AAQ3681

TESIS
GSS2005
L6

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL COMUNITARIA DIRIGIDO A LOS MULTIHOGARES DE CUIDADO DIARIO DEL ESTADO CARABOBO.

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

RITA MARIA LOMBARDO MARRRONE

Como requisito para optar al grado de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Realizado con la tutoría de la
Profesora Doctora Eugenia Sader Castellanos

Caracas, mayo de 2005

INDICE Página

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....4

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....8

2.1. OBJETIVOS GENERAL

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3. METODOLOGÍA..... 9

3.1. MARCO ORGANIZACIONAL..... 9

3.1.1 PRODUCTO..... 9

3.1.2 PRECIO..... 9

3.1.3 PLAZA.....11

3.1.4 PROMOCIÓN..... 11

3.1.5 PRODUCTOR DEL BIEN O SERVICIO..... 12

3.2 MARCO DE REFERENCIA..... 13

3.2.1 MARCO CONCEPTUAL..... 13

3.2.2 MARCO METODOLÓGICO..... 18

4. RESULTADOS ESPERADOS..... 22

5. IMPLICACIONES DEL PROGRAMA..... 23

6. BIBLIOGRAFÍA..... 26

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... 28

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN..... 30

9. PRESUPUESTO..... 31

10. ANEXOS..... 32

Autora: Rita Maria Lombardo Marrone

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL COMUNITARIA DIRIGIDO A LOS MULTIHOGARES CUIDADO DIARIO DEL ESTADO CARABOBO.

Durante mucho tiempo la atención odontológica no ha estado en capacidad de modificar las condiciones de morbilidad bucal y se ha desplegado siempre una escasa cobertura, baja actividad preventiva, aumento de extracciones y poca promoción de la salud. El Instituto para el Desarrollo de la Salud Bucal (INDESAB) plantea el diseño de este Programa, que marca precedentes en la prestación de servicio en el ámbito comunitario, ya que cubre los niveles básicos de atención en Salud Odontológica como son: Investigación, Educación, Prevención y Saneamiento, que a su vez instala el equipo odontológico portátil dentro del multihogar, garantizando un servicio de salud bucal que llega directamente al beneficiario, evitándose el riesgo que implica la movilización de los niños de 3 a 6 años de edad al centro de atención odontológica y su adaptación a un sitio diferente al multihogar.

Basándonos en las necesidades existentes para lograr mejores condiciones de salud bucal en nuestra población infantil considerada grupo prioritario, se ha dirigido esta labor al desarrollo de una odontología que debe salir del consultorio y proyectarse en la comunidad, de esta manera lograr una comunidad participativa con entusiasmo en el análisis crítico de las causas percibidas de los problemas tradicionales, biológicos y sociales.

El Programa de Atención Odontológica Integral Comunitario toma en cuenta a los multihogares como población beneficiada, debido a que pertenecen a los estratos más pobres y vulnerables de la sociedad y es a esta edad cuando se debe incorporar al niño a la consulta odontológica para realizarles prevención especifica, disminuyendo la instalación de la caries dental futura, observando la necesidad de fortalecer a los grupos familiares y personas que cuidan a estos niños en su proceso de formación, con relación a la importancia de la salud bucal propiciando así cambios significativos en la condición de salud de la población infantil.

Palabras claves del proyecto: Investigación, Educación, Prevención, Saneamiento, Participación Comunitaria, Indicadores de Morbilidad Bucal.

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Actualmente la O.M.S. coloca la salud dental de América Latina en un estado de "riesgo severo", ya que los niños tienen un promedio de tres (3) piezas a sietes (7) cariadas, arregladas o pérdidas. Por esta razón, la profesión odontológica tendrá que hacer esfuerzos continuos en la búsqueda de programas preventivos que puedan ser aplicados tan precozmente como sea posible, para disminuir la incidencia y prevalencia de la caries dental a temprana edad.

En este sentido, la problemática odontológica en el Estado Carabobo refleja lo que al respecto ocurre en Venezuela; los problemas son similares en todos los Estados, la realidad que enfrentamos con respecto a la salud bucal es cada vez más alarmante, ya que, si analizamos el tipo de tratamiento que se realiza en los diferentes centros de salud, están basados en la mutilación y saneamiento dental, obviándose la educación sanitaria de estos grupos, por lo que, sigue predominando las mismas condiciones de escasa cobertura, poca promoción de la salud y baja actividad preventiva, que impida que la caries dental avance a tal punto que destruya totalmente la unidad dentaria y por ende la perdida prematura de esta.

La División de Higiene del M.S.D.S, ubica la caries dental entre las primeras dolencias del niño, la más prevalente y la que más estragos funcionales y estéticos produce; siendo causante también de ausentismo y bajo rendimiento escolar.

La pérdida prematura de los dientes causada por el deterioro dental puede causarles una serie de problemas a los niños, los cuales pueden sufrir una reducción del desarrollo general y del desarrollo del habla. Los escolares pueden faltar a clases en exceso y ser incapaces de concentrarse. Aproximadamente 51 millones de horas escolares al año se pierden debido a problemas dentales o enfermedades afines. Las investigaciones indican que la mala salud oral puede producir bajo rendimiento escolar, baja calidad en las relaciones sociales y menos éxitos en el futuro. El dolor de dientes distrae al niño y puede impedir que se concentre en el trabajo escolar.

Se estima que el 68,89% de los niños sufren de caries dental y junto con la enfermedad periodontal y las malooclusion constituyen problemas no mortales, pero causales del deterioro físico, psicológico y de rendimiento personal del niño.
Por otra parte, si este incremento sigue para el año 2006, los niños de 4 a 6 años de edad, estarán con un gran número de dientes cariados y esto será un factor participante en la mala fonación, deglución, y una inadecuada estética.

Así mismo, las condiciones socioeconómicas del individuo, son factores importante que interviene en el proceso salud enfermedad, las cuales determinan la oportunidad para la prevención, control y limitación del daño, que la odontología actual puede ofrecer, de manera que, las diferencias sociales en cuanto a la posesión o no de los medios de producción de bienes materiales, son determinante para tener acceso o no a la salud bucal, ofrecida por la practica odontológica, entre estos factores socioeconómicos debemos considerar: estado nutricional, ingreso familiar, grado de educación, factor demográficos.

Es por ello, que la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario, este componente tiene un valor intrínseco, sin cuya conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar adecuados niveles de salud general.

No escapa de ello la población de niños de 3 a 6 años de edad, que acuden a 26 multihogares de cuidado diario, que están a cargo de la *Fundación Alegría para los niños del Estado Carabobo.* Las condiciones buco-dentales de esta comunidad no son las adecuadas, la enfermedad dental es especialmente común. Aunado a esto, está un ingreso familiar bajo, un elevado índice de desempleo, o de empleo informales que no garantizan un ingreso estable con un bajo grado de instrucción, así mismo, la preocupación por parte de los representantes con respecto a la atención Odontológica de sus hijos es cada vez menor, tan solo acuden por estricta emergencias, siendo ellos los partícipes en mutilar a sus propios hijos ante las secuelas de dolor; estos

indicadores anteriormente mencionados influyen en la salud bucal, debido a que se restringe la creación de condiciones más favorables para resistir el ataque de la enfermedad y la detección del proceso. Según evaluaciones realizadas por *El Instituto para el Desarrollo de la Salud Bucal (INDESAB)* en el 2004.

Muchos son los problemas que se producen cuando existe una boca enferma o con perdidas dentarias, desde el punto de vista social causa una inadecuada autoestima que cohíbe la realización de muchas actividades; problemas de tipo anatómico-funcional, debido a que se crean deformidades no solo en los arcos dentarios, sino también en el contorno facial, así como alteraciones de las funciones masticatorias y asimilativas de los alimentos, que producen trastornos del aparato digestivo; por último, problemas de tipo infecciosos en decremento de la salud general del individuo.

Cabe considerar, que las prácticas preventivas involucradas desde los primeros años de vida, son las que regirán la salud o enfermedad bucodental durante los años futuros, en este sentido se destaca la importancia que los niños adopten buenos hábitos de higiene bucal desde temprana edad, es por ello que los padres deben tomar consciencia del rol que juegan como guías, motivadores y sirviendo de ejemplo para sus hijos en la adquisición de dichos hábitos, los cuales son los primeros pasos en la prevención de las caries.

Por esta razón, *El Instituto para el Desarrollo de la Salud Bucal (INDESAB),* como una Asociación Civil sin fines de lucro, tiene como propósito general, el contribuir al proceso de cambio en las condiciones de vida y salud de las comunidades y plantea la necesidad de ***Diseñar un Programa de Atención Odontológica Integral, dirigido a los niños de 3 a 6 años de edad que asisten a los multihogares de cuidado diario,*** tomando los conceptos de Atención Primaria en Salud que esté orientado a desarrollar prioritariamente actividades de educación y prevención de los problemas más importantes de salud bucal siendo, este el propósito fundamental de nuestra propuesta, ya que con la Educación y Prevención se logra una cobertura óptima tanto en extensión como con profundidad a un menor costo en forma permanente, y se

realizarán actividades curativas de los procesos de enfermedad bucal ya instalados.

Estas actividades permitirán promover, mantener e incrementar el nivel de salud de los integrantes de las comunidades, así como de lograr la más adecuada utilización de los recursos y medios destinados a estos propósitos, con la participación activa de dichas comunidades, produciendo un impacto gradual en los índices de salud bucal de dicha población, traduciéndose en acciones concretas más eficaces y eficientes para aumentar la calidad de vida obteniendo una población bucalmente sana con una adecuada autoestima.

