

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN EL MÓDULO ODONTOLÓGICO JOSÉ ERNESTO ESCOBAR ECHEVERRÍA,
CHICACAO, SUCHITEPÉQUEZ, FEBRERO-OCTUBRE 2014.

Presentado por:

GABRIELA ESTEFANY PAREDES CORDERO

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala, que presidió el Acto de Graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2014.

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN EL MÓDULO ODONTOLÓGICO JOSÉ ERNESTO ESCOBAR ECHEVERRÍA,
CHICACAO, SUCHITEPÉQUEZ, FEBRERO-OCTUBRE 2014.

Presentado por:

GABRIELA ESTEFANY PAREDES CORDERO

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de
Guatemala, que presidió el Acto de Graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2014.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

| | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Decano: | Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles |
| Vocal Primero: | Dr. José Fernando Ávila González |
| Vocal Segundo: | Dr. Erwin Ramiro González Moncada |
| Vocal Tercero: | Dr. Jorge Eduardo Benítez de León |
| Vocal Cuarto: | Br. Bryan Manolo Orellana Higueros |
| Vocal Quinta: | Br. Débora María Almaraz Villatoro |
| Secretario Académico: | Dr. Julio Rolando Pineda Cordón |

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| Decano: | Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles |
| Vocal: | Dr. Leonel Eugenio Arriola Barrientos |
| Secretario Académico: | Dr. Julio Rolando Pineda Cordón |

ACTO QUE DEDICO:

- A Dios: Por ser mi guía, mi fortaleza, mi protector y mi amigo.
- A mis padres: Violeta Cordero y Erwin Paredes, por ser mi apoyo incondicional, por su amor, paciencia y acompañarme en cada paso que doy.
- A mi hermana: Karina Paredes Cordero por ser mi mejor ejemplo, mi fiel amiga y mi protectora.
- A José Carlos Argueta: Por demostrarme su amor ilimitado en todos los aspectos de mi vida. Por ser mi principal motivador.
- A mi familia: Edgar Cordero, Julio Cordero, Sonia Chinchilla y Berta León, por estar presentes en cada paso de mi carrera, por confiar en mí y por sus muestras de amor.
- Familia Argueta Chacón: Por dejarme ser parte de su familia y estar pendientes de mí.
- A mis amigos: Brendita, Lore, Yaki, Nadia, Mario, Blanco, Wilson gracias por su amistad.

A mis profesores: Por ser parte fundamental de mi conocimiento, en especial a Erick Hernández, Ricardo Catalán, Kenneth Pineda, Juan Ignacio Asensio.

A: La Universidad de San Carlos de Guatemala, en especial a la Facultad de Odontología.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Módulo Odontológico José Ernesto Echeverría Chicacao, Suchitepéquez, conforme lo demanda el Normativo de Evaluación y con fines de promoción para estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| Sumario | 2 |
| Actividades comunitarias | 4 |
| Prevención de enfermedades bucales | 33 |
| Investigación única del Ejercicio Profesional Supervisado | 50 |
| Atención clínica integral | 69 |
| Administración del consultorio | 84 |
| Programa de capacitación al personal auxiliar | 91 |
| Bibliografía | 106 |

SUMARIO

El presente informe describe cada una de las actividades llevadas a cabo, los objetivos y metas alcanzadas; así como las limitaciones que se presentaron durante el programa del Ejercicio Profesional Supervisado en el Módulo Odontológico José Ernesto Escobar Echeverría del Municipio de Chicacao, Departamento de Suchitepéquez; durante el período de febrero a octubre de 2014.

Las actividades desarrolladas durante el programa fueron:

1. Actividades Comunitarias: A través de las cuales se planificó y ejecutó proyectos y actividades que contribuyeron al mejoramiento de la Escuela Oficial Urbana Mixta 20 de Octubre Jornada Vespertina, por medio de la colaboración para la construcción de una cocina; y otras en favor del módulo odontológico y la clínica dental.
2. Prevención de Enfermedades Bucales: La labor se enfocó en tres escuelas y dos colegios en los meses de febrero a octubre del 2014; se cubrió durante todo el programa a 1238 escolares con enjuagues de fluoruro de sodio, 67 charlas de educación en salud, beneficiando a 1840 escolares y 1160 sellantes de fosas y fisuras, beneficiando a 119 escolares.
3. Investigación Única: Se trabajó en el desarrollo de una investigación conjunta, con el título de Perfil de Impacto de Salud Bucal en la Calidad de Vida de Maestros del Sector Público Educativo de Guatemala, para la cual se realizó el trabajo de campo con maestros de Chicacao, Suchitepéquez, a través de un cuestionario de Calidad de Vida relacionada con Salud Bucal y una encuesta para determinar variables socio-demográficas. Se realizó presentación y análisis de resultados.
4. Atención Clínica Integral para escolares y grupos de alto riesgo: A través de la actividad clínica integrada se contribuyó a resolver los problemas de salud bucal de la comunidad de Chicacao, Suchitepéquez. Se dio prioridad a los grupos de pre-escolares, escolares, mujeres embarazadas y adultos mayores. Durante el período comprendido de febrero a octubre de 2014, se atendió integralmente 95 pacientes escolares y se trabajó a 39 pacientes de alto riesgo. A estos pacientes se les realizó

134 profilaxis y aplicación tópica de flúor, 954 sellantes de fosas y fisuras, 25 restauraciones de ionómero de vidrio, 139 restauraciones de amalgama, 720 restauraciones de resina, 36 pulpotomías, 3 coronas de acero y 76 extracciones dentales.

5. Administración de Consultorio: Durante el período de febrero a octubre se administró los recursos humanos y materiales de la clínica odontológica de Chicacao, Suchitepéquez. Además se capacitó al personal auxiliar que trabajó como asistente dental durante el período del EPS.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

1.1 INTRODUCCIÓN

El proyecto de Actividad Comunitaria tiene como fin convertir al Odontólogo Practicante en un agente de cambio dentro de la sociedad en la que ejecute su programa de Ejercicio Profesional Supervisado. Ante esto, surge la obligación de tener contacto con la realidad en la que vive la población en la que se esté llevando a cabo el E.P.S., en este caso, la población de Chicacao, Municipio del Departamento de Suchitepéquez, de la región sur-occidente de la República de Guatemala.

Al ser un estudiante de las ciencias de la salud y tener contacto con la población, la observación de la misma y las experiencias vividas, se deben analizar los aspectos que influyen en el bienestar integral de la población y establecer propuestas para mejorarla.

La salud, definida por la OMS, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud integral es un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales. De esta manera el ser humano crece en todos los ámbitos de la vida y, por consiguiente se siente sano y feliz. (1,2).

Uno de los aspectos a considerar, en lo relacionado a salud, es la salud ambiental. Según la Organización Mundial de la Salud es "la disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones". (3, 4,5).

Entre los aspectos que incluye la salud ambiental está el bienestar social. Éste, es un conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. Entonces, el bienestar social constituye un buen empleo, buenos ingresos para satisfacer las necesidades, obtención de satisfacciones, vivienda, acceso a la educación y a la salud, seguridad social, desarrollo urbano, medio ambiente, tiempo para la diversión y relajación. (4).

En un primer momento la expresión "calidad de vida" apareció en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana.

Como parte del Ejercicio Profesional Supervisado, se tiene oportunidad de convivir con situaciones, ambientes y entornos distintos a los acostumbrados y también puede observarse cómo el deterioro de la vida urbana afecta la calidad de vida de las personas que residen en la comunidad en la que conviven.

El desarrollo urbano en la comunidad de Chicacao se encuentra sumamente deteriorado en algunos lugares y, en otros, es satisfactorio para la población, pero, donde hay deterioro, existe también deterioro de la calidad de vida de las personas.

Durante el EPS los estudiantes tienen la posibilidad de realizar una actividad a favor de la comunidad y, a través de la observación por las constantes visitas a escuelas, se pudo ver las deficiencias que cada una de éstas posee. Resulta imposible satisfacerlas todas. Sin embargo, se eligió colaborar con la escuela que presentó mayor número de deficiencias, ya que esto afecta la calidad de vida de los niños y niñas que asisten a dicho centro.

Esta escuela es la "20 de Octubre" de jornada vespertina, que es una de las escuelas con menos apoyo municipal, de maestros y de los padres de familia y, por lo tanto, menos recursos. Debido a que cuentan con pocos recursos, las instalaciones que utilizan son propias de otra escuela y no tienen acceso a todas las áreas. Una de estas áreas es la cocina de la escuela. La cocina que utilizaba la jornada vespertina fue incendiada accidentalmente hace 5 años y no han podido repararla por falta de recursos.

Los niños y maestros preparan su refacción escolar en una situación precaria, ya que la cocina es construida con block, ladrillo y lámina. Esta situación afecta y deteriora su bienestar social, en aspectos de desarrollo urbano y medio ambiente, higiene, tiempo para la diversión y relajación. Por lo tanto, se decidió implementar un proyecto para gestionar la recaudación de fondos para la compra de materiales y la mano de obra para la construcción de una cocina básica en dicha escuela.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud integral es un estado de bienestar ideal que solo se logra cuando existe un balance adecuado entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales; que cada individuo debe conservar y cuidar. (2).

Uno de los aspectos de salud es la salud ambiental. Ésta, se encuentra relacionada con el bienestar social. Es decir, que engloba factores que participan en la calidad de la vida de la persona y se basa en la obtención de satisfacciones a través del desarrollo urbano y medio ambiente, tiempo para la diversión y relajación.

Para que una persona pueda obtener bienestar a través del desarrollo urbano; el medio en el que convive debe ser satisfactorio para él y con las condiciones que necesite para facilitar sus acciones diarias. Debido a esto, se presentó la necesidad de encontrar una forma de ayudar a favorecer el desarrollo urbano de la Escuela “20 de octubre” jornada vespertina, y brindar, de esta forma, más tiempo para la diversión y relajación de los niños que ayudan en la diaria construcción de la cocina.

Con base a lo anteriormente expuesto este proyecto planteó la necesidad de analizar si ¿es posible favorecer el bienestar social de los alumnos que asisten a la Escuela “20 de octubre” jornada vespertina de Chicacao, Suchitepéquez, con un plan para la construcción de una cocina básica?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El estado de salud no puede existir si no es de manera integral, no solo la resolución de problemas físicos puede llamarse salud, sino que debe cumplirse con todos los aspectos que complementan el estado de salud. Uno de estos, es la salud que se obtiene de vivir y convivir en un medio urbano y ésta puede obtenerse únicamente si se tienen los medios básicos para lograrlo.

Es por esto que fue de gran beneficio llevar a cabo un proyecto en el cual se gestionó la compra de materiales y mano de obra para la construcción de una cocina de leña para la Escuela “20 de octubre” jornada vespertina.

1.4. OBJETIVOS

General:

- Apoyar el estado de bienestar social de los alumnos que asisten a la Escuela “20 de octubre” jornada vespertina del Municipio de Chicacao, Suchitepéquez.

Específicos:

- Evitar el deterioro de la calidad de vida de los estudiantes a través del desarrollo urbano de la de la Escuela “20 de octubre” jornada vespertina y favorecer la higiene en el manejo de sus alimentos.
- Cooperar para que los niños de la Escuela “20 de octubre” jornada vespertina del Municipio de Chicacao, obtengan más tiempo para diversión y relajación en la escuela.

1.5 METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este proyecto, se realizó lo siguiente:

- Se presentó el proyecto ante la Municipalidad de Chicacao.
- Se solicitó autorización a la Escuela “20 de octubre” jornada matutina, por ser dueños del terreno en el que funciona la jornada vespertina.
- Se seleccionó el área en que se colocaría la nueva cocina.
- Se solicitó autorización municipal, a la Escuela “20 de octubre” jornada matutina para utilizar el área en que podría colocarse la cocina.
- Después de aprobado el proyecto por la Municipalidad y la escuela, se solicitó una reunión con el maestro de obras municipales para realizar una estimación del material necesario para la construcción
- Se determinó el material que se necesitaría.
- Se elaboró presupuestos del material que se necesitaría para la construcción.
- Se realizó actividades recreativas y rifas para recolectar fondos para la obtención de material y mano de obra para la construcción de la cocina.
- Se solicitó a la Municipalidad colaboración con el proyecto.
- Se solicitó ayuda con la mano de obra para la futura construcción de la cocina.
- Se solicitó la colaboración de maestros y estudiantes para la realización del proyecto.

1.6. PERÍODO DE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Junio: planeamiento.

Julio: autorización y gestión.

Julio: desarrollo de proyecto.

Agosto- septiembre: desarrollo de proyecto y evaluación.

1.7. RECURSOS DISPONIBLES

Recursos humanos: maestros, alumnos, odontóloga practicante.

Recursos materiales: ninguno.

1.8. DESARROLLO DEL PROYECTO

El proyecto de Actividad Comunitaria tiene como fin que la Odontóloga Practicante se compenetre en la comunidad, de tal manera que logre identificar las necesidades de los habitantes, situaciones precarias y que logre conocer la realidad en la que vive la comunidad.

Para realizar el proyecto de Actividad Comunitaria, la Odontóloga Practicante debe identificar y seleccionar una situación de necesidad por la que esté pasando la comunidad, en la que pueda colaborar y apoyar para lograr un cambio, que sea de beneficio para un grupo de personas específico.

En el mes de febrero se seleccionó, como proyecto de Actividad Comunitaria, la colocación de basureros en las calles principales del pueblo, por problemas de contaminación en el Municipio de Chicacao, Suchitepéquez. Para lo cual, se gestionó apoyo de la Municipalidad e instituciones privadas. Luego de cuatro meses, surgió la necesidad de replantear el proyecto, ya que la Municipalidad convirtió el proyecto en obra únicamente municipal; por lo que este proyecto ya no era requerido.

Debido a esto en el mes de junio se modificó el proyecto. Después de estar más tiempo y tener conocimiento sobre la comunidad; se identificó una situación muy precaria en la Escuela Oficial Urbana Mixta “20 de Octubre” Jornada Vespertina; que desde hacía cinco años la construcción que utilizaban como área de cocina se incendió y quedaron solo escombros que, con el tiempo, se convirtió en basurero de la misma escuela. Al no contar con fondos ni apoyo de las autoridades municipales, dicha cocina nunca fue restaurada y el área que utilizaban como cocina consistía en una lámina recostada sobre una pared y ladrillos apilados.



Espacio utilizado como cocina Escuela Oficial Mixta “20 de Octubre” Jornada Vespertina

Por esta razón, el proyecto se enfocó en solventar esta necesidad, por medio de la obtención de fondos para la compra de materiales y la gestión para la construcción y obtención de recursos. Durante los siguientes meses se realizaron reuniones y solicitudes para obtener un espacio físico para realizarla, donaciones para llevar a cabo rifas para la recaudación de fondos, donación de materiales de construcción y mano de obra de la Municipalidad.



Cocina provisional utilizada por 5 años por la escuela.
Madre de familia cocina la refacción escolar.

Para la obtención de fondos para la compra de materiales se realizaron dos rifas, las cuales fueron vendidas por maestros, estudiantes, personas de la comunidad que simpatizaron con el proyecto, personal auxiliar del Módulo Odontológico, el O.P. José Argueta y la Odontóloga Practicante de este proyecto. Se logró recaudar Q.3, 050.00; que fueron entregados a la directora de la escuela para la compra de materiales de construcción de la cocina.

A través de gestión se consiguió la donación de algunos materiales que se necesitaban así como la mano de obra para la construcción, que fue solicitada y concedida por la Municipalidad de Chicacao, Suchitepéquez.

Se dio inicio de labores en el mes de septiembre, con la limpieza del área de cocina que se había convertido en basurero. También se demolió un muro de la construcción antigua que ya no tenía ninguna utilidad y se llegó al acuerdo, con la Municipalidad, para que el proyecto se realice y concluya en el año 2015.

Con esto se concluyó el proyecto de Actividad Comunitaria y con la satisfacción de la gratitud de escolares y maestros de la Escuela Oficial Urbana Mixta “20 de octubre” jornada Vespertina, por haber sido escuchados y tomados en cuenta para este proyecto y por lograr un vínculo que quedó activo con la Municipalidad y la escuela.



Espacio obtenido para realizar la construcción de la cocina.

PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA

1.9 INTRODUCCIÓN

El diseño de un consultorio odontológico debe satisfacer las necesidades humanas, físicas y materiales. (7).

