

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL, SAN ANDRÉS CUILCO,
HUEHUETENANGO JUNIO 2015 -JUNIO 2016**

Presentado por:

PAOLA JULISSA ACEITUNO ALVAREZ

**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 septiembre 2016

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO INFANTIL, SAN
ANDRÉS CUILCO, HUEHUETENANGO JUNIO 2015 -JUNIO 2016|**

Presentado por:

PAOLA JULISSA ACEITUNO ALVAREZ

**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 septiembre 2016

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por su infinito amor, gracia y misericordia, ya que lejos de Ti nada soy y nada puedo. Y solo a través de Ti he podido alcanzar esta meta tan anhelada, siendo el motor que ha impulsado, renovado y transformado mis fuerzas, toda gloria y honra es para papito Dios.

Al mi gran amor: Pedro Julito, tú has sido la motivación y la razón para ser mejor persona y concluir esta etapa de nuestras vidas, gracias mi amor por apoyarme, confiar y creer en mí, eres la mayor Bendición en mi vida y este logro es de los dos.

A mi Padre: Por ser el mejor papa del mundo mi ejemplo de amor, responsabilidad, esfuerzo perseverancia y constancia, gracias por su amor, apoyo y confianza incondicional, culminamos este largo proceso. Finalmente Padre, soy Doctora.

A mi Mamá: Quien me ha enseñado con su ejemplo que el principio de la sabiduría es el temor a Jehová, quien día a día me da ejemplo de valentía, esfuerzo, trabajo, amor, motivándome a dar más; conociendo mis capacidades aún mejor que Yo misma. Gracias Madre por su apoyo. Lo logramos.

A mis hermanos: Gracias por su amor, y paciencia tantas veces compartiendo y superando mis explosiones emocionales, por animarme a seguir adelante y por ser mi ejemplo de humildad y responsabilidad en la Vida profesional, los amo.

A mis abuelitos: Abuelita Marta: Ha sido ejemplo de esfuerzo y tenacidad, pero sobretodo de amor y humildad, de Usted aprendí, que todo lo que se hace con amor tiene un sabor dulce. La amo abue, muchas gracias por todos sus cuidados y sabias palabras. Abuelito Pedro: El hombre trabajador y esforzado que superó tantas adversidades y nos enseñó que el éxito proviene del trabajo duro, con ejemplo. Sé que desde el cielo está gozándose conmigo. Abuelita Juana: Gracias por recordarme que Todo lo podemos en Cristo, y ser ejemplo de búsqueda de Él, gracias por su amor.

A Jorge Villalta: Su apoyo y confianza, permiten en gran parte que el día de hoy uno de mis sueños se vuelva realidad. Pero sobretodo su paciencia, amor, cuidados y atenciones en cada palabra de ánimo cuando me sentí cansada, su dulzura y comprensión, creyendo en mis capacidades incluso cuando a Mi me costaba. hacen mejor este día, gracias cielo mi lindo Vidalta.

A mis amigos: Dra. Jenifer Cabrera de Miròn, más que mi amiga mi hermana, este camino permitió la Bendición de tenerte en mi vida y compartir, alegrías, logros, tristezas, penas, llantos, risas, sonrisas, amores, desamores, éxitos, fracasos, carreras, y vivencias, en fin una vida juntas, sabes que te quiero y que has sido mi ejemplo, mi confidente, mi cómplice. Cristina Cabrera: gracias por su amor, ternura, paciencia, consejos por recibirme en su casa otra hija, por apoyarme y ser ejemplo. Ingenieras: Maria Renee de Leòn, Alicia Armas Hernandez, sus palabras hicieron eco en mi vida, lo logré, Dra. Miriam Morales gracias por su cariño, confianza y amistad por motivarme y acompañarme. Dras. Iris y Cindy Garrido, no hubiera sobrevivido el primer semestre del eps

sin ustedes. Maria Josè Aquino, Rosemary, Rome Tuch, Carmen, Richard, hicieron del eps una mejor experiencia y el día de hoy compartimos una bonita amistad. Doctores Hugo Argueta Migdalia Calderòn compartimos tantos momentos inolvidables, que son atesorados hoy. Dras. Fernanda Samayoa, Andrea Minera, Verónica de León, Velveth Méndez, en cada etapa que compartimos aprendí muchísimo con cada una de Ustedes. Mariana Valerio, Allan de León, Licdas Estefany y Karina López, Licda. Helen Morales Gladys Villatoro, Luisa Rivas, Horacio MacDonald, Ricardo Calix, tantas historias juntos han sido parte fundamental en este largo camino. Mimí, Silvita, Cory, Roxy, Viole, Lili, gracias por su cariño, palabras sabias y amistad.

A las Familias: Cabrera Rubio, Cabrera Mirón, Villalta Monzón, Rivas Lara, Méndez Jiménez, Salguero Paz, Cantero Girón por abrirme las puertas de sus hogares y de su corazón y contribuir en diferentes etapas al éxito que hoy alcanzo.

A mis docentes; Quienes dedicaron tiempo en mi formación académica compartiendo sus conocimientos y amor a la Odontología, formando lazos de amistad invaluable: Dr. Axel Popol, Dr Josè Figueroa, Dr. Guillermo Barreda, Dr. Erick Hernandez, Dr. Edwin Moncada, Dr. Rodolfo Cáceres, Dra. Cándida Padilla, Dr. Guillermo Rosales, Dr. Ricardo Catalán, Dra. Julieta Medina, Dra. Marlen Melgar, Dra. Paty Hernández, Dra. Evelyn Vicente, Dr. Bruno Whenke, Dra. Laura Echeverría, Dra. Ingrid Molina, Dr. Miguel Escobar, Dr. Juan Ignacio Asencio, Dr. José Aguilar Dra. Evelyn Vicente, Dr. José Palencia, Dr. Mario Taracena

Junta Directiva de la Facultad de Odontología

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. José Rodrigo Morales Torres
Vocal Quinta:	Br. Stefanie Sofía Jurado Guilló
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordon

Tribunal que Presidió el Acto de Graduación

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Juan Carlos Búcaro Gómez
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordon

Honorable tribunal que preside el acto de graduación

Tengo el honor de someter a su consideración el Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la Clínica Dental del Centro De Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango, 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:

A handwritten signature in black ink, enclosed within an oval shape. The signature is stylized and appears to read 'Paola Julissa Aceituno Alvarez'.

CIRUJANA DENTISTA

Paola Julissa Aceituno Alvarez

ÍNDICE

SUMARIO	2
I. PROYECTO COMUNITARIO	5
Introducción	5
Marco Teórico	6
Justificación	7
Objetivos	9
Metodología	10
Recomendaciones	15
Conclusiones	15
II. PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	16
Introducción	16
Subprograma Educación para la salud	16
Subprograma Barrido de sellantes de fosas y fisuras	18
Subprograma de Enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%	20
Presentación de resultados	24
Metas alcanzadas	36
Conclusiones	37
Recomendaciones	37
III. INVESTIGACIÓN ÚNICA	38
Introducción	38
Marco Teórico	40
Objetivos	41
Metodología	42
Presentación de resultados	47
Conclusiones	59
Recomendaciones	60
IV. PROGRAMA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL	61
Subprograma Atención clínica integral a escolares y preescolares	61
Subprograma Clínica de pacientes de alto riesgo	74
V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	88
Administración del consultorio	88
Control de infecciones	90
VI. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR	92
Introducción	92
Justificación	92
Metodología	92
Resultados	95
Objetivos alcanzados	95
Conclusiones	96
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	99

SUMARIO

El presente informe final del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), presenta las actividades realizadas en el Centro de Atención Integral Materno Infantil de San Andrés Cuilco, Huehuetenango, durante el período junio 2015 a junio 2016, tiempo de duración del programa.

Durante el desarrollo del mismo se llevaron a cabo diversos programas siendo estos: proyecto comunitario, prevención de enfermedades bucales, atención de clínica integral, atención de pacientes de alto riesgo, investigación única, administración del consultorio y capacitación del personal auxiliar. A continuación, se presenta un resumen de cada uno de ellos:

Proyecto comunitario: En las comunidades de Islam y Choliva, Cuilco Huehuetenango se observó la deficiencia de infraestructura para cocinas escolares. Se realizó un recorrido por las instalaciones de cada escuela perteneciente a estas comunidades observando la carencia de un espacio apropiado para la preparación de los desayunos escolares. Se realizó la planificación, gestión, implementación y construcción de cocinas escolares, mejorando la higiene, calidad de alimentos, comodidad y dignificación del área de preparación de los mismos en las que las madres de familia a diario trabajan. Partiendo de cero, el proyecto fue aprobado por Project Concern International (PCI) a nivel Municipal formando parte de Alimentos para la Educación.

Prevención de enfermedades bucales: este programa es el más importante y de beneficio para la población escolar, porque a través de la educación y la prevención es que los hábitos de higiene bucal se modifican y se convierten en un estilo de vida, lo anterior da como resultado una disminución en el CPO (piezas cariadas perdidas y obturadas) a mediano y largo plazo. Prevención de enfermedades se divide en:

1. Subprograma educación para la salud: Se impartieron mensualmente diversas charlas a los escolares con énfasis en mantener una buena higiene oral por medio de la práctica con técnicas diversas de higiene oral y las alternativas o sustitutos

del cepillo y pasta dental, con la finalidad combatir la aparición de las principales enfermedades de la cavidad oral. En cada actividad se utilizó material de apoyo: carteles, mantas vinílicas, pizarrón, typodonto, cepillo, pasta dental, cañonera, micrófono y bocinas. Las charlas se impartieron en las Escuelas Oficiales Rurales Mixtas de las aldeas: Sosi, Islam, Ixmulej, Mojubal, El Manguito, Posonicapa Grande, Choliva, Chepito y en la Escuela Oficial Urbana Mixta Regional. Aprobada la planificación organización y ejecución de las actividades por los directores y subdirectores de todas las escuelas rurales, realizándolas durante los ocho meses de duración del EPS. Los padres de familia llevaron a sus hijos a control pediátrico y prenatal (mujeres embarazadas) en el Centro de Atención integral materno infantil (CAIMI), durante septiembre y febrero, también se les impartió varios temas. En promedio se benefició a 982 escolares con todas las charlas durante el eps.

2. Subprograma barrido de sellantes de fosas y fisuras: este método de prevención consiste en la aplicación de sellantes en las piezas dentales que se encuentran libres de caries sobre las áreas anatómicas más retentivas de la cara oclusal, siendo estas las fosas y las fisuras. Los niños atendidos corresponden a las Escuelas: EORM Sosi y EOUM Regional. Durante el desarrollo del subprograma se colocaron 872 sellantes de fosas y fisuras a 160 escolares.
3. Subprograma enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%: los enjuagues se realizaron semanalmente con fluoruro de sodio al 0.2%. con el apoyo de los directores y maestros encargados del programa de Salud Escolar en calidad de monitores. Se proporcionaron 7,213 enjuagues y se benefició a un promedio de 902 escolares. De esta manera se le dio continuidad preventiva contra la caries dental y se fortaleció las piezas dentarias de los escolares del municipio, participantes en este subprograma.

Atención de la clínica integral y clínica de pacientes de alto riesgo: Se atendió a 99 estudiantes de las escuelas, a quienes se les realizó tratamiento odontológico integral. Efectuando: 139 exámenes clínicos, 101 profilaxis bucales, 98 aplicaciones tópicas de flúor, 277 sellantes de fosas y fisuras, 71 ionómeros de vidrio, 26 tratamientos periodontales 537 restauraciones de amalgama, 298 de resina, 84 pulpotomías, 5 tratamientos de canales, 14 coronas de acero y 99 extracciones dentales. El grupo de alto riesgo estuvo constituido por niños preescolares, adolescentes, adultos mayores, señoras embarazadas y población en general. El total de pacientes fue de 89, a quienes se les cubrió las necesidades diagnosticadas. Los tratamientos efectuados se describen a continuación: 160 exámenes clínicos, 67 profilaxis bucales, 50 aplicaciones tópicas de flúor, 74 sellantes de fosas y fisuras, 18 ionómeros de vidrio, 148 restauraciones de amalgama, 135 de resina, 55 pulpotomías y 254 extracciones dentales.

Investigación única: Este estudio surgió de la inquietud de comparar la situación socioeconómica con la salud bucal de los escolares de 12 años de edad, se seleccionó una muestra de veinte escolares de las diferentes escuelas de educación primaria, a quienes se les realizó una visita domiciliaria para valorar su calidad de vida y el CPO, en la clínica dental.

Administración del consultorio: Como un subprograma de este está la capacitación al personal auxiliar, éste consistió en proporcionar información teórica escrita y verbal sobre los diferentes temas relacionados con procesos en los cuales la asistente participó con el estudiante de EPS. Posterior a ello, se realizó en forma mensual evaluaciones sobre los temas desarrollados durante los ocho meses que duró el programa

I. PROYECTO COMUNITARIO

Cocinas escolares aldeas Islam y Choliva

Introducción

Se parte de la importancia que una alimentación balanceada representa en el rendimiento de los niños en edad escolar para el desarrollo de sus actividades académicas, personales y resaltando que el desayuno es el alimento más importante del día. Se observó que, para la elaboración de alimentos saludables, es necesario contar con la infraestructura adecuada y que cumpla con los requerimientos mínimos para mantener la salud de quienes los consumen y realizan.

Es por ello, que se realizó la gestión para la ejecución del proyecto, para incluir a las escuelas de las aldeas Islam Y Choliva en el subprograma de cocinas escolares que PCI realizó dentro del programa Alimentos para la Educación que se lleva a cabo de forma tripartita con el apoyo y organización de los líderes comunitarios (COCODE) y los miembros de la comunidad que fue beneficiada con la construcción de la misma. Posterior a ello, se participó activamente en cada una de las actividades necesarias para la ejecución de dicho proyecto, llevando a cabo el acompañamiento y las intervenciones pertinentes hasta la finalización de la obra gris y los acabados posteriores, se gestionaron donaciones y se coordinó actividades para adquirir la pintura y pintar las cocinas en su interior y exterior, el equipamiento de las mismas, así como, la entrega de platos y vasos para los escolares.

De esta forma se proporcionó a los escolares, de ambas aldeas, desayunos preparados de una forma higiénica y que aporten nutrientes para el desarrollo y crecimiento de los escolares.

MARCO TEORICO

El municipio de San Andrés Cuilco se encuentra a una distancia de 76 km de la cabecera departamental Huehuetenango. Limita al Norte con el municipio de La Libertad, al Este con el municipio de San Ildefonso Ixtahuacán, al Oeste con la ciudad de Chiapas del país de México y al Sur se encuentra el municipio de Tectitán y los municipios del departamento de San Marcos Tacaná, San José Ojetenam y Concepción Tutuapa. Entre las actividades principales que desarrolla la población se encuentran la comercial, pecuaria, agricultura. El municipio de Cuilco tiene una extensión territorial de 592 km². Población aproximada de 57,067 habitantes según el Censo de Población del año 2010 con una densidad de 106 personas por kilómetro cuadrado. Existe una población superior de etnia ladina con un porcentaje del 88.34% del total de la localidad y el 11.66% perteneciente a la etnia Mam.

“Debe ser planeada la construcción de las instalaciones educativas tomando en cuenta no sólo el uso específico por el cual son construidas.”(Lara Escamilla) *También deben brindar un servicio educativo y considerar aspectos de seguridad e higiene que permitan garantizar bienestar y seguridad a sus habitantes. Hay que tomar en cuenta que estas infraestructuras son utilizadas para actividades, alimentarias, culturales, sociales y deportivas, por lo cual representa la afluencia de un número mayor de usuarios. Se deben tener presentes estas situaciones, y prevenirse a la hora de diseñar las instalaciones educativas, y siempre “cumplir con los estándares en los códigos de edificación y medidas de seguridad e higiene, incluyendo un adecuado sistema de ventilación, iluminación y temperatura para cada espacio y equipamiento. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una **Organización No Gubernamental** es “cualquier grupo de ciudadanos voluntarios sin ánimo de lucro que surge en el ámbito local, nacional o internacional, de naturaleza altruista y dirigida por personas con un interés común”.

Es así como las **Organizaciones No Gubernamentales** llevan a cabo servicios humanitarios, **sirven como** mecanismo de alerta y apoyan la participación política a nivel de comunidad.*¹

PCI Project Concern International, por sus siglas en inglés, es una organización no gubernamental dedicada a la realización de proyectos de desarrollo, mejorar la salud y colaborar con el desarrollo auto sostenible de las comunidades en las que se encuentra. Desarrollando diversos programas para el beneficio de los niños en edad escolar.

Justificación

Posterior al diagnóstico de la carente infraestructura para preparar los alimentos del desayuno escolar en dichas comunidades, y de observar que estos eran preparados en el suelo y al aire libre, se determinó que es necesario cambiar las condiciones y mejorar sobretodo la higiene y el ambiente en el cual las madres de familia trabajan mañana a mañana. Cuando se habla de higiene escolar, se enfoca dentro de la institución tomando en cuenta todos los lugares que los niños ocupan, y que de una u otra manera son utilizados a diario como parte de los servicios básicos, que ellos necesitaban, como el salón de clases, los corredores , la cocina y los baños. Al referirse al área de la cocina se debe tomar en cuenta algunos aspectos:

Infraestructura mínima para la dignificación de la labor realizada a diario por las madres de familia.

¹ Porto, J y Gardey, A

- Área adecuada para la preparación de alimentos.
- Ventilación adecuada durante y posterior a la elaboración de los alimentos
- Equipo y mobiliario básico para la preparación de alimentos
- Suministros de higiene para la misma.
- Servicio de agua suficiente.
- Depósito para desechos (basureros), para evitar la contaminación ambiental que afecta la salud.
- El enseñar a implementar normas de higiene a una comunidad cambia totalmente su entorno social.

En éste proyecto se mejoró la infraestructura de las Escuelas Oficiales Rurales Mixtas Islam y Choliva a través de realizar la gestión, planificación, y ejecución de la construcción de una cocina escolar adecuada. También se pintó el interior y exterior de la misma y la donación de platos y tazas para los escolares de ambas comunidades, así como, mejorando el ornato.

Se gestionó, a nivel municipal, la inclusión de estas dos escuelas ante la ONG, PCI que ya participa con el programa Alimentos para la Educación en esta región, llevándose a cabo la construcción de dos cocinas escolares equipadas con los utensilios básicos e instalaciones adecuadas, para beneficiar a los escolares de dichas aldeas, que al inicio del proyecto carecían de infraestructura adecuada para la preparación de alimentos, por lo que se incluyó la gestión para la ejecución de este proyecto dentro de las obras a realizar en el segundo semestre de 2015, por parte de PCI.

Objetivos

Durante el periodo estipulado por PCI para la planificación y ejecución de este proyecto, la obra gris y los acabados de las cocinas escolares en las Escuelas Oficiales Rurales Mixtas de las Aldeas Islam y Choliva culminaron exitosamente. Se demostró la participación consciente y activa no solo de los padres de familia, sino de todos los pobladores de dichas comunidades.

El número de escolares beneficiados fue de 285 distribuidos en ambas escuelas, para que sus alimentos (específicamente desayuno escolar) de ahora en adelante sean preparados a diario en un lugar higiénico, seguro, con las condiciones físicas necesarias para que el resultado sea una alimentación saludable, variada y de calidad superior, que logre aportar los nutrientes necesarios para que los niños tengan un mejor rendimiento escolar.

Además de la infraestructura del área de cocina, se mejoró el ornato de ambas escuelas, ya que se llevó a cabo la pintura de ambas cocinas externa e internamente del mismo color del resto de aulas de las mismas. Además se uniformó el tamaño de los vasos y platos en los que los escolares reciben su desayuno, a través de una donación gestionada por la estudiante que realizó su EPS de Odontología. De esta manera se alcanzó una distribución con equidad en cuanto a cantidad de alimentos para todos los niños de todos los grados.

Se llegó a un acuerdo verbal y se recomendó dejar por escrito estipulado y acordado un mantenimiento constante y el debido remozamiento de dichas instalaciones periódicamente para dar un mayor tiempo de vida útil, en condiciones óptimas y así beneficiar a los escolares de estas dos aldeas

Durante el tiempo que la ejecución del proyecto tomó, se logró el cambio de actitud respecto a la colaboración y participación en él. Se trabajó en equipo con compromiso y responsabilidad en armonía con la interacción de padres de familia, COCODE, alumnos de las escuelas, y EPS de Odontología.

Metodología

Para la realización de éste proyecto, se tuvo la participación de PCI, (proyecto alimentos para la educación) COCODES, padres de familia, maestros de los diferentes grados, alumnos. Los padres colaboraron con la construcción y ejecución del proyecto, aportando mano de obra y acabados. Los materiales de construcción y los planos fueron proporcionados por PCI. Los vasos, platos y equipo de cocina se obtuvieron a través de donaciones y la pintura por la estudiante de EPS de Odontología.

Para la ejecución del proyecto, se planificaron cinco meses a partir del 15 de julio de 2015 al 15 de enero de 2016, con horarios de 8:00 a 15:00 para que los padres de familia realizaran los trabajos de construcción necesarios, posterior a ello, se llevó a cabo la pintura interna y externa y se hizo entrega de los utensilios de cocina donados por los jóvenes del último año de Magisterio parvulario del Instituto

Siguiendo un cronograma mensual avalado y acordado de forma tripartita.