La integralidad de este programa a la Acción Comunitaria, favorecerá la concertación entre los diversos actores sociales a cerca de lo que se debe hacer para mejorar la atención de la salud, las formas cómo lograrlo y sobre compromisos y responsabilidad a asumir, esto mediante la planificación participativa, así como de un proceso continúo de desarrollo de recursos humanos, permitiendo así, una participación con autorresponsabilidad y conciencia de intervenir para modificar positivamente las condiciones de vida y de salud, por lo que se implementara un mecanismo para que la comunidad se apropie del saber de los profesionales. El proceso de devolución del conocimiento implica la vinculación con la comunidad para proporcionar los conocimientos y tecnologías adecuadas y recibir, a su vez, otros conocimientos y tecnologías por parte de la comunidad y convertirse en *consultores internos* de su propio proceso. Si la participación no se da en este modo, las personas seguirán siendo receptores acríticos de los Programas Sanitarios.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

2.1. OBJETIVOS GENERAL:

Diseñar un programa de Educación, Prevención y Tratamiento para la salud bucal que contribuya a la disminución de la morbi-mortalidad buco-dental de los niños de 3 a 6 años de edad que asisten a 26 multihogares de cuidado diario del Estado Carabobo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1.

Establecer estrategias de capacitación en conocimientos básicos de salud bucal, dirigidos a los padres y representantes, madres colaboradoras, facilitadoras del aprendizaje y promotores, que permitan conscientizar la importancia de la dentición temporaria y permanente en los niños.

OE2.

Realizar talleres para motivar a la población de 3 a 6 años de edad en los buenos hábitos de higiene bucal y su importancia, haciéndola menos susceptible a los procesos cariosos.

OE3.

Establecer servicios preventivos y curativos para la población de 3 a 6 años, que asisten a los multihogares de cuidado diario, para lograr disminuir la instalación de la caries dental futura y tratamiento de la ya presente.

3. METODOLOGÍA

3.1. MARCO ORGANIZACIONAL

3.1.1 PRODUCTO:

Es el Diseño de un Programa de Atención Odontológica Integral, dirigido a los niños de 3 a 6 años de edad que asisten a los multihogares de cuidado diario, del Estado Carabobo, para lograr así:

- La incorporación plena de estas comunidades constituida por 26 multihogares de cuidado diario, desarrollando consciencia crítica y el incentivo de los rasgos de colaboración, pertinencia, honestidad, y disciplina en relación al problema de salud, permitiendo una interrelación de experiencias y conocimiento entre el equipo de salud bucal y los miembros de las comunidades, logrando un cambio de conducta de estos actores y con ello contribuir a la preservación de la salud bucal.

- La aplicación simultánea de la fase preventiva y curativa que tendrá como propósito controlar la incidencia de afecciones buco-dentales y disminuir las necesidades de Atención Odontológicas futura de la población objeto del plan.

3.1.2 PRECIO:

- Sin costo directo para los beneficiarios. El costo de implementación del Proyecto podrá ser asumido en parte, por todo Organismo público o privado, Nacional o Internacional que tenga dentro de su Misión, apoyar a las Organizaciones que desarrollen Programas de Salud Comunitaria y el costo restante, por el ente que ha Diseñado y Ejecutara este Programa que esta a cargo del Instituto para el Desarrollo de la Salud Bucal (*INDESAB*).

Recursos necesarios para la implementación del Programa:

Personal: (Ver anexo 1)

- El Coordinador General: vigilara y garantizara el cumplimiento de los objetivos y la adecuada utilización de los recursos del programa.

- El Odontólogo Coordinador de Estadísticas: cubrirá las actividades del levantamiento epidemiológico registrando los datos en cuadros y gráficos estadísticos iniciales y finales, con los cuales se obtendrán las conclusiones que se presentarán al finalizar el proyecto.

- El Odontólogo Coordinador de Promoción y Prevención: se encargara de programar y dictar charlas de educación sanitaria y prevención con sus respectivas evaluaciones y seguimientos, tanto a los padres y representantes como a las personas que están al cuidado de los niños dentro del multihogar y a dos (2) representantes de la Fundación Alegría para los niños.

- Los Odontólogos Clínicos: responsables de realizar las actividades preventivas (profilaxis, topificaciones de flúor, sellantes de puntos y fisuras); actividades curativas (periodoncias, operatorias, exodoncias, endodoncias). Los cuales no serán tomados en cuenta en costo del diseño de la investigación.

- Asistentes Dentales: personal auxiliar de las actividades clínicas.

Materiales: Materiales e insumos odontológicos, Equipos odontológicos. **(Ver anexo 2)**

Otros Gastos: Movilización de equipo, Viáticos, Alquiler de depósito, Guía educativa, Folleto informativo, Administrativos, Agua, Preparación de alimentos, Contingencia. **(Ver anexo 1)**

Donativos: Fármacos, Kits de higiene dental.

3.1.3 PLAZA:

- Un servicio de atención odontológica integral para 26 multihogares de cuidado diario, que están a cargo de la Fundación Alegría para los niños de la Gobernación Estado Carabobo, cuya cobertura poblacional está constituido por 505 niños de 3 a 6 años de edad, 78 madres colaboradoras, 26 facilitadoras del aprendizaje, 7 promotoras, 505 padres o representantes (1 padre o representante por cada niño), 2 representantes de la Fundación Alegría para los niños, que integran a dichos multihogares. **(Ver anexo 4 y Resultados Esperados)**

3.1.4 PROMOCIÓN:

Del Programa se realizara de manera directa por el Organismo ejecutor (INDESAB), dirigida a todo los Organismo público o privado, Nacional o Internacional que tenga dentro de su Misión, apoyar a las Organizaciones que desarrollen Programas de Salud Comunitaria y a través de referencias dadas por los clientes a quienes se le ha prestado servicios.

Nos apoyaremos en las siguientes fortalezas:

- Es proceso innovador.
- Permitir producir ***Investigación Científica*** sobre el proceso Salud-Enfermedad Bucal, logrando un diagnóstico y análisis de la situación de salud en el ámbito local, para proyectar el conocimiento y la identificación de las necesidades de las comunidades, con el fin de orientar la definición de prioridades, organización y la utilización de los recursos disponibles.
- El modelo de atención integral mejora la calidad de la atención.
- Se realiza una planificación de la adquisición de los insumos requeridos, maximizando su utilización, con alto rendimiento y excelente calidad a través de controles estrictos.
- El equipo de salud se siente involucrado, identificado y comprometido con el Programa.

- Establecer la responsabilidad del ***enlace seguro*** y permanente que debe surgir entre la Odontología y la Comunidad, con participación cosciente y responsable.
- Desarrollo de un proceso de verdadera capacitación a las comunidades que permite la permanencia de la información impartida.
- Planificación y ejecución de actividades del primer nivel de prevención (promoción de la salud y protección específica) dirigida no solo a la población a atender sino también a toda la comunidad que conforma su área de influencia.
- Se establece un tiempo prudencial que permite brindarle a los pacientes una atención odontológica integral de óptima calidad tanto en trato como en tratamiento. **(Ver anexo 3)**
- El programa presta un servicio en comunidades de poca accesibilidad geográfica en donde no existe servicios odontológicos.

3.1.5 PRODUCTOR DEL BIEN O SERVICIO:

El Instituto para el Desarrollo de la Salud Bucal (INDESAB), como Asociación Civil con personalidad jurídica sin fines de lucro, fue registrado el 31 de enero de 1997. Sus objetivos fundamentales son: promover, estimular y propiciar la ejecución y divulgación de los programas, actividades odontológicas, médicas, científicas, y sociales, tendientes a la salud bucal y general, siendo la ***Misión*** de la Organización: "Garantizar la disponibilidad oportuna, eficaz y eficiente de un servicio de Atención Odontológica Integral, en las comunidades organizadas que así lo requieran, logrando una plena satisfacción de sus necesidades con calidad, equidad, solidaridad y profesionalismo" como se establece en su libro de acta.

3.2 MARCO DE REFERENCIA

3.2.1 MARCO CONCEPTUAL

Es necesario ofrecer una definición clara y delimitada de los principales términos que se usarán en la investigación.

Primeramente recordemos que en los preescolares hay dos tipos de dientes que son los siguientes:

a. Dientes temporales o "de leche".- Son 20 y están presentes desde los 2 años de edad:

b. Dientes Permanentes.- Aparecen a partir de los 6 años y reemplazan a los dientes "de leche"; y se llaman dientes definitivos y estarán presentes por toda la vida, en total son 32:

EL CAMBIO DE LOS DIENTES DE LECHE POR LOS DIENTES PERMANENTES

Es un proceso que consiste en reemplazar los dientes de leche por los dientes permanentes.

La función consiste en conservar y guardar un espacio para los dientes permanentes; por ello es muy importante conservar estos dientes hasta que llegue el momento de cambiar.

En la aparición de los dientes permanentes tiene especial importancia el brote del primer diente conocido como premolar; ya que éste va a permitir que los nuevos dientes se sitúen detrás de él constituyendo una pieza fundamental conocida como "llave de articulación".

La pérdida de uno de estos dientes va a dar como resultado una acomodación defectuosa.

Los tres problemas dentales más comunes en el adolescente son:

1. La caries
2. Las enfermedades de las encías (Piorrea)
3. El mal cierre de la boca (mala oclusión)

1. CARIES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.

Es la degradación local de los tejidos duros del diente como resultado de la desmineralización originada por los productos finales del metabolismo ácido de las bacterias que actúan sobre los carbohidratos.

La caries se produce por: Mala Higiene, especialmente después de consumo de dulces u otros alimentos azucarados.

