

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN JOCOTÁN, CHIQUIMULA
FEBRERO 2014 - OCTUBRE 2014**

PRESENTADO POR:

CRISTHEL SAMANTHA CENTENO GÓMEZ

**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, julio del 2015.

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN JOCOTÁN, CHIQUIMULA
FEBRERO 2014 - OCTUBRE 2014**

PRESENTADO POR:

CRISTHEL SAMANTHA CENTENO GÓMEZ

**Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos
de Guatemala, que practico el acto de graduación, previo a optar al título de:**

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, julio del 2015.

JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Chessman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Bryan Manolo Orellana Higueros
Vocal Quinta:	Br. Débora María Almaraz Villatoro
Secretario:	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:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO

- Al Creador: Por sus infinitas y maravillosas bendiciones en cada paso de mi vida, dándome el valor y la sabiduría para seguir adelante, permitiéndome cumplir uno de mis mayores anhelos, viéndolo reflejado en este momento.
- A mi Madre y Padre: Zonia Gómez Mendoza y Leonel Centeno Alvarez por su ejemplo a seguir, sus sabios consejos, por los sacrificios realizados, y el constante empuje y deseo para mi superación personal. Gracias mami por no rendirte nunca y estar siempre a mi lado, porque este logro que alcance el día de hoy, no hubiera podido hacer sin ti, te quiero.
- A mis hermanos (as): Por brindarme su apoyo, sus consejos, por confiar y animarme en cada instante, por los buenos y malos momentos compartidos.
- A mi abuelito: Papa Arturo Gómez, por su amor de padre, y sus deseos de verme convertido en un Profesional.
- A mis catedráticos: Por haber compartido sus conocimientos y experiencias.
- A mis amigos: Por todo el apoyo, por su amistad incondicional que me demostraron a lo largo de la carrera, por todos los momentos compartidos, que difícilmente se repetirán. Deseándoles éxitos tanto en su vida cotidiana como en la profesional
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala: En especial, a mi casa de estudios Facultad de Odontología.
- Y a usted: Por su importante presencia el día de hoy.

“HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN”

“Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en Jocotán, Chiquimula, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad San Carlos de Guatemala, previo a optar el título de:”

CIRUJANA DENTISTA

En tal virtud me permito agradecer a todos mis catedráticos y también a todas las personas quienes de manera directa e indirecta me brindaron su colaboración, y a ustedes distinguidos miembros de la Honorable Mesa Directiva que preside este acto de graduación, reciban mis altas muestras de consideración y respeto.

ÍNDICE

	Página
Sumario	2-3
Actividades comunitarias	4-10
Prevención de enfermedades bucales	11-12
Ejecución de los tres programas	13-34
Investigación única del ejercicio profesional supervisado	35-45
Administración del consultorio	46-48
Programa de capacitación al personal auxiliar	49-51
Mejores de la Clínica Dental	52-53
Bibliografía	54-55

SUMARIO

Para obtener el título de Cirujano Dentista en el grado de Licenciatura, la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), el alumno practicante necesita realizar el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS); el cual tiene un periodo de realización de ocho meses y dentro de dicho ejercicio hay distintos programas que se tienen que ejecutar, entre los cuales tenemos: actividad comunitaria, prevención de enfermedades bucales, investigación única, atención clínica integral y administración del consultorio.

El siguiente informe presenta el resultado de lo que se hizo durante el mes de febrero hasta principios del mes de octubre, el cual se llevo a cabo en el Municipio de Jocotán que pertenece al Departamento de Chiquimula, durante el año 2014. El programa es sostenido por la USAC, el Ministerio de Salud Pública y una parte por el estudiante, durante el programa se desarrollan distintos subprogramas los cuales serán descritos a continuación.

En el programa de actividad comunitaria se hizo una propuesta en la cual se planteo un proyecto en beneficio de la Comunidad; Que consistía en la recolección de libros para hacer una biblioteca escolar infantil, en una escuela publica perteneciente al municipio de Jocotán, Chiquimula. Dicha gestión se dio por la necesidad de los niños y la preocupación del director, ya que carecían de un lugar de entretención y a su vez de educación de lectura para los niños que asisten a la escuelitas. Por lo cual se hizo la propuesta y permisos necesarios para poder llevar a cabo el proyecto comunitario.

En cuanto a la prevención de enfermedades bucales: La cobertura del programa incluyó, 7 escuelas pertenecientes al municipio de Jocotán-Chiquimula, donde se tuvo una cobertura de aproximadamente 1,004 niños y la capacitación y apoyo de tres maestros pertenecientes a dichas escuelas. Se hicieron semanalmente enjuagatorios con Fluoruro de Sodio al 0.2% (NaF 0.2%), se colocaron sellantes de fosas y fisuras en los escolares (SFF) y se impartieron charlas de salud bucal a niños, padres de familia, maestros y algunos líderes comunitarios, abarcando una población de 1,095; contribuyendo a la prevención de caries dental y enfermedad periodontal.

Para la realización de la investigación única se desarrollo: la investigación titulada "Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública." En la cual se considero como a población de estudio a los maestros que dan clases en todo el municipio de Jocotán y aldeas vecinas, tomando en cuenta principalmente a los maestros que dan clases en las escuelas anteriormente mencionadas.

El subprograma de atención clínica integral consistió: en brindar atención odontológica gratuita a niños de las escuelas publicas de nivel primario; abarcando en una forma integral a un total de 95 escolares.

Se realizaron 95 profilaxis dentales y 95 aplicaciones tópicas de flúor, 448 Sellantes de Fosas y fisuras (SFF), 11 restauraciones con ionómero de vidrio, 252 amalgamas de plata, 381 resinas compuestas, 17 pulpotomías, 1 tratamiento de conductos radiculares, 1 corona de acero y 88 extracciones dentales, como tratamientos dentales a escolares de diferentes escuelas públicas de la comunidad; se incluyó atención a pacientes de alto riesgo, preescolares, adolescentes, adultos y embarazadas de forma gratuita.

Se hizo una capacitación a personal auxiliar que consistía en instrucción y formación para obtener la ayuda de una asistente dental para poder trabajar con mejor eficiencia y así brindar una mejor atención a los pacientes que se atendieron en la clínica; Dicha capacitación formaba parte del desarrollo de el programa de administración al consultorio, en lo cual se establece un programa de trabajo integral tomando en cuenta todos los programas antes descritos.

A continuación se presenta el detalle de los programas antes descritos que se hicieron por el estudiante de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante su Ejercicio Profesional Supervisado del año 2014.

I. Descripción de la Intervención Comunitaria

Nombre de la comunidad donde se desarrollo el proyecto:

Jocotán, Chiquimula.

Nombre del proyecto

Biblioteca Escolar en escuela pública Shalom, en el municipio de Jocotán-Chiquimula.

Introducción

Hoy en día en nuestro país las comunidades solicitan a los organismos públicos emplear a los trabajadores y utilizar las capacidades locales para la ejecución de los proyectos, con el fin de contribuir a disminuir el desempleo y aumentar los ingresos de la población. Una modalidad consiste en que la comunidad organice una cooperativa y esta sea contratada por el gobierno para la ejecución de un proyecto público en la comunidad. Otra modalidad consiste en la incorporación directa de gente de la comunidad en la ejecución de un proyecto público.

En el siguiente documento encontrara la planificación de un proyecto comunitario que a su vez se define como: En un conjunto de acciones planificadas para lograr objetivos deseados, utilizando una cantidad de recursos durante un cierto tiempo y en un lugar definido, esperándose que los beneficios a obtener sean comparativamente mayores que los costos de la inversión a realizar. De estos primeros planteamientos que sobre Desarrollo Comunitario se realizan actualmente, una definición que sigue vigente es la que propone Rezsohazy (1988): "una acción coordinada y sistemática que, en respuesta a las necesidades o a la demanda social, trata de organizar el progreso global de una comunidad territorial bien delimitada o de una población-objetivo, con la participación de los interesados." (Zárate, 2007:197-199).

Hay que tomar en cuenta que este proyecto comunitario es llevado a cabo con la participación del EPS de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC); el cual basado en su experiencia comunitaria y profesional en la comunidad donde está llevando su práctica profesional es capaz de ver o tener una percepción de las necesidades que le soliciten en su comunidad.

Por tanto el siguiente proyecto se hace con el fin de poder ayudar a la comunidad en el aporte del crecimiento de la misma, tratando de involucrar a los miembros de allí como al estudiante u otras organizaciones que le sean útil para llegar al fin de la realización del proyecto en una forma satisfactoria y que sea posible terminarla en el tiempo estipulado.

Planteamiento

En la actualidad la población de Guatemala está afectada por la pobreza que se está viviendo día a día en todo el país, lo cual es reflejada en la poca o en casos extremos ninguna accesibilidad al trabajo y en este caso a la falta de oportunidad a una educación de los pobladores de las comunidades de los municipios de los diferentes departamentos de Guatemala. Se define como pobreza: “La pobreza no se limita a una dimensión, como por ejemplo el ingreso; se manifiesta en todas las dimensiones de la vida como la vivienda, la educación y la salud” (Deleeck et al. 1992: 3).

En el programa de EPS que se lleva a cabo por estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) tiene como finalidad hacer una mejora comunitaria que sea basada en las necesidades de la comunidad en la cual esta viviendo y desarrollando su práctica profesional; por tanto en base a lo investigado y visto es necesario a la ayuda de una biblioteca de tipo recreacional en una escuela de bajos recursos que está ubicada en una Barrio de Jocotán-Chiquimula, llamada El Shalom. Ya que los niños carecen de lectura de entretenimiento y de crecimiento personal.

Por lo cual se justifica este proyecto en la implementación de material de libros de lectura para poder llevar a la formación de una Biblioteca que ha sido necesaria en dicha escuela.

Justificacion

El siguiente proyecto es planificado en base a las necesidades comentadas por los habitantes, maestros y niños del Barrio Shalom. Entendiéndose como Limitación de recursos: donde las personas carecen de ingreso, riqueza o recursos para adquirir o consumir las cosas que necesitan. Booth afirmaba que “los ‘pobres’ son aquellos cuyos medios de vida pueden ser suficientes, pero son apenas suficientes para una vida decente e independiente; los ‘muy pobres’ serían aquellos cuyos medios de vida resultan insuficientes de acuerdo a un nivel de vida considerado normal en ese país” (1971: 55).

Por lo cual se desea hacer una mejora en la calidad de vida en los estudiantes y los participantes de dicha comunidad y en este caso de dicha escuela ya que carecen de material didáctico recreativo para la formación de dicha biblioteca, por lo cual mi proyecto se basara en hacer las gestiones necesarias para llevar el material físico para la elaboración de dicha biblioteca; pues ellos poseen el espacio físico y los estantes de dicha biblioteca, pero carecen de libros para llevarlo en marcha. Por lo cual me parece de importancia apoyar a dicha Escuela que esta en abandono por las entidades que deberían de hacer las mejoras de las mismas.

Objetivo General

- Diseñar una propuesta de proyecto comunitario que sea totalmente realizable tanto en tiempo y recursos (humanos, económicos y físicos), con los cuales sea posible gestionar recursos públicos o privados para financiar los proyectos prioritarios de la comunidad. En este caso lograr la realización de una mini-biblioteca en una escuela perteneciente al municipio de Jocotán, la cual está ubicada en un barrio de condiciones muy deplorables llamado Barrio Shalom.

Objetivos Específicos:

- Dar un aporte significativo a la comunidad en base a sus necesidades y el aporte material de libros de recreación para los niños que asisten a la escolita.
- Hacer las gestiones correspondientes a las entidades que se necesiten para llevar a cabo el proyecto; entre ellos permisos, colaboración en material, económica y humana.
- Promover la participación de la comunidad en la elaboración para la terminación de tal proyecto, pudiendo involucrar a los vecinos, maestros, niños y EPS.

Metodología

- Estudio e identificación del problema y situación actual de lo que posee y le falta a la comunidad objetivo.
- Recolección de datos generales de la comunidad donde se desea llevar a cabo el proyecto.
- Ver los recursos económicos, humanos y físicos que son necesarios para poder desarrollar el proyecto
- Pedir los permisos y ayudas convenientes para poder llevar satisfactoriamente la Biblioteca de la escuela.
- Planificación del tiempo y espacio para llevar a cabo el proyecto.
- Charlas hacia los maestros, niños y padres de familia para que apoyen la realización de la biblioteca de la escuela.
- Ejecución integrada para la finalización del proyecto.

Gestiones

- El EPS de odontología llevo a cabo las gestiones ante el Director de la escuela Shalom para la elaboración de la biblioteca infantil que consistía básicamente en la recolección y donación de libros.
- Se hicieron reuniones con padres de familia de los niños que asistían a la escuela y maestros, con el fin de que pudieran apoyar con donaciones o recolección de libros; mano de obra o algún aporte de material (estantes, pintura, barniz, otros). Así logrando con su colaboración formar la Biblioteca de la escuela.
- Se hicieron varios carteles y solicitudes a personas, tiendas y locales; incluyendo la iglesia para pedir colaboración por diferentes medios la donación de libros infantiles de todo tipo.

Población a Beneficiar

De forma directa se benefició a la población total de alumnos y maestros perteneciente a la escuela Shalom, perteneciente al municipio de Jocotán Departamento de Chiquimula.

Actividades de Campo

- Toma de fotografías del estado y la falta de recurso bibliotecario de dicha escuela.
- Se hizo un cálculo de los materiales y pintura para los estantes donde se colocarían los libros que se utilizarían.
- Se buscó personas que estuvieran interesadas en colaborar por medio de algún tipo de donación o ya sea con la mano de obra.

Recursos Disponibles

- El humano y escuela destinada.
- Estantes
- Carro
- Carteles
- Libros y material didactico para hacer carteles.

Forma y Fuentes de Financiamiento del Proyecto

El proyecto fue financiado por el EPS y personas interesadas en la donación de recursos necesarios. Los cuales fueron proporcionados por diferentes medios, obteniendo en su totalidad la ayuda en forma de donaciones.