CRONOGRAMA MENSUAL

MES	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBJETIVO ALCANZADO
Junio	Realizar un reconocimiento de las necesidades en las escuelas donde se realiza la entrega de flúor por parte del Programa de salud bucal a cargo de la estudiante EPS	Estudiante EPS Odontología	Satisfactoriamente se realizó el diagnóstico de las necesidades en estas dos escuelas.
Julio	Gestión-aceptación de las escuelas de Islam y Choliva en el proyecto de construcción de cocinas escolares a cargo de PCI-ALIMENTOS PARA LA EDUCACION en el área de Huehuetenango, 2015 Iniciar la inclusión y participación en las reuniones de padres de familia-COCODE- PCI para la actualización del desarrollo del proyecto Realización de actividades para obtener los medios económicos, para la compra del material de	Estudiante EPS Odontología- Encargado de Infraestructura PCI Huehuetenango. Estudiante EPS Odontología-COCODE	En aldea ISLAM la mayoría de actividades se lograron en el periodo de tiempo establecido. En aldea Choliva existió un poco de controversia, pero se logró realizar la mayor parte de actividades programadas.

	construcción de bajo costo y la mano de obra para la ejecución del mismo. Entrega de planos por parte del arquitecto al maestro de albañil quien será responsable y dirigirá la ejecución de la misma. Inicio de la construcción de las dos cocinas escolares.	Encargado de Infraestructura PCI Huehuetenango.	
--	---	--	--

MES	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBJETIVO ALCANZADO
Agosto	Se agenció de fondos para la mano de obra calificada, los padres de familia se turnaron para apoyar en la construcción de dicha cocina. Entrega y recepción del material de construcción a cargo de los señores de PCI a los directores de cada escuela. Block, cemento, vigas, hierro, laminas, ladrillos, puerta.	COCODE- Padres de familia- EPS Odontología.	Insatisfactoriamente En Choliva, se tuvo un notable atraso en la ejecución del proyecto. Objetivos alcanzados en Islam
Septiembre	Zanjeado, levantamiento de columnas, y paredes de ambas cocinas. Techado de ambas cocinas escolares	COCODE- Padres de Familia- Director de la Escuela Estudiante EPS odontología	Satisfactorio para Islam pero con cierto retraso de tiempo. Insatisfactorio en Aldea Choliva, se continuó con el retraso y detenida la construcción.
Octubre	Se colocó las ventanas y puertas en ambas cocinas escolares. Se fundió torta de cemento para el piso en ambas cocinas		Satisfactorio pero con notable retraso en lo estipulado en Islam. En Choliva durante este mes se realizó lo programado para Agosto y septiembre.
Noviembre	Se fundió la estufa de leña y colocación de hornillas, sistema de ventilación. Se fundió torta de cemento para el piso en Choliva.		Satisfactorio en Islam. Insatisfactorio en Choliva, van por el levantamiento de paredes y la estructura del techo.
Febrero	Se adquirieron los vidrios, estructuras metálicas y techado con lámina. Instalación de energía eléctrica.		Satisfactorio en Islam. En Choliva se fundió la estufa de leña y colocación de hornillas, sistema de ventilación.

Marzo	Finalización de construcción de las cocinas escolares. Se adquirieron los vidrios, estructuras metálicas y techado con lámina. Instalación de energía eléctrica en Choliva		SATISFACTORIO
Abril	Compra de platos, tazas y pintura		SATISFACTORIO
Mayo	Pintura de ambas cocinas del mismo color que el resto de las aulas escolares. Entrega de tazas y platos. Y de cocinas a miembros del OCODE y directores.		SATISFACTORIO

Recomendaciones

- Dar mantenimiento adecuado a la cocina, infraestructura y a la estufa de manera especial, ya que con ella también se reduce el humo que es enviado al aire que los niños respiran.
- Educar a los niños sobre el cuidado del kit de plato y vaso para mantener la uniformidad y la cantidad de alimento.
- Mantener en buen estado los utensilios donados por los estudiantes de Magisterio para prolongar el tiempo de vida útil de estos.
- Unificar los criterios entre padres de familia, COCODE y Ong`s .
- Obtener beneficios de los recursos que cada población dispone al máximo. Para agilizar la ejecución de proyectos futuros.
- Compromiso de las comunidades por medio del acuerdo de mantenimiento por parte de los padres de familia y los escolares para dicha cocina.

Conclusiones

- La realización del proyecto de infraestructura de cocinas escolares, se facilita al tener colaboración de parte de PCI, COCODE.
- Se concluyó el proyecto cumpliendo con la planificación, gestión y ejecución de las cocinas escolares Islam y Choliva.
- Se crea un ambiente más sano para la elaboración de los alimentos que serán entregados en mejores condiciones a los escolares.
- Se redujo la contaminación ambiental.
- Se mejoró la higiene en la preparación de los alimentos.

II. PROGRAMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Introducción

En esta parte se describen las actividades que se desarrollaron en el Programa de prevención de enfermedades bucales, durante ocho meses (de junio 2015 a junio 2016) período de tiempo que duro el Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para implementar y transmitir la información a través de educación y poder evitar, disminuir la proliferación de enfermedades bucales.

Tomando en cuenta las necesidades odontológicas y socioeconómicas en el municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango; el programa tuvo un enfoque preventivo. Es trascendental el abarcar la mayor parte de la población infantil en dicha comunidad para prevenir, que en un futuro, los infantes se encuentren incluidas en el alto porcentaje de pacientes cuya única solución a las enfermedades dentales que padecen, sea la extracción dental.

Subprograma Educación para la salud: Prevención es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Según la OMS significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.²

Se impartieron mensualmente diversas charlas a los escolares del área urbana y rural de San Andrés Cuilco. Se utilizó el material didáctico correspondiente de modo que el mensaje fuera de impacto tanto para los escolares, como para los docentes

² OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra 1998.

y maestros practicantes. Se hizo énfasis en la importancia de mantener una correcta higiene oral por medio del conocimiento y de la práctica de técnicas diversas de higiene oral y las alternativas o sustitutos del cepillo y pasta dental, para mejorar los hábitos de higiene en general de una familia y posterior de toda la comunidad, con la finalidad de combatir la aparición de las principales enfermedades que aparecen en la cavidad oral. (Caries, Gingivitis y Periodontitis).

Las charlas se llevaron a cabo en las Escuelas Oficiales Rurales Mixtas de las aldeas: Sosi, Islam, Ixmulej, Mojubal, El Manguito, Posonicapa Grande, Choliva, Chepito y en la Escuela Oficial Urbana Mixta Regional. Se obtuvo una respuesta positiva y un cambio de actitud referente al interés de los escolares en recibir más tratamientos de prevención para conservar la salud bucal permanentemente. También se incluyeron temas como la cronología de la erupción dental y la importancia de los enjuagues con fluoruro de sodio, la interrelación de una alimentación balanceada con el elevado índice de enfermedades bucales que actualmente se padece y el papel que los azúcares desempeñan en la aparición de la misma.

La educación a través de pláticas no fue exclusivamente en las escuelas, también se realizó durante algunos meses al personal de CAIMI y a los pacientes que se encontraban en la sala de espera de consulta externa, pediatría y control prenatal, de esta manera se amplió más la población objetivo, con la finalidad de que los hábitos de higiene dental sean parte de las actividades diarias de la población en general de dicha comunidad. Se logró transmitir el mensaje a 1872 personas.

Subprograma barrido de sellantes de fosas y fisuras

Este método de prevención consiste en la aplicación de sellantes en las piezas dentales que se encuentran libres de caries sobre las áreas anatómicas más retentivas de la cara oclusal, estas son las fosas y las fisuras. Los sellantes tienen 3 efectos preventivos fundamentales: 1) obturan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos; 2) al obturar la fosas y fisuras suprimen el hábitat de los streptococcus mutans y otros microorganismos y 3) facilita la limpieza de la fosas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental y la masticación. El principal factor a tener en cuenta para la aplicación de un sellador es el diagnóstico del estado de salud de las fosas y fisuras que se pretenden cerrar. “El molar tratado debe revisarse, periódicamente, para estimar la integridad del sellador”

Actualmente existen dos formas de presentación o tipos de selladores de fosas y fisuras disponibles en el comercio, los curados químicamente y los fotocurados. Los clínicos prefieren el sellante fotocurado visible porque éste requiere menor tiempo de curado, el tiempo de curado puede ser controlado por el clínico y el procedimiento puede ser integrado con el comportamiento del paciente. No se necesita ninguna mezcla, el riesgo de incorporar burbujas de aire es disminuido. Además, algunos productos comercializados incluyen compuestos de flúor. Estos, en contacto con el medio bucal, liberan ión fluoruro con el que se trata de complementar la acción de sellado con la que ese ión sobre los procesos microbianos desmineralizantes involucrados en el proceso caries produce.

Los niños atendidos corresponden a las Escuelas EORM Sosi y EOUM Regional y se colocaron 872 sellantes de fosas y fisuras a 160 escolares. Estos eran alumnos regulares de primero y segundo año de primaria, y en tres oportunidades de párvulos y preparatoria. Los niños de tercero primaria en adelante ya no tienen piezas permanentes libres que cumplan con los criterios de inclusión para poder aplicarles SFF.

Durante el desarrollo del subprograma, el director del CAIMI apoyó facilitando el transporte, con combustible y piloto para realizar el traslado de los estudiantes, cada viernes por la mañana. desde el centro de estudios hacia la clínica dental. Situación que motivaba a los escolares para participar en el programa. Se logró alcanzar el objetivo del programa, en forma mensual, durante el EPS. Se completó con mucho interés por parte de los escolares y directores.

Protocolo de aplicación de sellantes de fosas y fisuras:

1. Valorar diente: ¿Qué se le valora?
 1. Surcos y fisuras pronunciados
 2. Si esta parcial o totalmente erupcionado
 3. Morfología pronunciada
 4. Defectos de mineralización en la superficie que se sella
 5. Por último, que el diente tenga un antagonista
2. Se evaluó y realizó un diagnóstico del diente, se presentó caries o lesiones no cariosas o todo lo que estaba afectando.
3. Se efectuó profilaxis: remover la placa bacteriana de las superficies de los dientes; esta se realizó con agua y pasta para profilaxis libre de flúor.
4. Se aisló relativo o absoluto el campo operatorio, según colaboración y disposición del paciente.
5. Se desmineralizó el esmalte con ácido fosfórico 35% por 15 segundos.
6. Se lavó por el doble de tiempo lo que desmineralizó, lo cual fue de 30 segundos.
7. Se secó con aire levemente sin desecar el esmalte.
8. Se aplicó el sellante con un explorador para llevar el sellante por todas las fosas y fisuras.
9. Se fotocuró por 40 segundos.
10. Se retiró el aislamiento del campo operatorio.
11. Por último, se comprobó la oclusión.

Subprograma de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%

De acuerdo al índice tan alto de caries que se presenta en Guatemala, se reconoce que la prevención en escolares es de suma importancia. “La Organización Mundial de la Salud define la caries dental como un proceso localizado de origen extenso, que se inicia después de la erupción dentaria determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad.”(Fernández 1998)

El flúor es el elemento químico de número atómico 9 situado en el grupo de los halógenos (grupo 17) de la tabla periódica de los elementos. Su símbolo es **F.**, es un gas a temperatura ambiente, de color amarillo pálido, formado por moléculas diatómicas F_2 . Es el más electronegativo y reactivo de todos los elementos. En forma pura es altamente peligroso, causando graves quemaduras químicas al contacto con la piel. ³

El término "fluoruro" hace referencia a los compuestos que contienen el ión flúor (F^-) como sal del ácido fluorhídrico y "fluoruros" hace referencia a los compuestos que contienen fluoruro, ya sean orgánicos o inorgánicos. Se ha determinado un nivel "óptimo" de fluoruros en el agua de bebida, tomando como objetivo un nivel máximo de prevención de caries y un nivel mínimo de fluorosis dental. Existe una gran variedad de productos fluorados: agua de bebida, pasta de dientes, soluciones bucales, geles o esmaltes dentales, sal, leche y otros suplementos.

Históricamente, las poblaciones que han disfrutado de agua de bebida fluorada, han tenido menos caries. Hoy en día, existen más productos fluorados cuyo uso se ha extendido y que por lo tanto ayudan a proteger a un espectro de población más amplio. El aumento en la frecuencia de fluorosis dental en los últimos 30 a 40 años, se atribuye con frecuencia al uso generalizado de productos fluorados, a parte del

³ Asimov, I. El electrón es zurdo y otros ensayos

agua de bebida. La fluorosis dental es común en algunas zonas del mundo, como por ejemplo China, donde los fluoruros están presentes de forma natural en grandes dosis en los minerales y el agua. Cuanto mayor es la cantidad de fluoruros que se incorpora al hueso, más graves son los efectos asociados a la fluorosis esquelética en los huesos. En algunas zonas del mundo donde de forma natural hay altos niveles de fluoruros, la fluorosis esquelética está muy extendida. Esto se debe, principalmente, a una mayor ingesta de fluoruros a través de alimentos y agua de bebida.

El objetivo del flúor tópico es formar fluorapatita en el periodo post eruptivo de las piezas dentarias. La aplicación puede realizarse de varias formas:

1. Colutorios (enjuagues)
2. Geles
3. Barnices
4. Dentífricos

Según la concentración de flúor, los enjuagues se pueden usar a diario o una vez a la semana. Los de uso diario tienen una concentración de 0.05 % de flúor y el semanal 0,2% de flúor. Se enjuagan durante un minuto y después deben estar 30 minutos sin beber o comer nada, por ello es muy eficaz el diario

nocturno, hacer el enjuague antes de ir a dormir. Los usaremos en pacientes mayores de 6 años, ya que los menores de esta edad no tienen aún control y se tragan el colutorio, pudiendo producir una fluorosis por exceso de aporte vía sistémica. El 50-60% del flúor se absorbe en el primer minuto.⁴

⁴ Falcon Leon, M Eficacia de las topificaciones con flúor gel en la prevención de caries dental en escolares de 7 años de edad del distrito de Ricardo Palma: año 2001.

La aplicación de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2% semanal, se ha convertido en una técnica de gran beneficio para los escolares de las diferentes comunidades del país, debido a su fácil y rápida aplicación, así como, su bajo costo.

El ion fluoruro tiene tres mecanismos de acción dentro de sus propiedades preventivas, estos son:

- Favorecer la remineralización dando como consecuencia una superficie más resistente.
- Inhibición de la desmineralización, cuando se inicia el ataque ácido, hace que se incorporen al esmalte dentario y protege de la desmineralización.
- Inhibición de la actividad bacteriana.

“La acción preventiva de los fluoruros frente a la caries no se debate, sin embargo, su utilización debe ser cuidadosa para lograr su efecto beneficioso sin obtener efectos tóxicos.” (Barberia Leache, 2005).

La toxicidad aguda resulta de la ingestión de grandes dosis de fluoruros. “La dosis tóxica probable (PTD) es de 5mg/kg de peso corporal.” (Barberia Leache, 2005). Por esta razón es necesario que los enjuagues fluorados tengan el porcentaje correcto, ya sea de uso semanal (0.2%) o diario (0.05%), y deben ser indicados hasta el momento en que el niño tiene capacidad de expectorar y sabe seguir instrucciones para no tragar el enjuague preparado.

La toxicidad crónica se deriva de la ingestión de pequeñas dosis de fluoruro provocando fluorosis dental, que se manifiesta con manchas blancas opacas en la superficie del diente. Por ésta razón se buscan los efectos beneficiosos de los fluoruros y se intenta minimizar los riesgos, utilizando la vía tópica, ya que es la más eficaz y segura para su administración, que la vía sistémica.

La utilización de enjuagues bucales después del cepillado dental, comprueba un efecto cariosático. Pueden utilizarse enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% para

uso semanal, o de 0.05% para uso diario. “La cantidad es de 5-10 ml de producto, enjuagándose durante 1 minuto”. (Barberia Leache, 2005). Revisión bibliográfica que respalde lo del minuto para el 80%

El programa de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) facilitó a los centros educativos el fluoruro en pastillas de 500mg c/u; las que se distribuyeron según la cantidad de estudiantes en cada establecimiento, de la siguiente manera:

- ✓ 20 pastillas – 1 galón de agua- 800 escolares
- ✓ 10 pastillas - 2 litros de agua- 400 escolares

Luego de haberlas disuelto, se utiliza una jeringa de 5 ml, aplicando directamente en la boca de los escolares. Seguidamente se les indicó que realizarán el enjuague por un minuto y que luego escupieran la solución.

El desarrollo de este subprograma se realizó durante los ocho meses del EPS, con escolares de los diferentes establecimientos. Se entregó el enjuague a un promedio de 985 escolares durante los meses de junio 2015 a junio 2016.

Las escuelas incluidas en este subprograma fueron EOUM Regional, EORM Sosí, EORM Islam, EORM Ixmulej, EORM Mojuba, EORM Choliva, EORM Chepito, EORM El Manguito, EORM Posonicapa Grande.

Presentación de resultados

Subprograma de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.2%

Cuadro 1

Escolares beneficiados con el Subprograma de enjuagues de fluoruro de sodio del Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

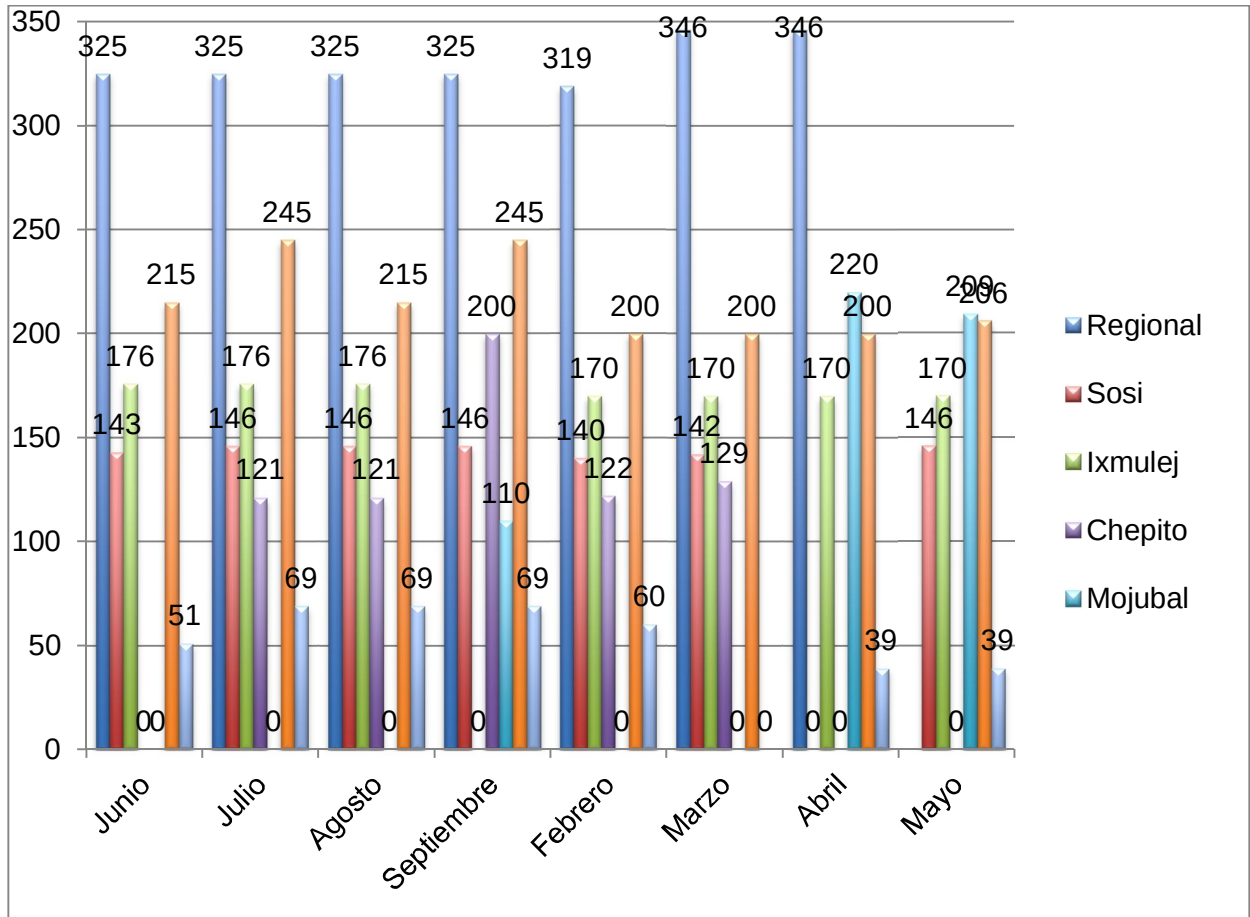
Mes	EOUM Regional	EOR Sosi	EORM Islam	EORM Ixmulej	EORM Chepito	EORM Mujubal	EORM Choliva-Posonicapa- El Manguito	Total por mes
Junio	325	143	215	176	0	0	51	910
Julio	325	146	245	176	121	0	69	1082
Agosto	325	146	215	176	121	0	69	1052
Septiembre	325	146	245	0	122	110	69	1095
Febrero	319	140	200	170	122	0	0	1011
Marzo	346	142	200	170	129	0	60	987
Abril	346	0	200	170	0	220	39	975
Mayo	0	146	206	220	0	209	39	770
Total	2311	1009	1726	1208	693	539	396	7882
PROMEDIO	289	126	217	151	87	68	51	985

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - mayo 2016

Durante los ocho meses de duración del programa, se benefició en promedio, a 985 niños en forma mensual.

Grafica 1.

Escolares beneficiados con el Subprograma de enjuagues de fluoruro de sodio del Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

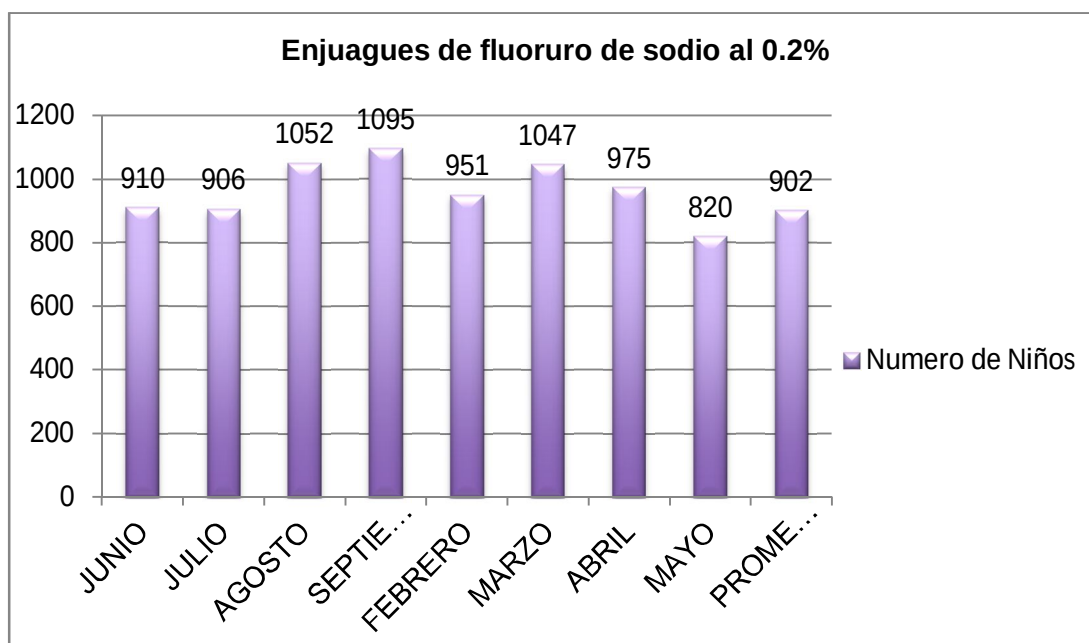


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

La escuela EORM Islam fue la que recibió enjuagatorios durante los ocho meses de duración del programa.

