

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN SAN JUAN ALOTENANGO, SACATEPÉQUEZ, GUATEMALA
FEBRERO – OCTUBRE 2,011

PRESENTADO POR:

DULCEMARÍA DE LOS ANGELES LIMA MARTÍNEZ

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, FEBRERO DE 2012



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Edificio M-4, segundo piso
Ciudad Universitaria, zona 12
Apartado Postal 1029
Guatemala, Centroamérica

Guatemala, 11 de noviembre de 2011

Doctora
Carmen Ordóñez de Maas
Secretaria Académica
Facultad de Odontología
Presente

Doctora Ordóñez de Maas:

Atentamente me dirijo a usted enviando el dictamen sobre el Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado del (la) estudiante **DULCEMARÍA DE LOS ANGELES LIMA MARTÍNEZ**, carné No. 199813405, realizado en San Juan Alotenango, Sacatepéquez, de Febrero a Octubre 2011.

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

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

Sin otro particular, suscribo atentamente.

"DÉ Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Jorge Martínez Solares
Asesor, Informe Final E.P.S.



JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Manuel Aníbal Miranda Ramírez
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. Bianca Natalia Bonatto Martínez
Vocal quinto:	Br. Mario Alejandro Álvarez Martínez
Secretaria General de Facultad:	Carmen Lorena Ordoñez de Maas, Ph. D

TRIBUNAL QUE PRESIDIO EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano	Dr. Manuel Aníbal Miranda Ramírez
Vocal	Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
Secretaria General de Facultad	Carmen Lorena Ordóñez de Maas, Ph.D

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Gracias por la oportunidad que me das de alcanzar esta valiosa meta, y por tomarme siempre de tu mano e iluminarme con tu luz. Gracias por llenar mi vida de bendiciones.
- A MIS PADRES: Ricardo Danilo Lima Fernández y BivianScarlethMartínezChavarría de Lima, por ser el mejor ejemplo de perseverancia, amor, valentía; por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, por su comprensión, por haber hecho de mí la mujer que hoy soy. No hay palabras para poder expresar el amor y la gratitud que siento por ustedes.
- A MIS HERMANOS: Alejandrina, Ricardo y Thearesa, Dios no se equivocó dándome a los mejores hermanos del mundo; gracias por cada palabra de aliento y por su amor, y por ser una fuente de inspiración y ejemplo.
- A MI ESPOSO: Manuel Vicente Roca Orellana por ser mi compañerode vida, gracias por tu amor, tu apoyo y tu paciencia.
- A MI HIJO: Manuel, por permitirme ver el amor desde otra perspectiva. Gracias "Príncipe" por ser mi todo, el motor que mueve mi vida, la fuerza que me empuja a ir tras mis sueños, y demostrarme que puedo ser mejor día a día, sin importar las circunstancias o la adversidad.
- A MI FAMILIA: Un agradecimiento muy especial a la Familia PérezMartínez, porque son para mí como una segunda familia; a mis abuelitas Mamita Marta y Mamita Lubia, gracias por su apoyo y sus consejos, las quiero mucho.
- A MI PRIMA: Aura Leticia Monroy Martínez, más que mi prima, mi comadre y casi mi hermana; gracias por ser un modelo para mí, por tu cariño y tu amistad incondicional.
- A LA FAMILIA
ROCA ORELLANA Por su cariño

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 Municipio de San Juan Alotenango, Departamento de Sacatepéquez, conforme lo demandan las Normas del Proceso Administrativo para la Promoción de los estudiantes de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

	Pág.
I. Sumario	2
II. Actividades comunitarias	4
III. Prevención de enfermedades bucales	11
Enjuagues de fluoruro de sodio	16
Selladores de fosas y fisuras	21
Actividades de educación en salud bucal	24
Recuento consolidado de atención en la clínica dental	25
IV. Investigación única	28
V. Atención clínica integral para escolares y grupos de alto riesgo	42
VI. Administración de consultorio	46
Infraestructura clínica dental	48
Capacitación del personal auxiliar	52
VII. Bibliografía	56
VIII. Anexos	57

SUMARIO

Este informe final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizado del 8 de febrero al 7 de octubre de 2011, en el Centro de Salud del Municipio San Juan Alotenango, Departamento de Sacatepéquez, detalla cada una de las actividades que fueron puestas en marcha en el período mencionado.

Durante el desarrollo del EPS se llevaron a cabo actividades con la comunidad. Una de ellas fue el trabajo que se realizó con las autoridades y los padres de familia de los estudiantes de la Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina, para la adquisición de un botiquín para primeros auxilios. Así mismo, se realizaron varias mejoras a la clínica dental del Centro de Salud.

Debido a que siempre se le da prioridad al aspecto curativo de las enfermedades bucales sobre los aspectos preventivos, como parte del Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo un programa de prevención. Este incluyó entrega de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, que se distribuyeron a la población escolar, principalmente, a los establecimientos de carácter público; se efectuaron selladores de fosas y fisuras en piezas dentales; así como, actividades relacionadas con la educación en salud bucal.

También se realizó una investigación única, que en esta oportunidad fue acerca del desarrollo de los arcos dentarios y su relación con el estado nutricional en niños guatemaltecos con dentición primaria de 5 años de edad.

En la actividad de la clínica integrada se contribuyó brindando atención odontológica a los habitantes de dicha comunidad, se dio prioridad a los niños en edad escolar, especialmente a los que asisten a la Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina y a mujeres embarazadas, aunque no por ello se descuidó a otros sectores de la población. Los tratamientos que se realizaron consistieron en examen clínico, detartraje, profilaxis, aplicación tópica de fluoruros, obturaciones de amalgama de plata y resinas compuestas, coronas de acero, pulpotomías, exodoncia, selladores de fosas y fisuras; así como, cualquier otro tipo de tratamiento que estuviera dentro de las posibilidades de realizarse.

Por último, se evaluó la administración del consultorio dental, y para ello se planificó y organizó cada una de las actividades que se ejecutaron. Así mismo, durante el programa, se reclutó y, a su vez, se capacitó a una persona que ejerció como asistente dental en el consultorio. Para ello se le brindó documentos sobre temas, tales como: asepsia, desinfección, esterilización y manejo de materiales dentales; además, se le instruyó sobre la

adecuada forma de atender a los pacientes. Con ello se logró una optimización del tiempo de trabajo en la clínica.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Nombre de la comunidad donde se desarrolló el proyecto:

Municipio de San Juan Alotenango, departamento de Sacatepéquez.

Título

Entrega de botiquín para primeros auxilios a la Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina

INTRODUCCIÓN

La Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro es la más grande que funciona en San Juan Alotenango. Esta atiende a una población estudiantil de 1,555 estudiantes en la jornada matutina.

Debido a que la cantidad de estudiantes que asisten a ese centro educativo es grande, se requiere de un botiquín para prestar primeros auxilios a los escolares que sufran de alguna emergencia, que no requiera de atención médica.

Para lograr este objetivo se habló con el director de dicho establecimiento, quien aceptó que se llevará a cabo este proyecto. Luego se solicitó la colaboración a un grupo de madres de familia para realizar una venta de comida y así lograr la recolección de los fondos.

Este fue el segundo proyecto que se planteó, porque el primero no contó con el apoyo de las autoridades edilicias, y para lograr los objetivos de este proyecto no se involucraron instituciones de la comunidad. De esta cuenta la adquisición del botiquín se logró gracias al apoyo de las madres de familia de los estudiantes de dicha escuela.

JUSTIFICACIÓN

La población estudiantil de este establecimiento es grande, por lo tanto la necesidad de un botiquín para tratar primeros auxilios que no requieran atención médica, es indispensable. Además, cabe señalar que aunque cada aula cuenta con botiquín con medicamento el

director de la escuela indicó que los artículos para tratar heridas son los más demandados, pero estos no fueron incluidos en el mismo.

Por lo tanto, era necesaria la adquisición de un botiquín completo para tratar heridas leves en los niños que asisten a esta escuela.

OBJETIVO GENERAL

Entregar al Director de la Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro un botiquín para primeros auxilios, para escolares que no requieran de atención médica, cuando se hayan lastimado.

METODOLOGÍA

Institución elegida: Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina.

Proyecto: Entrega de botiquín para prestar primeros auxilios que no requieran de atención médica, para los estudiantes de dicho establecimiento.

Actividades desarrolladas:

Este fue el segundo proyecto de actividad comunitario que se planteó durante el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

Para el primer proyecto se requería de apoyo de las autoridades municipales, sin embargo no se contó con él.

Este proyecto se replanteó en el mes de junio, y ya para julio ya se había iniciado con las gestiones para su ejecución.

Lo primero que se hizo fue hablar con el director de la escuela, profesor Hilario Pamal, y se le consultó sobre, cuál era, según su experiencia, la forma de ayudar a la población estudiantil. De esta manera, el profesor solicitó el botiquín, que según sus palabras, tuviera más medicamentos para la curación de heridas, que medicamentos en sí, ya que a principio de año, en cada aula se hizo una colecta de medicamentos para dolores, mas no para curaciones.

Después de la charla sostenida con el director, se procedió a gestionar la recaudación de fondos. Con la colaboración de las madres de algunos niños que asistían a la clínica dental se organizó una venta de elotes, y con los fondos recaudados se efectuó la compra de la caja que sería usada como botiquín y de los medicamentos.



El botiquín contiene:

Gasa, algodón en rama, hisopos, bandas adhesivas o “curitas”, micropore, alcohol, agua oxigenada, mercurio cromo, 10 pares de guantes, bajalenguas, toallas sanitarias, pomada cicatrizante a base de sulfatiazol y jabón antiséptico para el lavado de heridas

Se entregó en una caja de plástico con su respectiva tapadera, para que fuera más fácil de almacenar o de transportar.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma	Actividades
Febrero	Se realizó el diagnóstico comunitario y se entregó la propuesta del proyecto.

Marzo	<p>Se hizo entrega de una carta al Señor Alcalde para solicitar su colaboración en la creación de un área infantil para el parque ecológico Ox'y-juy'u. En esa oportunidad él envió su respuesta diciendo que contaba con su apoyo tanto con materiales como con mano de obra.</p> <p>Durante este mes, también, se hizo un reconocimiento del área en cuestión junto al jefe de la oficina de turismo, Hermenejildo Cojolon.</p>
Abril	<p>Se realizó un reconocimiento del área en donde se llevaría a cabo el proyecto, junto a personal de la Oficina Municipal de Información de Turismo de Alotenango, y con el Consejal segundo. Estas personas habían estado desarrollando el parque hacia un tiempo atrás.</p> <p>Durante esta visita se realizó una toma de medidas para hacer el cálculo del material que iba a ser requerido a la Municipalidad, y se plantearon algunos diseños para el área infantil del parque ecológico.</p> <p>Con los cálculos de material, se envió al alcalde la carta para hacer la solicitud del material y la mano de obra.</p>
Mayo	<p>Durante este mes se estuvo a la espera de la respuesta de la carta que se había enviado el mes anterior.</p>
Junio	<p>Se replanteó un proyecto nuevo, debido a que el proyecto anterior no contó con el apoyo necesario.</p>
Julio	<p>En este mes se iniciaron las gestiones para el nuevo proyecto, el cual consistió en la creación de un botiquín de primeros auxilios que sería ubicado en la Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro Jornada Matutina.</p> <p>Para que se lograra dicho objetivo, se consultó al director de la escuela si era posible trabajar con ellos, a lo que él accedió de manera muy gustosa. Su única condición fue que éste estuviera equipado con lo básico para el tratamiento de golpes y heridas.</p>
	<p>Durante este mes se tenía programado finalizar con las gestiones para cumplir con el proyecto. Para tal fin, se llevó a</p>

Agosto	cabo una venta de comida en la escuela, contando con la colaboración de algunas madres de los escolares y aprovechando la temporada de cosecha, se efectuó una venta de elotes cocidos.
Septiembre	Se compró la caja que sería utilizada para depositar las medicinas, así como, los medicamentos. El proyecto concluyó con la entrega del botiquín a las autoridades de la Escuela, además se entregó un pequeño manual con las instrucciones de uso de los medicamentos.

RECURSOS

El presupuesto estimado con el cual se realizó este proyecto fue:

Q.45.00 caja plástica para guardar los medicamentos

Q.75.00 en la compra de los medicamentos

Para financiar el proyecto se realizó una venta de elotes a cargo de las madres de familia, de la cual se recaudó Q.100.00; y para adquirir el botiquín el monto fue completado con dinero de una alcancía que se colocó en la clínica para recolectar fondos para los proyectos de mejoras.

El costo total del botiquín ascendió a Q.125.00.

RESULTADOS

Gracias al apoyo de las autoridades escolares y al grupo de madres de familia, se logró recaudar los fondos para la compra del botiquín, el cual contiene únicamente medicamentos para la curación de golpes y heridas. Éste será de utilidad a la población estudiantil.

LIMITACIONES O DIFICULTADES

En el primer proyecto comunitario que se planteó hubo limitaciones por falta de colaboración, que no permitieron que se llevara a cabo. Mientras que en el segundo se encontró siempre disponibilidad y accesibilidad por parte de las autoridades y madres de familia con quienes se trabajó.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA

El proyecto que se implementó en la Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina, fue sin lugar a dudas de mucha utilidad para la población estudiantil, ya que ahora cuentan con medicamentos que pueden ser utilizados ante cualquier emergencia que no requiera de acudir a un médico.

