

Informe Final Programa Ejercicio Profesional Supervisado en Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos

FEBRERO – OCTUBRE 2013

Presentado por:

AMALIA MERCEDES FERNÁNDEZ BARRIOS

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, noviembre de 2013

Guatemala, 30 de octubre de 2013.

Doctor
Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario Académico
Facultad de Odontología

Doctor Pineda:

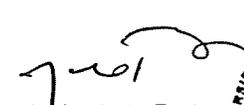
Atentamente me dirijo a usted enviando dictamen sobre el Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado del (la) estudiante **AMALIA MERCEDES FERNÁNDEZ BARRIOS** carné No. 199912350, Nuevo Progreso, San Marcos; de Febrero a Octubre 2013.

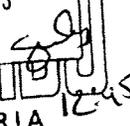
De conformidad con lo establecido en el normativo correspondiente, la Comisión Administradora formuló al autor(a) las observaciones pertinentes, las cuales fueron atendidas en la versión que se presenta.

Habiéndose completado el proceso de evaluación y por estar cumpliendo con los requisitos establecidos, se emite **DICTAMEN DE APROBACIÓN** para el trámite correspondiente.

Sin otro particular, suscribo, atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Fernando Ancheta Rodríguez
ASESOR
Área de Odontología Socio-Preventiva


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
REVISADO
30 OCT 2013
SECRETARIA 

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano: Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal: Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Secretario Académico: Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

Acto que dedico:

A DIOS:

Por ser la luz que ilumina mi vida. Por ser el guía en cada camino recorrido hasta este momento, por incontables bendiciones, por darme las fuerzas para culminar esta carrera y por permitirme tener su presencia en mi corazón.

A MIS PADRES:

A mi Madre Aura Barrios por darme la vida, por ser siempre mi empuje, mi sostén, y mi mejor amiga. A mi Padre Guillermo Fernandez por ser mi ejemplo de vida, por siempre apoyarme, por consejos y tenerme paciencia. Gracias a los dos por todo su amor y sacrificio para que pudiera alcanzar este sueño.

A MIS HERMANOS :

A Ángel Guillermo y José Miguel por su amor, ejemplo, apoyo incondicional, ser esos grandes amigos.

A MIS SOBRINOS:

Sofía, Emilio, José Miguel, Adriana y José Fabián, por brindarme siempre una sonrisa e inspirarme a ser una mejor persona.

A MIS AMIGOS:

Nancy Orozco, Carlos Calderón, Flor Burgos, Jackson Mack, Anelena Ferrigno, Claudia Valiente, Evelyn Juárez, Doris Aquino y a todos mis compañeros de promoción 2011 por su amistad incondicional, cariño y apoyo durante la carrera.

A MIS PROFESORES:

Por toda su enseñanza y su paciencia durante toda la carrera

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 el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

INDICE

Sumario	3
I. Actividades Comunitarias	6
Introducción	7
Justificación	9
Objetivos cumplidos	11
Metodología	12
Grupos cubiertos y participantes por actividad	13
Tabla de resumen	16
Limitaciones	19
Conclusiones	20
Recomendaciones	21
II. Prevención de Enfermedades Bucales	22
Resumen	23
Objetivos	24
Metas del Programa	25
Presentación de resultados	26
II.I Subprograma de enjuagues con fluoruro de sodio	26
II.II Sellantes de fosas y fisuras	28
II.III Educación en salud bucal	31
Análisis del programa de enfermedades en conjunto	33
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
III. Investigación Única	36
Justificación	37
Objetivos	38
Metodología	39
Marco teórico	41
Presentación de resultados	63

IV. Atención Clínica Integral para escolares y Grupos de Alto Riesgo	69
Atención a pacientes integrales	71
Atención a pacientes de alto riesgo	74
V. Administración de consultorio	78
Infraestructura de la clínica, y protocolo de esterilización	81
VI. Capacitación del Personal Auxiliar	84
Introducción	85
Justificación	87
Objetivos	88
Criterios de selección	89
Metodología	90
Análisis	92
Conclusiones	93
Recomendaciones	94
VII. Bibliografía	95
VIII. Anexo	97

SUMARIO

Este informe final de Ejercicio Profesional Supervisado EPS, representa una síntesis de los programas de actividades desarrolladas durante un periodo de ocho meses, comprendido entre los meses de febrero a octubre del año 2013, en el Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos.

El presente estudio, describe cada uno de los temas siguientes: Actividad comunitaria, Prevención de enfermedades bucales, investigación única, Atención clínica integral para escolares y Grupos de alto riesgo y Administración de consultorio. Para cada uno de estos temas se realizaron estudios de acuerdo a la necesidad de lo investigado.

Al iniciar la actividad de Programa de EPS, se acude a las escuelas aledañas a la clínica, para poder tener el alcance de cualquier información de las mismas. Se hace un sondeo de las escuelas, se recaba información, como datos; cantidad de estudiantes que presenta el establecimiento, edades, sexo e índice de caries, para poder empezar con todo el programa durante los 8 meses.

En el programa de seguridad alimentaria se realizó dentro del centro de salud y el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos, a mujeres embarazadas, madres de familia, padres de familia y población adulta en general, se hizo un énfasis en las madres gestantes ya que el principal objetivo es eliminar la desnutrición infantil dando prioridad a mujeres de alto riesgo, se logró el interés por parte de la población para un completo desarrollo del niño para evitar problemas alimenticios, a 131 madres de familia, 105 a madres embarazadas, 130 a padres de familia y 39 a población en general.

El proyecto de Prevención de enfermedades Bucales consta de tres subprogramas; Enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%, Sellantes de Fosas y Fisuras, Educación en Salud Bucal.

El subprograma de Enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2% se desarrolló en 5 escuelas de Nuevo Progreso, San Marcos, a cada escuela se les proporciono 20 pastillas de fluoruro, semanal, las cuales se les dio a los directores de los establecimientos los cuales algunos ya estaban capacitados, o se capacitaron por el estudiante, para que con ayuda de los maestros (monitores), de cada grado, se llevara ha cabo la aplicación a cada estudiante, el día que se destino, (miércoles), se le aplicaron un total de enjuagatorios a 1040 niños, mensualmente, dando como resultado un total de 8,320 enjuagatorios durante los 8 meses.

En el subprograma de sellantes de fosas y fisuras se atendiendo a niños de edades menores de 6- 8 años, que presentaran las piezas recién eruptadas, o que ya estuvieran en boca, sin caries. Se les realizo como método preventivo a 167 niños, realizando un total de 903 SFF.

En el Subprograma de educación en salud bucal se llevan a cabo pláticas acerca del aparato estomatológico para que se familiaricen con las partes en las que consta la boca y tengan los cuidados necesarios para protegerse los dientes.

Llevando a acabo un total de 56 charlas a 1640 niños en los 8 meses.

En el programa de investigación única se realizó un estudio observacional, transversal, analítico. En el que su objetivo era medir las creencias y actitudes en salud bucal de padres de familia y su relación con prevalencia de caries dental y estado socioeconómico de la Escuela Oficial Rural mixta "Viejo Progreso" de Nuevo Progreso, San Marcos. Se evaluó a 20 niños que se escogieron al azar y se les hizo un estudio de piezas cariadas, perdidas y obturadas. Luego se realizaron las visitas domiciliarias a los responsables legales de los niños a su casa de habitación realizándole dos encuestas en las que se recababa información acerca del estudio.

Para la realización del programa de clínica integral para escolares y Grupos de alto riesgo; se brindó tratamiento dental en forma integral a 90 escolares de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 5 a 14 años, de párvulos a sexto grado de primaria, en un período de ocho meses. Se realizaron 99 exámenes

clínicos, 90 profilaxis bucal, 90 aplicación tópica de flúor, 565 sellantes de fosas y fisuras, 11 inómero de vidrio, 1 emergencia, 390 restauraciones de amalgama, 173 restauraciones de resina compuesta, 10 pulpotomías y 7 tratamiento de canales radiculares, 8 coronas de acero. 9 de los escolares no continuaron el tratamiento por lo que no se les dio operatoria terminada. En los grupos de alto riesgo se atendieron a mujeres embarazadas, niños preescolares, adultos mayores, y adolescentes. En ellos se realizaron 103 exámenes clínicos, 32 profilaxis bucal, 36 aplicaciones tópicas de flúor, 11 sellantes de fosas y fisuras, 127 restauraciones de resina, 86 restauraciones de amalgama, 6 pulpotomía, 2 ionómero de vidrio, 43 tratamientos de conductos radiculares, 4 coronas de acero, 40 tratamientos periodontales.

La capacitación del personal auxiliar en odontología se logró de una manera satisfactoria, aprobando todas las pruebas que se le realizaron. La presencia del personal auxiliar fue indispensable para la buena atención, desarrollo del servicio y la atención a los niños de las diferentes escuelas. La actualización del personal auxiliar fue de suma importancia al lograr un trabajo más eficiente durante los ocho meses del ejercicio profesional supervisado.

I. Actividad comunitaria

EDUCACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
PARA PADRES Y MADRES DE FAMILIA, MUJERES EMBARAZADAS Y
PACIENTES EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL DE
LA FAMILIA DE NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS, EN EL PERÍODO DE ABRIL-
SEPTIEMBRE 2013

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es definida como la condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo.

Se dice que se trata de desnutrición primaria cuando los aportes de nutrientes no pueden ser aportados por la situación económica, cultural y/o educativa; así mismo, se clasifica como desnutrición secundaria si los aportes nutricionales son adecuados pero, debido a otras enfermedades, la absorción o utilización de estos alimentos no es adecuada.

La pérdida de peso y las alteraciones en el crecimiento son las principales manifestaciones del mal estado nutricional y basados en el peso esperado del niño (de acuerdo a su edad o estatura) se realiza el cálculo que determina el grado de desnutrición.

La desnutrición crónica es el segundo mayor problema de este país, detrás de la violencia y el narcotráfico. La desnutrición crónica, considerada como una baja estatura para la edad, es el resultado de muchos factores... un niño a los 36 meses de edad debe medir 88 centímetros; de lo contrario, ya es un desnutrido crónico, y su coeficiente intelectual también ha sufrido un deterioro definitivo.

La desnutrición aguda, se origina por una falta reciente de alimentos o una enfermedad que haya producido una pérdida rápida de peso. Este tipo de desnutrición es recuperable; sin embargo, de no ser atendida oportunamente, pone en alto riesgo la vida del individuo.”

Como estudiantes de odontología formando parte del área de salud, es importante informarse e informar a la población para tener conocimiento de uno de los problemas más importantes a los cuales se enfrenta Guatemala: la desnutrición.

En el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se está a erradicar el problema en conjunto con los demás sectores involucrados. Por tanto, se presenta este proyecto cuyo objetivo radica en educar a la población, prestar servicios por parte del estudiante EPS, para llevar conocimientos que les permitan mejorar la alimentación y prevenir la desnutrición a la comunidad a la que han sido asignados.

JUSTIFICACIÓN

La desnutrición es uno de los principales y peores problemas de la humanidad y una de las mayores causas de mortalidad de seres inocentes. Este problema social, del cual el estado tiene conocimiento, quienes se muestran indiferentes sin tener en cuenta que este problema acarrea no sólo la baja economía sino, por otro lado, tristeza y desolación para muchas familias que no tienen las facilidades de brindarle a sus hijos, una vida digna por el simple hecho de no tener dinero. Por esa razón muchas personas, por falta de economía, son denigradas a tal grado de no poder ni siquiera contar con servicios básicos para su vida.

La desnutrición y las deficiencias de nutrimentos continúan siendo importantes problemas de salud pública en todo el mundo.

Los efectos de la desnutrición son incontables pero, los más importantes son el retardo en crecimiento y desarrollo, disminución de la respuesta inmune, aumento en la morbilidad y la mortalidad, disminución del desempeño físico e intelectual y aumento de riesgos reproductivos, pero lo más grave es que estos problemas se presentan en los seres más indefensos de nuestra sociedad: los niños, quienes están más propensos a caer en los crueles brazos de la desnutrición, afectando así su propia vida.

Por ese motivo se debe tener en cuenta que todos están propensos a esta enfermedad y lo que debe buscarse es su definitiva erradicación ya que todos son afectados. Por otro lado, es necesario aclarar que no es un problema fácil de solucionar, sin embargo, debe intentarse y se debería empezar por informarse a fondo sobre el problema y tratar de buscar soluciones a través de las posibilidades existentes.

Por lo tanto se ha implementado, como parte del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, que el estudiante EPS, se involucre en colaborar en resolver este problema, por ser una entidad estatal y principalmente por contar con valores comunitarios.

La Ventana de los Mil Días, consiste en trece intervenciones dirigidas a embarazadas y niños hasta que estos cumplan dos años, previniendo así la desnutrición en la nueva generación, evitando daños irreversibles que ocurren luego de estos mil días si no se interviene a tiempo.

Es importante promocionar la lactancia materna, higiene y alimentación complementaria después de los 6 meses; desparasitación y ácido fólico para embarazadas, micronutrientes para infantes y detección y tratamiento de desnutrición leve como parte de una solución a mediano y largo plazo del problema de la desnutrición.

Como estudiantes del área de Salud de la Universidad de San Carlos debe intervenir, a través de proyectos comunitarios, alianza con instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales; ayudando a solucionar los grandes problemas de desnutrición del país, participando en la enseñanza de la seguridad alimentaria a diferentes poblaciones.

OBJETIVOS CUMPLIDOS

- Se realizó el programa de concientización para mejorar la alimentación y nutrición de las familias y la población en general dando charlas educativas los días martes o viernes en el Centro de Salud de Nuevo Progreso, San Marcos y en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos.
- Se enseñó los signos clínicos de la desnutrición así como métodos alternativos para prevenirla.
- Se le brindó a las familias y a la población en general información sobre la importancia de consumir alimentos y agua segura.
- Se estableció un contacto más cercano de las poblaciones en riesgo como las madres, mujeres embarazadas, en edad reproductiva y bebés lactantes y se realizaron actividades para enseñar la importancia de la alimentación.
- Se logró que el estudiante que realiza el Ejercicio Profesional Supervisado se identifique con la realidad de la población, llevando así el mensaje con más interés.

METODOLOGÍA

DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

Se realizó un sondeo de la información que manejan las madres de familia en el puesto de salud, así como del programa que imparten allí y cómo lo aplican, para así, luego conocer lo que manejan. Se tomó como referencia también, los datos recopilados en el Área de Salud.

Se expusieron temas semanalmente en el puesto de salud y algunos en el Hospital de la Familia relacionados a una adecuada nutrición, ya que allí se lleva a cabo la toma de talla y peso de los niños del municipio. Se evaluó la percepción de los oyentes y se resolvieron dudas

GESTIONES

Se solicitó a la Municipalidad de Nuevo Progreso, San Marcos apoyo para dar realce al programa de la SESAN.

Se solicitó permiso al Puesto de Salud, para llevar a cabo las charlas y se convino el horario pertinente para dichas pláticas. También se impartirán charlas en el hospital de la familia, donde llegan muchas mujeres embarazadas y madres de familia, que es donde se encuentra la clínica.

Fue dirigido a las personas que asistían al Puesto de Salud y Hospital de la familia, Nuevo Progreso, San Marcos. Dentro de lo que se beneficiaron las mujeres embarazadas, madres y padres de familia.

TEMAS QUE SE DESARROLLARON

1. COMIENDO BIEN

- Alimentación sana
- Comer bien.
- Alimentos y nutrientes. Tipos de alimentos. Necesidades nutricionales de la familia.