Cronograma de Actividades

MES	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
FEBRERO	Recorrido y conocimiento del municipio de Jòcotan-Chiquimula. Selección de proyecto comunitario priorizando necesidades por parte de la comunidad.	Platicas con el director de escuela Shalom por la necesidad de una biblioteca
MARZO	Elaboración de una biblioteca a travez de la recaudación de libros, para la escolita Shalom perteneciente a un área marginal.	Planificación para recolectar e involucrar a padres de familia y instituciones que puedan donar libros
ABRIL	Participacion de padres de familia y maestros elaboración de estantes para la colocación de los libros.	Charlas para padres de familia y lideres comunitarios por apoyo.
MAYO	Permisos y anuncios por la participacion de maestros y padres de familia y EPS.	Se empezo por mi parte con la donación de libros
JUNIO	Recoleccion y arreglos del espacio fisico para dicha biblioteca	Se arreglo y se puso estantes pintados y reparados.
JULIO	Seguimiento de recoleccion de libros	Recaudación de libros nuevos y usados por el EPS
AGOSTO	Ignauración de biblioteca	En el aniversario de escolita Shalom se ignauro biblioteca. Participando maestros niños, padres de familia y EPS.
SEPTIEMBRE	Culminación de enyrega de libros	Se donò por el EPS 512 libros y 200 revistas.

Límitaciones y Dificultades:

- Poca respuesta por parte de la comunidad, por que es un area demasiado pobre en la cual no disponen de recursos educativos como los libros.
- Gestiones a empresas fuertes necesitaban demasiado tramites para dicha donación de libros.
- El acceso a la escuela fue difícil debido a que estaba a la par del basurero y se tenía que pasar en medio del mismo, no hay colaboración por parte del centro de salud, ni el alcalde perteneciente al municipio de Jocotán.
- Casi todos los recursos fueron por parte de mi persona.
- Carretera poco accesible y es un área roja.

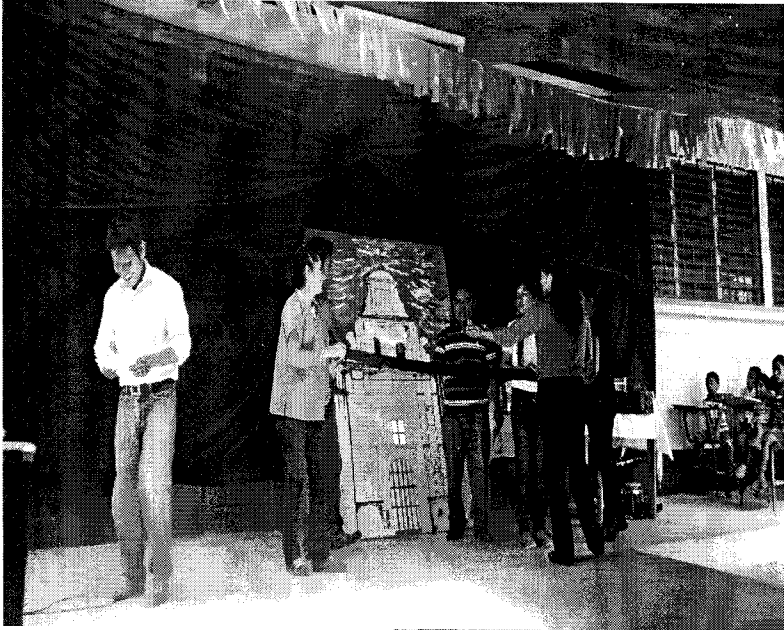
Logros:

- Recaudación de 512 libros y mas de 200 revistas para la biblioteca
- Estantes pintados y restaurados.
- Espacio físico en un aula de dicha escuela.

Análisis del Proyecto:

El fin del proyecto comunitario y en especial la biblioteca infantil de la escuela de escasos recursos es promover el mejoramiento de la comunidad por parte de todos los miembros cercanos, en este caso: padres, director, maestro y los niños. Con dicha biblioteca se va lograr el conocimiento de los alumnos y maestros de la importancia de poseer una biblioteca escolar. Tratando que esta sea parte de los recursos y complementos de trabajo de aula, aprendizaje de habilidades en el manejo de la información, fomento de la lectura y escritura, y en los que los recursos humanos son estables, así como la oferta y utilización de los servicios bibliotecarios. Esto nos permite abandonar situaciones carenciales y centrarnos en los elementos de calidad de los programas y servicios de la biblioteca escolar. Se logro satisfactoriamente el proyecto en dicha comunidad y se vio la alegría y agradecimiento de los niños de la escuela Shalom.





II. Prevención de Enfermedades Bucales

Introducción

La Salud contempla una relación de equilibrio entre el ser humano y el ambiente en que se desempeña. Un completo equilibrio es posible, con un estado bucal favorable. Esto facilita las relaciones sociales y actividades del desempeño diario como la acciones deglutir, masticar, estudiar, trabajar, como también mantener una autoestima favorable. El deterioro de la salud bucal puede afectar a otros sistemas y funciones de nuestro organismo. Es importante que las personas tomen conciencia de la importancia de mantener una adecuada salud bucal, como también, prevenir las enfermedades bucales frecuentes: caries, gingivitis, enfermedad periodontal y las anomalías dento-maxilares. La prevención es la manera mas efectiva de combatir estos problemas de salud bucal, siendo la prevención la manera más simple de hacerlo. Por eso el programa de prevención que lleva acabo el estudiante- en su ejercicio profesional supervisado es de importancia, ya que fomenta el cuidado de la cavidad oral y la salud en general.

El Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para niños y niñas escolares de educación primaria de escuelas estatales en la población del Departamento de Chiquimula, Municipio Jocotán, tiene el propósito de mejorar la salud bucal de los niños seleccionados en las escuelas de la comunidad, de manera que se mantenga saludable y adquiera las herramientas necesarias para continuar esta condición. El objetivo de dicha practica se consigue mediante la implementación de 3 estrategias que son:

- Enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2 %
- Sellantes de fosas y fisuras
- Educación en salud oral.

La buena salud oral beneficia la salud general de los . Los dientes temporales necesitan tanta como los permanentes. La caries en los dientes temporales pueden producir dolor y angustia en el dificultándole comer, dormir, jugar y causar otros problemas tarde en la vida, como por ejemplo: desordenes en la , alteraciones estéticas y de oclusión. Por lo cual se lleva acabo estos métodos preventivos en los escolares de educación primaria y del área pública de nuestro país.

Objetivos

1. Promover hábitos saludables de higiene bucal como el cepillado y el enjuague de agua potable fluorizada al 0.2% semanalmente.
2. Fomentar el autocuidado en salud bucal de las comunidades educativas mediante la participación de los niños, maestros y padres de familia a nivel local, por medio de charlas educativas.
3. Fomentar la responsabilidad del cuidado y mantenimiento de los dientes, evitando la mutilación de los mismos y por medio de la colocación de SFF en dientes sanos pudiendo con ello prolongar la vida de los mismo.

Metas a alcanzar

1. Realizar actividades de enjuagues de fluoruro de sodio al 2% (NaF 0.2%) a un aproximado de 1,000 niños escolares semanalmente.
2. Realizar actividades de enjuagues de fluoruro de sodio en escolares durante los 8 meses de la práctica, aplicándolo una vez por semana.
3. Realizar el programa de sellantes de fosas y fisuras aplicando sellantes a un mínimo de 20 niños mensuales, cubriendo la superficie dentaria libres de caries en piezas permanentes de los niños pertenecientes a las escuelas de la comunidad
4. Impartir charlas de salud bucal en la comunidad de Jocotán, dándole herramientas y conocimientos básicos para que puedan aplicarlos por ellos mismos; realizando 8 charlas en el mes y durante los 8 meses del EPS.

Ejecución de los Tres Programas

Colutorios de fluoruro de sodio al 2%.

Se hizo en 7 escuelas pertenecientes al municipio de Jocotán-Chiquimula, donde se tuvo una cobertura de aproximadamente 1,004 niños y la capacitación y apoyo de tres maestros pertenecientes a dichas escuelas.

En el primer enjuague se dio la explicación e importancia del enjuague bucal, se les repartió a cada niño un vasito plástico en el cual los maestros membretado cada uno de ellos con el nombre de cada alumno para el uso posterior durante las siguientes semanas que dura el programa. Se dio el enjuague una vez por semana, los días miércoles durante los 8 meses del EPS, personalmente por el estudiante, su asistente dental y la colaboración de algunos maestros, a las 7 escuelas pertenecientes a dicho municipio. Logrando con ello la baja de caries dental en los niños de educación primaria.

Las escuelas beneficiadas:

- Escuela Oficial Rural Mixta (E.O.R.M), Caserío Tierra Blanca. (161 niños).
- Escuela Oficial Urbana (E.O.U)para Niñas. Herlinda N.J. (269 niñas)
- Colegio privado OLAM. (89 alumnos inscritos.)
- Escuela Oficial Urbana Mixta, Colonia Shalom. (161 niños)
- Escuela Oficial Urbana Mixta, J.V. (121 niños)
- Escuela Oficial Urbana para Varones, J.M. (200 niños)
- Escuela Oficial Rural Mixta, Los Vados (esta escuelita se empezó a cubrir en el mes de junio en sustitución de la escuela de varones). Cuenta con 203 niños.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Enjuagatorios con Fluoruro de Sodio al 0.2% (NaF 0.2%), Efectuado en siete escuelas públicas anteriormente mencionadas pertenecientes al municipio de Jocotán- Chiquimula. Atendidos Mensualmente.

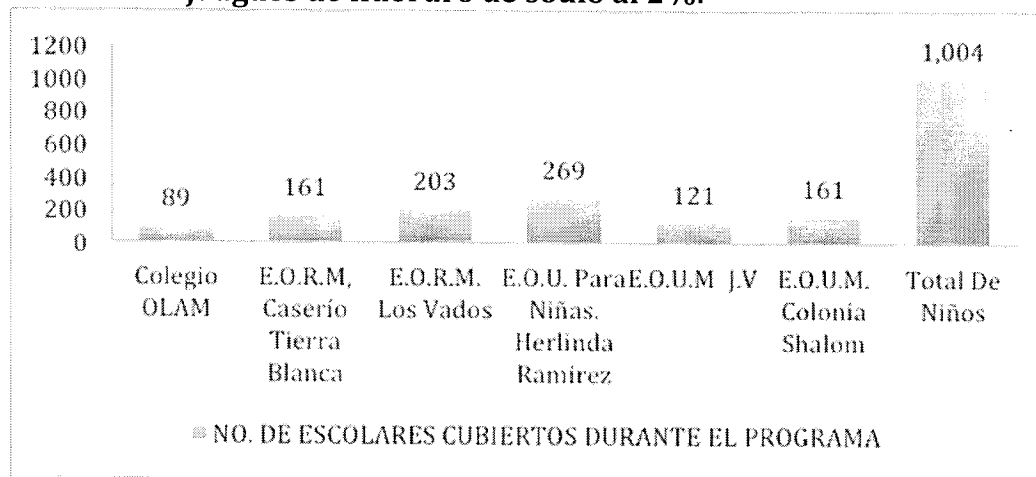
Frecuencia de escolares atendidos durante febrero a septiembre 2014.. Jocotán-Chiquimula Colutorios de fluoruro de sodio al 0.2%

TABLA No. 1

ESCUELAS ATENDIDAS	NO. DE ESCOLARES CUBIERTOS DURANTE EL PROGRAMA
Colegio OLAM	89
E.O.R.M, Caserío Tierra Blanca	161
E.O.R.M. Los Vados	203
E.O.U. Para Niñas. Herlinda Ramírez	269
E.O.U. Para Varones. J.M	200
E.O.U.M J.V	121
E.O.U.M. Colonia Shalom	161
Total De Niños	1,004

Fuente: Registro de datos de escolares cubiertos en el programa de enjuagues de flúor.

Gráfica No.1. Enjuagues de fluoruro de sodio al 2%.



Fuente: Registro de datos de escolares cubiertos en el programa de enjuagues de flúor.

Interpretección de tabla y grafica no. 1.

Puede observarse en el cuadros y las graficas que se abarco la mayoría de escuelas publicas del municipio de Jocotán. Teniendo su máxima en la escuela de niñas debido a la mayor poblacion concentrada de escolaridad primaria y su mínima en un colegio del mismo municipio, debido a la escasas de recursos económicos que cuenta la comunidad para optar a este sitio de educación pagada. En ambas situaciones se puede observar el beneficio prestado para la comunidad, pudiendo abarcar escuelas urbanas y rurales del área.

Charlas de prevención y salud oral.

Se impartió 8 charlas mensualmente a: los niños que asisten a las escuelas, maestros, en algunos casos padres de familia y líderes comunitarios para el cuidado y mantenimiento de la salud bucal. Los beneficiados del programa fueron aproximadamente mil cuatrocientos escolares (padres de familia, líderes y maestros de la comunidad); con un total de sesenta y cuatro charlas educativas desarrollada en los ocho meses que dura el programa.

Logrando que los niños entendieran la importancia del cuidado de sus dientes y las consecuencias que se tienen si no cuidan los mismos, así fortaleciendo la importancia que se tiene al asistir con un odontólogo y como es de beneficioso el mantenimiento de los mismos a través de higiene, alimentación y visita periódica al dentista para la conservación dentaria y no la mutilación de ella.

Entre las charlas que se dieron durante los meses de febrero hasta septiembre del 2014 tenemos:

- La importancia de una buena alimentación
- Estructuras de la cavidad oral y tipos de dentición
- El uso del cepillo de dientes y el hilo dental
- Que es la caries dental
- Enfermedades relacionadas: periodontitis y gingivitis
- Sustitutos del cepillo y pasta dental
- Por que es importante visitar al odontólogo
- Prevención dentaria.