El Director expresó su satisfacción por el botiquín, ya que ahora en la escuela cuentan con medicamentos para prestar los primeros auxilios a sus alumnos.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Descripción general:

La prevención se puede dividir en:

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

Al hacer una síntesis, se puede mencionar cada uno de los niveles de prevención:

PREVENCIÓN PRIMARIA:

Primer nivel: Promoción de la salud bucal

Este nivel no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad, por lo tanto no es específico. Todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud bucal general del individuo, tales como, una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones de trabajo adecuado, descansos y recreaciones son ejemplos de medidas que actúan en este nivel (7).

Segundo nivel: Protección específica

Este nivel consta de medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de enfermedades específicas, por ejemplo, las distintas vacunas para las diferentes enfermedades, la fluoración del agua y la aplicación tópica de fluoruros para el control de la caries dental, el control de la placa para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal (7).

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tercer nivel: Diagnóstico y tratamiento temprano

Este comprende la prevención secundaria y la odontología restauradora temprana, que son ejemplos de este nivel de prevención. En la actualidad el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades malignas bucales son el nivel más apropiado para iniciar el tratamiento. (7)

PREVENCIÓN TERCIARIA

Cuarto nivel: Limitación del daño

Incluye medidas que tienen por objeto limitar el grado de daño producido por la enfermedad, recubrimientos pulpares, maniobras endodónticas y la extracción de dientes infectados (7).

Quinto nivel: Rehabilitación (física, psicológica y social)

La colocación de prótesis, coronas y puentes, protodoncia parcial o completa y rehabilitación bucal son medidas dentales que pueden ser consideradas en este nivel (7).

El programa preventivo, que se desarrolla en el Ejercicio Profesional Supervisado, tiene como finalidad ayudar a los niños de la comunidad que se encuentran en edad escolar, e incluye medidas preventivas como enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, actividades en educación bucal y selladores de fosas y fisuras (7).

La aplicación de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% (NaF al 0.2%) semanalmente, consistió en la distribución de fluoruro, el cual se preparaba diluyendo 20 pastillas de este componente por un galón de agua. En esta actividad participaron los maestros, previamente capacitados, quienes colaboraron colocando 5 ml de este diluido en la boca de los pacientes, seguido de la supervisión de un enjuague de alrededor de 30 segundos y, finalmente, asegurarse que los niños lo escupieran (7).

En esta parte del programa del EPS, también, se colocaron selladores de fosas y fisuras en cada una de las piezas permanentes que ya hubieran aparecido en la boca de los pacientes de preparatoria a 3º primaria.

La tercera actividad en prevención que se llevó a cabo fueron charlas sobre educación en salud bucal, las cuales se impartieron en los establecimientos educativos una vez a la semana. Los temas cubiertos fueron:

- Anatomía de la cavidad bucal
- Anatomía de las piezas dentales
- Caries dental
- Inflamación gingival
- Enfermedad periodontal
- Uso correcto de cepillo y seda dental
- Utilización de la pasta dental
- Sustitutos del cepillo dental
- Relación de azúcar con la caries dental
- Beneficios de enjuagues con flúor

El resultado del programa preventivo fue positivo, ya que se logró su objetivo, es decir, disminuir la incidencia de caries de forma significativa, en los niños en edad escolar.

Por otro lado, una de las metas trazadas era distribuir enjuagues de flúor como mínimo a 1,000 niños de forma semanal. Esta actividad se llevó a cabo en los siguientes establecimientos educativos:

- Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina
- Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, anexo preprimaria
- Escuela Privada Rural Mixta “Capetillo”
- Asociación Bendición de Dios
- Colegio Mixto Inmaculada
- Colegio Interamericano
- Colegio Cristiano Alfa y Omega
- Colegio Del Bosque
- Centro Educativo Corazones Unidos

La población estudiantil beneficiada con el programa fue de preparatoria a 6º grado de primaria, de dichos establecimientos educativos.

CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de tejidos del diente. Esto como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos alimentarios, que se exponen a las bacterias que fabrican ese ácido en la dieta. La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos (8).

La caries dental también se asocia a errores en las técnicas de higiene, pastas dentales inadecuadas, falta de cepillado dental, ausencia de seda dental, así como por una etiología genética (8).

Después de destruir el esmalte, ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria, produciendo inflamación, pulpitis y posterior necrosis o muerte pulpar. Si el diente no es tratado, puede llevar a la inflamación del área que rodea el ápice (extremo de la raíz), produciéndose una periodontitis apical, que puede llegar a ocasionar un absceso, una celulitis e incluso una angina de Ludwig (8).

La enfermedad periodontal comprende un grupo de estados inflamatorios de los tejidos de soporte dentario inducidos por bacterias (8).

La placa dental es una biopelícula relacionada con el huésped. Se puede considerar que la salud periodontal es un estado de equilibrio, cuando la población de bacterias coexiste con el huésped y no hay daño irreparable de las bacterias, ni del tejido del huésped. La ruptura de

ese equilibrio genera alteraciones en el huésped y la biopelícula bacteriana, y por último se destruyen los tejidos conectivos del periodoncio (8).

Es posible definir la placa dental como los depósitos blandos que forman una biopelícula adherida a la superficie dentaria u otras superficies duras en la boca, entre ellas las restauraciones removibles y fijas se diferencian de otros depósitos que pueden encontrarse en la superficie dental, como la materia alba y el cálculo (8).

Existen muchas formas de enfermedad periodontal, entre las más comunes se incluyen las siguientes (8):

Gingivitis:

Es la forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente, hay poca o ninguna incomodidad en esta etapa. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado oral en casa.

Periodontitis:

Se define como una “forma inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas”. La característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable. A menudo esto se acompaña de bolsas y modificaciones en la densidad y altura del hueso alveolar subyacente (8).

Puede presentarse en formas de inicio temprano, aparición adulta y necrosante. Además puede estar relacionada con enfermedades generales como diabetes e infecciones por VIH, y que algunas formas de periodontitis pueden ser refractarias al tratamiento convencional (8).

Periodontitis crónica:

Es la forma más frecuente de periodontitis. Es más prevalente en adultos aunque puede presentarse en niños. Se vincula con la acumulación de placa y cálculos, y suele tener un ritmo de progresión de lento a moderado, pero se observan periodos de destrucción más rápida (8).

Periodontitis agresiva:

Difiere de la forma crónica básicamente por la rapidez de la progresión en personas por lo demás sanas, ausencia de grandes acumulaciones de placa y cálculos, y antecedentes de enfermedad agresiva que señala un rasgo genético. Hay pérdida de inserción y destrucción ósea rápida, cantidad de depósitos microbianos sin correlación con la gravedad de la enfermedad y pueden haber varios miembros de la familia enfermos. (8)

Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas:

Se puede observar como manifestación de las siguientes enfermedades sistémicas: trastornos hematológicos, como neutropenia adquirida, leucemias y otras; trastornos genéticos, como neutropenia familiar y cíclica, síndrome de Down, síndromes de deficiencia de adhesión de leucocitos, síndrome de Papillon-Lefèvre, síndrome de Chediak-Higashi, síndromes de histiocitosis, síndrome de Cohen; entre otros. (8)

Síntomas y señales de alerta

En ocasiones, la enfermedad periodontal puede progresar sin ningún síntoma ni dolor. Una revisión dental regular es importante, ya que si el dentista encuentra señales de enfermedad periodontal puede ser tratada antes de que avance. (8)

- Encías blandas, inflamadas o rojizas.
- Sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.
- Encías que se desprenden de los dientes
- Dientes flojos o separados
- Pus entre la encía y el diente
- Mal aliento continuo
- Cambio en la forma en la que los dientes se encajan al morder
- Cambio en el ajuste de dentaduras parciales.

Prevención y diagnóstico de la enfermedad periodontal

Un cepillado apropiado dos veces al día, así como hilo dental diariamente ayudarán a prevenir la enfermedad periodontal.

Una limpieza profesional, cada tres o seis meses, realizada por un dentista o un experto en higiene dental removerá la placa y el sarro en áreas difíciles de alcanzar, que consecuentemente son susceptibles a la enfermedad periodontal.

Durante una revisión dental regular, el dentista o el experto en higiene inspeccionarán las encías y el espacio entre el diente y la encía para descartar la enfermedad periodontal.

ENJUAGUES CON SOLUCIÓN DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2%

Metodología utilizada

El fluoruro de sodio, cuya fórmula química es NaF, fue utilizado en una concentración del 0.2%; este fue preparado a una relación de 20 pastillas de flúor para un galón de agua, se esperó a que la mezcla estuviera homogénea para distribuirlo.

Para la aplicación de estos enjuagatorios se distribuyó 5 ml, que eran medidos por medio de una jeringa y colocados en la taza o recipiente de los alumnos. Se le solicitaba a los alumnos que se enjuagara por lo menos un minuto con el preparado, y que no comieran o bebieran durante una hora, después de la aplicación.



Metas por alcanzar en cuanto a cobertura de población escolar:

- Disminución en la incidencia de las lesiones de caries dental.
- Formación de una cultura de enjuague bucal de NaF al 0.2%, cada semana
- Hacer del conocimiento del escolar sobre el beneficio de los enjuagues con fluoruro de sodio.
- Fomentar el interés en la población estudiantil por la salud bucal.
- Cobertura de 1,000 niños como mínimo en el programa de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%.

Número de escolares cubiertos

En promedio se cubrió un total de 2,856 niños semanales

Tabla No. 1
Establecimientos educativos participantes en la aplicación de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Establecimiento	No. de niños
Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, jornada matutina	1,555
Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, anexo preprimaria	250
Escuela Privada Rural Mixta "Capetillo"	140
Asociación Bendición de Dios, jornadas matutina y vespertina	400
Colegio Mixto Inmaculada	258
Colegio Interamericano	37

Colegio Cristiano Alfa y Omega, jornada matutina, vespertina y sabatina	166
Colegio El Bosque	25
Centro Educativo Corazones Unidos	25
Total	2,856

Fuente: datos recabados en la población objeto de estudio.

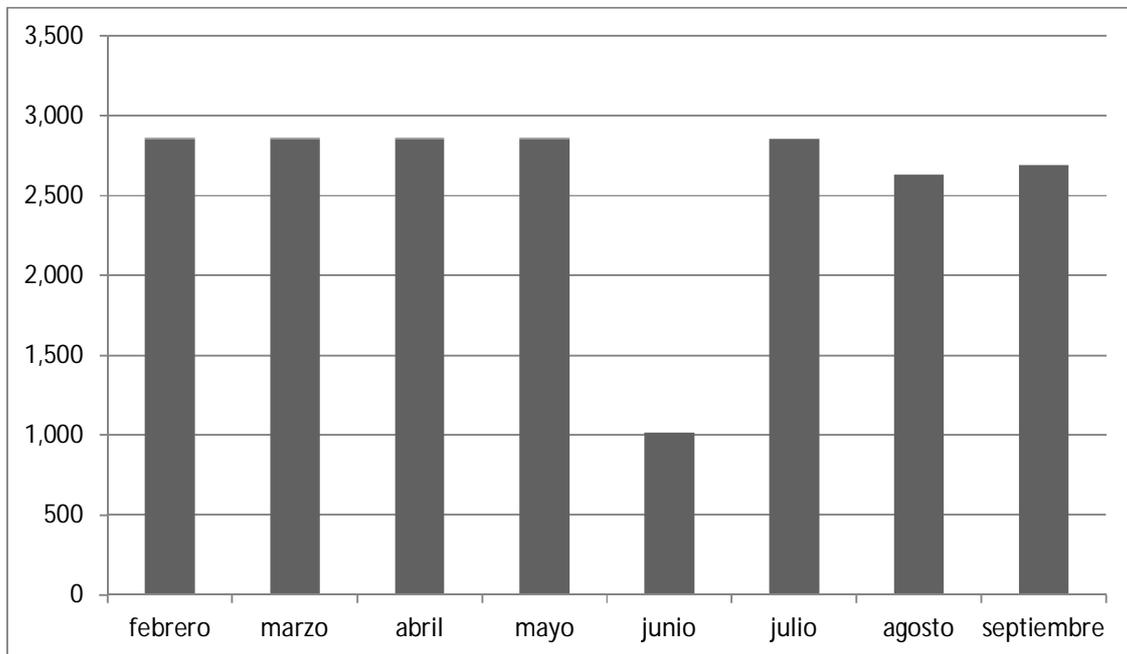
Tabla No. 2
Promedio de cobertura mensual de la distribución de los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% semanal en escolares
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Mes	Total niños
Febrero	2,856
Marzo	2,856
Abril	2,856
Mayo	2,856
Junio	1,014
Julio	2,856
Agosto	2,628
Septiembre	2,690

TOTAL	20,612

Fuente: datos recopilados durante el Ejercicio Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Gráfica No. 1
Promedio de cobertura mensual de la distribución de los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% semanal en escolares
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011



Interpretación de tabla No. 2 y gráfica No.1:

Durante los cuatro primeros meses, el número de niños que fueron beneficiados por el subprograma de enjuagues de fluoruro de sodio se mantuvo estable. Sin embargo, para el mes de junio disminuyó drásticamente, debido a que en ese mes se celebra la feria patronal de la comunidad. Por lo tanto, las actividades en la escuela más grande del municipio, así como en su anexo en preprimaria fueron muy inestables. Y en los dos siguientes meses se dejó de distribuir en un colegio, porque no estaba siendo utilizado.