2. ENFERMEDAD PERIODONTAL O DE LAS ENCIAS (PIORREA)

Es una enfermedad inflamatoria de origen infeccioso y bacteriano, no contagiosa que ataca la encía y el hueso, comúnmente se conoce como "Piorrea". Están no dan síntomas de dolor hasta que este avanzada sin embargo el sangrado de las encías es un signo que nos debe llamar la atención.

3. EL MAL CIERRE DE LA BOCA (MALA OCLUSION)

Se define como la mala posición de los dientes en las mandíbulas, y la forma como los dientes superiores tocan a los inferiores.

- **Otros principales conceptos que se abordaran en el Diseño del Programa serán:**

Índice puede definirse como un valor numérico que describe el estado relativo de una población respecto a una escalada graduada con límites superior e inferior definidos y diseñados para permitir y facilitar la comparación con otras poblaciones clasificadas de acuerdo con los mismos criterios y métodos. Un índice puede describir la prevalencia de una enfermedad en una población y también describir la gravedad o intensidad de la condición.

Para la caries dental se han propuesto numerosos índices, pero solo se usan tres generalmente. Estos se basan en el número de personas, el número de dientes o el número de superficies de dientes que muestran evidencias de ataque de caries. Todas son medidas de condiciones irreversibles, una totalización de signos que se han acumulado en diferentes momentos de la vida anterior del individuo. Estos signos básicos para los dientes permanentes son: una lesión de caries demostrable, una obturación o cualquier otra restauración o un diente perdido.
El análisis puede realizarse sobre la base de promedio de dientes CPOD llamado a veces CPOD. Este índice tiene dos componentes: uno para la dentición permanente **(CPOD)** y para la dentición temporaria **(ceo)**.

Índice de caries basadas en el número de dientes afectados por caries: en el caso de CPOD, sus siglas tienen el siguiente significado:
D: dientes permanentes como unidad de medida.
C: dientes permanentes cariados.
P: dientes perdidos por la acción de caries. Este componente se divide en:
E: dientes permanentes extraídos por acción por la caries.
Ei: dientes permanentes con extracción indicada.
O: obturados con restauraciones.

Por lo tanto, el CPOD, de un grupo de personas será el promedio del total de dientes cariados, extraídos con extracción indicada y obturados del grupo de personas al cual se aplica.

La principal diferencia entre el índice CPO y el índice ceo, (para dentición temporaria) es que este último no se incluye los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca. La causa de la modificación es la posibilidad de error que seria introducida en los cálculos, debido a variaciones en el periodo de exfoliación de los dientes. En muchas situaciones seria difícil determinar si la ausencia de algún diente seria o no, consecuencia de la caries.

- ***Índice utilizados para la inflamación gingival:***

1. ***Índice P.M.A***, utilizado para representar el número de áreas inflamadas en zonas predeterminadas alrededor de ciertos grupos de dientes, siendo estas las papilas mesial al diente (P), encía marginal (M) y encía adherida (A). El valor de cada diente variará de 0 a 3 conforme al número de áreas afectadas, si no hay alteración es cero (0), si está afectada la encía papilar es uno (1), si además está afectada la encía marginal es dos (2) y sí la afección llega hasta la encía adherida será tres (3).

- ***Índice utilizado para higiene bucal***.

1. ***Índice IHOS***, utilizado para medir la presencia de materia alba (I.M.A.) y cálculo (IC) en las superficies vestibulares de los primeros molares permanentes superiores y superficies linguales de los primeros molares permanentes inferiores y las caras vestibulares de los incisivos centrales: superior derecho, e incisivo central inferior izquierdo.

   Cuando se trate de dentición temporaria, se inspeccionan los últimos molares en boca.

Otras definiciones que se incluirán en la investigación:

- **Multihogares de cuidado diario:** es una modalidad de atención no convencional para los hijos de las madres trabajadoras con hijos

menores de seis años en situación de pobreza y que no están incorporados a la educación formal, contempla las áreas de cuidado, nutrición, salud y desarrollo psico-socio-afectivo del niño.

Los multihogares de cuidado diario están integrados por treinta (30) niños de ceros (0) a seis (6) años de edad, tres (3) madres colaboradora, una (1) facilitadora del aprendizaje y una (1) promotora.

- **Unidad de Atención en Salud Comunitaria:**

Es la unidad básica en la organización de un sistema Nacional de salud y es responsable, en forma integral, de todas las acciones de salud que se realicen en la comunidad. Debe ser integral, unificando los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, tomando en cuenta el fenómeno de la salud, tanto en sus componentes individuales, como en lo colectivo, considerando lo biológico, lo psíquico y lo social, así como las condiciones del ambiente y su interacción con el individuo y la comunidad.

- **Rendimiento Escolar:**

Es la capacidad que tiene el alumno para lograr sus objetivos académicos. Para ello, es necesario que el alumno presente buena salud tanto mental, física y bucal.

- **Indicadores de Gestión:**

Es la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstos e influencias esperadas.

Son factores para establecer el logro y el cumplimiento de la misión, objetivos y metas de un determinado proceso.

3.2.2 MARCO METODOLÓGICO

La planificación de las actividades nos permite darnos cuenta que se trata de una experiencia positiva y que el proyecto es claramente **FACTIBLE**, para ponerlo en marcha.

La investigación es de tipo: **INVESTIGACION Y DESARROLLO**, ya que su propósito es el desarrollo de un producto o servicio frente una necesidad observada en la comunidad, en este caso se ofrece el Diseño de un Programa alternativo orientado a la formación y reforzamiento de hábitos y patrones de conducta que le aporten al futuro adulto los conocimientos y herramientas necesarias para conservar su salud bucal y a la capacitación para permitir su incorporación de manera consciente y activa, a las actividades orientadas al bienestar de la comunidad.

Etapas a seguir en la investigación: (Ver anexo 5.)

Primera Etapa: Preliminar de DIAGNOSTICO

- Visita informar a un multihogar para obtener información acerca de sus características, funcionamiento y organismo del cual depende.
- Visita al Organismo que esta a cargo del Programa de multihogares de cuidado diario (Fundación Alegría para los Niños de la Gobernación del Estado Carabobo) con el fin de identificarnos como Asociación Civil sin fines de lucro *(INDESAB)* y plantear la posibilidad de Diseñar un Programa de Atención Odontológica Integral para multihogares.
- Entrevista con la Coordinadora del Programa de multihogares de cuidado diario para obtener información detallada de las actividades que se desarrollan en los mismos.
- Solicitud y entrega de autorización para visitar los multihogares y determinar la necesidad del servicio odontológico y el posible número de beneficiarios.
- Visita de evaluación y diagnostico a los miembros de los multihogares.

- Exponer diagnostico, los objetivos y estrategias de ejecución del Programa, comenzando con las autoridades de mayor jerarquía y tomando en cuenta a todo el personal: administrativos, representantes, promotores, madres colaboradoras y las facilitadoras del aprendizaje.

Segunda Etapa: **IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO**

- Obtener autorización escrita de los padres para el tratamiento de los niños a atender.
- Ajustar el diseño de la programación al calendario de actividades de los multihogares de cuidado diario. Es importante enfatizar que nuestra propuesta pretende apoyar la deficiencia que existe en la cobertura de los servicios odontológicos para los multihogares, formando parte de su programación sin obstaculizar las actividades cotidianas de los mismos.
- Se instalara el equipo odontológico portátil dentro del multihogar, garantizando un servicio de salud bucal que llega directamente al beneficiario, evitándose el riesgo que implica la movilización de los niños de 3 a 6 años de edad y su adaptación a un sitio totalmente extraño que dificultara aún más un tratamiento exitoso. **(Ver anexo 6)**
- Considerar como prioridad de atención a los niños de 3 a 6 años de edad, que asisten a los multihogares.

Tercera etapa. **SISTEMA DE INFORMACIÓN**

- El Sistema de información debe incluir:
  a. Historia Clínica por paciente con la debida autorización de su representado. **(Ver anexo 7)**
  b. Registro de actividades odontológica diarias y semanales. **(Ver anexo 8)**
  c. Hoja de relación de gastos de materiales odontológicos. **(Ver anexo 9)**

- El odontólogo tendrá la responsabilidad de realizar un levantamiento epidemiológico con el apoyo del odontólogo coordinador de estadísticas del programa que se presentaran en cuadros y gráficos estadísticos según grupos etarios y sexo, con el fin de resumir la información recolectada, en forma detallada.

✓ Se entregará un informe al finalizar cada período de actividades (un lapso máximo de 12 días hábiles de actividades por multihogar) donde los representantes de cada niño atendido que asiste al multihogar certifique con su firma que fue beneficiado por el programa de Atención odontológica impartida.

Cuarta Etapa. **IMPLEMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

- El odontólogo aplicará un sistema de atención que le dará la oportunidad de sanear al multihogar, en un período determinado de acuerdo al número de niños a ser atendido con un máximo de 12 días hábiles.
- Desarrollar actividades educativas de Salud Bucal a través de charlas, talleres y folletos de información dirigidos a los padres y representantes, niños de 3 a 6 años de edad y demás miembros de los multihogares.
- Actividades Preventivas: El odontólogo deberá desarrollar actividades preventivas en los multihogares, como parte de su plan de trabajo, orientado a la correcta enseñanza de la técnica de cepillado, la aplicación tópica de flúor y la utilización de sellantes de puntos y fisuras. En aquellos casos donde sean factible estas actividades, podrá delegarse al personal auxiliar.
- Actividades de tratamiento. Obturaciones, terapia pulpar (tratamiento de conducto y recubrimiento a criterio del odontólogo) en dientes temporarios, tratamiento periodontales y exodoncias.