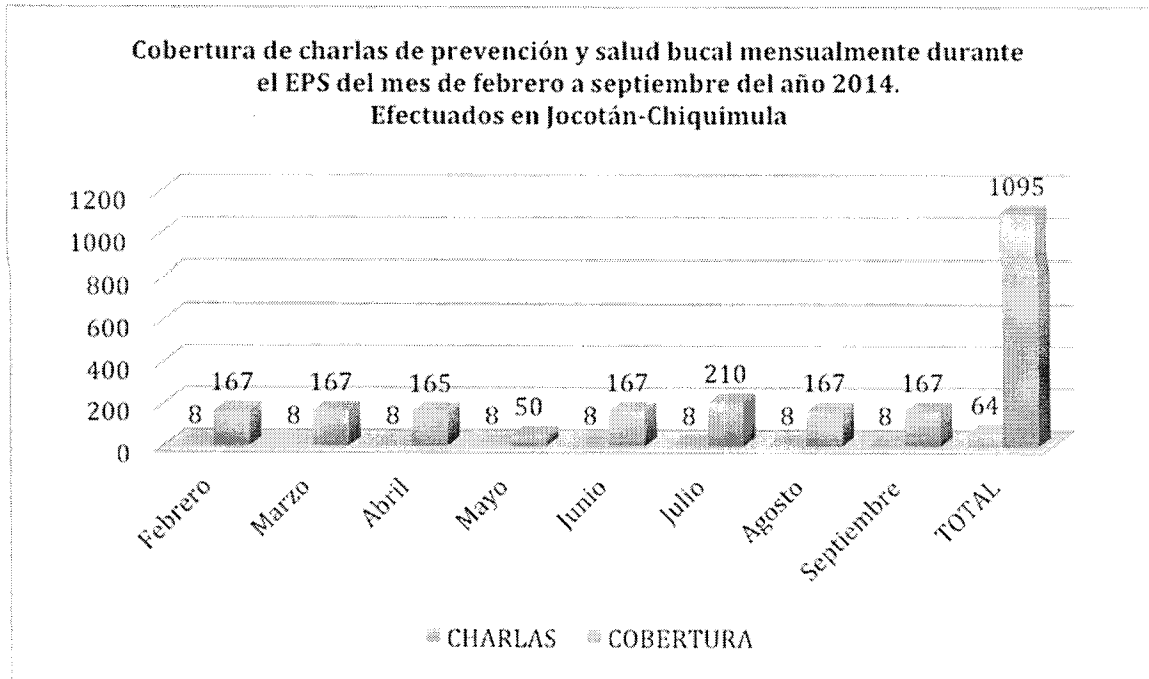
**Cobertura de charlas de prevención y salud bucal mensualmente durante el
EPS del mes de febrero a septiembre del año 2014.
Efectuados en Jocotán-Chiquimula.**

TABLA No.2

TEMAS IMPARTIDOS	QUIENES FUE DIRIGIDO:	MES	CHARLAS No.	COBERTURA
La importancia de una buena alimentación	Alumnos	Febrero	8	167
Estructuras de la cavidad oral y tipos de dentición	Alumnos y maestros	Marzo	8	167
El uso del cepillo de dientes y el hilo	Alumnos y maestros	Abril	8	165
Que es la caries dental	Líderes comunitarios	Mayo	8	50
Enfermedades relacionadas: periodontitis y gingivitis	Alumnos	Junio	8	167
Sustitutos del cepillo	Alumnos	Julio	8	210
Por qué es importante visitar al odontólogo	Alumnos	Agosto	8	167
Prevención dentaria.	Alumnos	Septiembre	8	167
TOTAL:			64	1095

Fuente: Registro de datos de escolares cubiertos en el programa de educación en salud bucal.

Grafica No. 2



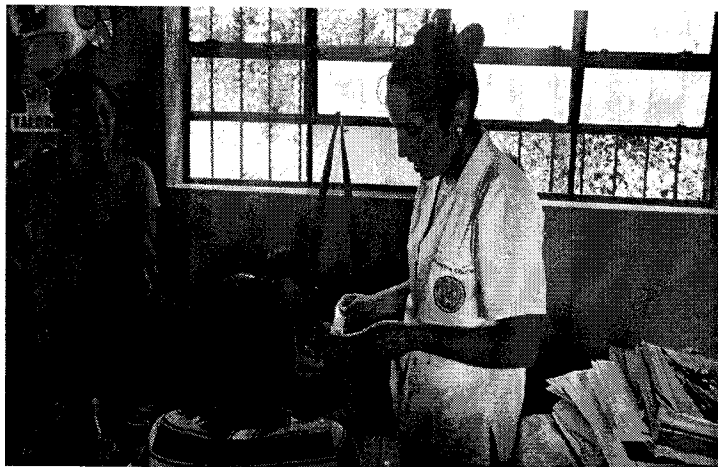
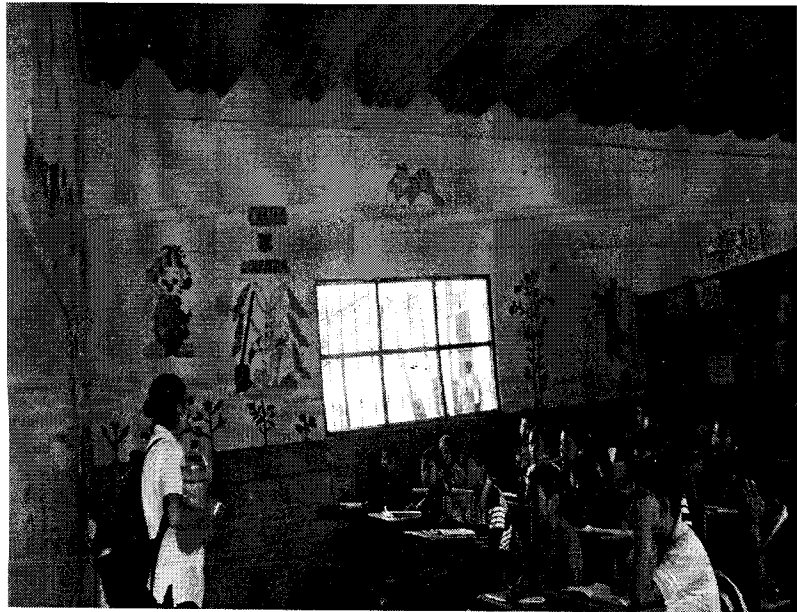
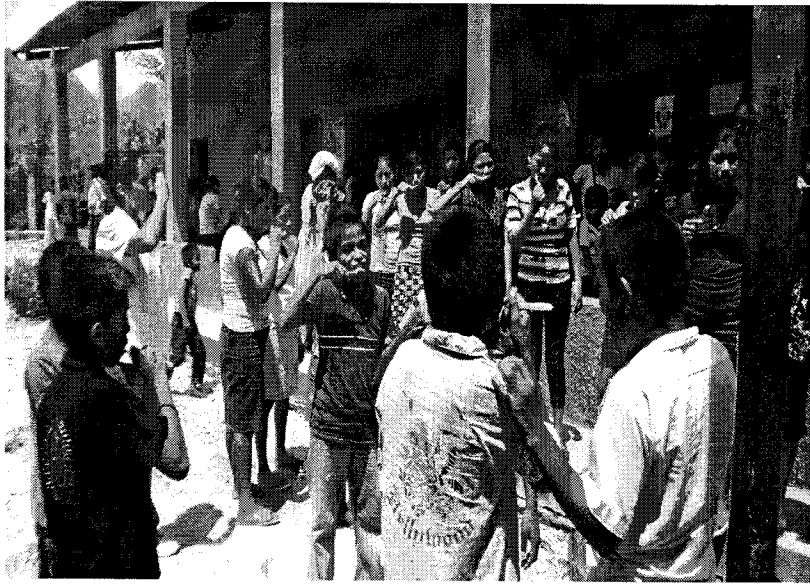
Fuente: Registro de datos de escolares cubiertos en el programa de educación en salud bucal.

Interpretación de tabla y gráfica No.2

Como se puede observar en las gráficas la mayor cobertura fue hacia los estudiantes de la comunidad, especialmente a los pertenecientes a un área marginal, llamado Colonia Shalom.

Se pudo obtener resultados positivos pues se abarca a una buena población para el cuidado y salud oral, principalmente a los niños; siendo esto de relevancia ya que así se logra reforzar el mantenimiento de los dientes tanto con las charlas como el cuidado y atención odontológica





Subprograma de sellantes de fosas y fisuras

Los selladores de fosas y fisuras (SFF) constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. En efecto, los SFF tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. Debido a la alta prevalencia de lesiones oclusales y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los SFF son importantes para las piezas dentales sanas presente en boca.

Materiales para la colocación sff

- Sellador fotopolimerizable
- Lámpara de fotocurado
- Cepillo de profilaxis
- rollos de algodón.
- Servilletas, mascarilla, guantes, eyectores.
- Espejos, pinzas y espejo.
- Niños pertenecientes a las escuelas ya mencionadas

Todos los pacientes atendidos en la clínica dental por el operador eran de diferentes escuelas de la comunidad de Jocotán; comprendidos entre los grados de primero hasta sexto grado de primaria. Dando siempre especial atención a los niños de sexto ya que ellos son los que van a salir de la escuela y no tendrán oportunidad de ser atendidos en años siguientes. Los SFF son totalmente gratuitos para todos los alumnos que estudian en las escuelas públicas de dicha comunidad.

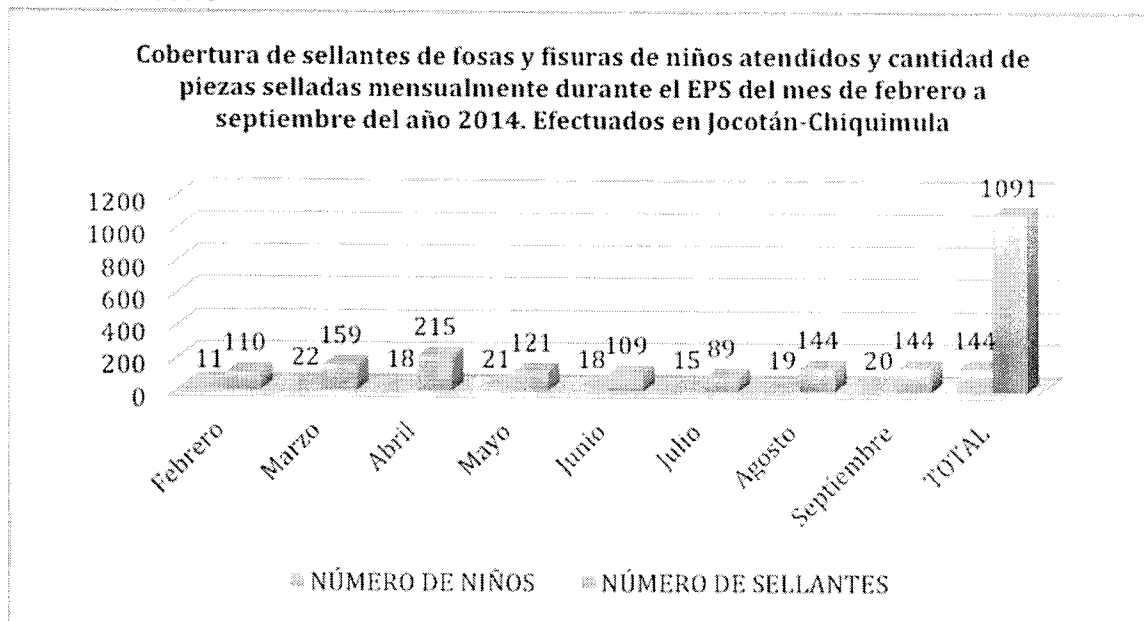
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE SFF

Cobertura de sellantes de fosas y fisuras de niños atendidos y cantidad de piezas selladas mensualmente durante el EPS del mes de febrero a septiembre del año 2014. Efectuados en Jocotán-Chiquimula

Tabla No. 3

MES	NÚMERO DE NIÑOS	NÚMERO DE SELLANTES
Febrero	11	110
Marzo	22	159
Abril	18	215
Mayo	21	121
Junio	18	109
Julio	15	89
Agosto	19	144
Septiembre	20	144
TOTAL	144	1091

Gráfica No. 3



Fuente: Registro de datos de escolares cubiertos en el programa de sellantes y fisuras.

Análisis de tabla y gráfica No. 3:

La tabla describe la cantidad de niños beneficiados con el programa de sellantes de fosas y fisuras mensualmente. Mientras que la gráfica demuestra la distribución tanto en frecuencia como en número de superficies dentales sanas, ya que solo en esta fueron puestas sff en dentición permanente de los alumnos pertenecientes a las diferentes escuelas.

Se vio evidenciado que hubo una mínima en el número sff durante el mes de julio a pesar de que se atendió a más cantidad de niños en comparación del mes de febrero, ya que habían menos cantidad de dientes sanos o que no presentaban caries dental. La máxima de actividad en el número de colocación de sff se obtuvo en el mes de marzo. Con un total de: 144 niños atendidos durante el programa.

Discusión:

El rendimiento de los servicios odontológicos públicos es evaluado fundamentándose en la cantidad de tratamientos de extracciones dentales y operatoria dental que se realizan. Hay un desfase entre las ofertas de tratamiento de estos servicios y las necesidades que tiene la población en lo que ha salud bucal se refiere en especial la población escolar; Por ello, el beneficio de la conservación y mantenimiento de la salud oral priorizando la preservación de los dientes permanentes en los estudiantes mejoran la calidad de la salud oral en ellos, dándoles la oportunidad de que los dientes permanezcan más tiempo en boca. Por lo cual es más claro el beneficio de prevención y salud bucal que se lleva a cabo en la Práctica Supervisada del odontólogo estudiante perteneciente a la Facultad de Odontología; ya que los tres métodos de prevención son necesarios para una población con tantas necesidades como la nuestra.

Recomendaciones:

- La colocación de sellantes de fosas y fisuras en molares permanentes en niños y adolescentes es un método efectivo para la reducción de la caries.
- Los sellantes no deben colocarse en dientes parcialmente erupcionados o con lesiones de caries cavitadas o dentinarias.
- La indicación de su colocación debe basarse en el riesgo de caries del paciente.
- Los sellantes aplicados en superficies con lesiones incipientes de caries y no cavitadas pueden inhibir la progresión de la lesión, pero precisa un cuidadoso diagnóstico.
- La técnica para la colocación del sellante incluye una limpieza de la superficie, un buen aislamiento y se recomienda el uso de agentes adhesivos para mejorar la retención.
- La aplicación del sellante debe ser considerada como una medida complementaria dentro de la estrategia de prevención que incluirá otras actuaciones como la educación dental, el control de dieta, la aplicación de flúor, higiene oral y visitas periódicas semestrales con el odontólogo.