COLOCACIÓN DE SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS

Metodología utilizada:

Los selladores de fosas y fisuras fueron colocados en niños de preparatoria a 3er. grado de primaria, en piezas permanentes que recién habían erupcionado y que no presentaban lesión de caries.

Para lograr este objetivo, los niños fueron examinados previamente, y si presentaban piezas dentales permanentes libres de caries, eran aisladas, ya que el material sellador no es afín a la humedad. Por lo general, el tipo de aislamiento utilizado fue el de tipo relativo (con rollos de algodón); posteriormente se grabó con ácido ortofosfórico al 0.7% durante 20 segundos, luego se lavó con chorro de spray, secó por 20 segundos, se colocó material adhesivo, se secó y fotocuró por 20 segundos y, finalmente, se colocó el material sellador fotocurándolo nuevamente durante 40 segundos. Estos tiempos de trabajo variaron, según la casa del fabricante.



Metas alcanzadas:

- Durante el tiempo que duró el programa de EPS se tuvo como meta realizar en 20 niños los selladores de fosas y fisuras.
- Se evitó que la caries afectara a las piezas que estaban sanas y libres de caries.
- Con esto se logró mejorar el nivel del CPO.

Número de escolares cubiertos con el programa de selladores de fosas y fisuras

El total de niños beneficiado durante los ocho meses en que se realizó el programa fueron 145. Y se colocó un total de 740 selladores de fosas y fisuras.

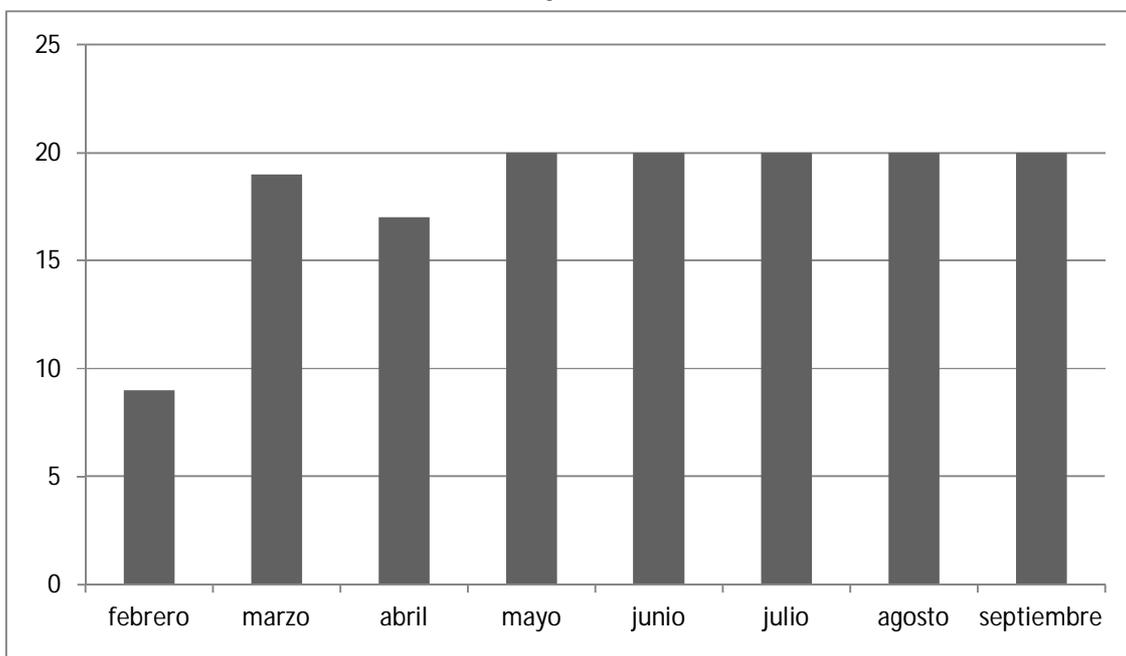
Cuadro No. 3
Cobertura mensual de selladores de fosas y fisuras en niños de preparatoria a 3er grado
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Mes	Total niños	Total selladores de fosas y fisuras
Febrero	9	43
Marzo	19	105
Abril	17	108
Mayo	20	95
Junio	20	97
Julio	20	89
Agosto	20	102
Septiembre	20	101

Total	145	740
-------	-----	-----

Fuente: datos recopilados durante el Ejercicio Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Gráfica No. 2
Cobertura mensual de selladores de fosas y fisuras en niños de preparatoria a 3er grado
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011



Interpretación de tabla No.3 y gráfica No. 2

El número de niños para selladores de fosas y fisuras se mantuvo estable durante los ocho meses que duro el programa, a excepción del primer mes, porque se consideró que aún se estaba en un periodo de ubicación.

ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL

Esta actividad consiste en impartir pláticas de temas relacionados con la salud bucal, y para ello se utilizó material de apoyo y didáctico elaborado con cartulinas, en donde se ilustraron los temas de forma atractiva para los niños, adolescentes y mujeres embarazadas.

Estas actividades se desarrollaron en los siguientes establecimientos educativos: Escuela Oficial Urbana Mixta Mario Méndez Montenegro, Escuela Privada Rural Mixta "Capetillo", Colegio Alfa y Omega, Proyecto Bendición de Dios, Colegio Mixto Inmaculada; además se impartieron charlas a un grupo de mujeres que llegan a cortar café a la Finca "Capetillo", así como a grupos de mujeres embarazadas y pacientes en general que asistían al Centro de Salud.

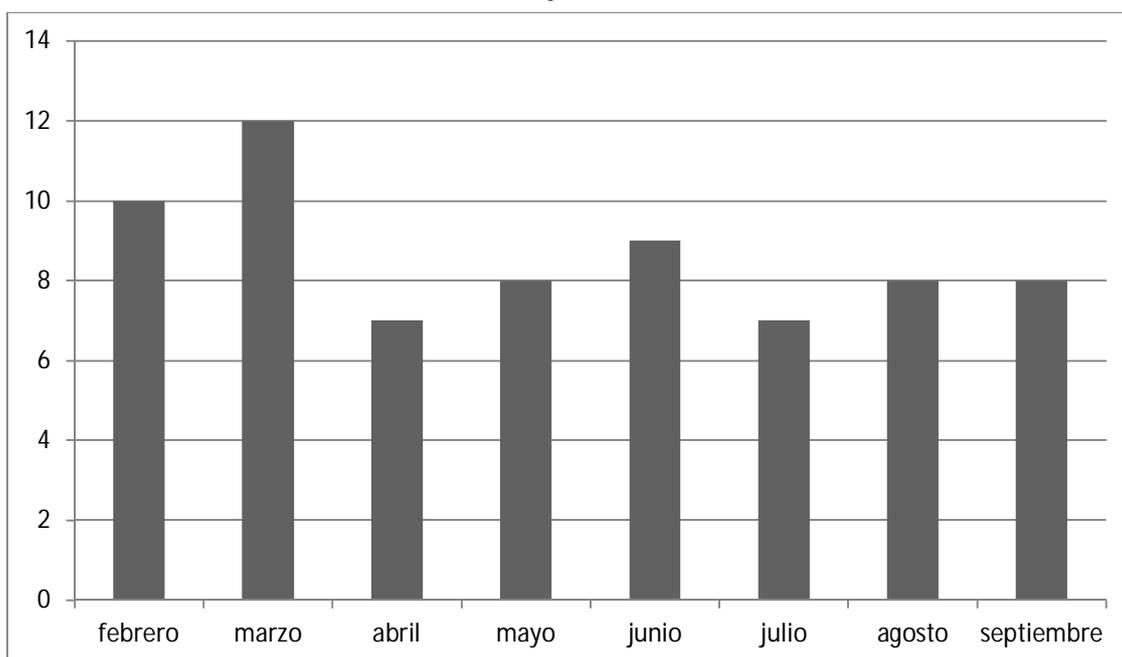
Tabla No. 4
Total de actividades de educación en salud bucal
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Mes	Total actividades en educación en salud bucal
Febrero	10
Marzo	12
Abril	7
Mayo	8
Junio	9
Julio	7
Agosto	8
Septiembre	8

Total	69

Fuente: datos recopilados durante el Ejercicio Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Gráfica No. 3
Total de actividades de educación en salud bucal
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011



Interpretación tabla No. 4 y gráfica No.3

Las actividades de educación en salud se mantuvieron casi estables en los ocho meses que duró el programa.

RECUESTO CONSOLIDADO DE ATENCIÓN A PACIENTES EN LOS OCHO MESES DE DURACIÓN DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

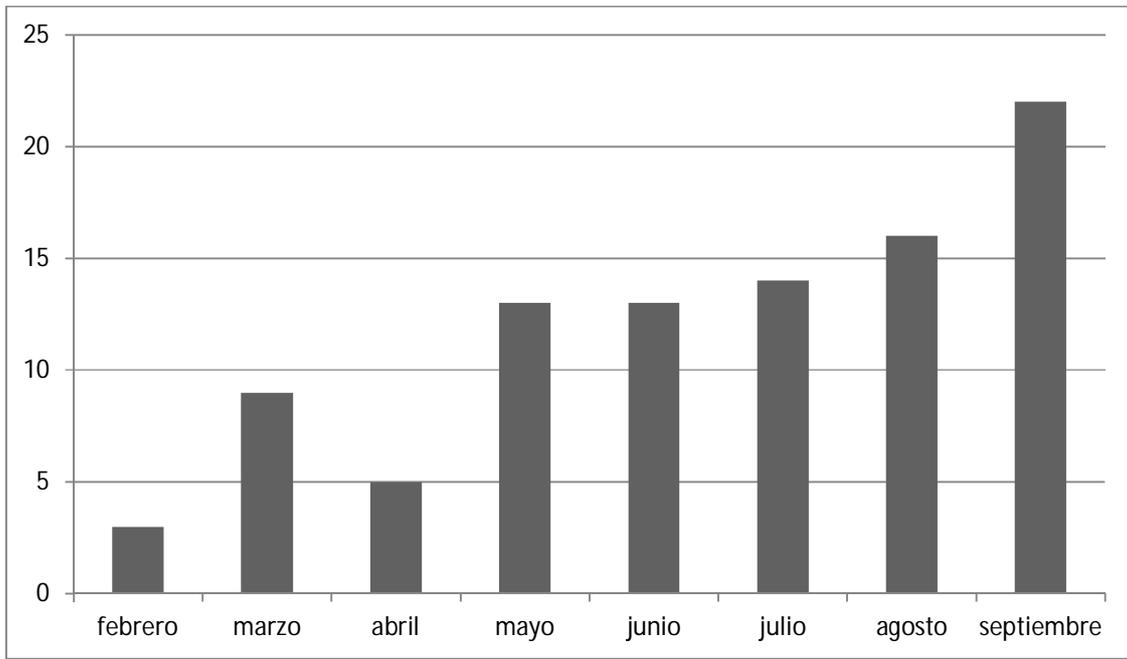
Los resultados de la atención clínica integral fueron satisfactorios, ya que se atendió un total de 95 pacientes escolares de forma integral.

Tabla No. 5
Total de niños atendidos por mes de forma integral
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Mes	Total de niños
Febrero	3
Marzo	9
Abril	5
Mayo	13
Junio	13
Julio	14
Agosto	16
Septiembre	22
Total	95

Fuente: datos recopilados durante el Ejercicio Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala.

Gráfica No. 4
Total de niños atendidos por mes de forma integral
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011



Interpretación tabla No. 5 y gráfica No. 4:

La atención de pacientes integrales en el tiempo que duró el programa del Ejercicio Profesional Supervisado fue variable de los primeros meses en relación con los cinco últimos meses. En febrero la producción fue baja, ya que fue cuando se realizó el banco de pacientes y se estaba aun en un periodo de ubicación. En abril disminuyó la atención por las actividades de Semana Santa. Pero al realizar la suma total de pacientes atendidos en el programa, se rebasó la meta trazada.

IV. INVESTIGACIÓN ÚNICA

IV. INVESTIGACIÓN ÚNICA

Estado nutricional y su relación con el desarrollo de arcos dentarios en niños guatemaltecos con dentición primaria, comprendidos en la edad de 5 años

Justificación

La desnutrición infantil constituye un grave problema de salud pública en Guatemala, así como, en el resto de América Latina, debido al marcado subdesarrollo, a la pobreza y al crecimiento en la periferia de las ciudades y a los niveles muy bajos de lactancia materna.(5)

Durante las últimas décadas se ha hecho cada vez más evidente que la dentición desempeña un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los tejidos de la cavidad bucal; y en Guatemala se han encontrado estudios que relacionan las dimensiones de los arcos dentarios con el estado nutricional.

El propósito de este estudio fue relacionar el estado nutricional de los niños guatemaltecos de 5 años con el desarrollo de sus maxilares.

Para lograr alcanzar los objetivos en el mismo, es necesario entender los conceptos que se enlistan a continuación: (2)

RELACIÓN MOLAR:

Es la forma en que se relacionan las caras distales de los segundos molares deciduos. Es así como se encuentran tres tipos de relaciones:

ESCALÓN MESIAL: cuando la superficie distal de la segunda molar inferior decidua, se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.

ESCALÓN DISTAL: cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior, está por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.

