



4
205

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

"MODELO AVANZADO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA"

MAAE

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

COLIN MURILLO MARIA ROSALINDA

ASESOR: MAESTRO ALFREDO GOMEZ CASTELLANOS

MEXICO, D. F.

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la institución por haberme brindado los conocimientos que he adquirido para mi formación profesional.

A mi asesor M.Alfredo Gómez Castellanos por haberme brindado sus conocimientos, su apoyo y estímulo para la realización de mi trabajo.

GRACIAS.

Al ser divino que me brindó su amor
y vida para poder realizarme como
profesionista. GRACIAS JEHOVA

Te tendré cariño, oh Jehová fuerza
mía.

Jehová es mi peñasco y mi plaza
fuerte y el Proveedor de escape
para mí. Mi Dios es mi roca. En él me
refugiaré, mi escudo y mi cuerno de
salvación, mi altura segura.

SALMOS 18:1,2

A los seres terrestres que DIOS me dió
y a los cuales les agradezco todo lo
que soy, ya que sin su apoyo y amor
nunca lo hubiera logrado.

GRACIAS PAPPAS

A mis hermanos ;Silvia, Rosario ,
Guadalupe y Jorge por haberme
apoyado incondicionalmente para el
termino de mis estudios.

GRACIAS

INDICE

	PAG
INTRODUCCION.....	2
JUSTIFICACION.....	6
MARCO TEORICO (CAPITULO I)	
ENFERMEDADES BUCALES.....	9
(CAPITULO II)	
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	14
(CAPITULO III)	
ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.....	22
(CAPITULO IV)	
MODELO AVANZADO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA (MAAE).....	29
(CAPITULO V)	
PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.....	40
OBJETIVOS.....	43
METODO.....	48
RECURSOS.....	55
PRESENTACION DE RESULTADOS DEL PROGRAMA.....	62
ANALISIS DE RESULTADOS.....	73
CONCLUSIONES.....	76
PROPUESTAS.....	80
NOTAS DE PIE.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	85
ANEXOS.....	88

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana. (1)

Si se desea solucionar el proceso salud-enfermedad desde su raíz, es necesario conceptualizarlo de manera integral y desde un enfoque preventivo, programado y anticipatorio.

La estrategia para brindar esta atención integral y anticipatoria es la Atención Primaria a la Salud, que además de ser universalmente accesible a los individuos y familias de la comunidad, presta servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Además de promover, exigir y fomentar la participación organizada y responsable de los individuos de la comunidad en el autocuidado de su salud mediante una educación apropiada.

La Unidad Avanzada de Atención Integral a la Salud (UAAIS), de Teocelo Veracruz, donde realizamos el Servicio Social como pasantes en estomatología, es una unidad de primer nivel de atención basada en la Atención Primaria a la Salud (APS), y por lo tanto las actividades que se realizan en la unidad se guían por la misma metodología.

El grupo de pasantes de servicio social en estomatología desarrolló un proyecto estomatológico alternativo que se fundamenta en la Atención Primaria a la Salud, basada en una planeación prospectiva que pretende nuevas formas para el mejoramiento de la salud estomatológica de la población de Teocelo, Ver.

Plantea así el manejo de problemas de salud estomatológica que presenta la población de Teocelo, Ver., con un enfoque ecológico y un quehacer preventivo integral, considerando la participación comunitaria desde el diagnóstico básico hasta la evaluación del proyecto, pasando por su planeación y ejecución en los cuales se procederá a un manejo multidisciplinario del modelo actual y futuro en servicios de salud estomatológica

En consecuencia; el Modelo Avanzado de Atención Estomatológica (MAAE), propuesto por los pasantes del servicio social de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estableció estrategias y tácticas innovadoras, en sus diferentes fases de planeación y administración con el propósito de ofrecer servicios estomatológicos oportunos y de alta calidad a la población que es cubierta por la Unidad Avanzada de Atención Integral (UNAAIS) de Teocelo, Ver.

En este proyecto diseñamos el espacio arquitectónico que integra los recursos materiales humanos y servicios tendientes a la prevención integral. Los planos arquitectónicos del área de servicio fueron realizados con el apoyo y asesoría de un arquitecto (Arq. Mario Sánchez Naranjo).

Es importante mencionar que el MAAE, está integrado al proyecto MAAPS (Modelo Avanzado de Atención Primaria a la Salud), dirigido por la Dra. Lilia Durán González. Este proyecto MAAPS, es una alternativa innovadora en la prestación de servicios y toma como base la reestructuración física y la reorganización de los centros de salud tradicionales. Por una parte plantea la integración de nuevos servicios como son: atención médica permanente, dinámica familiar, obstetricia y cirugía simplificada, a fin de aumentar la capacidad de resolución del primer nivel de atención y mitigar la sobrecarga de los hospitales por la demanda de casos que podrían atenderse en un nivel intermedio. Por otro lado, este modelo pretende propiciar un cambio en el actual esquema de atención, dando paso al desarrollo y uso de estrategias más efectivas para apoyar a la población en el autocuidado de su salud y proporcionarle una atención programada que ataque anticipadamente a los factores o condiciones asociadas a los problemas de salud más frecuentes. (2)

En conjunto con el MAAPS, fué necesario ejecutar un programa estomatológico basado en la Atención Primaria a la Salud con una visión innovadora que desarrolló actividades para la resolución de problemas estomatológicos en la población infantil de Ixhuacán de los Reyes, Ayahualulco, Teocelo y sus congregaciones (Llano Grande, Monte Blanco, Baxtla, El Zapote), así como la atención de urgencias estomatológicas en la población adulta.

JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas, la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la sociedad mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales, pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes, como há sido demostrado en algunos países. (3)

Por esta razón, es indispensable la necesidad de crear un modelo Avanzado de Atención Estomatológica (MAAE), y dentro de éste un programa de salud estomatológica con el fin de ayudar al individuo a alcanzar una salud estomatológica favorable, proporcionándole así un mejoramiento en su salud integral a bajo costo y alta calidad.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

ENFERMEDADES BUCALES

ENFERMEDADES BUCALES

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media, son las anomalías dento-faciales y maloclusiones; las de frecuencia variable, son el cáncer oral, los defectos de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental. (4)

La caries dental es una enfermedad bacteriana de los tejidos duros. Empieza con la demineralización ácida de la superficie exterior y si no se detiene o trata, la disolución del esmalte continúa hasta la dentina y la pulpa al tiempo que aumenta la cavitación y pérdida de sustancia dental. El dolor dental, es un signo que suele acompañar a la caries. El resultado final es la pérdida total de la corona del diente, a menudo acompañada de abscesos. (5)

Según la Organización Panamericana de la Salud, la caries se presenta aproximadamente en el 90% de la población de América Latina, siendo causa de alrededor del 40 al 45% de pérdidas dentales. (6)

Las periodontopatías son un grupo de afecciones inflamatorias y degenerativas de los tejidos blandos y óseos en que se sustentan las estructuras dentales.

La inflamación inicial, se produce como resultado de la presencia de bacterias en la placa. Las bacterias responsables son pobladores normales de la cavidad bucal que se acumulan en torno al cuello de los dientes en una capa blanca visible denominada placa, la formación de placa es normal

Poco después de la limpieza, el esmalte queda cubierto de una película de origen salival. A las pocas horas, ésta película es colonizada por bacterias que forman la placa. Esta irá aumentando de volumen si no se elimina, hasta alcanzar un máximo al cabo de tres días. A partir de este momento, no cambia su volumen, pero sí su perfil bacteriano. Lo más probable es que ésta placa dé lugar a una periodontopatía. (7)

La gingivitis es una inflamación de los tejidos gingivales que rodean a los dientes, sin que se vean afectadas las estructuras subyacentes. Esta afección se caracteriza por la facilidad con la que sangran los tejidos gingivales, a veces de modo espontáneo. Un signo de diagnóstico característico, es la hemorragia de las encías subsiguiente al cepillado. La gingivitis es una afección reversible.

Si no se interviene, la placa puede calcificarse por efecto de los minerales presentes en la saliva, formándose cálculo. El cálculo que se forma debajo del margen gingival se denomina cálculo subgingival, es un importante factor causante de periodontopatías, después de la inflamación gingival, que va también acompañado de afecciones destructoras del periodonto. (8)

Las maloclusiones, es el nombre general con que se designan las causas diversas de una oclusión defectuosa entre los dientes superiores y los inferiores. Las consecuencias de éste efecto pueden ser psicológicas, fonéticas o físicas. (9)

Mucho puede hacerse para corregir las maloclusiones especialmente si las medidas adecuadas se toman a tiempo preventivamente. La acción preventiva evitará la aparición del problema mientras que la interceptiva actúa en el inicio de la maloclusión en ocasiones eliminándola y en otras disminuyéndola.

Uno de los juicios más difíciles de emitir por el práctico general en su ejercicio futuro es el que designa una oclusión normal. (10)

Otro gran problema es el de las lesiones de tejidos blandos y duros que en patología bucal representa la convergencia de las ciencias básicas y la estomatología clínica. Al no tener sus propios métodos en los conocimientos de éste campo se auxilia mediante la adaptación de los métodos y disciplinas propias de las ciencias básicas aplicadas al ejercicio de la práctica estomatológica, tales como la química, la microbiología, la fisiología, así como la información extraída de la historia clínica y la observación de los pacientes.

Mediante la patología bucal, intentamos correlacionar la biología con los consiguientes signos y síntomas de las enfermedades humanas, así la patología bucal intenta conocer la enfermedad bucal de manera que pueda ser diagnosticada y tratada en forma adecuada. (11)

Las lesiones de tejidos duros y blandos de mayor prevalencia son: mancha, placa, nódulo, vesícula, ampolla, pústula, erosión, úlcera, grieta o fisura. (12)

Mancha: Son lesiones planas de coloración café, negra o amarilla no patológica (lunar).

Mácula: Son lesiones planas al ras de la superficie en donde se encuentran cambios de coloración netamente hasta de 1 cm. es patológica (quemadura).

Placa: Lesión plana, netamente circunscrita, mayor de 1 cm., es de color blanquesino, amarillo o rojo (candidiasis, eritropiasis, leucoplasia.)

Pápula: Lesiones elevadas por encima de la superficie, son sólidas y netamente circunscritas, hasta de 1 cm. (mezquino)

Nódulo: Tiene forma circular y es de consistencia dura, es una proliferación de tejido fibroso (hernia).

Vesícula: Son elevaciones llenas de líquido seroso que tiene hasta 1 cm., raramente se observan en cavidad oral, porque tienden a romperse, dejando úlceras con bordes deshilachados, mide de 2 a 3 cms. (herpes simple, sarampión y varicela).

Ampolla: Lesiones elevadas que contienen líquido seroso, mayor de 1 cm., tienden a romperse en fase temprana, dejando úlceras superficiales con bordes deshilachados.

Pústula: Elevaciones de la mucosa y de la piel que parecen vesículas o ampollas porque contienen líquido purulento, son redondeados y blandos.

Erosión: Es la pérdida de capas superficiales de la piel o de la mucosa, es roja, brillante y lisa, puede haber signos de inflamación.

Úlcera: Pérdida de capas profundas del epitelio.

Grietas: Líneas profundas de la piel y mucosa en forma lineal.

Para identificar este tipo de lesiones, analizamos el tipo de lesión que es, el sitio de localización, los límites, tamaño, color, superficie, forma y tipo de secreción. (13)

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS

ANTECEDENTES HISTORICOS DE TEOCELO VERACRUZ (14)

Teocelo, ciudad que funciona como cabecera municipal de varias congregaciones. Teocelo significa TEO: Dios y OCELOTI que significa TIGRE, dado tal vez por la fauna de ésta región, abunda el tigrillo o gato montés.

Según datos históricos, relatan que en el año de 1497 a 1558, los mexicanos fueron sometidos en tiempo de Moctezuma II Ilhuicamina, afectando a este hecho las provincias antiguas de Huatusco, lugares intermediarios de Xico y cercanías de Teocelo.

Se sabe que los primeros pobladores vinieron de un lugar llamado Tlaltetela, que se encuentra al oriente, cerca del lugar llamado Jalcomulco en el año de 1460. Después de peregrinar por largo tiempo, pasaron a establecerse sucesivamente en los siguientes lugares: Zacacautla (Llano Grande), de 1480 a 1486 y desde ahí prosiguieron para el lugar de los Teteles, fué en este sitio donde poblaron su colonia y finalmente a que en tiempo de lluvia es demasiado húmedo, se instalaron en lo que hoy ocupa la ciudad. Fué así como se empezó a formar Teocelo a fines de los años 1400 y a principios de los 1500. Teocelo fué uno de los ocho municipios que integraron el excatón de Coatepec y durante el virreinato perteneció a la subdelegación de Xalapa.

Teocelo obtuvo el título de Villa por decreto Número 13 del 17 de mayo de 1881 y por el número 11 del mes de junio de 1898 fué elevada a

ciudad, bajo la denominación del General Porfirio Díaz, héroe de batallas de Puebla.

En la última década del siglo, los señores Antonio Andrade y Sabás Martínez, integrantes de los ayuntamientos de entonces, introducen y entuban el agua potable de la ciudad.

El general Porfirio Díaz, Presidente de la República, inaugura el 15 de mayo de 1898, el ferrocarril de Xalapa a Teocelo, con 30 Kms.

En 1906, se construye el Mercado Municipal, lo mismo que el Palacio Municipal por el Ing. Juan Cañedo y se inician los trabajos materiales del Templo Parroquial.

El primer Centro de Salud con Sanatorio con que contó la ciudad de Teocelo, fué inaugurado en el año de 1958, en un terreno que donó el Sr. Gildardo Muñoz en la calle 5 de mayo No. 67.

Posteriormente en las calles que forman la esquinas de Covarrubias e Independencia, se construyó el actual edificio que ocupa el Centro de Salud Rural Concentrado (UNRAIS).

La ciudad de Teocelo, se encuentra en la región del estado de Veracruz, en la zona de las grandes montañas, enclavada en la vertiente del Golfo y teniendo como límites naturales, al Sur; El majestuoso Pico de Orizaba, al Oeste: el Cofre del Perote, al Norte: la Barranca de Matlacobatl y el Río del Texolo, al Sureste; con el Río de Chilontla, por medio del cual se comunica con el municipio de Cosautlán, al Oriente y haciendo vértice con la confluencia del Río Pescados y la terminación de la Barranca de Matlacobatl, llamándose a este lugar "Las Juntas", donde podemos comprobar que el clima es más cálido.

Dada la topografía del subsuelo de éste lugar, situado en las ramificaciones de la Sierra Madre Oriental, la misma ciudad de Teocelo, se encuentra construida sobre la elevación de terreno de escasa magnitud, condición que hace que la mayor parte de su terreno sea plano y una menor proporción se encuentra sobre un declive muy pronunciado, dando lugar a su comunicación por medio de una carretera que asciende hasta llegar al centro de la población, esta carretera comunica a Teocelo con la capital del estado (Xalapa), con una distancia de 25 Kms., por medio de esta misma carretera se comunica con San Marcos de León, Los Puentes y Coatepec.

