

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN LA ALDEA CONCEPCIÓN IXTACAPA DEL MUNICIPIO DE
SAN ANTONIO SUCHITEPÉQUEZ Y EN EL MUNICIPIO DE LA GOMERA
ESCUINTLA.**

FEBRERO A OCTUBRE DE 2014

Presentado por:

KRISTIAN ANTONIO QUIROA FRANCO

**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**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Junio de 2015

**INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN LA ALDEA CONCEPCIÓN IXTACAPA DEL MUNICIPIO DE
SAN ANTONIO SUCHITEPÉQUEZ Y EN EL MUNICIPIO DE LA GOMERA
ESCUINTLA.**

FEBRERO A OCTUBRE DE 2014

Presentado por:

KRISTIAN ANTONIO QUIROA FRANCO

**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**

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Junio de 2015

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Br. 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

- AL SEÑOR MI DIOS: Porque has sido mi PASTOR y nada me ha faltado, por darme fortaleza, consuelo y amor. Porque sé que sin TI no hubiera podido llegar hasta aquí, siendo TÚ el que se merece toda Gloria y toda Honra. Gracias por amarme tanto.
- A MI PADRE: Carlos A. Quiroa S. (Q.E.P.D.), por darme la vida, por el gran amor que tienes para mí, por cada uno de tus esfuerzos y consejos, por apoyarme en todo, y porque nunca me has abandonado, te amo, y que Dios te bendiga siempre.
- A MI MADRE: Ana María Franco C. por ser mi amiga, mi confidente, mi mayor apoyo, porque siempre confiaste que esta, y todas las metas las puedo alcanzar, ya que con tu apoyo y tus consejos no existe un imposible para mí en esta vida, Bendito Dios por permitirme ser tu hijo.
- A MI ESPOSA Erica Carolina Morales, por brindarme tu amor, comprensión, apoyo y ser la mejor compañía para alcanzar este triunfo.
- A MI HIJA: Por ser mi mayor amor e inspiración para alcanzar mis metas, te amo Andrea Ximena.
- A MI HERMANO: Juan Carlos Manuel, porque siempre ha estado conmigo, por su amor, apoyo y confianza en mí, por saber comprenderme en los momentos alegres de mi vida, como también, en los más difíciles.
- A MI TÍA: Mayra Luna, por brindarme su cariño, apoyo y aliento.

A MIS AMIGOS: Gerardo Palomo, Silvia Tórtola, por sus oraciones, cariño, amistad y apoyo que he recibido incondicionalmente. Que Dios los bendiga.

A MIS CATEDRÁTICOS: Por haberme formado profesionalmente, gracias a ustedes, y a la Universidad de San Carlos de Guatemala, por darme la oportunidad de haber culminado mis estudios académicos.

A MIS ASESORES: Dr. Ernesto Villagrán, Dr. Edgar Sánchez Y Dr. Mario Castañeda por su tiempo y apoyo, muchas gracias.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de presentar ante ustedes mi trabajo de graduación en la modalidad de Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, el cual realicé en la aldea Concepción Ixtacapa del municipio de San Antonio, departamento de Suchitepéquez y en el Municipio de La Gomera, departamento de Escuintla, 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:

CIRUJANO DENTISTA

ÍNDICE

	Página
Sumario	2
Actividades comunitarias	4
Descripción de la comunidad	5
Prevención de enfermedades	17
Investigación Única	33
Atención clínica a pacientes integrales y pacientes de alto riesgo	47
Administración de consultorio	70
Bibliografía	82
Anexos	84

SUMARIO

En el presente Informe Final del Programa del Ejercicio Profesional Supervisado, se detallan todas las actividades realizadas en la clínica de Partners In Development de la Aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio, Suchitepéquez (6) en el periodo comprendido de febrero 10 al 15 de agosto de 2014, y en la clínica del centro de salud de La Gomera, Escuintla, durante el 25 de septiembre al 17 de octubre del 2014, en el cual se plasma los datos obtenidos en los programas y la atención a pacientes escolares integrales como pacientes de alto riesgo (3).

Durante el EPS se llevaron a cabo cinco programas, de acuerdo al currículo establecido para el sexto año de la carrera de cirujano dentista, que comprenden:

Actividades comunitarias: En la comunidad de Aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio, Suchitepéquez, específicamente en la Escuela Oficial Mixta Concepción Ixtacapa Sur, se realizó la habilitación de una pila con su tubería y drenaje, así como, la rehabilitación de unos grifos utilizados para toma de agua por docentes, estudiantes y personal de limpieza.

Prevención de enfermedades bucales: Este consta de 3 subprogramas:

1. Educación en salud bucal, este subprograma se desarrolló en las escuelas de Concepción Ixtacapa, EORM Norte, Sur y Desierto. En la Gomera, en la Escuela Oficial Urbana Mixta María Castañeda y Escuela Oficial Rural Mixta Aldea Chipilapa y en los centros de salud de las localidades. Se impartieron charlas acerca de los beneficios de una buena salud bucal, una alimentación balanceada, anatomía oral y dental, técnica de cepillado y sus sustitutos (1).
2. Enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%, se realizaban inmediatamente después de terminadas las actividades de educación en salud bucal, consistieron en aplicar a los alumnos 5 cc. de fluoruro de sodio en un vaso y enjuagarse durante 3 a 5 minutos. En este subprograma se benefició a una población promedio de 2030 niños, de ambas comunidades (1).

3. Barrido de sellantes de fosas y fisuras: Se colocaron 913 sellantes de fosas y fisuras, en piezas libres de caries a 129 niños de edad escolar en ambas comunidades (1).

Investigación Única de EPS: La investigación fue enfocada al status socioeconómico en maestros de educación primaria de las comunidades y su impacto en la salud bucal, el estudio se llevó a cabo en la aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio, Suchitepéquez de la siguiente forma: 20 visitas domiciliarias, con el objetivo de obtener el nivel socioeconómico de los maestros, posteriormente y con una encuesta, conocer su impacto en la salud bucal de cada uno de ellos.

Atención clínica integral: Durante el EPS se brindó atención odontológica a 97 pacientes integrales escolares y a 78 pacientes de alto riesgo (preescolares, adolescentes, embarazadas y adultos mayores) a los cuales se les realizó 146 extracciones, 33 tratamientos periodontales, 33 profilaxis y aplicación tópica de flúor, 504 amalgamas, 168 resinas, 43 pulpotomías, 22 coronas de acero y 945 sellantes de fosas y fisuras.

Administración de consultorio: Este componente del programa EPS se desarrolló de acuerdo a los indicadores establecidos en el normativo correspondiente, los cuales incluyen: capacitación de personal auxiliar, manejo de archivos, citas, fichas clínicas, libro de diario, manejo de desechos y un protocolo de esterilización (9, 10, 11, 12, 13).

En relación con la capacitación de la asistente dental, se desarrollaron temas como: mantener un ambiente limpio y óptimo en la clínica dental, la relación con el paciente, el mantenimiento del instrumental y el manejo de este por medio de la odontología a cuatro manos, entre otros temas.

La administración del consultorio también incluye el correcto archivo de los informes mensuales, fichas clínicas, correspondencia, también llevar una agenda de citas, el uso correcto de un libro de diario y un botiquín de primeros auxilios, en casos de emergencias.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

San Antonio Suchitepéquez (San Antonio: en honor a San Antonio de Padua) es un municipio del departamento de Suchitepéquez de la Región Sur-Occidente de la República de Guatemala. El municipio es reconocido por todo el país por ser uno de los lugares más culturales que aún tiene Guatemala (6).

Este municipio perteneció al reino de Quiché en la época precolombina. San Antonio fue un lugar de mucha importancia desde que se creó el reino Quiché, ya que era la capital de la provincia de Suchitepéquez gracias a sus grandes avances en comparación con otros lugares. Cuando los quichés pelearon contra los tz'utujiles, el municipio de San Antonio Suchitepéquez albergó muchas guerras. Prueba de ello, son las ruinas que se encuentran en el río Nahualate que actualmente está en territorio de los municipios de Santa Catarina Ixtahuacán y Nahualá del departamento de Sololá. En el siglo XX, el municipio fue fundado el 13 de junio de 1549, con el nombre de "Glorioso San Antonio Suchitepéquez", por ser uno de los municipios que más conserva la cultura guatemalteca y ser el lugar más antiguo en donde los españoles habitaron. Fue categorizado como ciudad el 16 de enero de 1996 y llamado solo San Antonio Suchitepéquez, en honor a San Antonio de Padua.

San Antonio Suchitepéquez tiene una extensión territorial de 64 Km² convirtiéndolo en el décimo municipio más extenso del departamento de Suchitepéquez. Tiene una población aproximada de 47,844 habitantes según el Censo de Población del año 2002, con una densidad de 747 personas por kilómetro cuadrado. También es el tercer municipio más denso del departamento de Suchitepéquez superado únicamente por Río Bravo con 787 personas y Samayac con 1,306. Se encuentra a una distancia de 11 km de la cabecera departamental de Mazatenango. En el Norte se encuentran los municipios de San Pablo Jocopilas y Chicacao; al Este, los municipios de San Miguel Panán y Chicacao; al Oeste, el municipio de Santo Domingo Suchitepéquez; y al Sur, los municipios de Chicacao y San José El Ídolo (6).

HABILITACIÓN DE PILA Y REHABILITACIÓN DE PILETAS
ESCUELA SUR, ALDEA CONCEPCIÓN IXTACAPA, SAN ANTONIO
SUCHITEPEQUEZ

Introducción

El proyecto comunitario que se realizó en la Escuela Oficial Rural Mixta Concepción Ixtacapa Sur (7), consistió en la habilitación de una pila y la rehabilitación de piletas en el patio sur del establecimiento educativo, porque la única pila que existía en la escuela estaba ubicada a 75 mts. de distancia de las aulas, por lo que los estudiantes se veían en la necesidad de dirigirse allí para lavarse los dientes, tomar agua, así como, para realizar actividades de limpieza.

Para realizar el proyecto, se contó con la participación de la comunidad, claustro de maestros y Partners In Development (PID). La comunidad, por medio de los señores Rigo Panjoj y Aureliano Ambrosio, colaboraron con mano de obra. Gracias al apoyo de la comunidad, claustro de maestros y el odontólogo practicante se logró con éxito la ejecución de la actividad.

Al inicio el proyecto aprobado fue la construcción de dos lavamanos en ambos extremos del patio, pero debido a la construcción de dos nuevas aulas en la escuela, que hoy ocupan los lugares en donde, originalmente, se iban a construir los lavamanos y, gracias a la sugerencia de la señora directora del establecimiento, se decidió habilitar una pila, en virtud que se contaba con una donada por un vecino de la comunidad, y unas piletas que estaban en desuso por falta de tubería y grifos.

Justificación

El proyecto fue enfocado a incentivar a los niños a mejorar su salud, a través del lavado de sus dientes y manos. Gracias a empresas como Colgate, que al inicio del EPS proporcionó cepillos y pasta dentales, se vio la necesidad de proveer a los niños de un lugar donde pudieran lavarse los dientes y realizar los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%.

Es conveniente resaltar la importancia del proyecto, en primera instancia porque este benefició a los niños más pequeños, quienes no tenían un lugar cercano para lavarse los dientes y sus manos, ya que los grados de primero a tercero, localizados en el sur de la escuela, no contaban con ese servicio; en segunda instancia porque se evitaría, según palabras de la directora del plantel, que los niños más grandes golpearan a los pequeños, ya que para llegar a la única pila del establecimiento, era necesario que los alumnos atravesaran la cancha de basquetbol.

Objetivos

1. Mejorar el acceso de los escolares a fuentes de agua potable, para facilitar el lavado de dientes y manos.
2. Estimular el cepillado de dientes para disminuir el índice CPO.
3. Proveer espacios adecuados para eliminar desechos.
4. Disminuir el riesgo de accidentes en los escolares más pequeños, evitando aglomeraciones alrededor de la pila principal, en el momento del cepillado.
5. Incentivar el lavado de manos después del uso del sanitario, para prevenir enfermedades gastrointestinales.
6. Proporcionar una fuente de agua que permita realizar el lavado de los utensilios de limpieza alejadas de la pila principal.

Metodología

1. La institución elegida fue la Escuela Oficial Rural Mixta Concepción Ixtacapa Sur.
2. El proyecto original consistió en la construcción de dos lavamanos en el patio sur de la escuela, uno en el este y otro en el oeste.
3. Se solicitó la colaboración de la comunidad. No se obtuvo respuesta a ninguna propuesta para financiar el proyecto.
4. El proyecto tuvo un cambio en el mes de julio, debido a la falta de espacio físico en el patio, por la construcción de dos aulas.
5. Se acordó con la comunidad que la habilitación de una pila y la rehabilitación de dos grifos de agua, era el proyecto más conveniente a realizar.
6. El proyecto se llevó a cabo en la segunda quincena de julio, para ello se contó con la donación de una pila, arena y la mano de obra proporcionada por dos personas de la comunidad.
7. Dos amas de casa colaboraron con la elaboración de comida durante los días que duró la construcción del proyecto.
8. Se compraron 3 grifos, cemento, tres tubos para agua, tres codos PVC, pegamento y un tubo de 4 pulgadas para drenaje.
9. El costo total del proyecto fue sufragado por la clínica individual de Partners in Development.

CRONOGRAMA	ACTIVIDADES
Febrero	<p>Construcción de lavamanos en el patio sur de EORM C.I. sur. Aprobado por PID y el coordinador docente.</p>
Marzo	<p>Con la ayuda de Miguel Lemus, encargado de obras de PID, se llegó a la conclusión de que los lugares más apropiados para realizar el proyecto eran los extremos del patio, y que los lavamanos se construirían de cemento con base de madera, se tuvo la aprobación de la directora del establecimiento.</p>
Abril	<p>Se convocó a sesión de padres de familia para la recaudación de fondos para la construcción del proyecto, sin embargo, a pesar de que surgieron varias ideas, entre ellas: rifas, kermeses y cuadrangulares de futbol, no se llegó a ningún consenso. La ONG carece de fondos para comprar el material.</p>
Mayo	<p>Se inició la construcción de las dos nuevas aulas, por lo que el proyecto queda suspendido hasta que se termine con la obra, ya que ocupa el espacio donde se construiría el proyecto. A pesar de ello, se cotizó el precio de los materiales, este fue de Q.1200.00, para madera, cemento, arena, tubos, pegamento, grifos y coladeras.</p>

CRONOGRAMA	ACTIVIDADES
Junio	Se elaboró una nueva propuesta y se presentó a la directora de PID, debido a la premura de tiempo y el poco espacio con el cual se contaba en la escuela. Este fue rechazado, aduciendo que ella ya se había comprometido a un proyecto previo.
Julio	Se terminó la construcción de las dos nuevas aulas en la primera semana de este mes, se dialogó con la directora de PID y su respuesta fue que no colaboraría con el proyecto. En sesión con padres de familia se solicitó el apoyo de la comunidad, producto de esa reunión, se recibió una pila, arena y la mano de obra por parte de padres de familia dedicados a la albañilería, quienes se ofrecieron para llevar a cabo el proyecto. Se compró cemento tubo para agua, codos PVC y grifos. Se inició el proyecto durante la tercera semana de este mes.
Agosto	Se concluyó el proyecto en la primera semana de agosto, previo a la entrega del informe mensual. Se entregó el informe final del proyecto al coordinador docente.
Septiembre	Debido al cambio de sede del EPS a La Gomera, Escuintla, fue imposible la inauguración del proyecto en la comunidad y a los estudiantes.