PLANO TERMINAL RECTO: cuando la superficie distal de la segunda molar decidua superior, está en el mismo plano vertical de la superficie distal de la segunda molar decidua inferior.(2)

RELACIÓN CANINA:

Es la forma en que se relacionan las cúspides de los caninos superiores e inferiores de la dentición primaria.

CLASE I: cuando la cúspide del canino deciduo superior está en el mismo plano vertical de la cúspide del canino deciduo inferior.

CLASE II: cuando la cúspide del canino deciduo superior, se encuentra por delante de la superficie distal del canino deciduo inferior.

CLASE III: cuando la cúspide del canino deciduo superior, se encuentra por detrás de la superficie distal del canino deciduo inferior.(2)

TIPO DE DENTICIÓN (Según Baume):

TIPO I: posee diastemas entre los dientes anteriores.

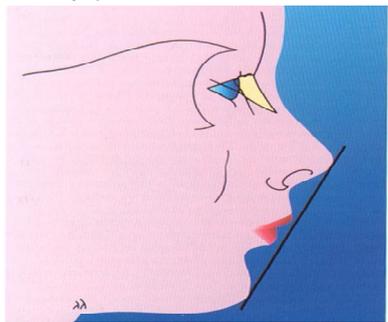
TIPO II: no posee diastemas entre los dientes anteriores.(2)

PERFIL:

Se traza una línea vertical que pase por la punta de la nariz y la punta del mentón, a lo cual se le conoce como “plano estético de Ricketts”.

Se mide la distancia que hay entre el labio inferior y el plano estético, que debe ser de igual o menor de 2 mm.

- RECTO: si el labio está a menos de 2 mm.
- CONVEXO: si el labio está por delante de la línea.
- CONCAVO: si el labio está muy por detrás de la línea.(2)



MORDIDA:

POSTERIOR: cuando las cúspides bucales de las piezas dentales superiores ocluyen en los surcos centrales de las piezas dentales inferiores, esta alteración se puede presentar en uno o varios dientes, así como, en forma unilateral y bilateral.

ANTERIOR: cuando las piezas dentales antero superiores ocluyen lingualmente con respecto a las piezas dentales antero inferiores.

ABIERTA: cuando no hay contacto vertical entre dos o más dientes. Puede ser anterior, posterior unilateral o bilateral. (2)

FORMA DEL ARCO:

TRIANGULAR: largo y angosto en forma de “V”, corresponde a un individuo con patrón de crecimiento facial predominantemente vertical (dolicocefálico).

CUADRADO: ancho, corresponde a un individuo con patrón de crecimiento facial predominantemente horizontal (braquicefálico).

OVOIDE: promedio, corresponde a un individuo en el que existe una armonía entre el crecimiento vertical y horizontal (mesocéfalo). (2)

El estado de nutrición influye en los primeros años del niño, en su desarrollo físico y mental y, consecuentemente, en el desarrollo del sistema estomatognático. De acuerdo con los objetivos de prevención de todas las grandes enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, una alimentación rica en frutas, verduras y alimentos a base de almidón, y escasa en azúcares libres y grasas, beneficia en muchos aspectos a la salud oral. (6)

La desnutrición tiene sus consecuencias en el sistema estomatognático, en el que se han podido diagnosticar infecciones bucales agudas y crónicas por *Cándida albicans*, gingivitis ulcerativa necrosante, déficit de la calidad y textura del tejido dental, restos coronaradiculares, hipoplasia del esmalte, caries dental, hipodoncia, cronología y secuencia de erupción alterada, mayor incidencia de mal oclusión, dimensiones craneofaciales disminuidas, dientes mal formados, retardo en la formación radicular y cierre apical, mordida abierta anterior acompañada de apiñamiento anterior, masticación unilateral, deglución atípica, retrusión mandibular, prognatismo dentoalveolar superior y síndrome de insuficiencia nasal respiratoria. Además se relaciona con un tercio de los casos de carcinogénesis de la mucosa oral. (6)

Así mismo, está estrechamente relacionada con la deficiencia en el desarrollo de los maxilares y las maloclusiones. La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al colocar los arcos dentarios en contacto, tanto en relación céntrica como en protrusión o en movimientos laterales. (6)

Objetivos

- Determinar la relación entre el desarrollo de los maxilares y el estado nutricional en niños preescolares de 5 años de edad, del municipio de San Juan Alotenango, Sacatepéquez.
- Determinar si la desnutrición es un factor o causa directa del crecimiento de los arcos dentarios.

Materiales y metodología

Para la realización de este estudio fueron requeridos los siguientes materiales:

- Consentimiento informado (ver anexo)
- Cuestionario socioeconómico (ver anexo)
- Alginato

- Yeso para modelos
- Yeso piedra mejorado
- Calibrador
- Regla milimetrada
- Lápiz

Para realizar esta investigación se tuvo que seleccionar a 20 niños, comprendidos en la edad de cinco años de edad, que tuviera tres meses antes o tres meses después de cumplidos. La dentición de estos niños debía cumplir con ciertas características, como cúspides de caninos sin facetas de desgaste y con baja incidencia de caries, además, que no estuvieran presente aun el primer molar permanente.

Se le explicó a los padres de familia o tutores del niño o niña el motivo de la investigación y se les proporcionó un documento que debían firmar, en donde estaba su consentimiento para que el niño (a) participara.

Después de esto, se citó a los niños para que llegaran a la clínica dental, se les tomaron siete fotografías intraorales y extraorales de la siguiente forma: vista oclusal arcada superior, vista oclusal arcada inferior, oclusión vista de frente, oclusión lateral derecha, oclusión lateral izquierda, vista de frente del paciente, perfil derecho del paciente.

Luego, se tomaron impresiones de alginato de ambas arcadas, que después fueron vaciadas en yeso, y se tomaron de nuevo fotografías de los modelos de estudio, previamente colocados en su forma base. También se tomó la talla de los niños en centímetros.

Las fotos que se tomaron a los modelos fueron: oclusión vista de frente, oclusión lateral derecha, oclusión lateral izquierda, vista oclusal arcada superior y vista oclusal arcada inferior.

Después de este procedimiento se realizó una visita domiciliar a la casa de los padres o tutores del niño o niña, para llenar un cuestionario sobre aspectos de su situación socioeconómica.

Después se tabularon los datos y se realizaron las siguientes medidas de los modelos de estudio, tanto para los modelos superiores como para los inferiores:

- Relación molar
- Relación canina
- Tipo de dentición según Baume
- Tipo de perfil
- Tipo de mordida
- Forma del arco

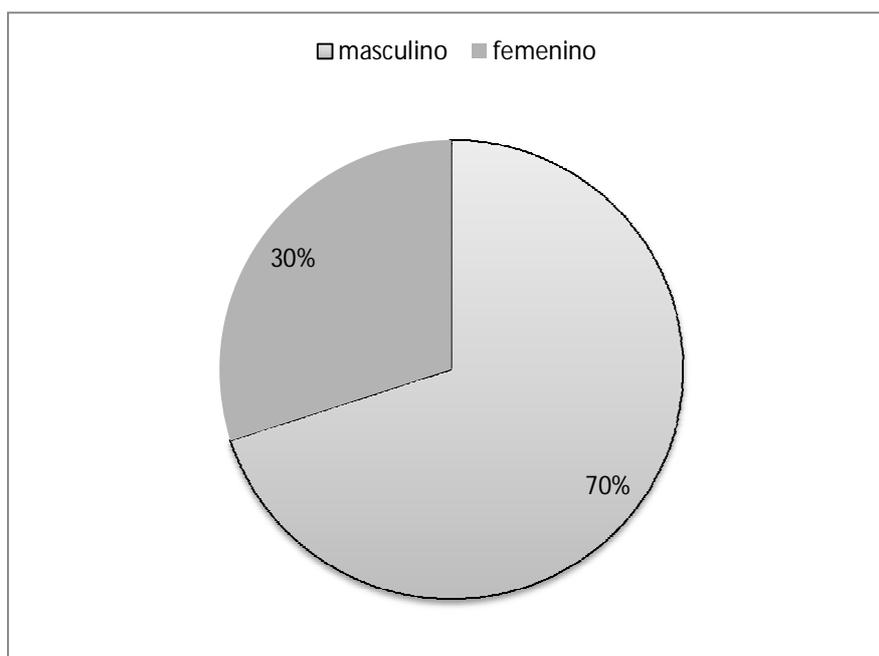
Presentación y análisis de resultados

Tabla No. 6
Distribución de los escolares según género
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

Género	Porcentaje
Masculino	70
Femenino	30
Total	100%

Fuente: Información obtenida de las fichas de recolección de datos

Gráfica No. 5
Distribución de los escolares según género
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: Información obtenida de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados tabla 6 y gráfica 5:

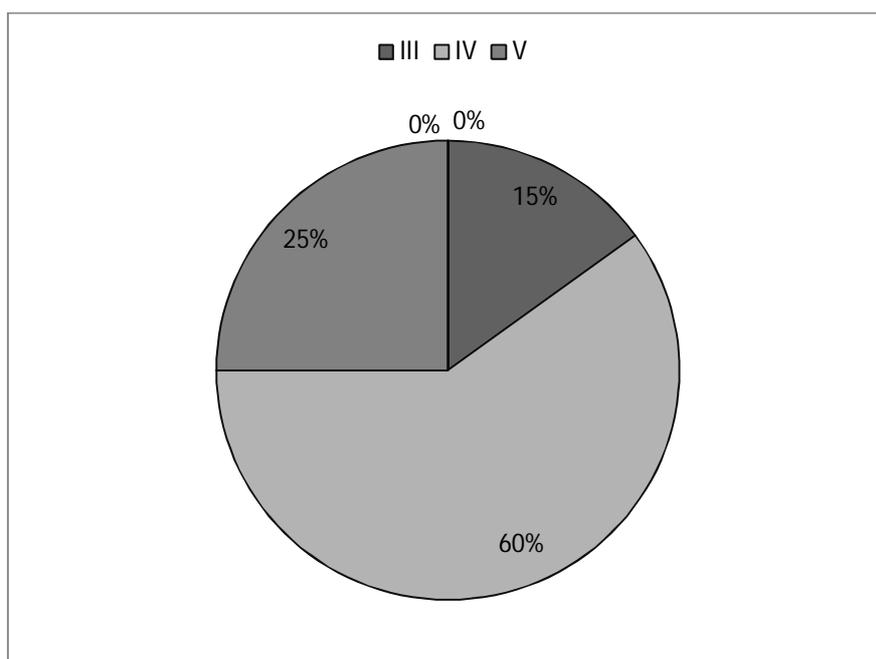
El sexo predominante en los sujetos de estudio es el masculino.

Tabla No. 7
Distribución de los escolares según su nivel de estrato socioeconómico familiar
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

Estrato socio-económico	Porcentaje
Estrato I	0
Estrato II	0
Estrato III	15
Estrato IV	60
Estrato V	25
Total	100%

Fuente: Información obtenida de las fichas de recolección de datos

Gráfica No. 6
Distribución de los escolares según su nivel de estrato socioeconómico familiar
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: Información obtenida de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados tabla No. 7 y gráfica No. 6:

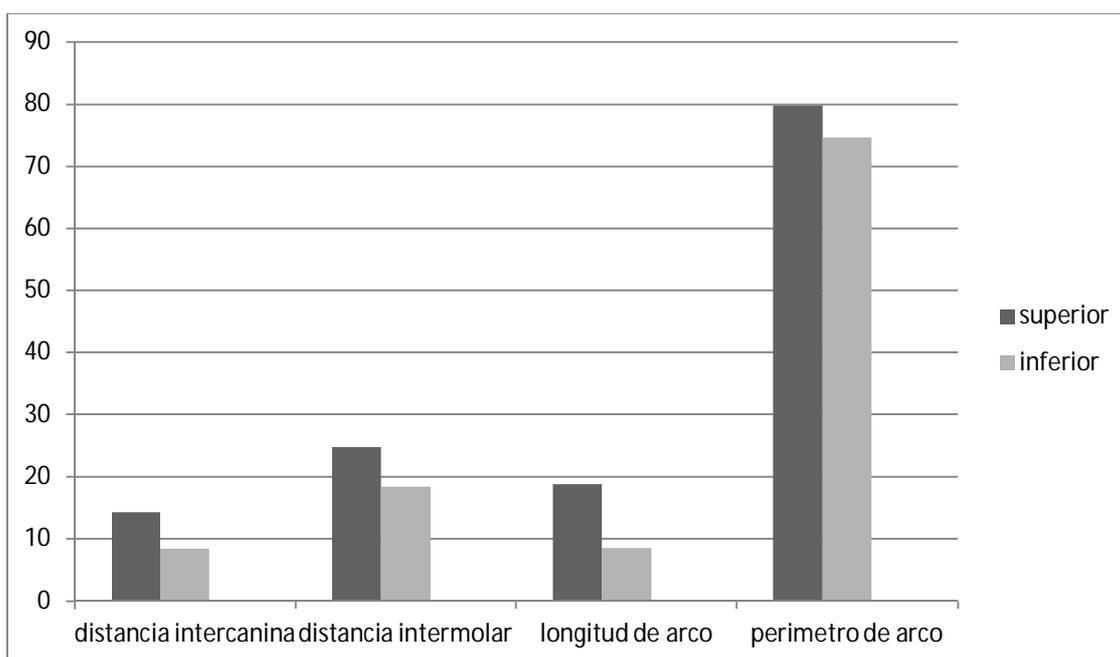
En cuanto al nivel de estrato socioeconómico familiar, la mayoría de los escolares evaluados pertenecen al estrato IV (pobreza relativa). Estas personas son las más vulnerables a los cambios económicos y están privados de beneficios culturales.