Las alteraciones, deterioro del ambiente y la imagen que éstas posean crea una serie de factores agresivos para la salud, estos factores o riesgos son de diferente índole, por lo cual se clasifican en: físicos, químicos, biológicos, disergonómicos y psicosociales. (6,7).

Como parte de la salud ambiental se encuentran los factores físicos que incluyen: atmosféricos, carga física, luz visible, colores, electricidad, ruidos, temperaturas y otros. (4).

En un ambiente clínico es muy importante el bienestar del paciente y personas que laboran en el mismo y, para mantener y procurar la salud ambiental de estos, es importante procurar que los factores físicos se encuentren regulados. Uno de estos aspectos es el color que poseen las paredes en las que se encuentra la clínica y sala de espera, pues éste debe reflejar una imagen de tranquilidad, armonía, paz y pulcritud.

El color como factor físico de la salud ambiental tiene influencias profundas en los afectos y las respuestas fisiológicas emergentes, desde depresión hasta la excitación. (4,6).

Es por esto que es importante que el color que presente el ambiente clínico sea grato para las personas que habitan el mismo. De esta manera se pretende realizar un proyecto en el que se coloque en las paredes un color que transmita positivismo y serenidad a las personas que conviven del ambiente clínico.

En el módulo odontológico de Chicacao el color de las paredes de la sala de espera no era uniforme, estaba deteriorado y carecía de pulcritud. Por lo tanto, se propuso realizar un proyecto para cambiar el color de la sala de espera de la misma y, de esta manera, otorgar un medio grato a las personas que recurren a la clínica y a las personas que ahí trabajan.

1.10. PROBLEMA

El módulo odontológico de Chicacao, Suchitepéquez, fue creado hace más de tres décadas y, con el paso del tiempo, ha sufrido deterioros, algunos de estos han sido parcialmente reparados pero no de manera efectiva.

La imagen que una clínica proyecte ante las personas que la visiten es importante, ya que ésta es una forma de promover la salud, a través de la rama de la salud ambiental. El ambiente en que el paciente se encuentre puede influir en su estado de ánimo y predisposición ante lo que está por suceder.

Se propuso cambiar, en forma parcial, la imagen de la clínica y sala de espera a través del color de las paredes y hacer que éste sea armonioso, agradable, que invite a una actitud positiva; pues es sabido que el color es influyente en las emociones de la persona humana.

Con base a lo anteriormente expuesto, este proyecto planteó la necesidad de analizar si ¿es posible cambiar la imagen que proyecta la clínica, específicamente de la sala de espera del módulo odontológico de Chicacao, a través del color de sus paredes y así beneficiar a los pacientes, personas que trabajan y conviven en la misma?

1.11. JUSTIFICACIÓN

La imagen que posea una clínica es influyente en la predisposición del paciente ante lo que está por realizarse. El color que posea influye en el estado de ánimo, actitud y otras emociones de las personas que conviven en la misma. Estos aspectos podrían favorecerse con una imagen adecuada y evitar así estados de estrés o ansiedad.

El módulo odontológico de Chicacao estaba especialmente diseñado para la atención de pacientes niños de diversas edades, quienes suelen ser más susceptibles ante pequeños estímulos. Si se encuentran en un ambiente favorable y agradable, podría ayudar a mantener un estado de ánimo estable y relajado durante el tiempo que permanezcan en la clínica odontológica.

1.12. OBJETIVOS

General:

- Crear un ambiente agradable para los pacientes y personal que asisten al módulo odontológico de Chicacao, Suchitepéquez.

Específicos:

- Generar, a través del color, un ambiente armonioso para los pacientes y personal del módulo odontológico de Chicacao.
- Evitar ansiedad o tensión en los pacientes y personal que asisten al módulo odontológico de Chicacao.

1.13. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este proyecto, se realizó lo siguiente:

- Se presentó el proyecto ante la Municipalidad de Chicacao.
- Se solicitó autorización de la Municipalidad de Chicacao para la realización del proyecto.
- Se determinó el color adecuado para cada área de la sala de espera.
- Se compró los materiales necesarios.
- Se procedió a pintar las diferentes áreas y a verificar la reacción de los pacientes y personal que trabaja y convive en el módulo odontológico.

1.14. PERÍODO DE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Febrero: planeamiento.

Marzo: presentación del proyecto y gestión.

Abril: implementación.

Mayo – septiembre: evaluación.

1.15. RECURSOS DISPONIBLES

Humanos:

- Odontóloga Practicante
- Asistente dental
- Conserje

Materiales

- Ninguno, pero se gestionó cualquier recurso que pudiera beneficiar al proyecto.

1.16. DESARROLLO DEL PROYECTO

El proyecto de Mejoras a la Clínica tiene como fin realizar actividades para favorecer el mobiliario o ambiente de la clínica dental, proporcionar mantenimiento y mejorar el lugar donde se realiza el Ejercicio Profesional Supervisado.

Con el fin de mejorar el ambiente de la clínica se decidió pintar las paredes de la sala de espera, las que se encontraban deterioradas y de colores no acordes al lugar. Para esto, se investigó sobre colores que favorecen en una clínica dental según psicología del color; se adquirió la pintura necesaria y adecuada.

Se aplicó la pintura en el mes de abril, pero al momento de levantar la pintura antigua, se detectaron problemas de humedad por filtración de la terraza del Módulo Odontológico, para lo cual se solicitó ayuda a la Municipalidad para reparar la terraza.

La solicitud fue atendida en la Municipalidad y aprobada, durante los meses de abril a julio. Las reparaciones a la terraza del módulo fueron iniciadas y finalizadas durante el mes de agosto. Por lo que se aplicó otra capa de pintura en la sala de espera en ese mes.





Sala de espera mes de febrero y marzo.
Fotografías tomadas antes del inicio de labores de pintura.





Sala de espera lista para recibir pintura, momento en que se detectaron Problemas de filtración en las paredes y terraza del Módulo.





Proyecto finalizado, luego de reparación de terraza y segunda mano de pintura.

Durante la realización del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado se encontró diversas situaciones en el Módulo Odontológico que fueron solventadas de la siguiente manera:

- ✓ Durante el mes de abril se identificó daños irreparables en el compresor, lo cual no fue solventado hasta el mes de mayo, cuando se obtuvo, de manera provisional, un compresor y se quedó a la espera de uno definitivo. Se realizó la gestión para la obtención de repuestos y así restaurar un compresor que está destinado para el Modulo Odontológico de Chicacao, Suchitepéquez, y se espera que el próximo Odontólogo Practicante pueda obtenerlo.
- ✓ Cambios de mangueras para compresor por fugas y daños irreparables.
- ✓ Colocación de clips en paredes para colgar toallas para el secado de manos.
- ✓ Limpieza profunda de piso, lavamanos, unidades dentales, piezas metálicas, con ácidos y bases para la eliminación de óxido y corrosión.

- ✓ Solicitud a la Municipalidad para colaborar en traslado del compresor a un lugar seguro y que no fuera utilizado para reuniones municipales.
- ✓ Solicitud concedida y traslado de compresor en el mes de septiembre, se le adaptó una manguera de menor calibre protegida de manera subterránea con tubería plástica. Se logró mejoras en la presión de aire de trabajo y disminución de contaminación auditiva. Además de tener ahora el compresor en un lugar seguro que es utilizado exclusivamente para el EPS de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- ✓ Solicitud de colocación de barrotes en las ventanas de la clínica dental, para aumentar la seguridad, por incidente previo de robo en el mes de julio.
- ✓ Solicitud concedida los cuales fueron colocados en el mes de agosto; y se aumentó así la seguridad en la clínica dental.
- ✓ Compra de candados para asegurar puertas de acceso al Módulo Odontológico y a la clínica dental.
- ✓ Instalación de repisa en el cuarto de revelado en el mes de agosto, para la colocación de líquidos radiográficos.
- ✓ Solicitud de arreglos en jardines del Módulo Odontológico, lo cual consistió en la eliminación de plantas no ornamentales o frutales, arboles dañados y siembra de nuevos árboles y plantas comestibles, durante el mes de septiembre. Se solicitó la limpieza de los jardines de forma periódica la cual se ha cumplido mensualmente.
- ✓ Re apertura y habilitación de baños de visita en el Módulo Odontológico con la ayuda de personal de servicio de la Municipalidad y conserje interina.

LIMPIEZA PROFUNDA A CLÍNICA DENTAL

ANTES





DESPUÉS





COLOCACIÓN DE BARROTÉS

ANTES



DESPUÉS



REPISA DE CUARTO DE REVELADO

ANTES



DESPUÉS



TRASLADO DE COMPRESOR



LIMPIEZA DE JARDINES

ANTES





DESPUÉS



II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

2.1. INTRODUCCIÓN

La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social. ⁽⁸⁾

La salud oral es un componente fundamental de la salud integral en el ser humano, pues ésta influye en el bienestar físico, psicológico y social de las personas. ^(9, 10,11)

Los problemas o enfermedades que pueden ocurrir en la cavidad oral tales como caries, enfermedad periodontal, pérdida de piezas dentales o traumatismos bucodentales constituyen un grave problema de salud pública que tienen efectos directos en las personas que los padecen; presentan consecuencias como dolor, pérdida de la capacidad funcional y depreciación de la calidad de vida.

Las poblaciones con menor capacidad adquisitiva presentan, en mayor número, enfermedades de la cavidad bucal, que usualmente tienen una relación directa con las condiciones de vida, factores ambientales, actitudinales, sistemas de salud y aplicación de programas preventivos.

Gran parte de la población que vive en Departamentos o Municipios de la República de Guatemala, no recibe atención bucodental sistemática y no hay programas de prevención establecidos; es el caso de Chicacao, Municipio del Departamento de Suchitepéquez, lugar en donde se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado. A través del EPS, se instituyó un programa de prevención; que tiene como objetivo disminuir el daño prematuro de la dentición en niños y niñas en etapa escolar y preescolar.

Este programa está subdividido en varios elementos, que son: utilización e instrucción del cepillo dental, prevención de caries dental y uso de enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%, educación en salud y aplicación de sellantes de fosas y fisuras. Con estos se procuró educar, instruir, intervenir, prevenir y crear hábitos en la población más susceptible que son los niños, pero, a su vez, se intentó tener impacto e influencia sobre los padres de familia y maestros que son parte fundamental en el desarrollo y funcionamiento del programa.

El Programa de Prevención fue dirigido a la población más susceptible; es el caso de niños y niñas en edad escolar y preescolar. En Chicacao, la labor se enfocó en tres escuelas y dos colegios en los meses de febrero a octubre del 2014; y se cubrió, durante todo el programa, a 1238 escolares con enjuagues de fluoruro de sodio, 1840 escolares con educación en salud y 119 escolares con aplicación de sellantes de fosas y fisuras.

2.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para promover salud integral en escolares de Chicacao, Suchitepéquez.
- Implementar un programa de prevención en escuelas del Municipio de Chicacao, Suchitepéquez.
- Incrementar el conocimiento en salud oral de los escolares a los que se impartirá charlas acerca de este tema.
- Aplicar sellantes de fosas y fisuras para prevención de caries dental en un grupo de niños seleccionados.
- Emplear el fluoruro de sodio al 0.2% para la aplicación de enjuagues semanales a un número de mil escolares.

2.3. METAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- Crear competencias y actitudes para favorecer la prevención como método para la adquisición de salud.
- Educar a la comunidad de Chicacao, Suchitepéquez, sobre cómo prevenir enfermedades bucodentales, cómo resolverlas y la manera de mantener un estado de salud oral óptimo.
- Informar sobre los beneficios de los métodos de prevención específicos como los enjuagues de flúor y los sellantes de fosas y fisuras.
- Proveer de suficiente información a niños y adultos sobre hábitos en salud oral, para que los pongan en práctica y puedan preservar su salud en general.
- Estimular a padres de familia y docentes para que orienten a la población escolar, con base en los temas impartidos.
- Informar a mujeres embarazadas acerca de la importancia del cuidado de la salud bucal en este período y estimularlas a realizar prácticas que promuevan la salud bucodental.
- Prevenir la caries dental por medio de la colocación de sellantes de fosas y fisuras y realización de enjuagues fluorados.

2.4. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL COMPONENTE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

En el programa del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el municipio de Chicacao del departamento de Suchitepéquez, en el período de febrero a septiembre del año 2014, se efectuó un Programa de Prevención; que comprendió tres subprogramas: el de enjuagatorios de fluoruro de sodio, educación en salud y barrido de sellantes de fosas y fisuras.

El subprograma de enjuagues con solución de fluoruro de sodio al 0.2%, que consistió en la administración semanal de enjuagues de flúor a los alumnos del nivel primario de algunas escuelas de dicho municipio.

El subprograma de educación en salud bucal, tiene como finalidad instruir a niños de nivel primario de las escuelas de la comunidad; para esto se seleccionó a las siguientes escuelas y colegios:

Febrero a mayo

| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | POBLACIÓN OBJETIVO |
|---|---------------------------|
| Colegio mixto católico urbano San José | 206 niños. |
| Escuela oficial urbana mixta Centenario | 300 niños. |
| Escuela de niñas Gabriela Mistral | 626 niñas |
| Total | 1132 niños |

Junio a Septiembre

| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | POBLACIÓN OBJETIVO |
|---|---------------------------|
| Colegio mixto católico urbano San José | 206 niños. |
| Escuela oficial urbana mixta Centenario | 300 niños. |
| Colegio mixto Pamaxán | 106 niños. |
| Escuela de niñas Gabriela Mistral | 626 niñas |
| Total | 1238 niños |

Este programa de educación en salud se realizó a través de charlas durante los ocho meses del programa de EPS, se utilizó material didáctico, dinámicas, participación estudiantil y actividades para el reforzamiento de aprendizaje en los escolares.

El subprograma de barrido de sellantes de fosas y fisuras consistió en la aplicación de sellantes en piezas libres de caries, a los niños de nivel primario de las escuelas seleccionadas como beneficiadas en el programa.

2.5. METODOLOGÍA

Para la ejecución del Programa de Prevención se realizó diversas acciones que dieron inicio con la selección de las escuelas con las que se trabajó para el programa. Una vez realizada la selección se llevó a cabo una reunión con los representantes de cada establecimiento educativo, con la finalidad de explicar el programa y solicitar su consentimiento para la aplicación del mismo en el plantel educativo.

Durante los meses de febrero a mayo se trabajó con dos escuelas y un colegio con un total de 1132 niños y, durante los meses de junio a septiembre, se trabajó con dos escuelas y dos colegios, con un total de 1238 niños; uno de los colegios fue incluido por solicitud de la institución educativa.

Se capacitó a los maestros que colaborarían con el Subprograma de Enjuagatorios de Fluoruro de Sodio y, en las escuelas se capacitó también a los niños y niñas de sexto primaria que son los encargados de ayudar a la ejecución del programa.

Los enjuagatorios fueron planificados para realizarse todos los días miércoles de cada semana. Se dio una charla previa a todos los escolares que recibirían los enjuagatorios, para informarlos sobre los beneficios de los mismos, el tiempo que debían permanecer con el líquido en su boca y la frecuencia con que estos debían realizarse.

El procedimiento que se realizó en cada establecimiento educativo fue el siguiente: los alumnos salían a un área donde pudieran escupir y en grupos guiados por los maestros y niños monitores de la actividad, se les repartía pequeños vasos en los que se dispensaba 5cc de solución de fluoruro de sodio al 0.2%, realizaban el enjuague por 2 ó 3 minutos y luego podían escupirlo.

La preparación del enjuague semanal para cada establecimiento fue realizada de la siguiente manera:

- ✓ 20 pastillas de flúor para 1 galón de agua, en las escuelas, por el número de estudiantes.
- ✓ 10 pastillas de flúor para 2 litros de agua en los colegios, por el número de estudiantes.

Las charlas de educación en salud se realizaron de acuerdo al nivel educacional y edades de los grupos. Se brindó información de distintos temas para promover conocimiento sobre salud y enfermedad en la cavidad oral.

La aplicación de sellantes de fosas y fisuras inició con el examen clínico de los niños de las escuelas cubiertas por el Programa de Prevención. Se elaboró una base de datos con los estudiantes que reunían las características adecuadas para este subprograma y cada mes se seleccionó a 20 niños para aplicarles sellantes de fosas y fisuras.