2. OBTENIENDO SUFICIENTES ALIMENTOS

- Seguridad alimentaria.
- Mejorando la producción y almacenamiento de los alimentos.

3. LA ALIMENTACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA Y LACTANTE

- Alimentación de la mujer embarazada y lactante
- Recomendaciones a las mujeres embarazadas para mejorar su alimentación.
- Malestares del embarazo y nutrición.
- Alimentación de la mujer que está dando de mamar.

4. MANTENIENDO LOS ALIMENTOS LIMPIOS

- Por qué los alimentos y bebidas deben ser limpios
- Higiene personal. Agua limpia. Compra y almacenamiento de alimentos. Preparación de alimentos. Higiene alrededor de la casa. Toxinas y productos químicos.

5. ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS

- Niños de 0 a 6 meses

- Lactancia exclusiva Contraindicaciones de la lactancia materna (que establecerá el médico). Alimentación del niño sin lactancia materna exclusiva. Controlar el peso del bebé.

- Niños de más de seis meses

- Cuándo comenzar la alimentación complementaria. Qué alimentos dar y cuándo. Estimular a los niños pequeños a comer. Niños de 3 y más años.

6. ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS Y JÓVENES EN EDAD ESCOLAR Y ADULTOS MAYORES.

- Niños y jóvenes

- Por qué alimentarse bien. Consecuencias de mala alimentación. Alimentación de niños y adolescentes. Mejorando la nutrición de los niños y adolescentes.

- Alimentación y cuidado de los adultos mayores

- Dietas especiales.

- Enfermedades cardiovasculares y alimentación.

- Azúcar y diabetes.

7. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA MALNUTRICIÓN

- Desnutrición infantil, Deficiencia de hierro y anemia, Consecuencias de la deficiencia de vitamina A, Sobrepeso y obesidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLARON

FECHA	TEMA
MIE 3 ABRIL 2013	
MIE 17 ABRIL 2013	COMIENDO BIEN
MIE 24 ABRIL 2013	OBTENIENDO SUFICIENTES ALIMENTOS
MIE 1 MAYO 2013	
MIE 8 MAYO 2013	
MIE 22 MAYO 2013	ALIMENTACIÓN EMBARAZADA Y LACTANTE
MIE 29 MAYO 2013	
MIE 3 JULIO 2013	
MIE 17 JULIO 2013	
MIE 24 JULIO 2013	ALIMENTOS LIMPIOS
MIE 31 JULIO 2013	
MIE 7 AGOSTO 2013	
MIE 21 AGOSTO 2013	ALIMENTACIÓN LACTANTES Y NIÑOS
MIE 28 AGOSTO 2013	
MIE 4 SEPTIEMBRE 2013	
MIE 18 SEPTIEMBRE 2013	ALIMENTACIÓN NIÑOS, JÓVENES, ADULTOS MAYORES
MIE 25 SEPTIEMBRE 2013	
OCT 2 OCTUBRE 2013	PREVENCIÓN Y CONTROL DE MALNUTRICIÓN
OCT 9 OCTUBRE 2013	

ACTIVIDADES REALIZADAS

Cuadro No. 1

Actividades realizadas por mes en la Sala de espera del Centro de Salud y en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos abril-octubre 2013

MES	TEMA	ACTIVIDADES
ABRIL	Lactancia materna	4
MAYO	Alimentación Complementaria	4
JUNIO	Consejería	4
JULIO	Autocontrol y Cuidados	4
AGOSTO	Olla Alimentaria	4
SEPT/OCT	Ventana de los 1000 días	4
TOTAL		24

Se realizaron 4 charlas educativas según el tema de cada mes, durante el período de abril a octubre; realizadas en la sala de espera del Centro de Salud y en el Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos

GRUPOS CUBIERTOS Y PARTICIPANTES POR ACTIVIDAD

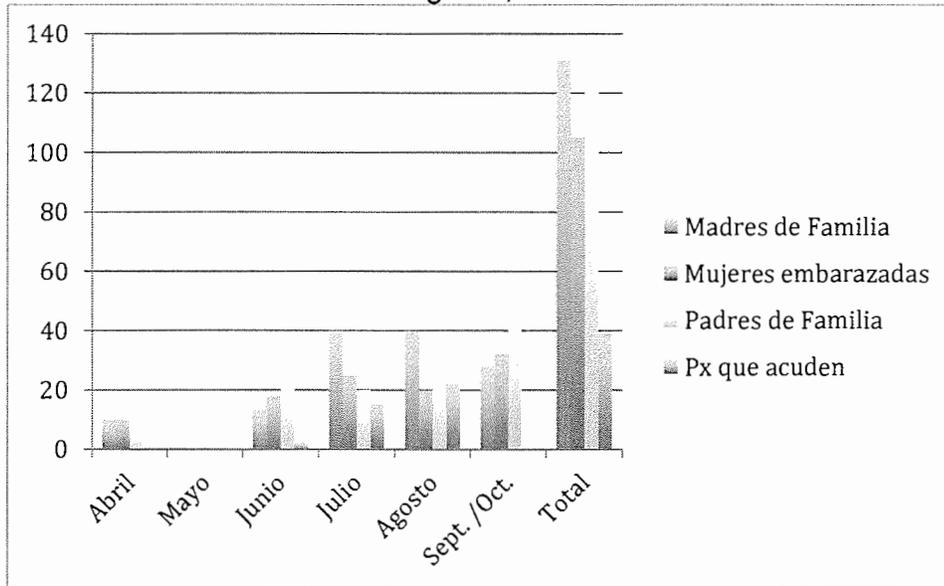
Cuadro No.2

Grupos cubiertos y participantes por mes de las charlas sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional en la sala de espera del Centro de Salud y en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos

GRUPO CUBIERTO				
MES	Madres de Familia	Mujeres embarazadas	Padres de Familia	Px que acuden
Abril	10	10	5	0
Mayo	0	0	0	0
Junio	13	18	22	2
Julio	40	25	20	15
Agosto	40	20	28	22
Sept./Oct.	28	32	55	0
Total	131	105	130	39

Gráfica No. 1

Distribución de grupos cubiertos por mes de las charlas sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional en la sala de espera del Centro de Salud y en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos

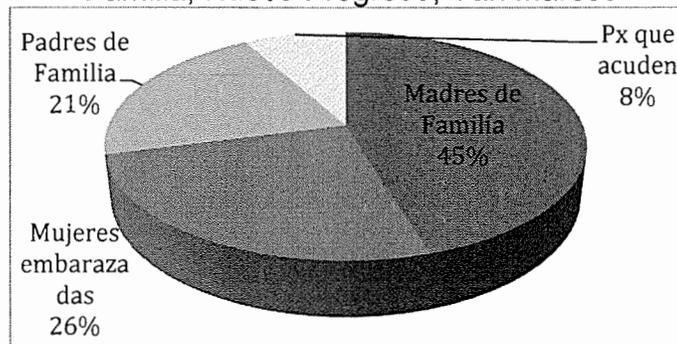


Interpretación

En el mes de mayo no hay reporte del grupo porque fue el mes de consejería, la cual se daba a cada madre o padre durante la consulta del escolar en el programa de clínica integral.

Gráfica No. 3

Porcentaje pacientes cubiertos de las charlas sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional en el en la sala de espera del Centro de Salud y en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos



interpretación

La grafica demuestra que la asistencia de madres de familia era mayor, con un 45% de ellas, seguido de las mujeres embarazadas, por consiguiente, fueron ellas las que tuvieron la oportunidad de recibir las charlas.

Cuadro No.3

Grupos atendidos en educación por sexo sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional en el en la sala de espera del Centro de Salud y en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos del 2013

			Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. Preescolares						
2. Estudiantes de Básico y Diversificado						
3. Maestros (as)						
4. Madres de Familia	131	32%			131	32%
5. Mujeres embarazadas	105	26%			105	26%
6. Padres de Familia	130	32%	130	32%		
7. Pacientes que acuden o están internos en servicios de salud	39	10%	30	8%	9	2%
8. Población en General						
Total	405	100%	160	40%	236	60%

Se abarco una población de 405 personas, de los cuales 160 fueron masculinos y 236 femeninos incluyéndose en este grupo a las madres de familia y las mujeres embarazadas; a los cuales se les impartieron las charlas de educación de los temas: Lactancia materna, Alimentación Complementaria, Consejería, Autocuidados, Olla alimentaria y la Ventana de los 1000 días.

LIMITACIONES

Generalmente no hubo tantas limitaciones que no se pudieran arreglar, sin embargo podemos mencionar algunas:

- Algunos temas, como la lactancia materna, por ejemplo. Existían muchas dudas de cómo amamantar al niño o de síntomas al hacerlo; de los cuales, la estudiante EPS no tenía la experiencia en el ámbito para resolverlas.
- La institución más cercana de la SESAN, se encontraba a una hora de Nuevo Progreso. No se recibió ningún apoyo de ellos.
- El material de apoyo en el Centro de Salud era escaso.

De lo antes mencionado, todo se logró resolver durante las charlas en el año.

CONCLUSIONES

- Se logró un total de 24 charlas sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional a las mujeres embarazadas, madres, padres de familia y pacientes que acudían a consulta externa debidamente calendarizadas y con temas preestablecidos.
- Se dieron charlas sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional a un total de 577 personas.
- El total de participantes, la mayoría fueron madres de familia y mujeres embarazadas, y por último padres de familia.
- Las madres de familia, con estas charlas pueden mejorar la alimentación y nutrición de la familia, de esta manera, se puede reducir gradualmente el índice de desnutrición en Guatemala.
- Después de la capacitación, las madres de familia podrán valorar la importancia de la alimentación y autocuidados para su familia y, sobre todo, para un próximo hijo, nieto o familiar; logrando disminuir poco a poco el índice de desnutrición en el país.

RECOMENDACIONES

- Exhortar a las madres, mujeres embarazadas, padres, pacientes y población en general que asistieron a las charlas a que continúen informando lo aprendido al vecino etc. para así disminuir las tasas de desnutrición en la población.
- Ampliar este tipo de proyecto en las escuelas, grupos de comadronas, gente que trabaje en el campo, ya que brinda una información de gran importancia para la población, específicamente en el área de salud.
- Solicitar material didáctico y promoción de jornadas a la SESAN, ya que es de parte de ellos que viene la información que se imparte.
- Solicitar más información debido a que a veces existen dudas, sin embargo, por no ser médicos, en esa área no se pueden resolver.

II. Programa de Prevenciones de Enfermedades Bucales
Nuevo Progreso, San marcos

RESUMEN

El ejercicio profesional supervisado, se llevó a cabo en la comunidad Nuevo Progreso, San Marcos. A continuación se dará un informe de las actividades que se llevaron a cabo durante los 8 meses que dura el programa de prevención de enfermedades bucales en odontología, incluyéndose en él, los subprogramas de: los enjuagatorios con fluoruro de sodio, charlas de educación en salud bucal, y el barrido de sellantes de fosas y fisuras.

Enjuagatorios con fluoruro de sodio. Se aplicó enjuagues de fluoruro de sodio con concentración de 0.2% semanalmente. Todos los miércoles de cada semana se aplicaban las dosis con jeringas de 5ml con la ayuda de monitores, los cuales eran los profesores de cada grado. Este procedimiento se llevó a cabo durante los 8 meses. Las escuelas en las que se impartía el subprograma de enjuagatorios, fueron; 3 rurales y 2 urbanas; Escuela Oficial Mixta Rural "Viejo Progreso", Escuela Oficial Mixta "La Muralla, Escuela Oficial Mixta Rural "Aldea Palín" y Escuelas Oficial Mixta Urbana "Centro América" y Colegio San José. En la clínica también se trabajó enjuagatorios con pacientes del alto riesgo, y eso debido a que muchos niños, no asistían a escuelas.

También se realizaron charlas a las mismas escuelas en donde se aplicaban los enjuagatorios, donde la estudiante EPS se enfocaba en cómo adquirir el hábito de una adecuada limpieza bucal, y otros como, el proceso de caries, enfermedad periodontal, técnicas de cepillado y métodos alternativos para la limpieza bucal, Y eso se realizaba para que ellos comprendieran la necesidad de poner en práctica la prevención antes que la curación de algunas enfermedades bucales.

Y, como parte de la prevención de enfermedades bucales, también se llevó a cabo el barrido de sellantes de fosas y fisuras a los niños de Párvulos y Primaria, donde se realizó un banco de pacientes, 20 niños por mes, principalmente a las primeras molares. Las edades prioritarias eran de 6 a 7, ya que las piezas se encontraban recién erupcionadas, aunque también se trabajaban a todos los niños de primaria, a fin de tratar de mantener toda pieza dental recién erupcionada, libre de caries y para que las ya erupcionadas, que estaban libres de caries, continuaran de esa forma.

OBJETIVOS

- Dar a conocer a la población el significado de los que es la caries dental y la enfermedad periodontal.
- Enseñar las formas en las que se puede trabajar en prevenir las enfermedades bucales.
- Dar charlas a niños, maestros, padres de familia acerca de sustitutos de pasta dental y de cepillo.
- Enseñar el significado y la importancia del Flúor en la cavidad bucal.
- Concientizar acerca del problema que trae el consumo de azúcares en la cavidad bucal.
- Motivar a la población a usar una buena técnica de cepillado así como la seda dental.

METAS DEL PROGRAMA

Enjuagatorios con flúor:

- Abarcar, como mínimo, 1000 niños de las escuelas donde se realiza el programa de EPS. Realizando las actividades una vez por semana.
- Para reducir incidencia de caries.

Sellantes de Fosas y Fisuras:

- Atendiendo a 20 niños mensualmente, a fin de tratar de mantener toda pieza dental recién erupcionada, libre de caries y las ya erupcionadas libres de caries.

Educación en salud bucal:

- Con las charlas de educación bucal a niños y padres de familia despertar la necesidad de poner en práctica la prevención antes que la curación de algunas enfermedades bucales.

II. PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES
II.I. SUBPROGRAMA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO DE SODIO AL 2%

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

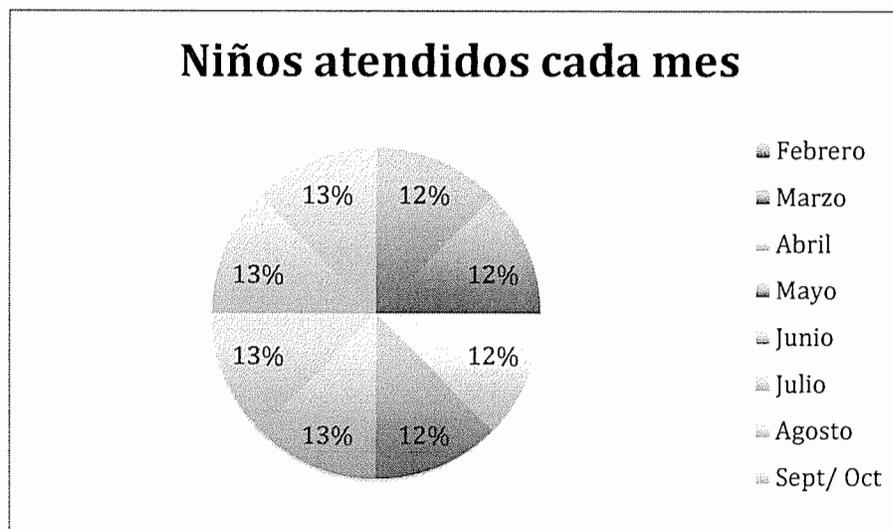
CUADRO No. 1

Promedio mensual de niños beneficiados con el programa de enjuagues de flúor en 5 Escuelas de Nuevo Progreso, San Marcos, Febrero a Octubre 2013

ESCUELA	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept/ Oct
Escuela Oficial Mixta Urbana "Centro América"	407	407	407	407	407	407	407	407
Escuela Oficial Mixta Rural "Aldea Palín"	210	210	210	210	210	210	210	210
Escuela Oficial Rural Mixta "Viejo Progreso"	180	180	180	180	180	180	180	180
Colegio "San José"	173	173	173	173	173	173	173	173
Escuela Oficial Mixta Rural "La Muralla"	70	70	70	70	70	70	70	70
TOTAL	1040							

Gráfica No. 1

Distribución de enjuagues de flúor en las diferentes escuelas



En las 5 escuelas se cubrieron 1040 niños todo el mes, durante 8 meses

II. PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES
II.II. SUBPROGRAMA DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

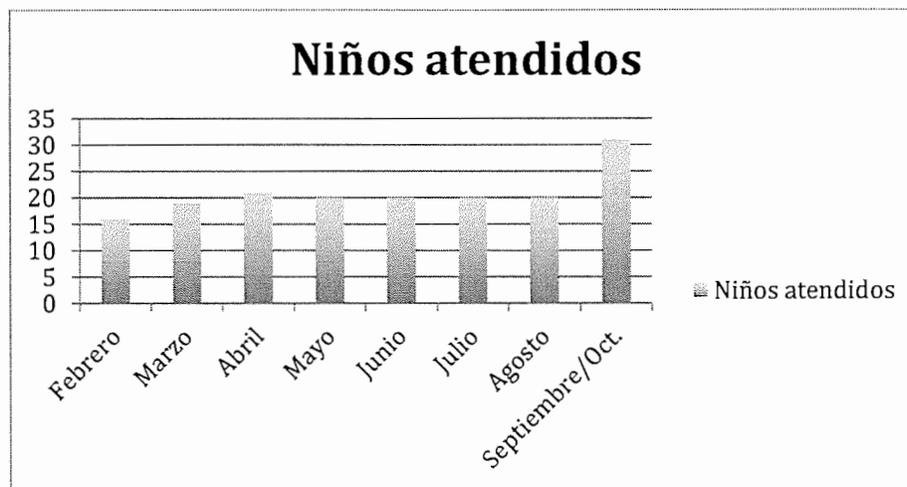
Cuadro No. 2

Número de escolares beneficiados en el programa de sellantes de fosas y fisuras y la cantidad de sellantes realizados, Febrero a Octubre 2013

MES	Niños atendidos	No. De SFF
Febrero	16	96
Marzo	19	146
Abril	21	91
Mayo	20	84
Junio	20	139
Julio	20	93
Agosto	20	81
Septiembre/Oct.	31	173
TOTALES	167	903

Gráfica No. 2

Número de niños atendidos por mes en el programa de sellantes de fosas y fisuras en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos, febrero a octubre 2013

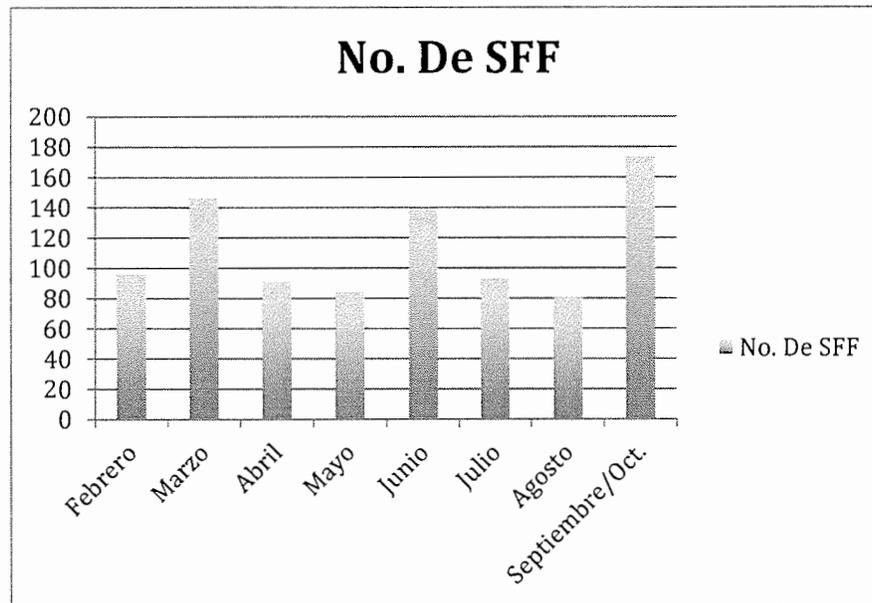


Interpretación

Se atendieron 31 niños en el mes de septiembre

Gráfica No. 3

Número de sellantes de fosas y fisuras realizados por mes en el programa de sellantes de fosas y fisuras en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos, de febrero a octubre 2013



Interpretación

En el subprograma de barrido de fosas y fisuras, se atendieron 20 niños por mes, 167 niños en 8 meses y en total se realizaron 903 SFF. Fue realizado en niños de párvulos a 6to primaria.

No se realizó en una escuela específica ya que, debido a el índice alto de caries, en una solo institución no se puede realizar, así que, se realizó entre las 5 escuelas, las cuales se incluyeron en el programa, pero también en niños de alto riesgo que llegaban a la clínica, donde alguno de ellos no asistían a la escuela debido a factores económicos y la distancia en la que viven de alguna de ellas.

II. PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES
II.III. SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

PROGRAMA EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL

Este programa, se llevó a cabo en las 5 escuelas, se llevaba a cabo los días miércoles después de la aplicación del enjuagatorio de fluoruro de sodio, en los grados de párvulos a 6to primaria. Se reunían a los grados por grupos de dos. Después de cada charla se evaluaba la comprensión de los temas con preguntas, motivándolos con premios por la atención.

Los temas impartidos fueron, Anatomía de la cavidad bucal, Estructura de las piezas bucales, Anatomía dental, Caries dental, Enfermedad periodontal, Técnica de cepillado, Uso de hilo dental, Uso de flúor y pasta dental y Métodos alternativos para el cepillado.

Cuadro No. 3

Número de niños abarcados durante las charlas de educación en Salud por mes, en las 5 escuelas de Nuevo Progreso, San Marcos, de febrero a octubre 2013.

Mes	Actividades desarrolladas	Niños abarcados
Febrero	8	197
Marzo	8	150
Abril	8	283
Mayo	8	207
Junio	8	206
Julio	8	231
Agosto	8	111
Sept/ Oct	8	255
total	56	1640

ENTREGA DE CEPILLOS DENTALES

La entrega de los cepillos dentales con pasta dental que donó la Colgate al principio del EPS, se entregaron a los niños que asistían a la clínica, dándoles una charla de técnica de cepillado para la mejor comprensión.

Análisis del programa de enfermedades bucales en conjunto

El programa de prevención de enfermedades bucales impartido durante los 8 meses de ejercicio profesional supervisado, es de gran ayuda para todos los niños de las escuelas y a los maestros de las mismas.

Con el programa de educación en salud se les impartió las charlas de educación en salud bucal donde se les brindó información de una manera sencilla, diferentes temas relacionados con las enfermedades bucodentales, se les hizo consciencia sobre la importancia del cuidado de la cavidad oral y se les motivó a poner en práctica todo lo aprendido. Se cubrieron 1640 durante los ocho meses, realizando 8 actividades al mes con distintos grupos de escolares.

Con el programa de sellantes de fosas y fisuras se logró atender a 167 niños realizando 903 sellantes en piezas permanentes cumpliendo el objetivo de lograr sellar piezas sanas o con caries incipientes evitando así el aumento del CPO en los niños de Nuevo Progreso, San Marcos.

Con respecto a los enjuagues de fluoruro de sodio, se cubrió el 100% de escolares de las 5 escuelas que participaron en este programa; **Escuela Oficial Mixta Urbana "Centro América, Escuela Oficial Mixta Rural "Aldea Palín, Escuela Oficial Rural Mixta "Viejo Progreso, Colegio "San José", Escuela Oficial Mixta Rural "La Muralla"** brindándoles así los beneficios que proporciona el flúor, cubriendo una totalidad de 1040 niños cada miércoles durante los 8 meses.

Los tres programas de prevención fueron bien recibidos en la comunidad ya que siempre se mostraron atentos. Todos los padres de familia así como maestros apoyaron en las citas de los niños y ayudaron sirviendo de monitores para las actividades realizadas.

CONCLUSIONES

- El programa de prevención con enjuagues de fluoruro de sodio al 2% se realizó semanalmente a los escolares, de los cuales se benefició a 1040 niños.
- Se realizaron 56 charlas de educación en salud bucal a escolares de primero a sexto grado primario.
- Se realizó un barrido de sellantes de fosas y fisuras a un total de 167 escolares, con un total de 903 piezas dentarias selladas, en los 8 meses.
- Se repartieron todos los paquetes de cepillos dentales con pasta dental.

RECOMENDACIONES

- Seguir con los programas para ir logrando una disminución de enfermedades bucales en la población de niños de Nuevo Progreso, San Marcos.
- Instar tanto a directores, maestros y escolares motivándolos para continuar apoyando a los EPS con los programas de salud bucal.
- Tratar de cubrir diferentes escuelas a las de este año, para llevar el conocimiento y atención a la demás población de niños no atendidos durante el año.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA
CREENCIAS Y APTITUDES EN SALUD BUCAL DE PADRES DE FAMILIA Y SU
RELACIÓN CON PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y ESTADO
SOCIOECONÓMICO DE ESCOLARES EN EL 2013

NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

JUSTIFICACIÓN

La salud bucal de muchas personas es muy escasa, debido a que la educación en salud bucodental es deficiente y la falta de recursos para adquirir implementos de limpieza bucal, son factores que hacen que el índice de caries sea alto. La poca educación en salud bucal que adquieren los padres de familia, no están fundamentados por información verídica, creando creencias falsas de cómo realizar una adecuada higiene bucodental adecuada.

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Enseñar a su hijo los métodos de higiene bucal apropiados es una inversión en salud que proporciona beneficios para toda la vida pero, para enseñar al hijo, se debe tener conocimientos de la realización adecuada de higiene bucodental. Al cuidar sus propios dientes, el niño recibirá el mensaje de que la salud bucal es algo importante, fomentando así una higiene bucal apropiada.

OBJETIVOS

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

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico buscando detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio. Con respecto de los criterios de inclusión, cada sujeto debió cumplir lo siguiente:

- Escolares de ambos sexos
- Edad entre 8 y 12 años
- Inscritos en la escuela oficiales del Ministerio de Educación

En cada comunidad sede del programa EPS se seleccionó una escuela pública del sector oficial, por muestreo aleatorio simple. En Nuevo Progreso, San Marcos, fue la Escuela Oficial Rural Mixta "Viejo Progreso", donde se utilizó la división de la población escolar por grados como estratos, el tamaño de cada estrato se tomó en cuenta para la asignación proporcional al tamaño de la muestra. A nivel de los estratos se seleccionó a los escolares por muestreo aleatorio simple. Se utilizó un tamaño de muestra de 20 escolares.

Las principales variables de valoración fueron:

- Conglomerados: Escuela Oficial Mixta Rural "Viejo Progreso" de Nuevo Progreso, San Marcos.
- Estratos: grados y secciones de la escuela seleccionada.
- Selección de la muestra
- Muestreo dentro del conglomerado para seleccionar la escuela que será estudiada
- Muestreo estratificado (grados) proporcional al tamaño de cada estrato. Al interior de cada estrato se realiza un muestreo aleatorio simple.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para la medición del tipo, creencias en salud bucal, edad, sexo y grado escolar, ocupación de jefe(a) de familia, nivel de escolaridad de la madre, fuente de ingresos, condiciones de la vivienda, se realizaron, por medio de una encuesta que se les proporcionaba en sus propias viviendas.

Para la medición de la prevalencia de caries dental se utilizó los criterios CPO- D de Klein, palmer y Knutson

- Paciente en posición horizontal
- Iluminación artificial
- Secado de piezas dentales con aire a presión durante 5 segundos
- Diagnóstico básicamente visual utilizando espejo N0. 5 y confirmación táctil con sonda

MARCO TEÓRICO

La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. En la actualidad, la distribución y severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.

La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de países industrializados, llegando a afectar entre 60% y 90% de la población escolar y adulta.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas, por la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento (de operatoria y rehabilitación oral), pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La literatura sugiere además que el uso de teorías o modelos para fundamentar una investigación, un programa o intervención de promoción de la salud, mejora significativamente las probabilidades de éxito de la misma. En ese contexto, se sabe que las creencias de los individuos y, en el caso particular del asunto de investigación aquí abordado, las creencias de los adolescentes influyen en el desarrollo de comportamientos saludables o de riesgo para la salud.

Salud bucodental

La cavidad oral y la dentición es la primera etapa de los alimentos para ser correctamente ingeridos y digeridos. Así, una mala dentición, enfermedades de las encías (gingivitis, enfermedad periodontal) y de la mucosa oral o un precario estado de funcionamiento de las estructuras encargadas de la masticación, podrán producir déficits alimentarios o disfunciones digestivas que pueden repercutir negativamente en el estado nutricional de la persona.

De un modo añadido y, como estructura fundamental para la comunicación oral y primera presentación de la persona al resto de la sociedad, el estado de la boca puede ser fundamental para la correcta inserción en la sociedad; una boca con déficit de piezas dentarias, piezas rotas o con estado de limpieza inadecuado, dará una mala impresión de la propia persona, pudiendo ser desagradable para el resto de la sociedad. Por añadido, un precario estado de limpieza y cuidados de la cavidad oral puede producir con facilidad mal olor y aliento desagradable, deteriorando las relaciones sociales de la persona.

Por todo ello, el cuidado de la cavidad oral es importante, no únicamente para la propia salud sino también para la correcta adaptación e inserción en la sociedad en la que vivimos.

Las recomendaciones principales para el correcto cuidado e higiene de la cavidad oral y de los dientes son:

- Cepillado diario con crema dental que contenga flúor, con una regularidad en general recomendada de dos veces al día, para mantener el estado de limpieza de los dientes y la salud de la mucosa oral.
- Uso de hilo dental una vez al día, para mantener limpio el espacio entre los dientes.
- Abandonar el hábito del tabaco.
- Procurar no ingerir alimentos que puedan producir mal olor o que puedan producir residuos en la cavidad oral.
- Aumentar la ingesta de alimentos con fibras vegetales (fruta, verdura) que, con su masticación producen un efecto de limpieza y arrastre de restos de otros alimentos.
- Controlar el uso de fármacos que puedan producir sequedad de boca, e intentar revertir estos efectos indeseables de algunos fármacos.
- Curar posibles heridas, aftas o lesiones en la mucosa oral y en la lengua.
- Controlar la presencia de caries o alteraciones en las piezas dentarias.

- Visitar al odontólogo, al menos una vez al año y cuando se detecten alteraciones susceptibles de tratamiento.

Con estas sencillas actividades, algunas de ellas diarias, será más fácil mantener el estado correcto de la dentición y de la cavidad oral, lo cual repercutirá positivamente en la salud de la persona, tanto en sus vertientes física como psicológica y social.

"Las enfermedades bucodentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable", afirmó Saskia Estupiñán, experta en Salud Bucodental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). "Hay que valorar y proteger la salud bucodental antes de que ocurran los problemas", añadió.

Nueve de cada 10 personas en todo el mundo está en riesgo de tener algún tipo de enfermedad bucodental, lo cual incluye desde caries hasta enfermedades de las encías pasando por el cáncer de boca. La prevención empieza en la infancia y, sin embargo, incluso en los países desarrollados, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar tienen caries.