Conclusiones:

- Sellar inadvertidamente una caries activa pequeña, puede detener su avance, siempre que no tenga contacto con el medio bucal, si esta bien colocado no vamos a tener problemas.
- La técnica de aplicación de sellantes es muy sensible. Deben seguirse fielmente las indicaciones del fabricante.
- La técnica de aplicación tiene que ser a 2 manos, es imposible colocar un sellante solo.
- Es tratamiento seguro para prevenir carie
- Debe ser controlado periódicamente
- Sellante mal aplicado, mayor riesgo de caries
- RETENCIÓN 100% ES PREVENCIÓN 100%

Cavidad Oral

La boca, también conocida como cavidad bucal o cavidad oral, es la abertura corporal por la que se ingieren alimentos. Está ubicada en la cabeza, constituye en su mayor parte el aparato estomatognático, así como la primera parte del sistema digestivo

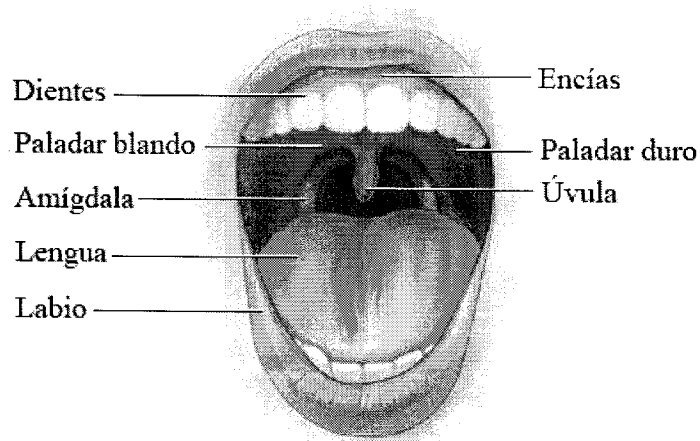
La boca humana está cubierta por los labios superior e inferior y desempeña funciones importantes en diversas actividades como: el lenguaje, masticación, deglución y en expresiones faciales, como la sonrisa.

La cavidad oral es un indicador de la salud en el individuo ya que se puede ver salud o enfermedad dependiendo de su apariencia. Por ejemplo en la mucosa se pueden ver ciertos rasgos característicos que en algunos solo pueden indicar anormalidad y en casos mas severos patologías que pueden ser propios de la misma o una manifestación del organismo de que algo esta mal y se evidencia en la cavidad oral; pero esto lo puede diagnosticar un ojo clínico que se dedica a este ramo y especificando el odontólogo.

Partes de la cavidad oral

La boca puede considerarse con cinco paredes:

1. Pared anterior: Está formada por los labios.
2. Paredes laterales: Están formadas por las mejillas.
3. Pared inferior: Formada por el piso de la boca y la lengua.
4. Pared superior: Formada por la bóveda palatina o paladar duro.
5. Pared posterior: Es un orificio irregular llamado istmo de las fauces que comunica la boca con la faringe.



Tipo de dentición y su función:

Hasta los 6 o 7 años de edad, la especie humana sólo posee 20 dientes, llamada dentición temporal o dentición caduca, comúnmente denominada de leche, que será sustituida por un total de 32 dientes que constituyen la dentición definitiva o dentición permanente, Siendo de importancia que el primer diente permanente esta presente en boca mas o menos a los 6 años de edad y no es sustituido por ningún diente, llamando en esta etapa dentición mixta. Existen cuatro grupos de dientes con funciones específicas.

Entre las funciones que desempeñan los dientes primarios encontramos: preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento; sirven de guía de erupción; mantienen el espacio para la dentición permanente; estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación y fonación ya que los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos.

Segunda dentición

Después de la dentición decidua los dientes de leche son empujados por una segunda dentición. Estos primeros dientes caen de manera natural dejando surgir a los segundos. Siendo estos los permanentes y que serán los que en boca en el humano. Los dientes permanentes se diferencian por tipos; Según la forma de la corona y por lo tanto su función, hay cuatro tipos de dientes:

1. Incisivos (8 dientes): Su función principal es cortar los alimentos. Poseen una corona cónica y una raíz solamente. Los incisivos superiores son más grandes que los inferiores.
2. Caninos (4 dientes): con forma de cúspide puntiaguda. Son llamados colmillos en los demás animales. Están situados al lado de los incisivos y su función es desgarrar los alimentos.
3. Premolares (8 dientes): poseen dos cúspides puntiagudas. Facilitan la trituración de los alimentos.
4. Molares (12 dientes): cúspides anchas. Tienen la misma función de los premolares. La corona de este tipo de dientes puede tener cuatro o cinco prominencias, al igual que dos, tres o cuatro raíces.

Las funciones de los dientes son:

1. Masticatoria
2. Fonética
3. Estética
4. Expresión facial

Para una buena función es importante los contactos entre dientes de diferentes arcadas, superior e inferior, como los contactos entre los dientes adyacentes, estos últimos se llaman contactos interproximales y protegen a la papila dental ya que impiden que al masticar la comida se almacene en está, evitando un empaquetamiento, traumatismo gingival y el aumento de la placa bacteriana.

Grupos dentarios

Hay dos grandes grupos dentarios: el grupo anterior, formado por incisivos, centrales y laterales, y caninos, y el grupo posterior, formado por premolares y molares.

- Grupo anterior: La función masticatoria es de cortar, los incisivos, y desgarrar, los caninos por su fuerte anclaje en el hueso y su posición en las arcadas, además, los caninos, contribuyen a dar estabilidad a toda la arcada. El grupo anterior ayuda a producir los sonidos dentales y labiodentales.
- Grupo posterior: Este grupo no tiene tanta importancia en la función estética como la tiene el grupo anterior, aun así las pérdidas dentarias posteriores conllevan pérdida del hueso provocando colapso de la piel y los músculos faciales.

Diente

El diente es un órgano duro que están dentro de los alvéolos de los huesos maxilares a través de un tipo especial de articulación esta conformado por las siguientes estructuras: cemento dentario y hueso alveolar ambos unidos por el ligamento periodontal y por minerales principales como el calcio y fósforo, que le otorgan la dureza. Los dientes son tejido mineralizado que comienzan a desarrollarse desde pronta edad y los cuales nos ayudan a masticar alimentos para una buena digestión. Básicamente en el diente se pueden reconocer tres partes, la corona, parte visible recubierta por esmalte dental y la raíz no visible en una boca sana, y el cuello que une ambas estructuras.

Partes que constituyen al diente:

- Esmalte dental: es un tejido formado por hidroxiapatita y proteínas. Es el tejido más duro del cuerpo humano. En zonas donde el esmalte es más delgado o se ha desgastado, puede ser sumamente sensible. El esmalte es translúcido, insensible al dolor pues en el no existen terminaciones nerviosas. Con el flúor se forman cristales de fluorhidroxiapatita que es mucho más resistente que la hidroxiapatita al ataque de la caries dental.
- Dentina: tejido mineralizado, pero en menor proporción que el esmalte. Es el responsable del color de los dientes. Contiene túbulos en donde se proyectan prolongaciones de los odontoblastos. La dentina proporciona elasticidad al frágil pero duro esmalte.
- Cemento dental: tejido conectivo altamente especializado. Es una capa dura, opaca y amarillenta que recubre la dentina a nivel de la raíz del diente. Se encarga de unir la pieza dental con el resto de la mandíbula o maxilar.
- Pulpa dentaria: constituida por un tejido suave que contiene vasos sanguíneos (arteria y vena) que conducen la sangre hacia el diente y por fibras nerviosas que otorgan sensibilidad al diente. Dichos nervios atraviesan la raíz (del diente) por medio de finos canales. En la pulpa dentaria se encuentra alojado el paquete vasculo-nervioso que está formado por un filete nervioso, una vena y una arteria dándole esta la vitalidad e inervación necesaria.

Estructuras de soporte de los dientes

Los tejidos peridentarios son todos aquellos tejidos que rodean al diente. El periodonto está constituido por la:

Encía: es la parte de la mucosa bucal que rodea el cuello de los dientes y cubre el hueso alveolar.

Ligamento periodontal: es una estructura del tejido conjuntivo que rodea la raíz y la une al hueso alveolar. Entre sus funciones están la inserción del diente al hueso alveolar y la resistencia al impacto de los golpes. También posee propiedades mecano-receptoras siendo capaz de transmitir las fuerzas ejercidas sobre el diente a los nervios adyacentes.

Hueso alveolar: es la parte del hueso maxilar donde se alojan los dientes, en las que se mantienen las raíces de los dientes.

Estructura morfológica

- **Corona:** es la parte del diente libre o visible en la cavidad oral. Esta porción del diente se encuentra expuesta al medio bucal en forma permanente.
- **Cuello:** llamado zona cervical, es la unión de la corona con la raíz y se sitúa en la encía marginal.
- **Raíz:** esta parte del diente no es visible en la cavidad bucal ya que está incrustada en el alvéolo dentario, dentro del hueso, y se encuentra recubierta por el cemento dentario. Sirve de anclaje.

Proceso de formación de caries

La caries dental según la teoría químico-parasitaria de Miller de 1890, es una enfermedad infecciosa de origen microbiano, que consta de dos estadios diferenciados: la desmineralización química de la estructura inorgánica del diente por la acción del ácido, producto de la fermentación bacteriana de los alimentos azucarados, y la acción bacteriológica o "parasitaria" basada en mecanismos enzimáticos.

La caries dental resulta de una disolución del esmalte del diente, producida por el ácido resultante del metabolismo de los carbohidratos, por la acción de distintos tipos de bacterias orales. Las dos principales bacterias causantes del proceso de formación de caries son *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) y los lactobacilos. Éstas se adhieren al diente, utilizando mono y disacáridos (sacarosa, fructosa y glucosa) y producen el ácido láctico causante de la desmineralización de los dientes. La desmineralización se produce por la disminución del pH de la placa; así el valor de "pH crítico" para la desmineralización varía entre individuos, pero está en un rango aproximado de 5,2 a 5,5.

El potencial acidogénico de la placa dental está influido por la composición y el estado metabólico de su microflora, así como por la saliva; en concreto del flujo salival. En situaciones de disminución del flujo salival, el pH de la placa permanece bajo por más tiempo, disminuyéndose el efecto tampón salival y, por tanto, la capacidad de neutralización del ácido.

La susceptibilidad del diente a la caries varía en función del tiempo transcurrido desde su erupción. El recambio de los dientes temporales se da entre los 6 y 12 años de edad, y es en la dentición temporal donde intervienen factores nutricionales o sistémicos de forma más significativa que en la dentición permanente, influyendo factores alimentarios maternos. . Está comprobado científicamente que una vez se observa la presencia de caries en la primera dentición, se relaciona con alto riesgo de caries en la dentición permanente, con lo que el primer objetivo de la prevención se basará en evitar la colonización bacteriana en la primera dentición.

Entre los factores a tomar en cuenta para la prevención de caries tenemos:

1.- Lactancia y amamantamiento: el bebé no debe ser lactado por medio de biberón o seno materno, después de la erupción del primer órgano dental y mucho menos deben añadirse compuestos azucarados a la leche.

2.- Higiene Bucal: Si no hay dientes, es recomendable limpiar la boca de los bebés con una gasa enredada en el dedo y mojada en suero fisiológico después de cada comida. Cuando ya existen dientes en boca es necesario comenzar el cepillado dental, nunca dejar que un bebé se duerma sin lavarse los dientes e ingiriendo leche pues la leche que quede en su boca fomentará la aparición de caries.

3.- Chupón endulzado: se debe evitar la costumbre de endulzar el chupón, pues los azúcares son convertidos a ácidos por las bacterias del medio ambiente bucal.

4.- Hábitos de los padres: un padre con boca sana y libre de caries constituye un factor de riesgo menor para el hijo, aun así todos los padres deben evitar, soplarle a la comida de sus hijos, darles besos en la boca o compartir cubiertos, puesto que de esta manera transmiten bacterias capaces de producir caries a la boca de sus hijos.

5.- Medicamentos: es común que después de un tratamiento médico padres refieren destrucción de los dientes de sus hijos y esto es en gran medida debido que estos contienen mucha azúcar con la finalidad de que tengan un sabor agradable, así que no se debe olvidar el cepillado dental después de la ingesta de medicamentos.

6.- pH bucal: el pH es el grado de acidez o alcalinidad de la boca y es diferente en cada ser humano, el pH ácido es un factor importante para el inicio o evolución de la caries.

7.- dientes apiñados, con restauraciones defectuosas o defectos en el esmalte, o con anatomía muy profunda son más propensos a padecer caries dental.

Síntomas

- Dolor en los dientes o en las muelas que muchas veces se inicia comiendo algo dulce, muy caliente, o muy frío.
- Sabor bucal desagradable y mal aliento.

Etiología de la caries:

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

1. Anatomía dental: la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los dientes posteriores (molares y premolares), son más susceptibles a la caries ya que su morfología en su cara oclusal abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autoclisis.
2. Tiempo: recordemos que la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad acidogénica y acidurica que poseen los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además éstos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener un pH ácido constante a nivel de la interface placa - esmalte. Un órgano dental es capaz de resistir 2 horas por día de desmineralización sin sufrir lesión en su esmalte, la saliva tiene un componente buffer o amortiguador en este fenómeno pero el cepillado dental proporciona esta protección, es decir, 20 minutos posterior a la ingesta de alimentos el órgano dental tiene aún desmineralización (según la curva de Stephan), la presencia de azúcar en la dieta produce 18 horas de desmineralización posterior al cepillado dental asociado como destrucción química dental independientemente de la presencia de un cepillado de calidad en el paciente.
3. Dieta: la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries. 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, esta es capaz de degradar el almidón hasta maltosa y podría escindirlos hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. Además la presencia de hidratos de carbono no es tan importante cuando la frecuencia con la que el individuo consume se limita a cuatro momentos de azúcar como máximo, de esta manera la disminución brusca del pH puede restablecerse por la acción de los sistemas amortiguadores salivales que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato.
4. Bacterias: aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped las capas más profundas son remplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando se denomina a la placa "cariogénica" es decir capaz de producir caries dental. En condiciones fisiológicas la ausencia de uno de estos factores limita la aparición o desarrollo de caries.