Dentro de sus límites se encuentran adscritas seis congregaciones que son Baxtia, Independencia, Monte Blanco, Llano Grande, Tejerías y Santa Rosa.

La extensión territorial de la pequeña población de Teocelo es de 166 Km², ocupando el 22% de la superficie total del estado. La cabecera municipal cuenta con una extensión de 56 Km².

El clima de esta región es húmedo templado, su temperatura media a la sombra es de 20°C, la mínima es de 10°C y la máxima de 29°C.

La ciudad de Teocelo cuenta con todos los medios actuales de comunicación, siendo en la actualidad la vía terrestre la más utilizada. Se comunica con la capital del estado por medio de una carretera asfáltica que va desde Teocelo a Xalapa separadas por una distancia de 25 kms., al igual que con Monte Blanco que es la más importante congregación de Teocelo, distante de 4 kms., con carretera pavimentada.

También existen otros medios de comunicación como son: correos, telégrafos, teléfonos y una radiodifusora con oficinas dentro de la cabecera municipal.

Actualmente el 75% de la población total municipal es de 12,000 hab.
y se concentran en la cabecera municipal 9,000.

La cabecera municipal cuenta con la siguiente infraestructura: red de distribución de aguas, tres jardines de niños, cuatro Escuelas Primarias, una Escuela Secundaria, una Preparatoria, lavaderos públicos, biblioteca, Unidad de Atención Médica, rastro municipal, cancha deportiva, mercado panteón, salón social, parque infantil, Presidencia Municipal, Comandancia de Policía, oficina de telégrafos, correos, energía eléctrica, transporte público foráneo, servicio telefónico (local y de larga distancia), pavimentación de calles principales, así como drenajes, infraestructura interurbana, tal como la representada por las carreteras tenemos:

Teocelo-Independencia-Monte Blanco-Tejerías y Llano Grande es pavimentada.

Teocelo-Cosautlán pavimentada.

Teocelo-Teixin terracería.

Teocelo-Baxtla, pavimentada.

Teocelo-Santa Rosa, terracería.

La Unidad de Atención Médica funciona como Centro de Salud Rural Concentrado, dependiente de la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, presta servicios a población abierta, asistiendo también los habitantes de poblaciones vecinas en donde hay carencia de servicios satisfactorio a la demanda de atención a ciertas congregaciones del Estado de Puebla, por el relativo acceso a la ciudad de Teocelo. La afluencia de los habitantes de los municipios de Xico, Cosautlán, Ixtuacán de los Reyes y Ayahualulco, hacen una población de afluencia de 48 a 287 posibles habitantes de servicios de salud.

Los principales comercios dentro de la cabecera son: 5 carnicerías, 4 farmacias de segunda clase, 2 ferreterías, varias tiendas de ropa y mercería, 3 papelerías, 1 vinatería y 1 fábrica de vinos de naranja, varios expendios de café molido, refrecoerías y venta de antojitos, 2 zapaterías, 8 panaderías, 14 tiendas de abarrotes, 1 mueblería, 1 billar, 1 tienda de artesanías y venta clandestina de licores. En las congregaciones, la mayoría de los comercios, son tiendas de abarrotes, únicamente la congregación de Monte Blanco cuenta con 16 talleres y venta de artesanías de bambú.

De la agroindustria, el principal cultivo es el café con producción variable anual de 9,000 toneladas, con diferentes variedades de café, tales como el hobón, katurra, mondo novo, arábigo. Para el procesamiento del café existe un beneficio de alto rendimiento, con capacidad diaria de 500 quintales, destinado a la exportación. (15) (ANEXO 1-2)

(11). H. Ayuntamiento de Teccelo, Ver.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE IXHUACAN DE LOS REYES (15)

El pueblo de Ixhuacán de los Reyes, es la cabecera del municipio de igual denominación. El nombre original de este lugar es el TEO-IZHUACAN, que se compone de las palabras TEOTL: DIOS, IZHUATL:HOJAS, CAN: LUGAR. Para expresar: "LUGAR DE LAS DIVINAS HOJAS", en la lengua náhuatl.

La localidad de Ixhuacan de los Reyes, está asentada sobre la Sierra Madre Oriental, al Sur de la Cumbre del Naucampetepetl o Cofre del Perote, dista de la ciudad de Xalapa, capital del estado 50 Kms., se localiza a los 19° 21' 29", de latitud norte y 02° 01' 08", longitud Este de la ciudad de México, situada a una altitud de 1732 metros, su clima es templado-regular, sus habitantes son de raza mestiza, el idioma que se domina es el castellano.

El municipio de Ixhuacán de los Reyes, tiene una extensión territorial de 148.88 Kms²., cifra que representa el 0.20% del total del estado.

Limita con los municipios de Ayahualulco, Xico, Tecoco, Cosautlán, Tlaltetela, Quimixtlán y Xixiquila, estos dos últimos pertenecen al estado de Puebla.

Para su funcionamiento administrativo se divide en siete congregaciones y en cuanto a su salud se refiere, el municipio cuenta con una clínica a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La actividad económica del municipio gira en torno a la ganadería y agricultura principalmente.

Dentro del sector agrícola destacan los cultivos del maíz, café cereza, papa y frijol. (ANEXO 3)

ANTECEDENTES HISTORICOS DE AYAHUALULCO (16)

Ayahualulco en la lengua náhuatl significa "LUGAR RODEADO DE AGUA".

El municipio de Ayahualulco se encuentra localizado entre las coordenadas 19° 21' 2" del Norte y a los 1° 59' 8" de longitud Este de la ciudad de México. Su altitud promedio sobre el nivel del mar es de 2,500 mts. Limita con los municipios de Ixtuacán de los Reyes, Perote y con el estado de Puebla.

Tiene una extensión de 148.6 Kms². cifra que representa 0.20% del total del estado.

Se divide en 26 localidades entre las que destacan Los Altos, Cololoyan y Calzontepac.

Al municipio lo riegan pequeños arroyos que son tributarios del Río Chichiquila.

El clima es templado-extremoso, con una temperatura media anual de 10°C, lluvias abundantes en verano hasta principios de otoño, con menor intensidad en invierno.

Se encuentra situado en la zona central y sobre la parte más alta y fragosa de la Sierra Madre Occidental, alturas superiores a los 2,500 mts., como las Cumbres de Tamasolapa y Acatitlán.

Cuenta con árboles maderables, entre los que destacan el pino colorado y estrobus.

Existe una gran variedad de animales silvestres, entre los que se encuentran liebres, mapaches, tlacuaches y ratas.

El número de habitantes de Ayahualulco, en 1994, es de 1840.

Cuenta con un Centro de Salud dependiente de la S.S.A. (ANEXO 4)

CAPITULO III

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

(APS)

ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

Es importante mencionar en este trabajo las características principales de la Atención Primaria a la Salud (APS), puesto que el proyecto MAAE, se basa en ésta.

"LA META ESTA DEFINIDA: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. LA LLAVE MAESTRA ES LA DESCENTRALIZACION Y ESTRATEGIA A LA ATENCION PRIMARIA. A PARTIR DE ESTOS ELEMENTOS CENTRALES, LA REGION HA IMPULSADO, COMO TACTICA OPERACIONAL MAS ADECUADA A ESTOS REQUISITOS, LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD. ESTA ES LA RESPUESTA SECTORIAL A LAS URGENTES NECESIDADES DE NUESTROS PUEBLOS. (17)

CARLY GUERRA DE MACEDO

DIRECTOR: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

La necesidad de cooperar en la clasificación conceptual de la Atención Primaria a la Salud como estrategia fundamental para enfrentar los problemas de salud inscritos en la problemática del desarrollo socio-económico, nos lleva a recopilar algunos elementos conceptuales y declaraciones, producto de reuniones promovidas por la OMS y la OPS, así como las opiniones y reflexiones de algunos expertos.

En muchos países de las Américas, grandes grupos de la población siguen sin tener acceso real a los servicios de salud y el problema se agrava por la sostenida crisis económica, que hace que los recursos disponibles por los sistemas de salud sean más limitados que nunca. En estas condiciones, y para poder satisfacer las crecientes demandas de la

población, los países tienen que utilizar con la mayor eficiencia posible, los recursos del sector salud.

Para alcanzar la meta de salud para todos, los sistemas de salud existentes en la mayoría de los países tendrán que sufrir amplios y profundos cambios, y estos cambios deben lograrse en el contexto de la atención primaria.

Por su parte, el Dr. David Tejada de Rivero, señala en su trabajo *Descentralización y Servicios Locales de Salud, una contribución a una Unidad de Doctrina*, algunos aspectos que en primer lugar se refieren a los que NO ES ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. (18)

No es una respuesta aplicable exclusivamente a los países en desarrollo.

No es una forma primitiva, empírica, elemental de atención ni se basa solamente en tecnologías que no incorporan los adelantos del desarrollo científico y tecnológico.

No es una acción exclusiva de los servicios de salud o de las instituciones de ese sector.

No es un nivel de atención dentro de un sistema de salud ni se reduce a lo que se podría considerar como nivel o los niveles de periféricos.

No es un programa independiente ni paralelo a las demás actividades de salud.

No es solo la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a los miembros de la comunidad que se adiestran para atención elemental.

No es una forma de satisfacción parcial de las necesidades sociales de la comunidad, ni una cortina de humo paliativa y tendiente a postergar reivindicaciones sociales en sociedades donde existen grandes desigualdades e injusticias.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, reunida en ALMA-ATA el día 12 de septiembre de 1978, consideró la necesidad urgente de una acción por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Así declaró los siguientes puntos:

I.- La Conferencia reitera que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental.

II.- La grave desigualdad en el estado de salud de la población entre los países en desarrollo y los desarrollados, es política, social y económicamente inaceptable.

III.- La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.

IV.- El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V.- Uno de los principales objetivos sociales y de la comunidad mundial es el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria a la salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI.- La atención primaria a la salud es la asistencia esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

VII.- LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, a la vez es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la

aplicación de los resultados de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud.

Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

Comprende: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición adecuada, un abastecimiento apropiado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes, el suministro de medicamentos esenciales; entraña la participación además del sector sanitario y campos de actividad de desarrollo nacional y comunitario, como son la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la educación, las obras públicas, las comunidades, etc.

Exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria a la salud.

Su prioridad debe ser para los individuos, comunidades o pueblos más necesitados.

Se basa en el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII.- Todos los gobiernos deben formular estrategias de acción nacional

con el fin de iniciar y mantener la atención primaria.

IX.- Todos los países deben cooperar a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país, beneficia directamente a todos los demás países.

X.- Es posible alcanzar un nivel de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una mejor utilización de los recursos mundiales, y así acelerar el desarrollo social y económico asignado a una proporción adecuada a la atención primaria de salud. (19)

Diez años más tarde en la Reunión de Riga celebrada del 22 al 25 de marzo de 1988, se formuló una declaración de adhesión renovada y fortalecida a la Salud para todos en el año 2000 y más allá. De la cual se consideraron diez medidas prioritarias, las cuales son:

- 1.- Mantenimiento de la salud para todos como meta permanente de todos los países hasta el año 2000 y más allá.
- 2.- Renovación y fortalecimiento de las estrategias de salud para todos.
- 3.- Intestificación de la acción social y política en favor de la salud.
- 4.- Creación y movilización de los líderes de salud para todos.
- 5.- Capacitación a las poblaciones.
- 6.- Utilización de la colaboración intersectorial como fuerza en pro de la salud para todos.
- 7.- Fortalecimiento de los sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria.
- 8.- Planificación, preparación y apoyo al personal sanitario con miras a la salud para todos.
- 9.- Perfeccionamiento y uso racional de la ciencia y la tecnología apropiada.

10.- Superación de los problemas que siguen pendientes de solución. Esto estableciendo programas prioritarios encaminados a superar los problemas graves.

Por otra parte, tomándose como base los lineamientos de ALAMA-ATA y Riga, se aprobó la resolución XV "FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD", donde se considera que el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud es una táctica operativa adecuada para la aplicación de los principios básicos de la atención primaria.

Los sistemas locales de salud pueden otorgar el ámbito adecuado para lograr la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización y el control de las decisiones y el uso de métodos efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población.

Los Sistemas Locales de Salud, deben ser vistos como una estrategia fundamental para reorganizar y reorientar al sector salud y a la acción comunitaria con el objetivo de lograr la equidad, eficacia y eficiencia en base a la estrategia de Atención Primaria.

Así se obliga al ordenamiento e integración de programas y actividades tanto para la atención al individuo, la familia y la comunidad, como la atención al medio, de manera coherente, armónica y lógica en relación a las verdaderas necesidades de la población.

Por último, es importante reiterar el vínculo indisoluble de la Atención Primaria con los sistemas locales de salud, para apoyar el proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud y contribuir a mejorar las condiciones de salud y de vida de nuestras poblaciones. (20)

CAPITULO IV

MODELO AVANZADO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA (MAAE)

MODELO AVANZADO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA

MAAE

En el estado de Veracruz, se crea un proyecto estomatológico alternativo que se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria a la Salud, basada en una planeación prospectiva que pretende nuevas formas de desarrollo y organización para el mejoramiento de la salud estomatológica e integral de la población de Teocelo, Ver.

Plantea el manejo de problemas de salud estomatológica que se presentan en ésta población con un enfoque ecológico y un quehacer preventivo integral, considerando la participación comunitaria desde el diagnóstico básico hasta la evaluación del proyecto, pasando a un manejo multidisciplinario del modelo actual y futuro, que en servicios de salud estomatológica.

Es importante mencionar que el modelo avanzado de atención estomatológica (MAAE), se encuentra dentro de un proyecto que se está llevando a cabo en la Unidad Avanzada de Atención Integral a la Salud (UNAAIS) Teocelo, que lleva como nombre Modelo Avanzado de Atención Primaria a la Salud (MAAPS) Teocelo el cual está dirigido por la Dra. Lilia Durán González en consecuencia el Modelo Avanzado de Atención Estomatológica (MAAE), creado y desarrollado por primera por los pasantes de Servicio Social de la carrera de Cirujano Dentista de la FES "Zaragoza", establece estrategias y tácticas innovadoras con respecto a la Atención Primaria a la Salud (APS), en sus diferentes fases de planeación y administración con el propósito de ofrecer servicios estomatológicos

y de alta calidad en la población que esc cubierta por la UNAAIS Teocelo.

En el proyecto MAAE, diseñamos los planos arquitectónicos y la ubicación del área de servicio con el apoyo y asesoría de un arquitecto; considerando la importancia del diseño de construcción, fué necesario tomar en cuenta: (21) (ANEXO 5-6-7)

- Recursos físicos
- Estructura del modelo
- Acondicionamiento sanitario
- Sistemas de iluminación
- Acondicionamiento eléctrico y lumínico

RECURSOS FISICOS:

El notable avance de la disminución de los costos en los sistemas innovados de atención estomatológica, se debe en parte a la simplificación de los equipos y estableciendo los espacios más adecuados y básicos para un modelo de atención a la salud estomatológica innovadora.