Tabla No. 8
Comparación de las medidas obtenidas en los modelos de estudio superiores e inferiores de niños de 5 años de edad
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

	Arcada superior	Arcada inferior
Distancia intercanina	14.28	8.48
Distancia intermolar	24.8	18.4
Longitud de arco	18.8	8.6
Perímetro de arco	79.75	74.6

Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio. Las medidas están dadas en milímetros.

Gráfica No. 7
Comparación de las medidas obtenidas en los modelos de estudio superiores e inferiores de niños de 5 años de edad
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Interpretación de resultados tabla No. 8 y gráfica No. 7

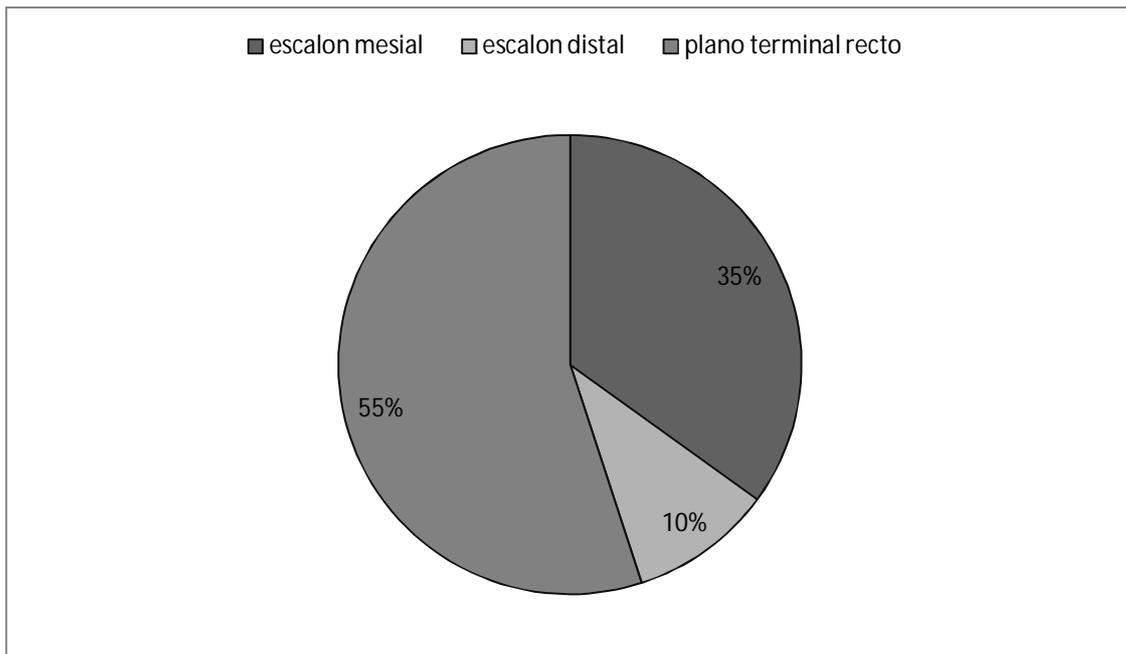
Dado a que el perímetro de arco superior es mayor que el inferior, el resto de mediciones resultó ser mayor para la arcada superior en comparación con la inferior.

Tabla No. 9
Porcentajes de relaciones molares en los niños
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

Tipo de relación molar	Porcentaje
Escalón mesial	35
Escalón distal	10
Plano terminal recto	55
Total	100%

Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Gráfica No. 8
Porcentajes de relaciones molares en los niños
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Interpretación de resultados tabla No. 9 y gráfica No. 8:

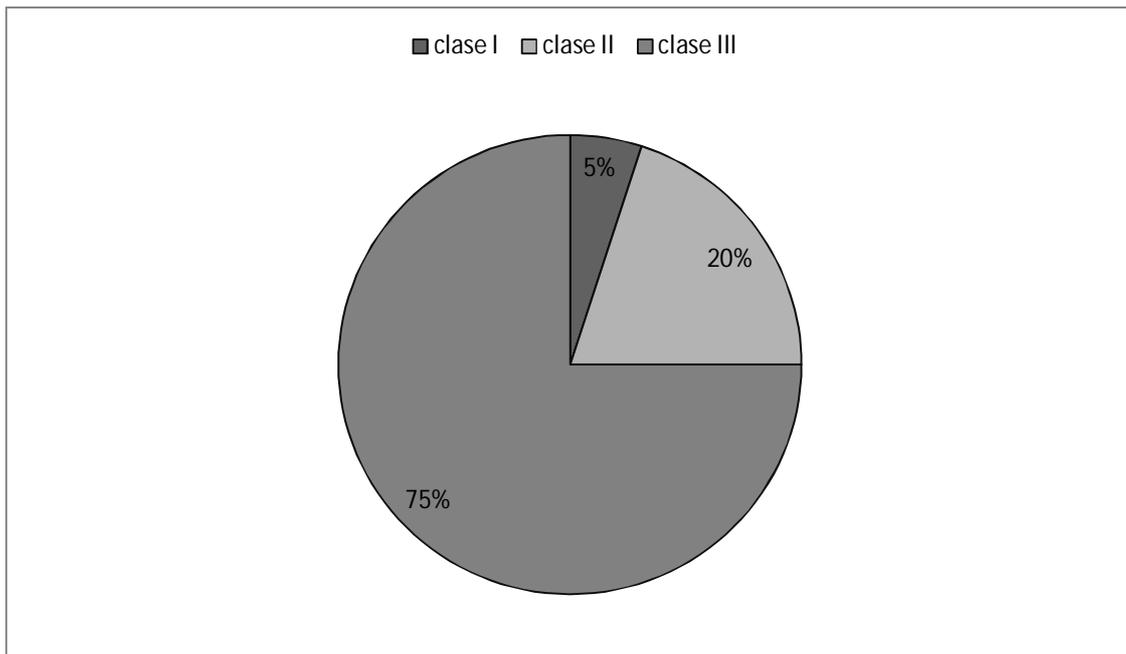
El plano terminal recto es el tipo de relación molar que se encontró en la mayoría de pacientes, y el escalón distal se encontró en menos porcentaje.

Tabla No. 10
Porcentaje de relación canina en los niños de 5 años
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

Tipo de relación canina	Porcentaje
Clase I	5
Clase II	20
Clase III	75
Total	100%

Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Gráfica No. 9
Porcentaje de relación canina en los niños de 5 años
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Interpretación de resultados para tabla No. 10 y gráfica No. 9

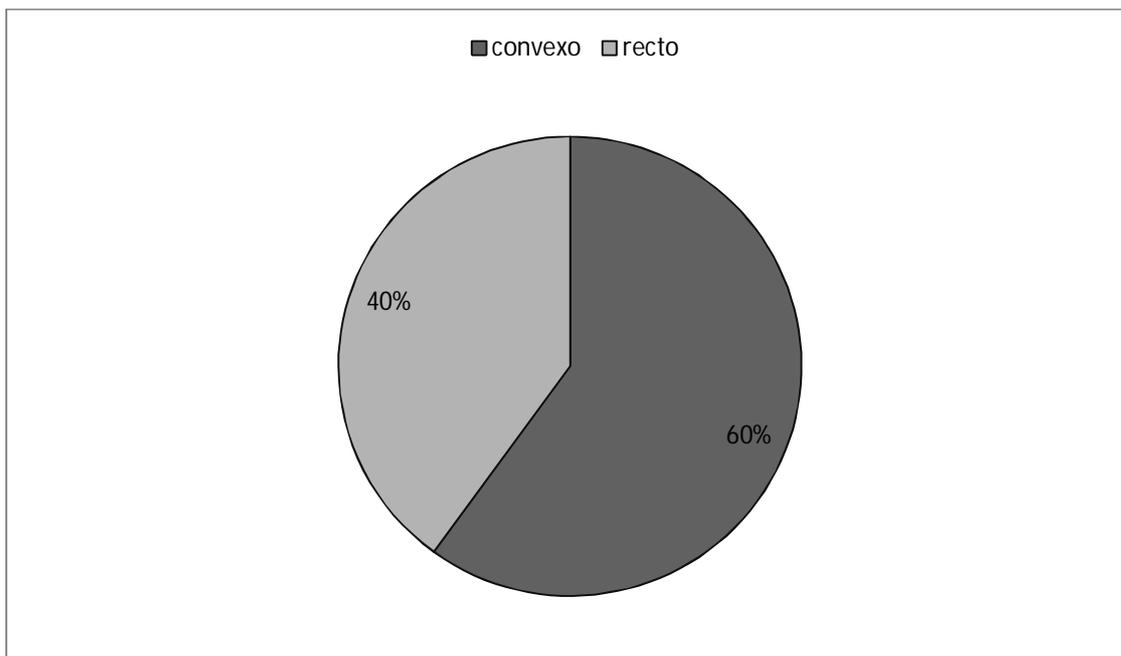
En la mayoría de pacientes se encontró una relación canina clase III y el tipo de relación canina menos encontrada fue la clase I.

Tabla No. 11
Tipos de perfiles que se encontraron presentes en los niños
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

Tipo de perfil	Porcentaje
Convexo	60
Cóncavo	0
Recto	40
Total	100%

Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Gráfica No. 10
Porcentajes de tipos de perfiles que se encontraron presentes en los niños
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Interpretación de resultados para tabla No. 11 y gráfica No. 10

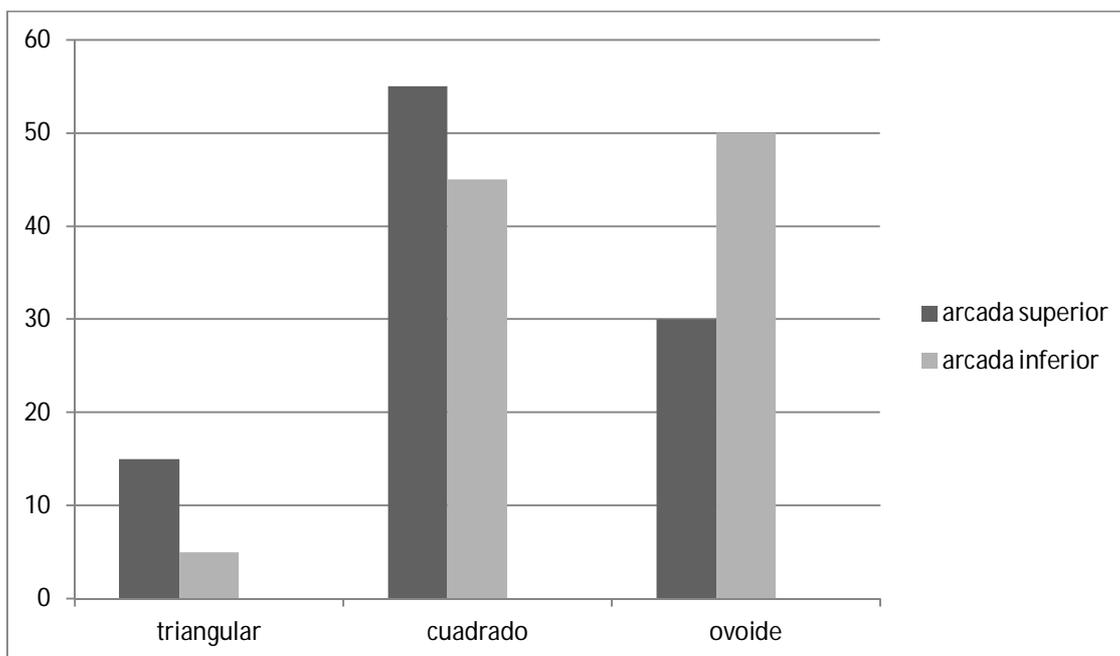
Los datos que se obtuvieron mostraron que el tipo de perfil que predominó fue el convexo.