Una de las formas más graves de esta enfermedad es el cáncer de boca, cuyos factores de riesgo más importante son el consumo de tabaco o alcohol y por el virus del papiloma humano (VPH). Los profesionales de salud bucodental pueden tener un papel clave en la detección temprana al examinar a sus pacientes por señales de cáncer bucal en las revisiones.

En las Américas, la carga de este tipo de enfermedades ha disminuido significativamente desde 1980, en gran parte gracias a intervenciones de salud pública como el uso de flúor en la sal y el agua, o el uso de tecnologías sencillas y eficaces en el cuidado de la salud bucodental.

La cooperación técnica de la OPS/OMS ha ayudado a los países a fortalecer sus servicios de salud bucodental a través de la capacitación, la implementación de buenas prácticas y las asociaciones. La Iniciativa sobre Comunidades Libres de

Caries, por ejemplo, trabaja en ampliar el acceso a servicios de salud bucodentales básicos para todos, especialmente los grupos vulnerables, a través de asociaciones entre el sector público y privado. La iniciativa llama a integrar la salud bucodental en los servicios de atención primaria y promueve el uso de intervenciones costo-efectivas.

Tres de las medidas básicas para mantener la dentadura, las encías y la boca en buen estado y prevenir la caries dental y las enfermedades de las encías son el cepillado correcto de dientes, el uso de flúor y revisiones periódicas por el dentista.

Cepillado correcto

Un cepillo adecuado. El cepillo de dientes es una herramienta absolutamente fundamental en la salud dental. Sus características deben ajustarse a diversas circunstancias de su propietario: edad, destreza manual, si lleva implantes o aparato de ortodoncia, y un largo etcétera. Su duración, además, es limitada, a los tres o cuatro meses debe ser sustituido para mantener una óptima higiene bucal.

En primer lugar, el cepillo de dientes debe ajustarse a la edad. El cepillo de los más pequeños debe contar con un mango más grueso para facilitar su manejo. El cabezal, por su parte, también será más pequeño, adecuado al tamaño de la boca y de los dientes de los niños.

También la destreza es importante: no es lo mismo la habilidad de un joven o adulto, que la que pueda tener una persona discapacitada o una persona mayor que tenga dificultad por alguna dolencia o, simplemente, debido a su edad.

Llevar prótesis o aparatos de ortodoncia, también influye a la hora de elegir el cepillo de dientes, pero no hay problema, ya que disponemos de un sinnúmero de modelos que facilitan la labor de cepillar prótesis completas o parciales, así como puentes convencionales, aparatos de ortodoncia, etcétera. En definitiva, siempre hay un cepillo para cada necesidad.

Los cepillos eléctricos, son igual de efectivos que los manuales y, además, facilitan la

labor. Son muy recomendables para las personas que no pueden cepillarse solas por ejemplo, algunos ancianos y discapacitados. Lo importante es cepillarse bien. Por eso son útiles también en aquellas personas que siguen sin hacerlo correctamente después de haberles enseñado el uso adecuado del cepillo manual.

Otro aspecto importante es la necesidad de cambiar un cepillo más o menos cada tres o cuatro meses, “el tiempo que tardan en abrirse las cerdas del cepillo”. Si se abren mucho antes, puede ser que el cepillo no sea de buena calidad o que la forma de cepillado es excesivamente agresiva, con el consiguiente daño para nuestros dientes.

Cepillarse después de cada comida. La frecuencia de cepillado es, por supuesto, fundamental. Conviene llevar a cabo una limpieza bucal tras las comidas. Los profesionales, además, insisten en la importancia del cepillado después de cenar o antes de acostarse, es fundamental, porque durante la noche hay una disminución de la secreción de saliva y es el momento más peligroso para la aparición de caries.

¿Cómo saber si uno se cepilla bien los dientes? Es sencillo conocer la calidad de un cepillado dental: hay unas pastillas reveladoras de placa, que tiñen de rojo o azul la placa dental.

El cepillado, además, se puede completar con el uso de otros productos cada vez más presentes en el mercado: enjuagues bucales, sedas dentales, cepillos interproximales, etc. Algunos son optativos o están indicados para casos concretos y puntuales, como los enjuagues (inflamación de encías, aporte extra de flúor...); el uso de otros, especialmente la seda dental, es aconsejable diariamente “a partir de los 12 años de edad”, pero no olvidemos que lo fundamental para una buena higiene dental es el cepillo y la pasta.

Características de los cepillos de dientes

Las cerdas de los cepillos dentales pueden ser naturales (pelos de cerdo o de jabalí) o sintéticas (nylon). En la actualidad la recomendación es utilizar cepillos de cerdas sintéticas y con un grado de dureza medio o blando.

Actualmente hay una gran diversidad de cepillos y debemos utilizar siempre el que más se adapte a nuestras necesidades:

- Cepillo convencional: con 3 ó 4 tiras de cerdas, es el que usamos normalmente.
- Cepillo periodontal: también llamado sulcular o crevicular, tiene dos tiras de cerdas. Se utiliza en casos de inflamación gingival y surcos periodontales profundos. También es recomendable en niños con ortodoncia fija.
- Cepillo eléctrico: tiene 3 tipos de movimiento horizontal, alternado, vertical arqueado o vibratorio. Pueden ser especialmente útiles en personas disminuidas físicas o mentales, debido a la simplicidad de la operación por el paciente o por quien le ayude.
- Cepillos interproximales: son un penacho para los espacios interdentes.

El tiempo de vida promedio de un cepillo dental es de tres meses. Sin embargo esto es muy variable, de manera que deberemos cambiar el cepillo cuando veamos que las cerdas empiezan a doblarse hacia los lados, ya que esto podría dañar las encías, además de que cuando ocurre esto el cepillo pierde su función de limpieza.

Comparación cepillo eléctrico - cepillo convencional

La comparación de los beneficios que produce el cepillo eléctrico frente al convencional está muy discutida. En cuanto a la capacidad para eliminar la placa bacteriana se ha visto que tienen la misma capacidad ambos tipos de cepillos. En cuanto a la capacidad para dañar la encía o los labios también los dos tipos de cepillos tienen la misma capacidad. En cuanto a la capacidad de dañar el esmalte dental al utilizar la pasta de dientes abrasiva, se ha sugerido que los cepillos eléctricos producen un menor daño porque los usuarios tienden a hacer menos presión sobre la superficie dental que con un cepillo convencional.

Para resumir, el cepillo eléctrico nos puede ser útil en casos de disminuidos físicos o psíquicos, y también a veces para motivar a los niños en el cepillado. Pero el entusiasmo puede desaparecer con el tiempo y llevar menos cuidado en el cepillado por creer que el propio cepillo lo hace todo. De manera que los pacientes que usan

cepillo eléctrico deben evaluarse de forma periódica y provistos de refuerzos siempre que sea necesario.

Técnicas de cepillado

Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas.

Aunque está claro que existen casos en que debido a determinadas patologías o factores, como la falta de cooperación o falta de destreza manual, se recomienda una técnica determinada. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria.

Para enseñar a la gente a cepillarse hay que darles una rutina: en primer lugar cepillar la mitad superior derecha por la parte externa, seguida de la mitad superior izquierda, también por la parte externa, mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha también por la parte externa.

Seguiremos otra vez el mismo orden pero ahora por la parte interna. A continuación las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos.

Cabe destacar las distintas técnicas existentes aunque no todas ellas son utilizadas:

- Técnica de fregado u horizontal. Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en "fregar" los dientes con movimientos horizontales.
- Técnica circular o de Fones. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella

se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.

- Técnica vertical. Los dientes se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.
- Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Los penachos se sitúan en la encía y vamos haciendo movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.
- Técnica de Bass. Es la más efectiva. Situamos el cepillo con una inclinación de 45°. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así conseguimos desmenuzar la placa bacteriana, que asciende por el penacho, por lo cual cada vez tenemos que lavar bien el cepillo porque los penachos se cargan de placa bacteriana. Es una técnica muy recomendada en adultos. Se deben ir cepillando de dos o tres piezas, siguiendo la secuencia que hemos explicado antes. En la cara masticatoria de los dientes hacer movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos.

Frecuencia de cepillado

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el período durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodoncia.

Para los pacientes ortodóncicos existen cepillos diseñados especialmente con las cerdas en forma de V o de U. Sin embargo se aconseja el cepillo sulcular para remover la placa sulcular efectuando movimientos horizontales cortos y repetidos.

En pacientes portadores de prótesis parcial o total removible se deben extraer las mismas de la boca y realizar el cepillado tanto de la mucosa, como de los dientes remanentes y también cepillar las prótesis con agua y jabón.

En pacientes discapacitados se pueden confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado, como por ejemplo fijar el cepillo a la mano con una banda elástica; doblar el mango del cepillo; alargar el mango con un trozo de madera o plástico y agrandarlo con la empuñadura de un mango de bicicleta o usar un cepillo eléctrico. Aunque la mayoría de las veces es recomendable llevar a estos pacientes a clínicas dentales donde exista personal especializado en pacientes disminuidos, donde se les realiza técnicas de higiene oral que son necesarias en este tipo de pacientes.

Estas han sido unas nociones básicas sobre técnicas de cepillado. En conclusión, una buena higiene bucal para una buena salud oral. No sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales. Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de irse a dormir, creándoles un hábito de higiene bucal diario.

Flúor

El flúor constituye uno de los pilares básicos en la prevención de la caries, ya que reduce en un porcentaje significativo el número de las mismas.

Actúa a través de varios mecanismos:

- Fortalece el esmalte al formar cristales de flúorapatita, que son menos solubles ante la agresión de los ácidos producidos por la placa bacteriana.
- Favorece la remineralización del esmalte ya desmineralizado, aumentando la resistencia de éste.
- Disminuye el metabolismo bacteriano de hidratos de carbono en la placa, reduciendo así la formación de ácido láctico.
- Inhibe la formación de placa bacteriana sobre la superficie del diente.
- La acción benéfica del flúor se realiza principalmente sobre las superficies lisas del diente, y menos sobre las caras masticatorias, por lo que en éstas últimas se utilizan los selladores como medida de prevención.

Existen varias formas de aplicación del flúor:

- Colutorios (enjuagues) diarios o semanales: deben mantenerse en la boca durante 1 minuto, por lo que no deben ser realizado por niños menores de 6 años o niños que no controlen el reflejo de la deglución.
- Geles de flúor: son aplicados por el dentista en la consulta, de forma semestral, mediante unas cubetas desechables blandas y flexibles, muy bien aceptadas por los pacientes.
- Dentífricos fluorados: es la forma más habitual.
- Barnices, seda dental fluorada.

La combinación de algunas de estas formas de administración aumenta el efecto beneficioso del flúor.

También puede administrarse en forma de comprimidos o gotas durante la etapa de formación de los dientes (hasta los 12 años), siempre bajo consejo del dentista o del pediatra.

Existen diferentes tipos de enjuague bucal por lo que podemos elegir entre varios según nuestro problema:

- Anticaries: todos los enjuagues bucales están creados para combatir

tanto las caries como la placa bacteriana. Sin embargo los anticaries contienen un alto contenido en flúor para ser más efectivos.

- Dientes y encías sensibles: se tratan de enjuagues con bajo contenido en alcohol, especialmente indicado para todo tipo de enfermedades de las encías. Así mismo es una buena alternativa para aquellos que no toleran bien el enjuague bucal normal que suele contener un alto porcentaje de alcohol.
- Contra la halitosis: este tipo de enjuagues están específicamente creados para eliminar las sustancias que propician la halitosis y el mal aliento. Refreshan el aliento y suelen tener sabores a menta o clorofila.
- Antisépticos: todos los enjuagues bucales están hechos para eliminar la placa bacteriana de nuestros dientes, pero este tipo de enjuague está especialmente diseñado con agentes antisépticos para acabar con ella del todo.
- Infantiles: los enjuagues bucales para niños y adolescentes tiene un bajo contenido en alcohol ya que a esas edades puede ser muy agresivo. Suelen tener sabores del gusto de los más pequeños como la fresa.
- Sin alcohol: hasta hace poco los enjuagues bucales contenían un nivel muy elevado de alcohol, ya que es un elemento necesario para eliminar las bacterias. Sin embargo este tipo de enjuague resulta muy molesto para las personas con encías sensibles y para los niños. Por eso se han creado líneas de producto específicas sin alcohol con la misma eficacia antibacteriana que los de siempre.

Enjuague bucal: tu mejor aliado contra las caries

Los distintos tipos de enjuague bucal nos permiten elegir el que mejor nos conviene. Sin embargo es importante saber que enjuagarse nunca sustituye el cepillado dental. Utilizarlo siempre después de cada cepillado y no comer ni beber nada durante la media hora después del uso para que tenga la máxima eficacia limpiadora.

La manera correcta de usar hilo dental

1. Enrolle 45 centímetros de hilo dental alrededor del dedo medio de cada mano. Apriete el hilo entre los dedos pulgares y los dedos índices dejando 2 ó 3 centímetros de largo entre uno y otro dedo.
2. Mantenga estirado 2 a 3 centímetros de hilo entre los dedos. Use los dedos índices para guiar el hilo dental entre las superficies de contacto de los dientes inferiores.
3. Guíe suavemente el hilo dental entre los dientes usando un movimiento de "zigzag". **INTRODUZCA CUIDADOSAMENTE EL HILO ENTRE LOS DIENTES.** Introduzca el hilo alrededor del diente.
4. Deslice el hilo dental de arriba hacia abajo sobre la superficie del diente y también debajo de la encía. Limpie cada diente completamente con una sección limpia del hilo dental.

Vamos al dentista

La mayor parte de las personas van al dentista cuando ya no queda otro remedio porque les duele algo. Sin embargo, sabemos de sobra que el mejor remedio para curar las enfermedades bucales es la prevención.

Deberíamos ir al dentista una o dos veces al año. No es necesario esperar a sentir alguna molestia, porque la revisión periódica es la mejor forma de prevención, acompañada de unos hábitos de higiene dental y alimentación adecuada. Existen casos concretos en los que una visita al dentista puede ser muy importante para prevenir problemas en el futuro, como sucede con los más pequeños, donde es muy importante ver cómo se completa la erupción dentaria.

Los niños. Se recomienda que los niños acudan por primera vez al odontopediatra cuando comienza la aparición de los primeros dientes (dentición temporal) para que detecte posibles hábitos incorrectos, y enseñe cómo los padres deben limpiar

suavemente sus encías después de cada toma. Este control deberá aumentar cuando comience la etapa de erupción de las piezas definitivas, momento en el que se debe visitar al dentista cada seis meses, para aplicar flúor, detectar alteraciones, caries, maloclusiones y hábitos que repercutirán en el correcto desarrollo de los maxilares. Además, si los niños visitan desde pequeños al dentista, no tendrán miedo, y se evitará que estén nerviosos cuando tengan necesidad de recibir un tratamiento.

Mujeres embarazadas. Es recomendable que acudan a una revisión durante el primer trimestre del embarazo, ya que durante este periodo es frecuente la inflamación de encías, y una simple limpieza y los consejos adecuados, pueden evitar la aparición de problemas futuros.

Los ancianos. Los dientes de estos pacientes suelen estar desgastados por el uso y, a veces, tienen movilidad por enfermedad periodontal (piorrea). En muchos casos, incluso faltan dientes y han sido sustituidos por prótesis o dentaduras postizas. Es conveniente que acudan al dentista para mantener en el mejor estado posible su boca, hacer prevención de cáncer oral y realizar los ajustes necesarios en las dentaduras postizas.