En este caso se cuenta con un espacio físico de 44.67 m2. en total, área en la que el módulo de 3 operatorios para 2-4-6 manos, ocupa un espacio de 4x6, es decir aproximadamente 24 m2.

ESTRUCTURA DEL MODELO:

En correspondencia con el diseño general se debe tomar en cuenta el caracter, sismo resistente, la ligereza de los materiales y el fácil acceso a las instalaciones.

La cimentación es de una clase de hormigón armado de 20 cm. para suelo con tensión admisible mínima > 0.80 kg/cm.

La conformación del piso terminado con 1.5 cm. de mortero, determina pavimento vinílico, formado sobre la loza; se proveen las instalaciones de evacuación sanitaria y los elementos de anclaje de los pilares unicamente.

Los pilares, vigas y pórticos del cielo rasos, se pueden realizar con perfilera de acero en piezas ligeras y unidas mediante soldadura.

El cerramiento horizontal de las áreas de circulación se resuelve con lozetas prefabricadas de hormigón armado 96 "L I" de 65 kg de peso cada una, todas montables sin equipo de izaje.

La tabiquería interna y cielo rasos con panetería de yeso, sistema similar al Durtaek.

ACONDICIONAMIENTO SANITARIO:

Como norma general, se debe analizar las condiciones de terreno para ver la manera más eficaz de utilizarse. Si la implantación se realiza en donde no existen redes de alimentación de agua y evacuación: cámara séptica, cámara de filtro, sistema de drenaje, se modifica el diseño.

Los rubros considerados en éste proyecto, se encuentran en condiciones aceptables, que cuenta con área de red pública de abastecimiento de agua y red de saneamiento público.

Se implantan tuberías de desagüe, tuberías de agua potable y tubería de cobre, ventilaciones.

Se aconseja que el material sea de primera calidad para asegurar la durabilidad de la red.

Tuberías de agua fría: usar caños PVC, interponiendo llaves de paso esféricas con asiento terlón de un cuarto de vuelta, en cada servicio.

Se ha proyectado la realización de tuberías con cobre para la conducción del aire comprimido que se necesita.

SISTEMAS DE ILUMINACION:

Niveles de iluminación: Se han tomado las recomendaciones dadas de los materiales y manuales referidos a éste tema, según la tarea a realizar

en cada uno de ellos.

La mayoría de los elementos de iluminación se emplearán como fuente lumínica, tubos fluorescentes, los artefactos de iluminación estarán provistos de carga a tierra y condensadores que eviten la interferencia radioeléctrica y otros equipos, los indicados a emplear se pueden embutir en cielo raso y tendrán difusor acrílico y opal.

Comando de sistemas de luces. Cada artefacto de luz, será recomendado desde la sala en la cual se encuentra, excepto la de los circulares que será comandada desde el tablero A.

Circuitos derivados. El equipo compresor será accionado por un motor eléctrico monofásico o trifásico, será instalado en la caseta del tablero general en la plataforma técnica, el autoclave se instala en local de esterilización.

ACONDICIONAMIENTO ELECTRICO Y LUMINICO:

En el presente proyecto, existirán dos áreas físicas que son: una conteniendo la sala de atención estomatológica, la sala de esterilización, la sala de RX, la sala de espera, la sala de laboratorio y oficina.

La otra área es la plataforma técnica donde serán instalados todos los equipos e instalaciones necesarias para el funcionamiento de la unidad que son: tablero general, grupo electrógeno, equipo de compresor de aire y bombas de agua.

El sistema de distribución optado es semicentralizado, dicho sistema esta constituido por un tablero general del cual dependerán todos los equipos eléctricos de la plataforma técnica y el tablero general de la clínica (tablero A) del cual dependerán a su vez todos los equipos eléctricos inferiores a la misma.

Dentro del proyecto MAAE, se consideró importante incluir una unidad básica modular simplificada acorde al espacio físico; tal unidad cuenta con: (22)

- Equipo estomatológico simplificado
- Mueble de apoyo estomatológico
- Lavamanos
- Cama clínica estomatológica
- Lámpara bucoambiental
- Banquillo operador
- Banquillo asistente

EQUIPO ESTOMATOLOGICO SIMPLIFICADO

El equipo simplificado está compuesto por los siguientes componentes:
CAJA O CUERPO: En el interior de esta caja se encuentran los elementos básicos como son: válvulas, transistores y otros.

- 1.- Medidor de la presión de aire: Manómetro de forma cuadrangular-horizontal, que marca de izquierda a derecha de menor a mayor presión, indicando numéricamente la presión existente o deseada.
- 2.- Palanca de conexión principal: Palanca de movimiento vertical, colocada un poco hacia la izquierda del centro, la cual conecta el equipo al subirla y lo desconecta al bajarla. Una luz piloto, colocada inmediatamente por abajo, que enciende o se apaga respectivamente, sirve de indicador para los efectos.
- 3.- Botón para flujo principal de aire: Colocado en la parte central hacia abajo, controla el flujo de aire a todo el equipo, aumentándolo cuando se lleva hacia la derecha y disminuyéndolo cuando se torna hacia la izquierda.
- 4.- Ajustes para la jeringa triple: Arriba del botón que controla el flujo

general de aire, hay dos orificios que tienen en su interior sendas tuercas, las cuales permiten ajustar el flujo de aire (de la izquierda) y del agua (de la de la derecha) que alimenta a la jeringa triple. El ajuste se consiguedándole vuelta en uno y otro sentido, empleando una de las llaves que vienen con el equipo.

5.- Cierre y apertura principal de la entrada de aire: Consiste en una palanca colocada al centro un poco hacia la derecha que abre la entrada de aire al subirla y cierra al bajarla.

6.- Botón de control de flujo de agua: Hacia la derecha y un poco abajo de la palanca de conexión de agua al equipo, hay dos botones destinados a control del flujo de agua para las piezas de mano de alta y baja velocidad.

7.- Palanca de selección de pieza de mano: En el extremo derecho hay una palanca de movimientos que se va a emplear, lo cual se logra llevándola respectivamente hacia arriba o hacia abajo.

BRAZO O CONECTOR: Este va de uno de los extremos de la superficie superior de la caja del equipo hacia una de las esquinas del lavamanos, mediante el cual se sostiene todo el equipo.

SOSTENEDOR PRINCIPAL: Tiene forma de U, y se une a sus extremos al cuerpo de la unidad. Dispone de tres recibidores en forma de semicírculos, sosteniéndolo en posición a los instrumentos que son la pieza de mano y la jeringa triple.

SOSTENEDOR COMPLEMENTARIO: Además de tener 4 recibidores, está adherido al borde del tablero de la cubierta del mueble de apoyo, en el extremo que dá hacia la parte de la cama clínica estomatológica que alja la cabeza del paciente.

INSTRUMENTOS: Los instrumentos que se derivan del cuerpo del equipo son cuatro:

1.-Pieza de mano de alta velocidad:La cual se inserta en una manguera de dos orificios de tipo espiral.

2.-Pieza de mano de baja velocidad:Se inserta en una manguera similar a la anterior.

3.-Jeringa triple:Provee de aire cuando se presiona exclusivamente un botón azul y agua presionando el botón rojo.

4.-Succionador:Esta incorporado al equipo e insertado en una manguera de plástico de mayor calibre o luz que se hace rigida mediante refuerzo de alambre metálico en forma de espiral.Este recibe en su extremo una canaleta para succionar con ayuda del asistente cuando trabaja a cuatro manos.Hay un botón colocado a un lado del extremo del tubo que al presionarlo genera o detiene la succión.

MUEBLE DE APOYO ESTOMATOLOGICO:

El mueble de apoyo constituye el epicentro del sistema y consta de las siguientes partes:

a)Cubierta volada de 1.20 x 0.50 mts. de diámetro forrada con plástico laminado;

b)Una base del mismo material que da al mueble una altura de 0.70mts.,que en su parte posterior aloja gavetas con correderas metálicas o entrepaños móviles.

c)En la parte inferior y como parte de la base del mueble,se encuentra el zoclo o zócalo de instalaciones,que aloja todas las tuberías de la alimentación y descargas que el sistema requiere.(ANEXO 8)

La cubierta del mueble de apoyo es mas ancha que en su base, lo que hace que la primera sobresalga hacia donde se sitúa la cama estomatológica, formando de ésta manera un alero o volado de 20 cms. y que tiene como propósito permitir que pasen las piernas del asistente debajo del mueble, tanto cuando maneja bio-materiales como cuando gira para ayudar al operador o para lavarse las manos, haciéndolo todo el tiempo sin levantarse de su banquillo.

El espacio situado al extremo donde se coloca el operador puede servir para disponer de las bandejas (charolas) o bien paquetes de instrumentos arreglados según sus funciones.

LAVAMANOS:

Del mueble de apoyo se desprenden dos lavamanos fijados cada uno en un extremo del propio mueble y el otro descansando en el extremo vertical constituido por la caja de conexiones.

Cada lavamanos está constituido en acero inoxidable teniendo una forma antropomórfica, diseñada de tal manera que posee una luz superior de tamaño mayor que su base, a fin de que al mismo tiempo dispone de suficiente espacio para realizar la higiene de las manos, la parte de abajo permite el acceso de las piernas y rodillas, estando sentados.

La apertura y cierre de la alimentación del agua, se hace por medio de una llave o manubrio que puede ser accionada por la mano o por el antebrazo del operador.

La caja de conexiones que sostiene el lavamanos está forrada por plástico laminado, en su interior están los tubos, mangueras, llaves y conexiones que alimentan al sistema.

Los lavamanos de la unidad básica son dos: uno está adherido al borde del mueble de apoyo y perpendicular a este, en el extremo que corresponde aproximadamente al de los pies de la cama clínica estomatológica; y otro está colocado paralelamente al mueble de apoyo, adherido a la esquina de atrás del extremo de éste que corresponde a la parte destinada a la cabeza de la cama clínica estomatológica.

CAMA CLINICA ESTOMATOLOGICA

Este elemento está constituido por una porción horizontal "cama" propiamente dicha, una base y un conector que une los elementos anteriores.

La cama es de 1.75 mts. de largo y vista de planta (desde arriba), tiene forma de un hexágono, conformada por dos trapecios que se unen en su base mayor. el trapecio que corresponde a la parte superior de la cama está hecha de metal pintado y a su vez, forrada por un cojín acolchonado, con cubierta de tela plástica (cuerina).

La unión de los dos segmentos de la cama permiten realizar ciertos movimientos de su extremo superior (subir o bajar) mediante la presión de una palanca colocada en la parte posterior inferior de éste segmento.

La cama clínica se sostiene en una base metálica de forma cuadrada, la cual está situada en el centro del extremo inferior de la cama. (ANEXO 9)

La base se une al cuerpo principal de la cama mediante un tubo rectangular, el cual está diagonalmente colocado en el extremo de la base que dá al área donde el paciente coloca los pies, hacia el centro del segmento inferior de la cama.

LAMPARA BUCCOAMBIENTAL:

Es una caja metálica de color blanco, que en su interior posee dos tubos de gas neón que refleja la luz en una pantalla curva a su vez ondulada y porcelanizada.

La lámpara está sostenida al cielo raso mediante dos tubos circulares colocados aproximadamente en los extremos de la caja, a través de uno de los cuales se conducen los alambres de corriente eléctrica.

En ésta forma queda ubicada sobre la cama clínica, estando su extremo anterior aproximadamente a nivel de la parte media del extremo anterior de la cama y su extremo posterior donde quedaría la cintura del paciente. Ésta tiene una inclinación, en tanto que en la parte más baja en su extremo posterior, para así dirigir al máximo de rayos de luz hacia la boca del mismo.

La intensidad luminosa requerida es de 300 a 500 u lux., queda una luz similar a la natural o ligeramente más alta.

BANQUILLO OPERADOR:

Consiste en una plataforma circular acolchonada y forrada de tela plástica. El asiento mide aproximadamente 40 x 30 cms.

El espaldar 25 x 20 x 15 cms.

El banquillo tiene movimientos de traslación, rotación, subir y bajar. Tiene 5 rodos y un tubo metálico de 35 cms. (mínimo) y 50 cms. (máximo). (ANEXO 10)

BANQUILLO ASISTENTE:

El banquillo del auxiliar o asistente, debe tener las siguientes características:

Debe tener movimientos de rotación, subir y bajar, además que es fijo.

El asiento debe ser de 40 x 30 cms. no debe tener respaldo, sin ruedas, tubo metálico de 35 cms. (mínimo) o 50 cms. (máximo) y control manual. (23) (ANEXO 11)

CAPITULO V

PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

El programa de salud estomatológica está integrado al proyecto MAAPS (Modelo Avanzado de Atención Primaria a la Salud), cuenta con la supervisión de la UNAAIS (Unidad Avanzada de Atención Integral a la Salud) Teocelo y recibe asesoría de la FES (Facultad de Estudios Superiores) "Zaragoza", perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Cabe mencionar que éste programa ha sido diseñado por los pasantes en estomatología de la FES "Zaragoza".

Este programa pretende desarrollar actividades para la resolución de problemas estomatológicos en la población infantil de la Ciudad de Teocelo y sus congregaciones (Llano Grande, Monte Blanco, Baxtla, Santa Rosa, El Zapote), así como en Ayahualulco e Ixhuacán de los Reyes.

El programa tiene como objetivo general y principal el de desarrollar actividades para disminuir y prevenir integralmente la incidencia y prevalencia de caries y placa dento-bacteriana en la población infantil de 3 a 12 años de edad, a través de la limitación del daño, el fomento a la salud bucal y la participación activa de la población.

Es de gran satisfacción como alumnos de la FES "Zaragoza" saber, que es el primer programa estomatológico realizado y ejecutado en esta población.

El programa se realizó y ejecutó paralelamente a la realización del proyecto MAAP.

Las actividades para llevar a cabo el programa fueron: La realización de propaganda del servicio estomatológico a brindar en las congregaciones

ya mencionadas, elaboración de rotafolios, carteles, folletos informativos, pláticas de prevención en escuelas primarias, jardín de niños, centro de salud y en la radio-difusora XEYT Radio Cultural Campesina de Teocelo, así como técnicas de cepillado y autoaplicación de fluoruro de sodio al 2%, restauración de dientes temporales y permanentes.

También fue necesaria la elaboración de fichas epidemiológicas para caries dental, así como el levantamiento de índices epidemiológicos CPOD y CEO para realizar el diagnóstico y evaluación al término de las actividades realizadas en el programa.

Resulta importante mencionar que éstas actividades no habían sido realizadas por ningún odontólogo en comunidades rurales de ésta zona.