Recursos

El presupuesto del proyecto originalmente ascendió a Q1,250.00, sin embargo, debido a que fue donada la pila, la arena y la mano de obra por la comunidad, el costo final fue de Q435.00, que fue auspiciado por la clínica de pacientes individuales EPS de Partners In Development.

Resultados



Pila habilitada en patio sur EORM Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez.



Grifo y cheque para agua potable EORM, Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez.



Vista lateral del proyecto en el patio sur EORM, Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez.



Vista lateral de la pila patio sur EORM, Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez.



Vista lateral de la tubería y grifo en patio sur de EORM, Concepción Ixtacapa, San Antonio



Vista frontal de proyecto de piletas para toma de agua en la EORM, Concepción Ixtacapa, San Antonio

Dificultades

En el mes de febrero de 2014, se propuso a la directora de la entidad patrocinadora del EPS la idea de construir dos lavamanos en el patio sur de la EORM Concepción Ixtacapa Sur (7), esta propuesta fue aceptada en un principio, sin embargo, con el transcurrir de los meses, al consultarle en diferentes ocasiones sobre el inicio del proyecto, la negativa fue constante, y en julio informó que el proyecto no se llevaría a cabo, por falta de fondos de Partners In Development. Esta situación obligó a pedir la colaboración de la población, no obstante, gran parte del costo del proyecto fue financiado con fondos de la clínica individual.

El cambio del proyecto obedeció a que la escuela fue beneficiada con la construcción de dos aulas adicionales, esta construcción inició en mayo y finalizó en julio y se ejecutó en el área que originalmente se le había asignado a los lavamanos, por tal situación la directora solicitó que en lugar de dos lavamanos, se habilitara la pila, con el fin de que fuera utilizada, no solo por estudiantes sino también por el personal de la escuela.

Se solicitó la colaboración de los maestros y de la comunidad, quienes cordialmente aceptaron apoyar el proyecto, para ello proporcionaron arena y una pila, que fue desechada de una construcción anterior.

Es de hacer notar que la comunidad es poco colaboradora para realizar proyectos que implique algún gasto para ellos; según los docentes y la directora, están acostumbrados a que las entidades ejecuten y asuman todos los gastos.

Se presentaron varias propuestas, entre ellas: llevar a cabo rifas y kermeses, sin embargo, solo se logró que los líderes aceptaran donar una pila, arena y mano de obra.

Mejoras a la clínica dental

La clínica dental de Partners in Development carecía de un mueble adecuado para guardar materiales, solo contaba con una estantería azul de diferentes niveles. En este mueble los materiales estaban expuestos al polvo y bacterias, por tal situación, se decidió con la directora de PID Abigail Sawyer, la compra de un mueble que reuniera las condiciones adecuadas para resguardar los materiales tales como: gasas, algodón, agujas, anestesia, guantes y mascarillas evitando que estos continuaran contaminándose.

Se adquirió un mueble plástico rosado de tres gavetas, dos de ellas de regular tamaño y una de tamaño grande. El costo fue de Q 375.00.



Mueble plástico de tres gavetas, dos superiores de tamaño regular y una inferior de tamaño grande, para guardar material dental.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Prevención de enfermedades bucales

El programa de prevención de enfermedades se inició con un informe sobre la metodología a utilizar para obtener un buen resultado en la prevención de enfermedades bucales en la comunidad que fue asignada (1, 2, 8) (Concepción Ixtacapa y La Gomera).

En Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez, por primera vez recibían el programa EPS, a diferencia de La Gomera, que prácticamente era continuar con un programa previo y que había concluido en el mes de junio. En Concepción Ixtacapa, la educación en salud bucal, era prácticamente inexistente.

Se sostuvieron pláticas con los padres de familia, aprovechando las sesiones escolares y las primeras entregas de calificaciones, para incentivar a la comunidad en mejorar sus índices de enfermedades bucales comunes en niños de primaria. En el mes de febrero, durante las primeras visitas a las escuelas, se solicitó a las maestras, que en total, en las tres escuelas de Concepción Ixtacapa sumaban 72, colaboraran para promover la salud bucal, ya que por la facilidad de tener a los niños a su cuidado durante 5 días, era mucho más viable y práctico, contar con promotores de salud oral en la comunidad, tal como lo exige el programa.

En forma semanal, después de las actividades de educación en salud bucal, se realizaron enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, a los niños que no habían sido cubiertos por los maestros. Durante cada visita se comprobó que cada uno de los infantiles recibiera su respectiva aplicación (enjuagues) de fluoruro. Se realizaron 4 visitas por mes y se eligió los días miércoles, por la mañana. Durante las visitas se impartieron pláticas de educación relacionadas con salud bucal, en la mayoría de los casos, con la presencia del promotor del grado (maestra) se expusieron diferentes temas para aumentar el interés en mantener una salud oral óptima (2, 8). Los temas que se desarrollaron variaban cada semana, desde una buena alimentación, hasta anatomía dental.

Durante la segunda semana se logró repartir un lote de paquetes de cepillos y pastas dentales, para promover el cepillado, tanto en el hogar como en la escuela. Los días jueves se programó atender a pacientes con sellantes de fosas y fisuras, sin embargo, debido a la poca población preescolar con piezas dentales libres de caries, se optó por realizar los sellantes el último jueves del mes. Es importante señalar que en Concepción Ixtacapa es primera vez que llega un EPS, aunado a la pobreza y que culturalmente en el lugar no se usa periódicamente cepillo y pasta dental, los niños con piezas primarias sin caries son escasos. Sin embargo, se utilizaron estos días para elaborar un banco de pacientes e identificar niños que necesitaran, como mínimo, seis sellantes.

Las visitas a los centros de salud se llevaron a cabo, previo a visitar las escuelas, porque la consulta era muy temprano por la mañana. Se recibió la colaboración de los secretarios, ya que en la mayoría de ocasiones cuando se llegaba a los centros de salud, las mujeres embarazadas ya sabían qué se les iba a dar educación en salud bucal. Se tuvo una buena recepción por parte de ellas y muchas ignoraban cómo optimizar la salud bucal de los bebés durante su crecimiento.

En la mayoría de ocasiones las actividades de educación en salud bucal duraban más de 10 minutos debido al interés de las futuras madres en saber de salud oral, se aprovechaban estas ocasiones para hacerles la invitación para que visitaran la clínica dental, a todas aquellas mujeres que necesitaran tratamiento y que estuvieran entre los tres a seis meses de gestación. Gracias a las pláticas de educación en salud bucal, ellas aprendieron el beneficio de un correcto cepillado y su uso periódico. También a la invaluable colaboración de los promotores de salud bucal (maestras), los niños asistieron a la consulta odontológica con los dientes limpios, a diferencia de los primeros meses, durante los cuales los infantes llegaron con los dientes sin lavar. En los últimos meses hubo un cambio radical de los niños durante la consulta respecto a su higiene oral.

Objetivos

1. Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficio de los niños y adolescentes escolares del lugar donde se desarrolla el programa EPS.

2. Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población donde realiza el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, utilizando:
 - a. Cepillo dental.
 - b. Enjuagues con fluoruro de sodio.
 - c. Charlas de educación en salud.
 - d. Sellantes de fosas y fisuras.

3. Aplicar las metodologías y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población (1, 2, 8).

4. Comparar la efectividad de cada uno de los componentes de prevención de enfermedades bucales.

5. Evaluar el alcance de los objetivos propuestos

Objetivos alcanzados en el programa preventivo

1. Se promovió la educación en salud bucal en la población estudiantil de primaria 1ro. a 6to. grado.
2. Se disminuyó el índice de caries y enfermedad periodontal, por medio de educación en salud bucal y la entrega de cepillos y pastas dentales.
3. Se incentivó a la población en mantener una buena técnica de cepillado y de uso periódico (2).
4. Se involucró a padres de familia y maestros como promotores de salud bucal, tanto para la población que recibía el beneficio de pertenecer al programa de SFF, así como, la población en general.
5. Se colocó a los pacientes sellantes de fosas y fisuras, para que en un futuro el índice de caries sea menor al actual.
6. Se gestionó que el programa de prevención no dependa solo de una institución o persona, en este caso, el EPS, sino del consciente involucramiento de la comunidad en general, para que sea constante el uso de cepillo y pasta, así como, la visita al odontólogo, por lo menos una vez al año.
7. Se capacitó a futuras madres (embarazadas), para que en un futuro, la salud bucal de su bebé no dependa solo del odontólogo, sino también de ellas, porque aprendieron cómo mantener una salud óptima en sus niños (1).
8. Se disminuyó, en los meses de julio y agosto, la atención de emergencias en la clínica dental en niños de edad escolar en relación con los primeros meses del año.
9. Se estimuló a los promotores de salud bucal para que continúen aplicando fluoruro, y al final del EPS en La Gomera, Escuintla, las directoras de los centros de estudio solicitaron al estudiante odontólogo la donación de las cápsulas de fluoruro, para que ellas puedan continuar realizando la fluoración en los niños, hasta que llegue otro EPS y de esta manera

disminuir el riesgo de caries dental en los niños, en este municipio es la primera vez que se involucra a los maestros como promotores reales de prevención de enfermedades.

10. Se promovió una mejor dieta en los niños, para evitar alimentos y bebidas con alto índice cariogénico (4).
11. Se logró concientizar a la población, a través de las actividades de educación en salud bucal, la visita periódica al odontólogo, con el propósito de mantener una salud bucal preventiva en los niños y adultos jóvenes como una necesidad.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Subprograma de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%



Aplicando enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% en EOUM María Castañeda, La Gomera Escuintla, a niños de primer año primaria, junto a la asistente dental.

Cuadro 1
Niños atendidos en subprograma de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera, Escuintla

Mes	Niños
Febrero	544
Marzo	1096
Abril	1145
Mayo	1050
Junio	1028
Julio	1075
Agosto	1083
Septiembre	1150
TOTAL	8171
Media	1021.375

Fuente: Informes mensuales EPS

Gráfica 1
Niños atendidos con enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% en Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y la Gomera Escuintla



Fuente: Informes mensuales EPS

Como se observa en la gráfica la cantidad de niños atendidos durante el EPS fue constante excepto el mes de febrero, debido a que en Concepción Ixtacapa, no había una experiencia previa, y hubo necesidad de informar primero los parámetros del subprograma. Durante los demás meses fue cubierto un promedio de más de mil niños por mes, manteniendo una media de 1021 por cada mes del año.

Subprograma de sellantes de fosas y fisuras



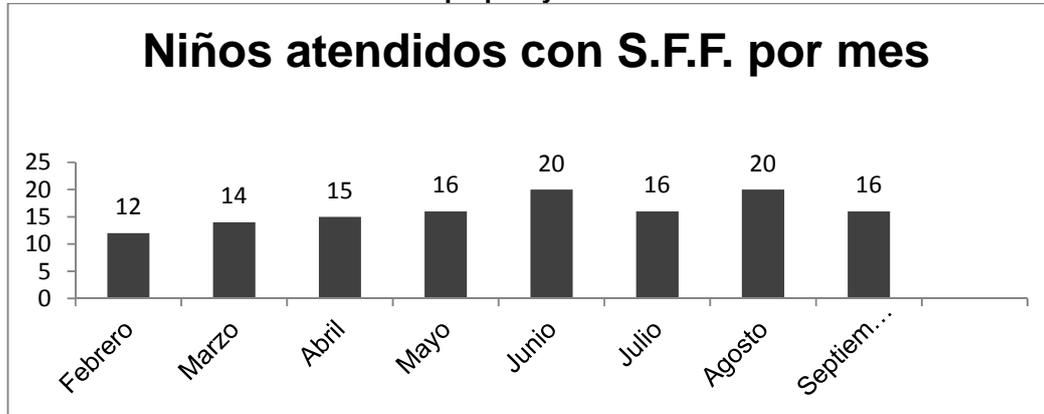
Aplicación de sellantes de fosas y fisuras en arcada inferior, a un alumno de la EORM aldea Chipilapa, La Gomera Escuintla.

Cuadro 2
Niños atendidos con SFF por mes, en Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera, Escuintla

Mes	Niños	Sellantes
Febrero	12	96
Marzo	14	105
Abril	15	91
Mayo	16	127
Junio	20	79
Julio	16	157
Agosto	20	127
Septiembre	16	131
TOTAL	129	913

Fuente: Informes mensuales EPS

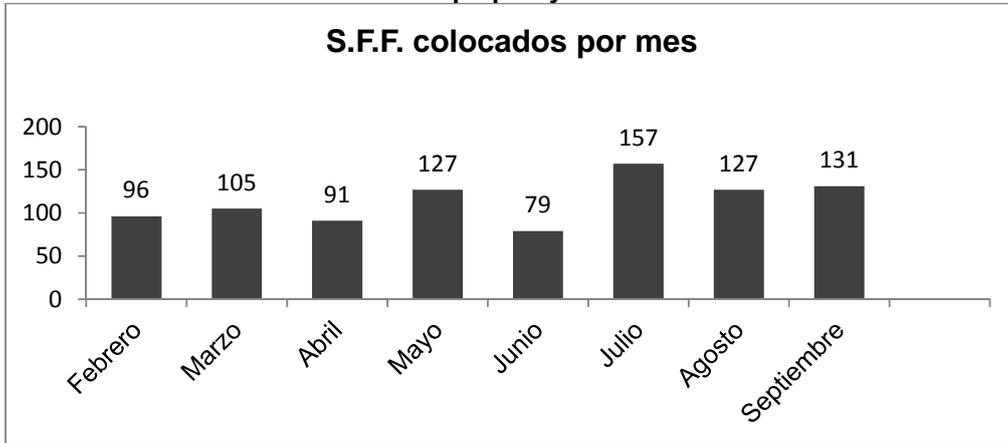
Gráfica 2
Niños atendidos con SFF por mes en Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera Escuintla



Fuente: Informes mensuales E.P.S.

Durante el transcurso del año, se mantuvo un promedio de dieciséis niños por mes, excepto febrero, junio y agosto. En febrero el descenso se debió al poco tiempo disponible posterior a la instauración de todos los programas de EPS, así como, la espera de la supervisión regional de educación para autorizar el ingreso del EPS a las escuelas. En junio y agosto se debió a que se tuvo una semana más de trabajo, no obstante, como se observa en la gráfica 2, la cantidad de niños tratados se mantuvo constante y en un buen promedio.

Gráfica 3
Pacientes integrales escolares atendidos con SFF en Concepción Ixtacapa
San Antonio Suchitepéquez y La Gomera Escuintla



Fuente: Informes finales E.P.S.