La aplicación de este programa se hará de manera gradual estableciendo para ello las siguientes coberturas:

- La educación para la salud incluirá a representantes de la Fundación Alegría para los niños, promotores, madres colaboradoras, facilitadoras del aprendizaje, a los niños que asisten a los multihogares y a sus padres o representantes.
- Aplicación de flúor se realizará a todos los niños de 3 a 6 años de edad, quienes no lo estén recibiendo a través de otro servicio de salud bucal.
- Aplicación de sellante incluirá a todos los niños de 3 a 6 años de edad.
- La fase de atención clínica incluirá a los niños de 3 a 6 años de edad, los cuales deben recibir tratamiento completo en el lapso máximo de 12 días hábiles de actividades por multihogar.
- Se atenderán las emergencias de todos los niños, que asisten a los multihogares, se remitirán los casos que no puedan ser culminados por limitación del equipo necesario para tal fin (equipo radiográfico) al servicio odontológico más cercano.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos Específicos	Población Metas	Resultados esperados
OE1.	78 madres colaboradoras 26 facilitadora del aprendizaje 7 promotoras 505 padres o representantes 2 representantes de la Fundación Alegría para los niños	• Miembros adultos del Programa de multihogares con manejo de estrategias de enseñanzas en la prevención de las caries dentales y de la importancia de la dentición temporaria y permanente en los niños. • Padres y representantes con consciencia de salud bucal, con la capacidad de transmitir a sus hijos la importancia de una condición bucal saludable.
OE2.	505 niños de 3 a 6 años de edad	• Niños de 3 a 6 años de edad con conocimiento de la importancia de cómo y cuando se debe realizar el cepillado dental.
OE3.	505 niños de 3 a 6 años de edad	• Niños de 3 a 6 años de edad que sean menos susceptibles al proceso carioso futuro. • Niños de 3 a 6 años de edad, con una atención odontológica de óptima calidad tanto en adaptación como en tratamiento.

✓ **Indicadores De Gestión:**

De la interacción de la oferta y los procesos surgen unos resultados o productos que se traducen, finalmente, en un impacto.

Desde el punto de vista práctico, la calidad se puede evaluar al final, utilizando los indicadores de impacto, que miden los cambios en la satisfacción de los usuarios y proveedores y el costo-efecto de la atención, para ello utilizaremos los siguientes indicadores de gestión.

$$\textbf{Eficacia del Programa} = \frac{\textbf{N° de solicitudes aceptadas}}{\textbf{N° de niños planificados para atender}} \times 100 =$$

$$\textbf{Eficiencia del Programa} = \frac{\textbf{N° de niños saneados}}{\textbf{N° de niños planificados para atender}} \times 100 =$$

$$\textbf{Efectividad del Programa} = \frac{\textbf{Eficacia} \times \textbf{Eficiencia}}{100} =$$

$$\textbf{Indicadores de Costo} = \frac{\textbf{Gasto Real}}{\textbf{Gastos planificados}} =$$

Se establece las escalas de valores:

Status = 0 ó No aplicable porque no se ha iniciado

Mínimos= %

Aceptable =

Máximo = %

Sobre lo esperado = %

5. IMPLICACIONES DEL PROGRAMA

- El proyecto persigue producir un aumento en los conocimientos sobre salud bucal, permitiendo establecer adecuados hábitos nutricionales y de higiene bucal, aunada a esto la adquisición de una mayor destreza para una efectiva técnica de cepillado, a sí mismo, la transformación de criterios y actitudes produciendo una mejor conducta ante la situación de salud bucal en general.

- Conocer las realidades socioepidemiologicas, para seguir planificando una atención por niveles, en función de metas a lograr en mediano y largo plazo.

La presentación y análisis de la información:

La Asociación Civil (INDESAB), encargada de la ejecución se responsabiliza de entregar ante el organismo pertinente; los resultados se presentarán en cuadros estadísticos según grupos etarios y sexo, con el fin de resumir la información recolectada, en forma detallada. También se realizarán gráficos estadísticos que nos permitirán tener una visión del problema en forma general, rápida y objetiva. En donde sé conocerán y sé compararán los valores de los índices ya mencionados, recolectados tanto en el inicio como en la culminación del período de actividades. **(Ver anexo 10)**

- Disminuir los indicadores de morbilidad bucal en los niños de 3 a 6 años de edad, que asisten a los multihogares de cuidado diario del Estado Carabobo.

Para el seguimiento y la evaluación

a. Se realizaran a los miembros adultos que conforman el Programa de Multihogares de Cuidado Diario, una encuesta al inicio y culminación de las charlas de Educación para la Salud, para evaluar la receptividad de la información impartida.

b. Se hará énfasis en el odontodiagrama y se determinara y compararas los indicadores de PMA (enfermedad periodontal) e IHOS (índice de higiene oral simplificado), los indicadores de morbilidad bucal (CPOD, ceo), taza de ataque carioso en unidad de dientes temporarios (u.d.t.) y unidad de dientes permanentes (UDP), inicial y final, según edad y sexo, sirviendo las historias clínicas, como instrumentos de registro de datos. (Ver anexo 7)

- La incorporación de nuevas estrategias para continuar mejorando las condiciones de salud de nuestra población con su plena participación y a un costo que se pueda soportar.

- Desarrollo de una odontología que debe salir del consultorio y proyectarse en la comunidad.

- Extender el Programa de Atención odontológica Integral Comunitaria, a todos los Multihogares de Cuidado Diario del País, considerados grupos vulnerables.

6. BIBLIOGRAFÍA

Allende, Enrrique. 2002. La caries dental en niños de 1 a 6 años de edad y su prevención. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

Beltrán Jaramillo, Jesús Mauricio. 1998. Indicadores de Gestión. Santafé de Bogota. 3R Editores. Segunda edición.

Buganda, Anirt. 1996. Guías de la Cátedra de Servicios de Salud. Universidad Católica Andrés Bello.

Chiavenato, Adalberto. 1998. Introducción a la teoría general de la administración. Colombia. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Cuarta edición.

Fermín, Ángel. 2003. Guías de la Cátedra de Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

García Serven, José. 1992. Guía práctica de los indicadores de gestión para establecimientos de atención médica.

Goncalves, Monica. - Gutiérrez, Alejandra. 2000. Factores que influyen en la prevalencia de caries dental en niños de 8 a 12 años. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

González de Telleira, Aleida - Rodríguez Gloria. 1997. Estructuración, aplicación y evaluación de un programa de educación para la salud oral en niños de edad escolar. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

Hellriegel-Slocum-Woodman. 1998. Comportamiento Organizacional. México. Editorial Internacional Thomson. Octava edición.

Lombardo, Rita – Rondon, Luis Esteban. 1999. Propuesta para planificar las compras de insumos requeridos para un programa de atención odontológica integral comunitaria dirigido a 100 multihogares del Estado Carabobo.

Malagon – Londoño. 1996. Administración Hospitalaria. México. Editorial Médica Panamericana. Primera edición.

Mendes Goncalves, Doris - Caricote Lovera, Nancy. 2003. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. Facultad de Odontología U.C.V. http://www.ortodoncia.ws/25.asp

Ortiz, A. 2.000. "Condiciones de vida y de salud bucal de los escolarizados y su familia". Acta Odontolo. Venez; 38 (1): 18-36.

Rodríguez Calzadilla, Amado. 1999. Facultad de estomatología. Ciudad de la Habana, Cuba. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol36_2_99/est04299.htm#*

Sosa, Lucio Manuel – González, Marina – Naranjo, Beatriz – Navas, Iraida - Quintana – Beatriz. 2.003. Levantamiento Epidemiológico Bucal en escolares de 1° y 2° etapa. Hospital Victorino Santaella Ruiz. http://www.odontologia-online.com/casos/part/LST/LST08/lst08.html

Vera, Agustín – Chacón, Emilda – Ulloa, Raúl. 2001. Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria. Venezuela. http://www.ortodoncia.ws/32.asp

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la el Diseño del Programa de Atención Odontológica Integran Comunitaria debemos tomar en consideración:

- ***LA LEY DEL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA***

Capitulo I. Del Ejercicio de la Odontología (artículos 2, 4, 5, 6,7); Capitulo III. De los Deberes y Derechos de los Odontólogos (artículo 16).

- ***EL CODIGO DE DEONTOLOGÍA ODONTOLÓGICA***

Titulo I. Capitulo Primero. De los Deberes Generales y de los Odontólogos (artículo 1 hasta artículo 16);
Capitulo Segundo. De los Deberes hacia los Pacientes. (artículo 17 hasta artículo 24).

Titulo II. Capitulo Primero. Del Ejercicio Privado e Institucional de la Odontología y de los Deberes de los Odontólogos en Materia de Odontología Social. (artículo 30).

Titulo III. Capitulo Segundo. De las Historias Clínicas. (artículo 57 hasta artículo 68)

Debido al aumento de la demanda de la población, los servicios públicos de salud, le han dado prioridad a la cantidad de consulta dejando de un lado, la calidad de atención. Es importante el trato que se brinda al paciente, quien en un gran número de veces es visto como una patología y no como una persona que acude al profesional en busca de la salud perdida.