2.6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

2.6.1. SUBPROGRAMA DE ENJUATORIOS DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2%



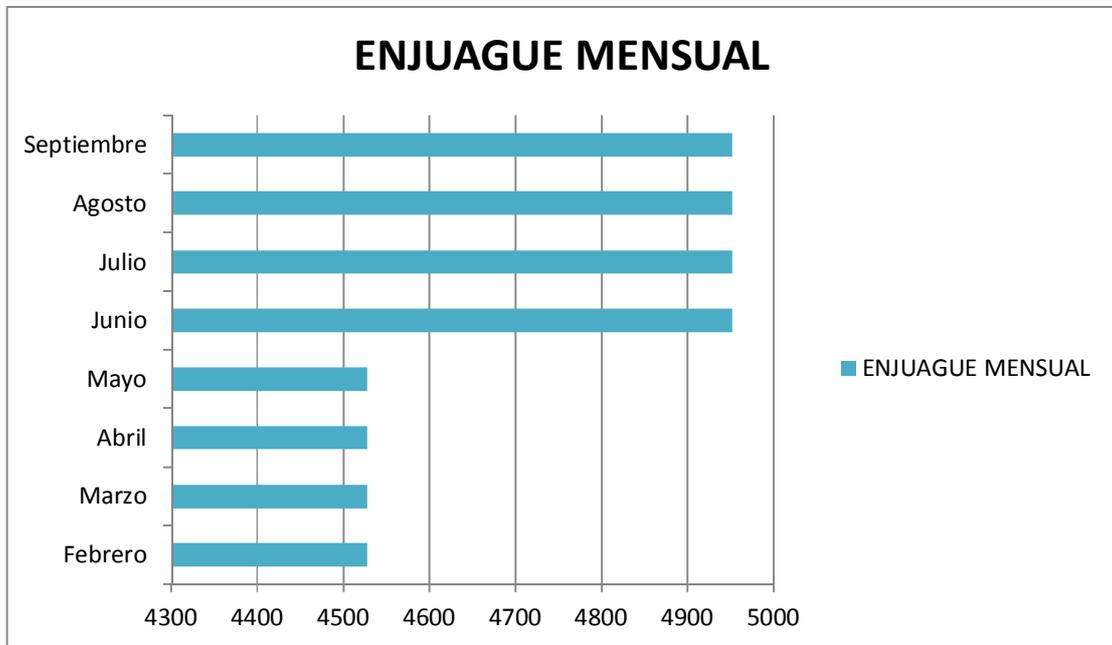
Niños realizan enjuagues de Fluoruro de Sodio.

Tabla No. 2.1
Número de enjuagues de flúor brindados por mes.

| MESES | NIÑOS ATENDIDOS POR MES | ENJUAGUE MENSUAL |
|------------|----------------------------|------------------|
| Febrero | 1132 | 4528 |
| Marzo | 1132 | 4528 |
| Abril | 1132 | 4528 |
| Mayo | 1132 | 4528 |
| Junio | 1238 | 4952 |
| Julio | 1238 | 4952 |
| Agosto | 1238 | 4952 |
| Septiembre | 1238 | 4952 |
| TOTAL | 9480 | 37950 |

Fuente: Elaboración propia con datos del informe

Gráfica No. 2.1
Total de enjuagues de flúor por mes

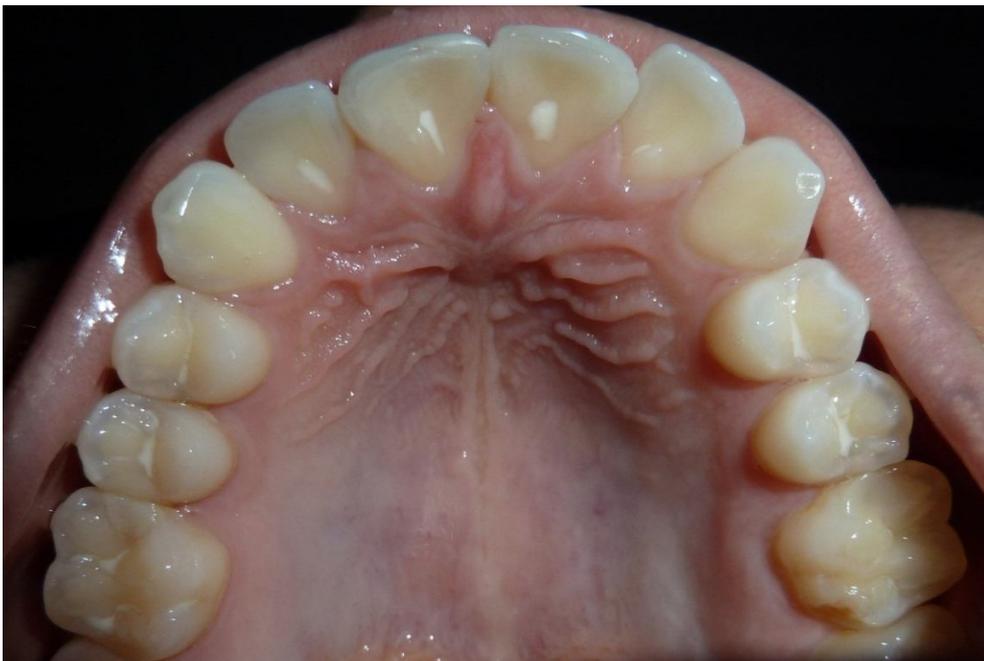


Fuente: Tabla No. 2.1

En el Subprograma de Enjuagues de Flúor, se trabajó con tres escuelas los primeros cuatro meses y se atendió a 1133 niños. En los últimos meses se trabajó con cuatro escuelas con las que se atendió a 1238 niños; como lo muestra la tabla 2.1. A estos estudiantes se les brindó enjuagatorios de fluoruro de sodio una vez por semana.

Los resultados de este programa, como lo muestra la tabla 2.1 y la gráfica 2.1; fueron en promedio de 4740 enjuagues mensuales y 37950 enjuagues durante la duración total del programa del Ejercicio Profesional Supervisado. Y, como muestra la tabla 1, tuvo cobertura de 9480 niños durante la duración del total del EPS.

2.6.2. SUBPROGRAMA DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS



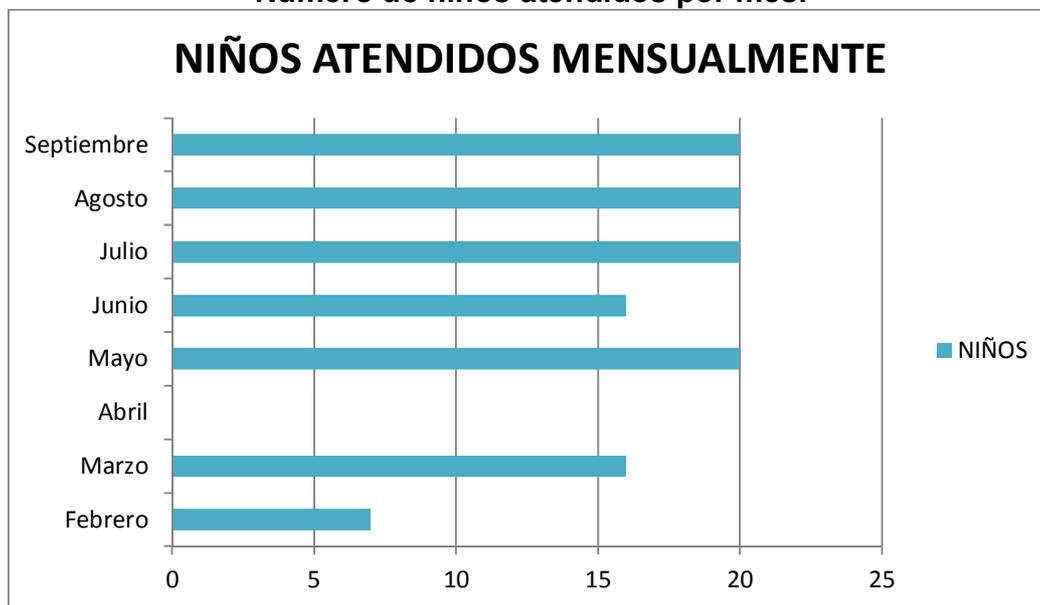
Paciente después de la aplicación de sellantes de fosas y fisuras y restauraciones de resina.

Tabla No. 2.2
Número de niños y de sellantes de fosas y fisuras atendidos y realizados cada mes.

| MES | NIÑOS | SFF |
|------------|-------|------|
| Febrero | 7 | 53 |
| Marzo | 16 | 136 |
| Abril | 0 | 0 |
| Mayo | 20 | 187 |
| Junio | 16 | 177 |
| Julio | 20 | 180 |
| Agosto | 20 | 238 |
| Septiembre | 20 | 189 |
| TOTAL | 119 | 1160 |

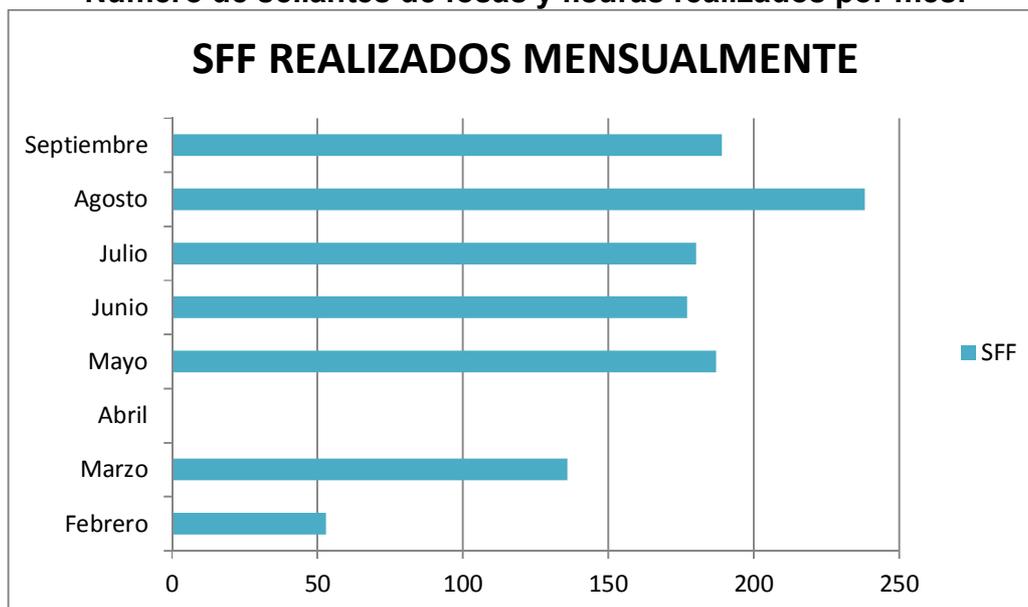
Fuente: Elaboración propia con datos del informe.

Gráfica No. 2.2.
Número de niños atendidos por mes.



Fuente: Tabla No. 2.2.

Gráfica No. 2.3
Número de sellantes de fosas y fisuras realizados por mes.



Fuente: Tabla No. 2.2

Durante los meses de febrero a septiembre se llevó a cabo el Programa de Aplicación de Sellantes de Fosas y Fisuras en piezas dentales libres de caries, a escolares de escuelas de educación primaria del Municipio de Chicacao, Departamento de Suchitepéquez. Se obtuvo como resultado la atención a 119 niños con la aplicación de 1160 sellantes de fosas y fisuras, como lo muestra la tabla 2.2 y las gráficas 2.2 y 2.3.

Como se observa en la tabla 2.2 y las gráficas 2.2 y 2.3, durante el mes de abril no se realizó ninguna actividad clínica de prevención. Esto, debido a desperfectos en el equipo, mismos que fueron solventados hasta el siguiente mes y razón por la que, a partir del mes de mayo, la productividad aumenta.

En la gráfica 2.2 se observa la cantidad de niños atendidos mensualmente y muestra el aumento de atención en los meses de mayo, julio, agosto y septiembre.

En la gráfica 2.3 se observa el número de sellantes de fosas y fisuras que se aplicaron a escolares, el número es variable en cada mes, pero se mantiene en un rango similar a partir del mes de mayo a septiembre; por lo que tiene una relación directa con el aumento en el número de pacientes atendidos.

2.6.3. SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD



Charlas impartidas sobre Técnicas de Cepillado

En los meses que comprenden el EPS, se procuró realizar 8 charlas mensuales en los diferentes grados del nivel primario, de las diferentes escuelas que fueron tomadas para llevar a cabo el Programa de Prevención. Durante el mes de septiembre se decidió dar 6 charlas adicionales a una escuela rural con entrega de cepillos dentales a cada uno de los niños que asisten a la escuela en los seis grados de primaria, con el fin de realizar una actividad adicional de promoción de educación en salud oral.

El Programa de Charlas fue realizado de manera que se impartió 67, con 1840 escolares durante la duración total del programa. Se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla No. 2.3
Temas, Niños cubiertos y Actividades de Educación en Salud Bucal por Mes.

| MESES | CHARLAS | NIÑOS | TEMAS |
|--------------|----------------|--------------|---|
| Febrero | 5 | 167 | Beneficios de los enjuagues con flúor. |
| Marzo | 8 | 212 | Anatomía de la cavidad oral |
| Abril | 8 | 272 | Caries dental |
| Mayo | 8 | 325 | Relación del azúcar con la caries dental |
| Junio | 8 | 146 | Uso correcto del cepillo, pasta e hilo dental |
| Julio | 8 | 176 | Inflamación gingival |
| Agosto | 8 | 297 | Enfermedad periodontal |
| Septiembre | 14 | 245 | Sustitutos del cepillo e hilo dental. Repaso cepillado. |
| TOTAL | 67 | 1840 | |

Fuente: Elaboración propia con datos del informe.

Como se observa en la tabla 2.3, diversos temas fueron impartidos en la charlas de educación en salud brindados cada mes. Se procuró dar información a distintos grados y distintas escuelas para expandir el alcance del programa.

Durante el último mes se dieron 6 charlas adicionales en una escuela rural, se dio una por cada grado de primaria y se brindó, a cada niño, un paquete de dos cepillos y una pasta dental.

Al realizar esta actividad se obtuvo gran aceptación de parte de los docentes de la escuela, del director y de los niños que demostraron tener mucha alegría en recibir este tipo de visita y actividad. Los docentes recibieron de manera positiva la actividad y manifestaron su gratitud. Con la actividad se beneficiaron a 59 niños de primero a sexto grado de primaria.

2.7. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

La salud bucal es una parte importante de la salud general. Poseer salud oral es fundamental para una vida agradable y plena.

Una de las mejores maneras de lograr la adquisición de un estado de salud oral es a través de la prevención.

En el programa del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Municipio de Chicacao del Departamento de Suchitepéquez, en el período de febrero a octubre del año 2014, se efectuó un Programa de Prevención; comprendió tres Subprogramas, el de Enjuagatorios de Fluoruro de Sodio, Educación en Salud y Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras.

Con la aplicación de este Programa de Prevención y sus distintos componentes se procuró implementar medidas preventivas, de autocuidado y adquisición de hábitos a temprana edad; y se logró así, aumentar el número de niños y niñas libres de enfermedades de la cavidad oral y, por ende, un estado de salud oral en su vida futura.

En el desarrollo del programa se adquirió diversas experiencias, pues, a medida que se avanzó más en la aplicación de los diversos subprogramas, se obtuvo más aceptación y colaboración tanto de maestros como de niños y niñas.

Después de un tiempo los niños lograron entender los beneficios de los enjuagatorios de flúor y lo hacían con mejor disposición. De la misma forma se logró que cinco maestras y maestros se involucraran de manera activa y positiva con el subprograma. Así también se logró involucrar a los niños de sexto grado de las escuelas, quienes se convirtieron en colaboradores los días que se brindaban los enjuagatorios de flúor.

La misma aceptación tuvieron los Subprogramas de Sellantes de Fosas y Fisuras y de Educación en Salud, que pudieron ser elaborados de manera constante y positiva de parte de los docentes y escolares.

El programa de prevención se realizó de manera exitosa y con resultados positivos en cuanto a actitud, aprendizaje y adquisición de hábitos.

2.8. CONCLUSIONES

- Con el Programa de Prevención pudo brindarse información a niños y maestros sobre salud oral, cómo detectar estado de salud y enfermedad y cómo prevenir enfermedades de la cavidad oral.
- A través de este programa se tuvo alcanzó a 1238 niños y niñas de distintos centros escolares con los enjuagues de flúor de manera semanal, 1840 niños y niñas en charlas y 119 niños y niñas con la aplicación de sellantes de fosas y fisuras. Se puede decir, que este programa tuvo un alcance e impacto significativo en la población escolar de Chicacao, Suchitepéquez.
- A través de este programa se logró observar el avance en conocimiento de los niños a quienes que se les brinda educación en salud, pues, a través del tiempo demuestran los conocimientos adquiridos con participación, opinión y preguntas en el desarrollo de las charlas en salud oral.
- Con la aplicación de sellantes de fosas y fisuras se logró limitar el riesgo de caries en 119 niños.
- Con el Subprograma de Enjuagues de Fúor se comprobó que se disminuye la aparición de caries dental si es aplicado de manera sistemática. Durante el EPS se logró que tres establecimientos escolares realizaran, de manera adecuada, este subprograma, por lo que si continúan de este modo, podrá observarse resultados positivos en la salud oral de los niños y niñas partícipes a largo plazo.