Como se observa en la gráfica, la cantidad de sellantes casi siempre superó el rango de 100 por mes. El mes de septiembre corresponde a los pacientes tratados en La Gomera, comunidad que ha contado durante mayor tiempo con el programa EPS, por lo que los niños tienen un nivel de salud bucal superior a la de los de Concepción Ixtacapa, quienes recibieron este programa por primera vez.

Subprograma de educación para la salud bucal



Impartiendo educación en salud bucal en la EOUM María Castañeda, a alumnos de tercer año primaria, el tema impartido es anatomía dental.

MES	No. DE ACTIVIDADES	TEMAS IMPARTIDOS
Febrero	12 actividades	Beneficios de los enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%. Anatomía dental Sustitutos del cepillo dental. 544 niños.
Marzo	16 actividades	Periodontitis Inflamación gingival Utilización de pasta dental Uso correcto de cepillo y seda dental 1096 niños
Abril	12 actividades	Anatomía de la cavidad oral Relación de la azúcar con la caries Dieta sana 1145 niños
Mayo	16 actividades	Dieta sana Relación de la azúcar con la caries Sustitutos del cepillo dental Utilización de la pasta dental 1050 niños
Junio	8 actividades	Uso correcto del cepillo y seda dental Anatomía dental 1028 niños

MES	No. DE ACTIVIDADES	TEMAS IMPARTIDOS
Julio	16 actividades.	Inflamación gingival Periodontitis Dieta sana 1075 niños
Agosto	12 actividades.	Relación de la azúcar con la caries Sustitutos del cepillo dental Utilización de la pasta dental 1083 niños
septiembre	15 actividades.	Uso correcto del cepillo y seda Beneficios de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2% Anatomía de la cavidad oral Anatomía dental 1150 niños

Entrega de cepillos y pastas dentales

La entrega se realizó durante febrero y marzo. Se obsequiaron alrededor de 200 cepillos con su pasta dental; de estos, 144 donados por Colgate y los otros patrocinados por Partners in Development. La entrega se efectuó gradualmente debido a que se aprovechó la oportunidad de que cada niño tuviera su propio cepillo dental, para poder enseñarles una buena técnica de cepillado.

Tanto los niños como los maestros mostraron su agradecimiento por cada uno de los paquetes, en ellos se observaba entusiasmo sin salir de la sorpresa al recibir su inesperado regalo, que inmediatamente abrían y le daban uso.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

El programa de prevención tuvo muy buenos resultados en la comunidad de Concepción Ixtacapa, quien lo recibió de buena forma y con mucho agradecimiento. Con los tres componentes del programa (enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, educación para la salud bucal y la aplicación de sellantes de fosas y fisuras) (1, 2, 8). Se espera un impacto positivo a corto, mediano y largo plazo en la salud bucal tanto de los niños como de sus familiares.

Durante esta experiencia se pudo observar el entusiasmo de los niños al recibir su cepillo dental, prestar atención a cada uno de los temas que fueron recibiendo y cuando lo recibieron por segunda ocasión no hubo necesidad de repetir lo mismo, ya que en muchas oportunidades interrumpieron con respuestas de los mismos alumnos, quienes recordaban la charla anterior, este entusiasmo de toda la comunidad de Suchitepéquez se traduce en un rápido cambio en los hábitos de salud oral, la facilidad para implementar el programa en dicha comunidad, la reducción de la placa bacteriana en los infantes, y la rápida asimilación de la información, así como, la voluntad de la comunidad de colaborar para mejorar la salud oral en general.

El número de maestros que estuvieron apoyando en este programa fueron setenta y seis (76) distribuidos en las tres escuelas (EORM Desierto, EORM Norte y EORM Sur) además la gran ayuda de los padres de familia que colaboraron en todo momento con el fomento de la salud oral en sus hijos.

CONCLUSIONES

1. Se hizo énfasis en la importancia de la prevención de enfermedades bucales, en los niños de edad pre escolar y escolar primaria (1, 2, 8).
2. Se buscó reducir la prevalencia de caries por medio de aplicación de fluoruro de sodio al 0.2% (1, 2).
3. Se colocó sellantes de fosas y fisuras en niños de edad escolar, buscando disminuir la incidencia de caries en la población escolar (1, 2, 8).
4. Se formaron promotores de salud oral en la comunidad, desde maestros, hasta padres de familia.
5. Se enfatizó a través de las actividades de educación en salud oral, la prevención de la caries dental, tanto en escuelas como en centros de salud.
6. Se motivó a las madres para que sus niños gocen de una mejor salud oral desde el momento de su nacimiento.
7. Se involucró a toda la comunidad, Ministerio de Salud Pública (MSPAS), ONG'S, COCODES y maestros, para mejorar la salud bucal de los niños de la comunidad.
8. Se informó a la población acerca de los beneficios de la prevención de las enfermedades bucales comunes.
9. Se recomendó la visita al odontólogo de manera periódica.
10. Se instruyó a los niños acerca de una buena nutrición y una correcta salud oral (8).

RECOMENDACIONES

1. Hacer énfasis en los odontólogos practicantes que comienzan el EPS, que formen a los maestros para que sean promotores de salud oral.
2. Pedir que toda entidad que reciba un EPS, tenga el deseo de fomentar una correcta salud bucal en la comunidad.
3. Incentivar al niño durante cada actividad de educación y visita a la clínica dental, de lo importante que es el mantener una salud oral óptima.
4. Mantener el programa de enjuagues con fluoruro de sodio al 0.2%, aun si estos puestos no reciben un odontólogo practicante.
5. Motivar a la población para que las refacciones que se entregan a los niños no sean con altos contenidos de azúcares, con el propósito de disminuir el índice de caries.
6. Instruir a la población en una correcta dieta.
7. Aumentar la cantidad de promotores, para tener más cobertura en la comunidad.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA EN EL EPS

Introducción

La investigación única del Ejercicio Profesional Supervisado durante el año, fué enfocada al estatus socioeconómico de los maestros de educación primaria y su impacto en su salud bucal, en la comunidad asignada. Esta inició con una visita domiciliar, para corroborar el nivel económico del maestro, se pasó una encuesta con cuarenta y nueve preguntas que se interpretaron como variables distribuidos en seis dimensiones diferentes.

Para el estudio se seleccionó una muestra de veinte maestros de educación primaria, para determinar el nivel de escolaridad, sexo, estado civil, status económico, así como, el renglón presupuestal al cual pertenece, para establecer de acuerdo a cada una de las dimensiones aplicadas, en qué proporción es afectada su salud bucal con respecto a las posibilidades económicas. Cada uno de los profesores que perteneció a esta muestra, son parte del claustro de maestros de las escuelas de la aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez, donde se llevó a cabo el EPS.

El estrato Graffar es un esquema internacional para la agrupación de población basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. Las familias se clasifican en cinco categorías según la profesión ejercida por el padre de la familia. Si la madre ejerce una profesión de nivel más elevado que la del padre de la familia, en ese caso servirá ella de base para la clasificación de la familia.

DESCRIPCIÓN DEL ESTRATO.

- I** Población con las mejores condiciones de vida.
- II** Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
- III** Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
- IV** 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** Es la población en pobreza crítica.

Presentación de resultados

Cuadro 3

**Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Distribución de la población de estudio según edad y sexo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014**

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
MASCULINO EDAD	4	27	63	45	25.5
FEMENINO EDAD	16	24	59	41.5	24.7

Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

Se puede observar que la distribución con respecto al sexo es mayor para el femenino representando el 80% de la muestra, la distribución de edades es muy parecida, aunque por la poca cantidad de elementos masculinos, y tomando en cuenta que el máximo en edad es mayor en este grupo, la media y la desviación típica es mayor que el otro grupo (sexo femenino) encuestado. Se observa que los maestros en esta área tienen un promedio de edad de más de 40 años, por lo que se esperaría que sus condiciones de vida y por consiguiente el impacto en salud bucal, no sea tan elevado con respecto a grupos con menos edad.

Cuadro 4

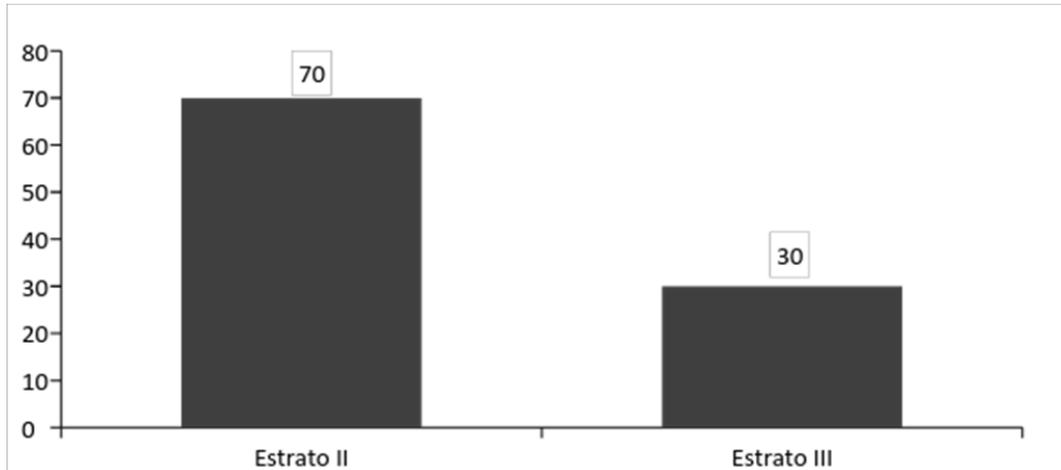
**Perfil de Impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Distribución de la población de estudio según estrato Graffar
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014**

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estrato II	14	70	70	70
Estrato III	6	30	30	30
Totales	20	100	100	100

Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

Gráfica 4

**Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Distribución de la población de estudio según estrato Graffar
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014**



Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

Los maestros están distribuidos en forma muy similar al cuadro 1 de acuerdo a la frecuencia de estrato de Graffar (Gráfica 4) en los cuales están distribuidos los maestros. Se puede observar que en el estrato II se ubica el mayor porcentaje con respecto a la muestra en estudio, por lo tanto los porcentajes (porcentaje, porcentaje válido y porcentaje acumulado) están distribuidos en forma idéntica, esto debido a que la muestra solo cuenta con dos estratos de Graffar, lo cual indica que los entrevistados gozan de condiciones de vida aceptables, con viviendas propias e ingresos medios.

Cuadro 5

Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Estadísticos descriptivos de punteos obtenidos en cada dimensión de la encuesta
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014

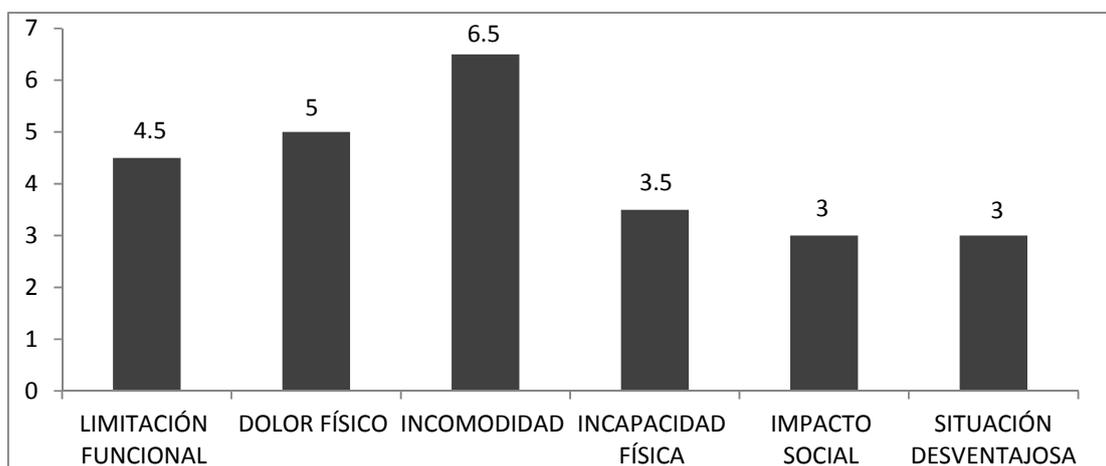
Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Limitación funcional	20	0	9	4.5	6.4
Dolor físico	20	0	10	5	7.1
Incomodidad	20	0	13	6.5	9.2
Incapacidad física	20	0	7	3.5	4.9
Impacto social	20	0	6	3	4.2
Situación desventajosa	20	0	6	3	4.2
Totales		0	51	25.5	36.1

Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

Se observa que la dimensión de incomodidad es la que presenta el mayor valor, más de dos veces que las dimensiones de impacto social y de situación desventajosa. Lo anterior puede estar relacionado con el hecho de que es frecuente que las personas, a pesar de sentir ciertas molestias en sus dientes o prótesis, no les impide relacionarse con los demás ni representa para ellos una desventaja comparativa. Todo esto a pesar de que la dimensión de dolor físico es la segunda en importancia y que puede significar en algún momento cierta limitación en la funcionalidad de sus dientes o prótesis.

Gráfica 5

Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Estadísticos descriptivos de punteos obtenidos en cada dimensión de la encuesta
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014

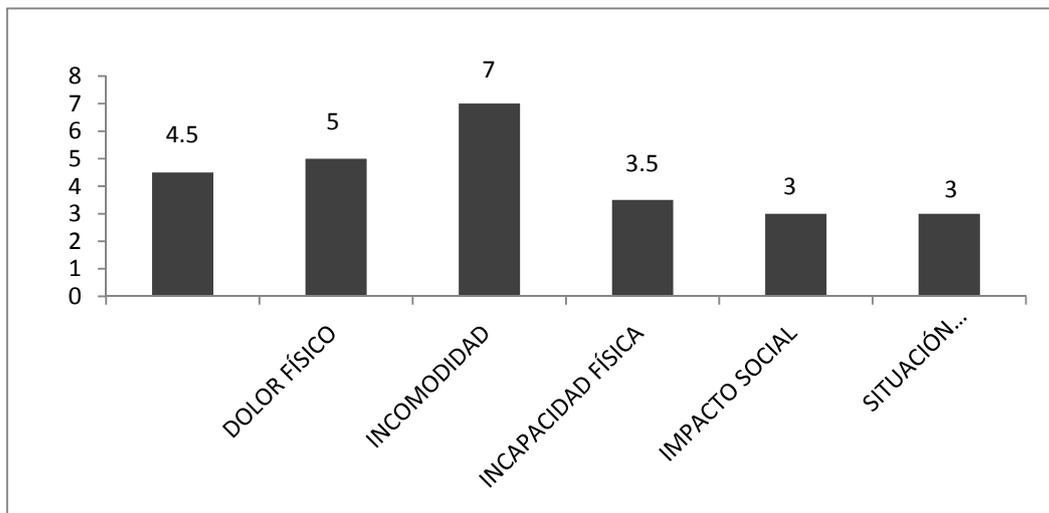


Cuadro 6
Estadísticos Descriptivos de Punteos Obtenidos en cada Dimensión de la Encuesta Sexo Masculino
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
LIMITACIÓN FUNCIONAL	4	2	7	4.5	3.5
DOLOR FÍSICO	4	2	8	5	4.2
INCOMODIDAD	4	3	11	7	5.7
INCAPACIDAD FÍSICA	4	0	7	3.5	4.9
IMPACTO SOCIAL	4	0	6	3	4.2
SITUACIÓN DESVENTAJOSA	4	0	6	3	4.2
TOTALES		7	45	26	26.9

Fuente: Perfil de impacto de salud bucal

Gráfica 6
Estadísticos descriptivos de puntajes obtenidos en cada dimensión de la encuesta, sexo masculino, Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014



Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

En los maestros encuestados (cuadro 6) la incomodidad tiende a tener un pequeño incremento, pero si se observa los resultados del cuadro en la gráfica 6 a pesar de ese aumento ninguna de las otras variables tiende a cambiar, por lo que se puede interpretar que la mayor preocupación es su incomodidad, pero solo si esta afecta su estética o produzca dolor, ya que esto ocasionaría una situación desventajosa con respecto a las demás personas y sólo de esta manera tendría un impacto social en ellos.