Por medio de las estrategias utilizadas, se logró por primera vez, una mayor participación y concientización de la población en relación a su salud bucal en la Ciudad de Teocelo Veracruz. (ANEXO 14-15-16-17-18).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

(MAAE)

Estructurar un Modelo Avanzado de Atención Estomatológica que tengan como estrategia a la Atención Primaria a la Salud, y que proponen a la población un mejoramiento en su salud bucal, mediante la toma de acciones para el fomento a la salud la protección específica, la rehabilitación y el control de enfermedades bucales, así como lograr que éste servicio sea de costo accesible y de alta calidad en comparación de los actuales servicios de salud en el campo estomatológico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

(MAAE)

- 1.- Diseñar el espacio arquitectónico que integre recursos materiales, humanos, físicos y servicios tendientes a la prevención integral.
- 2.- Establecer los componentes de la administración y planeación prospectiva del MAAE.
- 3.- Establecer medidas de simplificación de quehacer en los campos clínicos estomatológicos.
- 4.- Diseñar estudios epidemiológicos en el campo estomatológico que permita conocer la situación actual en la población.
- 5.- Establecer lineamientos socio-epidemiológicos para la obtención de datos respecto a caries dental.
- 6.- Desarrollar formas de transferencia del conocimiento a la población para lograr su salud integral.
- 7.- Desarrollar la participación comunitaria en la toma de decisiones y estrategias para su salud integral.
- 8.- Establecer los mecanismos de trabajo en equipos de salud estomatológica.
- 9.- Fomentar en el equipo estomatológico, mecanismos de cambio a través del análisis de los problemas existentes en la población.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA
ESTOMATOLOGICO DE ATENCION
PRIMARIA A LA SALUD

Desarrollar actividades para disminuir y prevenir integralmente, la incidencia y prevalencia de caries y placa dento-bacteriana en la población infantil de 3 a 7 años de edad, así como la atención de urgencias en las congregaciones de Llano Grande, Monte Blanco, Baxtla, Santa Rosa, El Zapote, Ixhuacán de los Reyes, Ayahualulco y en la ciudad de Tecoelo, Ver.

A través de la limitación del daño, fomento a la salud estomatológica y la participación activa de la población.

OBJETIVOS ESPECIFICOS
DEL PROGRAMA ESTOMATOLOGICO

- 1.- Realizar promoción a la salud en la población infantil, para disminuir la incidencia de caries.
- 2.- Realizar promoción a la salud en la población infantil para disminuir la placa dento-bacteriana.
- 3.- Implantar el suministro de fluoruro de sodio con técnicas simplificadas de amplia cobertura en la población infantil.
- 4.- Difundir a través de material impreso, mensajes informativos que generen cultura para la salud estomatológica.
- 5.- Preservar y fomentar los hábitos y costumbres de la población, para el autocuidado de la salud estomatológica.
- 6.- Disminuir la prevalencia de caries por medio de la restauración de piezas dentales infantiles.
- 7.- Resolución de problemas de urgencia dental en la población en general.

METODO

METODOLOGIA QUE SE UTILIZO PARA LLEVAR A CABO LA REALIZACION DEL PROYECTO

MAAE

PRIMERA ETAPA(DISEÑO DEL MAAE)

- 1.-Revisar la ubicación y planos del espacio arquitectónico del área de servicio(buscando apoyo o asesoría de un arquitecto).
- 2.-Realizar el diseño de la construcción del MAAE.
- 3.-Investigar las medidas de altura, ancho y largo, así como la posición del equipo dental y los elementos que lo integran.
- 4.- Realizar visitas a diferentes casas comerciales para investigar precios del equipo e instrumental dental.
- 5.- Diseñar el modelo clínico estomatológico de acuerdo al área física.
- 6.- Evaluación del modelo clínico por la Dra. Lilia Durán González.
- 7.- Aprobación del mismo y construcción de éste.

SEGUNDA ETAPA (ELABORACION DE INSTRUMENTOS)

- 1.- Elaboración de ficha epidemiológica para caries dental.
- 2.- Elaborar una tabla para la concentración de éstos datos.
- 3.- Elaborar propaganda del servicio.
- 4.- Elaborar historia clínica.
- 5.- Elaborar un guión para radio-difusora.
- 6.- Aplicación de los instrumentos de trabajo realizados a la comunidad para su evaluación.

TERCERA ETAPA (DIAGNOSTICO INTEGRAL)

- 1.- Visitas a escuelas primarias y jardines de niños para recolectar datos a la población existente.
- 2.- actividades de prevención (aplicación de fluor) y promoción a la salud en las escuelas adscritas.
- 3.- Aplicación de encuestas estomatológicas a las escuelas primarias y jardines de niños.
- 4.- Concentración de datos en fichas epidemiológicas, evaluación y corrección de datos.

CUARTA ETAPA (DESARROLLO DE ACCIONES)

- 1.- Dar información sobre el nuevo Modelo Avanzado de Atención Estomatológica a la población.
- 2.- Elegir líderes de la comunidad.
- 3.- Capacitar a los líderes de la comunidad sobre la salud estomatológica.
- 4.- Capacitar estomatólogos sobre técnicas a cuatro manos.
- 5.- Realizar actividades que integren el conocimiento multi disciplinario por medio de sesiones bibliográficas.
- 6.- Actualizar estomatólogos por medio de sesiones bibliográficas y ponencias de temas.

QUINTA ETAPA (PREVENCIÓN INTEGRAL)

- 1.- Realizar prácticas de prevención estomatológica por medio de la radio-difusora XEYT Radio Cultural Campesina de Teocelo, Ver.
- 2.- Realizar propaganda estomatológica que llegue a la población.
- 3.- Realizar cursos de educación para la salud, prevención y rehabilitación de la salud estomatológica para padres de familia, maestros y líderes comunitarios.

4.- Realizar aplicación de fluor y técnicas de cepillado a los niños de las escuelas primaria y jardines de niños.

5.- Pláticas sobre caries dental, higiene oral.

6.- Realizar pláticas sobre paradontopatías en adultos y niños.

SEXTA ETAPA (EJECUCION)

De acuerdo con los resultados de la investigación estomatológica que se realiza en el programa estomatológico de Atención Primaria a la Salud, se deberán desarrollar actividades de refuerzo y análisis para la resolución de los siguientes problemas:

a) PROBLEMAS DE CARIES DENTAL

1.- Consideración global del fenómeno.

2.- Diagnóstico integral.

3.- Aplicación y desarrollo de procedimientos de protección específica.

4.- Aplicación y desarrollo de técnicas en operatoria dental.

5.- Aplicación y desarrollo de técnicas en enfermedades pulpares.

6.- Aplicación y desarrollo en técnicas en cirugía menor.

7.- Aplicación y desarrollo de técnicas rehabilitatorias (coronas de acero cromo).

b) PROBLEMAS DE ENFERMEDAD PARODONTAL

1.- Consideración global del fenómeno.

2.- Diagnóstico integral.

3.- Aplicación y desarrollo de procedimientos de protección específica.

4.- Aplicación y desarrollo de técnicas en la limitación del daño (raspado y curetaje).

5.- Aplicación de técnicas de cirugía menor (gingivectomía).

c) PROBLEMAS DE OCLUSION

- 1.- Consideración global del fenómeno.
- 2.- Diagnóstico integral.
- 3.- Aplicación y desarrollo de procedimientos preventivos.

METODOLOGIA QUE SE UTILIZO PARA REALIZAR Y EJECUTAR EL PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

- 1.- Realizar propaganda del servicio estomatológico en cada una de las congregaciones a visitar.
- 2.- Elaboración de rotafolios, carteles y folletos informativos sobre la salud estomatológica.
- 3.- Levantamiento de índices epidemiológicos CPOD y CEO a la población infantil, para realizar una evaluación al término de las actividades realizadas en la comunidad visitada.
- 4.- Realizar pláticas sobre placa dento-bacteriana en la población infantil.
- 5.- Realizar pláticas sobre caries dental a la población infantil.
- 6.- Realizar pláticas sobre técnicas de cepillado a la población infantil.
- 7.- Realizar pláticas sobre salud estomatológica a padres de familia, líderes comunitarios, maestros, para conseguir posteriormente su participación y apoyo a las actividades estomatológicas.
- 8.- Dar pláticas educativas sobre salud integral a toda la comunidad.
- 9.- Restauración de dientes temporales y permanentes con resina y amalgama.
- 10.- Realizar extracciones indicadas en dientes temporales y permanentes, así como sus tratamientos pulpares.
- 11.- Efectuar tratamientos de urgencias a la población que lo requiera.
- 12.- Levantamiento final del CPOD y CEO para la evaluación final.
- 13.- Supervisión de los promotores de salud bucal que apoyan a cada comunidad.

14.- Aplicación mensual de fluoruro de sodio a la población infantil.

15.- Evaluación total del programa.

El periodo en que se realizaron las actividades estomatológicas, fueron desde el mes de marzo de 1992 a enero de 1993.

El primer levantamiento de índices, se llevó a cabo en el mes de abril y el segundo se realizó en el mes de enero de 1993.

RECURSOS

RECURSOS DEL PROYECTO DEL MODELO AVANZADO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA (MAAE)

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos en el MAAE deben ser:

- a) Un Cirujano Dentista, cuatro pasantes en estomatología, una enfermera y un técnico dental.
- b) Maestros y líderes comunitarios.
- c) Padres de familia.

El MAAE contará con un Cirujano Dentista titulado que fungirá como director, supervisor y que cuente con conocimientos de administración para poder llevar a cabo el control del MAAE.

Los pasantes cumplirán las funciones de planificación, adiestramiento y aplicación de funciones estomatológicas.

La enfermera se hará cargo del departamento de C.E.Y.E.

El técnico dental, realizará los trabajos de laboratorio que sean necesarios, ya sean placas parciales, placas totales e incrustaciones, etc.

Los líderes comunitarios participarán en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud estomatológicas, podrán también ejecutar funciones de promotores.

Los maestros que previamente estarán capacitados podrán apoyar en la ejecución del programa por medio de reforzar las pláticas que darán los padres de familia y los líderes comunitarios.

Los padres de familia, deberán vigilar y reforzar los hábitos de higiene bucal de sus hijos, así como también dar pláticas en los salones de clase sobre higiene oral, y tendrán la responsabilidad principal de fomentar y difundir información y técnicas de cepillado sencillas de higiene oral y de prevención.

RECURSOS MATERIALES

	VALOR POR UNIDAD	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Aparato de RX	N\$ 6,000.00	1	N\$ 6,000.00
Unidad Dental	4,000.00	4	16,000.00
Compresora	950.00	1	950.00
Básico Dental	40.00	30	1,200.00
Motor de Baja	1,000.00	1	1,000.00
Juego de amalgama	60.00	3	180.00
Esterilizador	600.00	1	600.00
Equipo de Signos Bau/Este	240.00	1	240.00
Limas de Gutapercha.K,tira nervios y puntas de papel	150.00	2	300.00
Pinzas Portagrapas	50.00	1	50.00
Juego de Grapas	150.00	1	150.00
Jeringa Carpule	45.00	3	135.00
Pinza perforadora	60.00	1	60.00
Equipo de raspado y caretaje	50.00	3	150.00
Pieza de alta velocidad	600.00	4	2,400.00
Fresas de Operatoria	5.00	50	250.00
Legra	23.00	2	46.00
Cureta de lucas	14.00	1	14.00
Porta agujas	60.00	2	120.00
Lima para hueso	32.00	2	64.00
Mango para bisturí	48.00	1	48.00
Rifonera	25.00	1	25.00

	VALOR POR UNIDAD	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Equipo de impresión adulto e infantil	N\$ 40.00	2	N\$ 80.00
Arco de Yong	20.00	4	80.00
Forceps.2 (151),2(16L),2(62), 2(150), 2(18LyR) 1 (137) 1 (122)	40.00	16	640.00
Elevadores 2 (301) 2 (302)	25.00	4	100.00
Escritorio de madera	200.00	1	200.00
Estante para medicamentos	200.00	2	400.00

	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Algodón	20 paq.	N\$ 5.00	N\$ 100.00
Gasas	10 paq.	8.00	80.00
Cubrebocas	3 paq.	15.00	45.00
Dique de hule	2 paq.	40.00	80.00
Radiografías	2 paq.	75.00	150.00
Zoe	4 paq.	25.00	100.00
Dycal	4 cajas	25.00	100.00
Wonder park	4 cajas	18.00	72.00
Yeso piedra	10 Kgs.	6.00	60.00
Resinas	2 paq.	67.00	134.00
Anestésicos	5 cajas	22.00	110.00
Amalgama	5 onzas	33.00	165.00
Mercurio	5 fcos.	7.00	35.00
Agujas cortas	3 cajas	26.00	78.00
Papelería	varios	200.00	200.00

RECURSOS DEL PROGRAMA ESTOMATOLOGICO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD.

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos para llevar a cabo la ejecución del programa deben ser:

- a) 1 estomatólogo
- b) 4 pasantes en estomatología
- c) 1 enfermera

El estomatólogo fungirá como supervisor o asesor de las actividades estomatológicas.

Los pasantes cumplirán funciones de prevención y aplicación de las funciones estomatológicas.

La enfermera se hará cargo del manejo del instrumental así como la esterilización del mismo.

RECURSOS FISICOS

El lugar de selección para ejecutar el programa será el salón de clases de un jardín de niños o bien de una escuela primaria, así como también el centro de salud si es lo que hay en cada una de las congregaciones a visitar.

RECURSOS FINANCIEROS

La obtención de los fondos del programa de salud estomatológicos, serán aportados por el proyecto MAAPS Teocelo.

Del manejo de los fondos se hará cargo uno de los pasantes quien justificará el ingreso y egreso de los fondos del MAAE.