Placa dental

Se llama placa dental (biofilm oral o placa bacteriana) a una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. Estos microorganismos pueden adherirse o depositarse sobre las paredes de las piezas dentarias. Su presencia puede estar asociada a la salud, pero si los microorganismos consiguen los sustratos necesarios para sobrevivir y persisten mucho tiempo sobre la superficie dental, pueden organizarse y causar caries, o enfermedad periodontal.

Las encías enrojecidas, inflamadas o que sangren pueden ser las primeras señales de una gingivitis. Si la enfermedad es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar pueden comenzar a destruirse y eventualmente se pierden los dientes.

La placa dental se forma en la superficie de dientes, encía y restauraciones, y difícilmente puede observarse, a menos que esté teñida. Su consistencia es blanda, mate, color blanco-amarillo. Se forma en pocas horas y no se elimina con agua a presión. Varía de un individuo a otro, y también varía su localización anatómica. Si la placa dental se calcifica, puede dar lugar a la aparición de cálculos o sarro.

Enfermedad periodontal

Las enfermedades periodontales comprenden un conjunto de circunstancias que afectan a cualquier órgano del periodonto, es decir, es un proceso inflamatorio de las encías que ocasiona daños en los tejidos de los dientes. Las enfermedades periodontales más comunes son: la gingivitis y la periodontitis siendo la segunda la causa más frecuente de pérdida de dientes o extracción de piezas dentarias en sujetos mayores de treinta y cinco años. La enfermedad periodontal está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva local y potencial daño sistémico. Existen diversos factores de riesgo que inducen y favorecen enfermedades periodontales, como: los agentes irritantes locales, bien sean químicos o mecánicos, la placa dental, el sarro o cálculo dental, restauraciones desajustadas o materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal.

Estos factores influyen de forma distinta en cada individuo. La encía responde a estos irritantes mediante una inflamación, provocando una hiperemia que aporta sustancias nutritivas, leucocitos y oxígeno, y que provoca cambios de color, forma y textura del tejido gingival.

Principales enfermedades periodontales:

Gingivitis:

La gingivitis es la inflamación de las encías. La causa más frecuente es la presencia continua de un exceso de placa bacteriana sobre la misma. Los signos más comunes son: enrojecimiento, hinchazón y sangrado de las encías. La gingivitis es una enfermedad reversible y evitable si se aplica una correcta higiene bucal. La gingivitis no tratada provocará que la inflamación se extienda hacia la profundidad del periodonto dañando la inserción epitelial, el ligamento periodontal y el hueso alveolar.

Periodontitis:

Es la forma más grave y destructiva de esta enfermedad. A medida que la reacción tisular se hace más profunda, se produce un surco gingival, más acusado por migración apical de la inserción epitelial, aumentando el tamaño de la encía y convirtiéndose en un auténtico saco, la bolsa gingival. Una vez formada la bolsa periodontal, al paciente le resulta muy difícil eliminar el cúmulo de agentes irritantes. Conforme avanza el estado inflamatorio, al llegar al hueso alveolar, iniciándose la pérdida de la altura ósea. El trauma oclusal y la inflamación aceleran la reabsorción ósea hasta que supera de manera clara a la formación del hueso por parte de los osteoblastos. Las piezas dentales pierden su inserción en el hueso comportando una hiper movilidad de las mismas y su pérdida posterior.

Factores de riesgo

Se ha determinado que los factores de riesgo más frecuentes de la enfermedad periodontal son:

1. Predisposición genética
2. Microorganismos patógenos
3. Medio propicio y hábitos como tabaquismo

Son predictores de riesgo:

- El consumo frecuente de alimentos ricos en azúcares (glúcidos) o (carbohidratos) favorece la adhesión microbiana y una fermentación con producción ácida y la continua carga de toxinas bacterianas.
- La ausencia o mala técnica del cepillado (higiene oral), produce acúmulo bacteriano y formación de un biofilm microbiano, por lo que se recomienda el uso adecuado de una adecuada limpieza bucal, la limpieza interdental y el uso de colutorios con agentes antisépticos.
- Tabaquismo crónico, stress y alimentación deficiente.
- La falta de un control odontológico periódico.

Prevención

Es importante consultar al Odontólogo si hay sangrado de la encía, aunque solo sea durante el cepillado, no se debe considerar como algo normal, indica enfermedad periodontal activa (gingivitis o periodontitis).

Higiene bucal con cepillo, hilo y pasta dental:

La higiene bucal consiste principalmente en el uso del cepillo de dientes, ya que éste remueve parte de la acumulación de la placa bacteriana. El cepillado dental lo asesora el odontólogo en caso ideal, que es el experto en orientar la técnica de cepillado de cada paciente, debido a su condición individual una misma técnica no podría servir a todas las personas.

También se debe emplear el hilo dental, se considera que aporta el 40% de la higiene, es decir casi la mitad, junto con el cepillado, la técnica de uso de hilo dental es bastante simple y rápida una vez adquirido el entrenamiento que el mismo odontólogo puede orientar, existen diferentes tipos de hilo dental, el hilo sin cera se considera el hilo dental más limpio para la higiene, empleado en la mayor parte de las ocasiones. El hilo dental con fluoruro aporta un factor anticaries, y el hilo dental con cera es de gran ayuda en apiñamientos.

Como usar el hilo dental:

- Cortar unos 40 cm de hilo dental y enrollarlo en los dedos medios de ambas manos.
- Tomar el hilo con el índice y pulgar de cada mano, dejando unos 6 cm de hilo entre ambas manos.
- Tensar el hilo y deslizarlo suavemente entre los dientes.
- Moverlo frotando el borde del diente con el hilo de arriba hacia abajo, removiendo la placa bacteriana y restos de alimentos.
- Intentar llegar lo más abajo posible de la línea de las encías.
- Se recomienda su uso por lo menos una o dos veces al día, en especial, antes de dormir.

La pasta dental en su gran mayoría hoy en día contienen 0.32% (1450 ppm) de fluoruro, usualmente en la forma de fluoruro de sodio o monofluorofostato de sodio (MFP); 100 g de pasta dental contienen 0.76 g de MFP que es equivalente a 0.1 g de fluoruro. La pasta dental rica en fluoruro generalmente contiene un 1.1% (4.950 ppm) de fluoruro de sodio. Este tipo de pasta dental es usado de la misma manera que la pasta dental regular. Está bien establecido que el fluoruro de sodio al 1.1% es seguro y efectivo como preventivo de la caries. Esta prescripción de pasta dental es usada hasta tres veces al día en lugar de la pasta dental regular.

Sustitutos del cepillo y pasta dental:

Alimentos crudos:

Si no cuenta con pasta dental y un cepillo para después de comer, masticar ciertos alimentos crudos ricos en fibra como las manzanas, pepinos, peras, zanahorias y rábanos, aumentan el flujo de saliva. Los ácidos en boca son neutralizados, y las encías y dientes se limpian debido al alto contenido de agua en estos alimentos.

Bicarbonato de sodio y sal:

Cepillar sus dientes con bicarbonato de sodio los limpia. Se puede usar por sí mismo para contrarrestar la acidez de su boca. Crea un sustituto de la pasta dental mezclando partes iguales de bicarbonato de sodio y sal. Sumerja un cepillo de dientes húmedo en la mezcla y cepílese. La sal promueve el flujo de saliva, lo cual ayuda a proteger el esmalte de tus dientes y también da un sabor limpio de boca.

Goma de mascar:

La goma de mascar sin azúcar puede actuar como reemplazo temporal de la pasta dental. Masticar una pieza de goma de mascar sin azúcar, después de una comida, puede neutralizar los ácidos en boca y ayudara a prevenir las caries. Masticar goma promueve la saliva, la cual transporta minerales y ayuda a limpiar los dientes y boca. La pegajosidad de la goma elimina las partículas de comida atoradas entre los dientes; algunas contienen ingredientes como xilitol, el cual ayuda a reducir la formación de placa, o bicarbonato de sodio, que neutraliza los ácidos. Masticar la goma por lo menos 15 minutos para conseguir los beneficios de una limpieza completa de dientes.

Terapia de fluoruro

Las evidencias más recientes sugieren que el efecto cariostático de los fluoruros se ejerce más por su acción tópica que por su acción sistémica (*Featherstone, 1999*). Este efecto es incluso mayor cuando se combina con una buena higiene oral, tal y como sucede cuando se practica un cepillado completo de los dientes con una pasta dentífrica fluorada (*Rolla et al., 1991*).

La terapia de fluoruro es el suministro de fluoruro a los dientes tópico o sistemáticamente para prevenir la caries que resulta en cavidades. Más comúnmente, el fluoruro es aplicado tópicamente a los dientes usando los geles, los barnices, pasta dental/dentífricos o enjuagues bucales. El suministro sistémico implica la suplementación de fluoruro usando el agua, la sal, tabletas o gotas que son ingeridas.

De 4 a 6 años.

Durante este periodo ocurre la calcificación y maduración de los dientes posteriores – premolares y segundos molares – y existe un alto riesgo de que se formen manchas de esmalte. No obstante, cuando eso ocurre representa un problema estético menor y necesita ser contrapuesto frente al marcado beneficio en la prevención de la caries que supone el uso de los fluoruros.

De 6 años en adelante.

El riesgo de que se formen manchas de esmalte durante este periodo es insignificante, a excepción de los terceros molares.

Fluorización de las aguas de consumo humano.

La fluorización del agua de consumo humano consiste en el ajuste de la concentración natural de flúor a la recomendada, para una óptima salud dental. La fluorización de agua de consumo es efectiva en la reducción de la incidencia de caries (*McDonagh, 2000, Griffin, 2007, National Health and Medical Research Council, 2007*) y ha sido aclamada como uno de los 10 mayores éxitos en Salud Pública del siglo XX [*Centers for Disease Control and Prevention, 1999*]. Socialmente es equitativa ya que es accesible a todas las edades y todos los grupos sociales.

El desarrollo de la fluorosis dental se ve influenciado por la ingesta total de fluoruros de todas las fuentes posibles, incluyendo la pasta dentífrica, durante el desarrollo dentario. Y no se ha comprobado de forma aseverativa que una fuente de fluoruro que consume la población sea dada por agua fluorada con las dosis indicadas (la dosis depende a cada región, pues en algunos lugares bien específicos el agua natural y de consumo ya trae flúor).

Recientemente, se ha extendido entre la población el uso y consumo de aguas embotelladas. Estas agua embotelladas, cuando contengan niveles óptimos de flúor, pueden jugar un papel en la prevención de la caries dental. Sin embargo, hace falta que hayan más investigaciones que estudien la posible relación entre las aguas embotelladas fluoradas, la caries dental y la fluorosis. La EAPD reafirma su posición de apoyo al uso de agua fluorada como una intervención comunitaria para prevenir la caries dental.

Generalmente, los dientes recién erupcionados son más proclives a padecer caries por su inmadurez (*Arrow, 2007*) y, por eso, hay edades específicas que se consideran "edades de riesgo". Entre los niños en edad preescolar muchos desarrollan caries antes de los tres años de edad, especialmente en grupos sociales menos favorecidos y esa sería la razón para considerar un inicio temprano de un programa preventivo. Por otra parte, la fluorosis dental tiene más probabilidad de ocurrir tan pronto se introducen los suplementos, estudios indican que una fluorosis dental leve o moderada, es un efecto colateral significativo del uso de suplementos fluoradas [*Ismail y Hasson, 2008*]. Otro problema con las fuentes fluoradas alternativas a la pasta dentífrica es la variabilidad estadística a que da lugar dentro de grupos de población objetivo [*Horowitz, 2000*]

Sal fluorada.

La sal fluorada se usa ampliamente en Alemania, Francia y Suiza siendo, entre el 30 y el 80% de la sal para uso doméstico, fluorada [*Marthaler y Petersen, 2005*]. Más de 30 países de todo el mundo usan sal fluorada y este tipo de uso del flúor es muy recomendado por la OMS. La sal suele estar fluorada a un rango de 250mg de flúor por kilo [*Gillespie et al., 2005*]. Algunos estudios transversales y ensayos clínicos controlados indican la existencia de un efecto preventivo de la sal, pero la sal fluorada es menos efectiva entre los niños pequeños debido al bajo nivel de sal recomendado para su dieta.

Gotas y pastillas de flúor.

Hay estudios que indican que la administración supervisada de pastillas de flúor en niños con alto riesgo de caries puede ser una medida preventiva eficaz [Stephen y Campbell, 1978].

Programa de dosis recomendada para niños con alto riesgo de caries y que consuman agua del grifo (aguas fluoradas con una concentración $F^- < 0.3\text{mg/l}$)

EDAD	RECOMENDACIÓN
0 a 24 meses	nada
2 a 6 años	0.25mg de flúor al día
7-18 años	0.50mg de flúor al día

Si el nivel de flúor en el agua de consumo está entre 0.3 y 0.6mg/l no debe recomendarse ningún uso adicional de flúor a excepción de la pasta de dientes en el grupo de 2 a 3 años. En los grupos de los más mayores la dosificación diaria del suplemento en pastillas, debe ser reducida a 0.25mg/l.

Mecanismo

Todos los métodos de fluoración proporcionan concentraciones bajas de iones de fluoruro en la saliva, ejerciendo así un efecto tópico sobre el líquido de la placa. El fluoruro combate el decaimiento primariamente por la formación de fluorapatita por medio de la remineralización del esmalte. Los iones de fluoruro reducen el índice de desmineralización del esmalte del diente, y aumentan el índice de remineralización de los primeros estados de las cavidades. El fluoruro ejerce su efecto principal en este ciclo de desmineralización y remineralización. El fluoruro también afecta a la fisiología de las bacterias dentales, aunque su efecto sobre el crecimiento bacteriano no parece ser relevante en la prevención de la cavidad. El fluoruro tiene un efecto mínimo sobre las cavidades después de que es ingerido. Técnicamente, el fluoruro no previene las cavidades sino que controla el índice en la cual se desarrollan. Aunque el fluoruro sea el único agente bien documentado con esta característica, se ha sugerido que también la adición de un poco de calcio al agua reduciría más las cavidades.

Enjuagues bucales

El compuesto de fluoruro más comúnmente usado en los enjuagues bucales es el fluoruro de sodio. Hay disponibles para el uso de enjuague diario, soluciones de venta libre de 0.05% de fluoruro de sodio (225 ppm de fluoruro). El fluoruro en esta concentración no es suficientemente fuerte para la gente con riesgo elevado para las caries. Las prescripciones de enjuague bucal son más efectivas para los que están en riesgo elevado de caries, pero usualmente están contraindicadas para los niños, especialmente en áreas con agua potable fluorada. Sin embargo, en áreas sin agua potable fluorada, estos enjuagues son a veces prescritos para los niños.