2.9. RECOMENDACIONES

- Continuar con el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales, para beneficiar a la población guatemalteca de las distintas comunidades. Fomentar, con este recurso, buenos hábitos de higiene y una educación sobre la importancia de la salud oral.
- Promover campañas de divulgación de higiene oral, para informar sobre la existencia de programas de prevención y orientar a la comunidad para que acudan al Odontólogo.
- Lograr un vínculo con las escuelas para promover que lleven a cabo continuamente, todos los aspectos del Programa de Prevención.
- Proporcionar mayor cantidad de pastillas de flúor para poder llegar, con esta parte del programa de prevención, a escuelas y comunidades que no poseen el beneficio de los demás programas.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE MAESTROS DEL
SECTOR PÚBLICO EDUCATIVO DE GUATEMALA

Investigación realizada en comunidades sede del Programa Ejercicio Profesional
Supervisado, Febrero-octubre 2014

3.1. INTRODUCCIÓN

Como parte del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Cirujano Dentista, se desarrolló diversos programas. Uno de estos fue el curso de Investigación Única, el cual se enfocó en el desarrollo de una investigación conjunta que debió llevarse a cabo con la población de la comunidad, durante el período del EPS.

La investigación que se realizó en este período fue sobre el Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública. Para realizar el estudio de campo se tomó a maestros y maestras de educación pública de nivel primario del Municipio de Chicacao, Departamento de Suchitepéquez. Se tomó en cuenta a 20 maestros de diversas escuelas y se realizaron encuestas sobre el Perfil de Impacto en Salud Bucal. Además, se llevó a cabo visitas domiciliarias, para conocer la realidad familiar de cada maestro y ser catalogados en estratos del método Graffar.

Se realizó lo anterior para determinar qué consideran los maestros como estado de salud oral y la influencia de factores sociales, psicológicos, económicos y físicos en el estado de salud bucal; según la percepción de cada uno de los maestros.

En base a esto se realizó un análisis para determinar qué factor era el más influyente en la salud oral de los maestros y maestras de Chicacao, Suchitepéquez.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, transversal, en el cual se midió la calidad de vida relacionada con la salud bucal en una muestra de 20 maestros de educación primaria y secundaria del sector público de Guatemala y su relación con niveles de vulnerabilidad socioeconómica, en comunidades sede del programa EPS.

3.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Evaluar la calidad de vida en salud bucal.
- Establecer el nivel de vulnerabilidad socio-económica.
- Comparar la calidad de vida en salud bucal según grupos de edad, sexo, procedencia y nivel socio-económico.
- Establecer si existe asociación entre la calidad de vida en salud bucal y las variables edad, sexo, procedencia, escolaridad y nivel socio-económico.

3.4. MATERIAL Y MÉTODOS

3.4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se propuso un estudio observacional, transversal, analítico en una muestra por conveniencia de maestros y, se buscó detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.

3.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

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

- Maestros de educación primaria o secundaria.
- Ambos sexos.
- Que laboren en Escuelas Oficiales del Ministerio de Educación

3.4.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se seleccionó, por conveniencia, a 20 maestros de educación primaria de escuelas del Municipio de Chicacao, Departamento de Suchitepéquez.

3.4.4. VARIABLES PRINCIPALES DE VALORACIÓN

- Calidad de Vida en Salud Bucal en sus dimensiones:
 - ✓ Limitación funcional
 - ✓ Dolor físico
 - ✓ Incomodidad
 - ✓ Incapacidad física
 - ✓ Impacto social
 - ✓ Situación desventajosa
- Nivel de vulnerabilidad socio-económica a través de los estratos de Graffar.
- Edad, sexo, escolaridad y procedencia.

3.4.5. CRITERIOS DE RECOLECCIÓN

Instrumentos de medición

Para la medición de las variables de estudio se aplicarán 2 instrumentos de recolección de datos a saber:

1. La calidad de vida relacionada con salud bucal se evaluará a través de la auto aplicación de un cuestionario dividido en 6 dimensiones con escala de respuesta tipo Likert.
2. Las variables socio-demográficas se establecerán a través de una encuesta aplicada en el domicilio del maestro/a incluido en la muestra.

3.5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública.

Tabla No. 3.1
Distribución de la Población de Estudio según Edad y Sexo.

| SEXO | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TIP. |
|-------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| Masculino EDAD | 6 | 25 | 55 | 40 | 21.2132034 |
| Femenino EDAD | 14 | 25 | 60 | 42.5 | 24.7487373 |

Fuente: base de datos

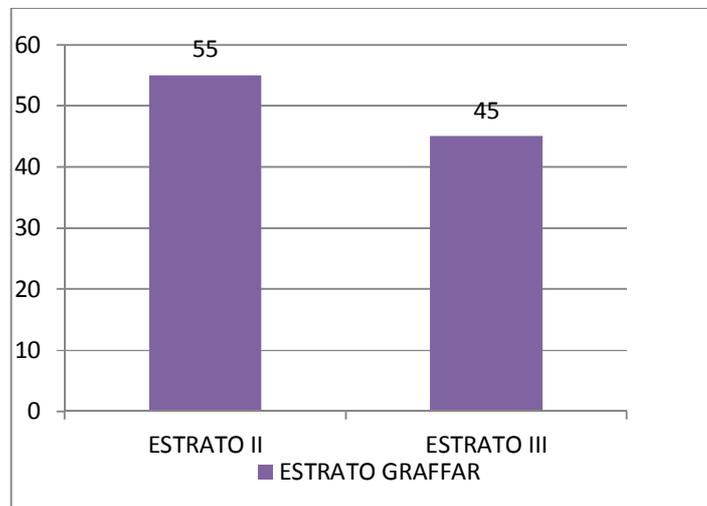
En la tabla 3.1 se puede observar que, la diferencia en número de hombres y mujeres fue significativa y las edades se encuentran en un rango muy similar entre ambas.

Tabla No. 3.2
Distribución de la población de estudio según Estratos de Graffar.

| | | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|---------|----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| VÁLIDOS | ESTRATO II | 11 | 55 | 55 | 55 |
| | ESTRATO III | 9 | 45 | 45 | 100 |
| | TOTAL | 20 | 100 | 100 | |

Fuente: base de datos

Gráfica 3.1
Distribución de la Población de Estudio según Estratos de Graffar.



Fuente: tabla 3.2

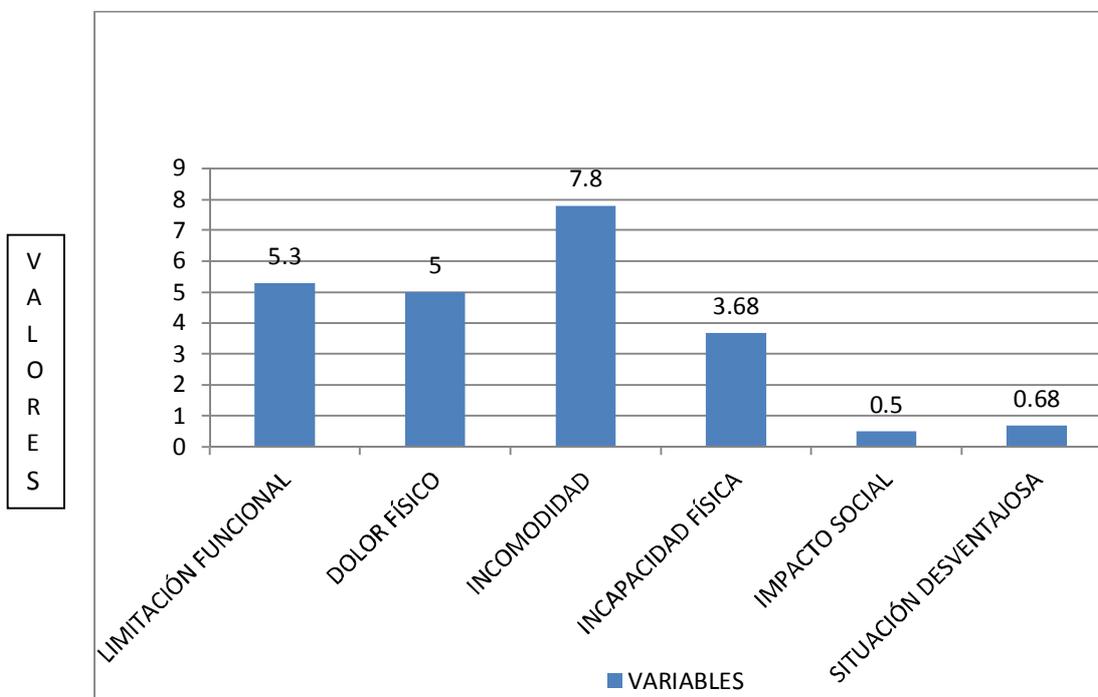
En la tabla 3.2 y gráfica 3.1 se puede observar que, únicamente los estratos II y III de Graffar, fueron válidos para los datos obtenidos en Chicacao, Suchitepéquez y que, el porcentaje que se encuentra en el estrato II fue levemente mayor al estrato III.

Tabla 3.3
Estadísticos Descriptivos de los Puntos Obtenidos en
Cada Dimensión de la Encuesta.

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP. |
|------------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| LIMITACIÓN FUNCIONAL | 20 | 0 | 12 | 5.3 | 3.728 |
| DOLOR FÍSICO | 20 | 0 | 15 | 5 | 3.727 |
| INCOMODIDAD | 20 | 2 | 33 | 7.8 | 7.319 |
| INCAPACIDAD FÍSICA | 20 | 0 | 18 | 3.68 | 4.416 |
| IMPACTO SOCIAL | 20 | 0 | 3 | 0.5 | 0.882 |
| SITUACIÓN DESVENTAJOSA | 20 | 0 | 3 | 0.68 | 1.046 |

Fuente: base de datos

Gráfica 3.2
Estadísticos descriptivos de los puntos obtenidos en cada dimensión de la encuesta.



Fuente: tabla 3.3

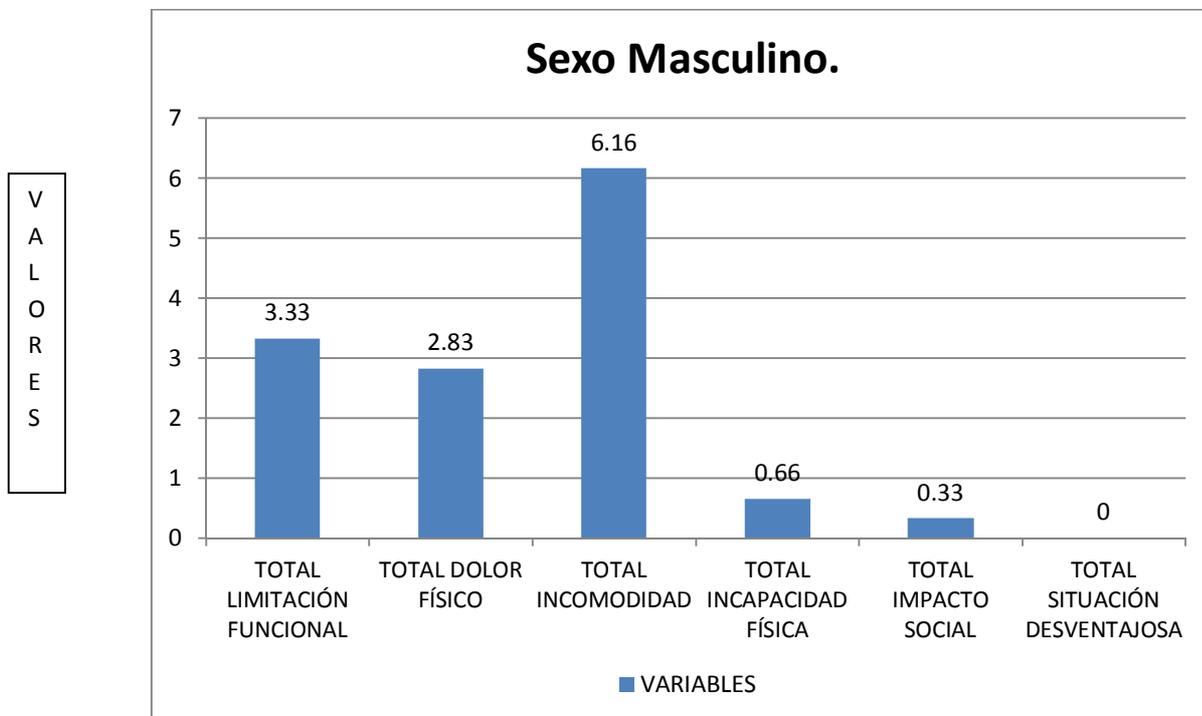
En la tabla 3.3 y en la gráfica 3.2 se puede observar que la dimensión de Incomodidad presenta el valor máximo de punteo obtenido en la encuesta realizada en Chicacao, Suchitepéquez; y que las variables de Impacto Social y Situación Desventajosa muestran los valores menores.

Tabla 3.4
Resultados obtenidos en Maestros de Sexo Masculino.

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP. |
|------------------------------|---|--------|--------|-------|------------|
| TOTAL LIMITACIÓN FUNCIONAL | 6 | 0 | 4 | 3.33 | 3.20 |
| TOTAL DOLOR FÍSICO | 6 | 0 | 6 | 2.83 | 1.94 |
| TOTAL INCOMODIDAD | 6 | 3 | 11 | 6.16 | 3.43 |
| TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA | 6 | 0 | 3 | 0.66 | 1.21 |
| TOTAL IMPACTO SOCIAL | 6 | 0 | 2 | 0.33 | 0.81 |
| TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| N VÁLIDO SEGÚN LISTA | 6 | | | | |

Fuente: base de datos

Gráfica 3.3



Fuente: tabla 3.4

En la tabla 3.4 y gráfica 3.3 se puede observar que la dimensión de Incomodidad fue la que posee un valor promedio más alto para determinar la presencia de salud oral, según el grupo de seis maestros entrevistados en Chicacao, Suchitepéquez.

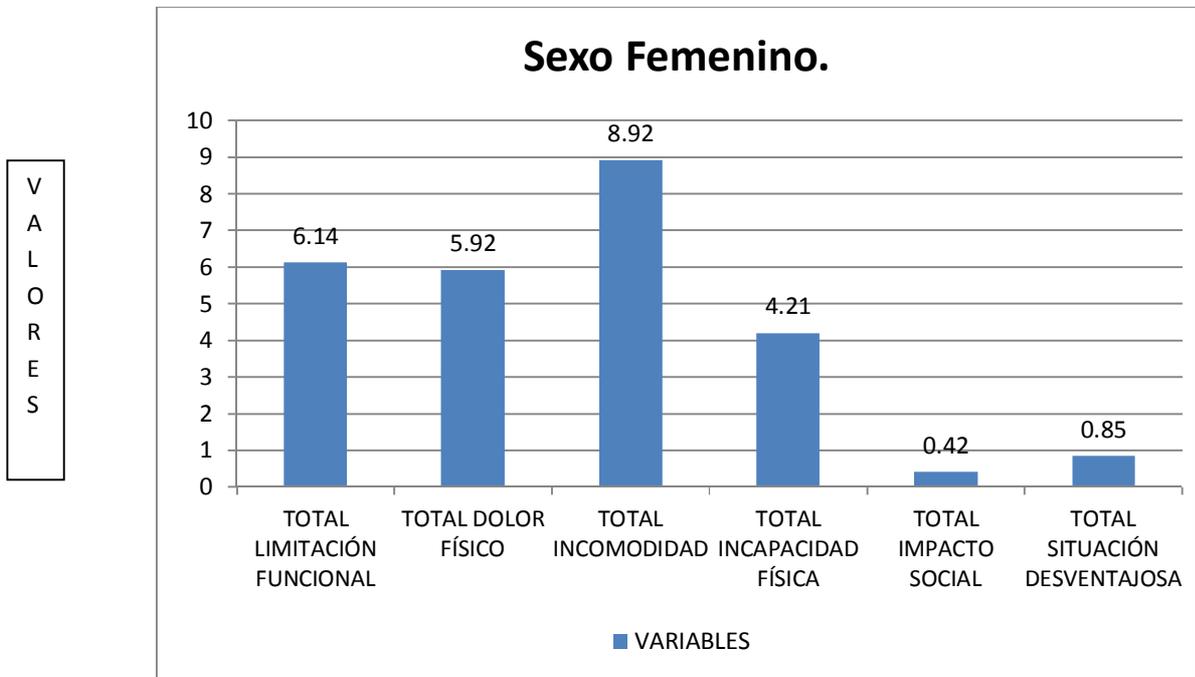
El valor más bajo se encontró en la Situación Desventajosa, pues en ésta se obtuvo un valor promedio de cero; lo que indica que la situación desventajosa no fue importante para determinar salud oral en los maestros entrevistados.