Grafica 2

Total de escolares atendidos en el Subprograma de enjuagues de fluoruro de sodio, en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango, junio 2015-junio 2016



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Septiembre fue el mes en el cual se brindó más enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, y mayo, el de menor cantidad.

Subprograma sellantes de fosas y fisuras:

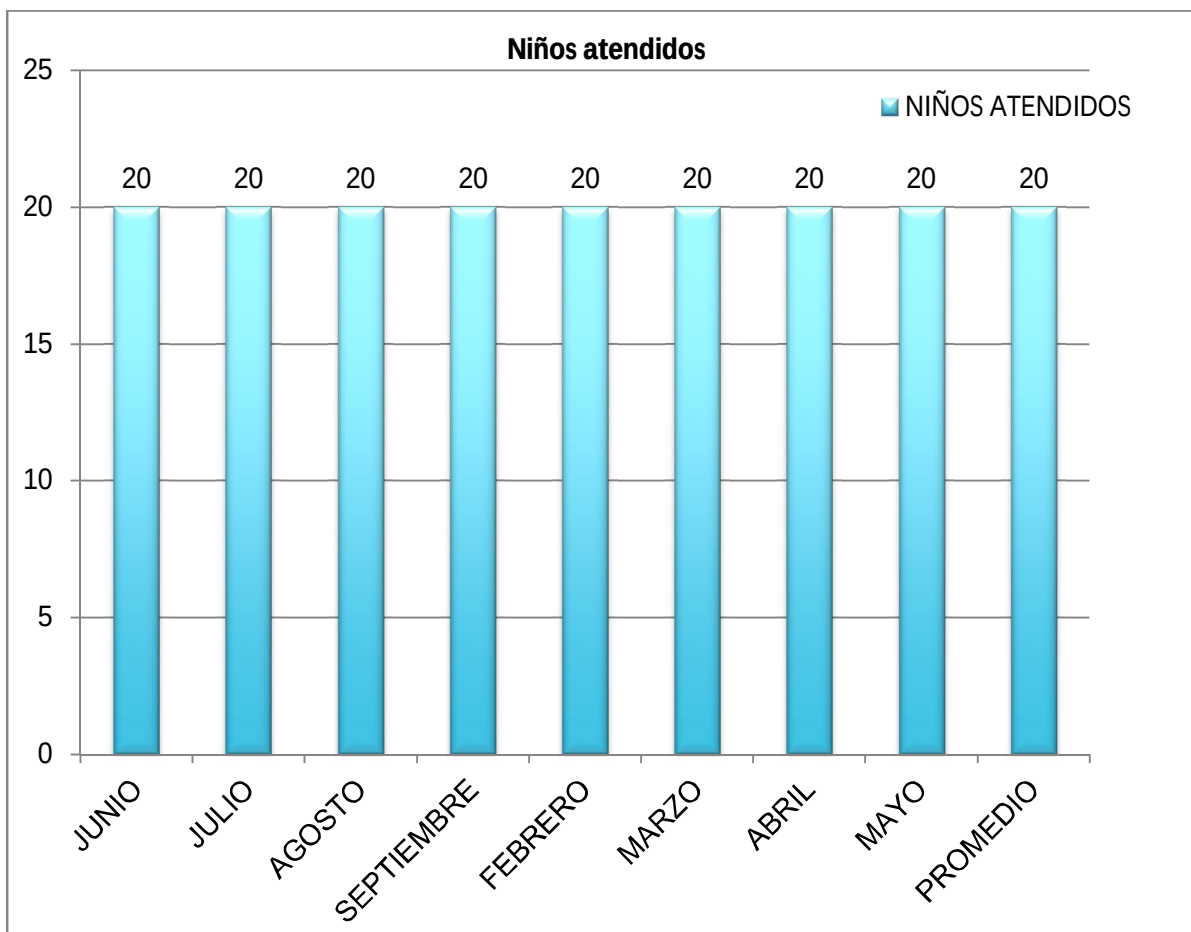
Cuadro 2

Escolares beneficiados con el Subprograma de sellantes de fosas y fisuras,
en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango, junio 2015-junio 2016

<i>MES</i>	<i>NIÑOS ATENDIDO</i>	<i>NÚMERO DE SFF</i>
Junio	20	130
Julio	20	98
Agosto	20	126
Septiembre	20	109
Febrero	20	97
Marzo	20	101
Abril	20	105
Mayo	20	106
Total	160	872
Promedio	20	109

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Grafica 3

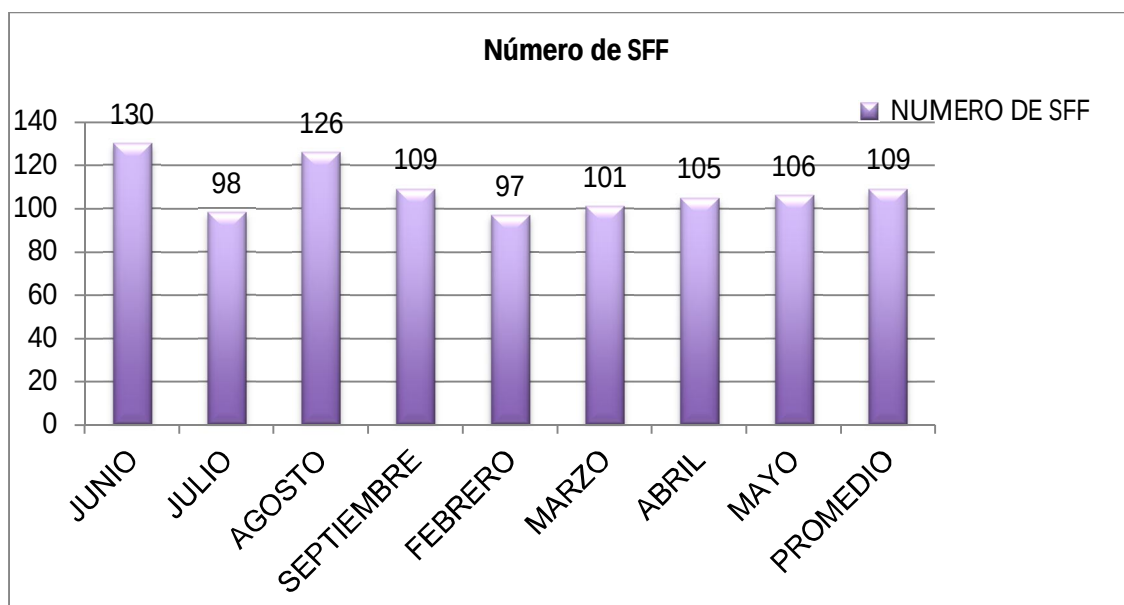


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Mensualmente se atendió a 20 niños en este subprograma. La afluencia fue regular, por ello se alcanzó la población objetivo correspondiente.

Grafica 4

Escolares beneficiados con el Subprograma de sellantes de fosas y fisuras en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango, junio 2015-junio 2016



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Durante el mes de junio se realizó mayor cantidad de SFF a los escolares.

Subprograma educación en salud

MES	No. DE PLÁTICAS	TOTAL DE NIÑOS	TEMAS IMPARTIDOS
Junio	12	309	DIETA BALANCEADA RELACION DE LA DIETA CON LA CARIES DENTAL
Julio	6	80	ERUPCION DENTARIA ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL Y PIEZAS DENTALES CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO BENEFICIOS DE LOS ENJUAGUES CON FLUOR
Agosto	15	2'15	DIETA BALANCEADA RELACION DE LA DIETA CON LA CARIES DENTAL ERUPCION DENTARIA ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL Y PIEZAS DENTALES CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO BENEFICIOS DE LOS ENJUAGUES CON FLUOR

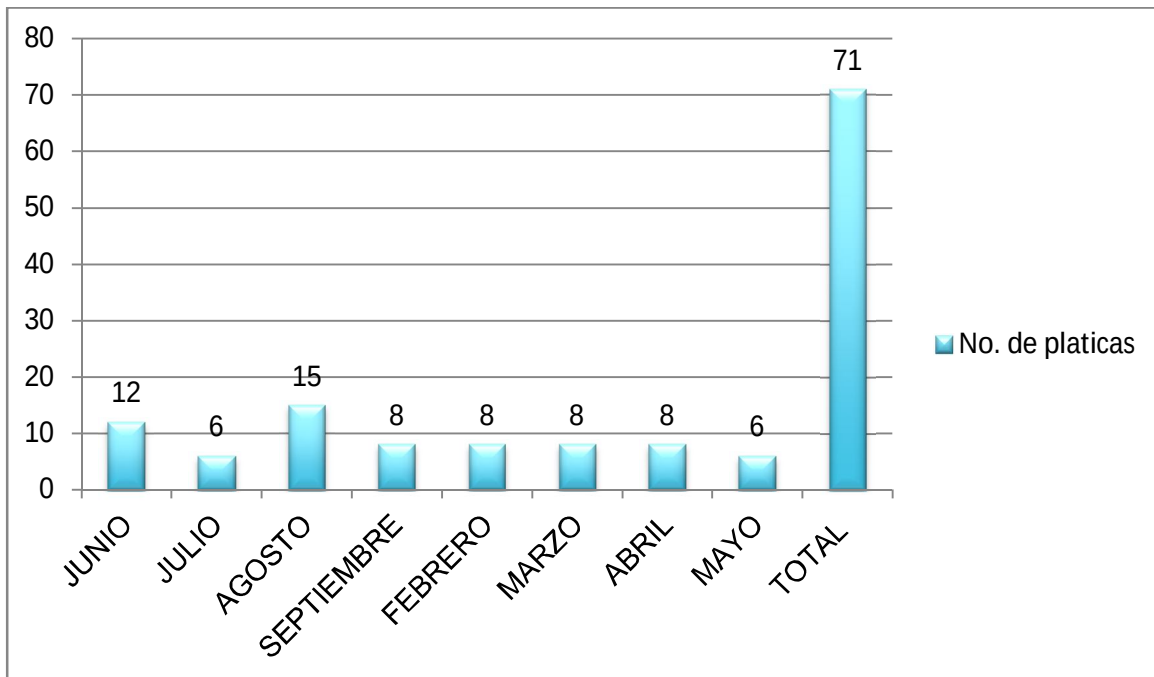
MES	No. DE PLÁTICAS	TOTAL DE NIÑOS	TEMAS IMPARTIDOS
Septiembre	8	190	DIETA BALANCEADA RELACION DE LA DIETA CON LA CARIES DENTAL ERUPCION DENTARIA ANATOMIA DE CAVIDAD BUCAL Y PIEZAS DENTALES CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO BENEFICIOS DE LOS ENJUAGUES CON FLUOR
Febrero	8	196	DIETA BALANCEADA RELACION DE LA DIETA CON LA CARIES DENTAL ERUPCION DENTARIA ANATOMIA DE LA CAVIDAD BUCAL Y PIEZAS DENTALES CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL

MES	No. DE PLÁTICAS	TOTAL DE NIÑOS	TEMAS IMPARTIDOS
			USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO
Marzo	8	291	CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO BENEFICIOS DE LOS ENJUAGUES CON FLUOR
Abril	8	389	RELACION DE LA DIETA CON LA CARIES DENTAL CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO BENEFICIOS DE LOS ENJUAGUES CON FLUOR

MES	No. DE PLÁTICAS	TOTAL DE NIÑOS	TEMAS IMPARTIDOS
Mayo	6	209	DIETA BALANCEADA RELACION DE LA DIETA CON LA CARIES DENTAL ERUPCION DENTARIA ANATOMIA DE CAVIDAD BUCAL Y PIEZAS DENTALES CARIES DENTAL ENFERMEDAD PERIODODNTAL USO CORRECTO DEL CEPILLO, PASTA E HILO DENTAL SUSTITUTOS DEL CEPILLO
Total	71	1879	
Promedio	9	235	

Grafica 5

Número de pláticas de educación para la salud bucal en el
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango, junio 2015-junio 2016

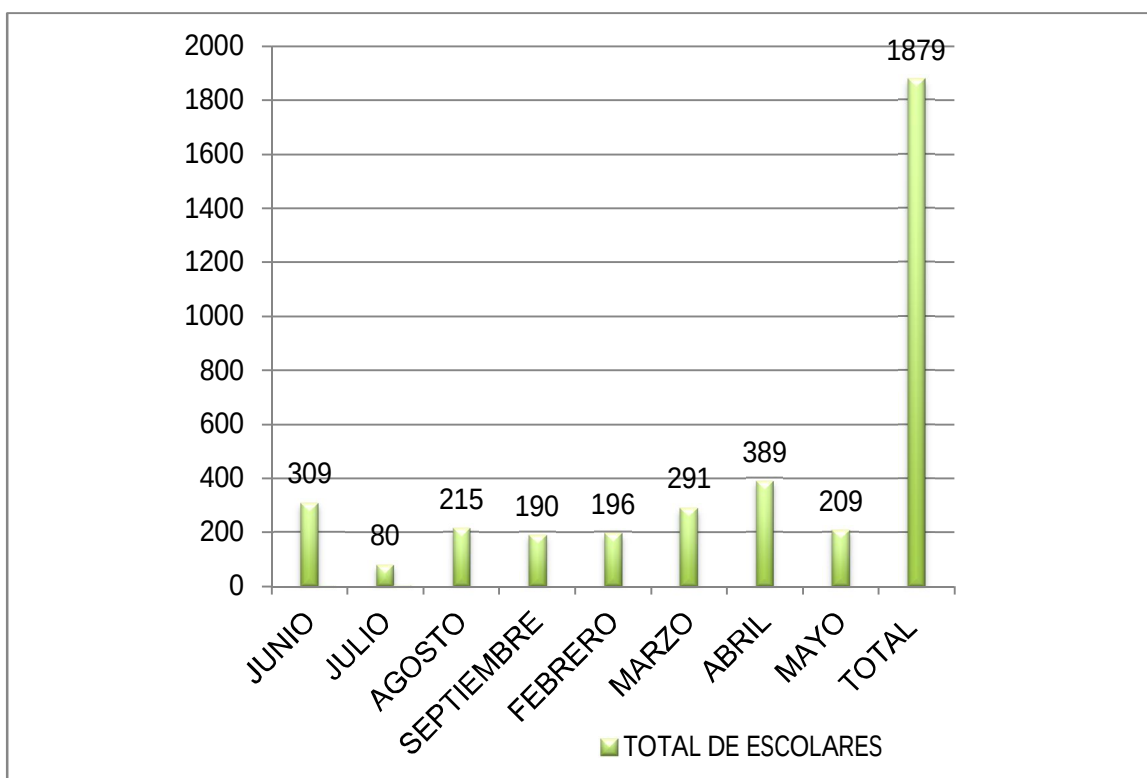


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Durante el mes de agosto se impartió mayor número de pláticas en salud bucal.

Grafica 6

Cantidad de niños que participaron en las pláticas de educación para la salud bucal,
en el
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango, junio 2015-junio 2016



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

En el mes de abril se educó a mayor número de escolares en salud bucal. Julio fue el mes en el cual se atendió al menor número de niños.

Análisis de Programa prevención de enfermedades bucales

Metas alcanzadas

1. Se impartieron las charlas, en forma mensual, un total de setenta y un charlas de educación en salud bucal a escolares de preprimaria, primero a sexto grado de primaria, se cubrió todos los temas calendarizados respecto a prevención de enfermedades bucales, con ello se logró una notable mejoría en los hábitos de higiene bucal de la población.
2. Se atendieron a 20 niños cada mes, alcanzando un total de 160 niños y 872 sellantes de fosas y fisuras realizados.
3. Se informó a los escolares, maestros y padres de familia del Programa preventivo realizado, la importancia y función de los sellantes de fosas y fisuras, para que accedieran a dichos tratamientos y los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%.
4. El beneficio de los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% proporcionado los escolares. Se establecerá, a mediano y largo plazo, con la disminución en el índice de caries. Se benefició a un promedio de 982 escolares al mes, durante los ocho meses de duración.
5. Cambio de actitud de hábitos de higiene bucal y prevención a corto mediano y largo plazo.

Opinión de los grupos de la comunidad

Los padres de familia respondieron positivamente y demostraron su interés en continuar con los subprogramas de salud bucal, en los próximos años, y que sus hijos participen en los que les correspondan. Se concientizó a maestros, directores y escolares para obtener una respuesta favorable y abierta con participación en todos los subprogramas, indicando que es importante que se dé continuidad a cada uno de ellos, así como, se conviertan en agentes multiplicadores de la información obtenida para que

sus familias completas y, en algunos casos, las comunidades se eduquen y mejoren la salud bucal.

Conclusiones

Durante la realización del barrido de sellantes de fosas y fisuras, se encontró un índice de CPOT muy alto (según los estándares de la Organización Mundial de la Salud) en algunos niños a quienes se les realizó barrido, este es un indicativo para la continuidad del Programa preventivo y restaurativo.

Los enjuagues y charlas deben ser realizados continuamente para que los escolares y maestros se involucren y familiaricen con la importancia que representa la conservación de la salud bucal.

El programa de prevención que se desarrolla durante el EPS representa una herramienta de gran utilidad para que en el interior del País el índice de CPO disminuya y las personas en general se informen de las enfermedades, como prevenirla, métodos de prevención y se involucre en el cuidado de su salud bucal.

Recomendaciones

- Es de suma importancia reforzar las actividades educativas y técnicas de cepillado, así como, exhortar a directores, maestros, padres de familia, escolares y población en general, continúen con lo aprendido para que a mediano y largo plazo se disminuya el índice de enfermedades bucales,
- Se recomienda continuar con el trabajo en el municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango, con el programa de EPS sobre educación e higiene bucal, debido a la gran demanda de atención, por parte de la población que se presenta a la clínica, quienes tienen necesidades urgentes de mejorar sus hábitos de higiene para mantener la salud bucal.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS.

Introducción

A la salud bucal, en el área rural de Guatemala, no se le ha dado la importancia debida durante años, ya que por décadas la población referida, visita al odontólogo, exclusivamente, para la extracción de piezas dentales.

La salud, según la Organización Mundial de la Salud, tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. significa “ocuparse de los principales factores determinantes de la mala salud, como la pobreza, la malnutrición, la discriminación, la falta de educación y de empleo, el crecimiento demográfico insostenible y la degradación del medio ambiente.

Garantizar el acceso a los servicios básicos de atención de salud para todos” (Brundtland, 2003) constituye un componente importante en la conservación de la misma. Las condiciones de vida en una población propician al acceso adecuado, como una vivienda de calidad, agua salubre y a los servicios de saneamiento que es un derecho para cada ser humano. Sin atención sanitaria, las oportunidades de mejorar el bienestar de salud desaparecen.

Los problemas socioeconómicos de una comunidad afectan el acceso a salud en general incluyendo la salud bucal, ya que la atención pública no cubre todos los tratamientos o medicamentos necesarios para el mejoramiento en caso de enfermedades. En las comunidades del interior del país, la Odontología estética todavía no ha alcanzado su máxima expresión e importancia, ya que desconocen que hay otras soluciones a los problemas dentales, y se limitan a las extracciones.

Se tuvo como finalidad, en el presente estudio, el conocer qué relación existe entre el nivel socio-económico de los escolares de 12 años en el municipio de San Andrés Cuilco y el Índice CPOT durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

Este estudio se realizó en el municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango, por medio de visitas domiciliarias y encuestas a los padres de familia y una valoración clínica de los escolares seleccionados en la clínica dental de CAIMI, utilizando el método ICDAS para la obtención de CPOT.

MARCO TEÓRICO

Índice CPO

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados CPO por sus siglas Cariadas, Perdidas y Obturadas.

Para la medición del índice CPO-D y en particular para las lesiones de caries dental, se utilizó el sistema de criterios ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System) el cual se caracteriza por combinar cantidad y calidad de las lesiones, permitiendo establecer simultáneamente la prevalencia de la enfermedad, así como, la necesidad de tratamiento de cada sujeto.

En pediatría, la clasificación de 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 un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social.

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 más altos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más 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 más elevado que la del padre de la familia, en ese caso servirá ella de base para la clasificación de la familia. Nivel de instrucción: Las categorías, similares a las de la profesión. Las fuentes de ingresos de los hogares: de acuerdo con la fuente principal de ingresos de la familia, Establecimiento, el Comfort: para dar una impresión general, aunque un tanto subjetiva. Aspecto del barrio donde vive.

Clasificación social

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

Clase I: Familias cuya suma de puntos va de 5 a 9. (clase alta)

Clase II: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 13. (clase media alta)

Clase III: Familias cuya suma de puntos va de 14 a 17. (clase media media)

Clase IV: Familias cuya suma de puntos va de 18 a 21. (pobreza relativa)

Clase V: Familias cuya suma de puntos va de 22 a 25. (pobreza crítica)

Estudio observacional transversal en el cual se midió la prevalencia de caries dental en escolares de 12 años atendidos por el programa EPS, así como, el nivel socio-económico familiar y acceso a servicios de salud bucal.

Objetivos del estudio

1. Determinar la prevalencia de caries dental a través del índice CPO-D.
2. Establecer el número de piezas dentales cariadas, así como, el estadio correspondiente a la clasificación internacional ICDAS.
3. Estimar la asociación entre prevalencia de caries dental y nivel socio-económico de las familias de los escolares.

4. Establecer la relación entre prevalencia de caries dental y acceso a servicios de salud bucal.

Se decidió evaluar a una muestra no probabilística de 20 escolares en cada comunidad considerando una prevalencia de caries dental en la población escolar del 95%.