Tabla No. 12
Forma del arco para ambas arcadas en niños de 5 años
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

Forma de arco	Arcada superior	Arcada inferior
Triangular	15	5
Cuadrado	55	45
Ovoide	30	50
Total	100%	100%

Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Gráfica No. 11
Forma del arco para ambas arcadas en niños de 5 años
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Interpretación de resultados para tabla No. 12 y gráfica No. 11

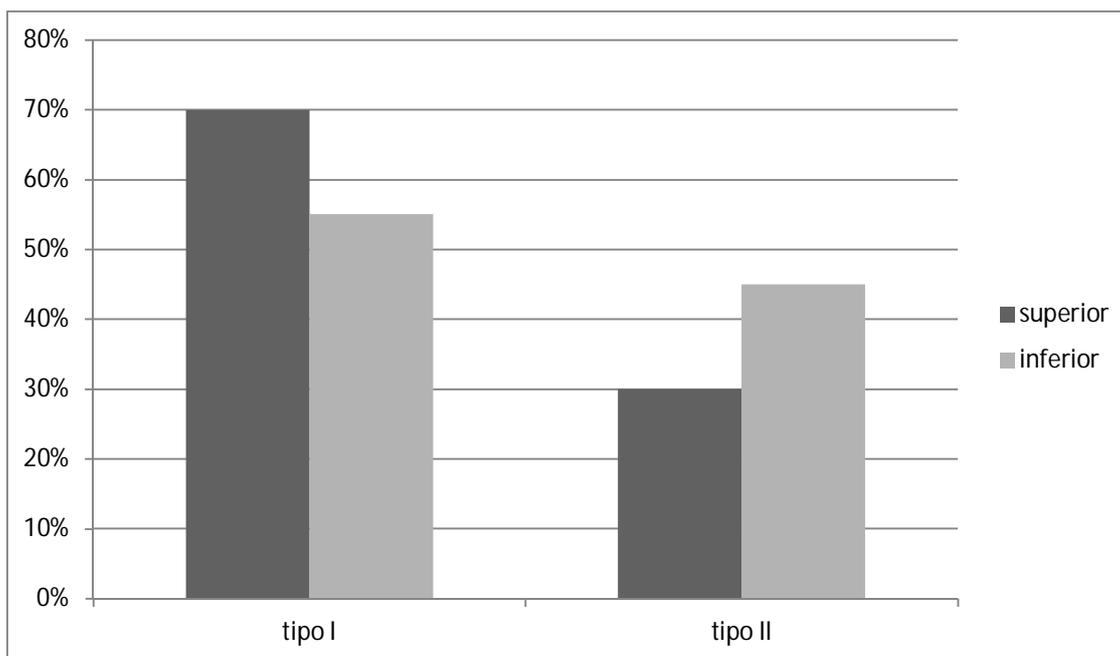
Para la arcada superior el tipo de arcada más frecuente fue el cuadrado, mientras que para la arcada inferior fue la forma ovoide. El tipo que se presentó con menor frecuencia para la arcada superior fue la forma triangular, al igual que para la arcada inferior.

Tabla No. 13
Tipo de dentición en arcada superior e inferior encontradas en niños de 5 años
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011

	Superior	Inferior
Tipo I	70	55
Tipo II	30	45
Total	100%	100%

Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Gráfica No. 12
Tipo de dentición en arcada superior e inferior encontradas en niños de 5 años
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-octubre 2011



Fuente: medidas obtenidas de los modelos de estudio.

Interpretación de resultados para tabla No. 13 y gráfica No. 12

Para la arcada superior el tipo de dentición que más se encontró fue el tipo I, mientras que para la arcada inferior fue el tipo II.

Conclusiones

- En Guatemala, la desnutrición crónica es uno de los principales problemas de salud pública.
- El estado de nutrición de la mujer durante el embarazo está directamente relacionado con el bajo peso al nacer.
- El estado de nutrición está directamente relacionado con el desarrollo de los arcos dentarios.
- El promedio de talla encontrado en los niños, que fueron sometidos al estudio, fue de 103.72 centímetros.
- La cantidad y calidad de comida en la mayoría de hogares se ha visto disminuida por la dificultad de compra de la misma.
- La crisis alimentaria afecta, no solo el desarrollo de los arcos dentarios, sino del individuo en general. Esta se ha visto agravada por los efectos que ha tenido el cambio climático con sequías, lluvias copiosas, y por la crisis económica mundial.
- Es importante que el estado nutricional del paciente sea tomado en cuenta, ya que esto puede producir alteraciones en las arcadas dentarias.

Recomendaciones

- Debido a que la desnutrición fetal juega un papel determinante, debería tomarse en cuenta la condición nutricional de la madre para estudios posteriores.
- Que los programas de distribución de nutrientes y micronutrientes no se vean interrumpidos por el sistema de salud, para que así haya un seguimiento.
- Que los programas de EPS continúen trabajando con los niños preescolares para dar un seguimiento a todos los tratamientos dentales y se mejore la salud bucal de los pacientes.
- Que los programas preventivos continúen para que su impacto se mantenga en las poblaciones beneficiadas.

**V. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES
Y GRUPOS DE ALTO RIESGO**

V. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES Y GRUPOS DE ALTO RIESGO

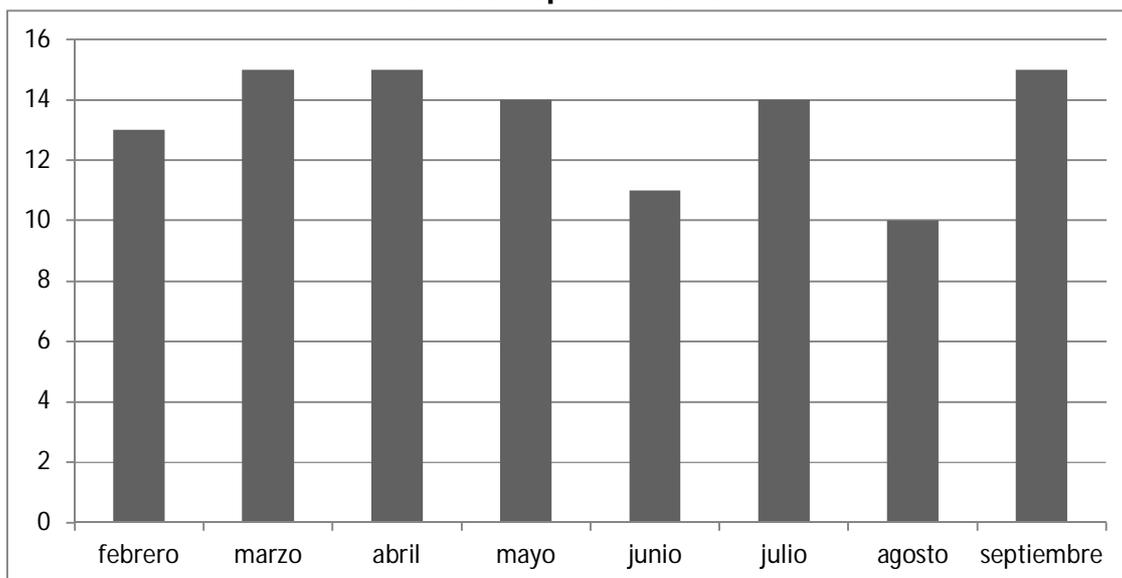
Se considera grupos de alto riesgo a niños de edad preescolar y mujeres embarazadas.

Tabla No. 14
Cobertura mensual de pacientes de alto riesgo atendidos durante el EPS en
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Mes	Número de pacientes
Febrero	13
Marzo	15
Abril	15
Mayo	14
Junio	11
Julio	14
Agosto	10
Septiembre	15
Total	107

Fuente: fichas clínicas de pacientes atendidos en el Centro de Salud.

Gráfica No. 13
Cobertura mensual de pacientes de alto riesgo atendidos durante el programa de
Ejercicio Profesional Supervisado
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011



Interpretación de tabla No. 13 y gráfica No. 12

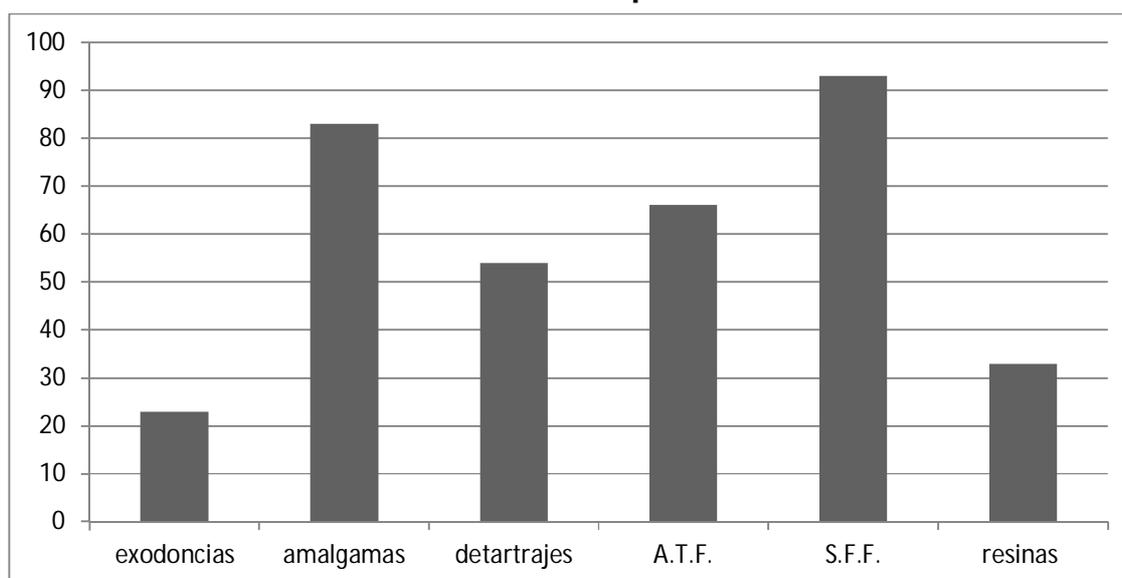
La atención de pacientes de alto riesgo se mantuvo estable durante los ocho meses de duración del programa. El mes en el que hubo menos producción fue agosto, ya que en este se terminó la investigación única con los pacientes.

Tabla No. 14
Tratamientos realizados en pacientes de alto riesgo durante el EPS
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011

Mes	Exodoncia	Amalgama	Detartraje	A.T.F.	S.F.F.	Resinas
Febrero	3	1	2	2	0	0
Marzo	2	3	11	11	6	0
Abril	2	6	11	12	8	0
Mayo	3	19	5	5	9	1
Junio	2	0	7	7	6	7
Julio	4	13	5	5	17	5
Agosto	3	10	9	9	6	5
Septiembre	4	31	4	15	41	15
Total	23	83	54	66	93	33

Fuente: fichas clínicas de pacientes atendidos en el Centro de Salud.

Gráfica No. 13
Tratamientos realizados en pacientes de alto riesgo durante el EPS
San Juan Alotenango, Sacatepéquez
Febrero-septiembre 2011



Interpretación tabla No. 9 y gráfica No. 8

Los tratamientos de tipo preventivo son los que más prevalecen; sin embargo, se intentó realizar, en la medida de lo posible, los tratamientos más conservadores y evitar ser radicales en los tratamientos dentales.

Conclusiones

- Durante el tiempo de duración del EPS se atendió un total de 107 pacientes de alto riesgo, que incluyó a niños preescolares y mujeres embarazadas.
- Se trató de realizar una mayor cantidad de tratamientos de tipo preventivo y restaurativo, para no ser tan drásticos con los tratamientos.

Recomendaciones

- Ser más enfáticos en los tratamientos de tipo preventivo.
- Continuar con los programas preventivos, ya que están dando resultados positivos.

VI. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

1. DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

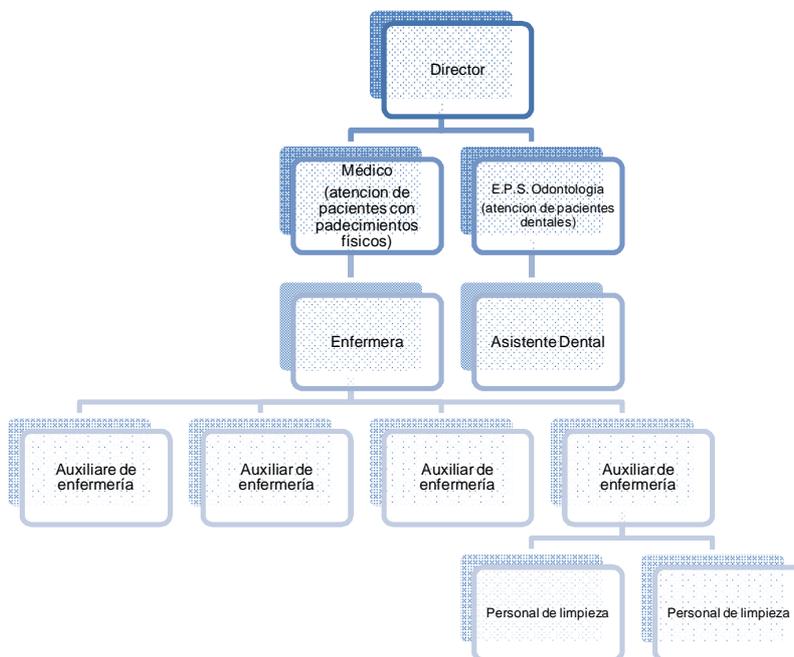
El lugar en donde se llevó a cabo el Ejercicio Profesional Supervisado fue en el Centro de Salud del Distrito III de Sacatepéquez, en San Juan Alotenango.

San Juan Alotenango se localiza hacia el sur poniente del departamento de Sacatepéquez, a 10 kilómetros de la cabecera departamental de la Antigua Guatemala, a 55 kilómetros hacia la capital, y a 27 kilómetros de la cabecera de Escuintla. Limita al norte con los municipios de San Miguel Dueñas y Ciudad Vieja; al sur con el departamento de Escuintla; y al poniente con el municipio de San Pedro Yepocapa Chimaltenango y el departamento de Escuintla.

La altura del municipio es de 1,388 msnm y su extensión territorial de 95 km².

Actualmente el doctor Luis Francisco Román Vargas, ejerce como director del Centro de Salud. Dicho centro cuenta con un médico y un grupo de enfermeras que cubren las necesidades de los pobladores del municipio.

Organigrama del Centro del Salud.



Infraestructura de la clínica:

La clínica dental está dentro de las instalaciones del Centro de Salud, el cual está construido con paredes y techo de concreto, el piso es de granito y sus instalaciones están en buen estado.