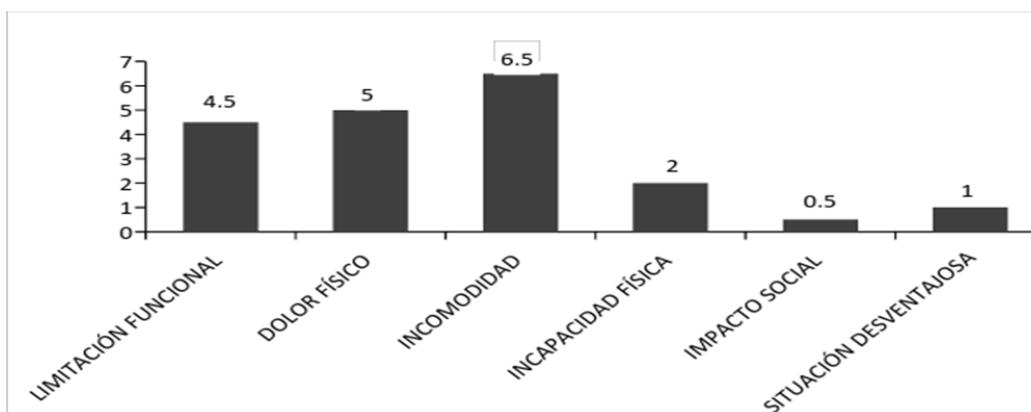
Cuadro 7

Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Estadísticos descriptivos de puntajes obtenidos en cada dimensión de la encuesta, sexo
femenino Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Limitación funcional	16	0	9	4.5	6.4
Dolor físico	16	0	10	5	7.1
Incomodidad	16	0	13	6.5	9.2
Incapacidad física	16	0	4	2	2.8
Impacto social	16	0	1	0.5	0.7
Situación desventajosa	16	0	2	1	1.4
Totales		0	39	19.5	27.6

Gráfica 7

Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Estadísticos descriptivos de puntajes obtenidos en cada dimensión de la encuesta, sexo
femenino, Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014



Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

En el cuadro 7, se distribuyen todas las variables de las maestras, en las cuales se puede observar que el impacto físico así como todo lo relacionado al impacto social, como la estética, fonación, entre otros, es mucho menor en comparación con los de la muestra masculina. Esto se puede interpretar como: que en las maestras las piezas involucradas con el dolor físico, incomodidad y limitación funcional, no se refieren a piezas anteriores o estéticamente comprometidas, porque aunque se reporta limitación, dolor e incomodidad, no representan una situación desventajosa con respecto a las demás personas, por consiguiente, no tienen ningún impacto social.

Cuadro 8

**Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Estadísticos descriptivos de punteos obtenidos según estrato Graffar
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014**

ESTRATO GRAFFAR II	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Limitación funcional	14	0	9	4.5	6.4
Dolor físico	14	0	9	4.5	6.4
Incomodidad	14	0	13	6.5	9.2
Incapacidad física	14	0	7	3.5	4.9
Impacto social	14	0	6	3	4.2
Situación Desventajosa	14	0	6	3	4.2
Totales		0	50	25	35.4
ESTRATO GRAFFAR III	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Limitación funcional	6	0	5	2.5	3.5
Dolor físico	6	0	10	5	7.1
Incomodidad	6	0	8	4	5.7
Incapacidad física	6	0	2	1	1.4
Impacto social	6	0	2	1	1.4
Situación Desventajosa	6	0	2	1	1.4
Totales		0	29	14.5	20.5

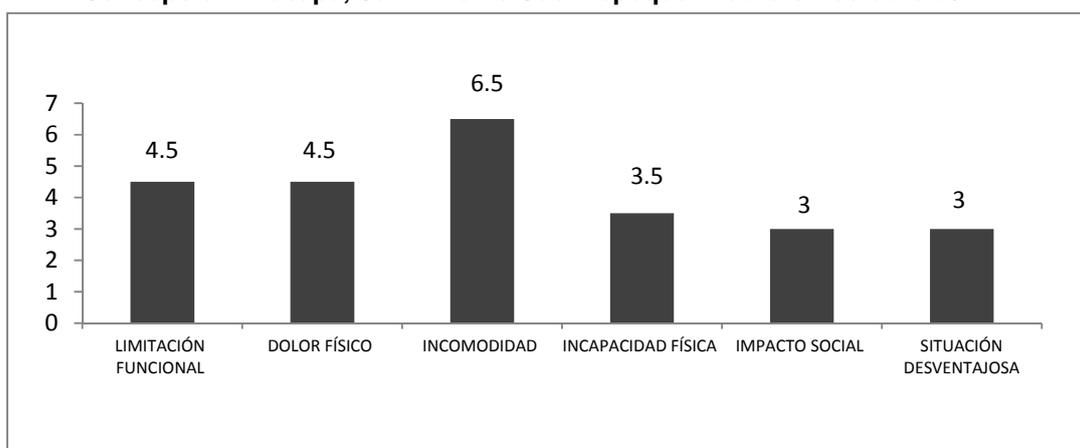
Fuente: Perfil de impacto de salud bucal

De acuerdo al grupo encuestado en las escuelas EORM Sur y Norte, los maestros(as) están distribuidos(as) en dos estratos de Graffar, siendo el estrato II en donde se ubican la mayor cantidad de maestros, por lo tanto se puede interpretar de la siguiente forma: Que los maestros encuestados carecen de ingresos medios; que no poseen una educación universitaria; que no cuentan con otro tipo de ingreso además del sueldo de maestro; que habitan en viviendas con

comodidades básicas y que no poseen ambientes amplios. Los maestros del estrato III tienen menor oportunidad de acceder a servicios profesionales odontológicos, y su salud bucal es deficiente con respecto al estrato II.

Grafica 8

**Perfil de impacto en salud bucal en maestros de educación primaria pública
Estadísticos descriptivos de puntajes obtenidos según Estrato Graffar II
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez febrero - octubre 2014**

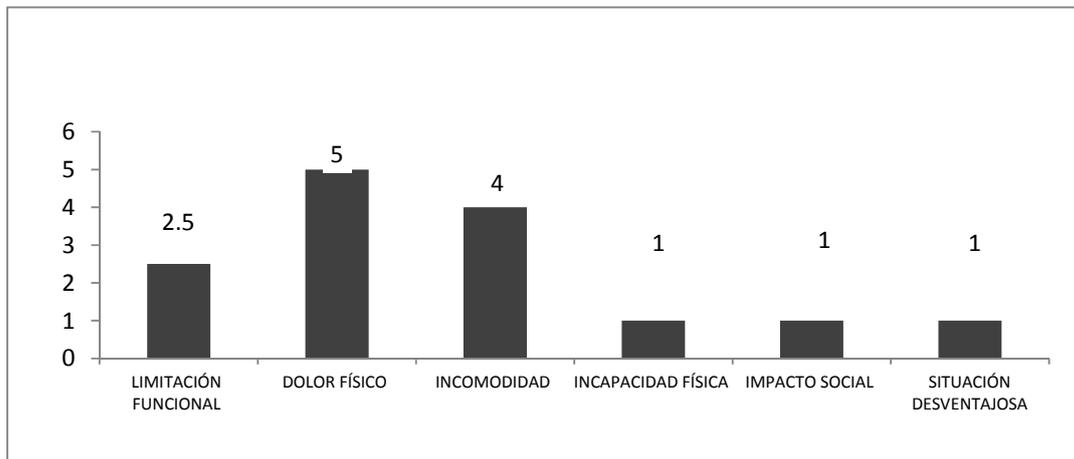


Fuente: Perfil de impacto de salud bucal, versión en español

En la gráfica 8 se puede observar cómo la mayor cantidad de dimensiones de la encuesta no presenta variaciones respecto a las gráficas anteriores, las que sí sufren una ligera alteración son: la limitación funcional y dolor físico, ya que se vieron incrementadas en este grupo específico, es decir, que a menor capacidad económica, mayor es la cantidad de problemas orales que se tiene. Con respecto a las otras variables (incapacidad, impacto social y desventajas) no sufrieron mayor alteración en relación con la gráfica del estudio completo.

Grafica 9

Perfil de Impacto en Salud Bucal en Maestros de Educación Primaria Pública Estadísticos Descriptivos de Punteos Obtenidos Según Estrato Graffar III Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez Febrero - Octubre 2014



Fuente: Perfil de impacto en salud bucal

La gráfica 9 representa la distribución de las dimensiones en el estrato III. Es importante notar que el dolor dental se vio incrementado en este grupo, lo cual se puede interpretar de la siguiente forma: Maestros del estrato III tuvieron la desventaja de padecer dolor físico, y por consiguiente incomodidad. Sin embargo tuvo un bajo impacto en incomodidad física, impacto social y situación desventajosa con respecto al estrato II. Esto se podría traducir en que los maestros que pertenecen a un estrato Graffar alto y poseen menor capacidad económica, tienen una salud bucal más deficiente.

Conclusiones

1. Se determinó que la salud bucal de los maestros se ve afectada de acuerdo al nivel socioeconómico, según el estrato Graffar, ya que a mayor estrato Graffar, mayor es la cantidad de problemas orales.
2. A pesar de tener incomodidad en la boca las dimensiones de incapacidad física e impacto social fue mínimo.
3. Los maestros con estrato Graffar más alto tienden a tener mayores problemas de limitación funcional y dolor físico con respecto al otro estrato más bajo.
4. A los maestros con estrato Graffar III, se observó un alto impacto en su salud bucal relacionado con su incapacidad social y desventaja física.
5. Todos los maestros refirieron disconfort psicológico, sin embargo, no lo relacionan con problemas del habla, deglución o estética.
6. La mayoría de los maestros de las escuelas de Concepción Ixtacapa, son adultos de mediana edad, comprendidos entre los 23 a los 49 años de edad.
7. La incomodidad es la dimensión que más refirieron los maestros, ya sea por dolor o por estética.

Recomendaciones

1. Utilizar palabras más simples para que el maestro no tenga mucha dificultad para responder la encuesta.
2. Sugerir a los maestros la necesidad de visitas periódicas al odontólogo.
3. Concientizar a los maestros sobre las implicaciones que tiene la salud bucal en su salud general y no únicamente en los aspectos estéticos.
4. Informar al maestro en la odontología preventiva, ya que la mayoría poseen una salud bucal deficiente y solo visitan al odontólogo por una dolencia previa.
5. Identificar los factores de riesgo que influyen en la salud bucal de los docentes.
6. Investigar a qué edad comenzó la pérdida de piezas dentales, ya que en la mayoría de los casos fue mucho tiempo antes de comenzar la carrera docente y así determinar si el estrato Graffar que poseen es posterior a un estado de salud bucal deficiente,

IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL EN ESCOLARES PACIENTES DE ALTO RIESGO

Introducción

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado en las dos comunidades (Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera Escuintla) se realizaron tratamientos integrales en niños de edad escolar primaria, entre los efectuados se puede mencionar:

- Extracciones
- Restauraciones de amalgama de plata
- Restauraciones de resina compuesta
- Pulpotomías
- Coronas de acero
- Tratamientos periodontales
- Tratamientos de conductos radiculares
- Profilaxis y ATF

En el tiempo que duró el EPS se atendió a un total de 97 niños de manera integral y 78 pacientes de alto riesgo, cada uno de ellos con diferentes enfermedades. Es de resaltar que en forma mensual se le pide al odontólogo practicante que lleve un número como mínimo de 13 niños.

Los pacientes de alto riesgo atendidos, en su mayoría eran referidos por los centros de salud y programas que la institución posee, tales como el prenatal, el de diabetes y el de prevención a la hipertensión.

A continuación se describen los tratamientos realizados por mes en ambos grupos, tanto en la clínica de Partners In Development como en el centro de salud de La Gomera, Escuintla.

Presentación de resultados

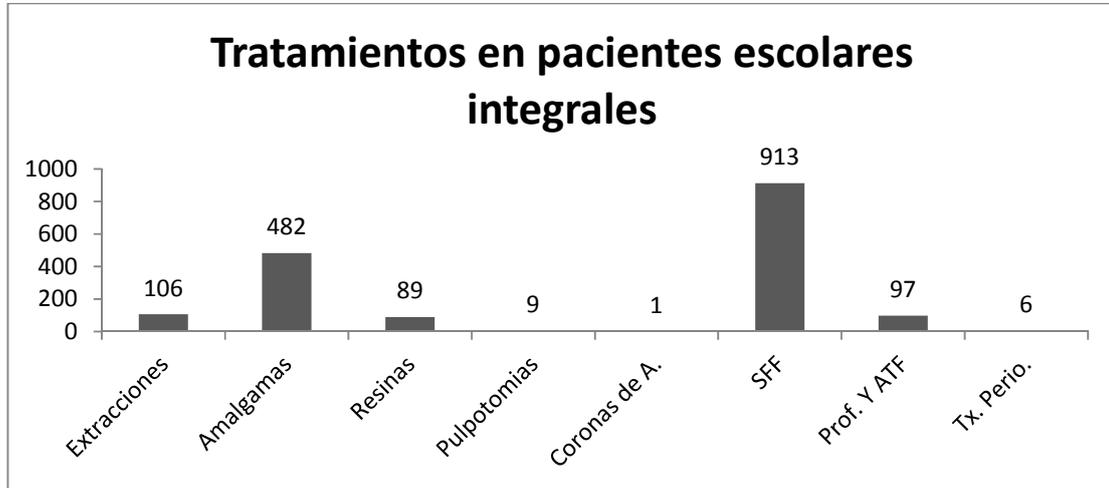
Cuadro 9

**Tratamientos realizados durante el EPS
Atención a pacientes escolares integrales.
Aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera, Escuintla
febrero - octubre 2014**

Tratamientos realizados	Número de tratamientos	Promedio mensual
Extracciones	106	13.25
Restauraciones de amalgama de plata	482	60.25
Restauraciones de resina compuesta	89	11.125
Pulpotomías	9	1.125
Coronas de acero	1	0.125
Sellantes de fosas y fisuras	913	114.125
Profilaxis y aplicación tópica de flúor	97	12.125
Tratamiento periodontal	6	0.75
Total	1703	212.875