Metodología

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Cada sujeto de estudio debería cumplir los siguientes criterios de inclusión antes de ser seleccionado:

Escolares de ambos sexos ☐

Edad entre 12 años 0 meses y 12 años 11 meses 29 días ☐

Inscritos en Escuelas Oficiales del Ministerio de Educación

Con recambio completo a dentición permanente

Criterios de exclusión:

Los pacientes no deberían cumplir ninguno de los siguientes criterios de exclusión:

Haber recibido atención integral en el programa EPS en el año 2015

Variables principales de valoración

a. Prevalencia de caries dental

b. Estadío correspondiente a la clasificación internacional ICDAS

c. Nivel socio-económico familiar

d. Acceso a servicios de salud

e. Edad y sexo del escolar.

Criterios de recolección

Instrumentos de medición

Para la medición del índice CPO-D y en particular para las lesiones de caries dental, se utilizó el sistema de criterios ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System) el cual se caracteriza por combinar cantidad y calidad de las lesiones, permitiendo establecer simultáneamente la prevalencia de la enfermedad, así como, la necesidad de tratamiento de cada sujeto.

Metodología: Se realizaron exámenes clínicos de la cavidad bucal en las instalaciones de la clínica dental sede del programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la USAC.

- a. Prevalencia de caries dental
- b. Estadío correspondiente a la clasificación internacional ICDAS
- c. Nivel socio-económico familiar
- d. Acceso a servicios de salud
- e. Edad y sexo del escolar.

Instrumentos de medición

Para la medición del índice CPO-D y en particular para las lesiones de caries dental, se utilizó el sistema de criterios ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System) el cual se caracteriza por combinar cantidad y calidad de las lesiones, permitiendo establecer simultáneamente la prevalencia de la enfermedad, así como, la necesidad de tratamiento de cada sujeto.

Metodología: Se realizaron exámenes clínicos de la cavidad bucal en las instalaciones de la clínica dental sede del programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la USAC.

Las condiciones de la evaluación fueron las siguientes: Para la valoración de lesiones de caries los dientes debían estar limpios de biofilm dental en todas las superficies. Se realizó el cepillado previo de las arcadas dentarias. Los cálculos no fueron removidos y la superficie dental cubierta por cálculo se registró como sana excepto cuando se presentó signos de caries debajo del cálculo. Cada superficie dental fue examinada inicialmente húmeda. Después de examinar la superficie dental húmeda, se secó por 5 segundos – con aire o con un algodón – y, para los registros de esmalte, se comparó la apariencia en seco con lo que era visible en húmedo.

Los criterios fueron descriptivos y estuvieron basados en la apariencia visual de cada superficie dental individual:

1. Se marcó lo que se observó
2. Cuando se encontró dos tipos de lesión, se clasificó la de mayor severidad
3. En casos de duda en una lesión, se asignó el código menos severo
5. Se usó una sonda de extremo redondo, gentilmente a través de la superficie dental y solamente para ayudarse en la apreciación visual de cualquier cambio en contorno o cavitación y para determinar si se encontraba en una zona de retención natural de biofilm dental.

Los códigos y su descripción fueron:

0= Superficie dental sana. No hay evidencia de caries alguna, después de (durante superficies con defecto de desarrollo de esmalte, hipoplasias, fluorosis, en la superficie del diente y manchas extrínsecas o intrínsecas, la aspiración segundos).

- 1=** Primer cambio visual en el esmalte (opacidad de la lesión, lesión blanca o marrón), detectado tras la aspiración dentro del área de la fisura.
- 2=** Cambio distintivo blanco o marrón en el esmalte, visto en seco (antes de la aspiración), extendiéndose más allá del área de la fisura.
- 3=** Microcavitación. Localización de esmalte partido. No se aprecia dentina en la zona de la fisura. Puede usarse una sonda para confirmar la ruptura localizada.
- 4=** Sombra oscura subyacente, semiescondida de la dentina, con o sin localización de esmalte partido.
- 5=** Cavity distintiva con dentina expuesta en la base de la misma.
- 6=** Cavity extensa con dentina visible en la base y paredes de la cavity.
- 7=** Piezas dentales perdidas o indicadas para extracción por caries.
- 8=** Piezas dentales obturadas por caries.
- 9=** Piezas dentales perdidas por razones no cariogénicas.
- 10=** Piezas dentales obturadas por razones no cariogénicas.

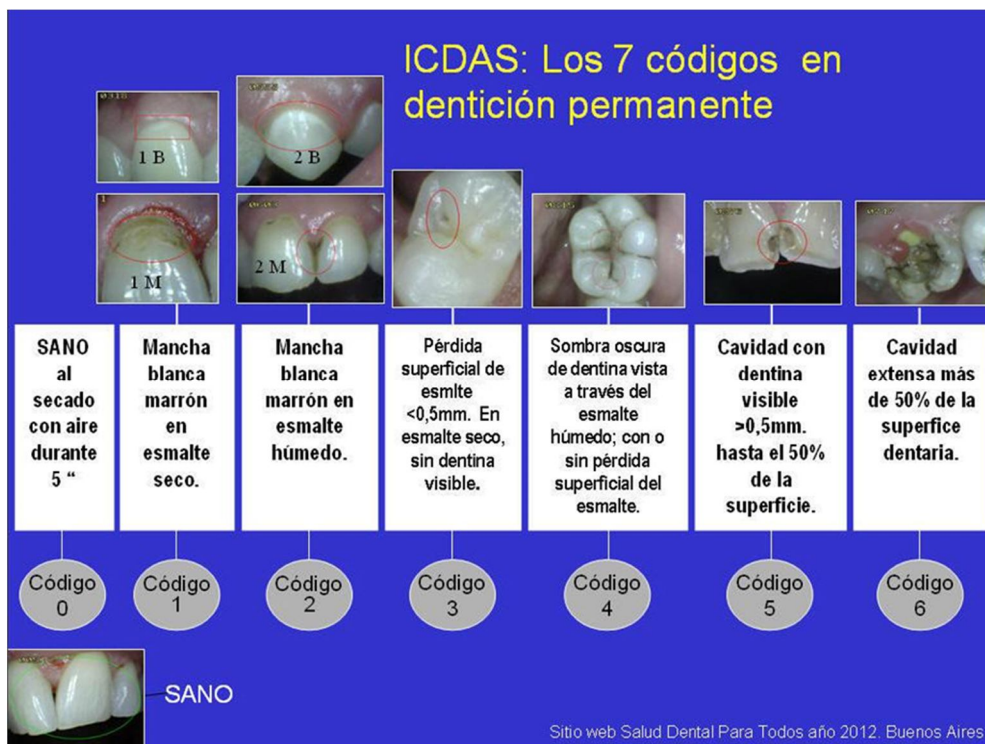


Imagen 1.

Fuente: Salud Dental Para Todos Año 2012 Buenos Aires

Aspectos éticos

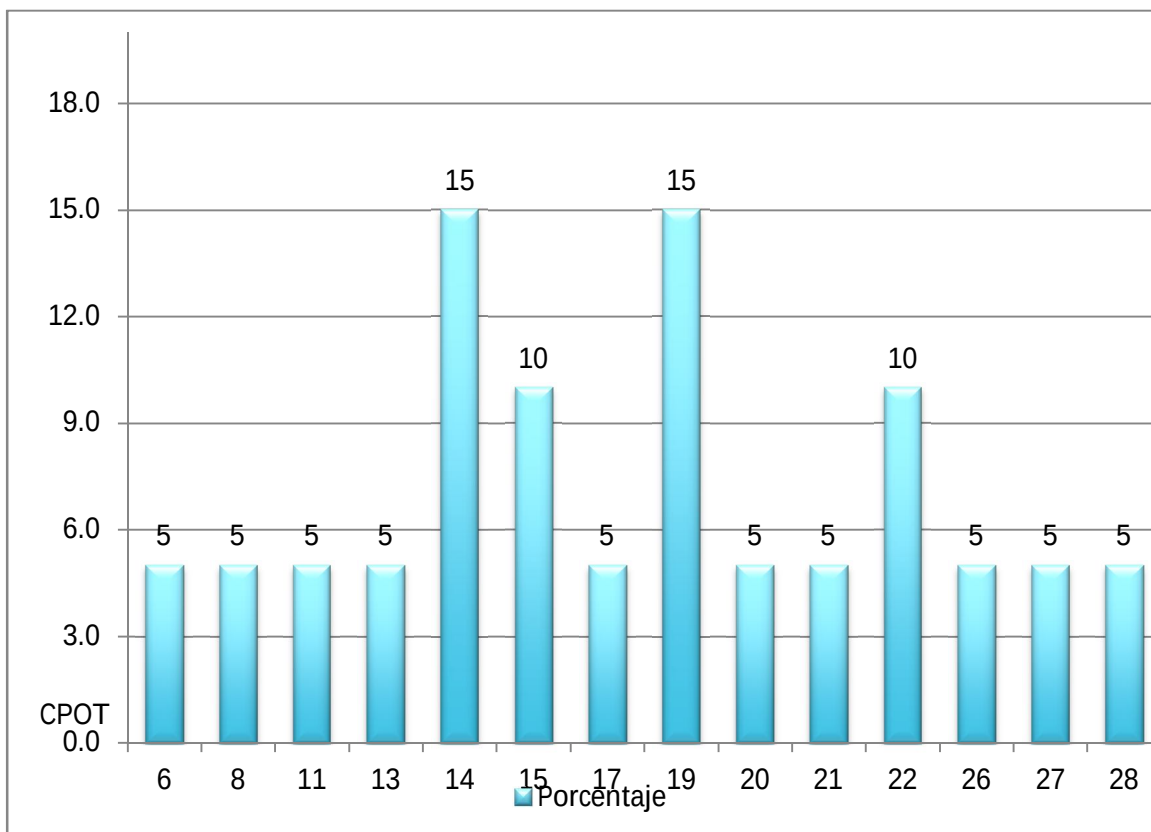
A todos los escolares participantes en la investigación se les solicitó su asentimiento verbal y el consentimiento informado de los padres o responsables. Se garantiza la confidencialidad de la información individual, la entrega oportuna de los resultados de la evaluación clínica, así como, su inclusión como paciente integral en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para poder llevar a cabo esta investigación se seleccionaron al azar 20 escolares que cumplieran con los criterios de inclusión, a quienes se les realizó visita domiciliaria y examen clínico, previa autorización de los padres de familia, también la entrevista para la recolección de los datos y calificación dentro de la escala de Graffar a los padres de los escolares.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Grafica 7

Índice de CPOT en los escolares de 12 años, del municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango 2015



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Es notable que el Índice CPOT es elevado, ya que el 80% de escolares tiene un CPOT arriba de 14 y un 5% presentó un CPOT de 28.

Tabla 1

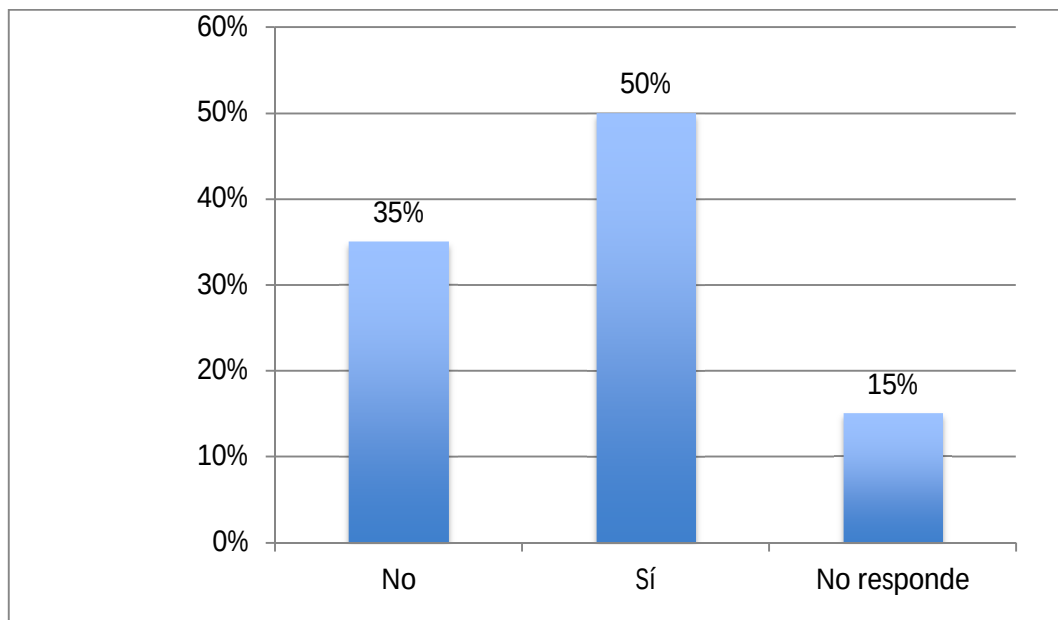
CPOT en escolares de 12 años del municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango

	N	Mínimo	Máximo	Medi a	Desviaci ón estándar
CPO TOTAL	20	6	28	17.5 0	5.952

Se observa que la media de CPOT en este grupo de escolares es de 17.5, lo que refleja serios problemas de salud bucal en dicha muestra, y que el CPO mínimo es 6, siendo en muchos países este un CPO máximo alarmante.

Grafica 8

Porcentaje de niños que asistieron a un servicio de salud bucal durante el año anterior al estudio en escolares de 12 años del municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango 2015

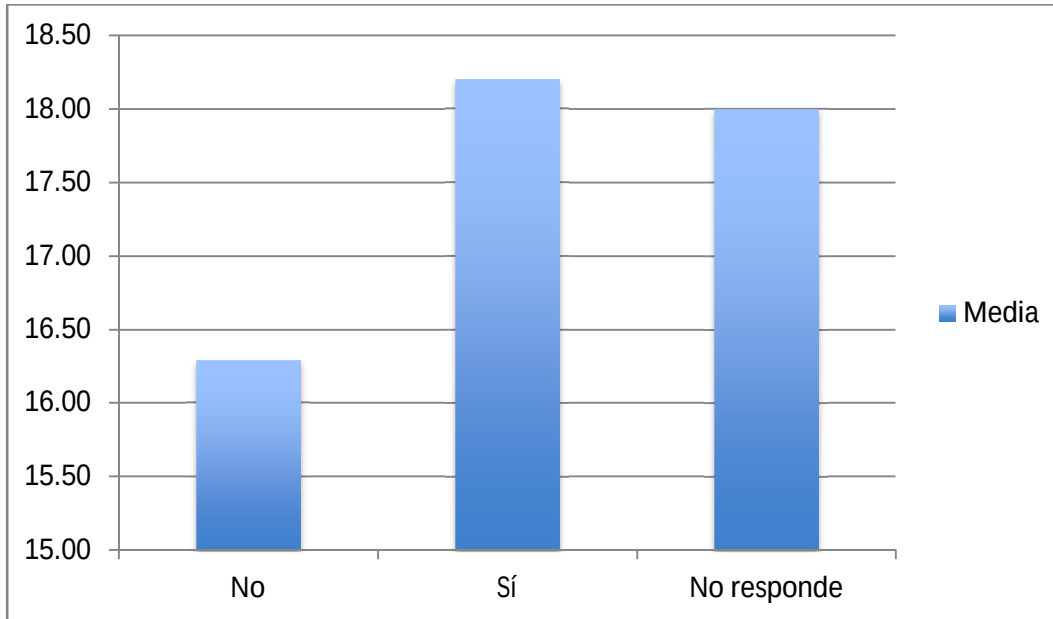


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Se observó que en la mitad de la muestra asistió el o un familiar a un servicio de salud bucal, durante el año anterior al estudio.

Grafica 9

Relación de índice CPOT con la asistencia o no a un servicio de salud bucal durante el año anterior al estudio, en escolares de 12 años del municipio de San Andrés Cuilco , Huehuetenango 2015

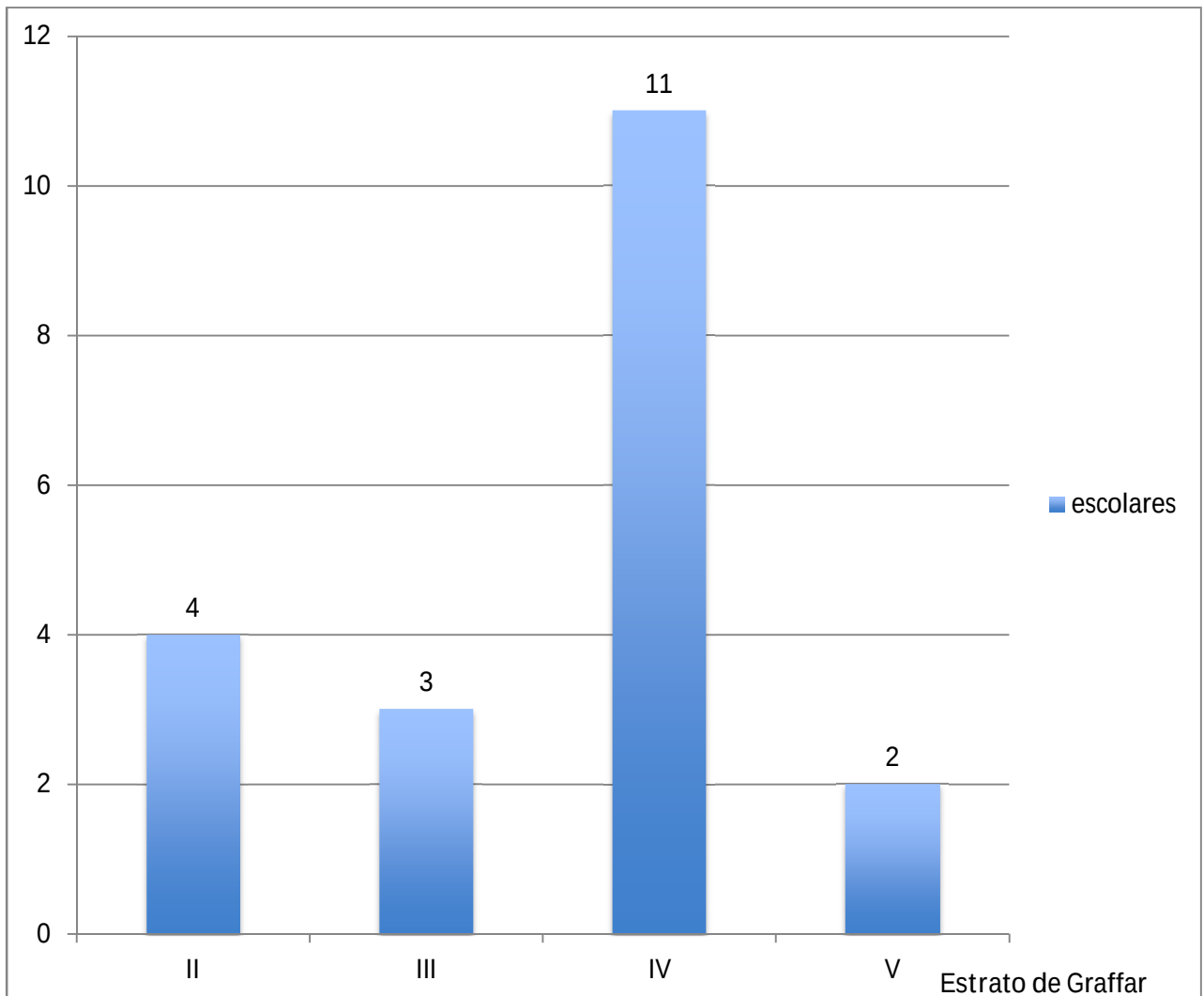


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

La media de índice CPOT es más elevada en los escolares que asistieron ellos o algún miembro de su familia, a un servicio de salud bucal el año anterior a la encuesta.

Grafica 10

Clasificación según Graffar de los escolares de 12 años
de San Andrés Cuilco, Huehuetenango 2015

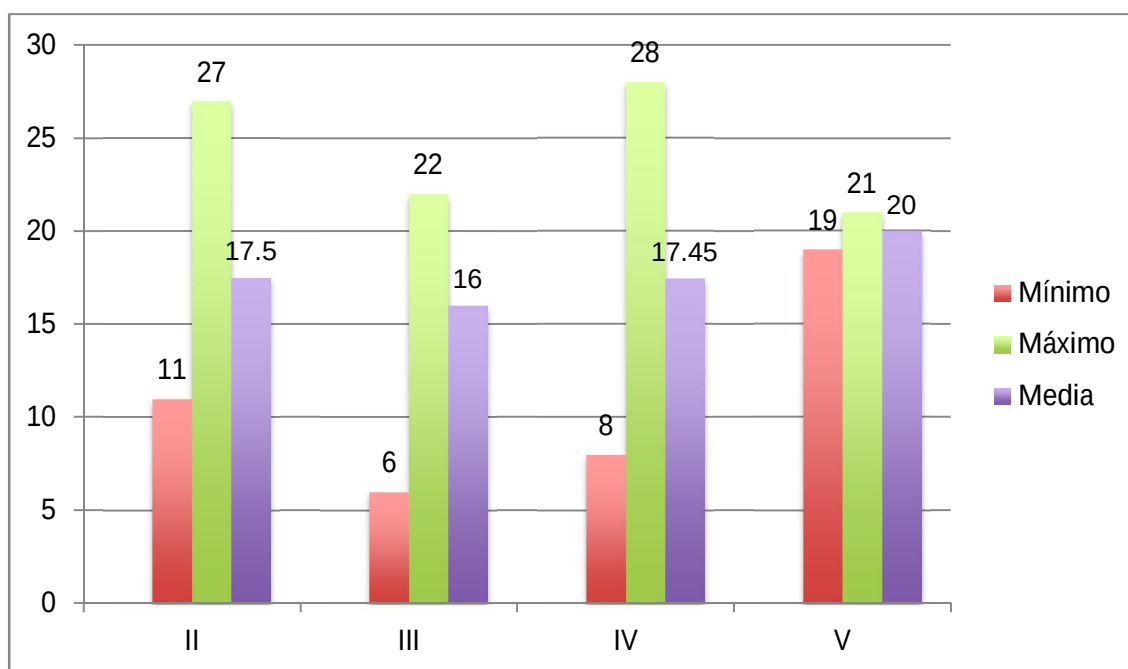


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - mayo 201

Se observó que el mayor número de escolares pertenece al estrato IV de Graffar.
(Pobreza Relativa)

Grafica 11

Relación del estrato de Graffar y el índice CPOT en escolares de 12 años del municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango 2015



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Es notorio que los escolares pertenecientes a los estratos I y IV tienen los más elevados índices de CPOT, pero también tienen los mínimos.

