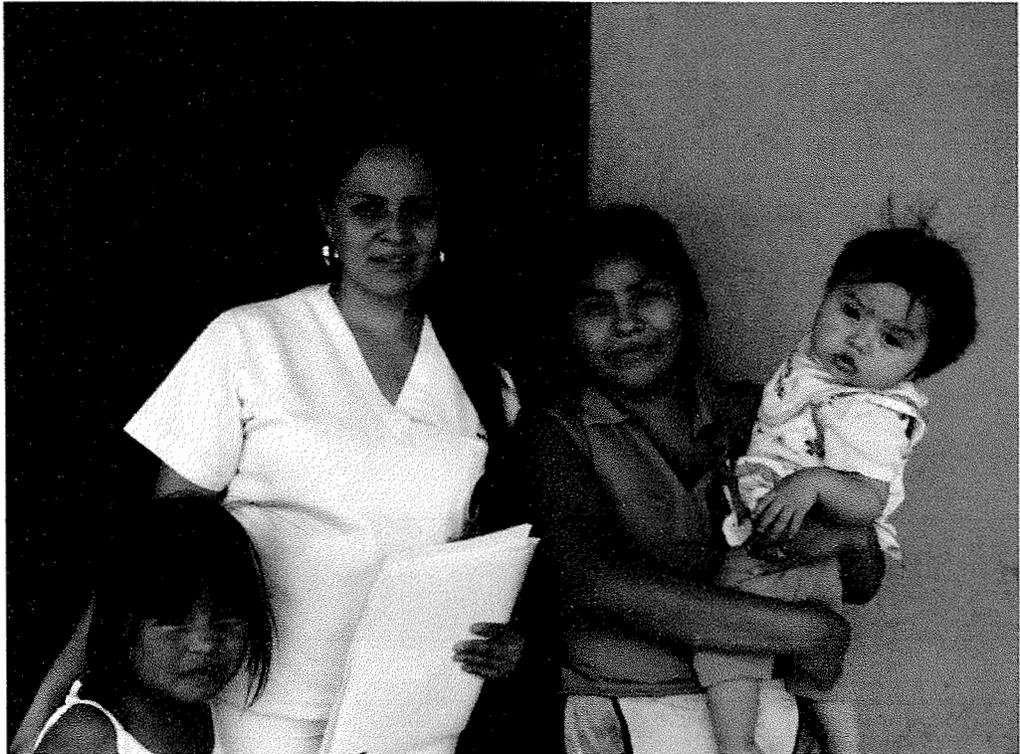


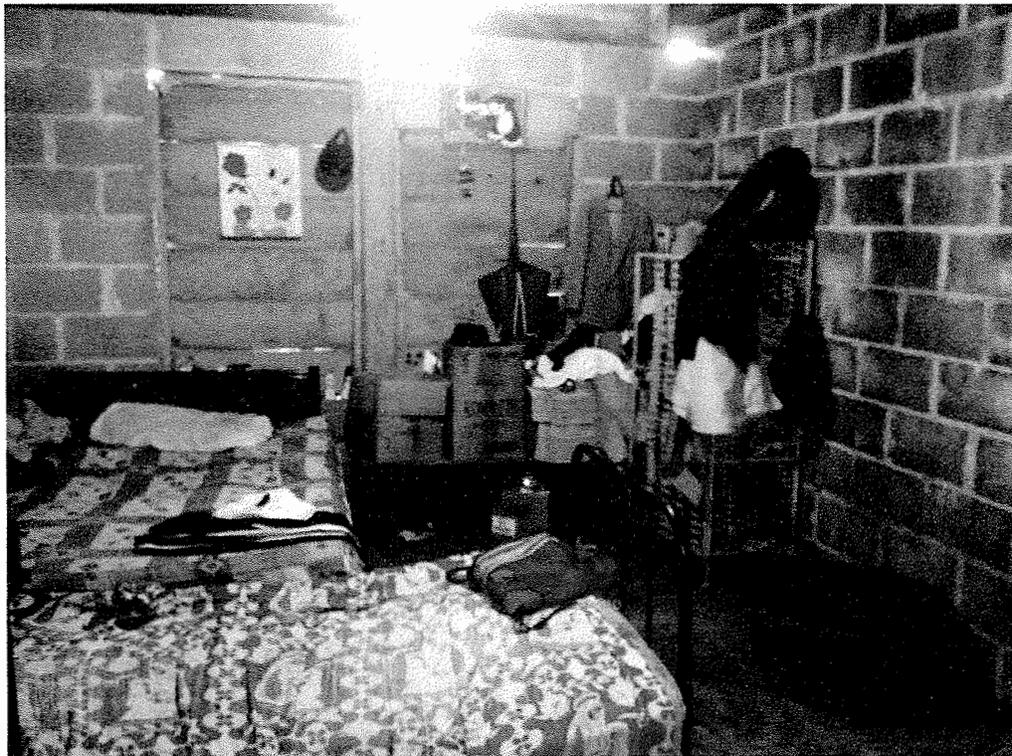


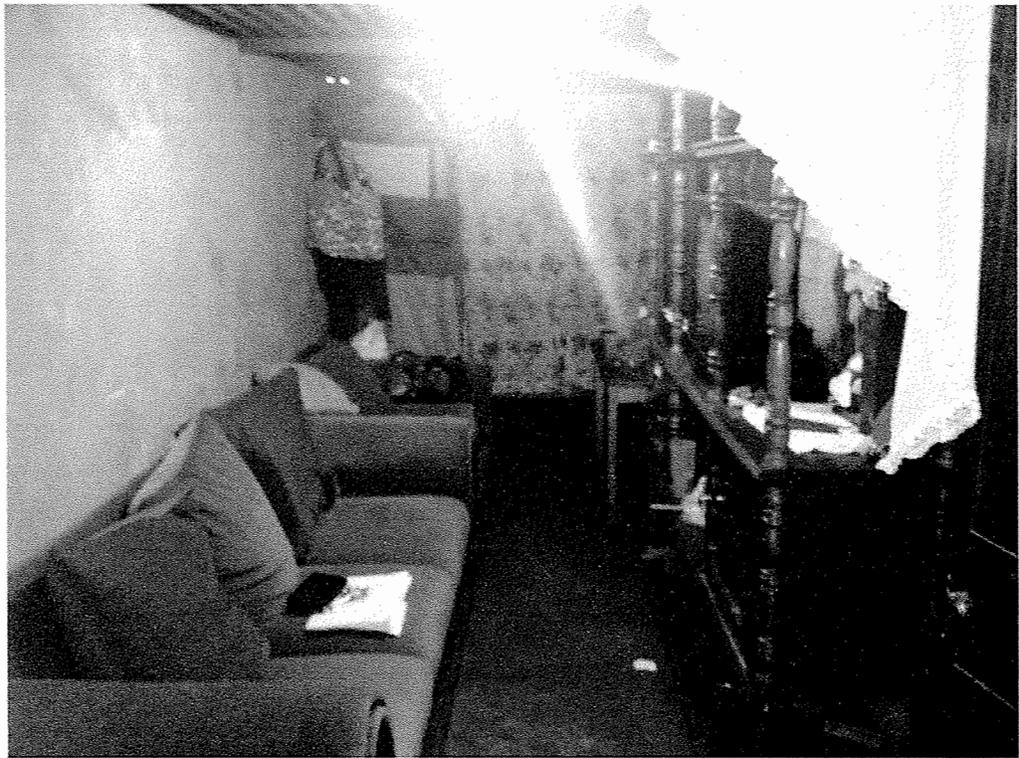


4. Investigación Única

Visitas domiciliarias realizadas para recabar información de la investigación







5. Personal Auxiliar



II. Información a padres de familia sobre la investigación única



Guatemala, 09 de abril de 2013
Ref.: A.O.S.P. – E.P.S. 125/2013

Señores
Padres de Familia
Presentes

Distinguidos Padres de Familia:

Por este medio hago de su conocimiento que el(la) portador(a) de la presente es estudiante del Programa Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Dentro de sus atribuciones y responsabilidades académicas el(la) estudiante debe desarrollar una investigación sobre **CREENCIAS Y ACTITUDES** en relación con Salud Bucal tomando como grupo de estudio a 20 niños y sus familias a quienes se hará una visita domiciliar y se aplicará una encuesta. Estos niños en cuestión podrán incluirse en el programa de atención dental de forma voluntaria con su respectiva autorización.

Agradezco de antemano su colaboración con el trabajo que desarrolla el(la) estudiante EPS.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Ernesto Vilagrán Colón
Coordinador de Investigación
Programa Ejercicio Profesional Supervisado

Vo. Bo.

Dr. Edgar Sánchez Rodas

DIRECTOR

Área de Odontología Socio-Preventiva

Copia: Archivo, correlativo
VEVC/srsq



III. Cuestionario de creencias en salud bucal

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Odontología
 Área de Odontología Socio Preventiva
 Programa de Ejercicio Profesional Supervisado



**CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA
 Y SU RELACION CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO SOCIOECONOMICO DE
 ESCOLARES -CASB-2013-**

Boleta No. _____

DATOS GENERALES:

Comunidad _____
 Nombre del entrevistado: _____
 Edad: _____ Sexo: 1:M _____ 2:F _____ Parentesco: 1:Madre _____ 2:Padre _____ 3:Otro _____
 Escolaridad: 0:Ninguna _____ 1:Primaria _____ 2:Secundaria o más _____
 Nombre del/la escolar: _____