Fuente: Informes mensuales EPS

Gráfica 10
Tratamientos realizados mensualmente a pacientes integrales escolares
en Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera Escuintla
febrero - octubre de 2014



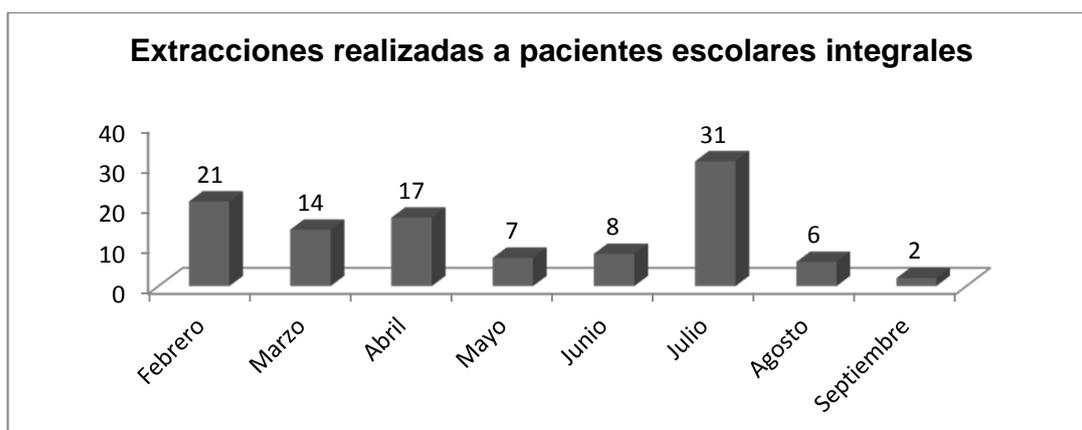
Fuente: Informes mensuales EPS

Durante los ocho meses que duró el Ejercicio Profesional Supervisado se contabilizaron más de 1500 tratamientos realizados en las comunidades de Aldea Concepción Ixtacapa y La Gomera, se tuvo un promedio mensual de casi 200 tratamientos efectuados. Como se puede observar en el cuadro 9, el tratamiento que más se realizó fue el de sellantes de fosas y fisuras, seguido por el de las amalgamas. También se observa la poca cantidad de piezas con pulpotomías y coronas de acero, debido básicamente a la precariedad de la salud bucal de los pacientes en su primera dentición, ya que la mayoría de las piezas extraídas, presentaron solo sus restos radiculares o la corona totalmente destruida.

Cuadro 10
Extracciones realizadas mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Extracciones
Febrero	21
Marzo	14
Abril	17
Mayo	7
Junio	8
Julio	31
Agosto	6
Septiembre	2
Total	106
Promedio	13.25

Gráfica 11



Fuente: Informes mensuales EPS

En la tabla 10, se puede observar, en los meses de febrero a agosto, que la cantidad de extracciones en los niños fue alta, con un repunte en el mes de julio, esto debido a que en esos meses (ver el cuadro 10 y gráfica 11), se refieren a los niños de la aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez, en donde por primera vez se lleva un programa de EPS, por lo que la salud bucal de la población escolar era muy precaria, en comparación con el mes de septiembre

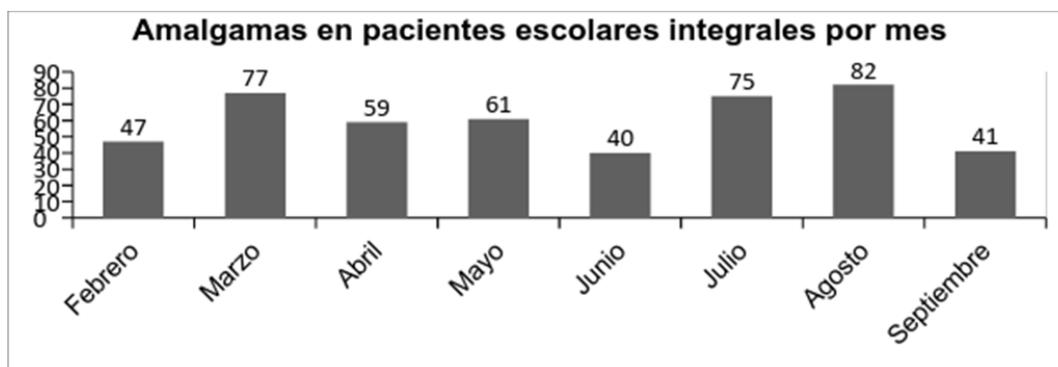
que representa a los niños de La Gomera Escuintla, los cuales tienen este beneficio desde hace muchos años.

Tabla 11

**Amalgamas realizadas mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014**

Mes	Amalgamas
Febrero	47
Marzo	77
Abril	59
Mayo	61
Junio	40
Julio	75
Agosto	82
Septiembre	41
Total	482
Promedio	60.25

Gráfica 12



Fuente: Informes mensuales EPS

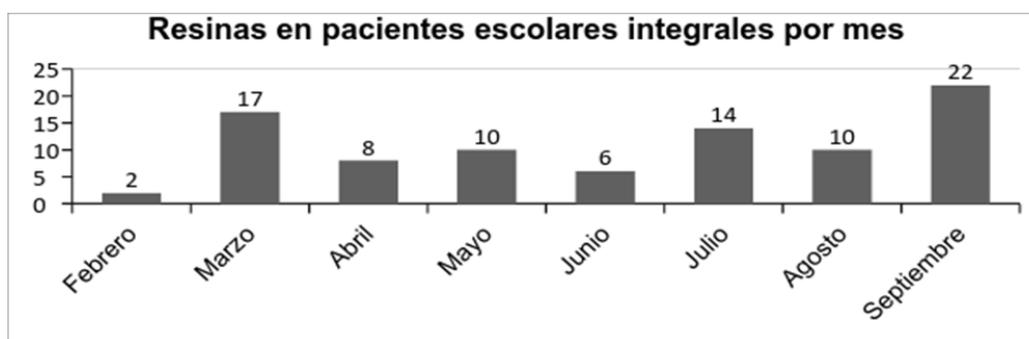
Tal como se puede observar en el cuadro 11 y gráfica 12, disminuyó al principio en el mes de febrero, debido a que el programa aún no había sido instaurado y en el de junio por coincidir con el descanso de medio año y la feria patronal de San Antonio Suchitepéquez. Durante el mes de septiembre, se atendieron a los niños de La Gomera quienes tienen un programa instaurado

desde hace varios años lo cual se refleja en que necesitan menos restauraciones de amalgama que el otro grupo.

Cuadro 12
Resinas realizadas mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Resinas
Febrero	2
Marzo	17
Abril	8
Mayo	10
Junio	6
Julio	14
Agosto	10
Septiembre	22
Total	89
Promedio	11.125

Gráfica 13



Fuente: Informes mensuales EPS

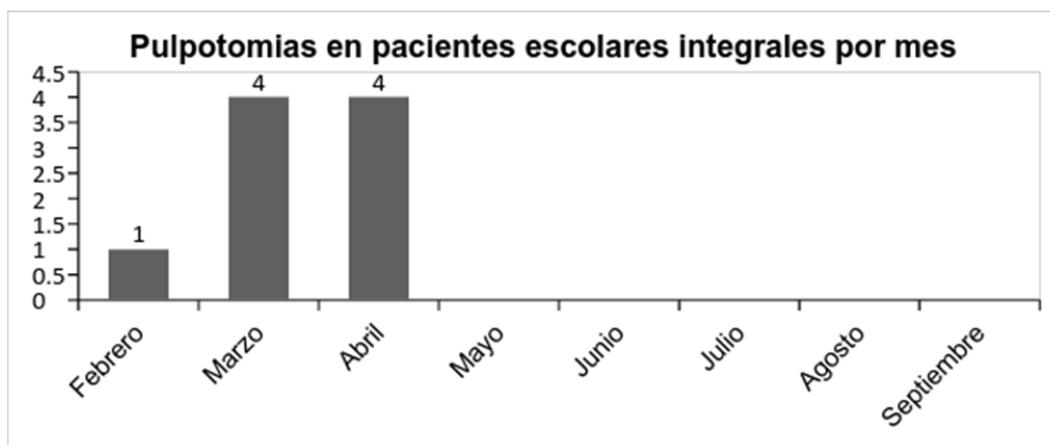
Las restauraciones de resina como lo muestra el cuadro 12, fueron escasas, esto se debe a que los niños de la comunidad de Concepción Ixtacapa se presentaron con lesiones cariosas muy grandes en piezas posteriores, por lo que era contraproducente el uso de este material, la mayoría de estas resinas fueron realizadas en piezas anteriores, casi en su totalidad en cavidades clase III.

Por otro lado en septiembre, que representa el mes en que se trabajó en La Gomera, se realizaron más resinas, ya que las caries restauradas eran mucho más pequeñas.

Cuadro 13
Pulpotomías realizadas mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Pulpotomías
Febrero	1
Marzo	4
Abril	4
Mayo	0
Junio	0
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	0
Total	9
Promedio	1.125

Gráfica 14



Fuente: Informes mensuales EPS

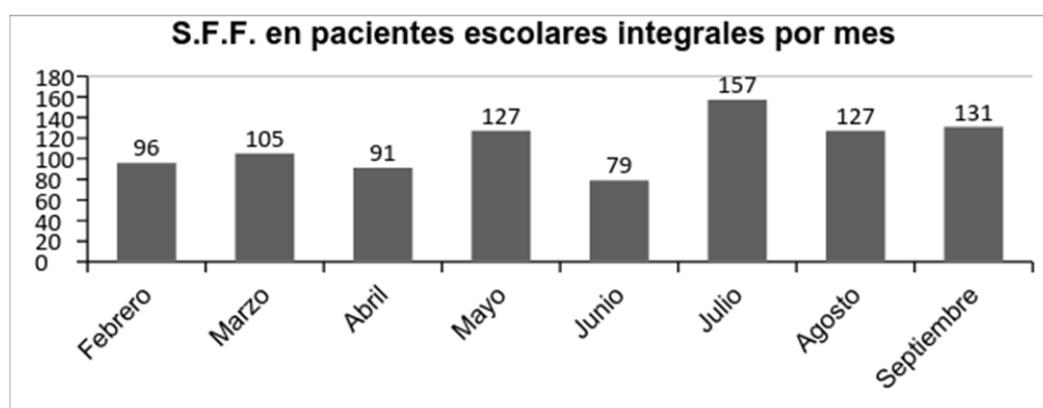
Debido a que las piezas que presentaban caries profunda estaban casi en su totalidad destruidas en su porción coronal, no era viable en casi todos los casos el practicar pulpotomías, como se observa en el cuadro13 y gráfica 14, este

tratamiento fue escaso a no ser por algunos niños que se trataron en los primeros meses del programa.

Cuadro 14
Sellantes de fosas y fisuras realizados mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	S.F.F.
Febrero	96
Marzo	105
Abril	91
Mayo	127
Junio	79
Julio	157
Agosto	127
Septiembre	131
Total	913
Promedio	114.125

Gráfica 15



Fuente: Informes mensuales E.P.S.

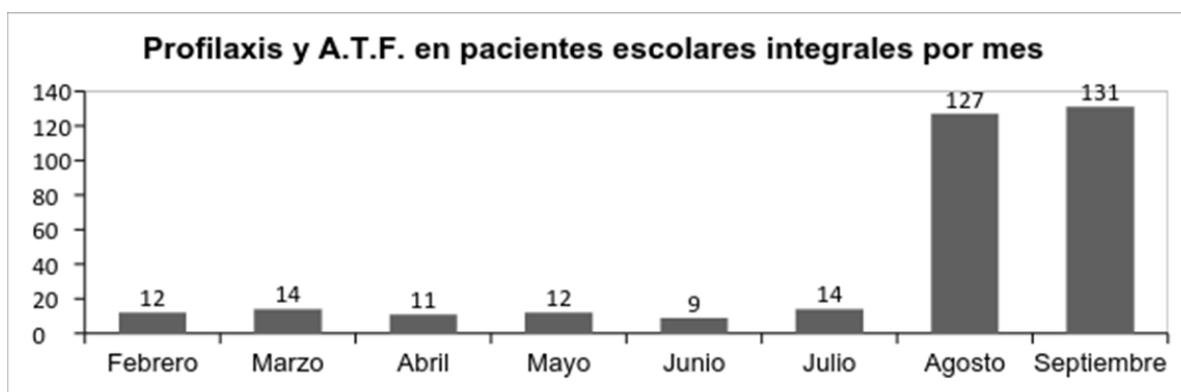
En el cuadro número 14, se puede observar la cantidad de sellantes que se realizaron en el Programa, en ambas sedes se mantuvo una media de 114 sellantes por mes. Es importante resaltar, que a pesar de que en Concepción

Ixtacapa, la salud dental de los escolares era muy deficiente, se pudo mantener una cantidad de piezas con sellantes.

Cuadro 15
Profilaxis y ATF realizados mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Profilaxis y ATF
Febrero	12
Marzo	14
Abril	11
Mayo	12
Junio	9
Julio	14
Agosto	14
Septiembre	11
Total	97
Promedio	12.125

Gráfica 16



Fuente: Informes mensuales EPS

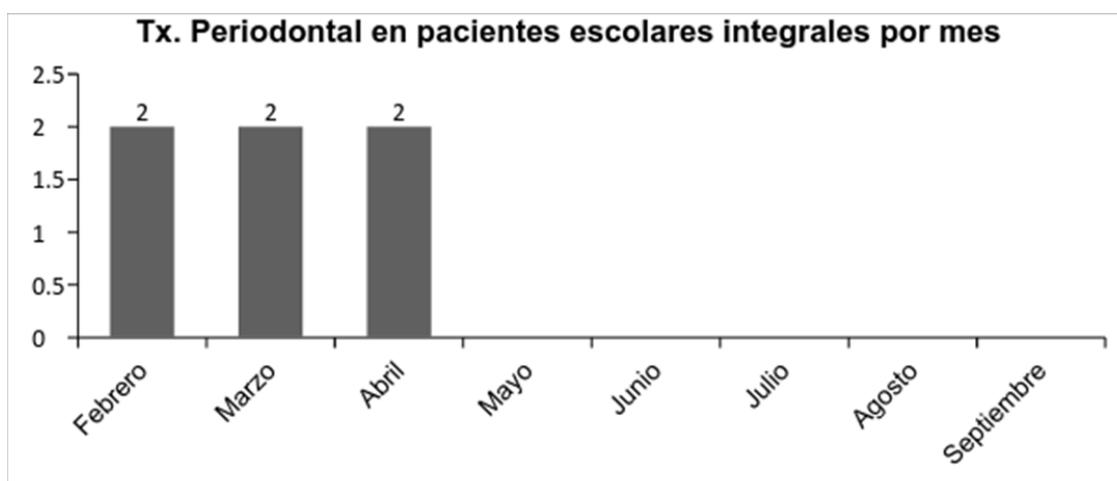
La profilaxis se les practicó a todos los niños que recibieron tratamiento integral durante el Programa, como se puede observar en el cuadro 15 y gráfica 16, la cantidad de veces que se practicó este tratamiento, coincide con exactitud con la cantidad de niños integrales terminados durante el EPS. A cada paciente se le practicó profilaxis, con brochitas de baja velocidad, pasta para profilaxis, para luego recibir su aplicación de flúor de forma tópica, con cubetas para ellos.