Se observó que los escolares pertenecientes al estrato V presentaron la media más alta de CPO

Tabla 2

Clasificación ICDAS primer molar superior derecho

P3_2

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	17	85.0
	Si	3	15.0
	Total	20	100.0

P3_3

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	15	75.0
	Si	5	25.0
	Total	20	100.0

P3_4

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	12	60.0
	Si	8	40.0
	Total	20	100.0

P3_5

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	19	95.0
	Si	1	5.0
	Total	20	100.0

P3_6

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	19	95.0
	Si	1	5.0
	Total	20	100.0

P3_8

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	18	90.0
	Si	2	10.0
	Total	20	100.0

Tabla 3

Clasificación ICDAS primer molar superior izquierdo

P14_

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	95.0
Si	1	5.0
Total	20	100.0

P14_3

	Frecuencia	Porcentaje
No	10	50.0
Si	10	50.0
Total	20	100.0

P14_4

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	65.0
Si	7	35.0
Total	20	100.0

P14_5

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	95.0
Si	1	5.0
Total	20	100.0

P14_8

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	90.0
Si	1	5.0
Total	20	100.0

Tabla 4**Clasificación ICDAS primer molar inferior izquierdo**

	Frecuencia	Porcentaje
No	18	90.0
Si	2	10.0
Total	20	100.0

P19_3

	Frecuencia	Porcentaje
No	14	70.0
Si	6	30.0
Total	20	100.0

P19_4

	Frecuencia	Porcentaje
No	14	70.0
Si	6	30.0
Total	20	100.0

P19_5

	Frecuencia	Porcentaje
No	16	80.0
Si	4	20.0
Total	20	100.0

P19_7

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	95.0
Si	1	5.0
Total	20	100.0

P19_8

	Frecuencia	Porcentaje
No	18	90.0
Si	2	10.0
Total	20	100.0

Tabla 5

Clasificación ICDAS primer molar inferior derecho

P30_2

	Frecuencia	Porcentaje
No	17	85.0
Si	3	15.0
Total	20	100.0

P30_3

	Frecuencia	Porcentaje
No	16	80.0
Si	4	20.0
Total	20	100.0

P30_4

	Frecuencia	Porcentaje
No	12	60.0
Si	8	40.0
Total	20	100.0

P30_5

	Frecuencia	Porcentaje
No	18	90.0
Si	2	10.0
Total	20	100.0

P30_7

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	95.0
Si	1	5.0
Total	20	100.0

P30_8

	Frecuencia	Porcentaje
No	18	90.0
Si	2	10.0
Total	20	100.0

Interpretación de Tablas 2, 3, 4 y 5

Tabla 2:

Se observó que en el primer molar superior permanente derecho el 80% de la población presenta lesiones menores o iguales a la clasificación 5 ICDAS. Y que únicamente el 20% de piezas presento lesiones de caries más severas que la misma. Siendo la clasificación más alta 8 en esta pieza.

Tabla 3:

Se observó que en el primer molar superior permanente izquierdo el 55% de la población presenta lesiones menores o iguales a la clasificación 3 ICDAS. Y que únicamente el 5% de piezas presento lesiones de caries clasificación 8 en esta pieza.

Tabla 4:

Se observó que en el primer molar inferior permanente izquierdo el 70% de la población presenta lesiones menores o iguales a la clasificación 4 ICDAS. Y que el 15% de piezas presento lesiones de caries clasificación 7 en esta pieza.

Tabla 5:

Se observó que en el primer molar inferior permanente derecho el 75% de la población presenta lesiones menores o iguales a la clasificación 4 ICDAS. Y que únicamente el 15% de piezas presento lesiones de caries clasificación igual o mayor a 7 en esta pieza.

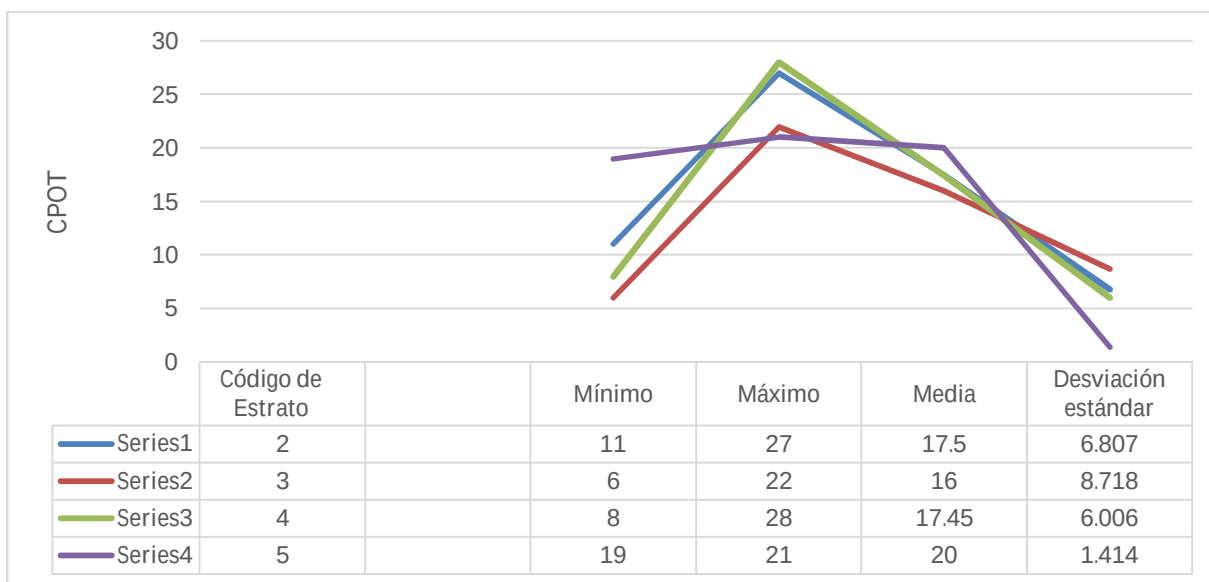
Tabla 6

Relación del estrato de Graffar y el índice CPOT en escolares de 12 años del municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango 2015

Código de estrato	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
2.0 CPO TOTAL	4	11	27	17.50	6.807
N válido (por lista)	4				
3.0 CPO TOTAL	3	6	22	16.00	8.718
N válido (por lista)	3				
4.0 CPO TOTAL	11	8	28	17.45	6.006
N válido (por lista)	11				
5.0 CPO TOTAL	2	19	21	20.00	1.414
N válido (por lista)	2				

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Grafica 12



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Se observa que a mayor grado de pobreza más elevada es la media del índice de CPOT en la muestra del estudio, aunque en esta muestra en general, la media en todos los estratos es elevada

Conclusiones

1. EL índice CPOT de la muestra en estudio es muy alto, se ve reflejado en la media de CPOT grupal, sin comparar por estratos, por lo que se concluye que la salud bucal en el municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango debe mejorar y reforzarse a través de la educación constante, ininterrumpida sobre los hábitos de higiene dental y las enfermedades bucales en los escolares desde que inician la vida escolar(preprimaria) hasta que terminan la primaria.
2. La relación del nivel socioeconómico con el índice de CPOT es evidente a menor capacidad económica mayor número de piezas cariadas, perdidas y obturadas, debido a la limitante que el factor económico representa en cuanto al poder adquisitivo de los implementos básicos para higiene bucal, y el desconocimiento de los sustitutos de los mismos. Además la posibilidad de contar con agua potable, o agua corriente en su vivienda durante todo el día.
3. Más del 50% de la población presentó las primeras molares con estadías de caries dental intermedios según la clasificación ICDAS, lo que demuestra que las enfermedades bucales en los escolares de 12 años, específicamente, la caries es elevada.
4. Aunque la media de CPOT en la muestra fue elevada cabe resaltar que en los escolares pertenecientes al estrato de mayor comodidad socioeconómica fueron quienes presentaron el más bajo índice CPOT, evidenciando que al tener un mayor ingreso, es más fácil incluir dentro de las necesidades básicas, los implementos para una correcta higiene dental básico: cepillo y pasta, y que también incluyan hilo dental y/o enjuague.

Recomendaciones

1. Es de suma importancia que por medio del Ejercicio Profesional Supervisado, se continúen impartiendo charlas de salud bucal para que la población en general (escolares, maestros de educación pública, padres de familia), aprendan acerca de las enfermedades bucales y cómo prevenirlas.
2. Es de gran magnitud el educar a los adolescentes y adultos acerca de su salud bucal, ya que ellos también son de gran influencia en los niños. Si los mayores no saben cómo conservar una buena higiene oral, se les dificultará el enseñarles a los más pequeños del hogar.
3. Instruir y reforzar conocimientos sobre alternativas de higiene bucal cuando no se tiene acceso a los implementos de limpieza bucal básicos (pasta y cepillo dental).
4. Debido a que la población en estudio fue en la comunidad de San Andrés Cuilco, Huehuetenango, se observó limitación económica y esto conlleva a que no es posible tener acceso a un cepillo y pasta dental.
5. Es imperativo, luego del diagnóstico promover la curación de las lesiones de caries, mediante obturaciones de amalgamas o resinas, en el menor periodo de tiempo posible.

IV. PROGRAMA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

Este programa se subdivide en:

1. Atención clínica integral a escolares
2. Atención a pacientes de alto riesgo (preescolares, mujeres embarazadas, adultos mayores y población en general).

El Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tuvo como objetivo principal brindar atención odontológica integral y gratuita a la población escolar de nivel primario de la comunidad.

- SUBPROGRAMA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL A ESCOLARES Y PREESCOLARES:

En el municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango, se brindó atención odontológica integral a niños de diversas escuelas, estas fueron: EORM Sosí, EOUM Regional, EORM Chepito, EORM Islam, EORM Cholivà, EORM Ixmulej. Esta población es de suma importancia en el programa de EPS, debido al grupo atareo al que pertenecen estos escolares. Resulta imperativo que cuenten con una atención clínica integral, enfocada en la prevención de enfermedades bucales y educación en salud bucal, más que a la ceración, mediante una constante y adecuada enseñanza de técnicas de cepillado, poniéndolo en práctica a diario, para lograr en el futuro una cultura de higiene oral adecuada y como resultado de la misma una mejora en la salud bucal permanente. Durante los ocho meses de duración del programa se beneficiaron a 98 niños de preprimaria y primaria. Los tratamientos que se realizaron fueron los siguientes:

1. Sellantes de fosas y fisuras
2. Amalgamas
3. Resinas fluidas

4. Resinas compuestas
5. Detrartrajes
6. Profilaxis y ATF
7. Extracciones dentales

Protocolo de desinfección utilizado en la clínica: Después de la utilización del instrumental, este se lavaba con cepillos especiales con agua y jabón, con la finalidad de evitar que se secase la saliva o la sangre y después fuera difícil su remoción. Se colocaban en un recipiente metálico en donde se tenía una solución de glutaraldehído se dejaban un mínimo de 45 minutos. Después de ese tiempo se secaban y se ubicaban en papel para esterilizar, del tamaño adecuado, y se colocaban en la autoclave durante 30 minutos.

A continuación se presentan los datos estadísticos de la actividad clínica desarrollada durante los ocho meses que el programa se realizó.

Presentación de resultados

Cuadro 3

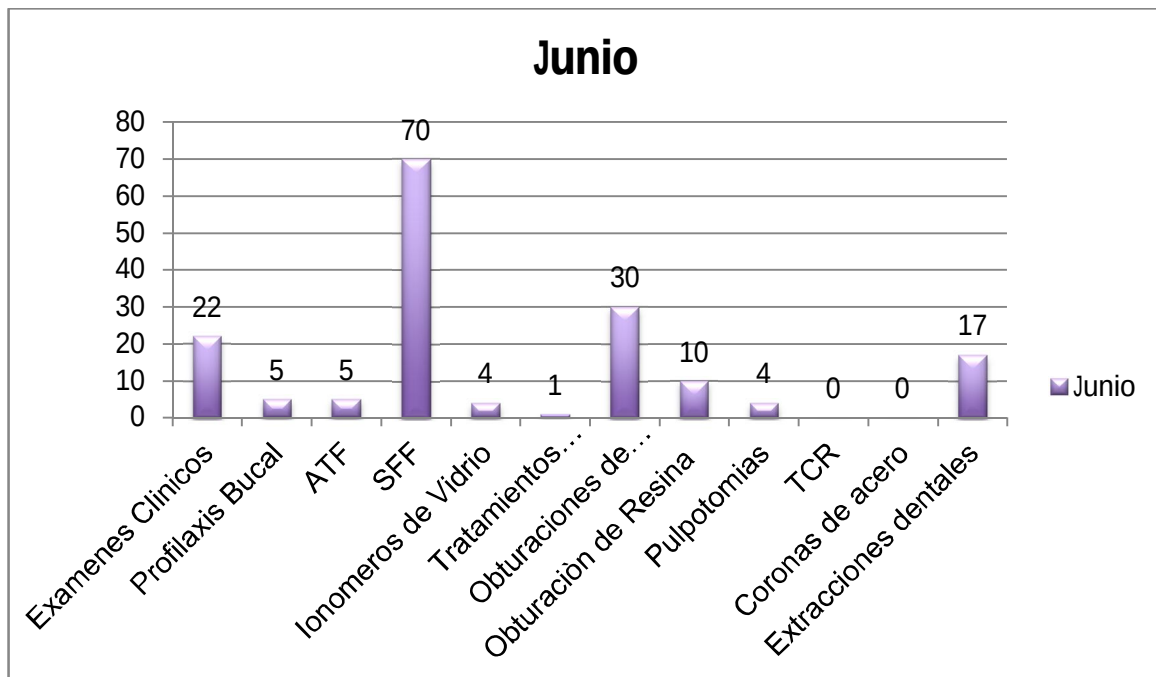
Tratamientos integrales de los escolares en el Centro de Atención Integral
Materno Infantil San Andrés Cuilco, Huehuetenango, junio 2015- junio 2016

Tratamientos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total	Promedio
Exámenes clínicos	22	13	19	15	15	16	18	21	139	17.37
Profilaxis bucal	5	13	15	14	13	11	15	15	101	12.62
ATF	5	13	13	13	13	11	15	15	98	12.25
SFF	70	46	39	18	30	17	23	34	277	29.57
Ionomeros de vidrio	4	2	22	9	9	9	5	11	71	9.57
Tratamientos periodontales	1	1	0	1	7	3	6	7	26	3.57
Amalgama	30	46	73	84	77	64	93	70	537	72.42
Resina	10	39	33	16	64	29	41	66	298	37.25
Pulpotomías	4	0	18	21	8	11	12	10	84	10.5
TCR	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0.63
Coronas de acero	0	0	3	10	0	0	0	1	14	1.75
Extracciones dentales	17	10	4	14	10	9	15	20	99	12.37
Total	168	183	239	215	246	180	243	275	1749	100
Promedio	14	15.25	19.91	17.91	20.5	15	20.25	22.91	100	

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Grafica 13

Tratamientos realizados en junio en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

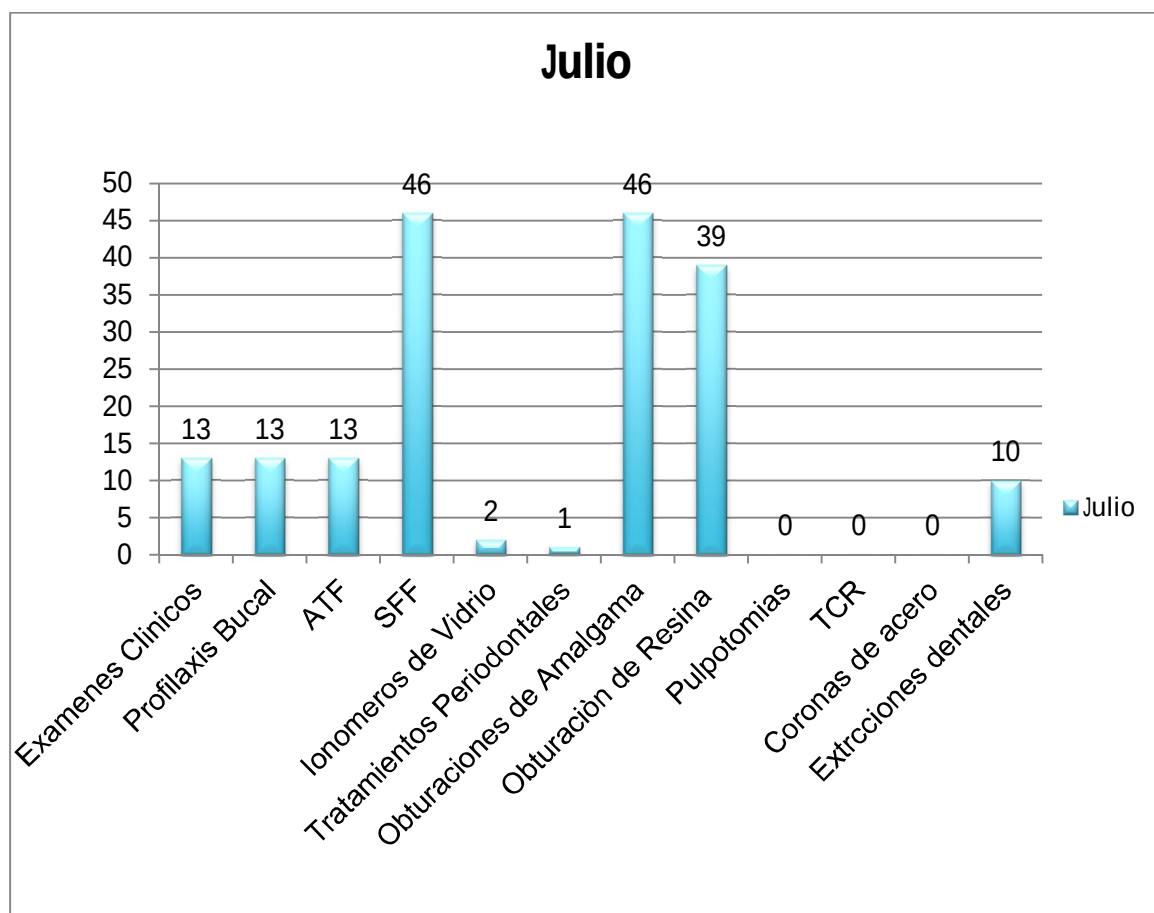


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Los sellantes de fosas y fisuras fue el tratamiento que durante el mes de junio se realizaron

Grafica 14

Tratamientos realizados en julio en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

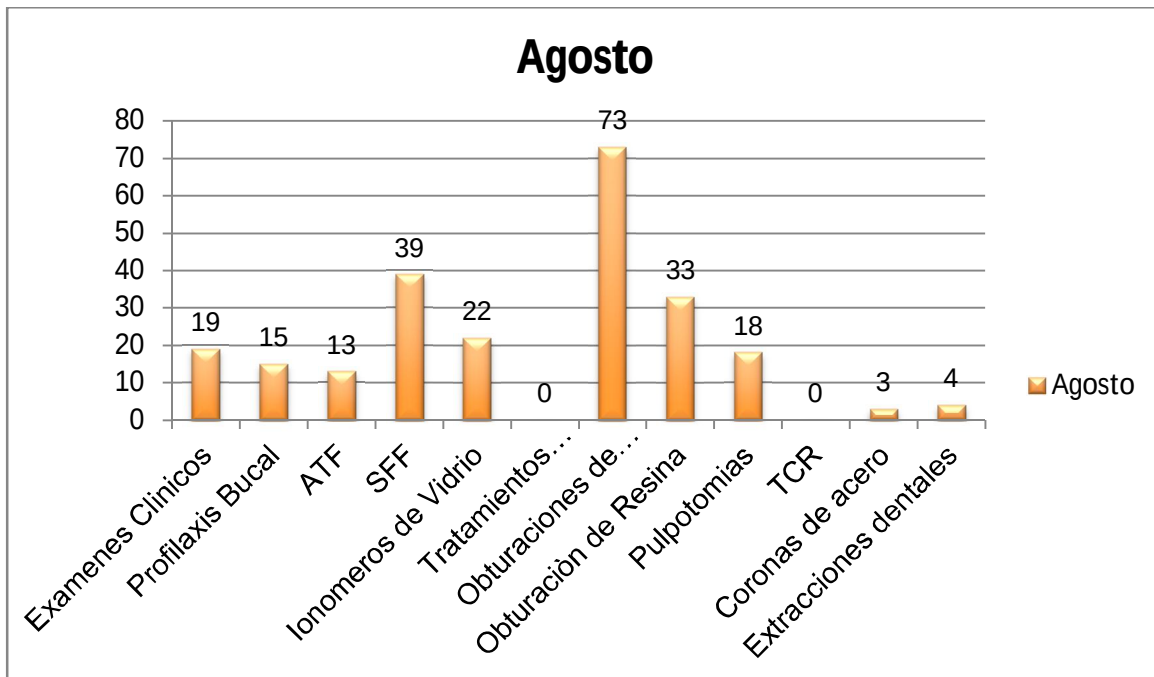


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Los tratamientos que más se realizaron en julio fueron sellantes de fosas y fisuras y obturaciones y amalgama de plata

Grafica 15

Tratamientos realizados en agosto en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco, Huehuetenango

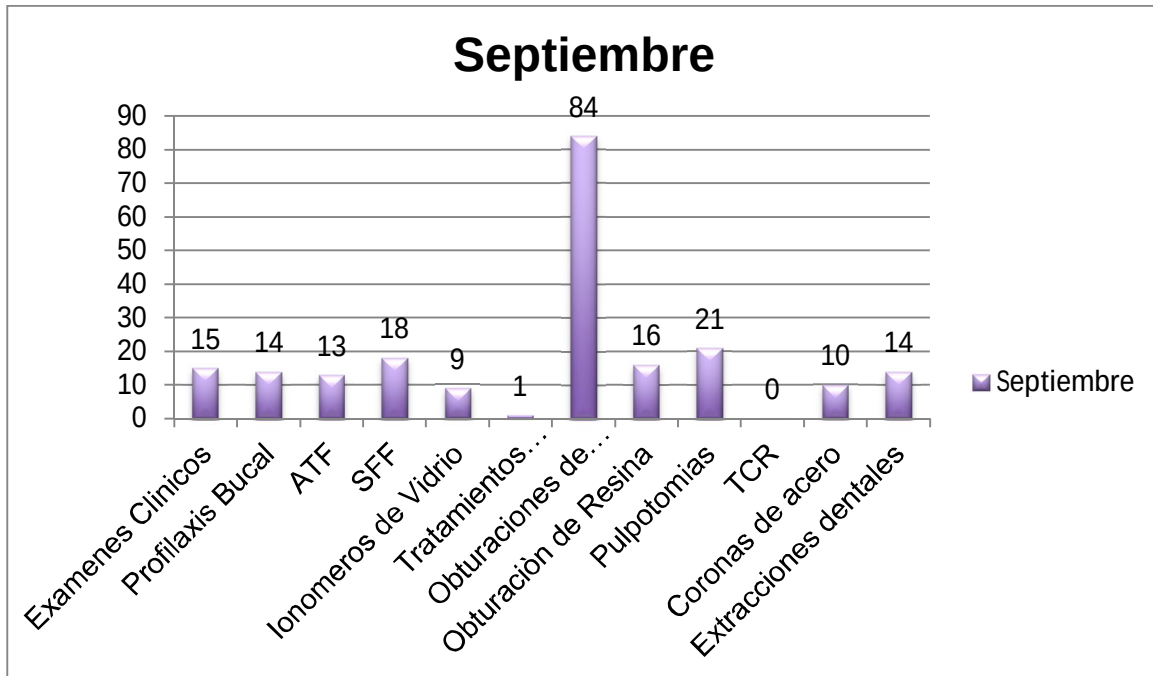


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Se realizó un mayor número de amalgamas de plata en este mes y ningún TCR y/o tratamiento periodontal.