Tabla No. 3.5
Resultado obtenidos en Maestros de Sexo Femenino.

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP. |
|------------------------------------|----|--------|--------|-------|---------------|
| TOTAL LIMITACIÓN FUNCIONAL | 14 | 0 | 12 | 6.14 | 3.71 |
| TOTAL DOLOR FÍSICO | 14 | 0 | 15 | 5.92 | 3.97 |
| TOTAL INCOMODIDAD | 14 | 2 | 33 | 8.92 | 8.44 |
| TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA | 14 | 0 | 18 | 4.21 | 4.88 |
| TOTAL IMPACTO SOCIAL | 14 | 0 | 3 | 0.42 | 0.93 |
| TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA | 14 | 0 | 3 | 0.85 | 1.16 |
| N VÁLIDO SEGÚN LISTA | 14 | | | | |

Fuente: base de datos

Gráfica 3.4



Fuente: tabla 3.5

En la tabla 3.5 y Gráfica 3.4 se puede observar que al igual que el grupo del sexo masculino, las maestras también consideraron a la Incomodidad como factor más importante para determinar su propia salud oral. A diferencia del sexo masculino, las maestras consideraron al Impacto Social como variable menos importante para determinar el estado de su salud oral, mientras los maestros consideraron como menos importante a la Situación Desventajosa.

Tabla No. 3.6
Estadísticos Descriptivos de los Puntos Obtenidos
en el Estratos de Graffar.

| ESTRATO GRAFFAR | | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TIP. |
|-------------------|------------------------------|----|--------|--------|-------|------------|
| ESTRATO II | TOTAL | 11 | 1 | 12 | 6.45 | 3.58 |
| | LIMITACIÓN FUNCIONAL | | | | | |
| | TOTAL DOLOR FÍSICO | 11 | 2 | 15 | 6.63 | 3.75 |
| | TOTAL INCOMODIDAD | 11 | 2 | 33 | 9.27 | 9.14 |
| | TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA | 11 | 0 | 18 | 4.09 | 5.33 |
| | TOTAL IMPACTO SOCIAL | 11 | 0 | 3 | 0.63 | 1.12 |
| | TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA | 11 | 0 | 3 | 0.36 | 0.92 |
| | N VÁLIDO SEGÚN LISTA | 11 | | | | |
| | | | | | | |
| ESTRATO III | TOTAL | 9 | 0 | 10 | 3.88 | 3.58 |
| | LIMITACIÓN FUNCIONAL | | | | | |
| | TOTAL DOLOR FÍSICO | 9 | 0 | 8 | 3 | 2.65 |
| TOTAL INCOMODIDAD | 9 | 2 | 15 | 6.66 | 4.30 | |

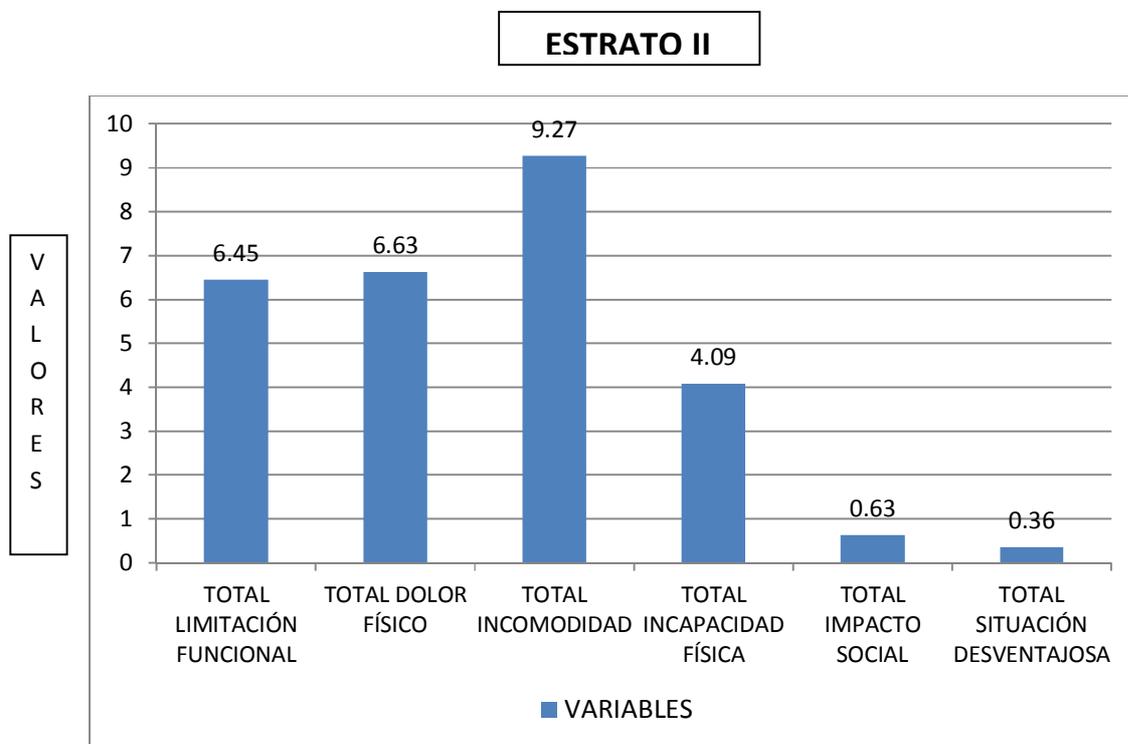
| | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|------|------|
| TOTAL INCAPACIDAD FÍSICA | 9 | 0 | 8 | 2 | 2.82 |
| TOTAL IMPACTO SOCIAL | 9 | 0 | 1 | 0.11 | 0.33 |
| TOTAL SITUACIÓN DESVENTAJOSA | 9 | 0 | 3 | 0.88 | 1.16 |
| N VÁLIDO SEGÚN LISTA | 9 | | | | |

Fuente: base de datos

En la tabla 3.6 se observa aumento de valores, según la media en el Estrato Graffar II; específicamente en las dimensiones de Limitación Funcional, Dolor Físico e Incomodidad.

Los valores son similares en las otras dimensiones; debido al cambio en número de personas se muestra valores más altos en el Estrato Graffar II, por poseer una población mayor.

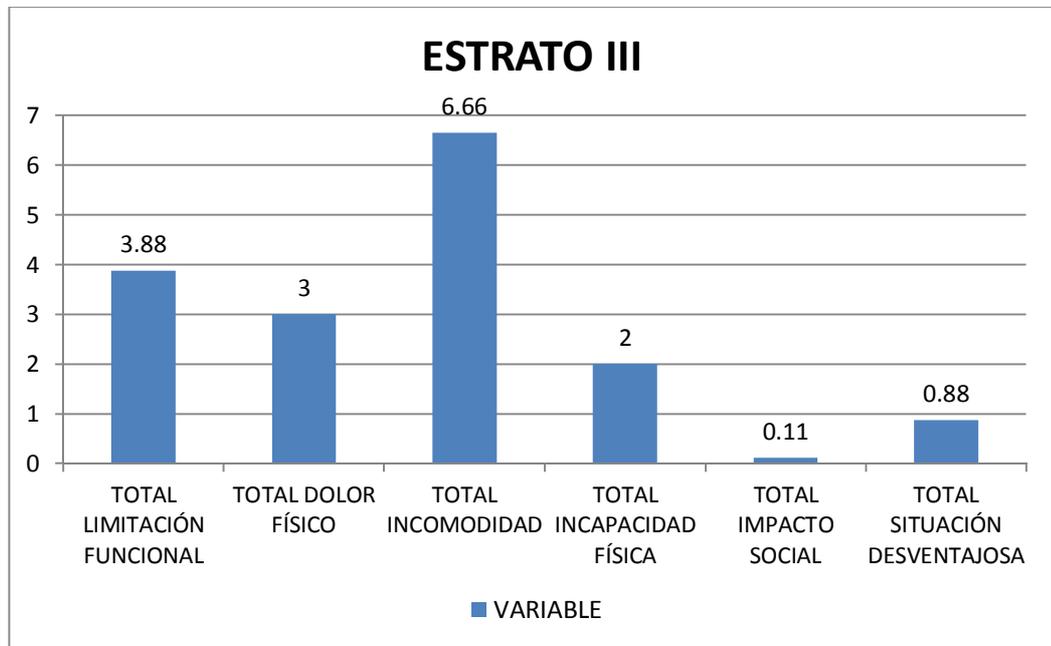
Gráfica No. 3.5



Fuente: tabla 3.6

En la gráfica 3.5 se observa que la variable de Incomodidad posee una media más alta; por lo que a las personas catalogadas con buenos niveles de vida la Incomodidad fue la variable más significativa para relacionarla con salud bucal. Y la variable de Situación Desventajosa no fue considerada la primordial en relación a salud oral de los maestros de Chicacao, Suchitepéquez.

Gráfica No. 3.6



Fuente: tabla 3.6

En la gráfica 3.6 se observa que la Incomodidad es de nuevo la variable que recibió puntos más altos en promedio a las otras variables, por lo que, las personas que poseen menos posibilidades que las catalogadas en el estrato II, también consideraron a la Incomodidad como principal característica para determinar su propia salud oral. Este grupo poblacional tiene la posibilidad de satisfacer perfectamente sus necesidades básicas y otros beneficios.

A diferencia de la población del estrato II, los maestros del estrato III; consideraron como variable menos importante al Impacto Social, pues fue el valor que posee menor puntaje, con relación a la Situación Desventajosa del estrato II.

3.6. CONCLUSIONES

- En la investigación realizada en conjunto por los estudiantes de EPS, sobre el Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Pública, se logró identificar diversos hallazgos, a través de una encuesta con seis dimensiones para determinar la percepción de salud oral desde la perspectiva de los maestros encuestados. Estas dimensiones son limitación funcional, dolor físico, incomodidad, incapacidad física, impacto social y situación desventajosa.
- Además de la encuesta se realizaron visitas domiciliarias que sirvieron para determinar la realidad de la familia de acuerdo al Estrato Graffar. Y, de esta manera, lograr hacer una relación de la salud oral y la situación socioeconómica de la persona encuestada.
- Se logró determinar que los 20 maestros encuestados en Chicacao, Suchitepéquez; solo fueron clasificados en el estrato II y III de Graffar; 11 en el estrato Graffar II y 9 en el III.
- Los maestros que se hallaron en el Estrato Graffar II, en relación con las dimensiones de la encuesta, presentaron la media más alta en la variable de Incomodidad; por lo que puede deducirse que la ésta es la que los maestros relacionan más con su salud bucal. Y la variable que consideraron menos influyente en el estado de salud oral fue la de situación desventajosa; quizá debido a que esto no afecta su estado de salud general, su economía, sus relaciones sociales y laborales como afecta en ellos la percepción de su comodidad.
- Los maestros que se encuentran en el estrato Graffar III, presentaron, de igual manera que, el estrato II, a la variable de Incomodidad como la más representativa en su salud oral. Y. como variable menos influyente al impacto social, quizá debido a que el estado de su salud oral no impide que se relacionen de manera habitual con las personas que las rodean; para quienes que se encontraron en este estrato, las prioridades podrían ser distintas, por poseer menos recursos que las personas del estrato II.

- Las dimensiones en relación con el sexo del entrevistado arrojan similitud en la variable más influyente en su salud oral; que es la de Incomodidad. Sin embargo, en la variable menos influyente si hubo diferencia: pues para los hombres la Situación Desventajosa no posee ningún valor; por lo que se deduce que, para ellos, su estado de salud oral no los afecta en su estado de salud general, los afecta económicamente o impide que realicen sus actividades cotidianas.
- En el sexo femenino la variable menos significativa fue la de Impacto Social, pues para las mujeres quizá su estado de salud oral no tiene una influencia tan poderosa en sus relaciones interpersonales.
- Como rasgo más significativo para los maestros encuestados de ambos sexos y de los estratos Graffar II y III de esta investigación; se obtuvo la variable de Incomodidad con valores promedio más altos para cada situación. Por lo que, puede deducirse que, la Incomodidad fue el factor que más influye en el estado de salud oral de los maestros y maestras entrevistadas de Chicacao, Suchitepéquez.

3.7. RECOMENDACIONES

- Brindar más información a los maestros o sujetos de estudio de la investigación; para resolver sus preguntas previo a dar inicio al estudio de campo.
- Dar inicio al proceso de la investigación desde el mes que inicia el programa de EPS.

IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL A ESCOLARES Y GRUPOS DE ALTO RIESGO

4.1. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes. (12).

Por lo que se puede afirmar que la boca, sus componentes y funciones, son más que dientes sanos y representan un reflejo de la salud y bienestar general. Una adecuada salud bucal es condición necesaria para una buena alimentación, para el desarrollo de los procesos de aprendizaje en la infancia, para la conformación de la identidad personal y un eje importante en el desarrollo de capacidades y oportunidades para el ser humano. (13).

La mala salud bucodental constituye un problema en todos los países. Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías; del 60% al 90% de los escolares en todo el mundo tienen caries dental. (12,14).

Guatemala no está exenta de esta situación, en este país no se realizan suficientes esfuerzos destinados a reducir las enfermedades bucodentales.

El papel de la profesión odontológica consiste en ayudar a la población y a las autoridades a lograr la salud a través de una buena salud bucodental. Los estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tienen la oportunidad de intervenir, influenciar e instruir a una parte de la población más vulnerable en problemas de salud bucal; a través del Programa del Ejercicio Profesional Supervisado. (14).

Con el programa de Ejercicio Profesional Supervisado se contribuye a la salud bucodental de múltiples comunidades del país: a través de prevención, educación en salud e intervención clínica; con énfasis en niños en etapa escolar, mujeres embarazadas, adultos mayores y en general, personas que sean consideradas de alto riesgo.

Durante este programa, se realizó actividad clínica en el período correspondiente de febrero a octubre de 2014, en el Municipio de Chicacao, Suchitepéquez; enfocado en escolares y personas de alto riesgo, con el objetivo de devolver salud oral de manera integral o parcial a este grupo poblacional.

4.2. ACTIVIDAD CLÍNICA INTEGRADA

El Proyecto de Actividad Clínica Integrada contribuyó a resolver los problemas de salud bucal de la comunidad de Chicacao, Suchitepéquez. Se dio prioridad a los grupos de pre-escolares, escolares, mujeres embarazadas y adultos mayores.

4.3. OBJETIVOS

- Diseñar un programa que permita brindar atención restaurativa y preventiva para la población objetivo.
- Realizar la práctica clínica integrada y priorizar a los escolares de sexto año de primaria.
- Brindar servicio odontológico con énfasis en pre-escolares, escolares, mujeres embarazadas y adultos mayores.

4.4. METODOLOGÍA PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS

- Se seleccionó las escuelas que fueron beneficiadas con la atención clínica integrada.
- Se definió en cada escuela, la población de estudiantes que participó de la atención clínica integrada. La práctica inició con los alumnos que cursan el sexto grado de primaria.
- Se solicitó la colaboración de directores y maestros para la realización exitosa del proyecto.
- Se brindó información a la población sobre el Programa de Atención de Alto Riesgo para desarrollar actividades de prevención o proporcionar tratamientos dentales a las personas que lo requerían.

4.5. ACTIVIDAD EN ESCOLARES INTEGRALES

Durante el período comprendido de febrero a octubre de 2014, se atendió 95 pacientes escolares de manera integral, que fueron seleccionados de las escuelas beneficiadas del programa del Municipio de Chicacao, Departamento de Suchitepéquez.

4.6. ACTIVIDAD EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

En los meses de actividad se trabajó con pacientes que acudían a la clínica dental por emergencias, con dificultades que podían solucionarse en una cita.