En definitiva, la visita con cierta regularidad al dentista, unida a una higiene adecuada, utilizando pastas dentífricas, el cepillo correcto e hilo dental, hará que se pueda prevenir las enfermedades dentales, minimizará cualquier problema que puedan presentarse, y así mantendremos una boca sana y una sonrisa agradable.

Índice de caries dental

Para enfocar la solución de los problemas de salud es necesario identificar los cambios en las necesidades, las demandas y las expectativas referidas a salud así como los cambios en las respuestas sectoriales y en su financiamiento. Las herramientas que se utilizan -indicadores- se ajustan al marco teórico desde el cual se formulan los estudios.

Los indicadores disponibles pueden ser simples o complejos y sistematizarse constituyendo índices específicos que permiten alcanzar precisión en el diagnóstico, identificar grupos especiales y tomar decisiones terapéuticas. Los diversos indicadores pueden reconocer (a) la historia pasada de caries (CPOD, CPOS, ceod, ceos y sus derivados) (b) los factores de riesgo (el Cariograma) (c) la necesidad de tratamiento (Índice de necesidad de tratamiento para caries dental) y (d) el proceso de desarrollo de la caries dental (Índice de Nyvad, el ICDAS II, el índice de Mount y Hume).

La aplicación rigurosa de cualquiera de los instrumentos mencionados requiere cumplir con un proceso que incluye: el conocimiento teórico del indicador y los puntos de corte entre sus categorías, el reconocimiento práctico en situaciones “en papel” y clínica y la estandarización propiamente dicha estableciendo las diferencias inter-examinador entre el “gold standard” o “examinador de referencia” y el examinador a entrenar y las diferencias intraexaminador, es decir las variaciones que se registran entre las observaciones de un mismo profesional.

El objetivo de la presente revisión es describir los instrumentos disponibles destinados a identificar y cuantificar los diferentes momentos del proceso de caries dental es decir los puntos de corte entre las categorías que mide.

Los índices disponibles dan cuenta de diferentes momentos del proceso de salud-enfermedad-atención y pueden identificarse así: índices que miden: (a) la historia pasada, (b) los factores de riesgo, (c) la necesidad de tratamiento y (d) el proceso de desarrollo de la caries dental.

Índices que miden la historia pasada de caries

Los índices epidemiológicos tradicionales y de fácil relevamiento son: CPOD, ceod, CPOS y ceo.

- CPOD (unidades de dientes permanentes cariados, extraídos y obturados).
- ceod (unidades de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados).

- CPOS (unidades de superficie dentarias permanentes cariadas, extraídas y obturadas).
- ceos (unidades de superficies dentarias primarias cariadas, con indicación de extracción y obturadas).

El CPOD fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1938) durante un estudio sobre el estado y la necesidad tratamiento dental en niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown (Maryland, EEUU); registra la experiencia de caries pasada y presente de 28 dientes (se excluyen los 3ros.molares) considerando los dientes con lesiones cariosas cavitadas y los tratamientos realizados. Se obtiene mediante la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados presentes e incluye las extracciones indicadas.

Cuando se aplica sobre una población resulta del promedio de la sumatoria de los CPOD individuales sobre el total de pacientes examinados. Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada uno de sus componentes y expresarse en valores absolutos o relativos (%).

El índice CPOD a los 12 años es generalmente utilizado en las investigaciones referidas al estado dentario en niños ya que permite el análisis comparado entre los grupos, países o regiones.

El Índice ceod, adoptado por Gruebbel (1944) para la dentición primaria, se obtiene en forma similar al CPOD, pero considera sólo los dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados. Se consideran 20 dientes. El Índice CPOS para dentición permanente e índice ceos para dentición primaria consideran como unidad de análisis las superficies dentarias, atribuyendo cinco superficies en los dientes posteriores y 4 en los anteriores. Es un indicador más sensible y específico que el CPOD y el ceod, respectivamente.

Índices derivados del CPOD y del ceod a) Índice significativo de caries dental (SIC: Significant Caries Index)

El SIC es el valor del CPOD alcanzado por el tercio de la distribución muestral con mayor índice CPOD. Se estableció con el propósito de identificar a los individuos con índices de caries más altos en los grupos o poblaciones cuya prevalencia hubiera alcanzado niveles aceptables de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS y la FDI (FDI/WHO, 1982). (CPOD: 3 a los 12 años) y focalizar la atención sobre ellos. Se determina promediando el CPOD del 33% de los individuos que presentan los niveles más altos del grupo o población analizada. Este índice se basa en el tipo de distribución de la caries dental en las poblaciones.

La meta propuesta por la OMS/FDI de alcanzar el CPOD 3 a los 12 años, es considerada prioritaria en todos los países. En aquellos países donde se ha alcanzado el cumplimiento de esta prioridad se ha establecido que, para el año 2015, el SIC sea equivalente a un CPOD de 3 a los 12 años (Bratthall, 2000).

Índice de cuidados dentarios

El Índice de cuidados dentarios (Care Index) identifica el porcentaje del componente obturado sobre el total de CPOD. Este indicador toma al diente como unidad de análisis y permite reconocer el cumplimiento de tratamientos curativos en relación con la historia de caries (Walsh, 1970).

Índice de caries radicular (RCI: Root Caries Index)

Este índice diseñado por Katz (1984, 1990) puede obtenerse tomando como unidad de análisis el diente o la superficie. Los criterios son los siguientes:

Lesiones localizada en cualquier superficie radicular con una cavidad franca, color oscuro y/o reblandecimiento a la presión moderada de un explorador.

Lesiones en cualquier superficie radicular sin cavidad franca pero con aspecto oscuro o cambio de color, reblandecimiento a la presión moderada de un explorador indicando lesiones activas o sin evidencia a la exploración indicando lesiones inactivas (en controversia este criterio) Se obtiene dividiendo el número de superficies o dientes con caries radicular sobre el número de superficies o dientes con recesión gingival y este resultado dividido por el número de personas

observadas, multiplicando el resultado total por 100.

Índice de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), ha publicado una cuarta edición del texto "Encuestas De Salud Bucodental, Métodos Básicos", Es el texto más aceptado en la actualidad a nivel mundial, para la realización de encuestas de salud bucal, porque establece un esquema similar que permite comparar fácilmente la realidad de salud oral entre diferentes grupos y permite conocer las necesidades de tratamiento odontológico de un paciente o de un grupo a partir de su estado de salud bucal actual.

El estado de salud se recoge para cada diente, ya sea permanente o primario, presente en boca, considerando como tal a cualquier parte del diente visible. El examen dentario es visual y se realiza empleando un espejo bucal plano; no se recomienda el uso de radiografías ni de fibra óptica, aún cuando se considera el potencial subregistro y la consecuente subestimación de necesidades de tratamiento restaurador (OMS, 1997).

Métodos de Graff

Es un estudio socioeconómico cuya clasificación se basa en cinco variables: ocupación, instrucción de los padres, fuente de ingreso, calidad de la vivienda y barrio donde habita la familia. La clasificación de Graffar divide a la población en cinco clases siendo la primera la más elevada y la quinta, la más baja. En pediatría, la clasificación Graffar es un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita, los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social.

Criterios

En la primera fase de la evaluación, se le atribuye a cada familia observada una puntuación para cada uno de los cinco criterios que la clasificación enumera y en una segunda fase de evaluación se obtiene la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos mas bajos (I y II) pertenecen al mas alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o critica pertenecen a los estratos mas elevados (IV y V).

Profesión

Las familias se clasifican en cinco categorías según la profesión ejercida por el padre de la familia, si la madre ejerce una profesión de nivel mas elevado que la del padre de la familia, en ese caso servirá ella de base para la clasificación de la familia.

1º grado: PROFESION UNIVERSITARIA, Ingeniero, Agrónomo, Medico, Auditor, Administrador de empresas, Abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria.

2º grado: Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) Bachilleres, Maestros, Perito contador, Secretarias, Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.

3º grado: Negocio propio, Pequeños comerciantes como: Tiendas, Ventas de comida, café internet, sastrería, otros.

4º grado: Trabajadores con primaria completa, Albañiles, Herreros, Personal de seguridad, Agricultores, Mensajeros, Mecánicos, Electricistas, Fontaneros, fotógrafos, Carpinteros otros.

Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADORES CON PRIMARIA COMPLETA.

5º grado: Trabajadores sin primaria completa, Albañiles, Herreros, otros.

Clasificación social

La suma total de los puntos obtenidos en la clasificación de los cinco criterios provee un clasificación final que corresponda a la clase social, conforme a las clasificación siguiente:

Clase I: familias cuya suma de puntos va de 4 a 6.

Clase II: familias cuya suma de puntos va de 7 a 9.

Clase III: familias cuya suma de puntos va de 10 a 12.

Clase IV: familias cuya suma de puntos va de 13 a 16.

Clase V: familias cuya suma de puntos va de 17 a 20.

Cada variable se define en cinco categorías, las cuales toman un valor numérico definido a continuación:

Variables	Puntaje	Ítems
1. Ocupación, Profesión u Oficio del jefe o jefa de Familia	1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA, Ingeniero, Agrónomo, Medico, Auditor, Administrador de empresas, Abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria.
	2	Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) Bachilleres, Maestros, Perito contador, Secretarias, Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
	3	Negocio propio, Pequeños comerciantes como: Tiendas, Ventas de comida, café internet, sastrería, otros
	4	Trabajadores con primaria completa, Albañiles, Herreros, Personal de seguridad, Agricultores, Mensajeros, Mecánicos, Electricistas, Fontaneros, fotógrafos, Carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADORES CON PRIMARIA COMPLETA.
	5	Trabajadores sin primaria completa, Albañiles, Herreros, otros.
2. Nivel educacional de la madre	1	Educación universitaria
	2	Nivel diversificado, Secretaria, maestra, Bachiller, Perita contadora, etc.
	3	Nivel básico
	4	Nivel primario
	5	Analfabeta
	1	Fortuna heredada o adquirida

3. principal fuente de ingreso a la familia	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario mensual
	5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones
4. Condiciones de la vivienda	1	Vivienda con optimas sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

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

Creencias de salud bucal

1 2 3 4 5

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

Fuente: encuesta de creencias en salud bucal

Se determinara por medio de estratos

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

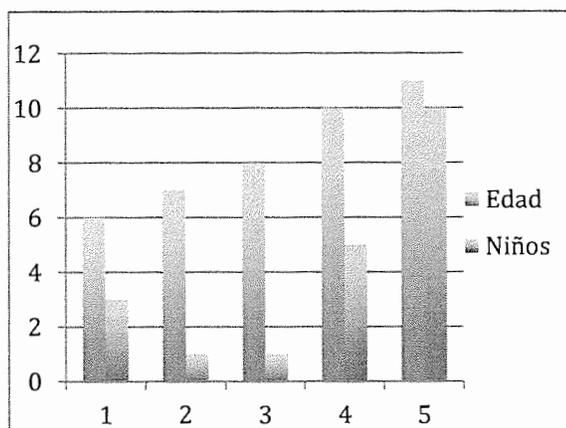
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Distribución de niños por edad

Nuevo Progreso, San Marcos 2013

Edad	Niños
6	3
7	1
8	1
10	5
11	10
Total	20

Fuente: resultado de encuestas realizada en estudios



Interpretación

Se observa que la mayoría cantidad de niños fueron de 11 años. El total de niños fue de 20.

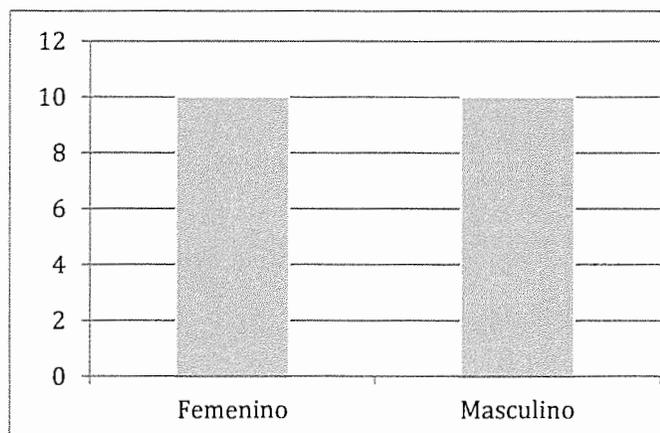
Cuadro Distribución de niños por sexo

Nuevo Progreso, San Marcos 2013

Femenino	Masculino	Total
10	10	20

Gráfica de distribución de niños por sexo

Nuevo Progreso, San Marcos 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
Febrero-October 2013

Interpretación

Se observa que la muestra es heterogénea con respecto al sexo.

Cpo de los niños encuestados

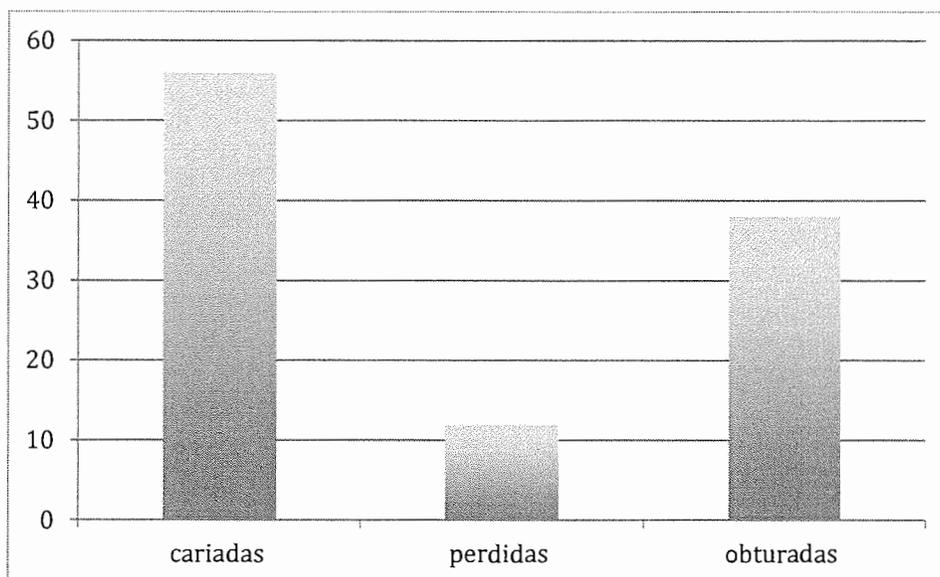
Nuevo Progreso, San Marcos

	Cariadas	Perdidas	Obturadas
Total	56	12	38

Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
Febrero-October 2013

Gráfica CPO de los niños encuestados

Nuevo Progreso, San Marcos 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
Febrero-Octubre 2013

Interpretación

La gráfica nos muestra un alto índice de caries, dentro de la muestra de 20 niños encuestados.