Grafica 16

Tratamientos realizados en septiembre en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

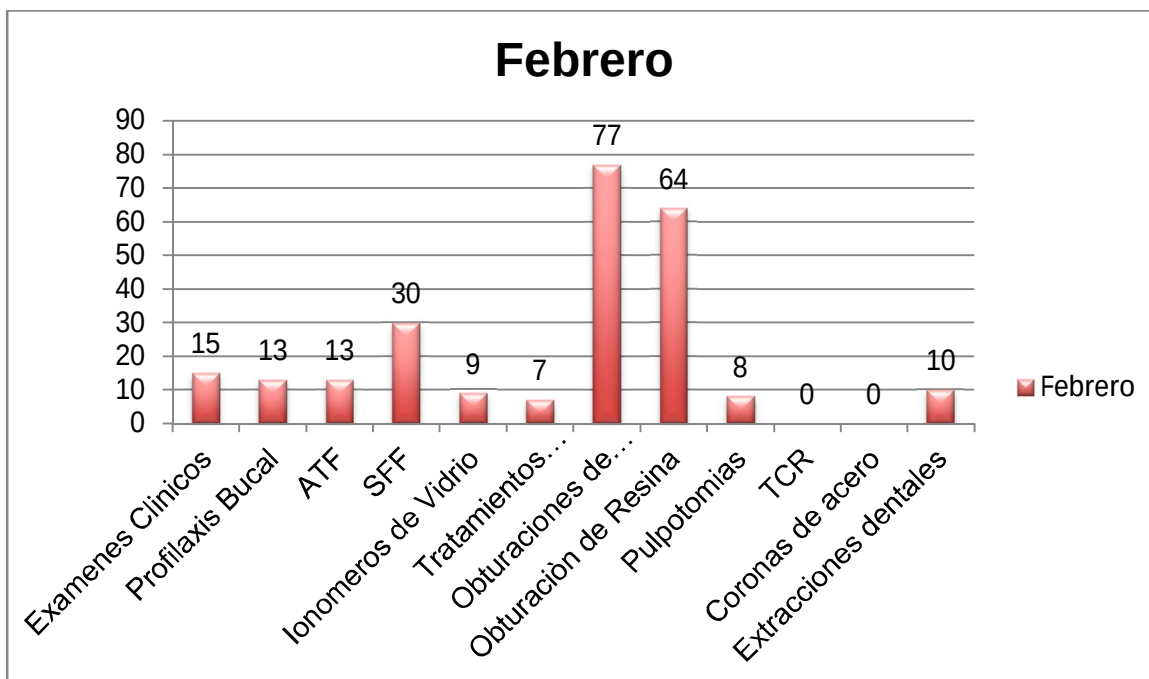


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Durante este mes el tratamiento mas realizado amalgamas , seguido de pulpotomías

Grafica 17

Tratamientos realizados en febrero en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

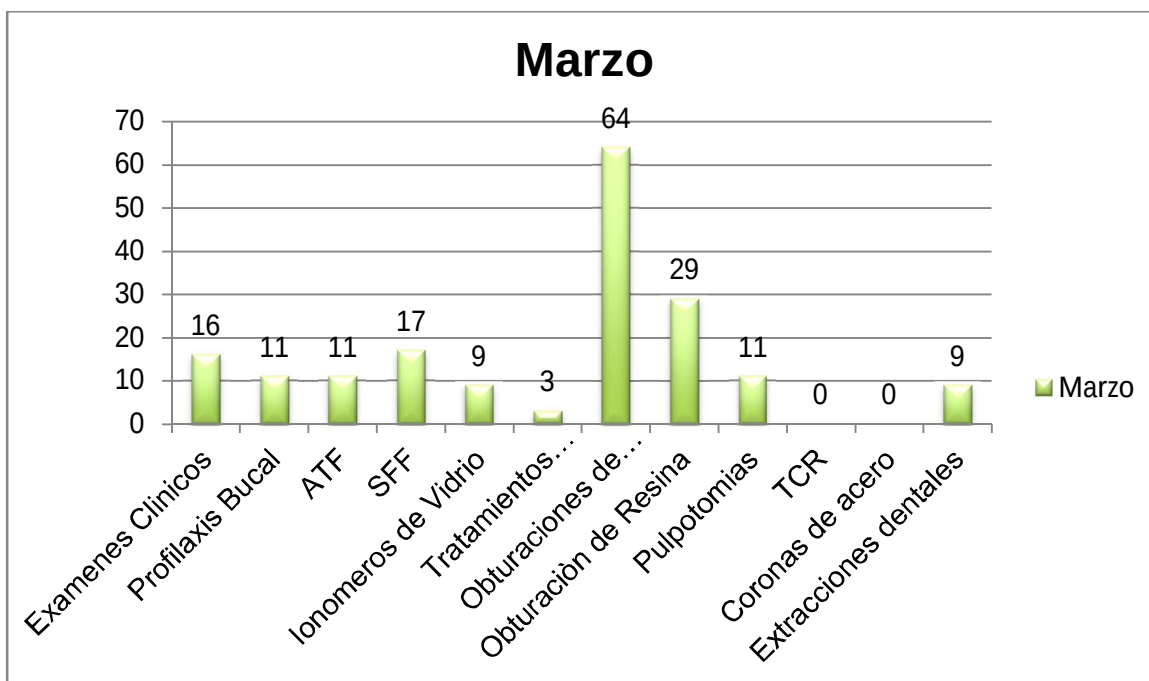


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Se observa que en su mayoría los tratamientos restaurativos realizados fueron obturaciones de amalgama.

Grafica 18

Tratamientos realizados en marzo en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango, junio 2015-junio 2016

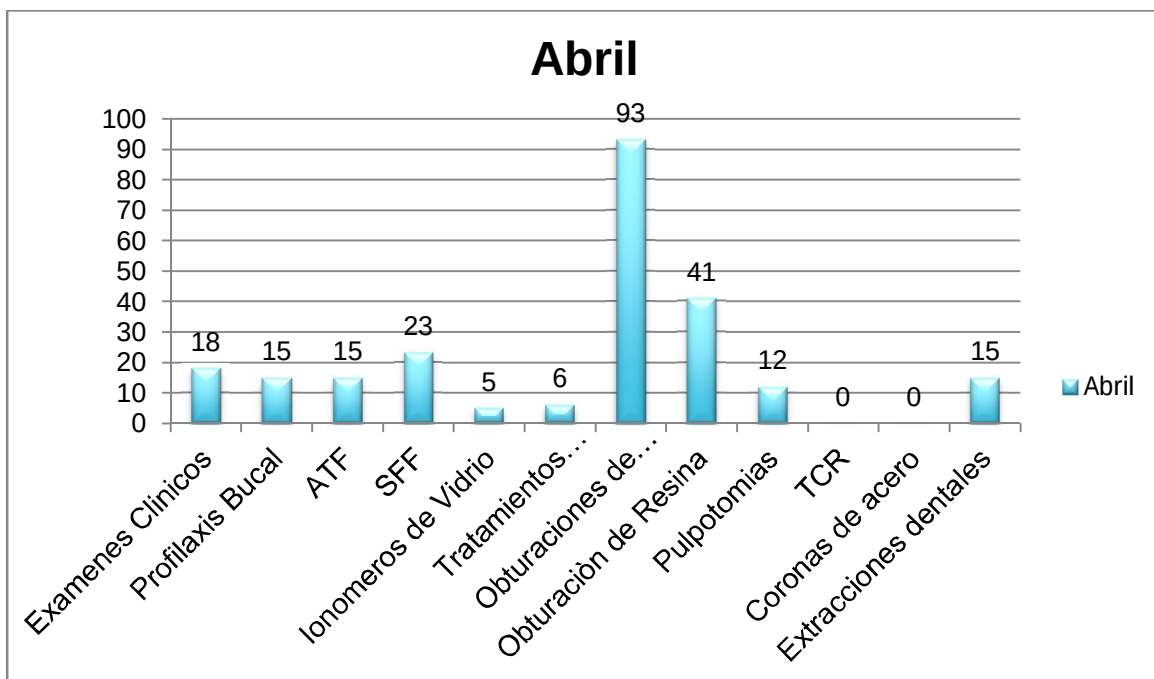


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Restauraciones de amalgama fue el tratamiento que más se realizó durante este mes, seguido de obturaciones de resinas

Grafica 19

Tratamientos realizados en abril en pacientes integrales,
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

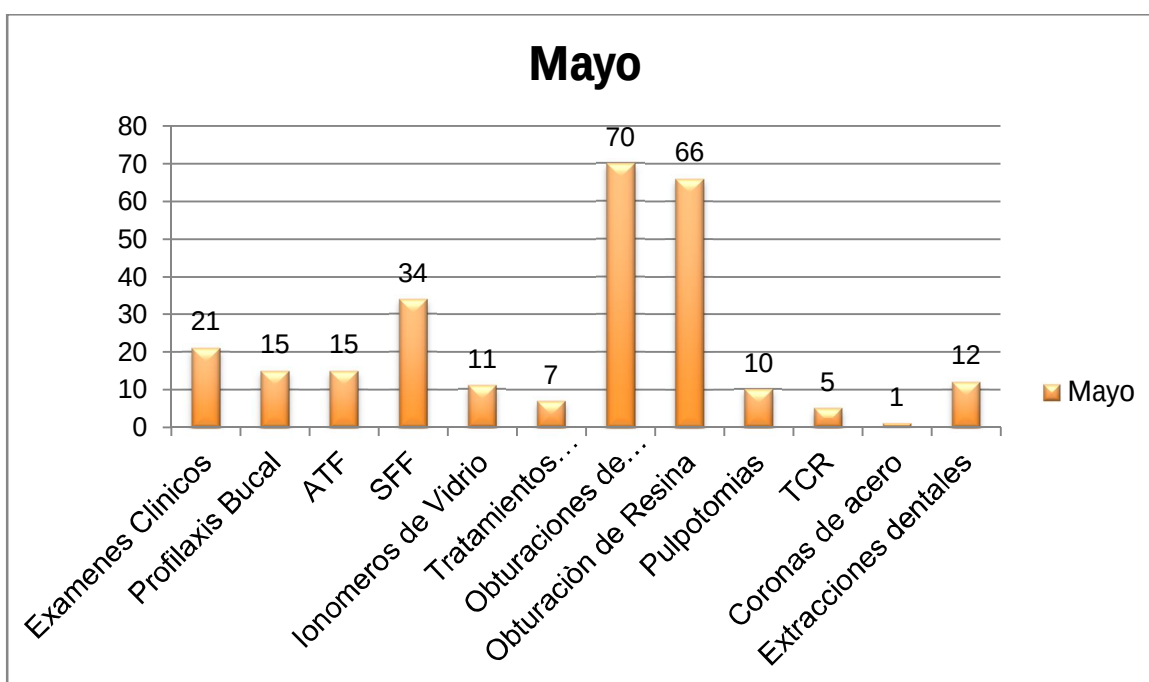


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Durante este mes las obturaciones de amalgama y las resinas fueron los tratamientos que se realizaron en mayor cantidad.

Grafica 20

Tratamientos realizados en mayo en pacientes integrales
Centro de Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

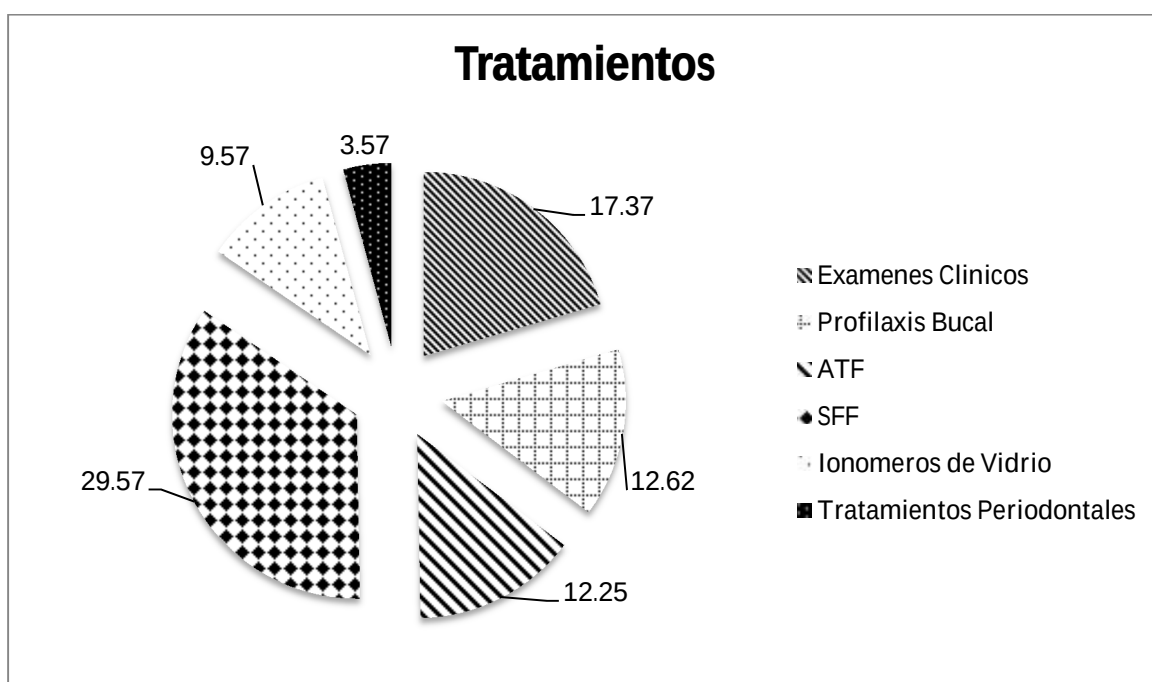


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

El tratamiento más realizado fue amalgamas y el menos realizado coronas de acero.

Grafica 21

Promedio de tratamientos realizados en la Clínica Integral del Centro de
Atención Integral Materno Infantil San Andrés Cuilco,
Huehuetenango, junio 2015-junio 2016

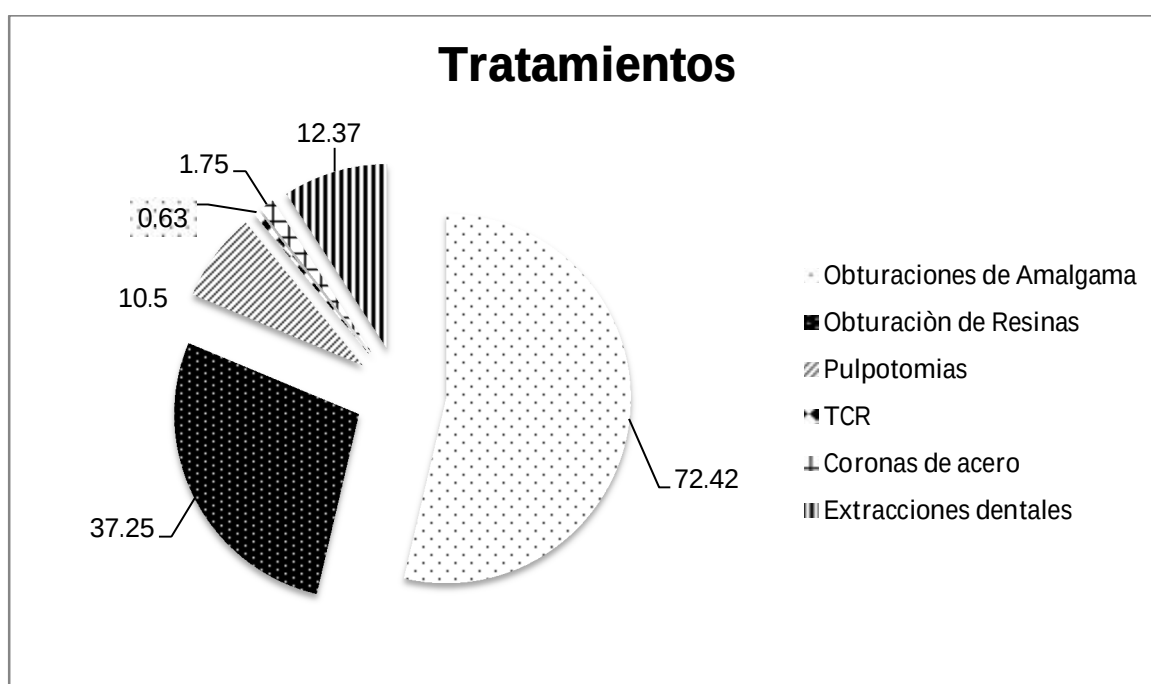


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Durante el EPS se realizó gran cantidad de sff a los escolares que recibieron el tratamiento integral, siendo estos superados únicamente por las restauraciones de amalgama y resinas.

Grafica 22

Promedio de tratamientos realizados en la Clínica Integral del Centro de
Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango, junio 2015-junio 2016



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

El tratamiento que se realizó más, con una diferencia de cantidad notable fue amalgamas durante todo el EPS, seguido de obturaciones de resina, sin embargo cabe señalar que existe una diferencia considerable respecto a la cantidad de amalgamas y resinas colocadas a los escolares durante el desarrollo del EPS.

Subprograma clínica de pacientes de alto riesgo

Durante el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado, se incluyó la atención en la clínica dental a pacientes de alto riesgo, este grupo está compuesto por:

1. Niños en edad preescolar
2. Adolescentes
3. Mujeres embarazadas
4. Adultos mayores y
5. Población en general

Los tratamientos realizados a este grupo fueron:

- Sellantes de fosas y fisuras
- Amalgamas
- Resinas fluidas
- Resinas compuestas
- Detrartrajes
- Profilaxis y ATF
- Tratamientos de Canales
- Extracciones dentales

Los pacientes de alto riesgo asistían a la clínica del Centro de Salud de Cuilco, Huehuetenango en busca de un tratamiento específico. Los tratamientos que se les efectuaron fueron: 46 Profilaxis bucal, 37 aplicación tópica de flúor, 34 sellantes de fosas y fisuras, 16 ionómeros de vidrio, restauraciones de 104 amalgamas y 114 resinas, 24 pulpotomías, 57 tratamientos periodontales y 293 extracciones. Para éste grupo se evaluó la cantidad de tratamientos, por medio de unidades, cuya meta consistía en alcanzar doscientas unidades por mes. Se atendió un total de 97 pacientes durante los ocho meses de duración del Ejercicio Profesional Supervisado.

A continuación, se presenta un recuento de la actividad clínica realizada en los pacientes de alto riesgo.

Cuadro 4

Distribución de pacientes de alto riesgo atendidos en la clínica integral del Centro Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango, junio 2015-junio 2016

Pacientes	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total	Promedio
Preescolares	0	0	1	1	3	1	0	0	6	0.75
Adolescentes	2	2	1	3	3	0	3	0	14	1.75
Embarazadas	2	4	5	4	3	2	2	2	24	3
Adultos mayores	1	3	3	1	2	0	1	1	12	1.5
Población en general	4	7	4	8	5	5	2	6	41	5.12
Total	9	16	14	17	16	8	8	9	97	12.12
Promedio	1.8	3.2	2.8	3.4	3.2	1.6	1.6	1.8		

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Cuadro 5

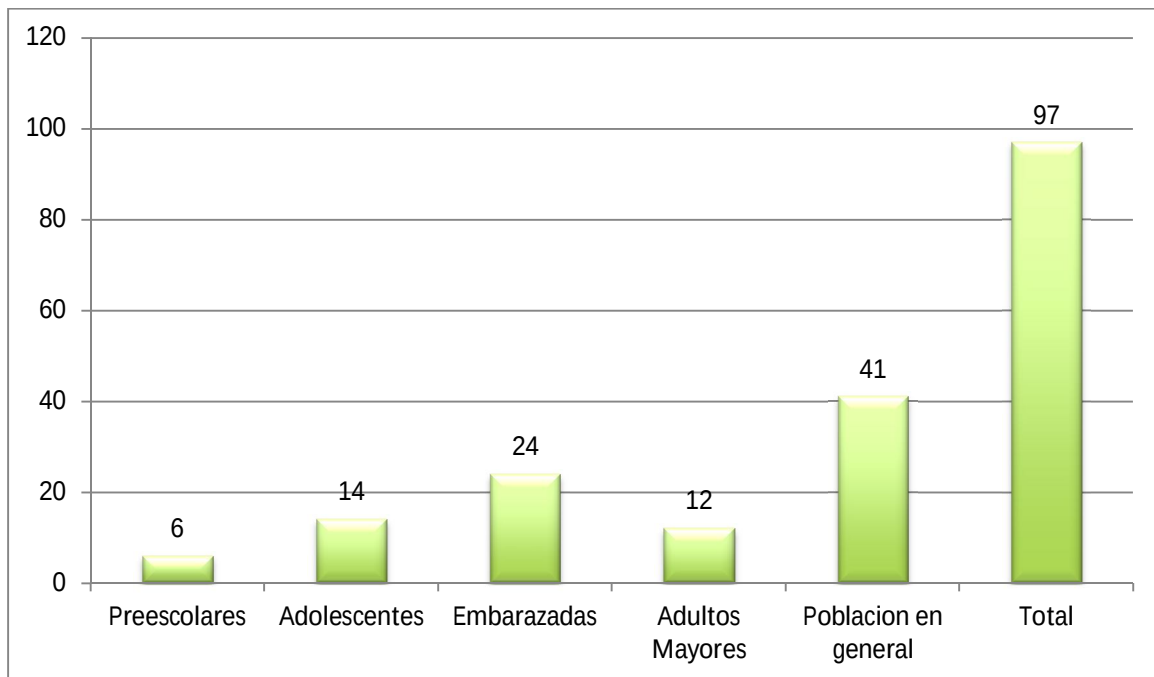
Distribución de pacientes de alto riesgo atendidos por mes en la clínica integral del
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

Pacientes	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total	Promedio
Preescolares	0	0	1	1	3	1	0	0	6	0.75
Adolescentes	2	2	1	3	3	0	3	0	14	1.75
Embarazadas	2	4	5	4	3	2	2	2	24	3
Adultos Mayores	1	3	3	1	2	0	1	1	12	1.5
Poblacion en general	4	7	4	8	5	5	2	6	41	5.12
Total	9	16	14	17	16	8	8	9	97	12.12
Promedio	1.8	3.2	2.8	3.4	3.2	1.6	1.6	1.8		

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Grafica 23

Total de pacientes de alto riesgo atendidos por mes en la clínica integral del Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

La población en general fue el grupo que recibió mayor atención, en la clínica por tratamientos independientes y no integral.