RECURSOS MATERIALES

- 1 unidad móvil dental
- 1 frasco de mercurio
- 1 caja de mantas
- 1 pistilo
- 1 mortero
- 1 caja de dycal
- 1 cemento de polycarboxilato
- 1 bolsa de algodón
- 2 cajas de xilocaina
- 50 gasas estériles
- 1 paquete de vasos desechables
- 1 caja de resinas
- 1 bolsa de cubrebocas
- 40 pares de guantes chicos y medianos
- 1 litro de benzal
- 1 caja de óxido de zinc y eugenol
- 1 caja de wonder pack

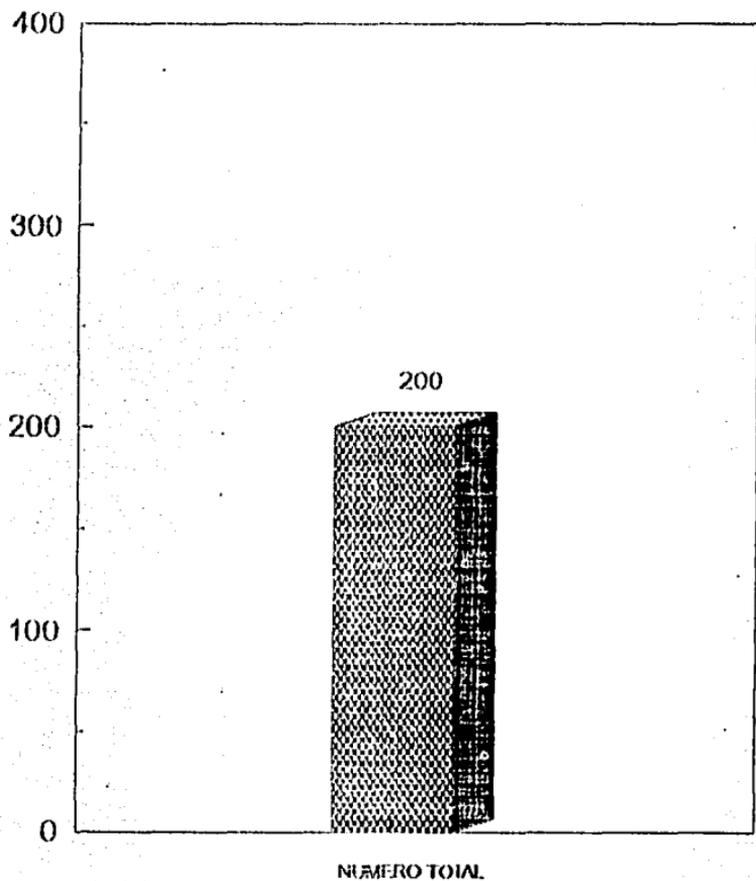
INSTRUMENTAL

- 1 forceps universal
- 1 forceps cuerno de vaca
- 1 cucharilla de lucas
- 1 raigonera
- 1 lima de hueso

- 2 elevadores rectos
- 2 elevadores de bandera(derecho e izquierdo)
- 1 jeringa tipo carpule
- 1 bruñidor de bola
- 1 mortonson
- 1 wescott
- 1 aplicador de dycal
- 10 espejos bucales
- 10 exploradores
- 10 excavadores
- 10 pinzas de curación
- 1 poraamalgama

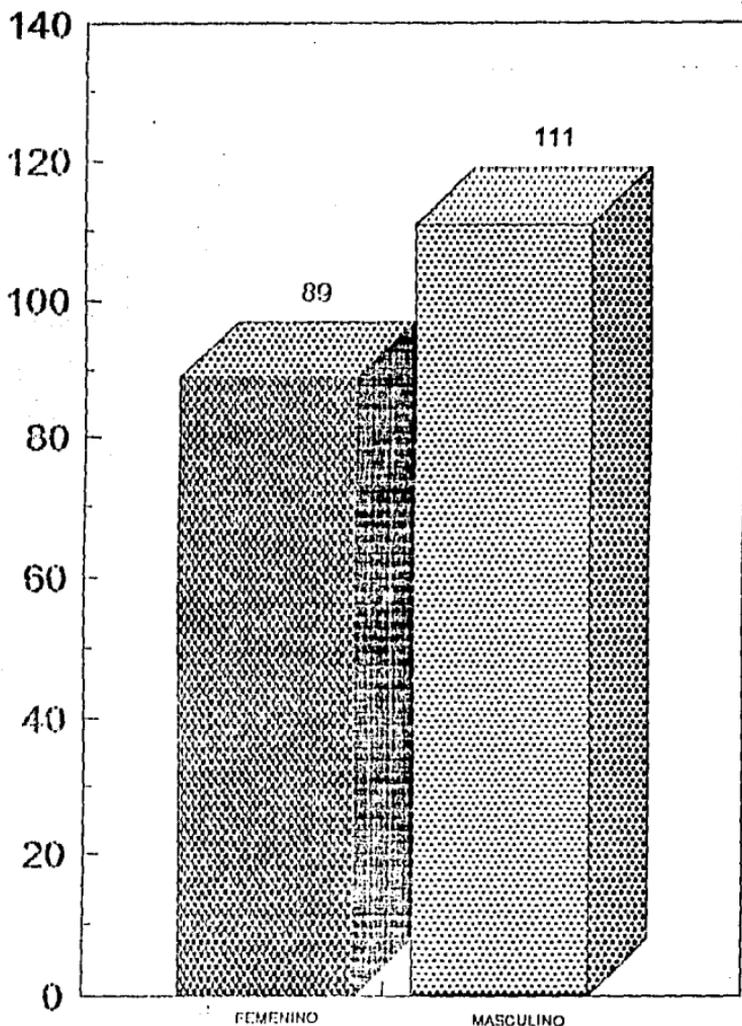
**PRESENTACION DE RESULTADOS
DEL PROGRAMA ESTOMATOLOGICO**

**INDICA EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE TODAS
LAS COMUNIDADES**



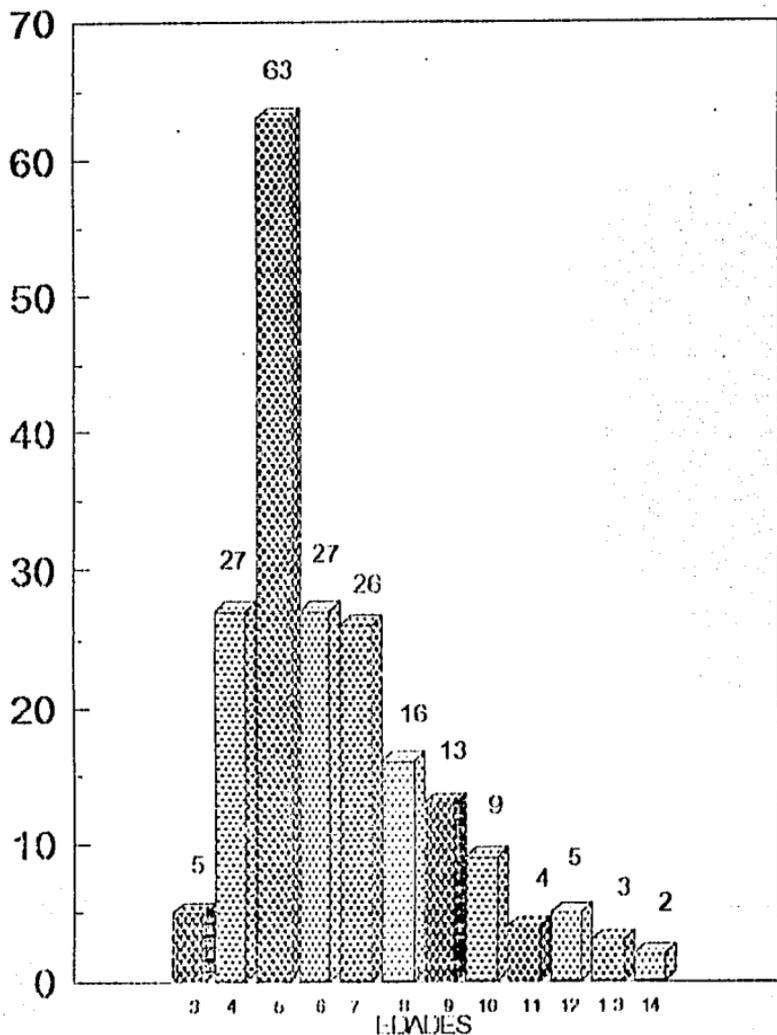
FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TEOCCELLO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS DISTRIBUIDOS POR SEXO



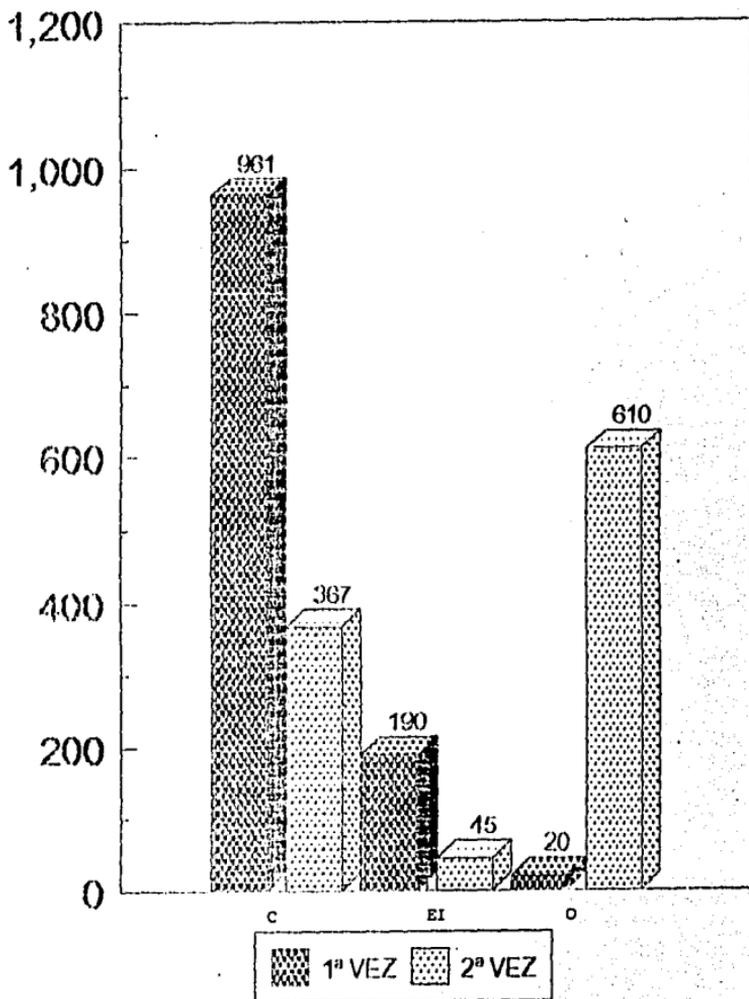
FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TEOCELO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS DISTRIBUIDOS POR EDAD



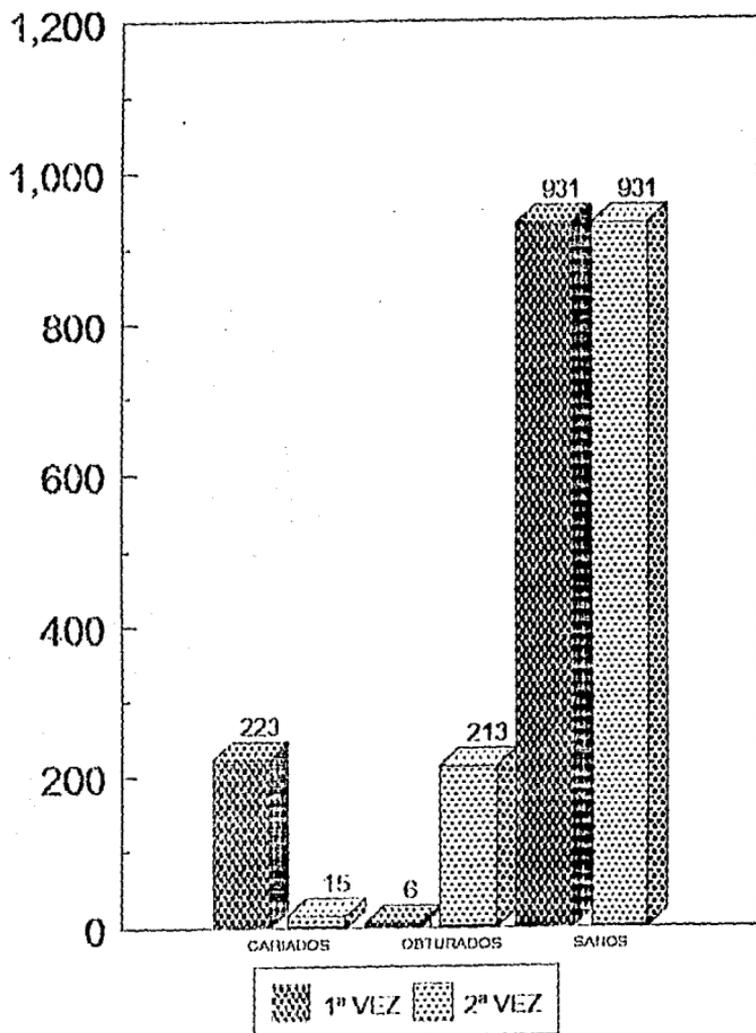
FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TEOCELO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

INDICA EL CEO DE PACIENTES DE 1ª Y 2ª VEZ



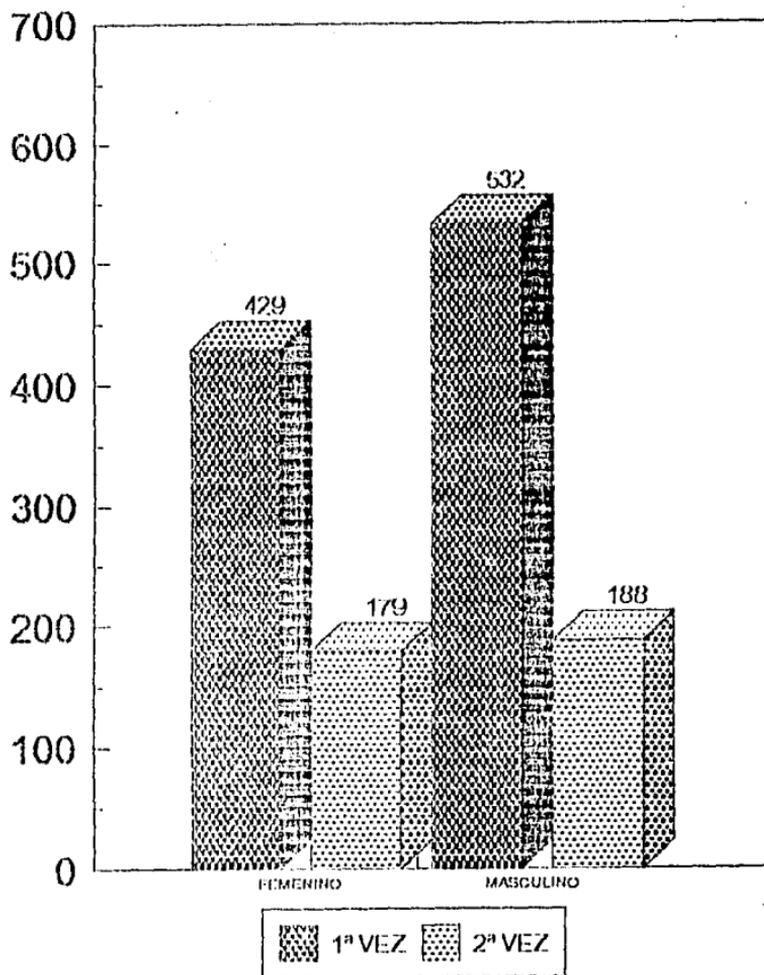
FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TEOCELO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