Esta situación ha traído como consecuencia una insensibilización, en el caso específico de la Odontología, el tiempo para realizar la consulta odontológica es básico, en los cuales generalmente se lleva a cabo tratamientos dolorosos que requieren de procedimientos que ameritan un tiempo de espera (adaptación a la consulta, explicación al paciente, anestesia etc.), aunado a

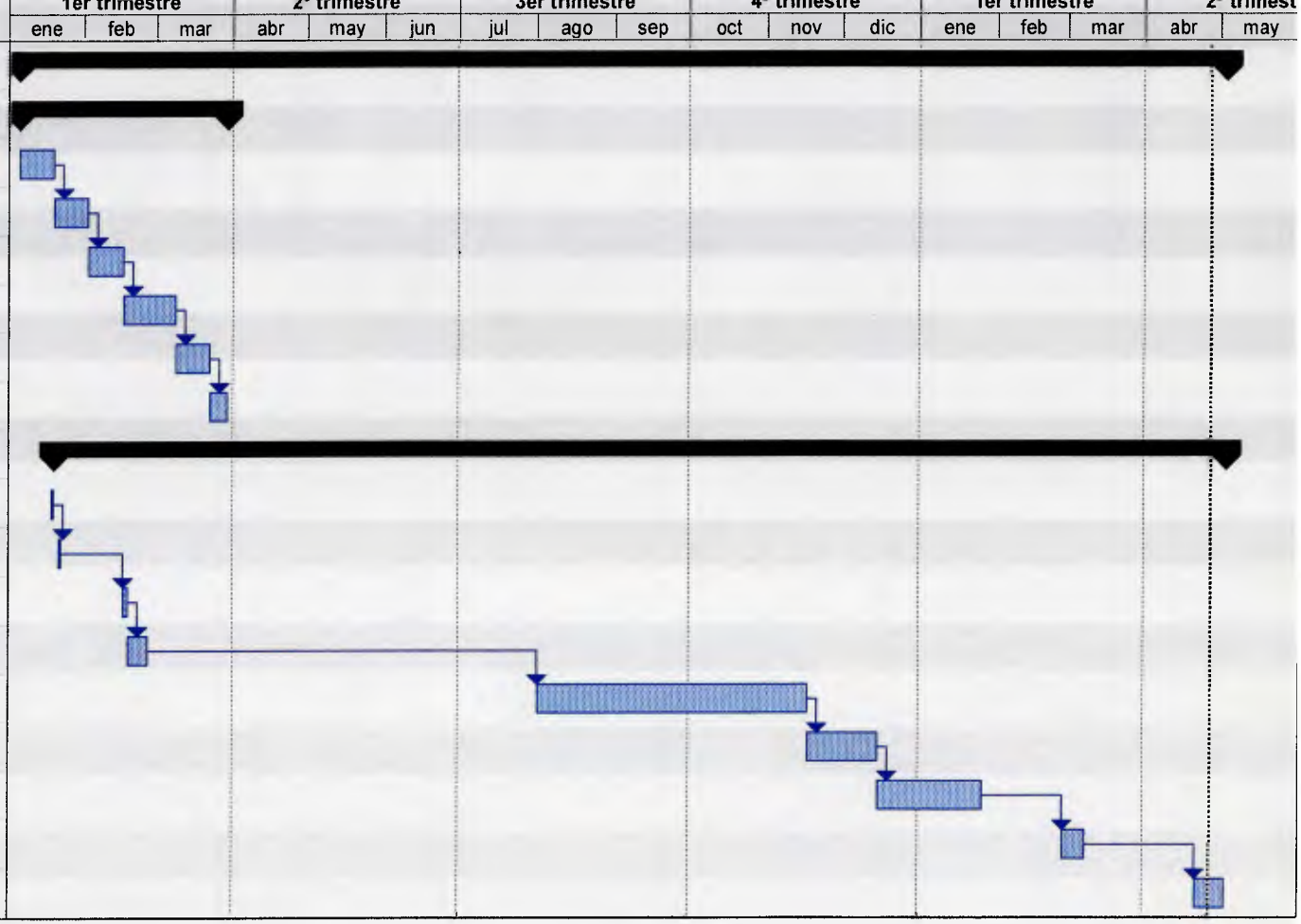
esto la aprensión que presenta un alto porcentaje de la población durante este tipo de consulta.

Se debe establecer un tiempo prudencial, sobre todo si hablamos de la población de niños de 3 a 6 años de edad que asisten a los multihogares, que permita brindarle una atención odontológica integral de óptima calidad tanto en trato como en tratamiento.

Hay que crear conciencia, amor y mística por el actual desempeño de las funciones. Hay que invitar en forma convincente a buscar armonizar la calidad en la vida con la calidad en el trabajo, pues alguien recibirá el servicio que se presta e incluso algún día los mismos prestadores de los servicios serán usuarios de estos mismos.

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Id	Nombre de tarea
1	TRABAJO DE GRADO
2	**Propuesta**
3	Planteamiento del Problema
4	Justificacion del Proyecto
5	Objetivos del Proyecto
6	Metodologia
7	Resultados Esperados
8	Bibliografia
9	**Etapas del Diseño**
10	Visita informal a un multihogar (MH)
11	Visita al Organismo a cargo del Programa de MH
12	Entrevista con la Coordinadora de los MH
13	Solicitud y entrega de autorizacion para visitar los MH
14	Visita para evaluación a los MH
15	Analisis de los datos obtenidos
16	Redacción del Trabajo de Grado
17	Entrega del Trabajo de Grado
18	Entrega definitiva del Trabajo de Grado



Proyecto: Copia de anteproyecto ucab.M
Fecha: mié 27/04/05

Tarea		Resumen		Progreso resumido	
Progreso		Tarea resumida			
Hito	◆	Hito resumido	◇		

9. PRESUPUESTO:

Para realizar el Diagnostico y Diseño de la tesis.

Cantidad	Recursos		Costos (Bs.)
	Personal	**Tiempo**	
2	Odontólogos (para ubicar, visitar, entrevistar y obtención de los datos de los 26 multihogares del Edo Carabobo)	400.000,00 c/u (1 mes)	800.000,00
1	Odontólogo (Para el análisis de los datos, diagnostico y redacción del Trabajo de Grado)	400.000,00 (3 meses)	1.200.000,00
	Materiales odontológicos	**Precio por unidad**	
5 paquetes	Baja lenguas	4.300,00	21.500,00
1 caja	Tapa boca	27.900,00	27.900,00
10 cajas	Guantes	13.000,00	130.000,00
50 paquetes	Campos desechables	1.900,00	95.000,00
	Papelería		
1	Resma de papel	13.000,00	130.000,00
	Fichas Clínicas	90.000,00	90.000,00
1	Tinta de impresora	100.000,00	100.000,00
1 caja	Bolígrafos	6.000,00	6.000,00
1 caja	Lápices	5.000,00	5.000,00
5	CD	1.500,00	7.500,00
	Otros gastos		
27 viajes	Viáticos y Movilización para visitar los multihogares (2 odontólogos)	10.000,00 (1 mes y 7 días)	270.000,00
24 viajes	Viáticos y movilización en autobús para la UCAB desde Valencia	16.000;00 (6 meses)	384.000,00
3	Encuadernado	14.000,00	42.000,00
30 horas	Internet	1000,00	30.000,00
6 meses	Electricidad (para utilización de la computadora)	5.000,00	30.000,00
	TOTAL		**3.368.900,00**

10. ANEXOS

Anexo 1. Para la implementación del Programa

Recursos	Costos	Aporte de la Organización	Otros aportes	Monto solicitado
Personal				
Coordinador General (1)				
Coordinador de Estadísticas (1)				
Coordinador de promoción y prevención (1)				
Odontólogos Clínicos (4)				
Asistentes Dentales (4)				
Materiales				
Materiales e insumos				
Equipos Odontológico				
Otros Gastos				
Movilización de equipo				
Viáticos				
Alquiler de deposito				
Guía Educativa				
Folleto Informativo				
Administrativos				
Contingencia				
Luz y Agua				
Preparación de alimentos				
Donativos				
Fármacos				
Kits de higiene dental				
TOTAL				
Porcentajes	100%			

El monto total solicitado, dependerá de las normas del Organismo público y privado, Nacional o Internacional que apoyara el desarrollo del Programa de salud Odontológico Comunitario (cada Organismo establece su porcentaje de aporte)

Anexo 2.

Cantidad	*Equipos Odontológicos*	Precio por unidad	Total
2	Sillón Odontológico Portátil	3.297.000	6.594.000
1	Esterilizador Procinac	600.000	600.000
2	Turbina NSK Pana III,	500.000c/u	1.000.000
2	Micromotor NSK	1.300.000	2.600.000
2	Lámpara de fotocurado Densplay Spectrum	1.500.000c/u	3.000.000
2	SCAILER Sonic Gema	1.800.000	3.600.000
1	Amalgamador Dentomat –3 Degussa	1.700.000	1.700.000
1	Compresor 1 HP	1.700.000	1.700.000
2	Tanque de agua	150.000	300.000
SUB-TOTAL		**21.094.000**	

Cantidad	Instrumental	Precio por unidad	Total
1	Tijera de cirugía	4.700	4.700
4	Carpule	50.000	200.000
2	Porta amalgama	13.000	26.000
15	Espejos con mango	3.800	57.000
3	Tartrectomo	55.000c/u	165.000
2	Bandejas metálica pequeña y mediana	27.100c/u	54.200
5	7 A	4.500	22.500
2	Cureta de Lucas	5.900	11.800
1	Lima de hueso	13.100	13.100
5	Aplicador de dycal	4.500	22.500
2	Porta matriz	13.700	27.400
6	Cucharita para dentina	**4.500**	27.000
3	Espátula para llevar cemento a la boca	**4.500**	13.500