Distribución de niños por estrato

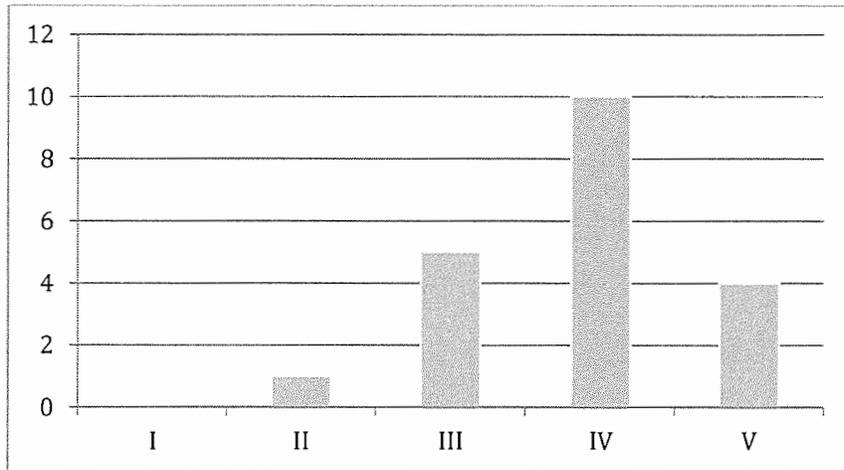
Nuevo Progreso, San Marcos 2013

Estrato	I	II	III	IV	V	Total
Niños	0	1	5	10	4	20

Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
Febrero-Octubre 2013

Grafica Distribución de niños por estrato

Nuevo Progreso, San Marcos 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
Febrero-October 2013

Interpretación

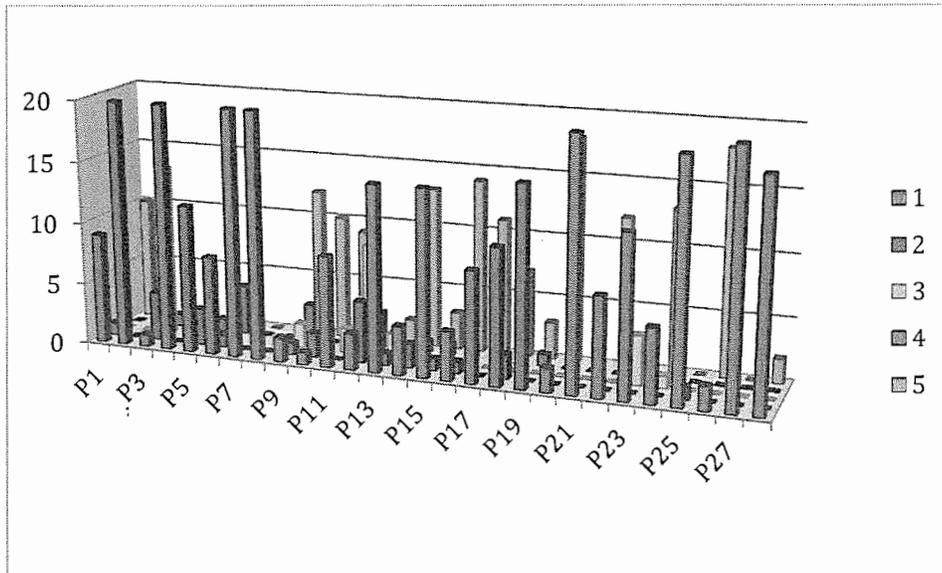
Se observa que la mayoría de la muestra pertenece al estrato IV. No hay estrato I.

Cuadro Creencias en salud bucal
Nuevo Progreso, San Marcos 2013

	1	2	3	4	5
P1	0	1	0	0	10
P2	20	0	0	0	0
P3	1	4	14	1	0
P4	20	0	0	0	0
P5	12	3	1	1	3
P6	8	1	0	4	7
P7	20	0	0	0	0
P8	20	0	0	0	0
P9	2	1	2	3	12
P10	1	2	7	0	10
P11	9	0	2	0	9
P12	3	5	9	3	0
P13	15	1	2	0	2
P14	4	2	0	1	13
P15	15	1	0	1	3
P16	4	1	0	1	14
P17	9	0	0	0	11
P18	11	2	0	0	7
P19	16	0	0	1	3
P20	2	0	0	0	18
P21	20	0	0	0	0
P22	8	0	0	0	12
P23	13	0	4	0	3
P24	6	0	1	0	13
P25	19	1	0	0	0
P26	2	0	0	0	18
P27	20	0	0	0	0
P28	18	0	0	0	2

Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
 Febrero-Octubre 2

Gráfica de creencias en salud bucal Nuevo Progreso, San Marcos 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos
Febrero-Octubre 2013

Interpretación

Se observa que la muestra 5 es el estrato al que la mayoría de personas encuestadas respondieron.

**IV. ATENCION CLINICA INTEGRAL PARA ESCOLARES Y GRUPOS
DE ALTO RIESGO**
HOSPITAL DE LA FAMILIA, NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

El programa del Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tiene como objetivo primordial brindar atención odontológica integral y gratuita a la población escolar de nivel primario y grupos de alto riesgo de la comunidad en donde dicho programa se desarrolla. Se lleva a cabo con el fin disminuir el índice de caries y lograr una adecuada salud oral y general de todos los individuos beneficiados, mejorando de este modo, la calidad de vida de ellos.

Dentro de este programa, se brindó atención odontológica integral y gratuita a los niños y niñas en edad escolar de las escuelas de Nuevo Progreso, San Marcos. Los tratamientos realizados dentro de este programa fueron: exámenes clínicos, extracciones, restauraciones de amalgama, restauraciones de resina compuesta, tratamiento endodóntico, sellantes de fosas y fisuras, profilaxis, aplicaciones tópicas de flúor, barniz de flúor y ionómeros de vidrio.

Las escuelas seleccionadas para realizar este programa fueron: Escuela Oficial Mixta Rural "Viejo Progreso", Escuela Oficial Mixta "La Muralla, Escuela Oficial Mixta Rural "Aldea Palin" y Escuelas Oficial Mixta Urbana "Centro América" y Colegio San José.

Se brindó tratamiento dental en forma integral a 90 escolares de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 5 a 14 años, de párvulos a sexto grado de primaria, en un período de ocho meses. Se realizaron 99 exámenes clínicos, 90 profilaxis bucal, 90 aplicación tópica de flúor, 565 sellantes de fosas y fisuras, 11 ionómero de vidrio, 1 emergencia, 390 restauraciones de amalgama, 173 restauraciones de resina compuesta, 10 pulpotomías y 7 tratamiento de canales radiculares, 8 coronas de acero. 9 de los escolares no continuaron el tratamiento por lo que no se les dio operatoria terminada. En los grupos de alto riesgo se atendieron a mujeres embarazadas, niños preescolares, adultos mayores, y adolescentes. En ellos se realizaron 103 exámenes clínicos, 32 profilaxis bucal, 36 aplicaciones tópicas de flúor, 11 sellantes de fosas y fisuras, 127 restauraciones de resina, 86 restauraciones de amalgama, 6 pulpotomía, 2 ionómero de vidrio, 43 tratamientos de conductos radiculares, 4 coronas de acero, 40 tratamientos periodontales.

Tabla No. 1

Frecuencia de los tratamientos realizados por mes en la atención integral de escolares y pre-escolares en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013

MES	Examen	Profilaxis bucal	ATF	SFF	AM	RC	Pulpo- tomía	TCR	CA	IV	TOTAL
Febrero	8	8	8	95	25	17	3	4		1	169
Marzo	11	11	11	58	41	11	4	1	4	6	158
Abril	12	12	12	41	36	25	3	1			142
Mayo	5	5	5	84	31	2		1	4		137
Junio	12	12	12	39	52	36					163
Julio	4	4	4	23	18	7					60
Agosto	8	8	8	59	57	4					144
Sept./Oct	30	30	30	166	130	71					457
TOTAL	90	90	90	565	390	173	10	7	8	7	1430

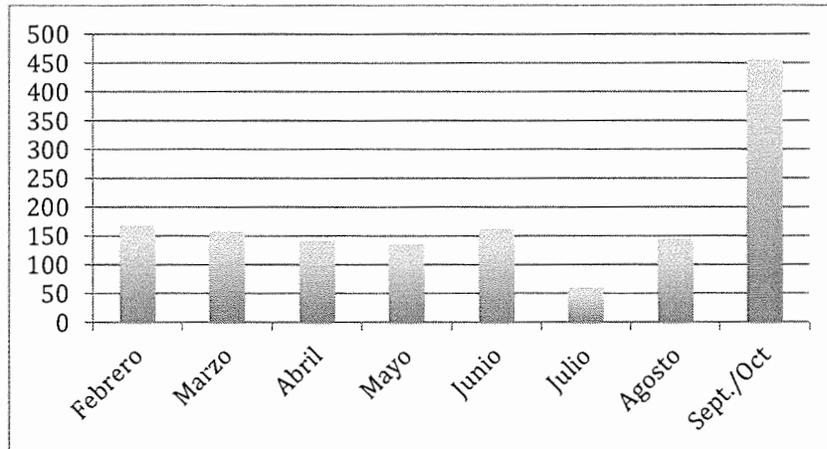
Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Gráfica No.1

Distribución de tratamientos realizados por mes en la atención integral de escolares y pre-escolares en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San

Marcos de

Febrero a Octubre 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos

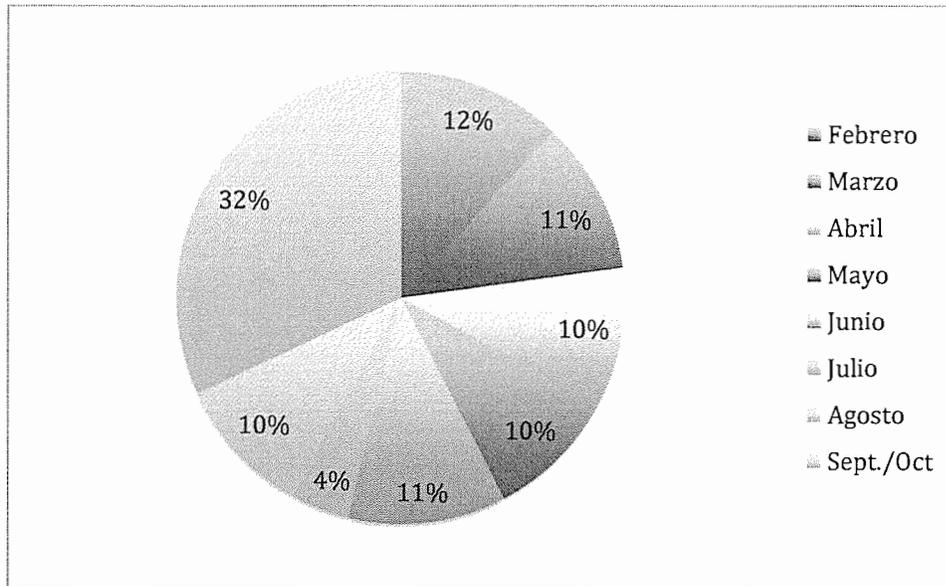
Febrero-October 2013

Interpretación

El mes de febrero fue el inicio del programa por lo que fue de adaptación, únicamente se terminaron 4 pacientes; conforme avanzaron los meses del programa se fue aumentando el número de pacientes siendo un promedio de 14 niños terminados con un total de 1482 tratamientos realizados.

Gráfica No. 2

Porcentaje de tratamientos realizados en la atención integral de escolares y pre-escolares en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Interpretación

El total de los principales tratamientos realizados, en la atención integral a escolares, en la clínica dental del Hospital de la familia de Nuevo Progreso, San Marcos, fueron de 1430. La mayoría de tratamientos se realizaron en el mes de septiembre/octubre con un 32%, seguido de febrero, marzo y junio con 12%, 11% y 11%.

Tabla No. 2

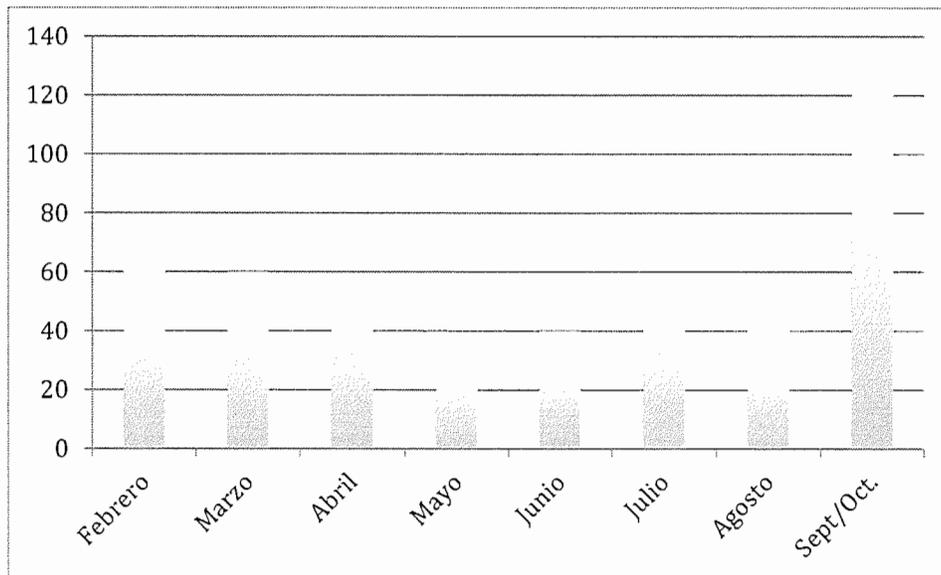
Frecuencia de los principales tratamientos realizados por mes en la atención de pacientes de alto riesgo en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013

MES	Examen	Prof y ATF	SFF	AM	RC	Pulpo-tomía	IV	TCR	Tx Periodontal	TOTAL
Febrero	26	8		13	8		1	4	4	64
Marzo	12	6	11	13	2	4	1	5	6	60
Abril	15	10		4	21			2	6	58
Mayo	9	8		2	5			7	4	35
Junio	7	12			13			3	5	40
Julio	13	4		10	20			7	4	58
Agosto		4		9	21				7	41
Sept/Oct.	21	16		35	37	2		8	4	123
TOTAL	103	68	11	86	127	6	2	36	40	479

Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Gráfica No.3

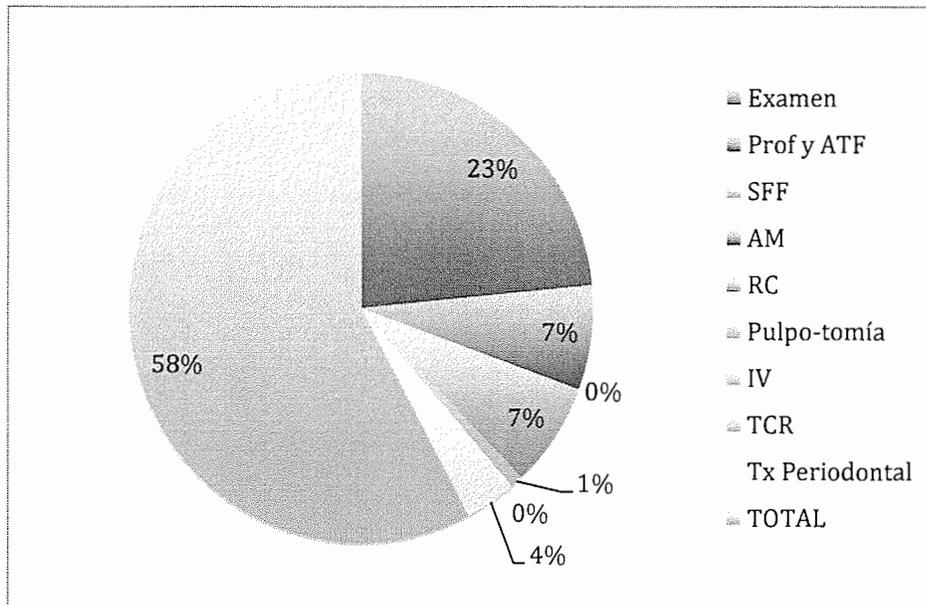
Distribución de tratamientos realizados por mes en la atención de pacientes de alto riesgo en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Gráfica No. 4