GRAFICA DEL CPOD EN PACIENTES DE 1ª Y 2ª VEZ

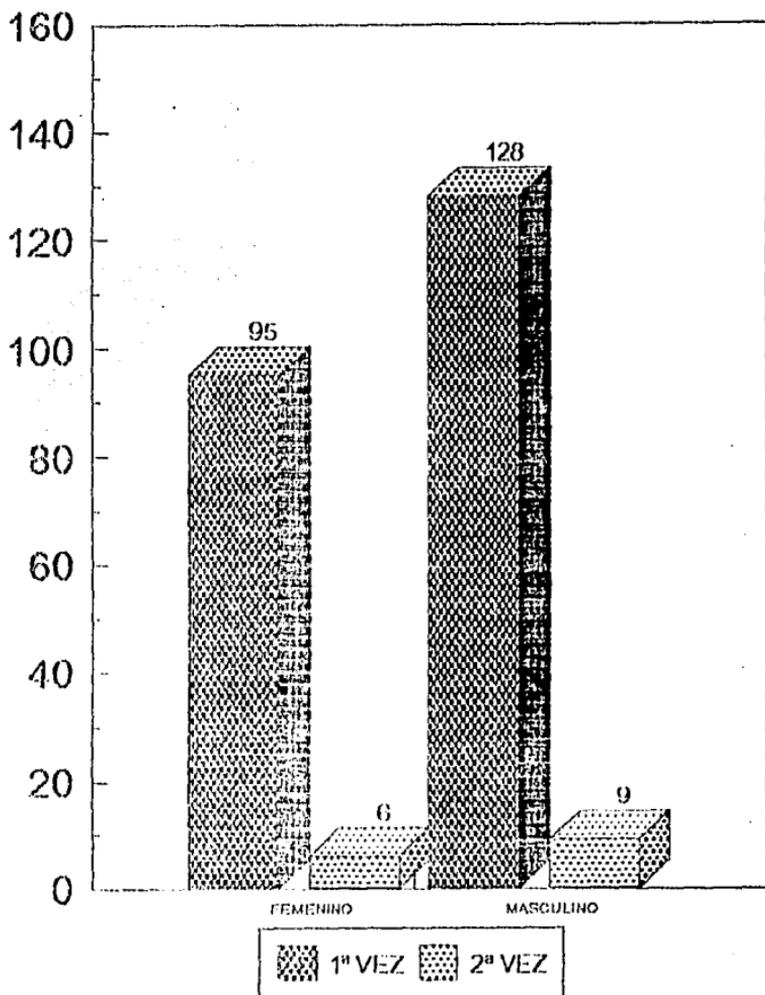


FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TECCELLO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

DIENTES CARIADOS TEMPORALES DE PACIENTES 1ª Y 2ª VEZ DISTRIBUIDOS POR SEXO

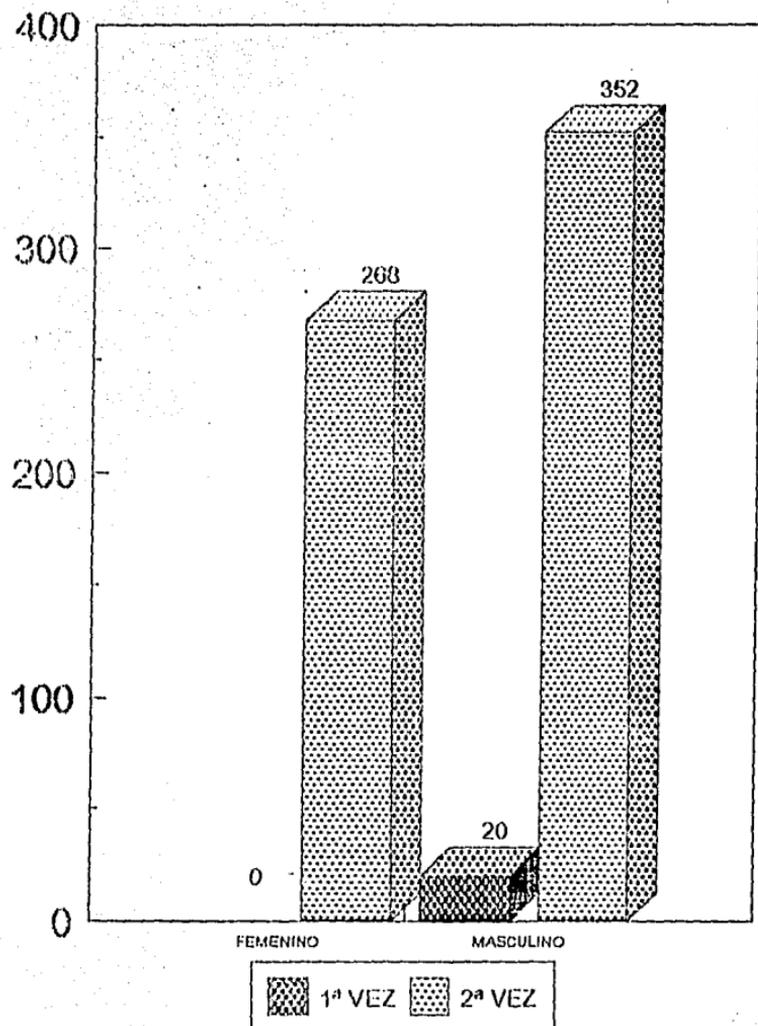


**DIENTES CARIADOS PERMANENTES DE PACIENTES DE 1ª Y 2ª VEZ
DISTRIBUIDOS POR SEXO**



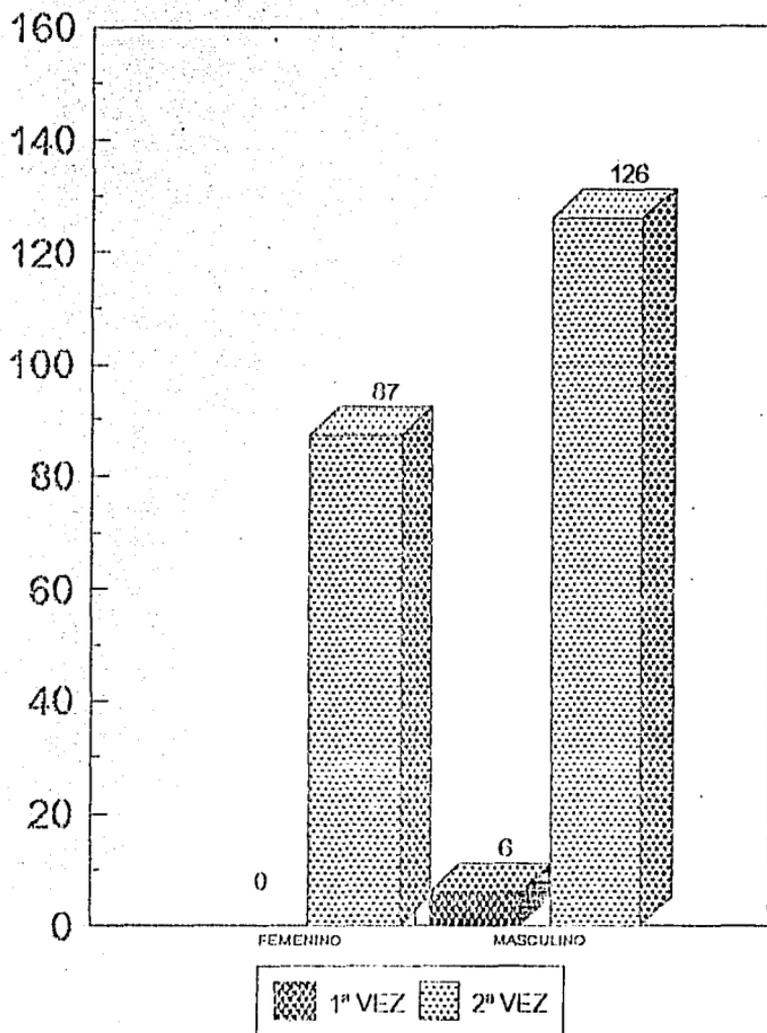
FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TECCELLO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

**DIENTES OBTURADOS TEMPORALES DE PACIENTES DE 1ª Y 2ª VEZ
DISTRIBUIDOS POR SEXO**



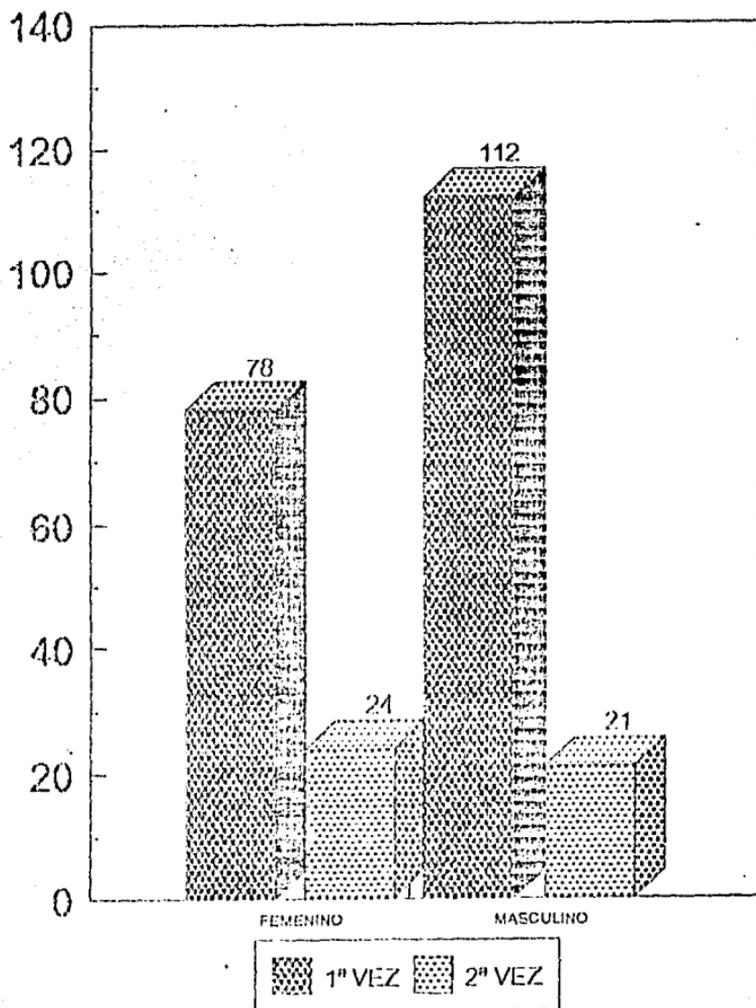
FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TEOCELO, VERACRUZ, POR LOS PASANTES FES ZARAGOZA 1993

DIENTES OBTURADOS PERMANENTES EN PACIENTES 1ª Y 2ª VEZ
DISTRIBUIDOS POR SEXO



FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TEOCELO, VERACRUZ, POR LOS PASANIES FES ZARAGOZA 1993

EXTRACCIONES INDICADAS DE PACIENTES 1ª Y 2ª VEZ DISTRIBUIDOS POR SEXO EN DIENTES TEMPORALES



FUENTE: INDICE REALIZADO EN LA CIUDAD DE TOCÓLO, VERAGUO, POR LOS DENTISTES PES ZARAGOZA 1993

ANALISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfica 1.- Nos muestra el número total de pacientes atendidos de todas las comunidades correspondientes a 200.

Gráfica 2.- Representa que al sexo masculino se le brindó mayor atención odontológica que al sexo femenino.

Gráfica 3.- Representada por edades, nos revela que la edad que se atendió con mayor frecuencia son los pacientes de 5 años y a los que se les proporcionó menor atención estomatológica fueron los pacientes de 14 años de edad.

Gráfica 4.- Nos indica el CEO de pacientes de 1 vez con 961 dientes cariados y para la 2da. vez con 367 dientes cariados, ésto nos muestra que fueron 594 dientes atendidos de lesiones cariosas. En dientes de extracción indicada en la 1a. vez fueron 190 y en la 2da. vez disminuyeron a 45. En dientes obturados en la 1a. vez, había 20 y aumentaron para la 2da. vez a 610.

Gráfica 5.- Representa el CPOD en pacientes de 1a. y 2da. vez, teniendo 223 dientes cariados en la 1a. vez y para la 2da. solamente 15; en los dientes obturados en la 1a. vez había 6 y para la 2da. vez, aumentó a 213.

Gráfica 6.- Nos muestra los dientes cariados temporales de los pacientes de la 1a. y la 2da. vez distribuidos por sexo.

Gráfica 7.- Nos indica los dientes cariados permanentes de los pacientes de la 1a. y 2da. vez distribuidos por sexo.

Gráfica 8.- Representa los dientes temporales obturados en pacientes de la 1a. y 2da. vez distribuidos por sexo.

Gráfica 9.- Nos indica el total de dientes permanentes obturados , distribuidos por sexo en pacientes de la. y 2da. vez.

Gráfica 10.- Nos muestra las extracciones indicadas por sexo en dientes temporales de pacientes de la. y 2da. vez, distribuidos por sexo.

En global, podemos decir que éstas gráficas representan el gran avance que logramos con la ejecución del programa estomatológico en la población de Teacelo, Ver.

* la. vez, se refiere al primer levantamiento de índices, antes del tratamiento estomatológico.

*2da. vez, se refiere al último levantamiento de índices después del tratamiento estomatológico.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A nivel institucional la estomatología tradicionalista y mutilatoria tiene como resultado una deficiencia en la salud integral del paciente y es un hecho evidente que éste tipo de estomatología necesita ser reemplazada por una estomatología innovadora; para que ésta se lleve a cabo el estomatólogo tiene que considerar como una meta a la Atención Primaria a la Salud, dentro de su ejercicio profesional, de hecho en la FES "Zaragoza", se llevan a cabo programas innovadores desarrollados para formar personal con orientación hacia la Atención Primaria a la Salud (El Plan A-36); ya que como experiencia propia como prestadores de servicio social en estomatología en la Ciudad de Teocelo, Ver., logramos en un año de tratamientos clínicos, establecer que la Atención Primaria a la Salud es importante para la profesión puesto que mejora los tratamientos preventivos y curativos para la salud integral del individuo, familia y comunidad. (24)

De ahí fué importante crear el Modelo Avanzado de Atención Primaria a la Salud (MAAE), basado en una planeación prospectiva y planeando el manejo de problemas de salud con un enfoque ecológico y un quehacer preventivo con miras a encaminar a la población para su mejoramiento de su salud estomatológica, fundamentándonos en la Atención Primaria, lo cual dió como resultado que este modelo (MAAE) tenga la capacidad resolutive de proporcionar servicios de salud a costo accesible y de alta calidad para la población.

Diseñándose así el espacio arquitectónico que integró los recursos materiales, humanos, además de los elementos básicos de la unidad básica

estomatológica simplificada. También se ejecutaron estudios epidemiológicos que permitieron evaluar la situación actual de la salud estomatológica de la población, llevándose a cabo para esto que ejecutáramos el Programa Estomatológico dentro de éste Modelo (MAAE) en la ciudad de Teocelo y sus comunidades (Baxtla, Monte Blanco, El Zapote, Llano Grande, Santa Rosa), así como Ixhuacán de los Reyes y Ayahualulco.

De esta manera, por primera vez se dió la atención estomatológica a estas comunidades, que por sus mismas necesidades, ubicación y falta de educación estomatológica, nunca habían recibido una atención adecuada, esto dió pauta para que la comunidad se interesara en su salud bucal y con esto que nuestro programa se llevara a cabo con gran demanda y éxito.

La participación de la comunidad fué elemental para su salud bucal e integral ya que se impartieron 145 pláticas preventivas que bien eran preparadas y realizadas por el pasante en estomatología y por algún integrante de la comunidad (capacitación impartida por el pasante). Se lograron 761 colutorios de fluoruro de sodio en la población infantil. Este suministro al principio era realizado por el pasante en estomatología y posteriormente fué y es realizado por el padre de familia, el profesor o por alumnos de cada escuela.