CUESTIONARIO DE CREENCIAS EN SALUD BUCAL

1=Totalmente de acuerdo 2=De acuerdo 3=NI de acuerdo ni en desacuerdo 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo

		1	2	3	4	5
1	Creo que son los mismos niños los que avisan cuando necesitan ayuda en el cuidado de su salud bucal					
2	Si cepillo los dientes y uso la seda dental correctamente, espero menos problemas dentales					
3	Creo que sé cómo se pueden tratar las diferentes enfermedades de la mucosa bucal (mejillas, labios, lengua, piso de boca, cielo de boca)					
4	Creo que los productos fluorados son más apropiados para los niños					
5	Creo que los dientes deberían durar toda la vida					
6	Sólo los dentistas pueden prevenir las caries y las enfermedades de las encías					
7	Creo que las caries pueden prevenirse					
8	Si me hubieran dado entrenamiento en el cuidado de la salud bucal, sería capaz de realizar un mejor cuidado de la salud bucal					
9	Si ambos padres tuvieron mala dentadura, el cepillado y el uso de seda dental no ayudará					
10	Creo que las prótesis dentales no tienen que ser removidas durante la noche, a menos que la persona lo quiera					
11	Creo que sé cómo usar la seda dental correctamente					
12	No se pueden evitar que las enfermedades y los medicamentos destruyan los dientes					
13	Creo que usar seda dental puede ayudar a prevenir las enfermedades de las encías					
14	Una vez que la enfermedad de las encías se ha iniciado, es casi imposible detenerla					
15	Creo que sé cómo evitar la caries dental					
16	Si las encías sangran cuando usa la seda dental, por lo general significa que debe dejar de usarla					
17	Creo que perder dientes es parte del envejecimiento normal					
18	Incluso si realiza un buen cuidado de sus dientes, estos se van a caer en la medida que se envejece					
19	Creo que los niños desean que se les ofrezca ayuda para el cuidado bucal					
20	Creo que visitar al dentista es sólo necesario cuando se siente dolor					
21	Si conociera las manifestaciones de las enfermedades dentales, sería capaz de realizar un mejor cuidado bucal					
22	Creo que el cuidado de las prótesis dentales es menos problemático que cuidar los dientes naturales					
23	Creo que puedo eliminar en forma satisfactoria la mayoría de la placa bacteriana para ayudar a prevenir las caries y las enfermedades de las encías					
24	Creo que un método de cepillado es tan efectivo como cualquier otro					
25	Creo que las enfermedades de las encías pueden prevenirse					
26	Si las encías sangran cuando se cepilla los dientes, por lo general significa que debe dejar de cepillarlos					
27	Creo que las personas comen mejor si tienen una boca sana y limpia					
28	Creo que el cepillado de los dientes puede prevenir las caries					

IV. Ficha Socioeconómica

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Odontología

Área de odontología Socio Preventiva

Programa de Ejercicio Profesional Supervisado

CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES-2013

Ficha socioeconómica para realizar visita domiciliar

Boleta No. _____

DATOS GENERALES:

Comunidad _____

Nombre del entrevistador: _____

Nombre del/la escolar: _____

Edad: _____ años cumplidos Sexo: M= F=

Escolaridad: 1º. 2º. 3º. 4º. 5º. 6º.

Nombre del Establecimiento Educativo: _____

Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____

Dirección del domicilio: _____

I. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:

(Este rubro le indica la profesión u ocupación del jefe o jefa de familia, es la persona que sostiene económicamente el grupo familiar. Debe preguntar qué nivel académico posee el jefe o jefa de familia; completamente terminada la carrera, o la

ocupación u oficio que aprendió y debe marcar la casilla que le indica el entrevistado, sólo una opción es válida.)

PUNTAJES:	ITEMS
1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA, Ingeniero, Agrónomo, Médico, Auditor, Administrador de Empresas, Abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria
2	Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) Bachilleres, Maestros, Perito Contador, Secretarias Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros, otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADORES CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

II. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

(Este rubro le permitirá saber el nivel de escolaridad que cursó la madre, en casos de que ella **no** esté presente en el hogar, debe anotar los datos de la persona que desempeña este rol. Debe anotar el puntaje donde la madre haya **iniciado** el nivel académico por ejemplo: si inicio a estudiar en la Universidad pero no culmino sólo aprobó algunos cursos debe marcar el puntaje de "Educación Universitaria".)

1	Educación universitaria
2	Nivel Diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

III. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA:

(Este rubro le permitirá conocer la fuente de ingresos que tiene la familia para su sostenimiento. En este aspecto debe marcar la opción principal que la familia utiliza para sobrevivir económicamente.)

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

IV: CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

(Debe marcar la opción que más se asemeja a la realidad que observa.)