3	Espátula para mezclar cemento	4.500	13.500
18	Talladores	4.700	84.600
2	Regla milimetrada	7.500	15.000
1	Espátulas para tallar resina	44.000	44.000
2	Lecron	4.500	9.000
1	Condensador Digital	28.600	28.600
2	Loseta de vidrios	3.200	6.400
2	Caja de acero inoxidable para instrumental pequeña	49.000	98.000
2	Caja de acero inoxidable para instrumental mediana	49.000	98.000
2	Caja de acero inoxidable para instrumental grande	49.000	98.000
1	Caja de acero inoxidable para instrumental para endodoncia	54.700	54.700
2	Envases metálicos para gasas y algodones	10.100	20.200
18	Exploradores	4.200	75.600

15	Pinzas algodoneras	3.800	57.000
7	Elevadores	16.700	116.900
2	Gubia	42.200	84.400
8	Fórceps	32.400	259.200
2	Separadores de labios en "U"	18.000	36.000
SUB-TOTAL		**1.843.800**	

ACTIVIDAD	MATERIALES ODONTOLOGICOS NECESARIOS POR ACTIVIDAD	PRESENTACION DE MATERIAL	TOTAL DE MATERIAL NECESARIO	PRECIO POR UNIDAD	TOTAL
**********					
CONTROL DE PLACA	PASTILLA REVELADORA DE PLACA	500 PASTILLAS / CAJA	3 CAJAS	110.000	330.000
Y PROFILAXIS	CEPILLO DE PROFILAXIS	144CEPILLOS / CAJA	4 CAJAS	100.000	400.000
	PASTA PROFILACTICA	150 GRAMOS / ENVASE	8 ENVASES	12.400	99.200
**********					
TOPIFICACION DE	FLUOR (GEL)	200 CC / ENVASE	22 ENVASES	16.600	365.200
FLUOR	CUBETAS DESECHABLES	50 PARES /PAQUETE	11 PAQUETES	42.800	470.800
**********					
SELLANTES DE PUNTO	SELLANTE FOTOCURADO	10 GRAMOS / CAJA	17 CAJAS	33.000	561.000
Y FISURA	CEPILLO DE PROFILAXIS	144 CEPILLOS /CAJA	4 CAJAS		
	ALGODÓN	2500 ALGODONES /PAQUETE	3 PAQUETES	12.000	36.000
**********					
OPERATORIAS	CARPULE	50 CARPULE / CAJA	6 CAJAS	40.000	240.000
(AMALGAMAS)	ALGODÓN	2500 ALGODONES / PAQUETE	3 PAQUETES	12.000	36.000
	CUÑA DE MADERA	100 CUÑAS / PAQUETE	9 PAQUETES	19.800	178.200
	BARNIZ CAVITARIO	15 CC / FRASCO	9 FRASCOS	8.300	74700
	LIJA METALICA	50 LIJAS / PAQUETE	6 PAQUETES	11.000	66.000
	LIMADURA	30 GRAMOS / FRASCO	17 FRASCOS	32.900	559300
	MERCURIO	100 GRAMOS / FRASCO	9 FRASCOS	8.400	75.600
	AGUJAS	100 AGUJAS / CAJA	3 CAJAS	18.000	54.000
	BANDA MATRIZ	500 CAVIDAS / ROLLO	2 ROLLOS	9.300	18.600
	DYCAL	24 GRAMOS / CAJAS	9 CAJAS	42.000	378.000

	ZIQUENOL	250 GRAMOS / ENVASE	2 ENVASES	12.300	24.600
	ANESTESIA TOPICA	30 GRAMOS / ENVASE	3 ENVASES	15.000	45.000
**********					
OPERATORIAS	POLICARBOLXILATO	40 GRAMOS / CAJA	3 CAJAS	26.400	79.200
(RESINAS)	RESINA FOTOCURADA	27 GRAMOS / CAJA	5 CAJAS	421.700	2.108.500
	LIJA DE RESINA	50 LIJAS / PAQUETE	11 PAQUETES	14.200	156.200
	BANDA DE CELULOIDE	100 BANDAS / PAQUETE	9 PAQUETES	7.600	68.400
	ALGODONES	2500 ALGODONES / PAQUETE	2 PAQUETES	12.000	24.000
	DYCAL	24 GRAMOS / CAJA	9 CAJAS	42.000	378.000
	IONOMERO TIPO I	60 GRAMOS / CAJA	3 CAJAS	67.000	201.000
	AGUJAS	100 AGUJAS / CAJA	3 CAJAS	18.000	54.000
	CARPULE	50 CARPULE / CAJA	6 CAJAS	40.000	240.000
	ANESTESIA TOPICA (GEL)	30 GRAMOS / ENVASE	3 ENVASES	15.000	45.000
**********					
OPERATORIAS	ALGODONES	2500 ALGODONES / PAQUETE	2 PAQUETES	12.000	24.000
IONOMEROS TIPO II	DYCAL	24 GRAMOS / CAJA	1 CAJA	42.000	42.000
	IONOMERO TIPO II	15 GRAMOS / CAJAS	2 CAJAS	80.000	160.000
	BARNIZ IONOMERO	10 GRAMOS / FRASCO	2 CAJAS	40.300	80.600
**********					
EXODONCIAS	AGUJAS	100 AGUJAS / CAJA	2 CAJAS	18.000	36.000
	CARPULE	50 CARPULE / CAJA	2 CAJAS	40.000	80.000
	GAZA	200 GAZA / PAQUETE	1 PAQUETE	49.000	49.000
	ANESTESIA TOPICA (GEL)	30 GRAMOS / ENVASE	1 ENVASE	15.000	15.000
**********					
TRATAMIENTOS	ALGODONES	2500 ALGODONES / PAQUETE	2 PAQUETES	12.000	24.000
PULPARES	AGUJAS	100 AGUJAS / CAJA	2 CAJAS	18.000	36.000

	CARPULE	50 CARPULE / CAJA	2 CAJAS	40.000	80.000
	ZINQUENOL	250 GRAMOS / ENVASE	2 ENVASES	12.300	24.600
	PARAMONOCLOROFENOL	100 CC / FRASCO	3 FRASCOS	8.000	24.000
	HIPOCLORITO	250 CC / FRASCO	3 FRASCOS	5400	16.200
**********					
	OTROS MATERIALES				
	FRESAS		67 FRESAS	4.000	268.000
	GUANTES	50 GUANTES / CAJA	57 cajas	14.400	820.800
	TAPA BOCA	50 TAPA BOCA / CAJA	27 CAJAS	22.000	594.000
	ACEITE DE TURBINA		2 ENVASES	5.400	10.800
	ESTERILIZADOR AL FRIO		2 GALONES	30.000	60.000
	PAPEL ARTICULAR	1 CAJA / 10	2 CAJAS	14.200	28.400
	LIMAS PARA ENDODONCIA (1ERA Y 2DA SERIE)		7 CAJAS	16.000	112.000
**********					
SUB- TOTAL					9.951.900
TOTAL GENERAL					**32.899.700**

Anexo 3.

Este programa de atención Odontológica Integral determina su cobertura poblacional y su tiempo útil de trabajo a través de un "Plan de Ejecución para una Población Concentrada".

Este "Plan" es un sistema por donde se va a procesar un **Producto**, que en este caso es un **Hombre Sano**, que va a pasar por un centro de producción para **prevención** y un centro de producción para **Atención Odontológica Primaria**.

EL CENTRO DE PRODUCCION: es el área o zona donde se va a realizar parte del producto final, cada centro de producción tiene que producir o reproducir una unidad de producción que son unas **Series Completas de Medidas Preventivas** para poder realizar prevención y una **Serie de Tratamientos Completos** para la Atención Odontológica Primaria.

UNIDADES DE TRABAJO: Son las actividades que tenemos que realizar a cada individuo, para completar una serie de completas de medidas preventivas y una serie de tratamientos completos.

Estas unidades de trabajos estarían representadas en la población de niños de 3 a 6 años de edad por controles de placas, profilaxis y topificación de flúor, y una serie de sellantes, operatorias, exodoncias y endodoncias.

Una vez establecido cuales son las actividades a realizar en cada una de estas unidades se determina el **Índice** que es la necesidad que tiene cada individuo de que se le realice un tratamiento, los índices utilizados en este proyecto fueron tomados del "Programa Atención Odontológica Integral Comunitaria para 12 Multihogares 1.998", auspiciado por el Ministerio de la Familia mediante el SENIFA y ejecutado por INDESAB y serán: En Niños; 2 control de placas, 2 profilaxis, 1 topificación de flúor, 6 sellantes, 4 operatorias, 0,1 exodoncias, 0,3 tratamientos pulpares.

TIEMPO DE TRABAJO: Es el tiempo que necesita el Odontólogo y la asistente para cumplir estas unidades de trabajo, siendo 8 horas de trabajo diarias para el Odontólogo y 8 horas diarias para el Asistente Dental.

En el caso de los Odontólogos Clínicos (4) durante las 8 horas desarrollan actividades educativas (charlas, encuestas, entrega de folletos), actividades preventivas (profilaxis, topificaciones de flúor, sellantes); actividades curativas (periodoncias, operatorias, exodoncias, endodoncias) las cuales se realizarán con carácter rotatorio para cada uno de los odontólogos, siendo la función del Odontólogo tabulador de Datos cubrir las actividades del levantamiento epidemiológico y registrar los datos en cuadros y gráficos estadísticos iniciales y finales, con los cuales se obtendrán las conclusiones que se presentarán al finalizar el proyecto. El Coordinador General; vigila y garantiza el cumplimiento de los objetivos y adecuada utilización de los recursos de programa.

RENDIMIENTO: Determina cuantas actividades puede realizar el operador. De acuerdo a la práctica odontológica en niños se ha promediado que se puede realizar 5 controles de placa cada 15 minutos, en una hora se pueden realizar 20 controles de placas. Igualmente se pueden realizar 4 profilaxis cada hora. Y topificaciones de flúor hasta 3 por hora.