La disminución en la prevalencia de caries dental en la población infantil se logró gracias a la ayuda de una unidad móvil dental, que se trasladaba de una comunidad a otra, para la restauración de piezas cariadas.

El MAAE dispone de una historia clínica estomatológica, la cual fué creada y realizada por los pasantes en estomatología de la FES "Zaragoza".

Es necesario recalcar que el proyecto MAAE en lo que respecta a su diseño arquitectónico, no está terminado en su totalidad, puesto que no hay financiamiento suficiente por parte de las autoridades de Salud del Estado de Veracruz, pero se contempla dentro de las prioridades de la UNAAIS Teocelo.

La participación de los pasantes en estomatología fué fundamental para la creación del MAAE y ejecución del Programa Estomatológico de Atención Primaria a la Salud, teniendo en consecuencia que sus expectativas de hoy en adelante tiendan a desarrollar actividades basadas en la Atención Primaria y dentro de un equipo multidisciplinario, dado que se trabajó con un médico, un psicólogo, una enfermera y una trabajadora social en las actividades de campo, para así proporcionar a la población una salud integral.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

PROPUESTAS

PROPUESTAS

- Seguir con el desarrollo de programas innovadores respecto a la salud estomatológica basados en la Atención Primaria a la Salud, y que sean realizados y ejecutados por las generaciones futuras de pasantes de la FES "Zaragoza".
- Que se continúe con el desarrollo del proyecto MAE en el estado de Veracruz, para observar finalmente en un futuro no muy lejano el establecimiento y funcionamiento de éste como tal.
- Que se implante un programa dentro de la FES "Zaragoza", para que se apoye las investigaciones de los prestadores de Servicio Social en provincia.

NOTAS DE PIE

NOTAS DE PIE

- (1) Proyecto de Norma Oficial Mexicana. NOM-013-SSA2-1994. Para la Prevención y Control de las Enfermedades Bucales Noviembre de 1994.
- (2) Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) Instituto de Salud Pública.
- (3) IBIDEM
- (4) IBIDEM
- (5) Ruiz Marcela. Hidratos de Carbono y Caries Dental. Revista de la Asociación Dental Mexicana.
- (6) IBIDEM
- (7) IBIDEM
- (8) Glickman, S.A. Carranza. Periodontología Clínica Edición 1989. Editorial Interamericana.
- (9) Material Didáctico de Teoría Odontológica IV.4 semestre FES "Zaragoza"1986.
- (10) IBIDEM
- (11) Bhaskar S.N. Patología Bucal 3a. edición. Editorial El Ateneo 1979.
- (12) Shafer Williams. Tratado de Patología Bucal. 3a. edición .Editorial Interamericana 1986.
- (13) IBIDEM
- (14) H. Ayuntamiento de Teocelo, Ver.
- (15) H. Ayuntamiento de Ixhuacán de los Reyes.
- (16) H. Ayuntamiento de Ayahualulco.
- (17) Yépez Patricio y González Reyna. Atención Primaria a la Salud hacia una Unidad de Doctrinas. Caracas, Venezuela 1992.
- (18) IBIDEM
- (19) IBIDEM
- (20) CMS-UNICEF:APS:Informe de la Conferencia Internacional sobre APS. 1978. ALMA-ATA URSS, UNICEF.

- (21) Silva O. Héctor. Modelos Innovadores Estomatológicos.
Caracas, Venezuela.
- (22) Silva O. Héctor. El Sistema Modular Estomatológico.
- (23) IBIDEM
- (24) Soberón Guillermo. La Implantación de la Estrategia de la Atención
Primaria a la Salud en México.
Salud Pública 1988.

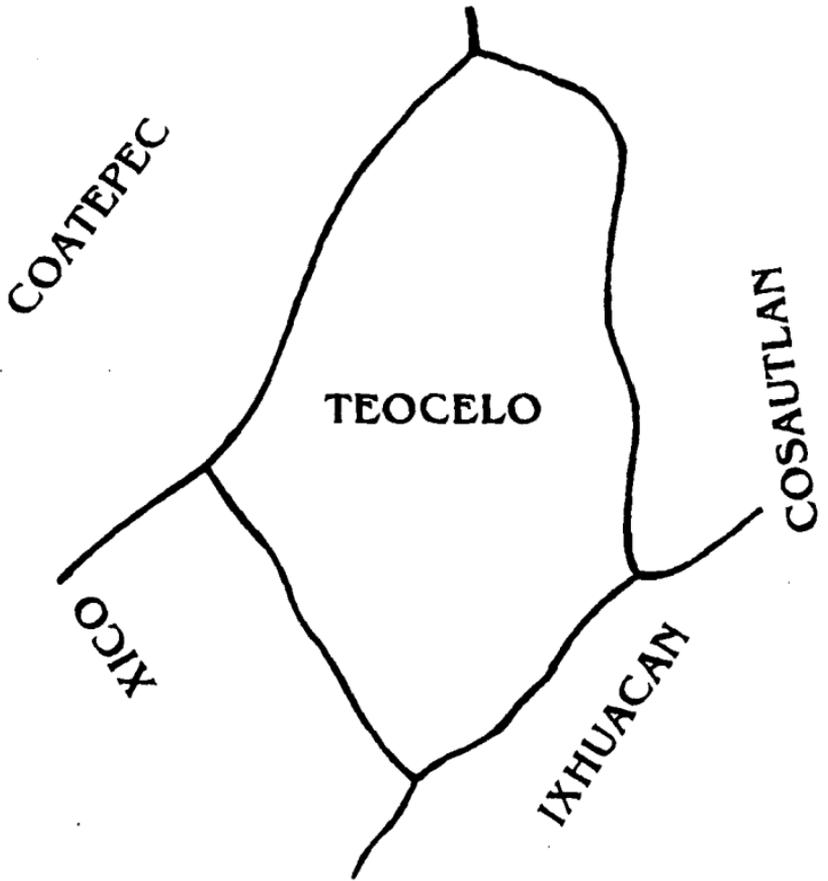
BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez Manilla José. Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1988.
- 2.- Alvarez Manilla José. La Contribución de Diversas Ciencias a la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1988.
- 3.- Bhaskar S.N. Patología Bucal. Editorial El Ateneo 1979. 3a. edición.
- 4.- Fuentes Virruetes Irma. Elaboración de un Programa de Servicio. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos. Cd. Universitaria México, D.F. 1992 UNAM.
- 5.- Glazman W. Raquel. Elaboración de Proyecto o Investigación. Clínica Integral 5o. semestre, Sección Odontológica Social e Investigación. FES "ZARAGOZA". 1989.
- 6.- Glickman, S.A. Carranza. Periodontología Clínica. Editorial Interamericana. Edición 1989.
- 7.- H. Ayuntamiento de Ayahualulco, Ver.
- 8.- H. Ayuntamiento de Ixhuacán de los Reyes, Ver.
- 9.- H. Ayuntamiento de Teocelo, Ver.
- 10.- La Odontología Alternativa para la década de los 90's. Santo Domingo, República Dominicana.
- 11.- Leyva F. Jorge. El Equipo Multidisciplinario de Atención Primaria a la Salud y de la Educación para la Salud. Psicología y Salud 1988.
- 12.- Material Didáctico de Teoría Odontológica IV. 4o. Semestre. FES "ZARAGOZA" 1986.
- 13.- Organización Mundial de la Salud (OMS)-UNICEF: Atención Primaria a la Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud. 1978. ALMA ATA, URSS:OMS-UNICEF,1978.
- 14.- Prevención de las Enfermedades Bucales. OMS-Ginebra.
- 15.- Propuesta metodológica para la elaboración de un Programa de Salud. Profesores del Programa de Odontología Social e Investigación. 2do año ENEP-Zaragoza. Agosto 1987.

- 16.- Proyecto de Norma Oficial Mexicana. NOM-013-SSA2-1994.
Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- 17.- Revista de Teocelo. Número Especial 7-8 Abril 1990.
- 18.- Revista de Teocelo. Número 6 Noviembre.
- 19.- Shafer Williams. Tratado de Patología Bucal.
Editorial Interamericana. 3a. edición 1986.
- 20.- Silva O. Héctor. El Sistema Modular Estomatológico, descripción del
Consultorio Básico.
Julio 1982. Santo Domingo.
- 21.- Silva O. Héctor. Modelos Estomatológicos Innovadores.
Caracas, Venezuela.
- 22.- Silva O. Héctor. Simplificación y Desmonopolización en Odontología.
- 23.- Soberón Guillermo. La Implantación de la Estrategia de Atención
Primaria a la Salud en México.
salud Pública de México 1988.
- 24.- Soberón Guillermo. Requerimientos del paradigma de la Atención Primaria
a la Salud en los Albores del siglo XXI.
Salud Pública de México 1988.
- 25.- Thylstrop A. y Fejerskov O. Caries Dental.
Editorial Doyma. Barcelona, España. 1989.
- 26.- Yépez Patricio y González Reyna. Atención Primaria a la Salud hacia
una Unidad de Doctrina.
Caracas, Venezuela 1992.

ANEXOS



MUNICIPIO DE TEOCELO VER.

ANEXO 1



ANEXO 2

VISTA PANORAMICA DE LA CIUDAD DE TEOCELO VERACRUZ



ANEXO 3

MAPA DE LA CIUDAD DE IXHUACAN DE LOS REYES



(●) Cabecera Municipal

(⊙) Congregaciones.

• Rancherías.

ESTADO DE PUEBLA.



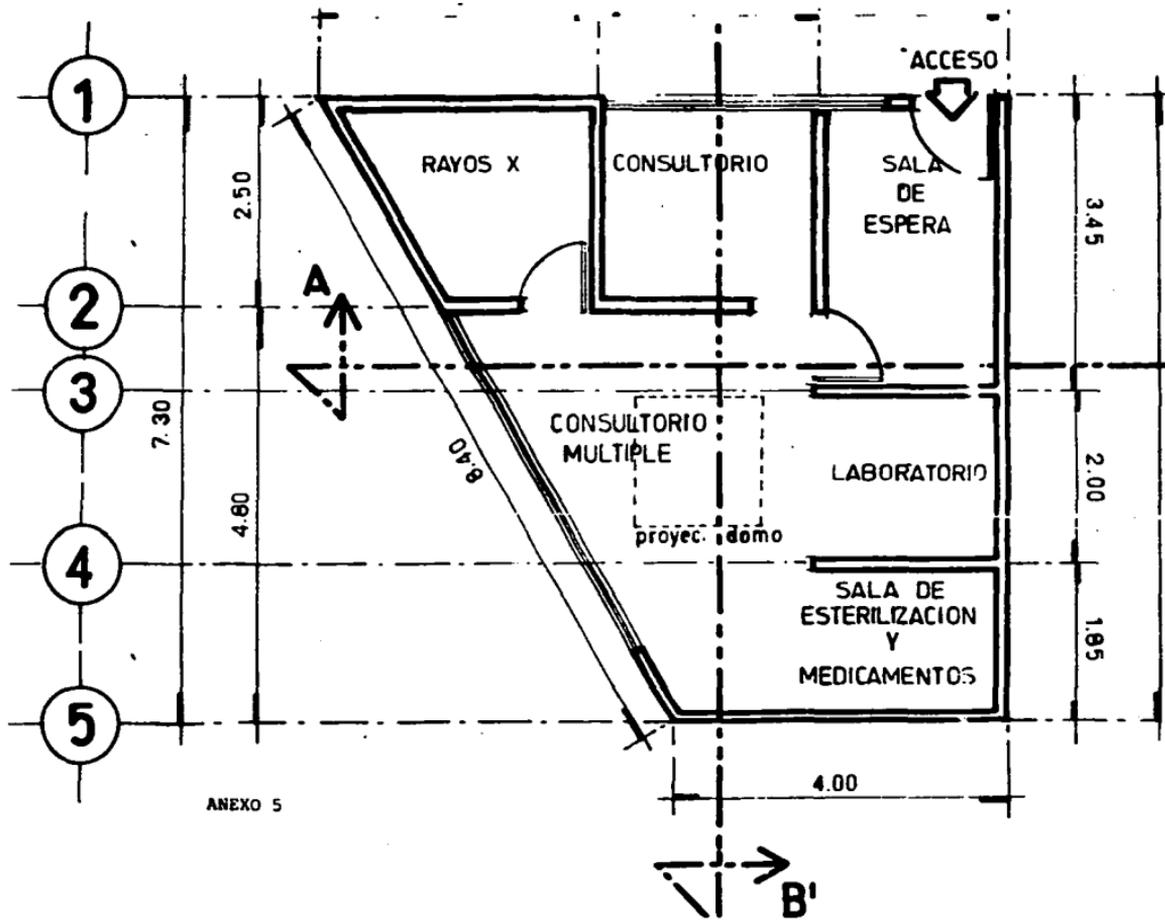
ANEXO 3

MAPA DE LA CIUDAD DE IXHUACAN DE LOS REYES



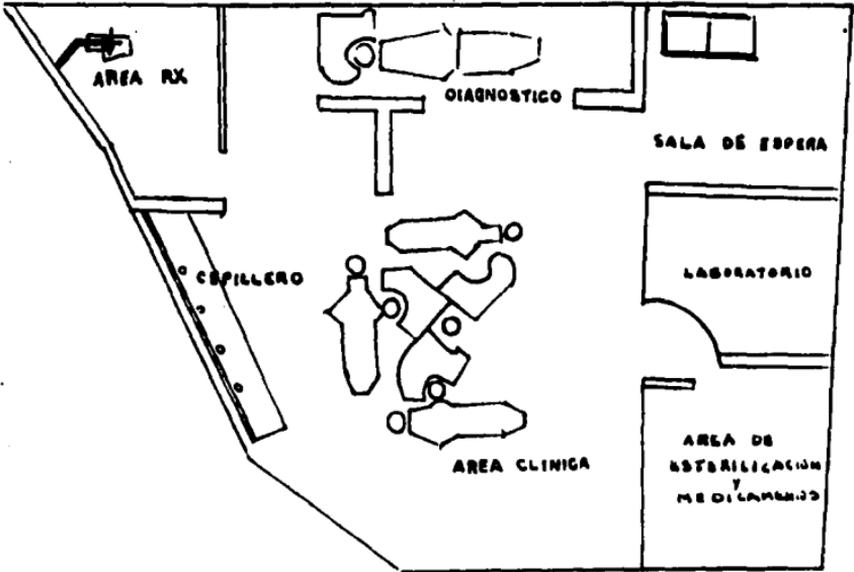
- Cabecera Municipal
- ⊙ Congregaciones.
- Rancherías.

ESTADO DE PUEBLA.