III. Investigación única del programa de E.P.S.

Comunidad:

Jocotán- Chiquimula

Título

“Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública.”
Jocotán, Chiquimula.

Justificación

La finalidad de la investigación en salud, es mejorar la salud de la población y esta puede ser abordada a nivel básico, clínico o epidemiológico. Además de identificar problemas de salud, factores de riesgo, y predecir la distribución y comportamiento de los procesos de salud y enfermedad, es en el campo de la salud pública donde los resultados de la investigación básica y clínica se pueden implementar, monitorear y evaluar para establecer de qué manera benefician a la población.

Objetivo General

Llevar a cabo una investigación en salud pública para la medición de la distribución, magnitud y severidad de las enfermedades en la población, se identifican las personas con mayor riesgo de padecer una enfermedad; se identifican e interpretan los factores de riesgo que están asociados con un mayor riesgo o probabilidad de padecer una enfermedad.

Objetivos Específicos

1. Establecer que en salud pública se utiliza el razonamiento comparativo y los conceptos básicos de epidemiología, estadística y administración de servicios de salud
2. producir el conocimiento en el que se fundamenta la atención a la salud y la evaluación de los riesgos de salud especialmente enfocados en el conocimiento que tienen los maestros de educación primaria sobre la salud bucal
3. Saber el conocimiento de los maestros de las consecuencias que produce las enfermedades orales y el impacto social que produce en los mismos.

METODOLOGÍA

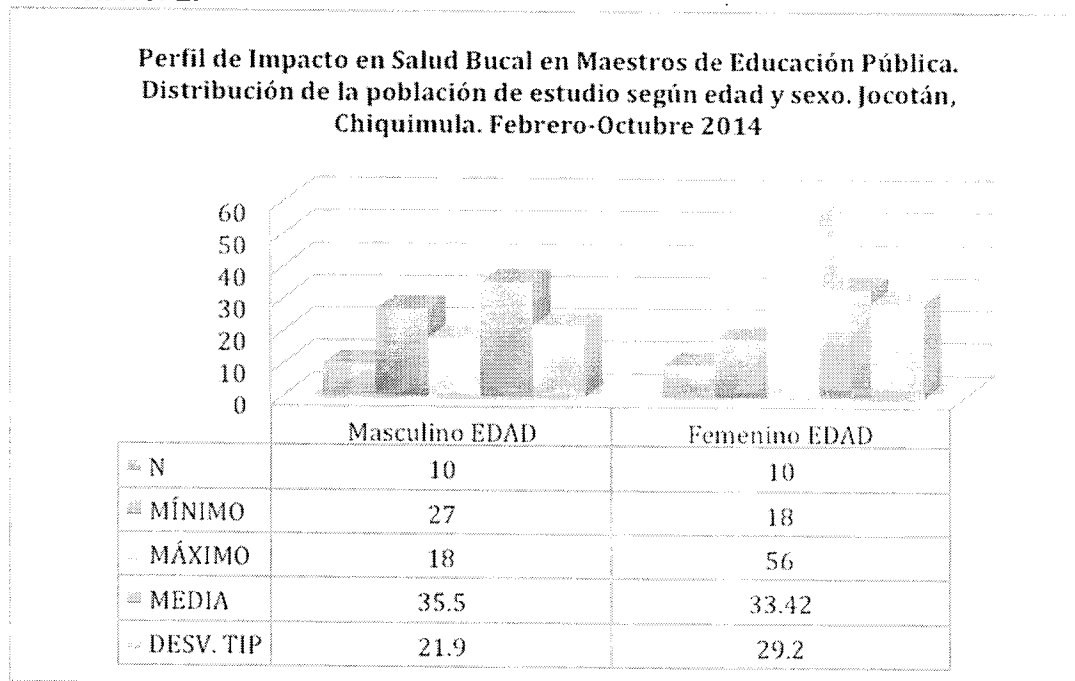
Como parte del curso de investigación única del Programa de EPS cada estudiante toma una muestra de 20 maestros, en donde se realizaron visitas domiciliarias y en algunos casos en las mismas escuelas para que los maestros pudieran responder a una serie de preguntas de cuestionarios proporcionados por el estudiante; que radican en la medición de su nivel socioeconómico y como de problemas bucodentales de los mismos. El método de evaluación de las escuelas fue el Método Graffar el cual divide por estratos el nivel socioeconómico de los maestros.

Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública. Distribución de la población de estudio según edad y sexo. Jocotán, Chiquimula. Febrero-October 2014

Cuadro No. 1

SEXO	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TIP
Masculino EDAD	10	27	18	35.5	21.9
Femenino EDAD	10	18	56	33.42	29.2

Gráfica No. 1.



Descripción de cuadro y tabla No. 1:

En el cuadro podemos observar que hay una igualdad en ambos sexos y la gráfica nos da una mejor idea de los datos que se muestran en el cuadro No.1; La población a la cual se les paso la encuesta fueron maestros, siendo en su gran mayoría maestros que trabajan en el área rural de la comunidad de Jocotán. En cuanto al numero de la población encuestada, siendo todos maestros, denotamos que la edad promedio mas alta se da para el sexo femenino y en cuanto a la edad mas baja están en el mismo rango tanto los hombres como para las mujeres. Es interesante darse cuenta que la edad promedio de los maestros encuestados cae en un rango de los 20 a 30 años, siendo ellos bastante jóvenes.

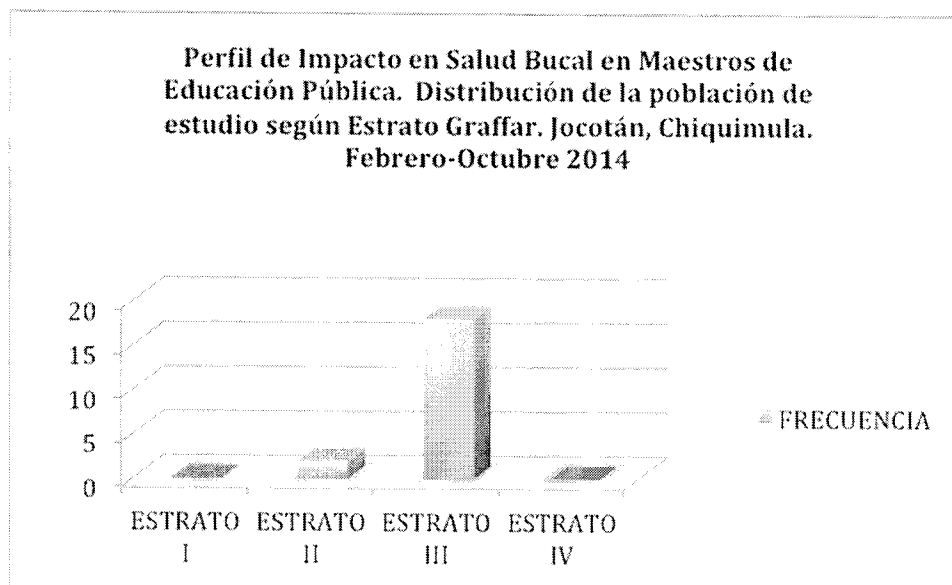
Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública. Distribución de la población de estudio según Estrato Graffar. Febrero-Octubre 2014.

Cuadro No. 2

ESTRATO GRAFFAR	FRECUENCIA
ESTRATO I	0
ESTRATO II	2
ESTRATO III	18
ESTRATO IV	0

En este cuadro observamos que en la encuesta realizada a los maestros, ninguno de ellos quedo en la clasificación del estrato Graffar I Y IV; dejando ocupado en su totalidad los estratos Graffares II Y III. Y la mayor frecuencia cae en el estrato III, indicando este que la mayoría de los maestros encuestados pueden satisfacer sus necesidades básicas, el desarrollo intelectual y capacidad para poder disfrutar de algunos beneficios culturales. Y solamente dos poseen un estilo de vida mas cómodo y mejores condiciones de vida. Dejando los extremos por el margen sin que ninguno de ellos se encuentre en máxima pobreza pero tampoco poseen abundancia o estilo de vida optimo.

Gráfica No.2



Como se muestra en la gráfica No.2 la distribución de frecuencia de los estratos Graffares; siendo evidente que la mayoría de la población cae en el estrato Graffar III, dejando en segundo lugar el II y siendo nulos o vacíos el estrato I y IV.

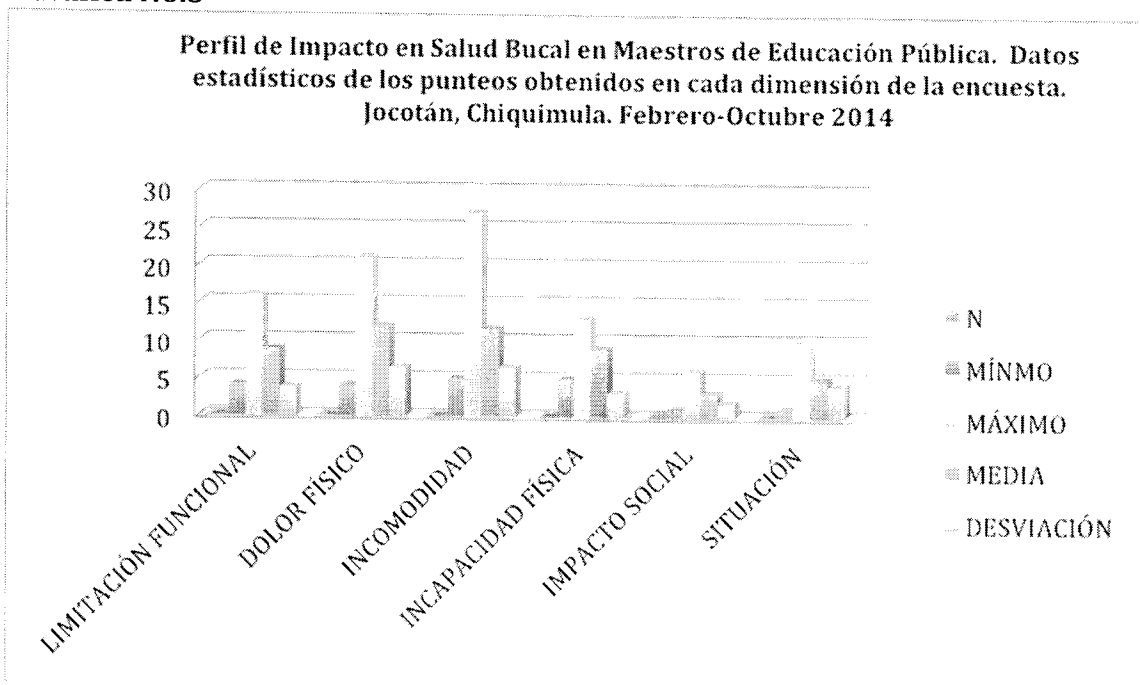
Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública. Datos estadísticos de los puntajes obtenidos en cada dimensión de la encuesta. Jocotán, Chiquimula. Febrero-October 2014

Cuadro No.3

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
LIMITACIÓN FUNCIONAL	20	4	16	8.77	3.76
DOLOR FÍSICO	20	4	21	11.87	6.44
INCOMODIDAD	20	5	27	11.63	6.48
INCAPACIDAD FÍSICA	20	5	13	9	3.16
IMPACTO SOCIAL	20	1	6	3.2	1.78
SITUACIÓN DESVENTAJOSA	20	1	10	5	4.14

En el cuadro se encuentran los resultados de las encuestas que se le pasaron a los maestros donde se preguntan diferentes aspectos de situaciones actuales o pasadas relacionadas con su salud bucal. Evidenciando que todos caen en alguna categoría de la tabla, pero siendo con mayor prevalencia la incomodidad física y menor prevalencia el impacto social, ya que la mayoría de maestros si bien es cierto que padecen de algún tipo de dolencia en la cavidad oral, no se ven afectados o realmente limitados para desenvolverse socialmente, pues es algo bastante común en dicha comunidad.

Gráfica No.3



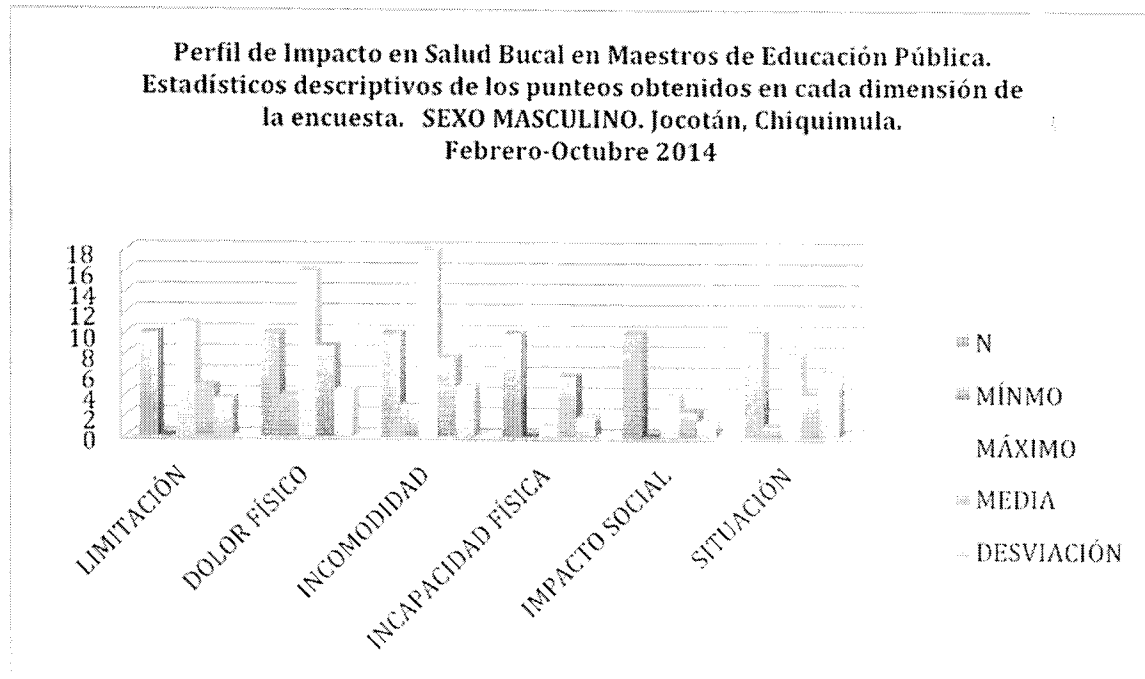
En la gráfica anterior podemos observar que el dolor físico, la limitación funcional e incomodidad afectan a la mayoría de los maestros que se muestra. Y lo que menos influye es el impacto social y situación desventajosa.

Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública. Estadísticos descriptivos de los puntajes obtenidos en cada dimensión de la encuesta. SEXO MASCULINO. Jocotán, Chiquimula. Febrero-October 2014

Cuadro No.4

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
TOTAL LIMITACIÓN FUNCIONAL	10	0	11	4.88	3.62
TOTAL DOLOR FÍSICO	10	4	16	8.75	4.55
TOTAL INCOMODIDAD	10	3	18	7.63	4.88
TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA	10	0	1	5.88	1.90
TOTAL IMPACTO SOCIAL	10	0	4	2.4	1.51
TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA	10	1	8	4.16	6.31

Gráfica No.4



Cuadro y Gráfica No.4:

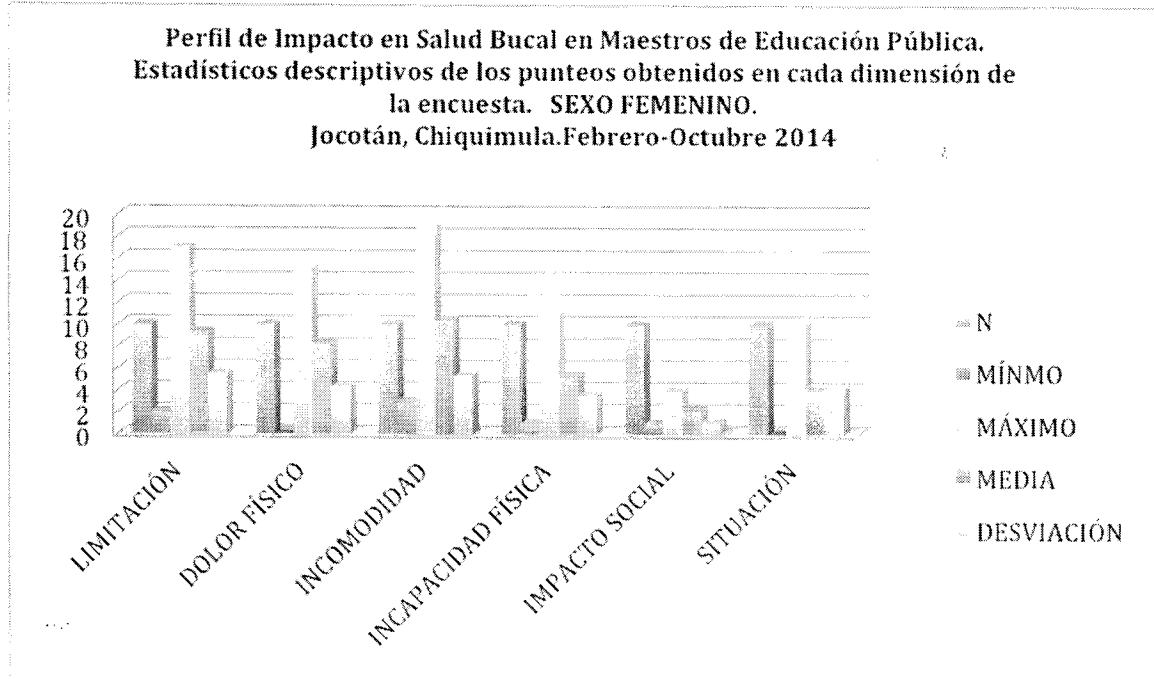
Se puede observar poca variación a la tendencia, siendo para los hombres el mayor problema, la incomodidad física que pueden tener por carencia de salud oral y siendo en segundo lugar el dolor dental que puede ser provocado por distintas situaciones. Pero en la mayoría de los casos no son afectados socialmente e incapacitada por causas de salud bucal.

**Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública.
Estadísticos descriptivos de los puntajes obtenidos en cada dimensión de la
encuesta. SEXO FEMENINO.
Jocotán, Chiquimula. Febrero-October 2014**

Cuadro No.5

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
TOTAL LIMITACIÓN FUNCIONAL	10	2	17	9.33	5.52
TOTAL DOLOR FÍSICO	10	0	15	8.25	4.33
TOTAL INCOMODIDAD	10	3	19	10.45	5.33
TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA	10	1	11	5.33	3.55
TOTAL IMPACTO SOCIAL	10	1	4	2.2	1.09
TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA	10	0	10	4	4.24

Gráfica No.5



Cuadro y Gráfica No.5

Como podemos observar con las mujeres encontramos que en su mayoría son afectadas en diferentes aspectos de su salud bucal y reflejándose que para ellas si hay un impacto social que se ven afectadas mas que el sexo masculino. Y mostrando que para ambos sexos encontramos la mayor prevalencia en la incomodidad.

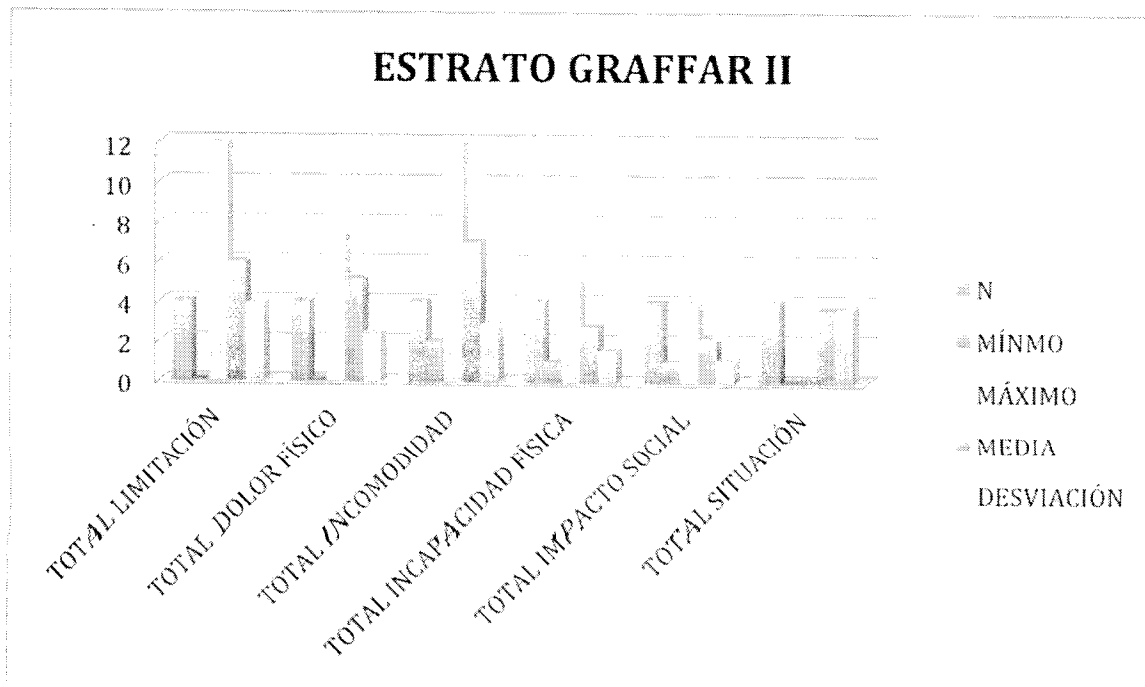
**Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública.
Estadísticos descriptivos de los puntajes obtenidos en cada dimensión de la encuesta. Estrato Graffar II. Jocotán, Chiquimula. Febrero-Octubre 2014**

Cuadro No.6

ESTRATO GRAFFAR II	N	MÍNMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
TOTAL LIMITACIÓN FUNCIONAL	4	0	12	6	3.87
TOTAL DOLOR FÍSICO	4	0	8	5.12	2.41
TOTAL INCOMODIDAD	4	2	12	7	2.93
TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA	4	1	5	2.77	1.56
TOTAL IMPACTO SOCIAL	4	1	4	2.2	1.09
TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA	4	0	0	3.66	3.72

Solo cuatro personas caen en esta categoría de mejores calidad de vida, siendo interesante ya que se puede observar que se marca bien evidente la limitación funcional, la incomodidad y en estos casos si se ven afectados socialmente.

Gráfica No.6



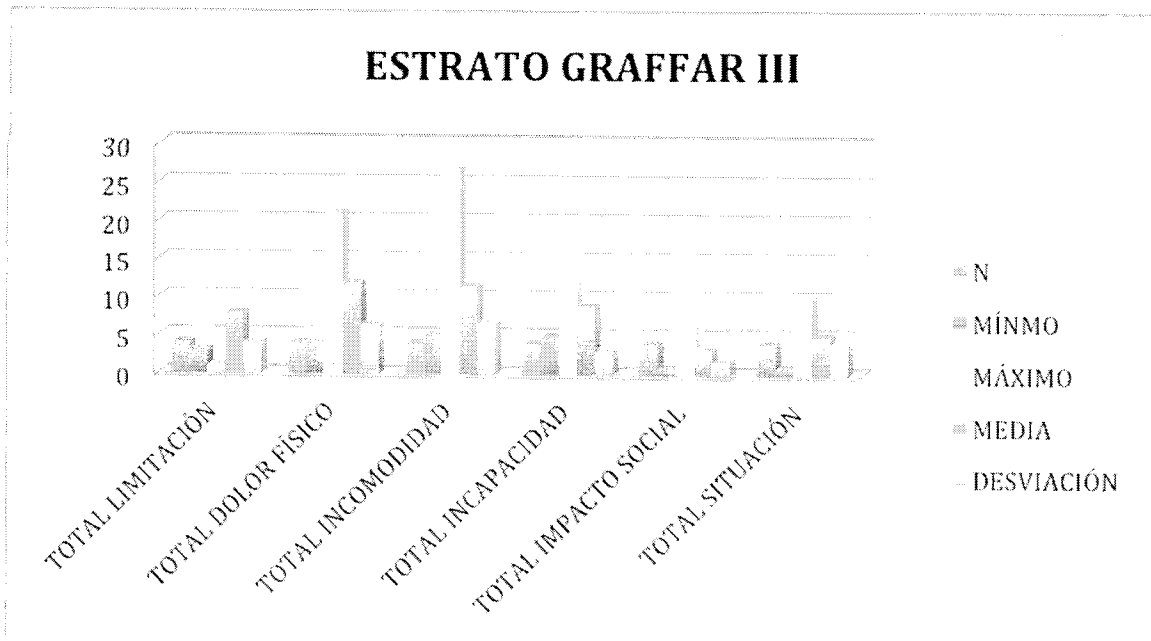
Se observa que hay una totalidad en limitación funcional e incomodidad física para las personas que caen en esta categoría, pero es interesante ver que si hay un impacto en ellos en incapacidad y desenvolvimiento social. Ya que por ser ellos estar mejor económicamente optan a mas posibilidades de satisfacer sus necesidades en ámbito social y cultural.

**Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública.
Estadísticos descriptivos de los puntajes obtenidos en cada dimensión de la
encuesta Estrato Graffar III. Jocotán, Chiquimula. Febrero-October 2014**

Cuadro No.7

ESTRATO GRAFFAR III	N	MÍNMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN
TOTAL LIMITACIÓN FUNCIONAL	4	3	1	7.88	4.10
TOTAL DOLOR FÍSICO	4	4	21	11.87	6.44
TOTAL INCOMODIDAD	4	5	27	11.45	6.65
TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA	4	5	12	8.88	3.01
TOTAL IMPACTO SOCIAL	4	1	6	3.2	1.78
TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA	4	1	10	5	4.14

Gráfica No.7



Cuadro y Gráfica No.7:

Se puede ver que para las personas en este caso los maestros que caen en la categoría III de los estratos Graffares hay una tendencia casi igual para el dolor físico y la incomodidad que pueden tener por problemas dentales. Pero en esta población por ser personas de un nivel económico inferior, se puede observar que no es tan importante para ellos el impacto social que los problemas de salud oral puedan reflejar que les afecta para su comportamiento social, ya que para ellos esto es más común en su medio.

CONCLUSIONES

- El problema que justifica el origen del Programa del Impacto de Salud Bucal está bien identificado en que la situación inicial es adecuada puesto que considera la cuantificación tanto del daño bucal como de la población que es afectada
- El diseño del Programa es adecuado dadas las evidencias en salud pública de la epidemiología de la carie y del fenómeno en nuestro país. Ya que es necesario conocer lo que los maestros saben sobre educación bucal para que también los niños y niñas que asisten a la escuela sean beneficiados por el conocimiento que ellos poseen sobre el tema salud.
- Se identifican claramente las relaciones causa-efecto entre los distintos niveles definidos para el Programa y sus impactos esperados.
- Los programas educativos de higiene oral sólo mantienen los cambios de conducta a largo plazo mediante el refuerzo continuado y las técnicas de motivación.
- Todos los vehículos de transmisión de la información e instrucción en higiene oral son válidos.

RECOMENDACIONES

En particular, los académicos deberán estar involucrados en las ciencias básicas y clínicas y en la investigación en los servicios de salud, a fin de distinguir entre los servicios de salud bucal efectivos y los ineficaces. Esto debe tomar en cuenta los patrones y las tendencias de las enfermedades bucales y aquellos factores que las afecten, con la finalidad de desarrollar las estrategias (con una buena relación costo-beneficio) que favorezcan a personas con mala salud bucodental y a aquellos con acceso limitado a los servicios de salud bucal. También se debe continuar alentando a los médicos, al personal de sanatorios y a las autoridades gubernamentales para que estén alertas respecto de los problemas de salud bucal y proporcionen información a la población sobre hábitos efectivos de salud bucal.