Se trabajó también con pacientes que pertenecen a grupos poblacionales vulnerables, como: niños, niños preescolares, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas de escasos recursos de distintas edades.

Todos estos pacientes fueron catalogados como pacientes de alto riesgo; con quienes se trabajó durante todos los meses del programa EPS y a los cuales se asignó un número de unidades de acuerdo a los tratamientos que se les realizó.

Se trabajó a 39 pacientes con un total de 1722 unidades, a los cuales se les realizó tratamientos restaurativos y algunos preventivos.

4.7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

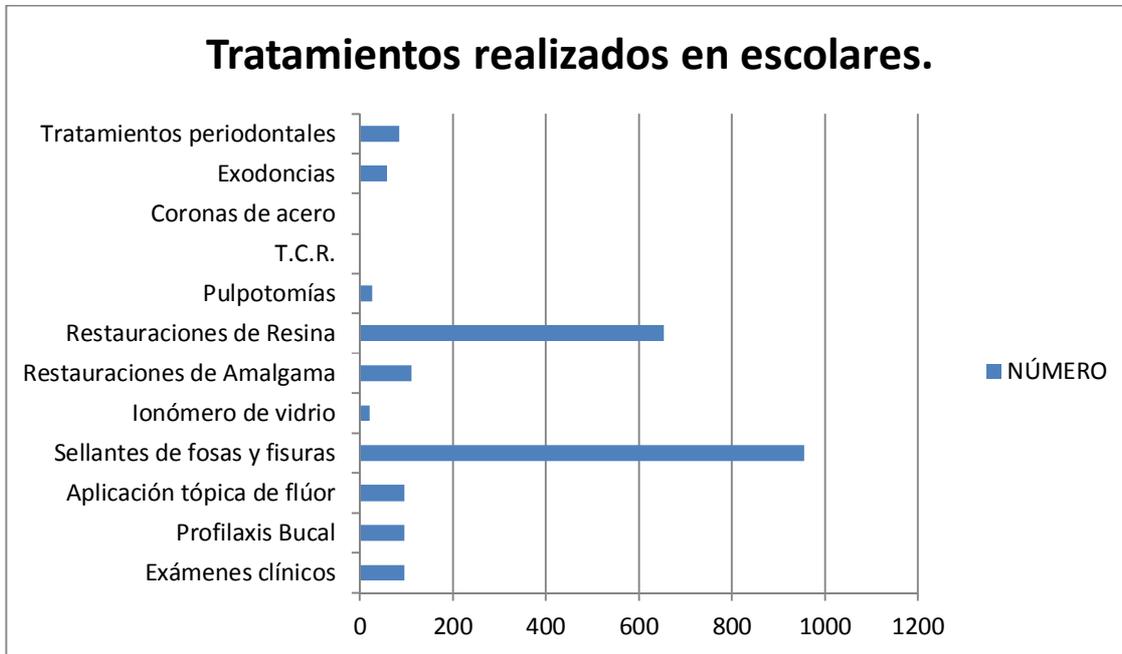
Tabla No. 4.1

**Total de Tratamientos Realizados a Escolares en el Módulo Odontológico
José Ernesto Escobar Echeverría.**

| TRATAMIENTO | NÚMERO |
|------------------------------|---------------|
| Exámenes clínicos | 95 |
| Profilaxis Bucal | 95 |
| Aplicación tópica de flúor | 95 |
| Sellantes de fosas y fisuras | 954 |
| Ionómero de vidrio | 22 |
| Restauraciones de Amalgama | 112 |
| Restauraciones de Resina | 653 |
| Pulpotomías | 27 |
| T.C.R. | 0 |
| Coronas de acero | 3 |
| Extracciones | 59 |
| Tratamientos periodontales | 85 |

Fuente: fichas clínicas de pacientes integrales

Gráfica No. 4.1



Fuente: tabla 4.1

La tabla y gráfica 4.1 muestran el total de tratamientos realizados en escolares y pre-escolares de diversas instituciones educativas del casco urbano de Chicacao. Se observa que se realizó tratamientos restaurativos y preventivos, con el fin de brindar una atención integral a cada paciente.

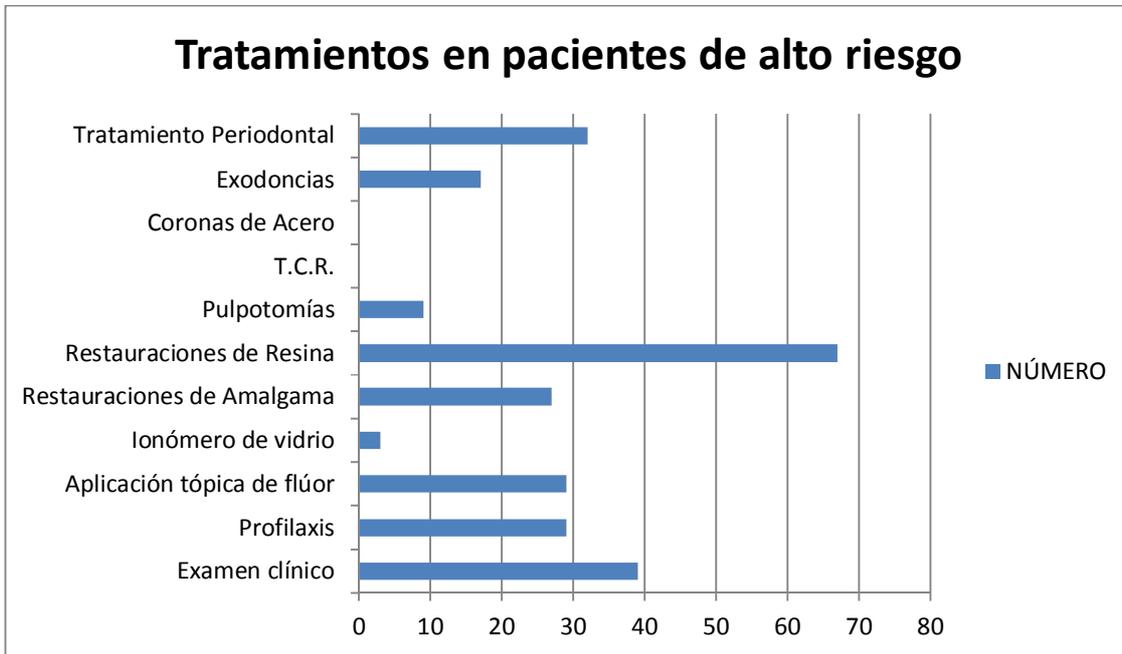
No se realizó tratamientos de conductos radiculares por no encontrar casos que lo ameritaban. El trabajo que menos se realizó fueron coronas de acero, por ser un tratamiento que requiere de apoyo de los padres de familia o la comunidad, pero se brindó una solución restaurativa distinta a las piezas dentales que lo necesitaron.

Tabla 4.2
Total de tratamientos realizados a pacientes de alto riesgo.

| TRATAMIENTO | NÚMERO |
|----------------------------|---------------|
| Examen clínico | 39 |
| Profilaxis | 29 |
| Aplicación tópica de flúor | 29 |
| Ionómero de vidrio | 3 |
| Restauraciones de Amalgama | 27 |
| Restauraciones de Resina | 67 |
| Pulpotomías | 9 |
| T.C.R. | 0 |
| Coronas de Acero | 0 |
| Extracciones | 17 |
| Tratamiento Periodontal | 32 |

Fuente: fichas de pacientes de alto riesgo

Gráfica No. 4.2



Fuente: tabla 4.2

En la tabla se puede observar los tratamientos realizados en pacientes considerados como de alto riesgo de Chicacao. Se realizó tratamientos restaurativos y preventivos, con el fin de brindar servicio odontológico a cada paciente que requirió el servicio.

Se atendió también a pacientes que se presentaban con emergencia al centro de salud, a quienes se les realizó un tratamiento más completo y no solo atención emergente.

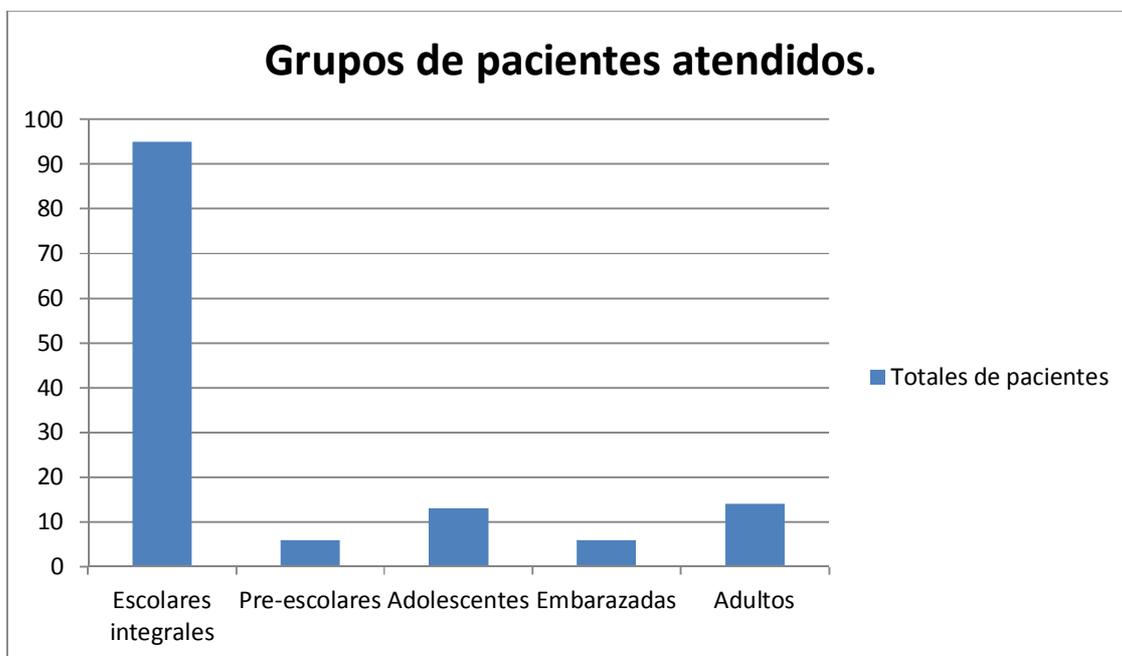
Tabla 4.3
Número de Pacientes Atendidos por Grupo por Mes.

| Pacientes | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | septiembre | Totales |
|----------------------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|
| Escolares integrales | 6 | 13 | 1 | 10 | 14 | 17 | 18 | 16 | 95 |
| Pre-escolares | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6 |
| Adolescentes | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 13 |
| Embarazadas | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 6 |
| Adultos | 1 | 1 | 3 | 0 | 3 | 1 | 4 | 1 | 14 |

Fuente: elaboración propia con datos de informes

En la tabla se puede observar al número de pacientes atendidos por mes, pacientes escolares integrales y los catalogados como de alto riesgo. Se trabajó a un número menor de pacientes embarazadas por no tener asistencia de las mismas al Módulo y pocos pacientes pre-escolares debido a que la mayoría se trabajó como integrales después de atendida la emergencia.

Gráfica No. 4.3
Número de Pacientes Atendidos según Grupo.



Fuente: tabla 4.3

En la gráfica se observa a los diferentes grupos de pacientes con los que se trabajó durante los meses que comprende el programa de EPS. Se observa mayor cantidad de adultos en el grupo de alto riesgo, debido a que son los pacientes que más demanda de atención tienen en la clínica de Chicacao.

Tabla 4.4
Distribución mensual de los tratamientos realizados.

| TRATAMIENTO | F | M | A | M | J | J | A | S | TOTAL |
|---------------------------------|------------|------------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Examen clínico | 6 | 13 | 1 | 10 | 14 | 17 | 18 | 16 | 95 |
| Profilaxis | 6 | 13 | 1 | 10 | 14 | 17 | 18 | 16 | 95 |
| Aplicación tópica de flúor | 6 | 13 | 1 | 10 | 14 | 17 | 18 | 16 | 95 |
| Sellantes de fosas y fisuras | 46 | 100 | | 102 | 153 | 161 | 238 | 154 | 954 |
| Ionómero de vidrio | | 7 | 1 | 8 | | | 1 | 5 | 22 |
| Amalgamas | 3 | 12 | 3 | 4 | 4 | 38 | 13 | 35 | 112 |
| Resinas | 40 | 105 | 1 | 81 | 95 | 98 | 132 | 101 | 653 |
| Pulpotomías | 2 | 5 | | 4 | | 7 | 2 | 7 | 27 |
| T.C.R. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Corona acero | 1 | | | | | 2 | | | 3 |
| Extracciones | 8 | 11 | 1 | 2 | 7 | 10 | 10 | 10 | 59 |
| Tratamiento periodontal | 6 | 11 | | 5 | 14 | 16 | 17 | 16 | 85 |
| TOTAL | 124 | 290 | 9 | 236 | 315 | 383 | 467 | 376 | 2200 |

Fuente: fichas clínicas de pacientes integrales

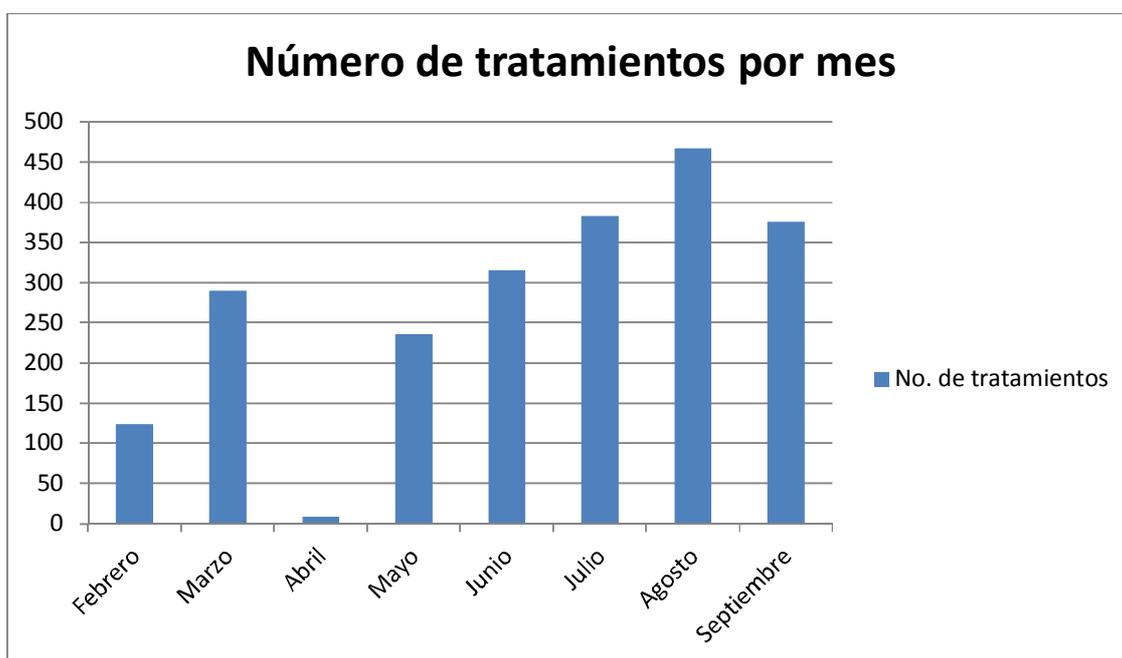
En la tabla 4.4 se observa los distintos tratamientos que se realizó cada mes del programa a escolares atendidos de forma integral. Se observa que, de los tratamientos restaurativos, el más predominante es el de resinas, lo cual se debe a que en lesiones cariosas poco extensas el tratamiento de elección fue resina. Se presentó también un número alto de restauraciones en piezas anteriores que fueron restauradas con resina.

En lesiones cariosas extensas se realizó restauraciones de amalgama, así como en casos de pacientes que presentaban dificultad para tener un estricto control de higiene, que están mayormente expuestos a reincidencia de caries.

El tratamiento que se presenta con mayor número es el de sellantes de fosas y fisuras, pues éste representa a piezas libres de caries, piezas que fueron restauradas con amalgama o resina que tenían surcos o fosetas profundas que podrían presentar riesgo de caries, piezas anteriores con cíngulos o fisuras pronunciadas.

Se realizó extracciones únicamente en piezas no restaurables, restos radiculares, piezas con mal pronóstico y algunas para favorecer la erupción dentaria.

Gráfica 4.4
Distribución mensual del número de tratamientos realizados.