Cuadro 6

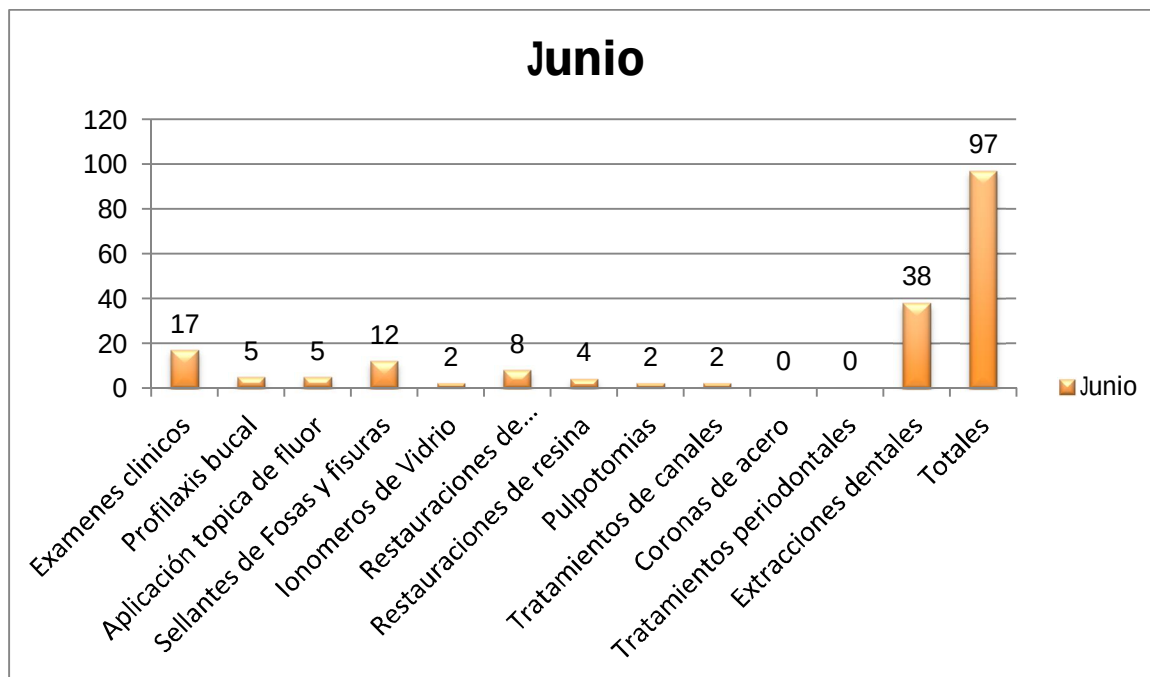
Tratamientos realizados por mes, a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

Tratamientos	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Totales	Promedio
Exámenes clínicos	17	16	17	17	24	15	27	18	151	18.87
Profilaxis bucal	5	3	4	18	4	3	3	6	46	5.75
Aplicación tópica de flúor	5	0	3	15	4	2	3	5	37	4.62
Sellantes de fosas y fisuras	12	6	0	12	0	0	0	4	34	4.25
Ionomeros de vidrio	2	0	2	4	0	5	1	2	16	2
Restauraciones de amalgama	8	5	7	12	27	13	10	22	104	13
Restauraciones de resina	4	9	14	16	23	18	12	18	114	14.25
Pulpotomias	2	5	1	5	4	0	2	5	24	3
Tratamientos de canales	2	6	4	3	3	2	4	3	27	3.37
Coronas de acero	0	0	0	5	0	0	0	0	5	0.625
Tratamientos periodontales	0	5	4	11	18	9	5	5	57	7.13
Extracciones dentales	38	44	28	65	44	42	27	5	293	31.88
Totales	95	99	84	183	151	109	94	93	908	
Promedio	7.91	8.25	7	15.25	12.58	9.08	7.83	7.75		

Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

Grafica 24

Tratamientos realizados en Junio a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

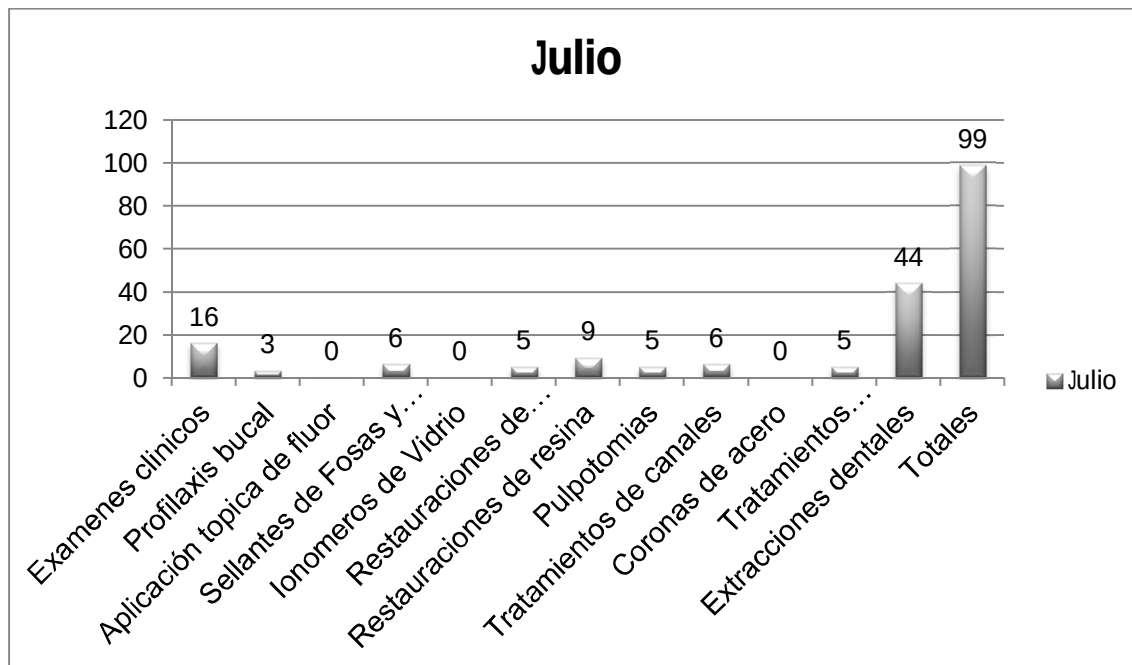


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

En el mes de junio la mayor cantidad de tratamientos realizados a los pacientes de alto riesgo fue extracciones dentales y, el menor, Pulpotomías y TCR.

Grafica 25

Tratamientos realizados en Julio a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

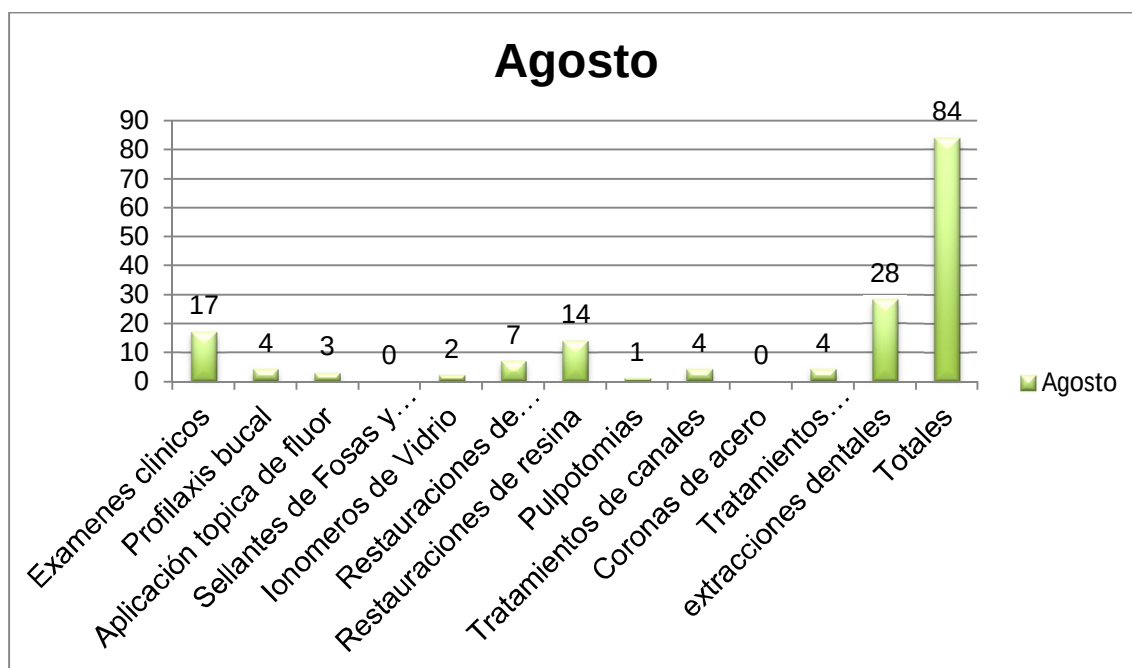


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015 - junio 2016

En julio los tratamientos realizados en mayor cantidad al grupo de alto riesgo fueron extracción dentales y, el menor, profilaxis.

Grafica 26

Tratamientos realizados en Agosto a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

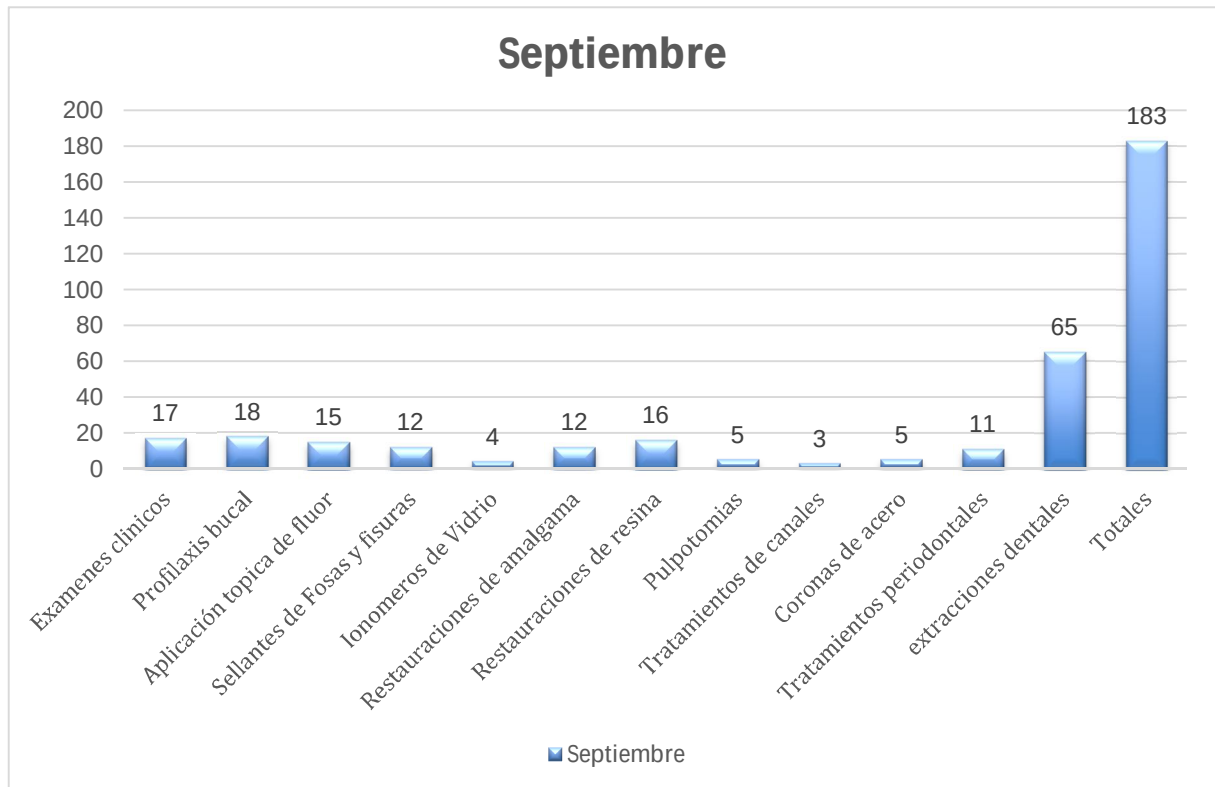


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

En el mes de agosto, la mayor cantidad de tratamientos realizados fue extracción dental, seguido por restauraciones de Resina. El menor número, pulpotomías.

Grafica 27

Tratamientos realizados en Junio a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

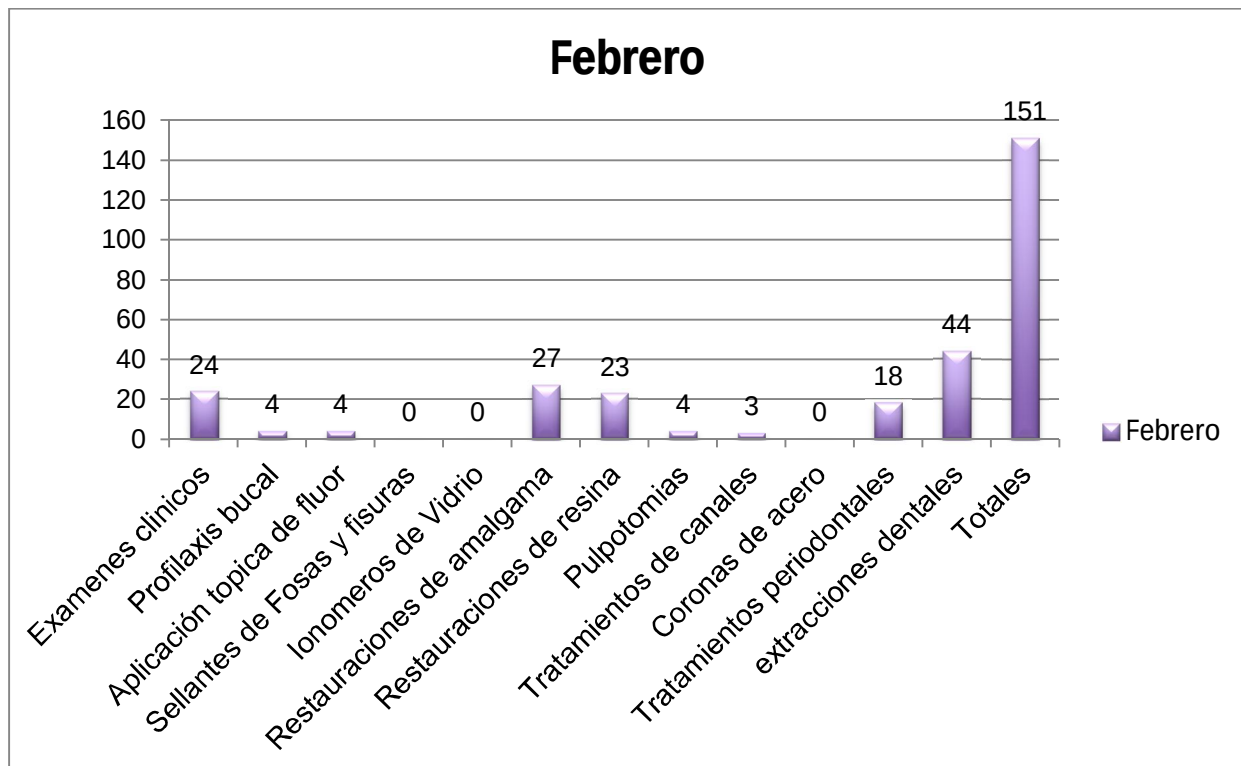


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

En el mes de septiembre, el tratamiento con mayor cantidad fue extracción dental, seguido por profilaxis y, en menor cantidad, TC

Grafica 28

Tratamientos realizados en Febrero a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

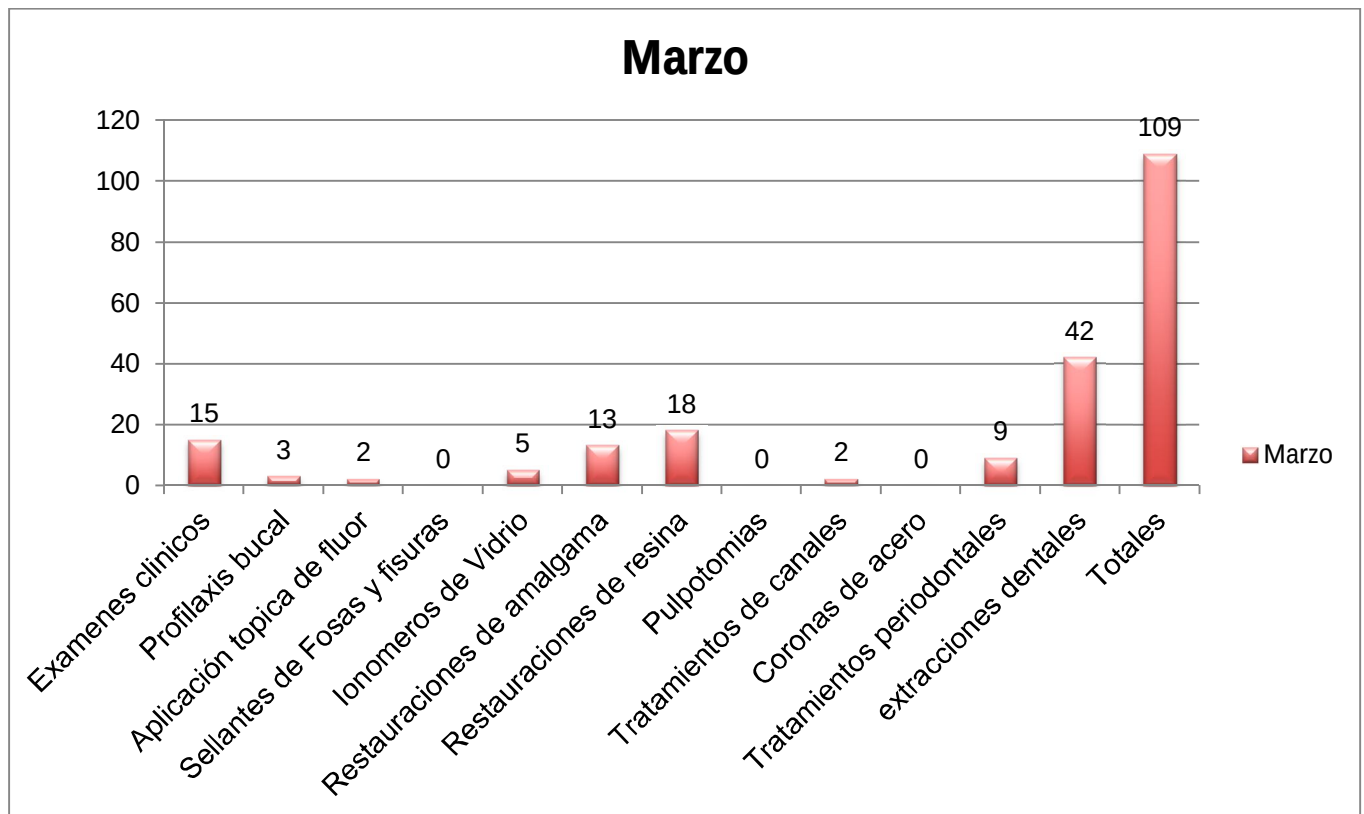


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

En el mes de febrero, el tratamiento más realizado fue extracción, seguido por restauraciones de amalgama y, el menor, TCR.