1. Mejorar el conocimiento acerca de lo que funciona y lo que no funciona en la prevención o el tratamiento de los problemas de salud bucal.
2. Reducir las diferencias producto de factores económicos, raciales y de otro tipo en cuanto a la salud bucal y a los servicios de salud.
3. Fomentar la prevención tanto en el plano individual (prácticas alimenticias que prevengan la caries) como en el comunitario (aplicación dental de flúor a nivel masivo y programas escolares para la prevención de la caries dental).
4. Destacar la importancia de la salud bucal (incluyendo las manifestaciones bucales de otros problemas de salud), no sólo entre los odontólogos clínicos, sino también entre los proveedores de atención primaria, académicos y autoridades gubernamentales.

IV. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Descripción administración de consultorio

Institución donde se realizó el programa:

- Dispensario Bethania, Jocotán, Chiquimula.

Coordinador General del programa EPS en el Dispensario:

- Dr. Carlos Arriola.

Objetivos

- A través de los Servicios de Salud, despertar en la población, la participación por el cuidado de un ambiente saludable.
- Prestar mejores servicios a la población por medio de una atención personalizada.
- Despertar la confianza debida en los convalecientes.
- Proporcionar un lugar cómodo, acogedor en donde llevar a cabo los procedimientos dentales.
- Que los Servicios de Salud se brinden con eficiencia, eficacia, equidad y con enfoque intercultural resolviendo de manera oportuna la problemática de salud de la población.

Infraestructura de la Clínica Dental

La infraestructura de la clínica consta de un Cuarto y una pequeña bodega, en el primero se encuentra la clínica en sí, en la bodega se encuentra el compresor dental y un pequeño cuarto en donde se encuentra el destinado para revelar las radiografías y que sirven para el buen desempeño de la clínica.

Protocolo de asepsia y esterilización

Los instrumentos críticos que se utilizaron en la clínica dental del Centro de Salud Dispensario Bethania:

- Instrumental de periodoncia
- Fórceps
- Elevadores
- Limas de endodoncia
- Agujas
- Material de sutura

Los instrumentos semicríticos utilizados fueron:

- Exploradores
- Espejos
- Pinzas para algodón
- Fresas
- Abrebocas
- Piezas de mano de alta y baja velocidad
- Punta de jeringa triple
- Jeringa aspiradora
- Grapas
- Arco de Young
- Instrumental para colocación de dique
- Instrumental de operatoria

Instrumentos no críticos que se manipularon fueron:

- Unidad y sillón dental
- Lámpara de fotocurado
- Motor de endodoncia
- Lavamanos
- Sillas y taburetes
- Compresor dental

El instrumental crítico se lavó con agua y jabón, utilizando un cepillo especialmente para lavado del instrumental, se colocó en una solución de glutaraldehído al 2.65% durante 10 horas y luego se envolvió en bolsitas de papel para ser colocado dentro de recipientes herméticos para su almacenamiento.

El instrumental semicríticos fue lavado con agua y jabón y se colocó en una solución de glutaraldehído durante 30 minutos.

El instrumental no crítico fue desinfectado con cloro, alcohol o desinfectante de superficies. Secados con papel para mas control de cualquier tipo de microorganismos.

Antes de esterilizar todos los instrumentos debían ser limpiados e inspeccionados totalmente para asegurarse que no estaban dañados.

HORARIO DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DENTAL

HORA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 - 1:00	Clínica Integral Escolares	Clínica Integral Escolares	Programa de Prevención Bucal	Clínica Integral Escolares	Clínica Integral Escolares
1:00-2:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
2:00-4:00	Clínica Integral Pacientes Alto Riesgo y escolares	Clínica Integral Pacientes Alto Riesgo y escolares	Programa de prevención y Pacientes Alto Riesgo y escolares	Clínica Integral Pacientes Alto Riesgo y escolares	Clínica Integral Pacientes Alto Riesgo y escolares

V. CAPACITACIÓN PERSONAL AUXILIAR EN CLINICA DENTAL.

La finalidad de la capacitación e implementación de un asistente dental durante la práctica esta con el fin de trabajar a cuatro manos; Haciendo posible la optimización y calidad del trabajo del odontólogo practicante. En esta ocupación se realizan actividades que van desde asistir al odontólogo en las operaciones, identificar la anatomía dental, identificar las principales enfermedades de la cavidad bucal y esterilizar herramientas de trabajo, hasta realizar higiene bucal a los pacientes.

Selección del personal

La persona Seleccionada para llevar a cabo dicha función, me fue recomendada por el odontólogo practicante anterior, dándome buenas referencias de la misma, así también que ya ha laborado durante varios años desempeñando esta función.

Capacitación

Más que una capacitación, fue una orientación y/o reforzamiento de conocimientos que la asistente ya poseía y despejar ciertas dudas, la misma duró 8 meses. Durante este periodo se impartió instrucción teórico-práctica.

Se cedió un espacio de una hora a la semana, en donde se procedió a promover un ambiente de enseñanza-aprendizaje adecuado y explicar al auxiliar el material a estudiar, resolución de dudas. No olvidando la parte práctica y/o visual, no pudiendo ser mejor a la hora de llevar a cabo tratamientos en los pacientes que acuden a consulta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	TEMAS IMPARTDOS
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none"> • conocimiento básico de la clínica y labores • nombre del instrumental básico, métodos de esterilización y limpieza de la clínica • instrumental y aditamentos para extracciones dentales
MARZO	<ul style="list-style-type: none"> • instrumental para periodoncia • material de profilaxis • aditamentos para resinas
ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> • caries dental • generalidades de periodontitis y gingivitis, prevención y como afecta. • Estructuras involucradas en estas tres enfermedades.
MAYO	<ul style="list-style-type: none"> • Amalgamador y su uso • Instrumental de mano para la amalgama. • Aditamentos para amalgama
JUNIO	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes tipos y usos de las fresas • Cuales son pulidoras y cortantes. • Oxido de zinc y eugenol, usos y mezcla. • Ionómero de vidrio, usos y mezcla.
JULIO	<ul style="list-style-type: none"> • Modales de atención para los pacientes • Revelado de radiografías • Donde es necesario uso de radiografías • Y como usar aparato de rayos x.
AGOSTO	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales de impresión y sus usos • Incrustaciones y tipos. • Uso del hilo retractor y donde se utiliza y con que.
SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Policarboxilato, usos y mezcla • Hidróxido de calcio, usos y mezcla.

ANÁLISIS

En el desarrollo de la práctica profesional fue importante aprender a escoger y a capacitar a un asistente dental, ya que nos brinda ayuda para el acortamiento de tiempo en los tratamientos que se le dan a los pacientes que visitan la clínica dental. Entre lo que se toma en cuenta al finalizar la práctica por parte del EPS es ver en el asistente dental que por lo menos desarrolle lo siguiente:

- Desarrolla actitudes y valores que le permitan integrarse al medio laboral, de manera adecuada.
- Identifica la anatomía dental, de acuerdo a las instrucciones y procedimientos.
- Asiste al odontólogo en las operaciones, de acuerdo a las normas de seguridad e higiene ocupacional.
- Aplica la esterilización e identifica los principios bacteriológicos, de acuerdo a las explicaciones.
- Identifica las principales enfermedades de la cavidad bucal, de acuerdo a las instrucciones y procedimientos.
- Honradez y cumplimiento del horario laboral
- Ética profesional.

RECOMENDACIONES:

- Es bueno desde el principio establecer normas de trabajo, capacitación para amabilidad hacia los pacientes que ingresan a la clínica dental y una participación activa desde el principio por parte de la asistente.
- Si se ve desde el principio poca colaboración y falta de respeto de la asistente hacia el odontólogo y las personas atendidas, mejor agradecer su servicio y capacitar a otra asistente.
- Siempre tomar desde un principio referencias personales de la persona por gente de la comunidad.

CONCLUSIONES:

Por la naturaleza de esta ocupación y las condiciones de trabajo, se requiere que las personas que se van a dedicar a hacer asistentes dentales posean ciertas cualidades físicas, y mentales dentro de las que se destacan: Capacidad de seguir instrucciones, normal funcionamiento de las articulaciones, destreza manual, capacidad de concentración y atención de detalles, comportarse de forma calmada, reflexiva y sociable y sobre todo la capacidad de trabajar en equipo. Y que el odontólogo pueda reconocer cada una de estas cualidades.

VI. MEJORAS DE LA CLINICA DENTAL

Es importante darle mantenimiento a la clínica dental, para la buena atención de los pacientes que ingresan al consultorio, asegurando no solo un buen desempeño por parte del odontólogo sino evitando también la transmisión de enfermedades entre el odontólogo y los pacientes.

Hay que tomar en cuenta que el mantenimiento y las mejoras a la clínica dental es indispensable para la formación y larga duración del establecimiento y asegurar el bienestar de las personas que se encuentren en el consultorio.

Por lo tanto fue necesario tomar en cuenta las necesidades que se presentan en dicha clínica haciendo posible un aporte beneficioso y de utilidad por parte del estudiante de odontología que se encuentra en el lugar de EPS de la comunidad. En este caso en el municipio de Jocotán, Departamento de Chiquimula siendo este un dispensario que brinda el lugar físico para tratamientos odontológicos.

JUSTIFICACIÓN

Mejorar la clínica dental con instrumentos dentales y cosas de mantenimiento general así dando mejores condiciones para el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS). Para que en los siguientes años cada vez haya mas material y mejores condiciones para atención y desempeño del odontólogo practicante y los pacientes atendidos en dicha clínica.

OBJETIVOS:

- Brindar material de diagnostico para la mejor atención de los pacientes.
- Brindar materiales de limpieza para el cuidado de la clínica
- Mantener en buen estado el mobiliario y equipo del establecimiento dental para la adecuada atención de los pacientes, dando a los mismos el máximo confort, los cuales son pertenecientes a la comunidad.

METODOLOGÍA

Se conoció y evaluó la clínica dental, teniendo en cuenta las necesidades de la misma. Se estableció que no cuenta con ciertos implementos de limpieza y material diagnóstico para la atención de los pacientes, por lo cual durante la práctica se considero dejar las siguientes mejoras:

1. Tres bandejas: una lisa y dos con divisiones
2. Tres equipos diagnósticos: pinzas, espejo y explorador.
3. Un cartel de salud oral
4. Dos toallas: una grande y una pequeña para la limpieza
5. Un trapeador
6. Un estante de tres niveles de plástico de 1.30cm de alto por 90cm de ancho.

RECURSOS:

- Fueron donados en su totalidad por el practicante del año en curso.
- Gastando un total de: Q. 523.00

CONCLUSIONES:

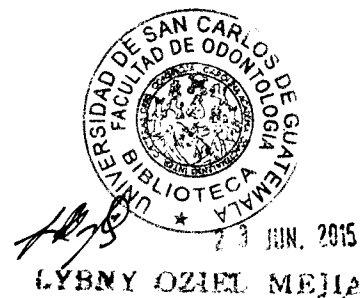
- Que el próximo EPS encontrará la clínica en mejores condiciones y con equipo básico para el mejor desempeño de la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Cariología: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental.** (1997). Caracas, Venezuela: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. p.p. 1 81 -201.
2. Carranza, F y Newman, M. (2004) **Periodontología clínica.** Trad. Dra. Marina González. México D.F: 9 ed. McGraw-Hill Interamericana. p.p 22-63.
3. Carreras, C. (1997). **Organización de una biblioteca escolar popular o infantil.** España: Paidós. p.p 21.
4. Castillo, J. (2006). **Manejo preventivo de caries de aparición temprana.** Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. p.p. 30-34.
5. Guides Pinto, AC. (2003). **Rehabilitación Oral en Odontopediatria: Atención Integral.** Colombia: Ed. AMOLCA. p.p. 139-144;
6. INFOTEP (Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional)(2012). **Monografía Ocupacional: Asistente dental.** (en línea). s.l.: INFOTEP. Consultado el 25 de Jun. 2014. Disponible en: http://www.infotep.gov.do/pdf_prog_form/c_asitdental.pdf.
7. Universidad de San Carlos de Guatemala. (2010). **Instrumental en operatoria:** Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria. p.p 5-25
8. Universidad de San Carlos de Guatemala. (2010). **Posiciones de trabajo en odontología Operatoria:** Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria. p.p 3- 17.
9. Serrano, E. D. (2002). **El concepto de pobreza, su medición y la relación con los problemas del medio ambiente.** (en línea). Colombia: Manizales Rev Dig Univ. 5(20): consultado el 25 de Oct. 2014. Disponible en: <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option.com>



10. Sierra, J. y Peña, M (2014). **Trabajo Comunitario**. (en línea). Bogotá: VUAD. Consultado el 13 Oct. 2014. Disponible en: <http://soda.ustadistancia.edu.co/enlinea//eduvirtual/Libros/TrabajoComunitario/index>.
11. Negroni, M. (2004). **Microbiología estomatológica: Fundamentos y guía práctica**. (en línea). Buenos Aires: Panamericana. Consultado 25 de Oct. 2014. Disponible en: www.es.wikipedia.org/wiki/caries.
12. Zerón, A. (2001). **Nueva clasificación de las enfermedades periodontales: Artículo original**. Rev ADM 58(1): 16-20.

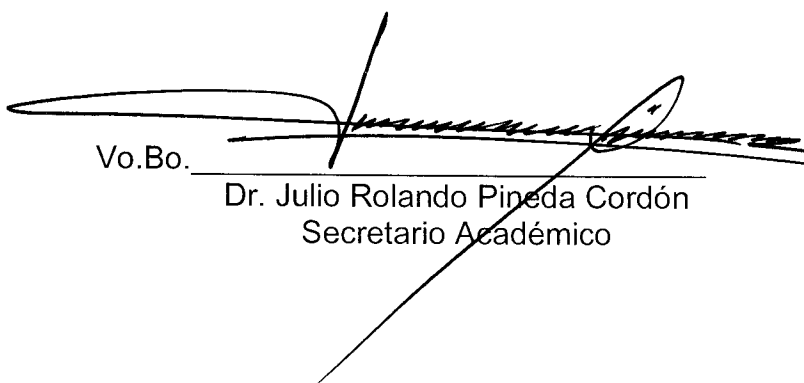


El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad de la autora:



Cristine Samantha Centeno Gómez

El infrascrito Secretario de la Facultad de Odontología hace constar que se firma para cumplir con el requisito académico y 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 considero necesario.

Vo.Bo. 

Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario Académico