Al iniciar el programa del EPS se realizó un inventario, que fue entregado al momento de finalizarlo

Cantidad	Mobiliario y equipo	Estado
1	Escritorio	Bueno
1	Mueble metálico con gaveta	Bueno
1	Unidad dental	Bueno
1	Silla	Bueno
1	Compresor	Bueno
1	Lavamanos	Bueno
1	Aparato de rayos X	Malo
1	Autoclave	Bueno
1	Amalgamador	Bueno
1	Cavitrón	Bueno
1	Kit de alta y baja velocidad	Bueno
	Instrumental para exodoncia	
2	Fórceps 222	Bueno
3	Fórceps 65	Bueno
3	Fórceps 150	Bueno
3	Fórceps 151	Bueno
4	Fórceps 16	Bueno
4	Fórceps 18L	Bueno
4	Fórceps 18R	Bueno
2	Fórceps 210	Bueno
4	Elevadores finos (46)	Bueno
8	Elevadores tipo "Cryer"	Bueno
1	Elevador ancho (34)	Bueno
1	Pinza para instrumentos	Bueno
1	Porta agujas	Bueno
	Instrumental para operatoria	
4	Condensadores	Bueno
1	Cleoide discoide	Bueno
1	Tallador Hollenback	Bueno
2	Talladores para amalgama tipo diamante	Bueno
5	Exploradores	Bueno
6	Pinzas para algodón	Bueno
5	Espejos	Bueno
3	Jeringas aspiradoras	Bueno
4	Cucharillas	Bueno
3	Portamatrices	Malo
2	Porta amalgamas	Malo

1	Tallador para amalgama huevo de paloma	Bueno
1	Lámpara para fotocurado	Bueno
	Instrumental para periodoncia	
5	Curetas periodontales	Bueno
1	Cinzel cerfin	Malo
1	Garra periodontal	Bueno
1	Punta para cavitron	Bueno
	Otros	
1	Deposito para algodón	Bueno
4	Espátulas para mezclar cementos	Bueno
1	Lozeta de vidrio	Bueno
4	Pares de lentes para fotocurado	Bueno

Protocolo de asepsia y esterilización

Para evitar la contaminación cruzada, es necesario conocer el manejo de instrumentos y equipos contaminados en el consultorio dental, ya que de esto depende la salud del paciente. (4)

Los objetos susceptibles a contaminación pueden dividirse en cuatro grupos: (3)

1. Material desechable
2. Instrumental esterilizable
3. Equipos
4. Superficies
5. Tuberías de agua de la unidad

MATERIAL DESECHABLE:

Este grupo incluye todo aquello que no puede ser reusable, así que, por ningún motivo se utiliza en más de un paciente. Esto incluye las agujas para aplicar anestesia, cartuchos de anestesia, servilletas, rollos de algodón, gasas, algodón en rama, hisopos y barreras físicas (forros plásticos y protectores). (3)

Los baberos o campos que se usan en cada paciente deben ser de papel absorbente y, en lo posible, con plástico debajo para que los fluidos no dañen la ropa de él o ella. No son recomendables los baberos plásticos porque no hay absorción de fluidos. Tampoco los de tela, a menos que se tenga un autoclave para su esterilización y que se use uno por paciente. (3)

Las barreras físicas son necesarias para todos los equipos e implementos que no pueden ser esterilizados, entre los cuales se incluyen la silla odontológica, el mango de la lámpara, las

bandejas para los instrumentos, conectores para piezas de mano con sus mangueras, la manguera del succionador de saliva y el teléfono.

Para la silla odontológica completa es difícil encontrar un forro plástico, pero se pueden forrar la cabecera, los apoyabrazos y la zona de la espalda que son los puntos de mayor contaminación por las salpicaduras durante los procedimientos. Para los conectores de las piezas de mano y la manguera del succionador de saliva se pueden usar bolsas delgadas y largas (como las usadas para hacer helados), al igual que la jeringa triple, puede también forrarse con este tipo de bolsas. (3)

INSTRUMENTAL ESTERILIZABLE:

Este grupo incluye todo el instrumental que pueda esterilizarse, ya sea en horno de calor seco, autoclave o succión. Es necesario tener en cuenta varios aspectos como la temperatura y tiempo de esterilización. Para los hornos de calor seco, la temperatura debe ser de 160-170 °C durante un tiempo mínimo de una hora. Para el autoclave, la temperatura debe ser de 121-135 °C a una presión constante predeterminada en cada aparato durante 35-40 minutos. (3)

Para la esterilización en soluciones, solo son totalmente confiables el cloruro de benzalconio y el glutaraldehído, siendo este último el menos corrosivo para los instrumentos. Previa limpieza de los instrumentos a esterilizar, se sumergen completamente en la solución. La desinfección se logra en una hora y la esterilización en ocho horas. Estas soluciones una vez preparadas tienen una actividad durante 20 días, al cabo de los cuales ya no son confiables y es necesario reemplazarlas. (3)

EQUIPOS:

Entre estos están las piezas de mano de alta y baja velocidad, y la lámpara de fotocurado.

Casi todas las piezas de mano actuales pueden esterilizarse en autoclave, a una temperatura máxima de 135 °C. Cuando no se dispone de autoclave, se sumergen en solución desinfectante por 8 horas, previa limpieza. Una vez se sacan de la solución, es necesario lavarlas completamente y aceitarlas para minimizar la corrosión en las balineras. Un consultorio debe tener mínimo tres piezas de mano (3).

El micromotor que recibe al contrángulo y a la pieza recta puede forrarse con una de las bolsas de las que se ha mencionado anteriormente, ya que no hay riesgo de contaminación. De esta manera, se puede tener un solo micromotor y dos o tres contrángulos (pieza de baja velocidad). (3)

No se recomienda forrar la lámpara de fotocurado porque debe tener excelente ventilación para prolongar la vida de la bombilla. Esta puede desinfectarse con una gasa empapada con desinfectante.

SUPERFICIES:

Las superficies de los muebles que se contaminen y, en general todo lo que se pueda humedecer, pueden ser esterilizadas con desinfectantes que contengan ácido carbólico en su composición. Para las piezas que se puedan proteger con forros, es recomendable hacerlo.

DESINFECCIÓN DE LAS TUBERIAS DE AGUA:

En un estudio reciente, el RCA o Clinical Research Associates determina que la contaminación en las tuberías por donde pasa el agua que sale por las piezas de mano de alta velocidad y la jeringa triple, puede ser perjudicial para la salud de los pacientes. (3)

En dicho estudio se pone a prueba varias soluciones desinfectantes que se consiguen en el mercado de EE.UU., de las cuales, solo se consiguen en Colombia el glutaraldehido y soluciones con cloro al 0.5%. Ambos son igualmente efectivos. El glutaraldehido se usa puro y se deja toda la noche, pero tiene el inconveniente de que resulta costoso, teniendo en cuenta que es necesario hacerlo todos los días. La solución de hipoclorito de sodio (al 0.5%) es supremamente económico, pero tiene el inconveniente de que hay que diluirlo 1:10. Se deja también toda la noche. Procedimiento: es necesario que la unidad odontológica tenga un recipiente o tanque para almacenar el agua que se usa con los pacientes, es decir, que las tuberías no estén conectadas directamente al acueducto. Una vez se haya finalizado con las consultas diarias, se quitan todas las piezas de mano de sus respectivos conectores y se agrega la solución 1:10 de cloro. Luego se hace circular por cada una de las tuberías para que estas queden llenas de solución toda la noche. Al día siguiente se elimina la solución y se sustituye por agua para hacerla circular por las tuberías y eliminar todo el cloro que pueda haber.

Al seguir todas las recomendaciones anteriores, se puede garantizar a los pacientes que la práctica es realmente aséptica. Se debe recordar que la única manera de prevenir la contaminación cruzada es asumir que todos los pacientes están contaminados. (3)

El protocolo para esterilización y desinfección utilizado en la clínica dental fue:

- Todo instrumento usado es lavado con agua y jabón, con la ayuda de un cepillo.
- Después se coloca en solución germicida, diluido en agua durante 30 minutos.
- Se desaguan los instrumentos, se secan y son empacados en sus respectivos campos.

- Colocación de los instrumentos en autoclave por 35 minutos.
- Ninguna aguja ni cartucho de anestesia es rehusado por **ningún** motivo en más de un paciente.
- Se utiliza durante la atención de los pacientes gorro, guantes, mascarilla y lentes para protección.
- Antes y después de la atención de los pacientes se realiza lavado de manos con agua y jabón.
- Todo el mobiliario es desinfectado antes de empezar la jornada, lo mismo que al finalizarla; así como, las veces que sea necesario durante el día.

Calendario de actividades diarias por semana

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00 a 12:00	Clínica integral para niños	Clínica integral para niños	Clínica integral para niños	Fluoración y educación en salud	Clínica integral para niños
12:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
13:00 a 16:00	Clínica integral	Clínica integral	Clínica integral	Clínica integral	Clínica integral

2. CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

Objetivos

- Reclutar y capacitar al personal auxiliar en la clínica dental.
- Delegar funciones dentro de las actividades de la clínica dental, logrando tratamientos más eficientes y de mejor calidad.
- Optimizar el recurso más importante: el tiempo.

Contenidos o temas cubiertos: (1)

1. Instrumental, desinfección y esterilización
2. Función de la asistente dental

3. Composición y formación de los dientes
4. Tejidos que rodean a los dientes
5. Ingreso del paciente a la clínica dental
6. Procedimiento para lavarse las manos
7. La anestesia y tipos de anestesia
8. Procedimiento para cargar la jeringa aspiradora
9. Empleo adecuado del sillón dental
10. Trabajo a cuatro manos
11. Cómo preparar hidróxido de calcio
12. Cómo preparar dycal
13. Ionómero de vidrio
14. Instrumental rotatorio
15. Amalgama dental
16. Definiciones relativas a trabajos de amalgama
17. Resinas compuestas
18. Materiales de impresión
19. La cavidad bucal (paladar duro)
20. La cavidad bucal (la boca)
21. Caries dental
22. Gingivitis
23. Periodontitis
24. Utilización del flúor
25. Fluorosis dental

Los temas enlistados con anterioridad fueron facilitados a la persona que fue la asistente dental. Se le proporcionaba el documento con su respectivo tema cada lunes para que lo estudiara y el día viernes debía entregar un cuestionario. Además, fue evaluada de forma oral. Como esta fue la primera experiencia como auxiliar dental, fue necesario reforzar ciertos temas.

Cronograma de actividades de capacitación mensual:

Mes	Temas
Marzo	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental, desinfección y esterilización • Función de la asistente dental • Composición y formación de los dientes • Tejidos que rodean los dientes
	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso del paciente a la clínica dental

Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para lavarse las manos • La anestesia y tipos de anestesia • Procedimiento para cargar la jeringa aspiradora
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo adecuado del sillón dental • Trabajo a cuatro manos • Cómo preparar hidróxido de calcio • Cómo preparar dycal
Junio	<ul style="list-style-type: none"> • Amalgama dental • Definiciones relativas a trabajos de amalgama • Ionómero de vidrio • Instrumental rotatorio
Julio	<ul style="list-style-type: none"> • Resinas compuestas • Materiales de impresión • La cavidad bucal (paladar duro) • La cavidad bucal (la boca)
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis • Periodontitis • Utilización del flúor • Fluorosis dental • Higiene oral
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso de los temas que fueron cubiertos durante el EPS



VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson, P. C. (1,970). **La asistente dental**. Trad. Emilio M. Sierra. México: Centro Regional de Ayuda Técnica. 306 p.
2. De León Saldaña, L. A. (2,011). **Estado nutricional y su relacion con el desarrollo de arcos dentarios escolares de 5 años de edad, con denticion primaria. Conceptos basicos**. Guatemala: Area de Odontologia Sociopreventiva, Facultad de Odontologia, Universidad de San Carlos de Guatemala. 3 p.
3. Giraldo M., R. D. (2,000). **Protocolo de asepsia para el consultorio**. (en línea). Consultado el 18 de Sep. 2,011. Disponible en: <http://www.efiro.com/canal/contenido/protocolo-de-asepsia-para-el-consultorio-odontológico-1011879.php>
4. Jaime Arboleda, G. I. (2,009). **Control de infecciones en odontología**. (en línea). Revista de la academia colombiana de odontología pediátrica. Consultado el 18 de Sep. 2,011. Disponible en: <http://www.encolombia.com/ortopedivol197-guiademanejo9-1-htm>
5. Martínez, R. y Fernández, A. (2,007). **Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina: resultados del estudio en Centro América y República Dominicana**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. 62 p.
6. Martínez, S. E. y Lucas, G. Q. (2,004). **Correlación entre el estado nutricional y la condición bucal de los niños que concurren a la cátedra de odontopediatría de la FOUNNE**. (en línea). Argentina. Universidad Nacional del Nordeste. Consultado el 26 de Sep. 2,011. Disponible en: www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-053.pdf
7. Negroni, M. (2,004). **Microbiología estomatológica: fundamentos y guía práctica**. (en línea) Consultado el 9 de Oct. 2,011. Disponible en www.es.wikipedia.org/wiki/caries
8. Newman, M. G.; Takei, H. H. y Carranza, F. A. (2,002). **Carranza periodontologia clínica**. Trad. Marina B. González y Octavio A. Giovanello. 9ª ed. México. McGraw Hill Interamericana. Pp 709.