Cuadro 16

**Tratamientos periodontales realizados mensualmente.
Pacientes escolares integrales.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014**

Mes	Tx. Periodontal.
Febrero	2
Marzo	2
Abril	2
Mayo	0
Junio	0
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	0
Total	6
Promedio	0.75

Gráfica 17



Fuente: Informes mensuales EPS

Como era de esperarse, el tratamiento periodontal en la población que fue beneficiada con el programa fue escaso, como se observa en el cuadro 16, esto se debe a la edad a la que va enfocado el tratamiento integral, además, fue en los primeros meses que se brindó este tratamiento. En los primeros días se trató a los

niños de mayor edad, siendo estos (6 casos) todos adolescentes, entre 14 a 16 años.

Cuadro 17
Tratamientos realizados durante el EPS
Atención a pacientes de alto riesgo.
Aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchi. Y La Gomera, Escuintla, 2014

Tratamientos realizados	Numero de tratamientos	Promedio mensual
Extracciones	39	4.875
Amalgamas	22	2.75
Resinas	79	9.875
Pulpotomías	34	4.25
Coronas de acero	21	2.625
Sellantes de fosas y fisuras	32	4
Profilaxis y A.T.F.	71	8.875
Tratamiento periodontal	27	3.375
Total	325	40.625

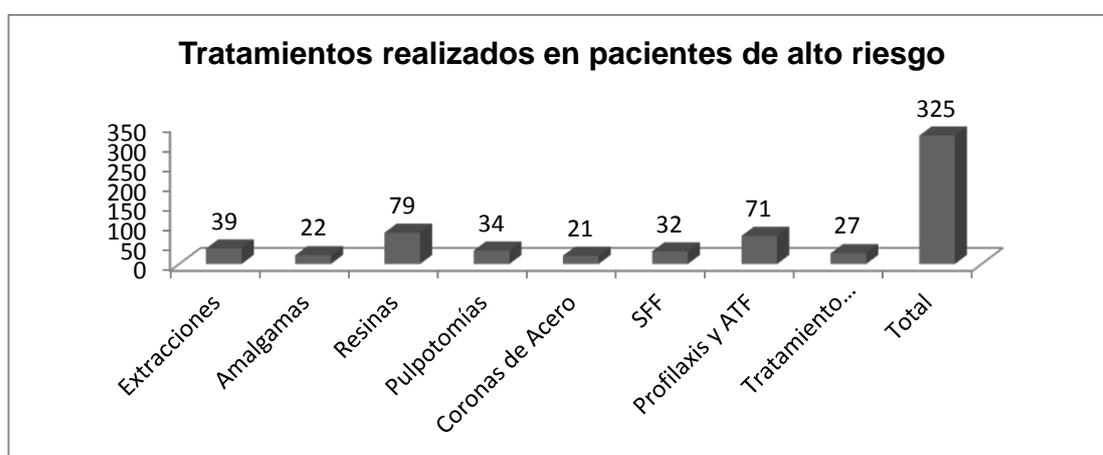
Fuente: Informes mensuales EPS

Los pacientes de alto riesgo que fueron atendidos, recibieron tratamientos para sus problemas dentales. Como se observa en el cuadro 17 predominaron las resinas, ya que la mayoría de los pacientes, por estar en una edad adulta, se preocupaban más por su apariencia estética, la mayoría de esas resinas fueron en el sector anterosuperior. Tratamientos como las extracciones disminuyeron en este grupo en comparación con el de los niños, las amalgamas en muchos de los casos fueron por sugerencia del odontólogo practicante, ya que en varios casos, los pacientes llegaban a la clínica a practicarse una exodoncia. Los sellantes en niños pre escolares nos reflejan la poca cantidad de piezas libres de caries en este sector de la población, sin embargo, tratamientos como las pulpotomías y las coronas de acero, sí se pudieron llevar a cabo por la corta edad del paciente y la cantidad de remanente dental, ya que en el grupo escolar este tratamiento era

prácticamente imposible, debido al mayor tiempo en que las piezas estaban expuestas a factores cariogénicos.

Se efectuaron más de 40 tratamientos mensuales en un promedio de más de 10 pacientes por mes. Esta proporción está distribuida entre pacientes pre escolares, adolescentes, embarazadas y adultos mayores, siendo estos últimos el grupo que más tratamientos precisó.

Gráfica 18

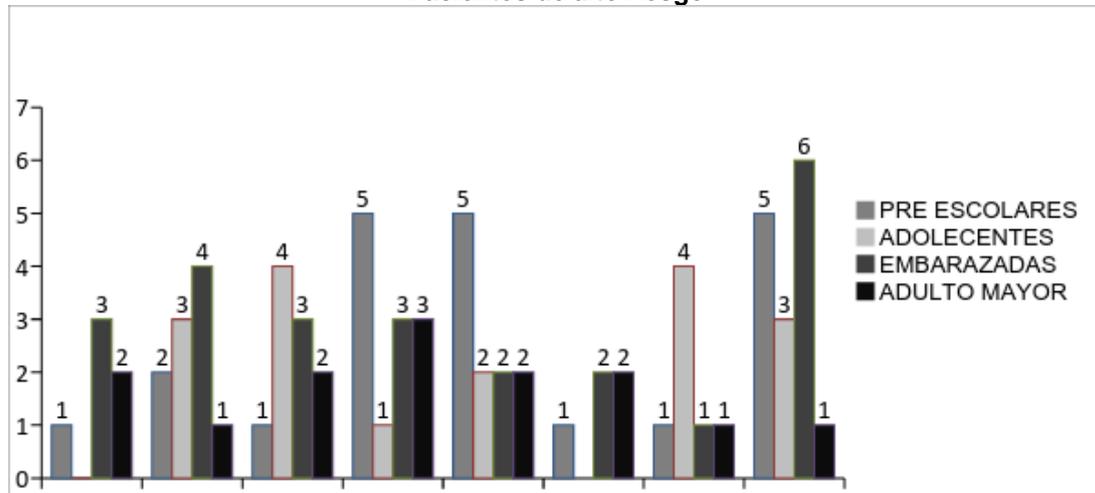


Cuadro 18
Distribución mensual de pacientes tratados
Pacientes de alto riesgo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez y La Gomera, Escuintla, 2014

MES	PRE ESCOLARES	ADOLECENTES	EMBARAZADAS	ADULTO MAYOR
FEBRERO	1	0	3	2
MARZO	2	3	4	1
ABRIL	1	4	3	2
MAYO	5	1	3	3
JUNIO	5	2	2	2
JULIO	1		2	2
AGOSTO	1	4	1	1
SEPTIEMBRE	5	3	6	1
TOTAL	21	17	24	14

Fuente: Informes mensuales EPS

Gráfica 19
Distribución mensual de pacientes tratados
Pacientes de alto riesgo



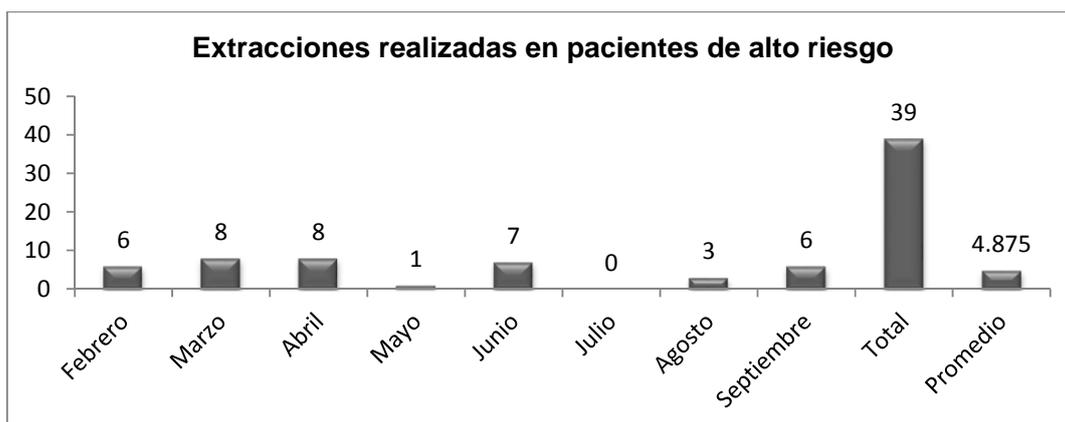
Fuente: Informes mensuales EPS

Durante el año fueron atendidos 86 pacientes, los meses de mayor afluencia fueron mayo y junio, esto se puede deber a que en los meses previos a la feria patronal del municipio, la población deseaba mejorar su salud bucal, ya sea por estética o para evitar dolencias, antes o durante la fiesta. Por otro lado, estos meses son un preámbulo a la llegada del invierno, por lo que muchos de ellos buscaron tratamientos antes de que el acceso al servicio se complicara. Como se observa el grupo que más solicitó tratamiento fue el adulto mayor y el de menor proporción, el de los adolescentes, mientras que las mujeres embarazadas mantuvieron un promedio de 3 por mes durante el programa.

Cuadro 19
Extracciones realizadas mensualmente.
Pacientes de alto riesgo.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Extracciones
Febrero	6
Marzo	8
Abril	8
Mayo	1
Junio	7
Julio	0
Agosto	3
Septiembre	6
Total	39
Promedio	4.875

Gráfica 20



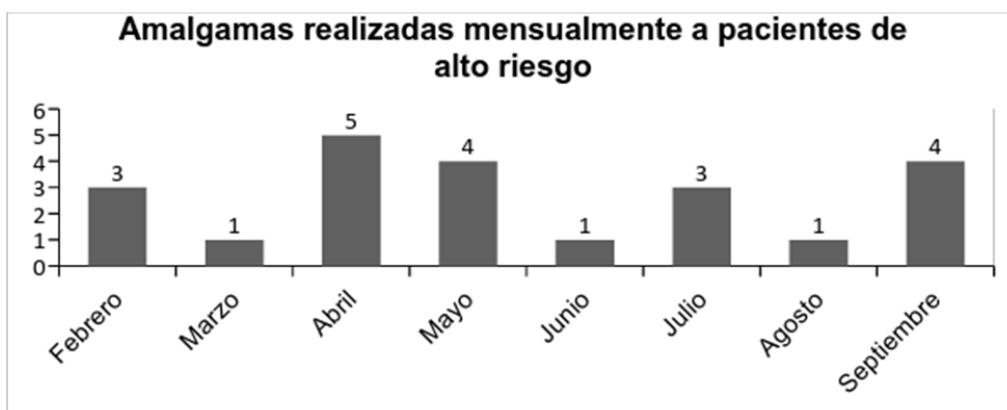
Fuente: Informes mensuales EPS

Las extracciones (cuadro 19 y gráfica 20), se realizaron en pacientes de alto riesgo en muy baja proporción, esto a pesar de que muchos de los pacientes no tienen acceso a tratamiento odontológico de bajo costo, se mantuvo un promedio de casi 5 extracciones por mes, que para la realidad de estas comunidades, es bajo. No obstante, este tratamiento se evitó en muchos otros casos con tratamientos de conductos radiculares, restaurados con amalgamas y resinas.

Cuadro 20
Amalgamas realizadas mensualmente
Pacientes de alto riesgo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Amalgamas
Febrero	3
Marzo	1
Abril	5
Mayo	4
Junio	1
Julio	3
Agosto	1
Septiembre	4
Total	22
Promedio	2.75

Gráfica 21



Fuente: Informes mensuales EPS

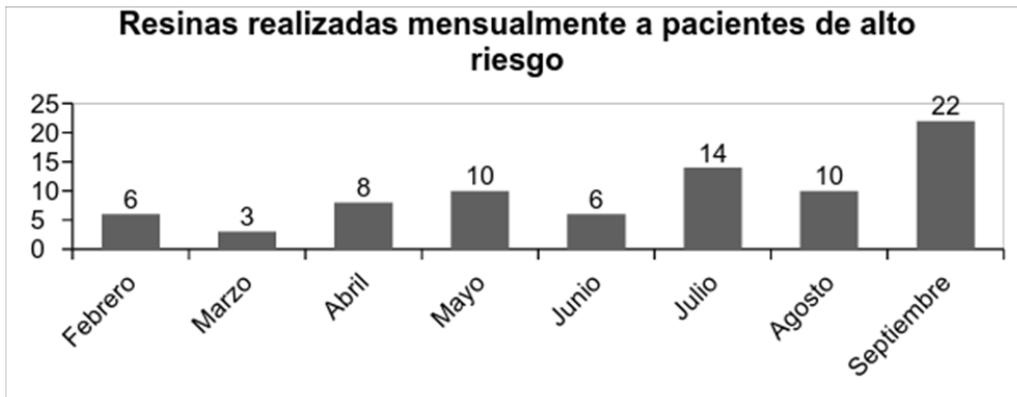
De acuerdo al cuadro 20 y gráfica 21 el promedio de piezas restauradas fue de 2 por mes, a pesar del esfuerzo que se realizó en incentivar al paciente para mantener una salud bucal óptima, no obstante si se analiza los resultados y se relaciona con la percepción del grupo comunitario que tienen como único recurso la exodoncia, se concluye que debido a que los pacientes poseen pocas piezas posteriores que restaurar, estas amalgamas son resultado de un convencimiento por parte del odontólogo practicante de no practicar exodoncia.

Cuadro 21

**Resinas realizadas mensualmente
Pacientes de alto riesgo.
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014**

Mes	Resinas
Febrero	6
Marzo	3
Abril	8
Mayo	10
Junio	6
Julio	14
Agosto	10
Septiembre	22
Total	79
Promedio	9.875

Gráfica 22



Fuente: Informes mensuales EPS

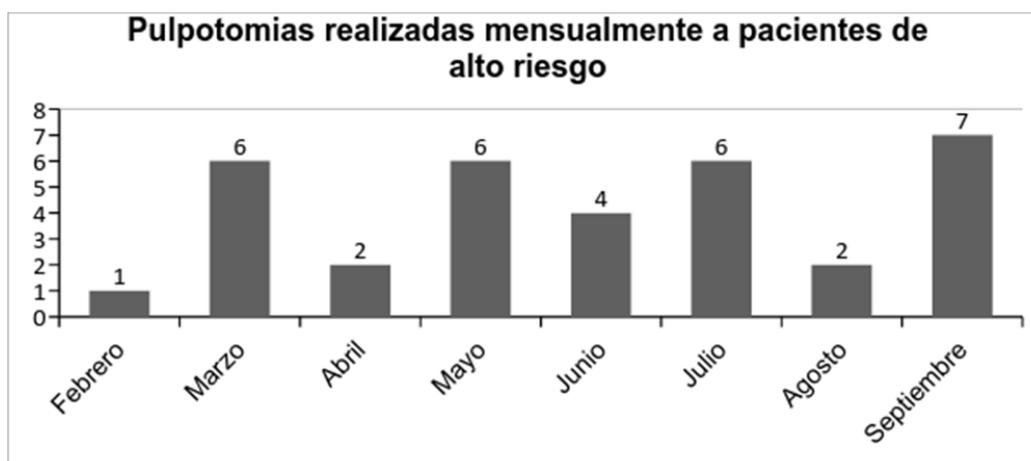
Debido a que muchos de los pacientes eran adultos, la cantidad de resinas que se hicieron en promedio triplicaron a las amalgamas, esto como se ve en el cuadro 21 y gráfica 22, se debe a la necesidad estética del paciente, de este modo se evita el deterioro o la pérdida de las piezas anteriores, muy importantes en la estética y fonación del paciente. En el mes de septiembre, en La Gomera, se realizaron la mayor cantidad de restauraciones con este material, la gran mayoría en pacientes adolescentes.