Grafica 29

Tratamientos realizados en Marzo a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

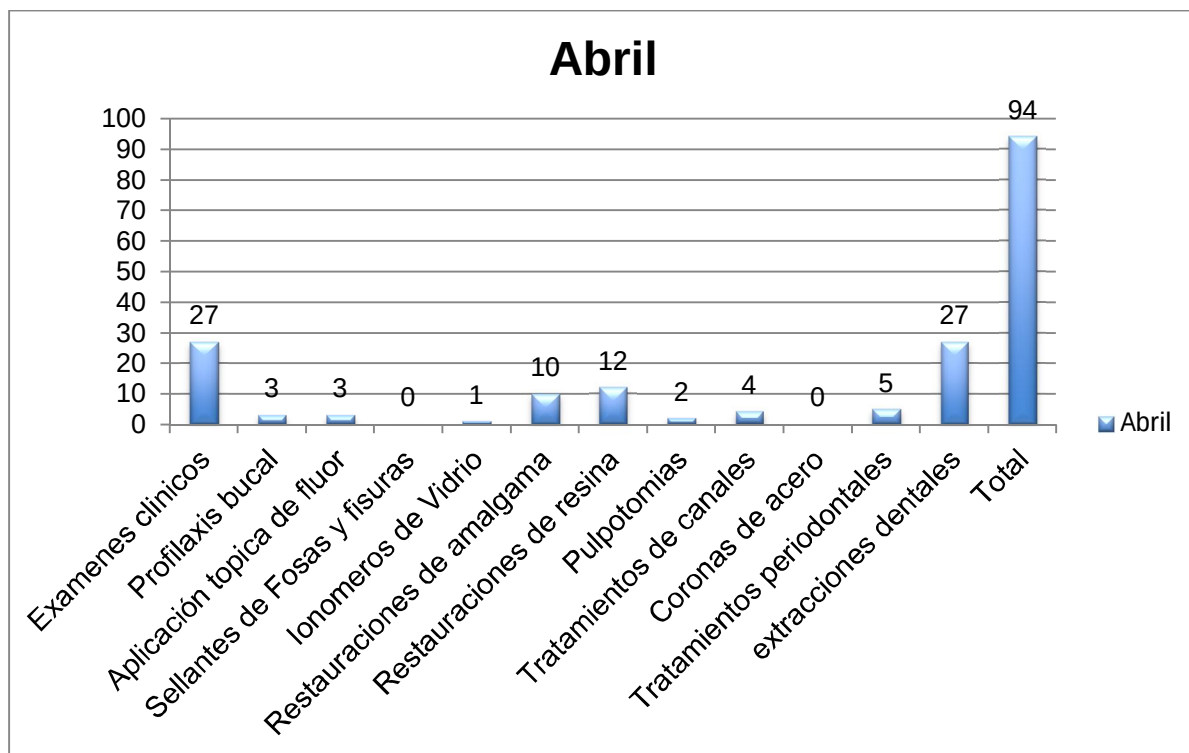


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención **Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016**

En el mes de marzo, la mayor cantidad de tratamientos fue extracción dentales realizado al grupo de alto riesgo.

Grafica 30

Tratamientos realizados en Abril a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

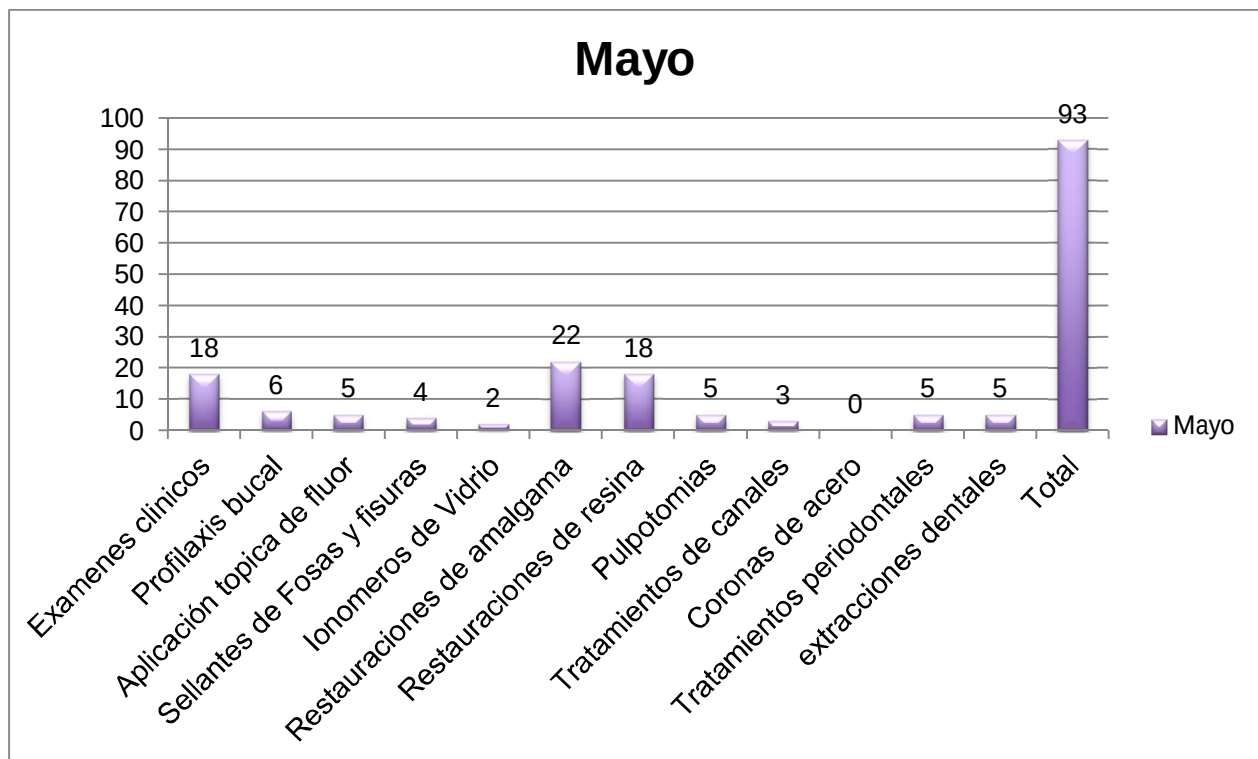


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

En el mes de abril, la mayor cantidad de tratamientos fue extracción dentales realizado al grupo de alto riesgo.

Grafica 31

Tratamientos realizados en Mayo a pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango

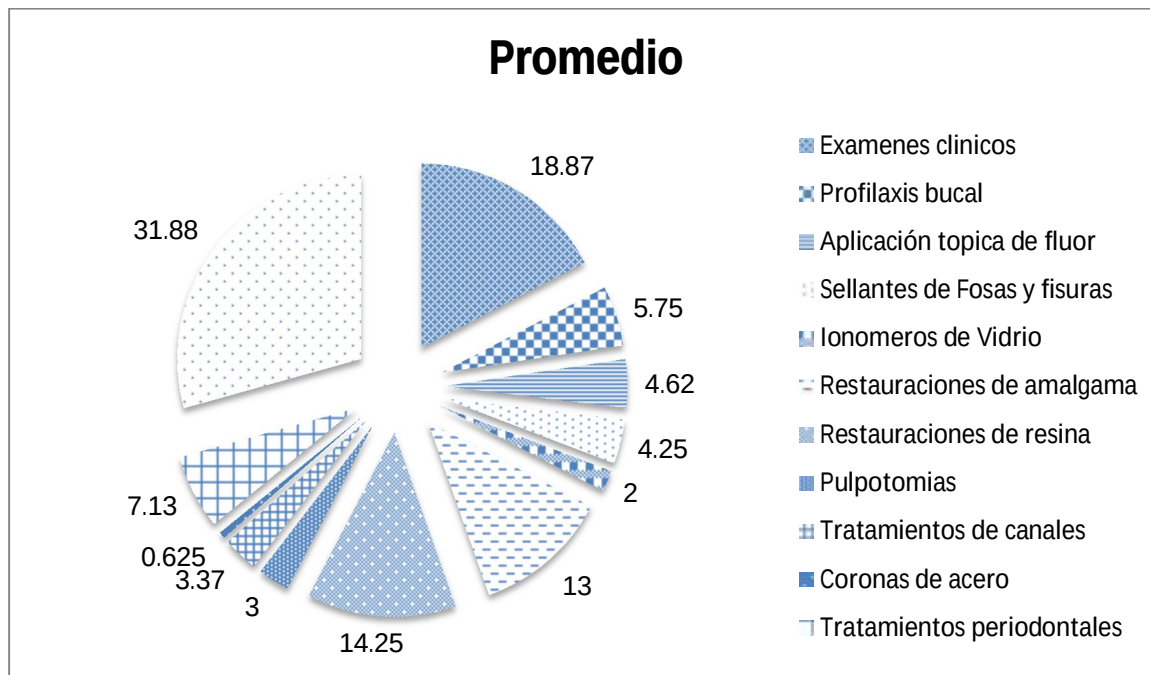


Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

En el mes de mayo, la mayor cantidad de tratamientos realizados fue restauraciones de amalgama.

Grafica 32

Promedio de tratamientos realizados en pacientes alto riesgo
Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco,
Huehuetenango



Fuente: Registro de datos obtenidos del informe final clínica integral en el Centro de Atención Integral Materno Infantil, San Andrés Cuilco, Huehuetenango junio 2015-junio 2016

En promedio el tratamiento que más se realizó en pacientes de alto riesgo fue restauraciones de amalgama de plata y, el que menos se efectuó fue coronas de acero.

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Institución responsable

El Ministerio de Salud se encuentra a cargo del Centro de Atención Integral Materno Infantil de San Andrés Cuilco, Huehuetenango. Este es la entidad responsable de proveer atención médica en general a toda la comunidad. También se prestan servicios odontológicos. Existen más entidades que prestan servicios de salud en la comunidad de carácter privado.

El Centro de Atención Integral Materno Infantil pertenece al sector público del Ministerio de Salud, cuya fuente proviene de los impuestos generales del país, que administra el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). De esta manera se provee fondos a los centros de salud, clínicas y hospitales del MSPAS que brindan atención en salud a la población que no cuenta con cobertura de seguro social o seguro privado.

Coordinador y Director

El Doctor Giovanni Castillo es el responsable de coordinar todas las actividades que se realizan en el Centro de Atención Integral Materno Infantil del municipio de San Andrés Cuilco, Huehuetenango. Todos los casos no tratados se refieren al hospital nacional de Huehuetenango.

Infraestructura de la clínica

La clínica consta de una habitación grande, un baño. Afuera de la clínica se encuentra el compresor dental. La construcción es de block con techo de lámina y cielo falso de duroport. El área de la clínica está pintada de color celeste.

Descripción del mobiliario

La clínica cuenta con un equipo adecuado. Sillones dentales, cajas de controles, aparato de rayos X. Los materiales son proporcionados por el odontólogo practicante, así como, todos los demás insumos que se utilizan para el funcionamiento de la mismo.

Mobiliario y equipo de la clínica:

1. Un Amalgamador
2. Un sillón para oficina
3. Un sillón dental Gnatus
4. Un aparato de Rayos X
5. Un Autoclave
6. Un taburete
7. Un sillón para escritorio
8. Un gabinete

1

Instrumental de la clínica

1. Dos Bruñidores Huevo de Plaoma
2. Dos Cleoide discoide
3. Doce espejos
4. Cuatro espatulas
5. Cuatro Hollembach
6. Un negatoscopio
7. Un osteotomo
8. Seis condensadores
9. Cuatro cucharillas
10. Ocho jeringas aspiradoras

11. Diez exploradores
12. Tres bandejas
13. Diez pinzas
14. Once fórceps
15. Seis elevadores
16. Seis tijeras
17. Un porta matriz
18. Un porta amalgama
19. Un pistilo
20. Un mortero
21. Una pinza Kelly
22. Una gabacha de plomo

Control de infecciones

En la práctica odontológica, se está expuesto a una cantidad de microorganismos contenidos en la sangre, secreciones orales o respiratorias del paciente. El objetivo del control de infecciones es eliminar esa posible transferencia de microorganismos (odontólogo-paciente, paciente-odontólogo, paciente-paciente, asistente-paciente, paciente-asistente, asistente-odontólogo, odontólogo-asistente). Ref bibliográfica

La esterilización se considera el proceso encaminado a eliminar todos los microorganismos incluyendo la destrucción de esporas, mientras la desinfección es un proceso menos letal y se emplea para eliminar microorganismos, pero no esporas.

Protocolo de desinfección utilizado en la clínica

Después de la utilización del instrumental, este se lavaba con cepillos especiales con agua y jabón, con la finalidad de evitar que se secase la saliva o la sangre y después fuera difícil su remoción.

Se colocaban en un recipiente metálico en donde se tenía una solución de gluteraldehído, se dejaban un mínimo de 45 minutos. Después de ese tiempo se secaban y se ubicaban en papel para esterilizar, del tamaño adecuado, y se colocaban en la autoclave durante 30 minutos.

VI. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

Introducción

El personal auxiliar representa para el odontólogo una herramienta de ayuda muy importante para optimizar y aumentar la productividad en el área clínica; es por esta razón que la capacitación de quien desempeñe este puesto tendrá repercusiones visibles en los resultados finales del trabajo realizado en cuanto a optimización de recursos (tiempo, cantidad de materiales utilizados). Motivo por el que corresponde al odontólogo practicante realizar una capacitación amena, motivadora, gratificante y progresiva que se verá reflejada a lo largo del desempeño de las actividades que se realicen en conjunto con el personal auxiliar. Abarcando los temas que son de vital importancia para el desempeño de un trabajo adecuado e integral de parte del personal auxiliar.

Justificación

El personal auxiliar tiene una parte fundamental en la productividad del consultorio. Cuando el personal auxiliar ayuda acopladamente al odontólogo y atiende las necesidades del paciente, el trabajo será rápido y sin interrupciones.

El odontólogo tiene a su cargo la capacitación adecuada para el personal auxiliar, ya que de ello depende su correcto desarrollo en el desempeño de sus actividades.

Metodología

Se realizó la planificación anual de los temas a desarrollar, se organizó y programó el horario para realizar la capacitación semanalmente, distribuyendo 4 o 5 temas por mes, para cubrir un tema semanal, tanto teórica como práctica, reforzando las dudas que el capacitado presente.

Previo a la clase se realizó una motivación basada en la importancia de la aplicación de los temas a cubrir, posterior a ello, se realizó una pequeña clase de

explicación sobre cada tema y se instruyó e invitó a la lectura del material de apoyo. Como último paso se realizó una evaluación escrita y oral sobre dichos temas.

La evaluación teórica (escrita) tenía un valor del 50% de la nota total y la evaluación práctica el otro 50%. La nota mínima es 65 puntos para la promoción y aprobación del curso.

Se realizó un promedio para la promoción y aprobación del curso de personal auxiliar. Se obtuvo 78.5 lo que la hizo acreedora al diploma que la avala como personal auxiliar capacitado

Mes	Tema	Nota de Evaluación
Junio	Funciones de la asistente	100
	Horario	---
	Limpieza y esterilización de instrumentos	75
	Manejo de desechos tóxicos	--
	El equipo de uso dental	--
	Conociendo el equipo dental	80
Julio	Instrumental para examen dental	--
	Jeringa de uso dental	75
	Instrumental y material para extracción dental	90
	Transferencia de instrumental	50
Agosto	Prevención de enfermedades	90
	Técnica de cepillado dental	60
	Alternativas para la higiene bucal	75
	Uso de hilo dental	--
Septiembre	Enjuagues con fluoruro de sodio	100
	Las piezas dentales	80
	Placa dentobacteriana	85

	Enfermedades más comunes de la boca	70
Febrero	Enfermedad pPeriodontal	90
	Resinas compuestas	85
	Sellantes de fosas y fisuras	85
	Instrumentos colocación de resina compuesta	95
	La amalgama dental	90
Marzo	Instrumentos colocación de amalgama dental	---
	Profilaxis	90
	Ionómero de vidrio	80
	Hidróxido de calcio	75
Abril	Óxido de Zinc y Eugenol	85
	Acrílicos	80
	Materiales de impresión	90
	Yesos	70
Mayo	Nomenclatura universal	85
	Nomenclatura Palmer	
	Nomenclatura F.D.I.	
Promedio		78.5

Resultados

La actividad clínica se llevó a cabo sin ningún problema en el conocimiento de los temas desarrollados semanalmente, se evidenció el aumento de conocimiento en los mismos.

Por medio de la capacitación del personal auxiliar, se logró brindar un servicio de calidad en el menor tiempo posible a la población, formar un equipo de trabajo en armonía y con mejor rendimiento en la clínica dental, beneficiando a los pacientes con citas más cortas, implementando la odontología a cuatro manos para un mejor rendimiento del tiempo de trabajo y distribución de las responsabilidades del odontólogo y su asistente.

Se disminuyó la carga de estrés para la odontóloga practicante y se hizo más corto el tiempo de trabajo, mejorando la experiencia para el paciente.

Objetivos alcanzados

1. Se logró optimizar el uso de los recursos en el consultorio odontológico
2. Se redujo el tiempo de trabajo en el consultorio dental
3. Se aumentó la productividad en la clínica odontológica
4. Se logró la rentabilidad de la inversión efectuada
5. Se fomentó un ambiente de trabajo óptimo.

Conclusiones

1. La capacitación del personal auxiliar se ve reflejada a diario en cada procedimiento clínico que se optimiza con el apoyo del mismo.
2. Aumentar los conocimientos y fomentar el dominio del tema teórica y prácticamente constituye un pilar importante en el desarrollo eficiente del trabajo en equipo.
3. La constante evaluación permite monitorear el interés y el cambio o aumento de conocimientos en la formación del personal auxiliar.
4. La entrega de una constancia, en este caso el diploma al final del curso, motiva y aumenta la seguridad y confianza del personal auxiliar respecto a su trabajo y manejo de los temas impartidos durante los ocho meses del EPS.
5. El curso de capacitación auxiliar abre las puertas con la oportunidad de que un ciudadano opte a un trabajo como asistente dental dentro y fuera del municipio.
6. Ayuda a delegar funciones y obtener mayor rendimiento clínico y disminuir el cansancio y stress del profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asimov. I. (1972). **El electrón es zurdo y otros ensayos. Ensayo morir en el laboratorio.** Madrid España: Alianza Editorial. pp 138-145.
2. Barberia Leache, E. (2005). **Atlas de odontología infantil: para pediatras y odontólogos.** España: Ripano. pp. 159-163.
3. Borges Toriac, M.A. (2011). **Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en niños de la escuela primaria Bella Vista II.** (en línea). Venezuela: Consultado el 10 de junio 2016. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-educativa-conocimientos-salud-bucal/>
4. Brundtland, H. (2003). **Alocución a la directora general: 111ª reunión del consejo ejecutivo.** (en línea). Ginebra: Consultado el 18 de junio 2016. Disponible en: http://www.who.int/dg/brundtland/speeches/2003/eb111_jan2003/es/.
5. Cifuentes Rodríguez, H. M. (2005). **Diagnóstico socioeconómico, potencialidades productivas y propuestas de inversión municipio de Cuilco, Huehuetenango.** (en línea). Guatemala: pp. 3-16 Consultado 8 de julio del 2016. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0129.pdf
6. Falcón León, M. (2001). **Eficacia de las topicaciones con flúor gel en la prevención de caries dental en escolares de siete años de edad del distrito de Ricardo Palma, provincia de Huarochirí,** (2002). (en línea). Perú: Consultado el 5 de julio del 2016. disponible en: <http://www.tesis latinoamericanas.info/index.Php/record/view/50250>.
7. Fernandez, D.E. et. al. (1998). **Efectos de enjuagues de fluoruro de sodio al 2% en la incidencia de caries dental en una población escolarizada.** (1996). (en línea). Venezuela: Consultado el 4 de julio 2016. Disponible en : http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/3/enjuagues_fluoruro_sodio.asp
8. Guerra, B.L. (2009) **Métodos de estratificación social utilizados en Venezuela.** (2009). (en línea). Venezuela: Consultado el 4 de julio de 2016. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstreame/123456789>
9. Huerta, J. (2013). **Principales indicadores de pobreza.** (2013). (en línea). Venezuela: Consultado el 7 de julio. Disponible en: <http://www.josebhuerta.com/indicadores.htm>.



LYBNY OZIEL MEJIA

10. Lara Escamilla, S. et. al. (s.f.). **Transformación educativa: la seguridad e higiene en la educación superior.** (en línea). México: Consultado el 7 de julio Disponible en: <http://www.transformacion-educativa.com/congreso/ponencias/036-seguridad-higiene.html>.
11. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2008). **Comisión sobre determinantes sociales de la salud.** (en línea). Glasgow: Consultado el 6 de julio de 2016. Disponible en http://who.int/social_determinants/final_report/clesethegap_how/es/.
12. _____ (2009). **promoción de la salud. Glosario.** (en línea) Ginebra: Consultado el 7 de julio de _____ 2016. Disponible _____ en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>



Vo. B.
[Handwritten signature]

2 AGO. 2016

LYBNY OZIEL MEJIA

ANEXOS

Proyecto Comunitario

Cocinas Escolares Aldeas Islam y Choliva



Carencia absoluta de área para la preparación de alimentos, eran preparados a la intemperie



Exterior de construcción cocina escolar EORM Islam



Interior construcción cocina escolar EORM Choliva



Interior cocina escolar EORM Islam, utensilios donados por practicantes de magisterio



Interior de cocina escolar EORM Islam pintura recién aplicada



Entrega de cocina escolar y platos y tazas en exterior de cocina escolar EORM Islam, Presidente de COCODE y Director Escuela



Entrega de cocina escolar y platos, y tazas a escolares EORM Choliva



**Entrega de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% escolares de tercero primaria
EORM Ixmulej**



Buches de fluoruro en EOUM Regional, alumnos de quinto primaria sección "A"

Pláticas de Salud Bucal en EOUM Regional Cuilco Huehuetenango



Pláticas de Salud bucal a escolares de EORM Mojubal, Cuilco Huehuetenango primaria y preprimaria completa.



Aplicación de SFF

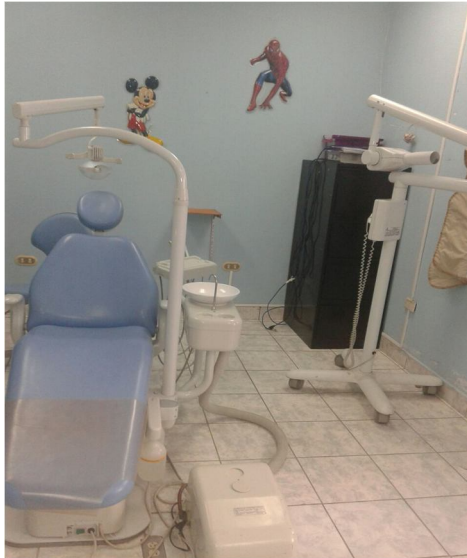
Profilaxis previa a la Aplicación de SFF escolar de tercero primaria EORM Sosti Cuilco Huehuetenango



Aplicación de SFF a escolar de segundo primaria en clínica dental CAIMI Cuilco



Clínica Dental CAIMI San Andrés Cuilco, Huehuetenango.



Firma de responsabilidad de autor

El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad del autor:

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'P' and 'A' followed by 'Julissa Aceituno Alvarez'. The signature is written over a horizontal line.

Paola Julissa Aceituno Alvarez

Firma de Secretaría Facultad de Odontología

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

Vo.Bo.


Dr. Julio Rolando Pineda Córdón
Secretario Académico
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