VIII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"RELACION ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO DE ARCOS DENTARIOS EN NIÑOS GUATEMALTECOS DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DENTICION PRIMARIA"

- A. **PROPÓSITO DE LA INVESTIGACION:** La Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de la Facultad de Odontología, con su Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), está realizando un estudio a nivel nacional en niños de cinco años de edad , para determinar la relación entre estado nutricional y desarrollo de arcos dentarios. Este estudio o investigación, se realizará durante el año 2011, cada participante, será examinado clínicamente, se le tomaran impresiones dentales para obtener modelos de estudio y se obtendrá su talla. Así mismo los padres contestaran un cuestionario de información socioeconómica, cuyos resultados serán correlacionados con los hallazgos de la valoración clínica.
- B. **EN QUE CONSISTE?:** Si acepto que mi hijo(a) participe en este estudio, lo que se le realizará únicamente es un examen dental, toma de fotografías de arcos dentarios e impresiones para obtener modelos de estudio.
- C. **RIESGOS:** El hecho de participar en este estudio no implica ningún riesgo para la salud de los participantes. Se utilizara un protocolo de control de infecciones para la realización de la valoración clínica.
- D. **BENEFICIOS:** A los niños(as) participantes en este estudio se les obsequiara: un cepillo de dientes, una pasta dental y tratamiento odontológico integral completamente gratis.
- E. La participación en el presente estudio es voluntaria y sobre todo confidencial. Es importante mencionar que los resultados de esta investigación son susceptibles de ser publicados en revistas de interés científico y académico, manteniendo de manera anónima la participación de los voluntarios. Usted no pierde ningún derecho legal, al firmar este documento.

F. He leído y comprendido o se me ha leído y explicado el contenido del presente consentimiento, por tal motivo decido voluntariamente dar la autorización para que mi hijo(a), pueda participar y obtener los beneficios que anteriormente me informaron y comprendí.

Nota: Si usted desea ampliar y/o corroborar la información puede llamar a los teléfonos 24188216 y comunicarse con el Dr. Luis Arturo de León o con el Dr. Ernesto Villagrán, coordinadores de la presente investigación y profesores del Área de Odontología Sociopreventiva de la Facultad de Odontología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La siguiente información acerca del paciente y sus padres o encargados, es obligatoria, constituye un aspecto de seguridad para el paciente, padres o encargados y para la Facultad de Odontología.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Teléfono(s): _____

Escuela, grado y sección: _____

DATOS DE PADRE, MADRE, O ENCARGADO

Nombre: _____

Dirección de domicilio: _____

Teléfono(s): _____

No. De cédula o DPI: _____

Firma: _____

DATOS DE ODONTOLOGO(A) PRACTICANTE

Nombre: _____

No. de Carné: _____

Comunidad (Municipio y Departamento):

Institución: _____

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Odontología
 Área de odontología Socio Preventiva
 Programa de Ejercicio Profesional Supervisado

DESARROLLO DE ARCOS DENTARIOS Y SU RELACIÓN CON ESTADO NUTRICIONAL Y VARIABLE SOCIOECONÓMICA DE ESCOLARES GUATEMALTECOS DE CINCO AÑOS

Boleta No. _____

DATOS GENERALES:

Comunidad _____
 Nombre del entrevistador: _____
 Nombre del/la escolar: _____
 Edad: ____ años ____ meses Sexo: M__ F__ Talla: _____ cms
 Escolaridad: _____
 Nombre del Establecimiento Educativo: _____
 Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____
 Dirección del domicilio: _____

I. OCUPACIÓN, PROFESION U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:

PUNTAJES:	ITEMS
1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA, Ingeniero, agrónomo, médico, auditor, administrador de empresas, abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria
2	Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) Bachilleres, Maestros, Perito Contador, Secretarias Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADORES CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

II. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

1	Educación universitaria
2	Nivel Diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

IV PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA:

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

Tenencia		Piso		Paredes		Techo		Calidad	
Propia	1	Torta	1	Madera	1	Lámina	1	Buena	1
Alquilada	2	Ladrillo	2	Adobe	2	Madera	2	Regular	2
Prestada	3	Losa	3	Block	3	Teja	3	Mala	3
Posada	4	Cerámico	4	Ladrillo	4	Duralita	4		
Amortizada	5					Terraza	5		

VII. SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA:

Agua	1	Letrina	1
Luz	2	Fosa séptica	2
Teléfono	3	Inodoro	3
Drenaje	4	Extracción de basura	4
		Otros:	5

VIII. SALUD:

¿A dónde acude cuando se enferma?

Enfermedades más frecuentes en su grupo familiar:

IX. INTERPRETACION Y ANALISIS:

Estrato al cual corresponde la familia:

Interpretación y análisis de la realidad de la familia de acuerdo al estrato al que pertenece la familia:

OBSERVACIONES GENERALES:

X. PUNTUACIÓN:

RUBROS.	PUNTAJE
OCUPACIÓN, PROFESION U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA:	
TOTAL	

INSTRUCTIVO PARA INVESTIGACIÓN DE EPS 2010-2011

Antes de realizar las visitas domiciliarias debe realizar lo siguiente:

1. Leer completamente la ficha, su instructivo y la temática del método que se está aplicando en las visitas domiciliarias para poder darnos a entender al momento de la entrevista.
2. Realizar una reunión previa con los padres de familia de los niños que forman parte de la investigación.

Se debe dar a conocer a los padres de familia el proceso de investigación y atención médica, para que ellos estén atentos a la visita domiciliaria, indicando también que la atención odontológica a sus hijos es completamente gratuita.

3. Pedir acompañamiento a líderes comunitarios o personas reconocidas dentro de la comunidad.

Se recomienda ir acompañado (a) de alguien conocido dentro de la comunidad, esto como parte de la precaución y cuidado individual por la situación de inseguridad que se vive en el país.

4. Presentar el carnet como estudiantes de la Facultad de Odontología a las personas que se va a entrevistar, dando a conocer el propósito de la investigación.

Explicar a las personas que la investigación se realiza para conocer el contexto de los niños (as) a quienes brindan atención odontológica, lo que permitirá reconocer sus necesidades e intereses y contribuir a mejorar su calidad de vida, a través de un servicio odontológico gratuito.

5. Mostrar actitud de respeto ante las personas

Al iniciar la entrevista se recomienda dar un saludo cordial y en todo momento mostrar interés y respeto por lo que las personas exponga.

6. Ser muy observadores

Observar a la persona mientras hace la entrevista, además observar la situación del domicilio, esto permitirá conocer la realidad de las personas.

7. Este instrumento le será de utilidad para elaborar el diagnóstico comunitario determinando los principales problemas que tiene la comunidad donde desarrolla su Ejercicio Profesional Supervisado.

8. Hacer apuntes sobre situaciones relevantes que se observen

Se deben anotar situaciones que considere relevantes, por ejemplo: si la persona está golpeada o maltratada, en estado de desnutrición, entre otros, **para referir** con un profesional que brinde seguimiento al caso, o en situaciones extremas alertar a las autoridades competentes de la situación del menor, para que sean ellos quienes se encarguen del problema.

Para poder llenar la ficha de visita domiciliar debe tomar en cuenta los siguientes aspectos e instrucciones:

I. DATOS GENERALES:

Estos les indicaran aspectos relevantes de la persona a la que le realizará su visita domiciliar y le serán de gran utilidad.

Comunidad _____

Debe escribir el nombre de la comunidad y el Departamento al que pertenece.

Nombre del entrevistador: _____

Su nombre completo puesto que es usted quien realizará las visitas domiciliarias.

Nombre del/la escolar: _____

El nombre completo con apellidos paternos y maternos según sea cada caso.

Edad: _____ años _____ meses

Escribir la edad en años y meses que hasta el momento tiene cumplido el o la escolar.

Sexo: M__ F__

Indicar con una X si Masculino y una F si es Femenina.

Talla: _____

Escribir con exactitud los *centímetros* que le denota el Tallimetro si no tiene los instrumentos para realizar este aspecto puede pasar al Área Socio-Preventiva y adquirir un tallimetro en calidad de préstamo.

Escolaridad: _____

Anotar el grado que actualmente cursa el o la escolar.

Nombre del Establecimiento Educativo: _____

Nombre completo donde estudia el o la escolar.

Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____

Anotar el nombre completo de la persona que es encargada del o la escolar.

Dirección del domicilio: _____

Escribir la dirección completa del o la escolar, con el nombre del Municipio y Departamento al cual pertenecen.

I. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:

Este rubro le indica la profesión u ocupación del jefe o jefa de familia, es la persona que sostiene económicamente el grupo familiar.

Debe preguntar qué nivel académico posee el jefe o jefa de familia; completamente terminada la carrera, o la ocupación u oficio que aprendió y debe marcar la casilla que le indica el entrevistado, solo una opción es válida.

PUNTAJE:	ITEMS
1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA , Ingeniero, agrónomo, médico, auditor, administrador de empresas, abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria
2	Nivel Diversificado Bachilleres, Maestros, Perito Contador, Secretarías Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Nivel Básico , Primero básico, segundo básico y tercero básico, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADORES CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

II. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

Este rubro le permitirá saber el nivel de escolaridad que cursó la madre, en casos de que la madre **no** esté presente en el hogar debe anotar los datos de la persona que desempeña este rol.

Debe anotar el puntaje donde la madre haya **iniciado** el nivel académico por ejemplo: si la madre inicio a estudiar en la Universidad pero no culmino solo aprobó algunos cursos debe marcar el puntaje de "Educación Universitaria".

1	Educación universitaria
2	Nivel Diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria

5	Analfabeta
---	------------

IV PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA:

Este rubro le permitirá conocer los ingresos que tienen la familia para su sostenimiento. En este aspecto debe marcar la opción principal que la familia utiliza para sobrevivir económicamente.

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

Debe marcar la opción que más se asemeja a la realidad que observa.

1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Hasta aquí debo tomar en cuenta los criterios para la tabla de sumatoria del estatus socioeconómico de la persona entrevistada, las siguientes tablas cuentan con una numeración que servirá únicamente para la tabulación de datos, no para la sumatoria en la tabla final.

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

Tenencia		Piso		Paredes		Techo		Calidad	
Propia	1	Torta	1	Madera	1	Lámina	1	Buena	1
Alquilada	2	Ladrillo	2	Adobe	2	Madera	2	Regular	2
Prestada	3	Losa	3	Block	3	Teja	3	Mala	3
Posada	4	Cerámico	4	Ladrillo	4	Duralita	4		
Amortizada	5					Terraza	5		

Este rubro se realiza a través de pregunta y observación directa, debe marcar una sola opción de la columna correspondiente, por ejemplo: tenencia, si la vivienda es propia, alquilada o la información que reciba; de igual forma en las siguientes columnas.

VII. SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA:

agua	1	Letrina	1
Luz	2	Fosa séptica	2
Teléfono	3	Inodoro	3
Drenaje	4	Extracción de basura	4
		Otros:	5

Esta opción es de respuestas múltiples debe marcar con una X los servicios con que cuenta el domicilio que está visitando.

VIII. SALUD:

¿A dónde acude cuando se enferma? _____

Enfermedades más frecuentes en su grupo familiar: _____

Debe preguntar a la persona encargada del o la escolar lo que claramente se le plantea anteriormente.

IX. INTERPRETACION Y ANALISIS:

Estrato al cual corresponde la familia: _____

Debe sumar las puntuaciones que marco con una X e identificarlo en la escala que a continuación se detalla y ubicar a la familia en un estrato.

Interpretación y análisis de la realidad de la familia de acuerdo al estrato al que pertenece la familia: _____

Debe realizar una interpretación crítica a través del análisis que rodea a la familia así como del estrato que está ubicada la familia según el Método de Graffar.

OBSERVACIONES GENERALES: _____

Anotar lo que crea conveniente, lo que observó y no esta descrito dentro de la ficha.

X. CALIFICACIONES:

RUBROS.	PUNTAJE
OCUPACIÓN,PROFESION U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA:	
TOTAL	

Para ubicar a la familia en un estrato según el método de Graffar debe realizar los siguientes pasos:

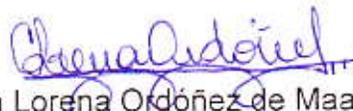
- Anotar la puntuación que marco con una X en los rubros que se describen en el cuadro de calificaciones.
- Sumar los puntajes y anotarlo en la casilla de Total.
- Buscar en el siguiente cuadro el puntaje que le dio en total, ubicará automáticamente a la familia en un estrato.

ESTRATO	TOTAL PUNTAJE OBTENIDO	DE	DESCRIPCION DEL ESTRATO.
I	4-6		Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9		Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
III	10-12		Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
IV	13-16		Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos,

		están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

La Infrascrita SECRETARIA GENERAL DE FACULTAD hace constar que se firma para cumplir con el trámite académico-administrativo, sin responsabilidad del contenido presente trabajo de Informe Final de EPS, las modificaciones sugeridas fueron exclusivamente en estilo, redacción y ortografía.

Vo. Bo.



Carmen Lorena Ordóñez de Maas, Ph. D
SECRETARIA GENERAL DE FACULTAD
Facultad de Odontología



*El contenido de este Informe Final es única y exclusivamente
responsabilidad de la autora.*



Dulcemaría de los Angeles Lima Martínez