Cuadro 22

**Pulpotomías realizadas mensualmente
Pacientes de alto riesgo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014**

Mes	Pulpotomías
Febrero	1
Marzo	6
Abril	2
Mayo	6
Junio	4
Julio	6
Agosto	2
Septiembre	7
Total	34
Promedio	4.25

Gráfica 23



Fuente: Informes mensuales EPS

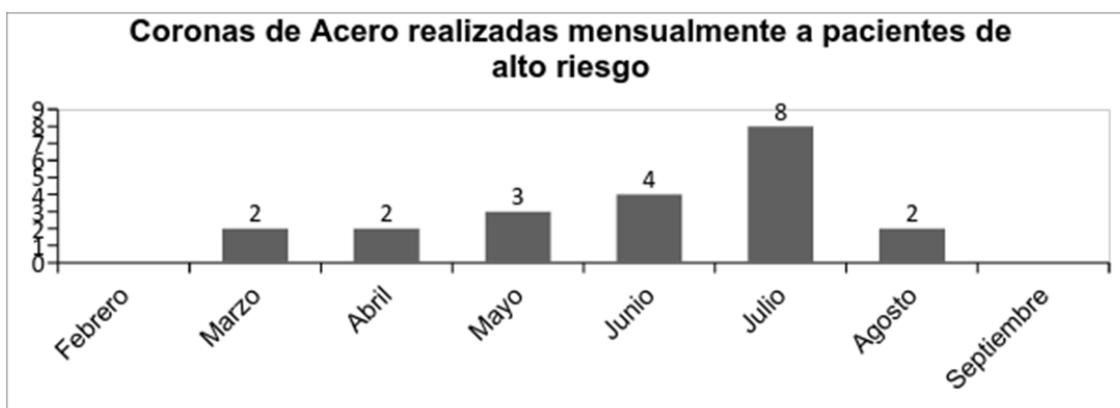
En la aldea Concepción Ixtacapa, el encontrar pacientes pre escolares que sus padres tuvieran el deseo de conservar una pieza primaria después de que el niño presentara dolor, era una tarea casi imposible, pero como se ve en el cuadro 22 y que se representa en la gráfica 23, la población fue comprendiendo la necesidad de conservar estas piezas, principalmente como mantenedores de espacio, tal como se observa en la gráfica, los meses en los que hubo repuntes, fueron en los que se coincidió con juntas de padres de familia.

Cuadro 23

**Coronas de acero realizadas mensualmente
Pacientes de alto riesgo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014**

Mes	Coronas de Acero
Febrero	0
Marzo	2
Abril	2
Mayo	3
Junio	4
Julio	8
Agosto	2
Septiembre	0
Total	21
Promedio	2.625

Gráfica 24



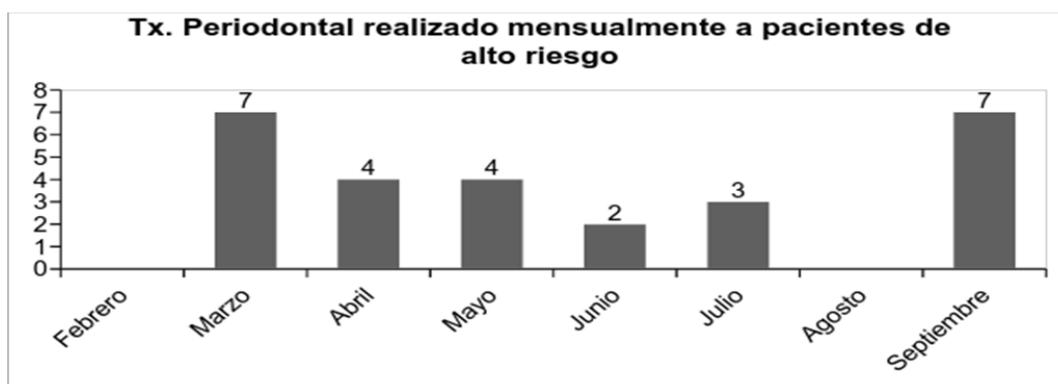
Fuente: Informes mensuales EPS

A pesar de que las coronas de acero se consideraban un tratamiento de lujo para la mayoría de la población de Concepción Ixtacapa, con el tiempo se fue enfatizando la importancia de conservar las piezas primarias hasta su exfoliación cronológica normal, tal como se observa en la gráfica 24. Se puede observar que conforme avanzaron los meses aumentó la cantidad de coronas y esto se debió a que los padres ya conocían de la importancia de mantener las piezas en posición. En el mes de septiembre no se realizó ninguna en La Gomera, Escuintla.

Cuadro 24
Tratamientos periodontales realizados mensualmente
Pacientes de alto riesgo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014

Mes	Tx. Periodontal
Febrero	0
Marzo	7
Abril	4
Mayo	4
Junio	2
Julio	3
Agosto	0
Septiembre	7
Total	27
Promedio	3.375

Gráfica 25



Fuente: Informes mensuales EPS

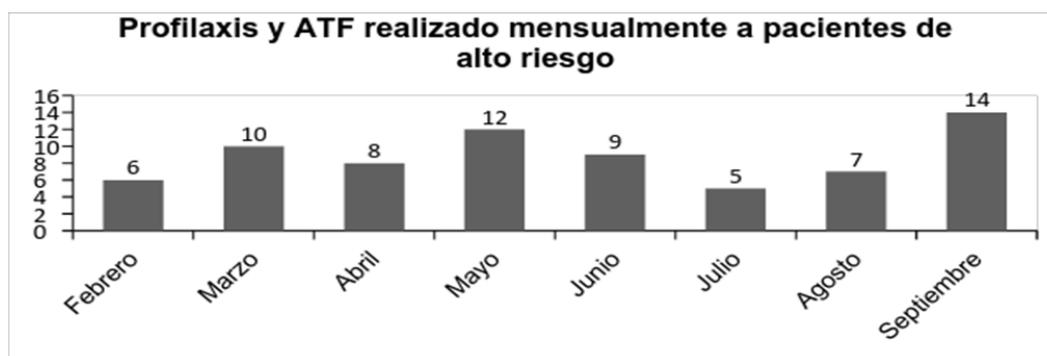
Los tratamientos periodontales variaron en cantidad durante los meses que el programa EPS duró en cada una de las comunidades. En Concepción Ixtacapa, se obtuvo un promedio de 3 tratamientos por mes, marzo fue el mes en el cual se realizaron más detartrajes. En septiembre, en La Gomera, se efectuaron más tratamientos periodontales que el promedio mensual de la otra comunidad, y esto se debe a que la comunidad está concientizada de los problemas periodontales que podrían padecer.

Cuadro 25

**Profilaxis y A.T.F. realizados mensualmente
Pacientes de alto riesgo
Concepción Ixtacapa, San Antonio Suchitepéquez
y La Gomera, Escuintla, 2014**

Mes	Profilaxis y ATF
Febrero	6
Marzo	10
Abril	8
Mayo	12
Junio	9
Julio	5
Agosto	7
Septiembre	14
Total	71
Promedio	8.875

Gráfica 26



Fuente: Informes mensuales EPS

Las profilaxis y la aplicación tópica de flúor, a diferencia de los niños escolares no coinciden con la cantidad de personas tratadas, muchos de estos pacientes recibían profilaxis y aplicación tópica de flúor, inmediatamente después de terminado el detartraje, al terminar una resina o en la cita en la que se presentaban para pulir amalgamas, en otros casos aunque en menor proporción, lo recibían niños que llegaban a su cita para recibir una corona de acero. Como se puede observar en el cuadro 25 y gráfica 26 se superó los 70 tratamientos. Marzo, mayo (Concepción Ixtacapa) y septiembre (La Gomera) fueron los meses que más se realizó este tratamiento.

Conclusiones

1. En la aldea Concepción Ixtacapa, las enfermedades bucales comunes como la caries y la gingivitis son más comunes, en comparación con comunidades que ya poseen programas establecidos desde hace algún tiempo, como es el caso de La Gomera.
2. Las necesidades de la población en salud bucal, son inmensas, por lo que se recomienda que el programa que comenzó en la aldea Concepción Ixtacapa, San Antonio, Suchitepéquez, se instaure de manera permanente.
3. Los sellantes de fosas y fisuras en poblaciones como Concepción Ixtacapa, que nunca habían recibido un programa EPS, son prácticamente inexistentes, esto se debe a un desconocimiento total de la salud bucal preventiva.
4. Las pulpotomías que se realizaron fueron escasas, esto se debe a que en el caso de Concepción Ixtacapa, las piezas primarias que no necesitaban restauraciones de amalgama o resina estaban destruidas en su totalidad, y en La Gomera, las caries no eran tan extensas ya que se tiene un programa de EPS desde hace algunos años.
5. La cantidad de piezas extraídas es muy alta debido a la poca información acerca de una salud oral preventiva.
6. Las mujeres embarazadas que recibieron atención odontológica en Concepción Ixtacapa, desconocían que se podía recibir durante la gestación.

Recomendaciones

1. Motivar a la comunidad, para que el tratamiento odontológico sea de manera preventiva.
2. Enseñar a los padres de familia la importancia de preservar las piezas primarias hasta su exfoliación.
3. Promover el tratamiento en pacientes embarazadas, y enseñar sus riesgos, para evitar dolencias durante el último trimestre.
4. Instruir a la población de manera constante a través de promotores de salud bucal, para prevenir enfermedades orales más comunes.
5. Evitar que la población siga utilizando la exodoncia como único tratamiento, por medio del promotor en salud oral, incentivando la visita a un odontólogo.
6. Promover la visita de la población en general, a la clínica EPS y que el beneficio se extienda a mayor cantidad de personas.
7. Involucrar a todas las autoridades comunitarias para una mayor cobertura del programa.

V. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO

CAPACITACIÓN DE PERSONAL AUXILIAR

Introducción

El trabajo de la asistente dental es de suma importancia en todo el ámbito de la clínica, de ella depende en gran parte la facilidad y rapidez para atender al paciente, también para que el odontólogo obtenga una buena ayuda y realizar su trabajo mucho más fácil y que este no sea extenuante. La asistente dental es también la que recibe al paciente y a la vez lo despide, por lo cual es de suma importancia poner énfasis en las relaciones interpersonales (9,11).

Se le dio énfasis al manejo de desechos (agujas, anestesia, amalgama) para que aprendiera una correcta manipulación de ellos para el resguardo de su salud y de todos los que trabajan en la clínica dental, así como, los pacientes que la visitan (12, 14). Es de hacer notar que una labor importante de la asistente es el cuidado de todo material e instrumento de la clínica, ya que ella es la encargada de darle mantenimiento regular, como por ejemplo, algo tan sencillo y de suma importancia, es el lubricar las piezas de mano después de cada jornada y esterilización de instrumentos.

Durante el año se realizaron actividades para capacitar a la auxiliar de la clínica dental, la mayoría de estas de forma práctica y verbal debido a que mucho del trabajo que efectúa la asistente, es práctico por lo que en muy pocas ocasiones se le hicieron exámenes escritos.

Durante el año, se efectuaron varios cambios de asistente dental en los dos lugares de EPS, tres asistentes diferentes en Concepción Ixtacapa, y dos en La Gomera, por lo que no fue nada fácil mantener una planificación para una actividad que fue diseñada para ocho meses.

CAPACITACIÓN DE PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGIA
CALENDARIZACIÓN

FEBRERO:

Semana 1	Instrumental	10 al 14 de febrero
Semana 2	Higiene de la clínica	17 al 21 de febrero
Semana 3	Esterilización	24 al 28 de febrero
Semana 4	Manipulación de cementos- y amalgama.	3 al 7 de marzo

MARZO:

Semana 1	Manipulación de amalgama	12 al 14 de marzo
Semana 2	Manipulación de cementos	17 al 21 de marzo
Semana 3	Desinfección de superficies	25 al 28 de marzo
Semana 4	Mantenimiento del equipo	31 de marzo al 4 de abril

ABRIL:

Semana 1	Odontología a cuatro manos	9 al 11 de abril
Semana 2	Semana Santa	14 al 18 de abril
Semana 3	Manejo de desechos	21 al 25 de abril
Semana 4	Limpieza y desinfección de clínica	28 de abril al 3 de mayo

MAYO:

Semana 1	Instrumental para amalgama	7 al 9 de mayo
Semana 2	Instrumental para resina	12 al 16 de mayo
Semana 3	Identificación de enfermedades Orales comunes	19 al 23 de mayo
Semana 4	Aspectos administrativos	26 al 30 de mayo

JUNIO:

Semana 1	Barreras de protección	4 al 6 de junio
Semana 2	Odontología a cuatro manos	9 al 13 de junio
Semana 3	Manejo de desechos	16 al 20 de junio

Semana 4 Manipulación de cementos 23 al 27 de junio

JULIO:

Semana 1 Desecho de material contaminado 7 al 11 de julio

Semana 2 Odontología a cuatro manos 14 al 18 de julio

Semana 3 Barreras de protección 21 al 25 de julio

Semana 4 Administración de consultorio 28 al 31 de julio

AGOSTO:

Semana 1 Funciones del personal auxiliar 6 al 8 de agosto

Semana 2 Funcionamiento y mantenimiento
de equipo dental 11 al 15 de agosto

Semana 3 Instrumental y su orden para exodoncia 18 al 22 de agosto

SEPTIEMBRE:

Semana 1 Administración de consultorio 16 al 19 de septiembre

Semana 2 Instrumental odontológico 22 al 26 de septiembre

Semana 3 Odontología a cuatro manos 29 de Sept. 3 de Oct.

Semana 4 Barreras de protección 6 al 10 de octubre

Semana 5 Limpieza y desinfección de la clínica 13 al 17 de octubre

Descripción y análisis de la ejecución del proyecto

Cuando comenzó el EPS en Concepción Ixtacapa no había una auxiliar asignada al programa, por lo que se le solicitó a la coordinadora local que se asignara una persona que tuviera el deseo de realizar el trabajo, que fuera conocida de ella y que formara parte de la comunidad. Esto con el fin de tener un enlace entre el EPS (odontólogo practicante), la coordinadora del programa, especialmente, con los miembros de la comunidad, por lo que se solicitó que tuviera buenas referencias personales.