En las actividades de sellantes, operatorias, exodoncias y tratamientos pulpares, se estableció un parámetro de 3,5 actividades por hora.

POBLACION ASIGNADA (n): Que en este caso son 505 niños de 3 a 6 años de edad.

UNIDAD DE TRABAJO (U.T.N.): Determina la cantidad de actividades que se pueden realizar en 505 beneficiarios.
Se aplica la siguiente fórmula U.T.N. = n x Indice

NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD:

Control de Placas	UTN= 505 x 2 = 1010 Actividades
Profilaxis	UTN= 505x 2 = 1.010 Actividades
Topificación de Flúor	UTN= 505 x 1 = 505 Actividades
Sellantes	UTN= 505 x 6 = 3.030 Actividades
Operatorias	UTN= 505 x 4 = 2020 Actividades
Exodoncias	UTN= 505 x 0,1 = 51 Actividades
Tratamientos pulpares	UTN= 505 x 0,3= 152 Actividades

HORAS NECESARIAS: Horas que se necesitan para realizar cada actividad.

Se aplica la siguiente fórmula:

$$H\ nec = \frac{UTN}{Rendimiento}$$

NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD:

$$Control\ de\ Placa = \frac{1010.}{20} = 51\ Horas$$

$$Profilaxis = \frac{1010\ .}{4} = 253 Horas$$

$$Topificación\ de\ Flúor = \frac{505.}{3} = 169\ Horas$$

$$H\ nec = \frac{UTN,\ Sellantes,\ Operatorias,\ Exodoncias,\ Tratamientos\ Pulpares}{Rendimiento}$$

$$H\ nec = \frac{5.253\ .}{3,5} = 1.501\ horas$$

DIAS NECESARIOS: Cuantos días se necesitan para realizar las actividades. Se aplicará la siguiente fórmula:

$$\text{Días Nec.} = \frac{\text{H nec}}{\text{TT}}$$

NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD:

$$\text{Control de Placa} = \frac{51}{1} = 51 \text{ días}$$

$$\text{Profilaxis} = \frac{253}{1} = 253 \text{ días}$$

$$\text{Topificación de Flúor} = \frac{169}{1} = 169 \text{ días}$$

$$\text{Días nec} = \frac{\text{Horas nec, Sellantes, Operatorias, Exodoncias, Tratamientos Pulpares}}{\text{Tiempo Total (TT)}}$$

$$\text{Días nec} = \frac{1.501}{5} = 300 \text{ Días necesarios.}$$

PRODUCTO FINAL: En el Proyecto de Atención Odontológica Integral Comunitaria para 26 Multihogares de Cuidado Diario, constituido por 505 niños de 3 a 6 años de edad, instalara dos (2) unidades odontológicas portátiles, por lo que se reducirá a la mitad los días hábiles de actividades, en consecuencia el Proyecto tendrá una duración de 150 días hábiles aproximadamente, en un lapso máximo de 12 días hábiles por Multihogar.

PLAN DE EJECUCION PARA UNA POBLACIONDE 505 NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD PARA 26 MULTIHOGARES

Producto	Centro de Producción	Unidad de Producción	Unidades de Trabajo	Indice	T.T.	Rendim.	N	UTN	Horas Nec.	Días Nec.
Hombre Sano	Prevención	Series completas de medida Preventivas	Control de Placas	2	1 horas	20 x h	505	1010	51	51
			Profilaxis	2		4 x h		1010	253	253
			Topificación de flúor	1		3 x h		505	169	169
	Prevención	Tratmiento Completo	Sellantes	6	5 horas	3,5 x h	505	3030	1501	300
	Atención Odontologica Primaria		Operatoria	4				2020		
			Exodoncias	0.1				51		
			Tramientos Pulpares	0,3				152		
								5253		

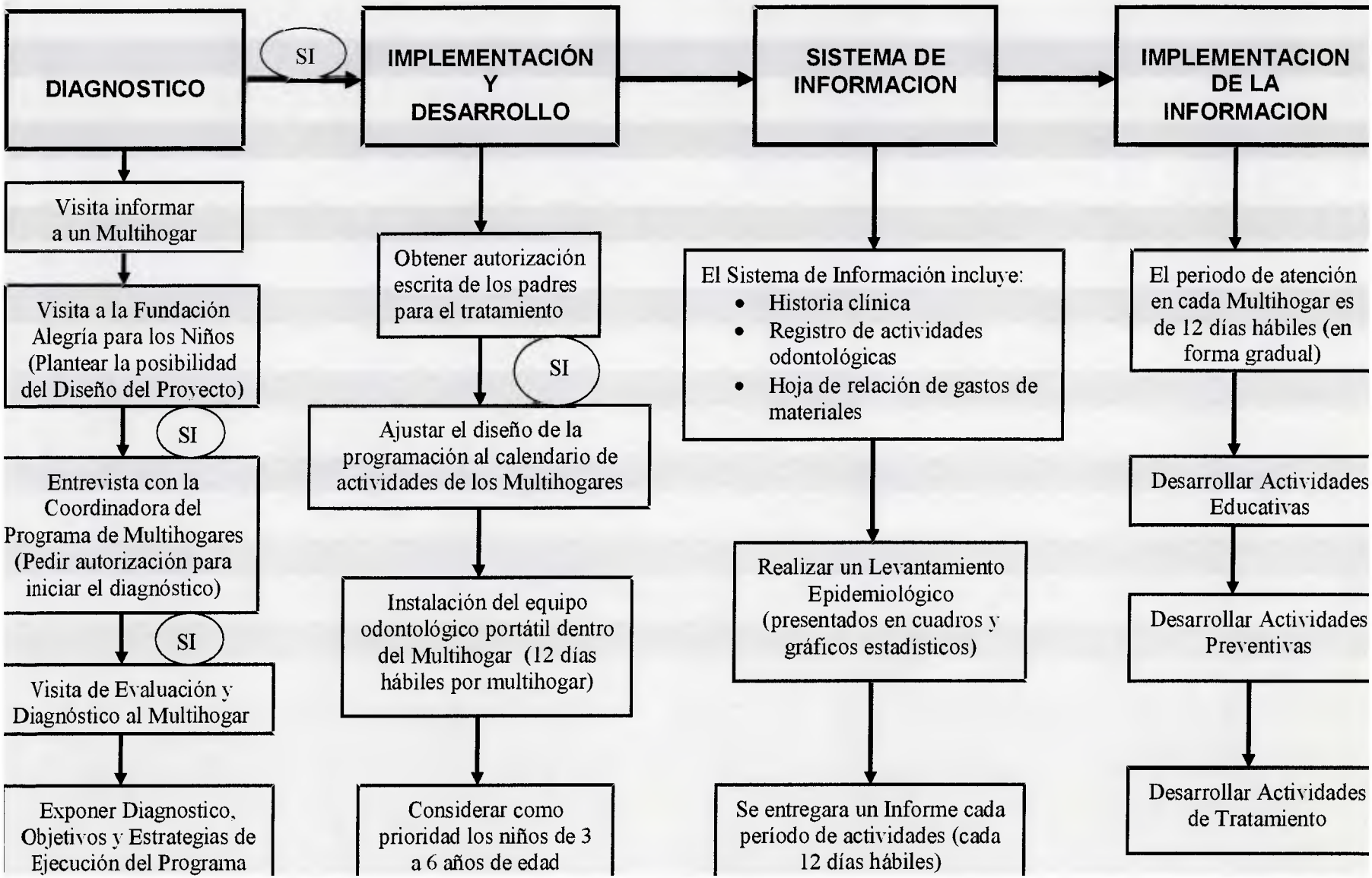
Anexo 4.

Distribución de los multihogares de la Fundación Alegría para los Niños del Estado Carabobo por grupos etarios. Enero 2005.

** **	Multihogares (Edo Carabobo)	Ubicación Municipios	3 años	4 años	5 años	6 años	Total de niños en el multihogar
1	Naranjitas 1	Miranda	**11**	**11**	**3**	**0**	**25**
2	Naranjitas 2	Miranda	**9**	**8**	**3**	**0**	**20**
3	Las Tinajitas	Guacara	**8**	**8**	**5**	**0**	**21**
4	Rinconcito 1	Bejuma	**10**	**8**	**5**	**1**	**24**
5	Rinconcito 2	Bejuma	**5**	**13**	**1**	**3**	**22**
6	Rinconcito 3	Bejuma	**11**	**4**	**3**	**0**	**18**
7	Rinconcito 4	Bejuma	**10**	**3**	**4**	**0**	**17**
8	Estrellita	Tocuyito	**12**	**4**	**0**	**0**	**16**
9	Sonrisa	Libertador	**10**	**5**	**3**	**0**	**18**
10	Resplandor	Morón	**7**	**16**	**0**	**0**	**23**
11	Pastorcito	Mariara	**7**	**8**	**1**	**0**	**16**
12	Cachorritos	Mariara	**9**	**4**	**1**	**0**	**14**
13	Los Jabillitos	San Joaquín	**11**	**5**	**3**	**0**	**19**
14	Panelitas	San Joaquín	**13**	**7**	**0**	**0**	**20**
15	Pollitos 1	Tocuyito	**8**	**5**	**2**	**1**	**16**
16	Pollitos 2	Tocuyito	**3**	**6**	**2**	**1**	**12**
17	Ruiseñores	Valencia	**5**	**9**	**9**	**0**	**23**
18	Cotoperi	Montalbán	**6**	**10**	**8**	**0**	**24**
19	Guarapito	Canoabo	**8**	**8**	**2**	**0**	**18**
20	Vallecito	San Diego	**12**	**10**	**2**	**0**	**24**
21	Montañita	Naguanagua	**6**	**10**	**2**	**0**	**18**
22	Tamarindos	Valencia	**5**	**12**	**3**	**0**	**20**
23	La Hormiguita	Libertador	**11**	**4**	**3**	**0**	**18**
24	Semillitas 1	Los Guayos	**7**	**10**	**5**	**0**	**22**
25	Semillitas 2	Los Guayos	**11**	**2**	**7**	**0**	**20**
26	Mi lago bonito	Carlos Arvelo	**11**	**6**	**0**	**0**	**17**
*	**Total General**	********	**226**	**196**	**77**	**6**	**505**

ANEXO 5.
FLUJOGRAMA

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROYECTO



ANEXO 6.
FOTO DE UNIDAD ODONTOLOGICA PORTATIL

ALDA

ANEXO 7.