Fuente: tabla 4.4

En la gráfica se observa un descenso en el número de tratamientos durante el mes de abril, debido a que, durante ese mes, el equipo presentó problemas que no permitieron que se realizara actividad clínica de forma regular. Los problemas de equipo fueron solucionados el siguiente mes y es por esto que más adelante se observa un aumento de atención a pacientes y tratamientos realizados.

Tabla 4.5
Distribución mensual de los tratamientos realizados a pacientes de alto riesgo.

| TRATAMIENTO | F | M | A | M | J | J | A | S | TOTAL |
|----------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Examen clínico | 4 | 6 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8 | 39 |
| Profilaxis | 3 | 5 | | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 29 |
| Aplicación tópica de flúor | 3 | 5 | | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 29 |
| Ionómero de vidrio | | 2 | | | | | | 1 | 3 |
| Restauraciones de Amalgama | 4 | 2 | | | | 4 | 8 | 9 | 27 |
| Restauraciones de Resina | 2 | 6 | | 14 | 20 | 9 | 8 | 8 | 67 |
| Pulpotomías | 2 | 2 | | | | | | 5 | 9 |
| T.C.R. | | | | | | | | | 0 |
| Coronas de Acero | | | | | | | | | 0 |
| Extracciones | 2 | 2 | 3 | 4 | | 4 | 4 | 2 | 17 |
| Tratamiento Periodontal | 4 | 3 | | | 4 | 5 | 6 | 6 | 32 |
| TOTAL | 24 | 33 | 6 | 27 | 36 | 35 | 42 | 49 | 252 |

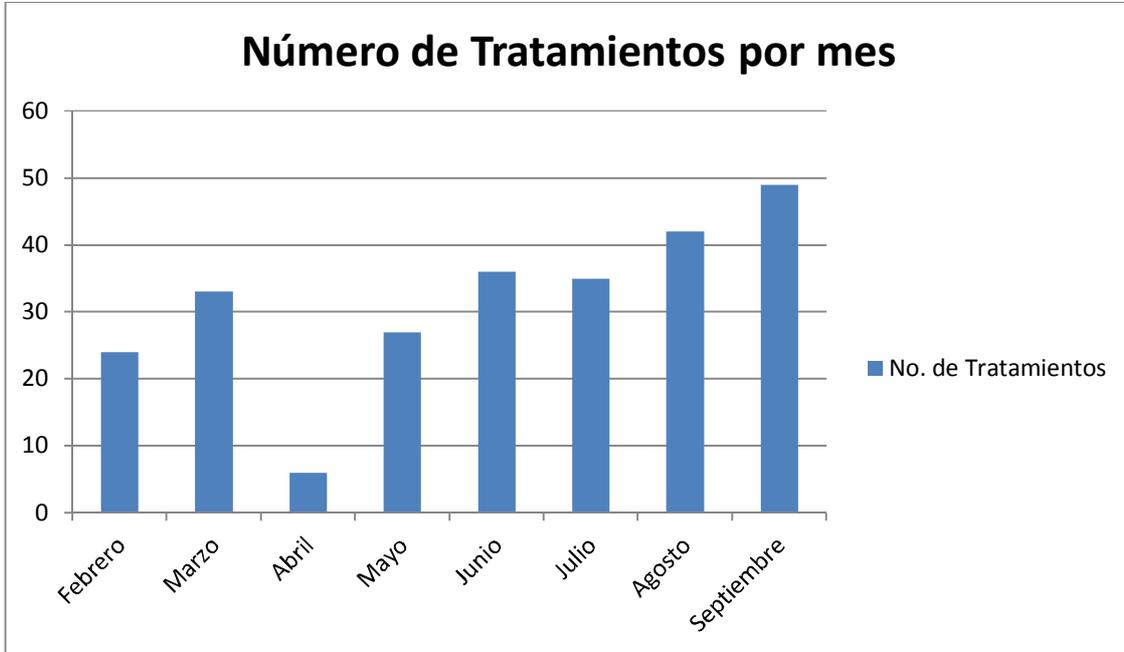
Fuente: fichas de pacientes de alto riesgo

En la tabla se observa los tratamientos que se realizó mensualmente en pacientes de alto riesgo, se observa que el número mayor de tratamientos fueron las restauraciones de resina.

Las profilaxis y aplicaciones tópicas de flúor fueron también mayores en número debido a que fueron los tratamientos de elección para varios de los pacientes de alto riesgo, como mujeres embarazadas y adultos mayores.

Gráfica 4.5

Distribución mensual del número de tratamientos realizados a pacientes de alto riesgo.



Fuente: tabla 4.5

En la gráfica se observa un descenso en el mes de abril por los problemas antes mencionados con el equipo, pero, debido a la falta de servicio prestada en dicho mes, los meses siguientes aumentó la demanda de tratamientos a pacientes de alto riesgo.

4.8. CONCLUSIONES

- El programa de actividad clínica brindó atención integral a 95 pacientes y 39 de alto riesgo.
- A través de la actividad clínica integrada se logró brindar tratamiento restaurativo y preventivo a grupos de pacientes con características distintas.
- Con todos los grupos de pacientes, además de brindarles atención clínica, se les procuró enseñar técnicas de cepillado y cuidado bucal. A muchos de estos se les proporcionó cepillo y pasta dental.
- Con la aplicación de este programa, se logró observar un cambio en la actitud de la población de Chicacao. Al inicio la participación de maestros, padres de familia y población en general era muy poca y, con el paso de los meses, la colaboración, sobre todo en escuelas, aumentó. Los pacientes se vieron favorecidos; pues se trabajó con mucha facilidad a un número mayor de pacientes.

4.9. RECOMENDACIONES

- Para el buen funcionamiento del Programa de Actividad Clínica en Chicacao, Suchitepéquez, se recomienda establecer un contacto previo con la Municipalidad para establecer obligaciones y responsabilidades de las partes involucradas.
- Brindar más información del programa a los padres de familia para que colaboren de manera activa con la salud bucodental de sus hijos.
- Apoyar con más materiales a los estudiantes para tener mayor cobertura a un mayor número de pacientes.

V. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO

5.1. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO DENTAL

Administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos y las actividades de trabajo con el propósito de lograr los objetivos o metas de la organización de manera eficiente y eficaz. ⁽¹⁵⁾.

La Administración del Consultorio Odontológico se refiere a todos los detalles y procesos que se deben realizar, para elaborar o confeccionar óptimamente el servicio odontológico. Por ello, se vincula con una serie de acciones intelectuales y operativas enfocadas hacia:

- Establecer el punto de partida (Misión) y de llegada (Visión) del emprendimiento dental, así como describir los objetivos que se desean alcanzar en el futuro, las estrategias a tomar en cuenta para desarrollar la labor de forma óptima y listar las actividades y tareas que se proyecta realizar para conseguir las metas propuestas previamente.
- Implementar los reglamentos, normas, principios y funciones a realizar.
- Identificar los requerimientos cuantitativos y cualitativos de los recursos humanos y los recursos materiales necesarios.
- Describir los lineamientos y las políticas para la adecuada adquisición, gestión y mantenimiento de los colaboradores (empleados) y de la infraestructura física.
- Conducir la labor y el uso de los recursos del centro dental hacia el logro de los objetivos de la empresa dental.
- Analizar si se cumplen las metas establecidas. ^(15,16).

Los estudiantes encargados de la clínica dental que les fue asignada para trabajar durante el Ejercicio Profesional Supervisado deben planificar, organizar, desarrollar y evaluar la administración de recursos humanos y materiales para realizar una labor exitosa.

En este caso, la clínica dental del Módulo Odontológico José Ernesto Echeverría en el Municipio de Chicacao, Departamento de Suchitepéquez; el cual debió ser administrado por la Odontóloga Practicante para cumplir con su objetivo principal: proporcionar atención odontológica restaurativa y preventiva a pre-escolares, escolares, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y población en general y utilizar los recursos humanos y materiales adecuados y necesarios.

El Módulo Odontológico como tal tiene aproximadamente 29 años de funcionar y brinda servicio a la población de Chicacao; mientras el programa de Ejercicio Profesional Supervisado tiene aproximadamente 40 años de funcionar para beneficio de la población Chicacacoense.

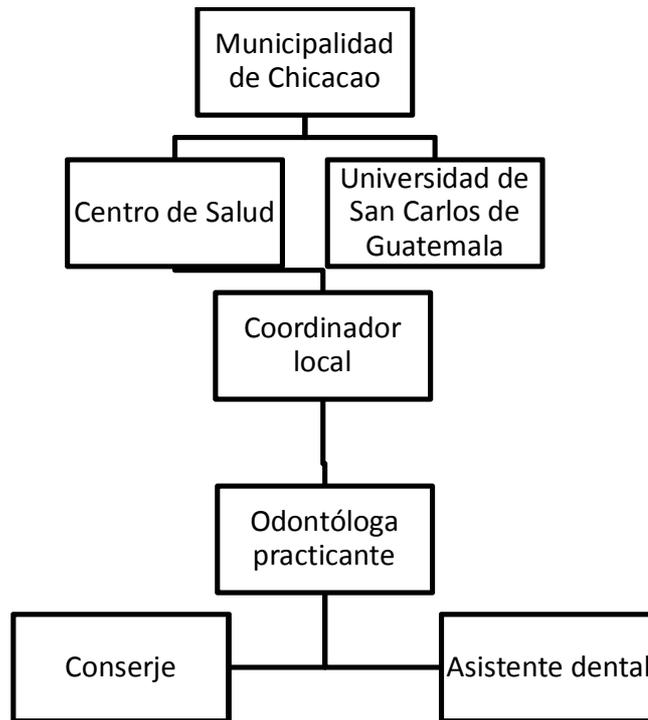
5.2. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

El Módulo Odontológico funciona con una estructura de un grupo personas con funciones establecidas.

El coordinador local es el Dr. Hugo Moisés Armas Villagrán, que es el Coordinador del Área de Salud del Municipio y el encargado de velar por el correcto desempeño del estudiante EPS.

Personal Auxiliar:

- **Asistente Dental:** contratada por la municipalidad de Chicacao. Es la encargada de ser el primer vínculo del Odontólogo Practicante con la comunidad. Tiene a su cargo múltiples funciones como: abrir la clínica dental, limpieza general, lavado y esterilización de instrumental, desinfección, orden y limpieza del área de trabajo, asistencia clínica, manejo de papelería y ser acompañante en todas las actividades del EPS.
- **Conserje Municipal:** contratada por la Municipalidad de Chicacao. Es la encargada de abrir las instalaciones del Módulo, limpieza de exteriores, jardines, sala de espera, salón de usos múltiples, garaje y servicios sanitarios.
- **Odontóloga Practicante:** encargada de la clínica dental, su buen funcionamiento, atención y ejecución de diversos programas del EPS.



Organigrama de Estructura Administrativa

5.3. RECURSOS HUMANOS

Para administrar adecuadamente los recursos humanos de una clínica dental, se tienen que definir los tipos de trabajadores que intervienen, así como las características de su labor, las expectativas personales, las responsabilidades y su papel dentro de la organización.

Por esta razón, hay que organizar la gestión de la clínica dental en base a la comunicación y a la responsabilidad individual. Cada miembro del equipo tiene que saber cuál es su propósito a alcanzar, qué se necesita de los demás miembros, así como qué se espera de cada uno de ellos.

5.4. ERGONOMÍA

Es la disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades del trabajador.

Un aspecto a tener en cuenta en la Ergonomía en la atención, es el correcto desempeño de la asistente dental y / o secretaria. Una asistente dental bien entrenada permite un enorme ahorro de tiempo en la atención, de esta manera se convierte en una excelente inversión y no en un gasto. Para ello hay que saber delegarle responsabilidades y tareas.

5.5. INFRAESTRUCTURA

El Módulo Odontológico cuenta con una sala de espera, un salón de usos múltiples, un garaje, un apartamento y una clínica dental.

El área de la clínica dental cuenta con mobiliario perteneciente a la Universidad de San Carlos de Guatemala que es el siguiente:

| Equipo | Observaciones sobre el equipo |
|---------------------------|---|
| 1 compresor de aire | No funciona |
| 1 manguera para compresor | Mal estado |
| 2 repisas de madera | Buen estado |
| 3 lavamanos | Buen estado |
| 1 sillón para rayos x | No sube y no baja |
| 1 compresor de aire | No funciona |
| 1 compresor de aire | Manguera rota, fija al compresor, compresor no funciona |
| 2 sillones dentales | Uno no baja |
| 1 sillón dental | Fuera de servicio, no funciona |
| 3 lámparas | Una no funciona y está almacenada |
| 1 amalgamador | No funciona |
| 1 aparato de rayos X | Buen estado |
| 1 ultrasonido | No funciona |

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1 aparato de calor seco | Buen estado |
| 1 negatoscopio | Una lámpara no funciona |
| 1 espejo | Buen estado |
| 1 dispensador de jabón | Buen estado |
| 3 cajas de controles | Buen estado |
| 3 estanterías de madera | Buen estado |
| 1 mueble de madera | Buen estado |
| 3 sillas dentales | Buen estado |
| 2 taburetes | Buen estado |
| 1 compresor | Buen estado |

5.6. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

| HORA/DIA | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--------------------------|------------------------------|-------------------|--|-------------------|--------------------------------------|
| 8:00 | PX Integral | PX Integral | Educación en salud bucal y flúor | PX Integral | Px SFF |
| 9:00 | PX Integral | PX Integral | Educación en salud bucal y flúor | PX Integral | Px SFF |
| 10:00 | PX Integral | PX Integral | Educación en salud bucal y flúor | PX Integral | Px SFF |
| 11:00 | PX Integral | PX Integral | Educación en salud bucal y flúor | PX Integral | Px SFF |
| 12:00 – 13:00 | ALMUERZO | | | | |
| 14:00 | PX Integral | Px Alto Riesgo | Educación en salud bucal y flúor | Px Alto Riesgo | Capacitación Personal Auxiliar |
| 15:00 | PX Integral | Px Alto Riesgo | PX Integral | Px Alto Riesgo | Capacitación Personal Auxiliar |
| 16:00 | FINAL DE ACTIVIDADES DIARIAS | | | | |

CAPACITACIÓN DE PERSONAL AUXILIAR

5.7. INTRODUCCIÓN

El personal auxiliar en la práctica odontológica aporta grandes beneficios. Se entiende como personal auxiliar a los miembros del equipo de trabajo en los cuales el Odontólogo puede delegar funciones sin poner en peligro la integridad física del paciente ni la calidad de su tratamiento, con el objeto de ahorrar tiempo y prevenir el desperdicio de energía. (17)

Los planes de estudio de Odontología, con un enfoque moderno contemplan que, el estudiante debe aprender a emplear el personal auxiliar, porque se considera que los países en desarrollo -y aún los plenamente desarrollados- no pueden pretender resolver eficientemente los problemas de salud oral de su población sin empleo masivo e inteligente del personal auxiliar. (18).

Los estudiantes que pertenecen al Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, deben contar con una o más personas que desempeñen las funciones de personal auxiliar durante los ocho meses del programa. Así como también, se debe desarrollar el Programa de Capacitación de Personal Auxiliar, con el objetivo de instruirlo para contribuir a resolver las necesidades de salud bucal de la comunidad en la cual desarrolla el programa.

La práctica odontológica con un asistente dental posibilita la realización de una mayor cantidad de tratamientos de alta calidad a una mayor cantidad de personas en menor tiempo. (19,20)

Debido a la eficacia que otorga el personal auxiliar en la práctica clínica odontológica, se hace necesario que cuente con el conocimiento apto para desempeñar sus funciones de manera eficiente, por ello se implementó el programa de “Capacitación de Personal Auxiliar”.

Con el Programa de Capacitación de Personal Auxiliar se logró instruir al personal asistente de Chicacao, Suchitepéquez, con información teórica-práctica. A través de retroalimentación y evaluación periódica se consiguió lograr un trabajo en equipo que fomentó el aumento de productividad en la práctica clínica del EPS.

5.8. JUSTIFICACIÓN

La solución de los problemas de salud oral depende, en gran medida, del personal que los atiende. (21)

La implementación de personal auxiliar en la práctica clínica odontológica aumenta la eficacia y productividad en el trabajo dental, pues se aumenta la cantidad de producto o servicio en la misma unidad de tiempo, sin disminuir la calidad. (19, 20,22)

Para que esto sea posible, es necesario que el personal auxiliar cuente con los conocimientos necesarios para desempeñar sus tareas de manera eficaz. Es por esto que se realizó un proyecto de forma gradual para orientar, informar, enseñar, formar e instruir en forma teórica y práctica al personal auxiliar de Chicacao, Suchitepéquez con respecto a sus funciones, obligaciones, tareas y habilidades en el transcurso del desarrollo del programa de E.P.S.