Porcentaje de tratamientos realizados en la atención de pacientes de alto riesgo en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Interpretación

El total de los tratamientos realizados a los pacientes de alto riesgo, fueron de 479 tratamientos en 103 pacientes; los cuales se realizaron en mujeres embarazadas, niños pres-escolares, adolescentes y adultos mayores. Fueron restauraciones SFF con un 57% seguido de restauraciones amalgama y resina compuesta con 15 y 10% correspondientemente. Otros tratamientos fueron Profilaxis y ATF 5%, TCR 2%, coronas de acero 1%, Pulpotomías (IV) 1%,

Tabla No.3

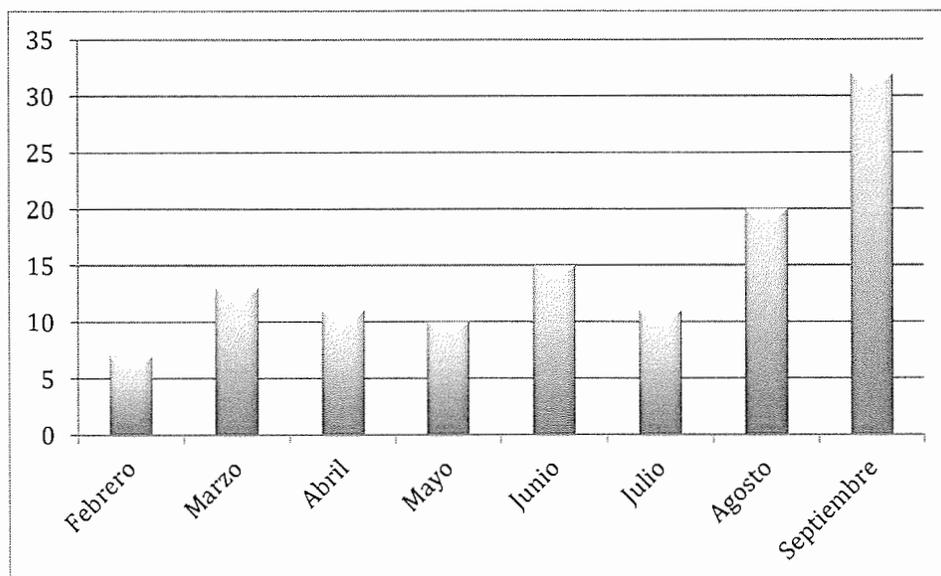
Distribución por mes de pacientes de alto riesgo atendidos en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013

MES	Pre-esc	adolescente	Embarazada	adulto mayor	TOTAL
Febrero	1	6	0	0	7
Marzo	1	8	0	4	13
Abril	0	6	4	1	11
Mayo	1	5	3	1	10
Junio	2	10	3	0	15
Julio	2	4	4	1	11
Agosto	0	11	5	4	20
Septiembre	9	15	3	5	32
TOTAL	16	65	22	16	119

Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Gráfica No.5

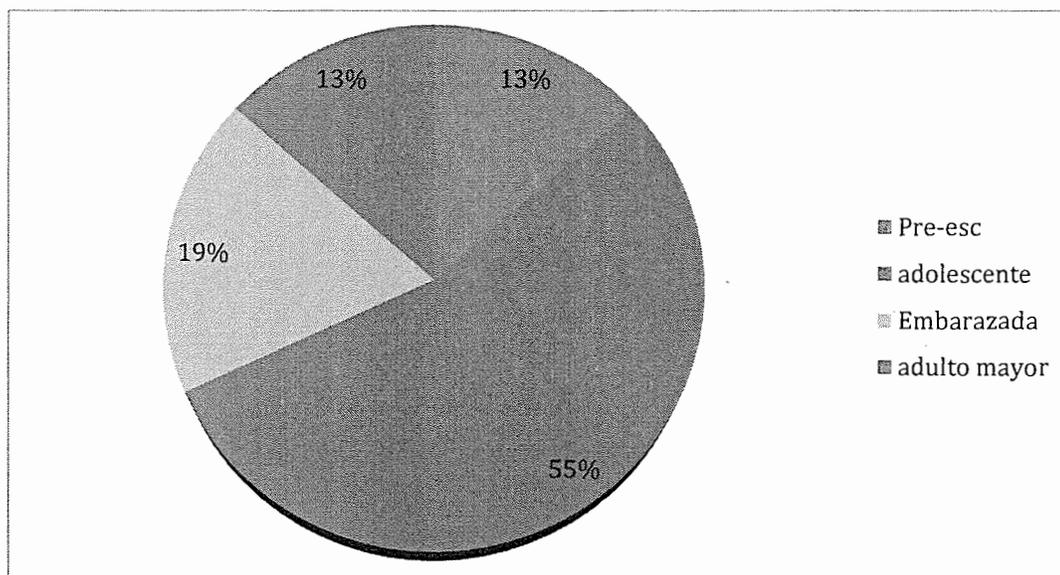
Distribución del número de pacientes de alto riesgo tratados por mes en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Gráfica No.5

Porcentaje de pacientes de alto riesgo tratados por en la clínica dental del Hospital de la Familia de Nuevo Progreso, San Marcos de Febrero a Octubre 2013



Fuente: Datos recabados durante el Ejercicio Profesional supervisado en Nuevo Progreso, San Marcos Febrero-Octubre 2013

Interpretación

En la gráfica se observa que la mayoría de pacientes atendidos en el programa de pacientes de alto riesgo dentro de la clínica integral, en la clínica dental del hospital de la Familia de febrero a octubre 2013, fueron adolescentes que forman el 55% de todos los pacientes de alto riesgo. El 19% corresponde a mujeres embarazadas, 13% a pre-escolares y el 13% a pacientes adultos mayores.

V. AMINISTRACION DE CONSULTORIO
HOSPITAL DE LA FAMILIA, NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

ADMINISTRACION DE CONSULTORIO

La clínica dental se encuentra en el Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos, a 248 km de la ciudad de Guatemala, estando a cargo del Hospital de la Familia y del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Misión

Proveer servicios odontológicos profesionales a la comunidad de Nuevo Progreso, San Marcos. También proporcionando anual un programa de prevención en salud bucal a los niños de las escuelas y de las aldeas aledañas.

Visión

Mantener los servicios dentales al alcance de los habitantes de Nuevo Progreso y de las aldeas del mismo, y por medio del programa preventivo, contribuir al desarrollo, promoción y mejoramiento de la salud bucal de la población.

El Hospital cuenta con dos unidades dentales, ambas se encuentran en buen estado, equipadas con:

- 2 Unidades dentales.
- 1 compresor para las dos unidades
- Lámpara de fotocurado no sirve.
- 1 Amalgamador, excelente estado
- Caja de revelado radiografías
- Autoclave del hospital.
- 2 lavamanos con dispensadores de toallas, jabón , 1 lavamanos tiene fuga de agua.
- Aparato de rayos X.
- Piezas de mano de alta velocidad.

- 1 escritorio
- 2 muebles de rodos para material y equipo, buen estado
- 2 carritos para bandejas
- Instrumental para todo tipo de procedimiento dental, buen estado
- Material: se solicita a la madre encargada
- Un adaptador de 2 a 4 entradas.
- Todo se encuentra en buen funcionamiento.

PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN

La esterilización es el mecanismo que mata todos los gérmenes incluidas las esporas bacterianas y que se puede monitorizar. Los procedimientos pueden ser por:

AUTOCLAVE DE VAPOR

- No estropea tanto el afilado de los instrumentos como el calor seco
- Buen método para esterilizar turbina y contra ángulos en clínica, así como material textil
- Recordar que el material rotatorio debe ser convenientemente engrasado antes de introducirlo
- Rápido
- Admite material embolsado
- Pueden dañarse los materiales plásticos no adaptados al este sistema
- Al acabar el ciclo abrir un poco la puerta para que escape el vapor y dejar las bolsas unos minutos en su interior para que el calor residual ayude a secarlas (esto en caso que el aparato no tenga ciclo de secado o que éste no funcione correctamente)
- Cambiar el agua destilada con cierta frecuencia (cada 7 a 10 días)
- Da mayor fiabilidad que el calor seco, pues no se puede abrir la puerta en mitad de un ciclo

CALOR SECO

- El medio utilizado es el aire caliente
- Para lograr la esterilización hay que mantener una temperatura constante de 180° durante 30 minutos como mínimo, aunque el tiempo total del ciclo varía entre unos 60 y 120 min.
- El material no debe contener ningún residuo orgánico, ya que el calor seco penetra difícilmente
- Al finalizar el ciclo el material sale totalmente seco y evita su corrosión

GAS DE ÓXIDO DE ETILENO

- Esteriliza utilizando el gas de óxido de etileno
- Sigue siendo uno de los métodos de elección para la esterilización de instrumental quirúrgico sensible, instrumentos electrónicos, ópticos, así como material plástico de coste elevado.
- Lo costoso de su instalación hace que sea poco adecuado para la profesión de Odontología.
- Actúa a temperatura ambiente
- Los ciclos son largos (entre 3 – 12 h)
- Necesita de un tiempo adicional para airear los instrumentos de plástico y de goma, de unas 24h.

VAPOR QUÍMICO

- Esteriliza utilizando una mezcla de alcohol , acetona, formaldehído, más una proporción variable de agua
- Es meno corrosivo que la autoclave de vapor, al utilizar menor cantidad de agua. (sólo un 15%)
- Tiene menor poder de penetración.
- Requiere zonas bien ventiladas pues produce gases tóxicos. Los modernos aparatos tienen una bomba de vacío que elimina los vapores residuales al final del ciclo, con lo cual se evitan los olores desagradables de los alcoholes, a la vez que fijan los formaldehídos suprimiendo la posible toxicidad existente en el medio.
- El ciclo es más corto pues no hay que esperar al secado del material
- No altera el filo de los instrumentos como lo hace el autoclave de vapor.
- En la clínica dental donde realizó el Ejercicio Profesional Supervisado, no se cuenta con Autoclave por lo que es por medio de la solución química que se realiza el proceso de desinfección y esterilización.

SOLUCIONES QUÍMICAS

- Cuando los instrumentos no toleran el calor para ser esterilizados y es para ellos la indicación de utilizar una solución desinfectante.
- Antes de sumergirlo debe ser lavado cuidadosamente, removiéndole cualquier residuo.
- Las más recomendadas son las de glutaraldehído fenolato. Si queremos DESINFECCIÓN debemos sumergir el material durante 60 min. y si queremos ESTERILIZACIÓN debemos sumergirlo durante 6 h, 45 min. con otras soluciones podemos llegar a las 10 h.
- Si hemos desinfectado el material debemos luego lavarlo con abundante agua
- Si hemos esterilizado el material, debemos lavarlo luego con agua estéril o alcohol
- Para manejar estas sustancias debemos utilizar guantes y gafas que nos protejan de la irritación de piel y mucosas.

VI. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR
HOSPITAL DE LA FAMILIA, NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

INTRODUCCIÓN

El proyecto que a continuación se presenta es el Programa de Capacitación de Personal Auxiliar en Odontología. Éste se llevará a cabo durante los ocho meses de práctica supervisada en Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos.

Dependiendo del éxito de este proyecto se podrá facilitar, así como mejorar, el trabajo y el rendimiento clínico del odontólogo.

La odontología a cuatro manos es un método utilizado para que el tiempo del Odontólogo, se aproveche al máximo y se pueda proporcionar a los pacientes, una mejor calidad de tratamientos. No obstante, en algunos centros asistenciales se trabaja con un equipo de personal de salud dental compuestos por higienistas dentales, secretarias, técnicos de laboratorio, asistentes dentales, un dentista y personal auxiliar.

La eficacia del equipo depende de la habilidad de cada uno de los miembros para conocer su función específica y aportar su propio talento, subordinando su sentimiento y capacidad personal al interés del equipo.

Cada vez es mayor el número de dentistas que comprenden que su personal auxiliar no debe circunscribirse a realizar simples tareas rutinarias. Muchos profesionales prestigiosos han comprobado que existen en la profesión numerosos campos aptos para la actuación de asistentes, y se han dado cuenta de que la clave de su éxito depende en gran parte de la contribución aportada por el equipo.

Pero es él o la asistente dental, el miembro más importante de ese grupo profesional mencionado. Es aquel miembro del equipo cuyas obligaciones se limitan a ayudar al dentista. Vale decir que, como ayudante, colabora en todas las tareas realizadas en el consultorio. Su deber es ejecutar tantas cuantas veces le sea posible, a fin de

liberar de ellas al profesional y permitir que éste se dedique a efectuar todo aquello que sólo él puede hacer.

Se presentará una recopilación de información, acerca de temas sugeridos, de los cuales se capacitará y evaluará al personal auxiliar previamente seleccionado según algunos requerimientos.

Encontrará un calendario de actividades por mes de los temas que se tratarán durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

JUSTIFICACIÓN

La odontología a cuatro manos tiene muchas ventajas como lo es el incremento de eficiencia y productividad en la práctica, se disminuye el estrés y la fatiga, además que se evitan movimientos que producen tensión y que el odontólogo deba concentrar su atención en limpieza, orden, mezcla de materiales y cobros mientras atiende un paciente.

La presencia de la asistente dental en el consultorio impresiona favorablemente, dándole un toque de dignidad profesional y presupone eficacia en la atención específica. La primera asistente dental empleada por el dentista lo aliviará de las diversas obligaciones de índole comercial propias del ejercicio de la profesión. Esta colaboradora podría muy bien actuar como recepcionista telefónica, coordinar el libro de citas dando los turnos correspondientes, llevar los historiales clínicos de los pacientes, arreglar la forma de pago de la atención odontológica, enviar los resúmenes de cuentas, ir a los bancos, verificar los cobros pendientes y pagar las facturas que se deban, maneja la correspondencia corriente, encargarse de las compras de material odontológico, ayudar a preparar a los pacientes y luego despedirlos, colaborar con el dentista junto al sillón y realizar algunas tareas de laboratorio (por lo menos la de revelar las radiografías).

En el aspecto socio-económico es importante para la persona a la que se capacita, teniendo en cuenta que en la mayoría de los programas del EPS, no se cuenta con una asistente de profesión o si se cuenta con esta persona, tiene un conocimiento empírico sobre temas de desinfección, asepsia y enfermedades infecciosas, por lo que recibir una educación puede facilitarle el conseguir un empleo.

Es importante seleccionar cuidadosamente a la asistente dental para que se pueda simplificar el trabajo del EPS, designándole tareas de modo que la concentración esté únicamente en el trabajo que se le está realizando al paciente, para no entorpecer el desarrollo diario de las operaciones clínicas. Además, también servirá como enlace de comunicación con la población.

OBJETIVOS

- Determinar criterios de selección del personal auxiliar; esto será la clave al iniciar este proyecto ya que al no seleccionar bien, se estará capacitando a la persona incorrecta para desempeñar esta labor.
- Capacitar a la asistente para optimizar el tiempo al momento de realizar el Ejercicio Profesional Supervisado.
- Disminuir la fatiga y estrés del Odontólogo Practicante, ya que, con ayuda del personal auxiliar, la EPS, se dedicará a apoyar a su pareja.
- Mejorar y facilitar la atención a los pacientes, la administración de recursos y limpieza de instrumental y de clínica.
- Motivar al personal auxiliar a transmitir los conocimientos aprendidos hacia su comunidad.
- Brindar educación y oportunidad de superación a una o más personas de la comunidad.