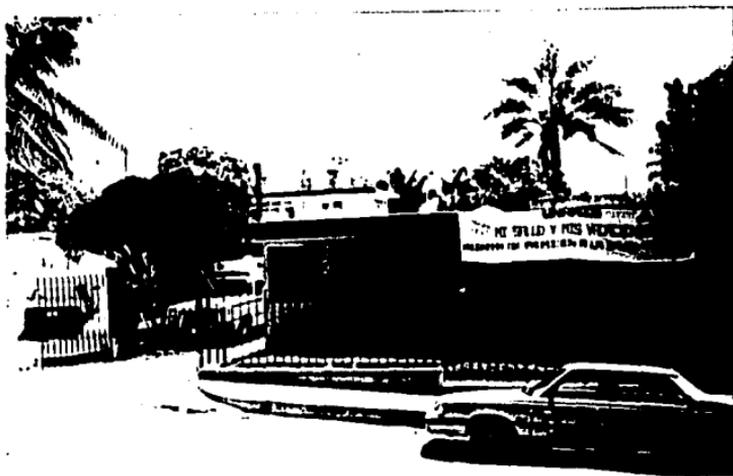
ANEXO 5

ANEXO 6



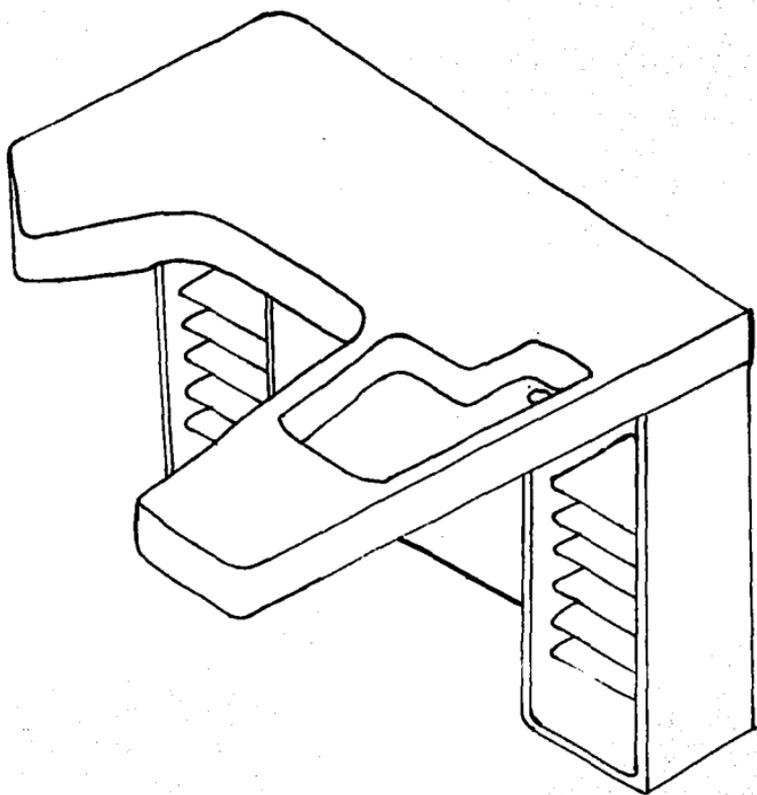
ANEXO 7

FOTOGRAFIA DEL CENTRO DE SALUD (UNNAIS) EN LA QUE NOS
MUESTRA EL ESPACIO DESTINADO PARA EL PROYECTO NAAE (ZONA EN
LA QUE SE ENCUENTRA LA AMBULANCIA).



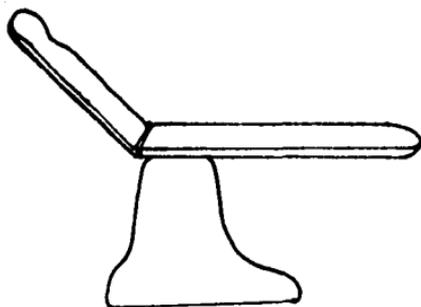
ANEXO B

MUEBLE DE APOYO ESTOMATOLÓGICO

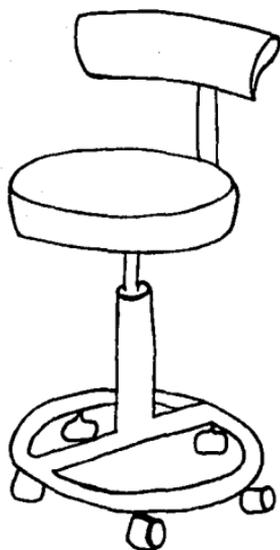


ANEXO 9

CAMA CLINICA ESTOMATOLOGICA

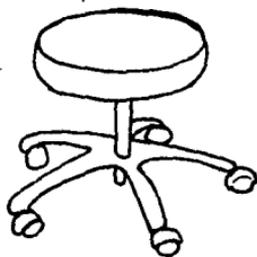


ANEXO 10
BANQUILLO OPERADOR



ANEXO 11

BANQUILLO ASISTENTE





MODELO DE ATENCION ESTOMATOLOGICA

(M.A.A.E)
HISTORIA CLINICA

Exp _____

I DATOS PERSONALES

Nombre del paciente _____

Sexo M F Edad: _____ Estado Civil _____ Ocupación _____

Teléfono: _____ Nivel de escolaridad _____

Domicilio: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

II TIPO DE CONSULTA Tratamiento Urgencia

III SIGNOS VITALES

Temperatura: _____ T/A _____ Pulso _____ F.R. _____

IV ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Higiene General: Buena Regular Mala

Inmunizaciones: BCG Antivaricela Antipolio DPT Otras

PACIENTES FEMENINOS

¿ Está embarazada? Si No Trimestre: _____

V ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Antecedentes Sistemicos _____

Antecedentes Infecciosos _____

Antecedentes Hemorrágicos _____

VI ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

VII ANTECEDENTES ALERGICOS

Se le ha administrado penicilina Si No

Tuvo alguna reacción adversa Si No

Describe _____

Se le ha administrado anestésico local Si No

Tuvo alguna reacción adversa Si No Describe _____

VIII ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS

Ha sido hospitalizado Si No Motivo _____

Está tomando actualmente medicamento Si No Base farmacológica _____

Uso: _____ Dosis: _____

IX EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

A- Cráneo: Braquicéfalo Dolicocéfalo Mesocéfalo

B- Perfil Recto Concavo Convexo

C- Color de tez _____ D. Labios _____

E- Ganglios Linfáticos: Se palpan Si No Describe _____

F- ATM Ruidos Dolor Desviación Describe _____

X EXAMEN INTRABUCAL

Vestibulo _____ Observaciones _____

Encia _____

Frenillos _____

Lengua _____

Piso de boca _____

Conductos salivares _____

Paladar duro _____

Paladar blando _____

Orofaringe _____

Amígdalas _____

Glandulas sali. _____

XI HABITOS ORALES _____

XII EXAMEN PARODONTAL

Higiene bucal Mala Regular Buena
Tiene cepillo dental Si No Como se cepilla _____

Cuantas veces al día _____

DIENTE	PRIMERA CONSULTA				ULTIMA CONSULTA			
16	1	2	3	4	1	2	3	4
11								
26								
36								
31								
46								

XIII EXAMEN DE OCLUSION

Relación de molares: Izq. _____ Der. _____
Caninos Izq. _____ Der. _____
Anteriores División: _____

Aplañamiento de dientes: _____ Espacios: _____

Línea Media Simétrica Asimétrica

Maxilar _____ _____

Mandibular _____ _____

Degaste Dental Si No dientes _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA"

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE CARIES DENTAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ ESTOMATOLOGO _____

SEXO: _____

INDICE DE CARIES DENTAL

17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27

37 36 35 34 33 32 31 41 42 43 44 45 46 47

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

75 74 73 72 71 81 82 83 84 85

SUMARIO

C P EI O E S DP C EI O E S DT

A QUIEN CORRESPONDA:

Ixhuacan de los Reyes, Ver., a 23 de Noviembre de 1993

El que suscribe Jardín de Niños "Dora Herrera Cortés", de la localidad de Ixhuacán de los Reyes, Ver., Municipio del mismo nombre, con clave administrativa 302VNC0287

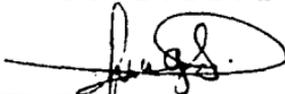
H A C E C O N S T A R

Que se realizó un programa para niños preescolares - - (del 8 al 19 de noviembre) sobre "El cuidado dental", en donde los especialistas realizaron una serie de actividades con niños personal docente y padres de familia; entre las acciones a realizar se pueden mencionar las siguientes:

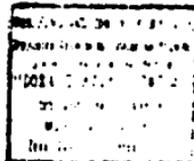
- Elaboración de cepillos dentales.
- Plática sobre "CARIES".
- Revisión dental a todos los niños.
- Mostrar instrumentos odontológicos a los niños.
- Aplicación de fluoruro.
- Plática sobre el cepillado dental.
- Realizar curaciones dentales a niños en edad preescolar.

Sin otro asunto que tratar nos es grato felicitar de ante mano a los doctores especialistas por haber proporcionado este programa en esta localidad antes mencionada.

A t e n t a m e n t e



LA DIRECCION.



RELACION DE ALUMNOS QUE FUERON ATENDIDOS POR EL DR. ODONTOLOGO
 HECTOR HERNANDEZ CAMPOS, MARIA DE LA PAZ MARTINEZ GONZALEZ, MA-
 RIA TERESA ORTIZ CORDERO, Y DOCTORA ODONTOLOGA MARIA ROSALINDA
 COLIN MURILLO EN LA APLICACION DE FLUOR Y EN PLATICAS DE ----
MANEJO DEL CEPILLO DENTAL.

1.-DAVID MORALES CHAMA	6 AÑOS
2.-ANGEL VASQUEZ MORALES	6 "
3.-ALICIA GADALUPE VASQUEZ MORALES	6 "
4.-CRUZ ELISA FUENTES MONTERO	7 "
5.-JAKELINE ISABEL FUENTES MONTERO	8 "
6.-JOSE MIGUEL FUENTES HERNANDEZ	6 "
7.-WILFRIDO SEGURA ANELL	8 "
8.-NARAHÍ MORALES VICCON	8 "
9.-LIZETH MORALES VICCON	6 "
10.-MARGARITA RIVAS ROMERO	7 "
11.-CLAUDIA CID ELOX	7 "
12.-JUAN ADRIAN CONTRERAS PALE	10 "
13.-JERONIMO HERNANDEZ HERNANDEZ	7 "
14.-BENITO MATIA PALACIOS	7 "
15.-JUAN XILOT MORA	8 "
16.-JOSUE XOTLAN SANCHEZ	9 "
17.-ADRIAN CALDERON UGARTE	6 "
18.-CELIA FUENTES HERNANDEZ	6 "
19.-DAVID MAJAN MACIAS	9 "
20.-JESUS MARCELINO TRUJILLO	9 "
21.-URIEL MELCHOR FUENTES	7 "
22.-MA. NATALY GOMEZ	8 "
23.-NORMA ISAURO RAMIREZ PALE	7 "
24.-MARIO CALDERON UGARTE	7 "
25.-BLANCA ADRIANA CONTRERAS PALE	10 "
26.-NATALIA HERNANDEZ HERNANDEZ	9 "
27.-ESPERANZA HERNANDEZ MORA	9 "
28.-NUBEN MELCHOR FUENTES	8 "
29.-ANABEL RIVAS ROMERO	8 "
30.-LILIANA RIVAS ROMERO	8 "
31.-JORGE MANUEL VASQUEZ MORALES	7 "
32.-JOSE CRISTINO SANCHEZ OLVERA	11 "
33.-ANA MAY TLAPA	11 "
34.-JOSE LUIS CID ELOX	10 "
35.-JOSE NICOLAS RUIZ CORTES	10 "
36.-CRISTOBAL CORTES GARCIA	9 "
37.-GABRIEL CALDERON UGARTE	9 "
38.-JOSE ALONSO XILOT MARTINEZ	8 "
39.-ANGEL SANCHEZ ANELL	12 "
40.-CRISTOBAL SEGURA ANELL	11 "
41.-MARGARITA ALEJANDRA RAMIREZ PALE	8 "
42.-MA. MERCEDES PALE FUENTES	12 "
43.-ELIZABETH MAJAN MACIAS	10 "
44.-JUAN APARICIO FLORES	13 "
45.-JUAN CALDERON UGARTE	10 "
46.-OLIVIA MAJAN MACIAS	11 "
47.-VERONICA XILOT MARTINEZ	9 "
48.-JUAN JOSE MELCHOR FUENTES	11 "

49.-JUAN PABLO ANDRADE LOZARA	9 AÑOS
50.-MILDRED MESTIZO LOPEZ	9 "
51.-MARIA TERESITA SEGURA MARTINEZ	9 "
52.-ABDULIA CONTRERAS PALE	13 "
53.-ALEJANDRO ARCOS PEDRAZA	10 "
54.-ELLERY ESBEYDI MORALES SEOURA	10 "
55.-JUAN PALE PALE	14 "
56.-JOSEFINA SANCHEZ OLVERA	12 "
57.-GASPAR SANCHEZ OLVERA	14 "
58.-VIGENTA CHAMA CORTES	11 "
59.-JOSE LUIS HERNANDEZ MORA	13 "
60.-JOAQUIN FUENTES HERNANDEZ	12 "
61.-ANDREA CID VALDIVIA	12 "
62.-JOSE ALBERTO HERNANDEZ HERNANDEZ	11 "
63.-ROSA MARIA GUADALUPE PEREZ ALCANTARA	12 "
64.-ANGEL ALBERTO FUENTES MONTERO	11 "
65.-ELIZABETH FERNANDEZ GARCIA	10 "
66.-MA. LETICIA XILOT MORA	11 "
67-ISABEL CRISTINA RAMIREZ PALE	10 "
68.-BENITO ARCOS PEDRAZA	12 "
69.-GILBERTO MARTINEZ MARIN	10 "

Con la presente Relación de alumnos de la Esc.Prim.Urb.Vesp."Arq. Armando Bravo Ramirez",Clave 30DPRO244M,hago Constar a los Directores del Programa que los Sres.Doctores Odontólogos del Centro de Salud de esta ciudad,Héctor Hernández Campos,Ma.de la Paz Martínez, González,Ma.Teresa Ortiz Cordero y María Rosalinda Colín Martillo--Atendieron e impartieron pláticas a los alumnos de nuestra Escuela.

A T E N T A M E N T E

Teocelo,Ver.,a 24 de Marzo de 1993.-

LA DIRECTORA DE LA ESCUELA



ESCUELA PRIMARIA FEDERAL
URBANA VESPERTINA
"ARQUITECTO
ARMANDO BRAVO RAMIREZ"
TEOCELLO, VER.

Luz Castillo
Profra. Luz Castillo Sánchez.

Ixhuacán de los Reyes, Ver., a 19 de Noviembre de 1993.

A QUIEN CORRESPONDA:

Dentro del programa "Cuidemos nuestros dientes", los - especialistas brindaron apoyo a padres de familia de esta localidad con el fin de que sus hijos tengan un cuidado dental de acuerdo a su edad, se mencionará aquellos niños que se les proporcionó el cuidado GRATUITO, debido a que son hijos que sus - padres tienen pocos recursos para darles esta atención.

- 1.- Rosario Colorado Alvarado.
- 2.- Dolores Flores Matla.
- 3.- Ma. de los Angeles Martínez Colorado

Sin otro asunto que tratar me es grato expresarle un - saludo afectuoso.

A t e n t a m e n t e .

LA DIRECCION