Se realizó una evaluación diagnóstica y, con base en ésta, se brindó la información pertinente a la asistente dental con contenidos cortos, actuales y de fácil comprensión. Para obtener un mejor resultado se retroalimentó y evaluó el conocimiento y la adquisición de competencias de forma semanal.

5.9. OBJETIVOS

- Evaluar las fortalezas y debilidades que posee el personal auxiliar presente.
- Determinar el nivel de conocimiento que posee el personal auxiliar con respecto a los materiales dentales, procedimientos clínicos, instrumental, limpieza, desinfección y esterilización.
- Identificar las técnicas, habilidades y procedimiento en el manejo clínico de los materiales dentales.
- Canalizar las debilidades evaluadas en el personal auxiliar presente y convertirlas en fortalezas a través de la capacitación.
- Desarrollar nuevos protocolos en el manejo de materiales dentales, procedimientos clínicos y manejo de instrumental.
- Instruir al personal auxiliar sobre instrumental, materiales y técnicas utilizadas en determinados procedimientos clínicos.
- Evaluar y retroalimentar periódicamente al personal para mantener en armonía la práctica clínica en conjunto con el Odontólogo Practicante.

5.10. DESARROLLO DEL PROYECTO

El personal auxiliar en la práctica odontológica aporta grandes beneficios en el ejercicio profesional, pues el contar con la colaboración de una asistente aumenta la eficacia y productividad en la práctica odontológica.

Para que esto pueda ser una realidad es necesario contar con el personal adecuado y, como parte del EPS, es también responsabilidad del Odontólogo Practicante, que el personal cuente con la información necesaria para desempeñar su tarea de forma eficaz.

Se realizó un proyecto de capacitación de siete meses, para orientar, informar, enseñar e instruir; en forma teórica y práctica al personal auxiliar con temas definidos por mes.

Se logró, a través de teoría, práctica, evaluación y retroalimentación; fortalecer las habilidades que ya tenía el personal auxiliar, brindar nueva instrucción en algunos temas y determinar sus funciones, obligaciones y deberes. Los avances en conocimiento fueron considerables, de forma que fue posible delegar algunas tareas en el personal auxiliar.

5.11. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL

Para seleccionar el personal auxiliar se deben tomar en cuenta diferentes aspectos como:

1. Interés y motivación.
2. Deseos de superación.
3. Disponibilidad de tiempo.
4. Disposición para aprender nuevos conocimientos.
5. Presentación personal.
6. Valores éticos y morales.
7. Conocer sus inquietudes, modales, ideas y, su manera de pensar sobre muchos aspectos de la vida, de la comunidad, del trabajo, de la sociedad, del país.
8. Comportamiento de forma calmada, reflexiva y sociable.
9. Capacidad de concentración y atención de detalles.
10. Buena visión.
11. Capacidad de trabajar en equipo. (23,24)

Estos criterios pueden ser utilizados en lugares donde se contrate al personal auxiliar, que no fue el caso de Chicacao, Suchitepéquez, pues éste cuenta ya con una asistente dental asignada por la Municipalidad para el trabajo con el Odontólogo Practicante.

A pesar de esto, se logró identificar muchas de estas características en esta persona y las que no estaban presentes se procuró fomentarlas.

5.12. EVALUACIÓN

- La capacitación del personal auxiliar fue evaluada semanalmente para obtener mejores resultados en el aprendizaje y, de esta manera, retroalimentar sobre los temas en donde se encontraron deficiencias.
- Cada evaluación se realizó de forma oral, práctica y por medio de la observación en la ejecución de acciones, comportamiento y desempeño del personal auxiliar.

Se evaluó cada semana al personal auxiliar y se realizó un promedio por mes; con la siguiente ponderación numérica:

| Mes | Punteo |
|------------|---------------|
| Marzo | 93.75 |
| Abril | 93.75 |
| Mayo | 90 |
| Junio | 96.25 |
| Julio | 86.25 |
| Agosto | 93.75 |
| Septiembre | 88.75 |

Durante los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio y septiembre se trabajó con la persona, asignada al Módulo Odontológico, que ha ejercido durante diez años. Se logró identificar sus fortalezas y debilidades. Se enfocó la capacitación en fortalecer esas debilidades y el desarrollo de nuevas competencias y conocimientos.

Se trabajó de manera exitosa, y se otorgó una ponderación numérica a la evaluación del conocimiento de la persona auxiliar de 91.45, como promedio de seis meses de trabajo.

Durante el período vacacional de la asistente usual, se solicitó un reemplazo a la Municipalidad, quien trabajó durante el mes de agosto. Se logró capacitar a esta persona con temas introductorios y básicos para desempeñar tareas mínimas pero de gran utilidad. Se otorgó una ponderación numérica a la evaluación de su conocimiento de 93.75, durante el mes que trabajó.

**5.13. TEMAS, ACTIVIDADES Y EVALUACIÓN MENSUAL DURANTE EL
DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE PERSONAL
AUXILIAR EN CHICACAO, SUCHITEPÉQUEZ.**



**CUADRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA
DE CAPACITACIÓN DE PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGÍA**

- **Mes: marzo**

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|--|---------------------|---|
| 1 ^a . | Equipo dental. | 95 puntos | Sillón dental, unidad, lámpara, succión, jeringa triple, equipo de rayos x, equipo de esterilización. |
| 2 ^a . | Medidas generales de higiene en la clínica dental. | 90 puntos | Materiales y recursos a utilizar para higienizar áreas y equipo de la clínica dental. |
| 3 ^a . | Esterilización. | 100 puntos | Lavado, desinfección, protocolo. Tipos y formas de esterilización. |
| 4 ^a . | Limpieza y desinfección del equipo y superficies del área de trabajo dental. | 90 puntos | Áreas de limpieza diaria. Áreas de limpieza semanal. |

- Mes: abril

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|--|---------------------|---|
| 1 ^a . | Manipulación de instrumental contaminado. | 90 puntos | Métodos de eliminación de microorganismos. Materiales críticos, semicríticos y no críticos. |
| 2 ^a . | Transferencia de instrumentos. | 100 puntos | Métodos de transferencia. Transferencia a dos manos, transferencia con una mano. |
| 3 ^a . | Principios de bioseguridad. | 95 puntos | Infección cruzada. Uso de barreras de seguridad. |
| 4 ^a . | Limpieza y desinfección de materiales y equipos. | 90 puntos | Limpieza de mobiliario paredes, puertas, ventanas, vidrios, Pisos y zócalos. |

- **Mes: mayo**

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|---|---------------------|--|
| 1 ^a . | Odontología a cuatro manos. | 80 puntos | Conceptos básicos. Objetivos. Áreas de actividad. (Dificultad en llevar el tema a la práctica por posición de sillón dental). |
| 2 ^a . | Recomendaciones para el tratamiento de pacientes. | 100 puntos | Recomendaciones para pacientes a los que se realizó extracciones. |
| 3 ^a . | Posiciones en el consultorio dental. | 90 puntos | Posiciones del operador. Paciente y personal auxiliar. |
| 4 ^a . | Instrumental básico. | 90 puntos | Instrumental básico para utilización con procedimientos de rutina, instrumental que debe ser manejado por el personal auxiliar. |

- **Mes: junio**

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|---|---------------------|--|
| 1 ^a . | Instrumental de operatoria y ppf. | 100 puntos | Conoce por nombre y función cada instrumento |
| 2 ^a . | Instrumental para extracción | 95 puntos | Ubicación anatómica de piezas dentales y fórceps a utilizar. |
| 3 ^a . | Instrumental para endodoncia, periodoncia y prótesis. | 90 puntos | Instrumentos para periodoncia se dificulta aún. No reconoce espátulas para prótesis total. |
| 4 ^a . | Prevención en odontología. | 100 puntos | Educación en salud. Flúor, sff e higiene oral. |

- Mes: julio

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|---|---------------------|--|
| 1 ^a . | Anatomía de la cavidad bucal. | 95 puntos | Conoce las Partes del diente, tipos de dientes. |
| 2 ^a . | Dentición permanente y primaria. | 80 puntos | Conoce las diferencias en de las denticiones, dificultad en cronología |
| 3 ^a . | Nomenclatura de las piezas dentales Fórmula universal y FDI. | 80 puntos | Dificultad en recordar las nomenclaturas |
| 4 ^a . | Técnica de revelado radiográfico. | 90 puntos | Dificultad en práctica |

- Mes: agosto

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|-----------------------------|---------------------|---|
| 1 ^a . | Equipo dental. | 90 puntos | Sillón dental, unidad dental, unidad porta, instrumentos, Succión. |
| 2 ^a . | Esterilización. | 100 puntos | Lavado, desinfección |
| 3 ^a . | Instrumental básico. | 90 puntos | Instrumental básico para utilización con procedimientos de rutina, instrumental que debe ser manejado por el personal auxiliar. |
| 4 ^a . | Principios de bioseguridad. | 95 puntos | Infección cruzada. Uso de barreras de seguridad. |

- Mes: septiembre

| SEMANA | TEMAS IMPARTIDOS | EVALUACIONES | OBSERVACIONES |
|------------------|--|---------------------|---|
| 1 ^a . | Aspectos administrativos. | 90 puntos | Métodos de eliminación de microorganismos. Materiales críticos, semicríticos y no críticos. |
| 2 ^a . | Registro de citas y manejo de fichas. | 100 puntos | Métodos de transferencia. Transferencia a dos manos, transferencia con una mano. |
| 3 ^a . | Instrumental crítico y semicrítico | 95 puntos | Infección cruzada Uso de barreras de seguridad. |
| 4 ^a . | Economía de movimientos en el consultorio. | 90 puntos | Limpieza de mobiliario , paredes, puertas, ventanas, vidrios, pisos y zócalos |

5.14. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El personal auxiliar ya es un complemento al margen de la práctica profesional, miembros integrales de una unidad de salud bucal, es por esto que fue necesario capacitarlo, para lograr una coordinación con el Odontólogo y así realizar tratamientos eficientes en menor cantidad de tiempo.

La asistente dental que brindó la Municipalidad de Chicacao, Suchitepéquez fue capacitada en ocasiones anteriores, puesto que posee 10 años de tener ese cargo en el Módulo Odontológico; y lo desempeña de manera aceptable. Sin embargo, se identificaron algunas deficiencias y debilidades en ciertos temas y estos fueron los que mayor énfasis recibieron con el propósito de lograr un trabajo más eficiente.

A través de la retroalimentación constante, corrección de hábitos nocivos y práctica continua se permitió a la asistente desarrollar habilidades requeridas para la manipulación de materiales, comprensión de los tratamientos y las razones por las que deben realizarse de determinada manera.

Como se mencionó anteriormente, se trabajó con dos asistentes dentales, ambas mostraron buena disposición hacia el aprendizaje y logró colaborar eficazmente en la clínica dental.

La capacitación se concluyó de manera exitosa y se logró trabajar de manera eficaz y en armonía. Se aumentó la productividad a favor del programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2014). **Salud**. (en línea). s.l.: Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
2. Meraz, L. C. (2013). **Salud integral**. (en línea). s.l.: Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: <http://www2.esmas.com/salud/667825/salud-integral-que-significa/>
3. **Saneamiento ambiental** (2014). (en línea). s.l.: Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Saneamiento_ambiental
4. **Salud ambiental**. (2014). (en línea). s.l. : Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_ambiental
5. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2014). **Salud ambiental**. (en línea). s.l.: Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: http://www.who.int/topics/environmental_health/es/
6. Freites Coraspe, B. M. y Luces Hernández, D. V. (2009). **Evaluación de los riesgos ocupacionales por puestos de trabajo en la sala de shock del área de emergencia del hospital universitario Dr. Luis Razetti en Barcelona, estado Anzoátegui**. Tesis (Ingeniero Industrial). Universidad de Oriente, Escuela de Ingeniería y Ciencias Aplicadas. 268p. (en línea). España: Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2120/1/TESIS.II009F33.pdf>
7. León Martínez, N. (2008). **Consideraciones de seguridad en el diseño de un consultorio odontológico**. (en línea). Venezuela: Consultado el: 19 de Oct. 2014. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art5.asp>



8. **Código de Salud.** (1997). (en línea). Guatemala: Consultado el: 18 de Oct. 2014. Disponible en: <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/GUA-Decreto-90-97-Codigo-Salud.htm>
9. **Promoción y prevención en salud bucal.** (en línea). Chile: Consultado el: 18 de Oct. 2014. Disponible en:
http://saludbucal.minsal.cl/fundamentos_salud_bucal/home.html
10. Campo, C. M. del y Mercado, S. M. (2000). **Salud Integral: Desde la perspectiva biopsicosocial.** (en línea). Sonora: México: Consultado el: 18 de Oct. 2014. Disponible en:
http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa10/salud_integral_desde_perspectiva_biopsicosocial/y2.htm
11. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2007). **Salud bucodental.** (en línea). s.l.: Consultado el: 18 de Oct. 2014. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
12. **Salud Bucodental.** (2011). (en línea). Madrid: Consultado el: 20 de Oct. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
13. **La Salud bucal un componente de la salud general.** (2011). (en línea). Medellín, Colombia: Consultado el: 20 de Oct. 2014. Disponible en:
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bActualidad/facultadOdontologia/noticias/Comite%20Interinstitucional%20Odontol%C3%B3gico%20se%20pronuncia>
14. FDI (Fédération Dentaire Internationale). (2014). **Llevar al mundo hacia una Salud Bucodental Óptima: Visión 2020 de la FDI.** (en línea). s.l.: Consultado el: 20 de Oct. 2014. Disponible en:
http://www.fdiworldental.org/media/12516/vision_2020_spanish.pdf



15. Thompson, I. (2008). **Definición de administración.** (en línea). s.l.: Consultado el: 21 de Octubre de 2014. Disponible en:
<http://www.promonegocios.net/administracion/definicion-administracion.html>
16. **Administración del consultorio odontológico.** (en línea). s.l.: Consultado el: 21 de Octubre de 2014. Disponible en:
<http://www.odontomarketing.com/glosarioadministraciondelconsultorioodontologico.html>
17. Ponce Saravia, C. H. (1967). **Personal auxiliar en odontología.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 34 p.
18. Samayoa García, R. (1971). **Utilización de maestros de educación primaria y personal auxiliar en un programa de higiene oral en escolares del Parcelamiento "El Cajón".** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 37 p.
19. Moratalla Jiménez, J.F. (1980). **Determinación de la utilización y adiestramiento del personal auxiliar de odontología existente en la capital de Guatemala.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 64 p.
20. López Rojas, D. A. (2003). **Evaluación del programa de capacitación de personal auxiliar, en el primer grupo del Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el año 2003.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 121 p.
21. Durocher, R. (1996). **El Personal Auxiliar en Odontología.** Petrópolis, Brasil: Ed. Allafó. Pp. 299-312.



22. Genovis, H. M. (2001). **Productividad: importancia del personal auxiliar en el consultorio odontológico.** (en línea). Argentina: Consultado el 19 de octubre de 2014. Disponible en: http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_36_OCTUBRE_2001.htm
23. INFOTEP (El Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional). (2012). **Monografía Ocupacional: Asistente dental.** (en línea). s.l.: Consultado el 2 de mar. 2014. Disponible en: http://www.infotep.gov.do/pdf_prog_form/c_asitdental.pdf
24. **Funciones de la asistente dental.** (2012). (en línea). s.l.: Consultado el 3 de mar. 2014. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Funcines-De-La-Asistente-Dental/4345602.html>

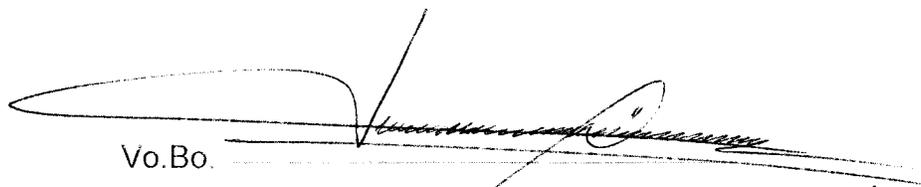


El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad de la autora:

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

Gabriela Estefany Paredes Cordero

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

Vo.Bo. 

Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

Secretario Académico

Facultad de Odontología

Universidad de San Carlos de Guatemala