CRITERIOS DE SELECCION DEL PERSONAL

- Presentación e higiene personal.
- Nivel educacional, que sepa escribir y leer con fluidez.
- Deberá tener disponibilidad según el horario de atención en la clínica dental.
- Que tenga iniciativa en el momento de realizar las actividades, y no que sea necesario que se le esté recordando sus responsabilidades.
- Que demuestre interés en querer aprender lo enseñado por el odontólogo y que sea capaz de llevarlo a cabo.
- Que viva en la comunidad y que tenga una buena relación con los habitantes de la misma ya que ella nos será un enlace entre la comunidad y el odontólogo.
- Se le pondrá a prueba durante un mes para evaluar si la persona reúne los criterios de selección.

MES	TEMAS A IMPARTIR	EVALUACIONES
Febrero - Marzo	<ul style="list-style-type: none"> -Introducción al Consultorio dental. -Atención al paciente dental durante su cita. Libro de citas, registro de tratamientos, e inventario. -Métodos de esterilización y protocolo de esterilización. -Introducción a instrumental de operatoria, periodoncia, y Exodoncia -Orden, cuidado y limpieza de equipo e instrumental. 	Teóricos y prácticos
Abril	<ul style="list-style-type: none"> -Introducción a la anatomía básica bucal y dental. -Nomenclatura para el registro de información en la ficha clínica. 	Teóricos Y prácticos
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> -Manipulación de desechos biológicos y físicos. -Odontología a cuatro manos. -Posiciones horarias (ubicación) durante la atención odontológica. -Introducción a los materiales dentales de uso más común. 	Teóricos Y prácticos
Junio - Julio	<ul style="list-style-type: none"> -Manipulación de la amalgama dental.(mortero y pistilo) -Manipulación de la amalgama (predosificada-amalgamador) -Manejo de mercurio (riesgos y control) 	Teóricos Y prácticos
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> -Flúor (preparación y dosis) -Precauciones y cuidados para atención a px. Embarazadas. -Precauciones y cuidados para atención a px. Adultos mayores. 	Teóricos Y prácticos

MES	TEMAS A IMPARTIR	EVALUACIONES
Septiembre Octubre	– Manipulación de óxido de zinc y eugenol, ionómero de vidrio, alginato, yeso. Materiales de fotocurado. -Lámpara de fotocurado. -Manipulación Resina compuesta	Teóricos Y prácticos

METODOLOGÍA

TEMAS IMPARTIDOS, FEBRERO- OCTUBRE 2013 AL PERSONAL AUXILIAR EN LA CLÍNICA DENTAL DEL HOSPITAL LA FAMILIA, NUEVO PROGRESO, SAN MARCOS

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN

- Evaluaciones teóricas: serán por medio de exámenes escritos y orales
- Evaluaciones prácticas: se supervisará con ponderación en el momento de realizar las actividades como ejemplo, la manipulación de la amalgama, la desinfección de instrumentos, entre otros.

Estas evaluaciones se llevarán a cabo una vez a la semana para evaluar el progreso de aprendizaje por parte de la asistente dental.

ANÁLISIS

El odontólogo es el responsable de todo el tratamiento del paciente. Sin embargo para llevar a cabo dicha responsabilidad, se puede delegar al personal auxiliar ciertas funciones y para ello se debe capacitar continuamente al asistente dental.

Para poder delegar funciones al asistente, primero se debe estar seguros que se podrá realizar las, ya que si no, estaríamos enseñando temas incorrectos y no lograríamos cumplir con éxito todas las actividades que debemos de realizar; se debe supervisar continuamente para mantener un nivel de calidad alto.

El proyecto de capacitación de la asistente se realizó en la clínica dental del Hospital de la Familia, Nuevo Progreso, San Marcos; abarcó 26 temas sobre la capacitación del personal auxiliar en la clínica odontológica.

Los temas se impartieron semanalmente y al final de la semana se evaluó por medio de exámenes prácticos y teóricos. El tema se explicaba los lunes por la mañana y se evaluaban los viernes a medio día; la comprensión de la asistente era del 100%. Siempre se mostraba dispuesta a seguir aprendiendo.

Un asistente va a ser eficiente dependiendo de la habilidad del profesional para capacitarlo. Él o la persona auxiliar es una persona importante en el consultorio para optimizar el tiempo en la clínica dental, por lo que el objetivo del presente proyecto se logró con éxito, ya que hubo una buena comunicación y se pudo desarrollar los temas con mucha facilidad y con interés de la asistente dental y, sobre todo, se logró brindar un servicio de calidad en el menor tiempo posible a la población, lo cual se tradujo en un equipo que trabajo con la odontología a cuatro manos en armonía y con eficiencia.

CONCLUSIONES

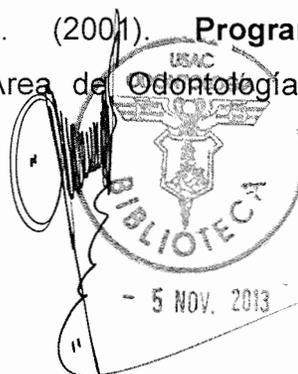
- Se pudo delegar más funciones del odontólogo a la asistente dental conforme a lo aprendido durante la capacitación.
- Se le enseñaron trabajos diferentes a la asistente dental, y se pudo optimizar el trabajo y la atención en la clínica dental.
- Se aumentó el nivel de conocimiento del personal auxiliar después de la capacitación, debido a que la asistente no sabía de materiales dentales.
- Se logró disminuir el tiempo de atención al paciente y se observó más ya en los últimos meses de trabajo.

RECOMENDACIONES

- Seguir cada año con la capacitación del personal auxiliar no importando si ya ha laborado más años, ya que nunca se deja de aprender algo nuevo.
- Implementar más material didáctico para mejorar la comprensión.
- Exhortar a los asistentes dentales a superarse, e indagar en temas que no quedaron claros.
- Felicitar a los asistentes para motivarlos si hacen bien su trabajo y darles incentivos para ir mejorando cada día la armonía y trabajo en equipo.

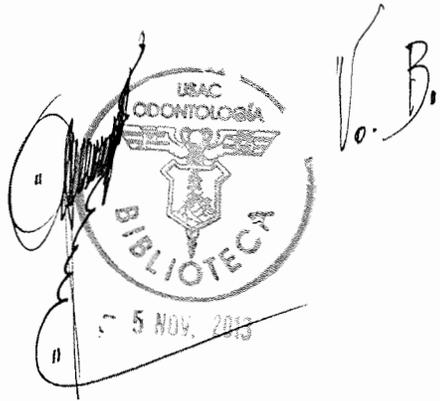
BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson, P. C. (1970). **La asistente dental**. Trad. Emilio M. Sierra. México: Centro Regional de Ayuda Técnica. 15 p.
2. Barrancos Mooney, J. (1987). **Operatoria dental**. Buenos Aires: Médica Panamericana. Pp. 34-46.
3. Estrela, Carlos y Estrela, R.A. (2005). **Control de infección en odontología**. Trad. Maria Cibete Gonzalez. Sao Paulo: Artes Médicas. 18 p.
4. Popol oliva, A. (2004). **Caries y fluoruro**. Guatemala: Departamento de Diagnostico, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. 25p.
5. Piavanos , S. y Squuassia, B. (2010). **Estado el arte de indicadores para la medicina de caries dental**. U.B.A. Vol. 25 (28): 2-7.
6. **Programa de EPS**. (2013). Guatemala: Área de Odontología Socio-Preventiva, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. 42 p.
7. Samayoa Diaz, J. (2013). **Informe final programa ejercicio profesional supervisado en clinica dental municipal, Santa Elena Barillas, Villa Canales, Febrero a Octubre 2012**. EPS (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 100 p.
8. Universidad de San Carlos de Guatemala. (2001). **Programa de ejercicio profesional supervisado**. Guatemala: Area de Odontología Sociopreventiva, Facultad de odontología. 44 p.



9. Vázquez, Elena M. (2009). **Posiciones de trabajo en odontología operatoria**. Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Operatoria, 10 p.

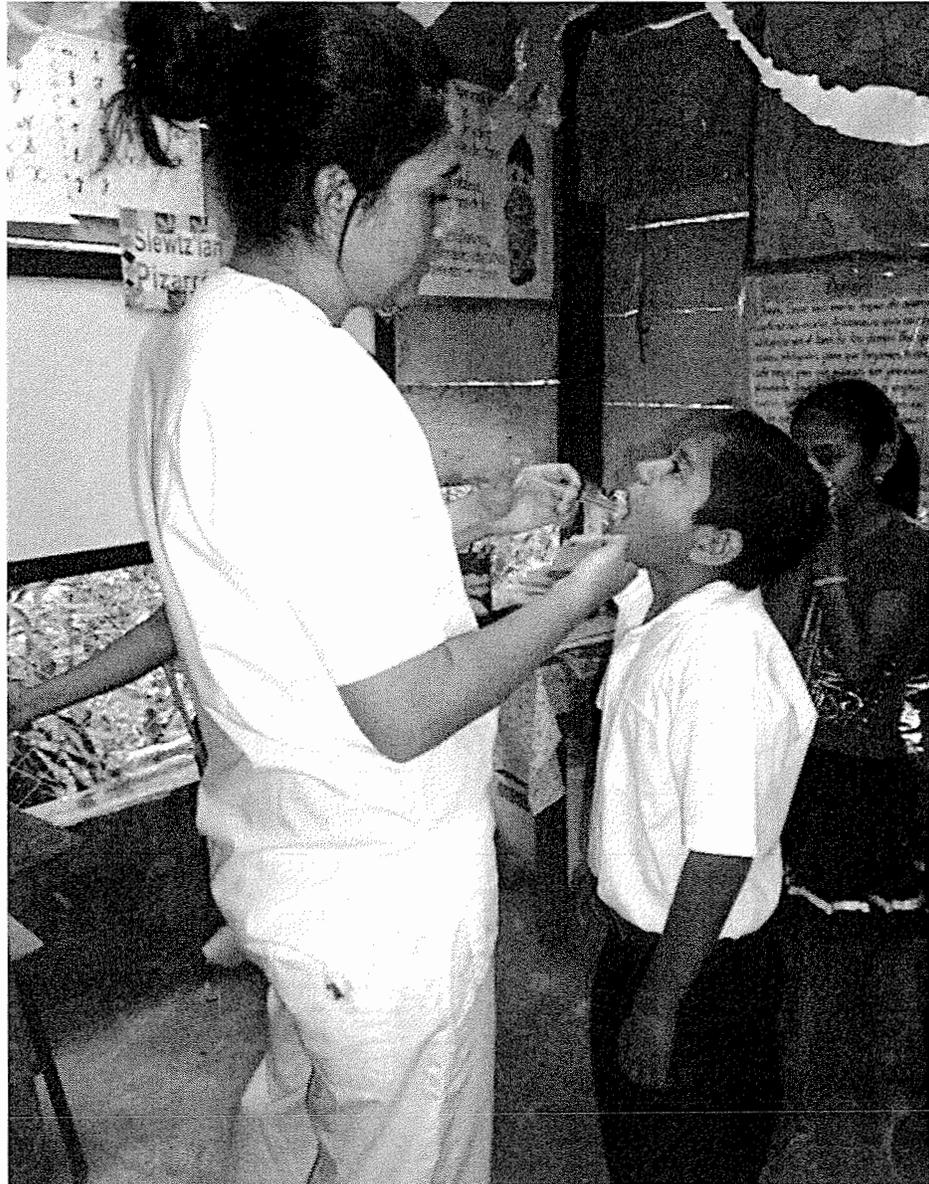
10. Villagràn Colòn, E. y Calderòn Màrquez, M. O. (2010). **Instructivo del informe final del programa ejercicio profesional supervisado**. Guatemala: Area de Odontologia Socio Preventiva, Facultad de Odontologia, Universidad de San Carlos. 7 p.



ANEXO

Programa de Enfermedades Bucales

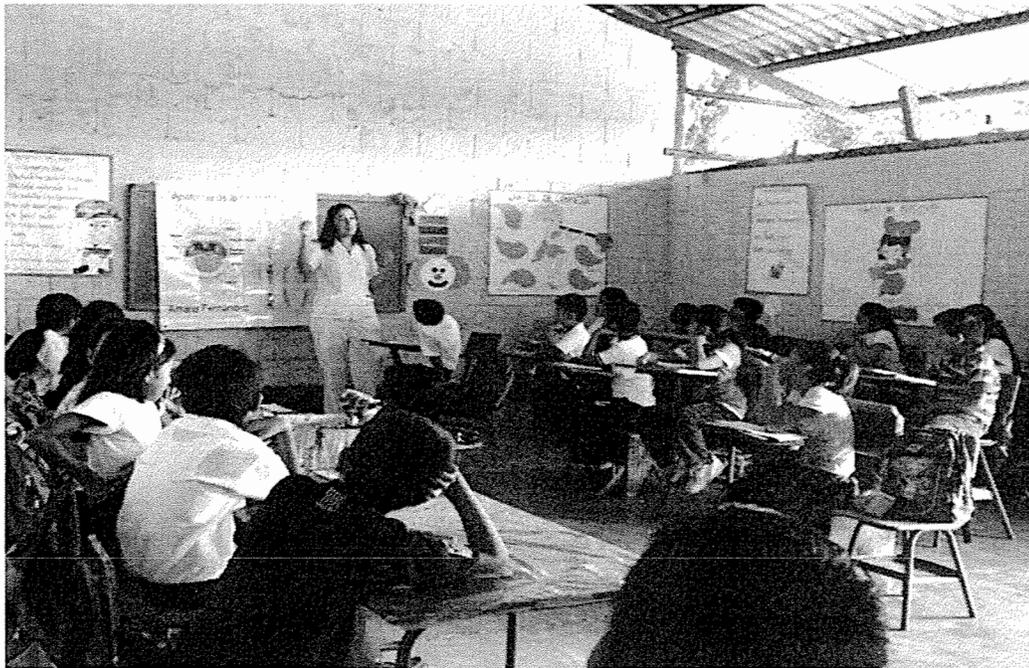
Enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%







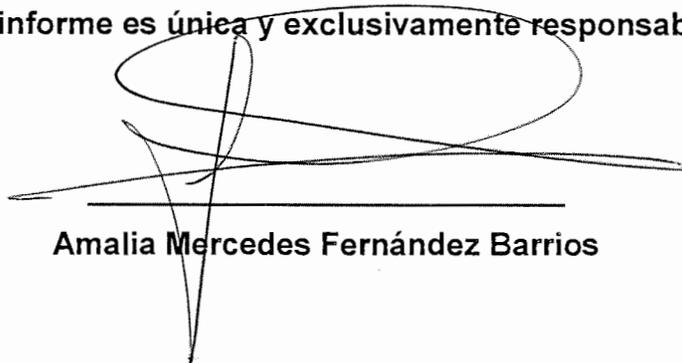
CHARLAS DE SALUD BUCAL







El contenido de éste informe es única y exclusivamente responsabilidad del autor

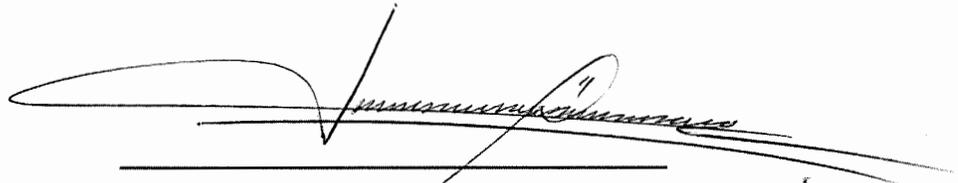


A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke, positioned above a solid horizontal line.

Amalia Mercedes Fernández Barrios

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

Vo.Bo.



Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
SECRETARIO ACADEMICO
Facultad de odontología