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

IV. PUNTUACIÓN:

RUBROS.	PUNTAJE
I. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:	
II. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:	
III. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA	
IV. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:	
TOTAL	

Estrato	Total de puntaje obtenido	Marque con una X
I	4-6	
II	7-9	
III	10-12	
IV	13-16	
V	17-20	

V. Matriz de datos: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN: CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE COBÁN DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

CUADRO No.1

No. Boleta	Código de Comunidad	Código de entrevistador	Nombre Escolar	Edad	* Sexo	Escolaridad	Escuela	Nombre del encargado
1	1	2	Sergio Miguel Natanael Meléndez	9	1	3	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Regina Batz cú
2	1	2	Pablo Estuardo Orozco Cutz	9	1	3	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Felipe Cuxum Tecú
3	1	2	Marlon Manuel Orozco Cutz	10	1	6	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Felipe Cuxum Tecú
4	1	2	Carlos David Estuardo Sacul	11	1	4	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Irma Violeta Sacul
5	1	2	Clyde Emanuel López Cahuec	10	1	5	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Leidy Evanelly Cahuec de Chun
6	1	2	Dayrin Zea Mejía	5	2	1	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Olga Soledad de Zea
7	1	2	Hamilton David Valdez Galdámez	8	1	2	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Reina Yanira Galdámez
8	1	2	Gloria Carolina Caal Luther	10	2	4	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Inge Elizabeth Luther Soto
9	1	2	Ingo Marcelo Luther Soto	12	1	4	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Inge Elizabeth Luther Soto
10	1	2	Angie Pamela Sánchez Chiquín	11	2	4	Centro de formación integral Ciudad de la Esperanza	Gregoria Elizabeth Chiquín

*1= Masculino; 2= Femenino.

Matriz de datos: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN: CREENCIAS Y ACTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE COBÁN DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ.

CUADRO No.5

Resultados cuestionario de creencias en salud bucal																											
P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28									
1	2	2	1	2	2	1	4	4	1	4	2	4	2	2	2	4	1	1									
4	3	4	1	4	2	4	4	4	1	4	1	4	1	2	1	5	1	1									
4	3	4	1	4	2	4	4	4	1	4	1	4	1	1	1	5	1	1									
3	2	2	2	3	2	3	4	2	2	4	2	2	2	2	2	4	2	2									
2	2	1	1	3	2	4	4	2	1	5	1	4	4	4	4	5	1	1									
2	2	2	2	2	4	2	4	4	2	5	1	5	4	2	1	5	1	1									
2	2	4	2	2	1	4	2	1	1	4	2	4	2	3	2	4	1	1									
2	2	1	1	1	2	2	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	2	5									
2	2	2	1	1	2	2	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	1	5									
2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	4	3	2	1	4									
2	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	5	2	2	2	2	2	1	2									
5	4	5	1	5	5	5	5	5	1	5	1	5	1	4	1	5	1	1									
2	2	2	2	4	2	4	4	4	2	4	2	4	2	2	2	4	1	2									
2	2	2	2	4	2	4	4	4	2	4	2	4	2	2	2	4	1	2									
5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	1	5	1	1									
5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	1	5	1	1									
4	4	4	1	4	4	1	2	2	1	1	1	5	1	1	1	4	1	1									
1	2	2	2	4	4	1	4	2	2	2	2	1	5	4	1	3	1	1									
2	5	2	4	2	4	2	4	4	2	4	2	2	4	2	2	4	1	1									
2	4	2	1	1	2	5	5	4	1	5	2	4	1	2	1	5	1	1									

***1. Población con las mejores condiciones de vida.

***2. Con buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del estrato 1.

***3. Con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.

***4. Pobreza relativa.

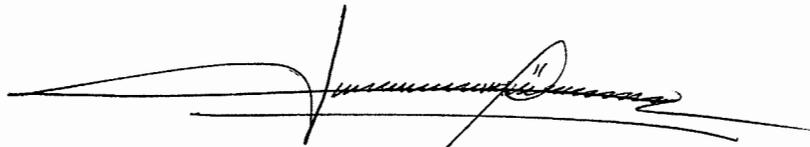
***5. Pobreza crítica.

El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad de la autora:

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn oval. The signature is written in a cursive style and appears to read "Myllydred Paola Arévalo". There are some small marks above the signature, including a star-like symbol and a double quote.

Myllydred Paola Arévalo López

El infrascrito Secretario Académico hace constar que se firma para cumplir con el trámite académico-administrativo sin responsabilidad del contenido del presente trabajo de Informe Final de EPS, las modificaciones sugeridas fueron exclusivamente en estilo, redacción y ortografía, cuando se consideró necesario.



Vo.Bo. Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

SECRETARIO ACADÉMICO