HISTORIA CLÍNICA. PAGINA 1

Fecha	ACTIVIDAD REALIZADA

INDESAB

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO
DE LA SALUD BUCAL

N°.:_____
Fecha:____/____/_____

HISTORIA CLINICA

Datos Personales

Nombre del Pac.:_____
Edad:_____ Sexo:_____ Grado Escolar:_____
Dirección:_____
Inst. Educativo:_____
Motivo de Consulta:_____

Antecedentes Personales

Enf. de la Infancia: * Sarampion ____ * Tosferina _____ * Rubeola _____
* Lechina _____ * Parotiditis _____

Tto Médico:_____

Vacunas:_____

Complicación Anestesica:_____

Alergías:_____

Propenso a hemorragias:_____
Operaciones o accidentes:_____

Otra enfermedad:_____
Hábitos:_____

Observaciones:_____

Autorización: yo, _____ portador de la cédula de identidad #._____, autorizo plenamente el tratamiento odontologico de mi representado_____

Firma:_____

ANEXO 7.
HISTORIA CLÍNICA. PAGINA 2

EXPLORACION CLINICA

Aspecto General: _____

Cavidad Bucal:

* Pared Anterior: _____

* Pared Posterior: _____

* Pared Superior: _____

* Pared Inferior: _____

* Paredes Laterales: _____

* Arcos Dentarios: _____

ODONTODIAGRAMA
(Previo Tratamiento)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51				61	62	63	64	65			
85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

NOTA _____

C___ E___ EL___ O___ S___ C___ E___ O___ S___

CPO: _____ CEO: _____

IHOS: ___

16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
46/85	31/71	36/75	46/85	31/71	36/75

- IMA _____
- IC _____
- IHOS _____

DIAGNOSTICO

_____

CONTROL DE PLACA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Indice: %

Fecha: / /

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Indice: %

Fecha: / /

PLAN DE TRATAMIENTO

SECUENCIA	ACTIVIDAD

ODONTODIAGRAMA
(Después del Tratamiento)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51				61	62	63	64	65			
85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ANEXO 8.

HOJA DE RELACION DE ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS

INDESAB

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD BUCAL

ACTIVID. ODONTOLOGICAS

Odontólogo:.....

Asistente:.....

Turno:..... Lugar:.....

Período

☐ Diaria ☐ Semana ☐ Mensual

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

IDENTIFICACION		DIAGNOSTICO												ASISTENCIA ODONTOLOGICA INTEGRAL																													
N° de historia	Nombre(s) y Apellidos	Grupo Etáreo					Consultas			E.P Sal.		FOR. Y PREV.			OPERATORIA								ENDODONCIA								CIRUG.			PERIODO								
															Tempor.				Tempor.				Tempor.				Tempor.				Exo.											
		Sexo	1 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a +	1D/AÑO	SUCESIVA	EMERG.	TEC. CEP	CHARLAS	C/PLACAS	TOP. FLUOR	SELLANTES	OBT. PROV.	AMALGAMA	RESINA	IONOMEROS	OBT. PROV.	AMALGAMA	RESINA	IONOMEROS	R.I.P.	PULPOTOM	TTO. INCOM	TTO. COMPO	RPI	RPD	TTO. INCOM	TTO. COMPO	TEMPORA	PERMANEN	MENOR	PROFILAX	TARTREC	MEDICACI	RX	OTROS	D/D/ALTA		
Totales																																										

Observaciones:.....

.....

.....

ANEXO 9.

HOJA DE RELACION DE GASTOS DE MATERIALES ODONTOLOGICOS

INDESAB

Instituto para el Desarrollo de la Salud Bucal

GASTOS DE MATERIAL

Odontólogo: .....

Asistente: .....

Turno: ..... Lugar: .....

☐ Diaria ☐ Semana ☐ Mensual

Fecha: Día ..... Mes ..... Año .....

N° de Historias	01 Anestesia	02 Anestesia Topica	03 Agujas	04 Rollos de Algodón	05 Algodón	06 Gasas	07 Dycal	08 Hidroxido de Calcio	09 Zinquenol	10 Cristales de Acetato	11 Policarboxilato	12 Amalgamas	13 Ionómero	14 Sellante	15 Barniz (Cavitario)	16 Barniz (Ionomero)	17 Resina autocurable	18 Resina fotocurable	19 Banda Celuloide	20 Banda matriz	21 Banda de Lija de Papel	22 Banda de Lija de Papel	23 Cuñas Interproximales	24 Hipoclorito	25 Agua Oxigenada	26 Alcohol	27 Solución Fisiológica	28 Conos de papel	29 Formocresol	30 Paramono	31 Ospara o Pulperil	32 Eugenol o Largal	33 Bisturi	34 Sutura	35 Alvogil	36 Fluor	37 Pasta Profiláxica	38 Crema dental	39 Eyectores	40 Papel de Articular	41 Guantes	42	43	44	45	46	47

Anexo 10.

Tabulación de los niños de 3 a 6 años beneficiados por el Programa de Atención Odontológica integral comunitaria. Fecha. Estado Carabobo.

Multihogares de cuidado diario	Municipios	N° de niños tratados	N° de niños Saneados	% de niños Saneados

Tabulacion de datos (niños de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares) Fecha. Estado Carabobo.

Condición Inicial

tihogar	Municipios	N° de niños atendidos	C	E	Ei	O	S	U.D.P	c	e	o	S	u.d.t	IMA	IC	IHOS	PMA

Tabulacion de datos (niños de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares)

Fecha. Estado Carabobo.

Condición Final

ltihogar	Municipios	N° de niños atendidos	C	E	Ei	O	S	U.D.P	c	e	o	S	u.d.t	IMA	IC	IHOS

Distribución de la población de 3 a 6 años de edad de 26 multihogares según sexo expresado en porcentaje. Fecha. Estado Carabobo

Sexo	N	%
Masculino		
Femenino		
Total		

Distribución de la población de 3 a 6 años de edad de 26 multihogares según grupos etarios expresado en porcentaje. Fecha. Estado Carabobo

Edad	N	%
3-4 años		
5-6 años		
total		

Índice c.e.o inicial de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según sexo. Fecha. Estado Carabobo.

c.e.o Sexo	N	c	Xc	ei	Xei	o	Xo	c.e.o
Masculino								
Femenino								
Total								

Índice c.e.o Final de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según sexo. Fecha. Estado Carabobo.

c.e.o Sexo	N	c	Xc	ei	Xei	o	Xo	c.e.o
Masculino								
Femenino								
Total								

Índice c.e.o Inicial de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según grupo etario. Fecha. Estado Carabobo.

c.e.o Edad	N	c	Xc	ei	Xei	o	Xo	c.e.o
3-4 años								
5-6 años								
Total								

Índice c.e.o final de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según grupo etario. Fecha. Estado Carabobo.

c.e.o Edad	N	c	Xc	ei	Xei	o	Xo	c.e.o
3-4 años								
5-6 años								
Total								

Índice C.P.O Inicial de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según sexo. Fecha. Estado Carabobo.

C.P.O Sexo	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	C.P.O
Masculino										
Femenino										
Total										

Índice C.P.O final de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según sexo. Fecha. Estado Carabobo.

C.P.O Sexo	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	C.P.O
Masculino										
Femenino										
Total										

Índice C.P.O Inicial de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según grupo etario. Fecha. Estado Carabobo.

C.P.O Grupo etario	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	C.P.O
5 años										
6 años										
Total										

Índice C.P.O final de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según grupo etario. Fecha. Estado Carabobo.

C.P.O Grupo etario	N	C	XC	E	XE	EI	XEI	O	XO	C.P.O
5 años										
6 años										
Total										

Índice I.H.O.S Inicial de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según sexo. Fecha. Estado Carabobo.

I.H.O.S Sexo	N	I.M.A	X I.M.A	IC	XC	I.H.O.S
Masculino						
Femenino						
Total						

Índice I.H.O.S final de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según sexo. Fecha. Estado Carabobo.

I.H.O.S Sexo	N	I.M.A	X I.M.A	IC	XC	I.H.O.S
Masculino						
Femenino						
Total						

Índice I.H.O.S Inicial de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según grupo etario. Fecha. Estado Carabobo.

I.H.O.S Grupo etario	N	I.M.A	X I.M.A	IC	XC	I.H.O.S
3-4 años						
5-6 años						
Total						

Índice I.H.O.S final de la población de 3 a 6 años de edad de 26 Multihogares según grupo etario. Fecha. Estado Carabobo.

I.H.O.S Grupo etario	N	I.M.A	X I.M.A	IC	XC	I.H.O.S
3-4 años						
5-6 años						
Total						