Luego de que fue asignada la persona en la primera semana se le dio una inducción de cuál es el nombre de cada uno de los instrumentos, desde lo básico (pinza, espejo y explorador) hasta los más complejos, de acuerdo a su nombre, como se deberían de manejar los instrumentos de acuerdo a la técnica de odontología a cuatro manos y que instrumentos, colocar en la bandeja de acuerdo al tratamiento que el paciente requiera. También se enseñó cómo debe lavarse cada uno de ellos y como esterilizarlos para evitar que se contaminara la misma asistente. Su evaluación fue escrita.

Se le capacitó de la forma correcta en que se debe mantener la higiene de la clínica dental, desde los pisos, hasta el sillón dental, antes y después de cada paciente (10). Esto incluye la utilización de barreras protectoras, en el sillón dental, como en la lámpara fría, así como, el uso de un antibacterial sobre todas las superficies de la clínica (11), en este caso el que se usó fue cloro. Se hizo énfasis en la correcta utilización de los recipientes de desechos para mantener agujas y los cartuchos de anestesia descartados en un lugar seguro. Su evaluación fue oral y práctica.

Se llevaron a cabo varias prácticas, de cómo es la forma correcta de esterilizar, primero efectuando un correcto lavado de instrumentos, para luego esterilizar de forma química (glutaraldehído) o de forma térmica (autoclave). Para la esterilización en químico, se le pidió a la asistente que sumergiera durante 20 minutos los instrumentos como mínimo. Para el uso de autoclave se le dio

instrucciones de cómo se deben aislar los instrumentos con hojas de papel bond, para luego envolverlos con bolsas de esterilización, el uso correcto del autoclave y la duración de cada ciclo, y por último, el secado de cada una de las bolsa.

Se le enseñó cuál es la forma correcta de manipular cementos, respetando las dosis correctas que manda el fabricante, también el correcto espatulado, esto para que el cemento tenga una buena consistencia así como un buen tiempo de trabajo, posteriormente, se le pidió que desechara los excesos. También se le dio instrucciones de cómo usar el amalgamador, además, la correcta manipulación de la amalgama y su posterior deshecho de sobrantes en un recipiente de vidrio, y se le recalcó en que nunca debe manipularlo con las manos y evitar aspirar sus vapores (13).

Se enfatizó lo que se enseñó en el anterior mes, esto debido a la poca información en el área odontológica que la asistente tenía cuando comenzó a trabajar en la clínica dental. Se cometieron repetidamente los errores, por lo que se decidió reforzar la capacitación en las últimas tres áreas.

La manipulación de amalgama se repitió, debido a que la asistente insistía en tirar los restos de amalgama en el bote de la basura, por lo que se le explicó el riesgo de inhalar los vapores para los miembros de la clínica dental. La manipulación de cementos se le volvió a recalcar, esto debido a que en muchas oportunidades se mezcló por parte de ella el ionómero de vidrio sobre losetas de vidrio, haciendo pobre la adhesión del cemento a las superficies. También se hizo énfasis, en las medidas correctas de los cementos así como el nombre y el uso que cada uno tiene en la clínica.

Para la tercera semana del mes de marzo se volvió a recordar la desinfección de superficies de trabajo, ya que se cometía el error de dejar el piso de la clínica sucio por las tardes de un día a otro, así como, la incorrecta desinfección de la lámpara de la silla dental y sus agarradores y la escupidera con fluidos de un paciente a otro. Se le instruyó nuevamente acerca del uso de cloro como método desinfectante para así evitar la propagación de bacterias, se

enseñó la manera correcta de lavar los filtros, tanto de la bomba de agua como de la escupidera, también, el cambio periódico de la bolsa del bote de la basura.

Aprendió el cómo mantener en buen estado el equipo, como limpiar los filtros de la clínica, drenar el tanque del compresor, cómo lubricar las piezas de mano, y todo lo que en mantenimiento de equipo debe saber la asistente, ya que si están en buen estado, se le dará uso de forma eficiente durante mucho tiempo.

Durante el mes de abril, se comenzó con el tema de odontología a cuatro manos, se le enseñó el área asignada de acuerdo a las agujas del reloj, que le corresponde usar sin invadir otras áreas asignadas para otra función, se instruyó la correcta forma de entregar cada uno de los instrumentos, desde romos hasta punzantes, para que va a servir cada una de las manos en esta función y como facilitar el trabajo odontológico sabiendo de antemano que instrumental usar en cada caso que se le pida.

La asistente no continuó en sus labores y se vio en la necesidad de renunciar por tener un embarazo de riesgo. Por lo que se capacitó, nuevamente, desde el inicio a una nueva asistente, es decir, con el primer tema el manejo de desechos, esta situación se volvió a repetir en el mes de agosto, y luego del traslado a la Gomera Escuintla, el 1 de septiembre, la asistente asignada al EPS, fue suspendida de sus labores el día 3 de septiembre, para ser intervenida de cálculos renales, por lo que fue asignada una nueva asistente hasta el día 17 de septiembre, con la que se comenzó prácticamente de cero, es por eso que los temas se repiten durante el año.

A pesar de contar con un promedio de dos meses por cada asistente se logró con cada una de ellas una buena relación en la clínica dental, y la mayoría de ellas estaban prestas a aprender, cada una de las áreas que están involucradas en sus deberes como asistente dental, se logró que el paciente se sintiera cómodo, en un ambiente limpio y desinfectado, cada una de las asistentes aprendió a llevar una agenda de citas, cómo llenar una ficha clínica,

algunas abreviaturas y términos médicos, como proteger su salud y la de los demás en la clínica dental y el mantener una buena relación desde que entra hasta que se retira el paciente.

Además, la asistente fue capacitada para identificar las enfermedades más comunes en odontología, como lo es la caries y la gingivitis.

Conclusiones

1. El trabajo del odontólogo se realiza mucho más práctico y rápido con la ayuda de la asistente.
2. Al tener más capacidad en las distintas áreas de la odontología, la asistente es la que puede maximizar la productividad de la clínica dental.
3. La asistente dental es la encargada de que el paciente se sienta cómodo y de transmitirle seguridad desde el momento de su recepción hasta que se retira de la clínica.
4. El que en la clínica no se transmitan infecciones es responsabilidad de la asistente al mantener un ambiente limpio y libre de bacterias.
5. El mantener los instrumentos y aparatos en buenas condiciones es de suma importancia, por lo que se debe recalcar a la asistente el correcto mantenimiento de las instalaciones e instrumental.
6. La fecha de caducidad de cada medicamento usado en la clínica dental es responsabilidad del odontólogo, no obstante, la asistente debe estar al tanto de las fechas, para que cuando llegue su caducidad, sean desechados.
7. La higiene de la asistente es muy importante, ya que eso transmite seguridad, limpieza y orden al paciente.
8. Contar con una auxiliar con conocimientos en administración de consultorio es de suma importancia, ya que eso mantendrá un archivo y documentación en orden.
9. El perfil que debe poseer la asistente, es de una persona, amable, atenta y con vocación de servicio.

Recomendaciones

1. Que la asistente dental sea contratada, por lo menos, el tiempo que dure el EPS, ya que los cambios no permiten desarrollar al máximo la capacidad de la clínica dental.
2. Selección de común acuerdo con la coordinadora del lugar, una asistente dental, que llene las características adecuadas para el trabajo.
3. Solicitar que cuando la asistente permanezca en el puesto esperando al próximo EPS, que se le apoye con material audiovisual, para enriquecer su trabajo.
4. Instruir a la asistente dental para que sirva de promotora de salud bucal, en caso no fuera asignado ningún odontólogo practicante al lugar, que ella se encargue de aplicar los enjuagatorios con fluoruro de sodio e impartir pláticas de salud bucal y mantener el fomento de la salud oral en la comunidad.
5. Promover el proyecto de capacitación de auxiliar de la clínica dental, para que sea de beneficio tanto para el futuro laboral de la asistente como para la comunidad, ya que cuentan con una persona calificada para promover la salud oral.
6. Solicitar que el próximo EPS cuente con una asistente capacitada y que su trabajo sea facilitado por una persona con experiencia.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

Al inicio de la jornada

- Conectar la corriente, ventilación e iluminación de la clínica,
- Conectar el equipo de trabajo dental y comprobar que funcione de forma satisfactoria.
- Comprobar que funcionen todos los aparatos de laboratorio y de radiografías.
- Comprobar que todos los materiales necesarios para la jornada estén preparados.
- Controlar que la limpieza general de la clínica haya sido realizada correctamente.
- Desinfectar las superficies de trabajo.
- Preparar el vestuario para los profesionales.
- Preparar la clínica para el primer paciente: colocar el instrumental necesario para el tratamiento, así como, mascarilla, guantes desechables y gafas de protección para el profesional y el auxiliar.

Durante la recepción del paciente

Antes de que el paciente entre en la clínica dental, el auxiliar debe:

- Preparar la clínica de tal forma que el paciente no perciba signos de una visita previa.
- Identificar el nombre y los apellidos del paciente.
- Proporcionar al odontólogo el historial del paciente junto con los documentos adicionales, como por ejemplo: las radiografía, y si procede los modelos de estudio.
- Recordar al odontólogo cualquier particularidad del paciente que pueda incidir en el tratamiento, como por ejemplo: ansiedad, historia clínica

especial, alergia a medicamentos, entre otros. Preparar el sillón dental de tal forma que el paciente pueda acceder a él sin dificultad.

- Recibir al paciente por su nombre de forma natural y presentarlo al odontólogo.
- Aligerar al paciente de prendas de abrigo o bolsas y colocarlas en el colgador.
- Acomodar al paciente en el sillón dental, colocarle el protector desechable y proporcionarle una servilleta.
- Colocar el vaso desechable en el lugar correspondiente.

Durante el tratamiento

Para facilitar el tratamiento asistencial que aplica el facultativo, el auxiliar dental debe:

- Proporcionar al odontólogo un campo operativo despejado y seco, atender, en su momento, la iluminación del campo, la aspiración y la retracción de las mejillas, labios o lengua del paciente.
- Pasar el instrumental y materiales correspondientes al odontólogo de forma correcta.
- Observar detenidamente al paciente para prevenir cualquier complicación.
- Asegurarse de que no quede ningún rastro de tratamiento en la ropa o la cara del paciente.

Después del tratamiento

- Concertar una nueva visita. Si es necesario, dar por escrito al paciente las instrucciones postoperatorias oportunas.
- Acompañar al paciente hasta la recepción.
- Registrar el tratamiento y guardar la historia clínica del paciente.
- Si es necesario, empaquetar y documentar con cuidado el trabajo para el laboratorio dental.

- Preparar la clínica para el próximo paciente, limpiar, desinfectar y preparar el instrumental para su esterilización; tirar el material desechable y desinfectar la salivadera y las superficies de trabajo.
- Preparar el instrumental y la historia clínica del próximo paciente.

Al finalizar la jornada

- Limpiar, desinfectar y esterilizar el instrumental utilizado con el último paciente.
- Limpiar, lubricar y esterilizar el instrumental rotatorio.
- Realizar el mantenimiento diario del equipo.
- Colocar el instrumental y los materiales en su lugar correspondiente.
- Comprobar que el trabajo para el laboratorio vaya acompañado de la documentación correspondiente y prepararlo para su envío al técnico.
- Registrar el tratamiento del último paciente.
- Archivar todas las historias clínicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Harris, N.O. y García Godoy, F. (2005). **Odontología preventiva primaria**. Trad. María Garduño Ávila. 2 ed. México. El Manual Moderno. 155 p
2. Katz, S.; Macdonald, J. y Stookey, G. (1983). **Odontología preventiva en acción**. Trad. Roberto J. Porter. 3 ed. México: Médica Panamericana. pp. 37-326.
3. Villagrán Colon, E. y Calderón Márquez, M. (2010). **Instructivo para presentación de informe final del programa del ejercicio profesional supervisado**. Guatemala: Área de Odontología Socio Preventiva, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. 12 p.
4. Popol Oliva, A. (2004). **Epidemiología de la caries dental en Guatemala**. Guatemala: Departamento de Diagnóstico, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. pp. 1-6.
5. _____ (2004) **Introducción a la cariología**. Guatemala: Departamento de Diagnóstico, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. p. 2.
6. Wikipedia la enciclopedia libre. (2014). **Monografía de San Antonio Suchitepéquez**. (en línea) Consultado el 19 de feb. 2014. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/San_Antonio_Suchitep%C3%A9quez.
7. Ministerio de Educación (MINEDUC). (2014). **Lista de establecimientos educativos del municipio de San Antonio Suchitepéquez. Dirección Departamental de Suchitepéquez**. (en línea). Consultado el 19 de feb. 2014. Disponible en: <http://www.mineduc.gob.gt/portal/index.asp>
8. Higashida, B. (2000). **Odontología preventiva**. México: McGraw- Hill Interamericana. pp.184-274.
9. Genovis, H. M. (2003). **Productividad: importancia del personal auxiliar en el consultorio odontológico**. (en línea). Argentina. Consultado el 20 de En. 2014. Disponible en: <http://www.odontomarketing.com/miscelánea/misce24.htm>



Va. Bo.

Ardis Medina

09-04-2015.

10. López Rojas, D. A. (2003). **Evaluación del programa de capacitación del 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, Facultad de Odontología. 121 p.
11. Otero, J. (2003). **Administración en odontología: el personal asistente.** (en línea). Lima. Consultado el 20 de En. 2004. Disponible en: http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/art_02_mayo_2003.htm
12. Roussos, E. A. (2003). **La asistente dental.** (en línea). Argentina: Escuela de odontología legal y auditoria. Consultado el 20 de En. 2004. Disponible en: http://www.webodontologica.com/ais_info.asp
13. Smith, B. G. N.; Wright, P. S. y Brown, D. (1996). **Utilización clínica de los materiales dentales.** Trad. Natalia Azanza Santa Victoria. Barcelona: Masson. pp. 55-213.
14. Terraza Calderón, V. E. (1985). **Transferencia de conocimientos y funciones a la práctica cotidiana del grupo de asistentes dentales capacitadas en la Facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante el año 1984.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 112 p.



vs. 30.

Heidi Medina

09-04-2015

VI. ANEXOS



PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL VERSIÓN EN ESPAÑOL

BOLETA No.

* Las siguientes preguntas se refieren a situaciones relacionadas con su boca, dientes, placas, puentes o rellenos.

Limitación Funcional *

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular- mente	Muchas Veces	Siempre
		0	1	2	3	4
1	¿Tiene dificultad al masticar?					
2	¿Tiene problemas al pronunciar alguna palabra?					
3	¿Considera que algún diente no se ve bien?					
4	¿Siente que su apariencia física está afectada?					
5	¿Considera que tiene mal aliento?					
6	¿Tiene dificultad para sentir sabores?					
7	¿Siente que se acumula alimento en sus dientes o placas?					
8	¿Considera que su digestión está afectada por sus dientes o placas?					
9	¿Siente que sus placas no se ajustan bien?					

Dolor Físico *

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular- mente	Muchas Veces	Siempre
		0	1	2	3	4
10	¿Ha tenido o tiene dolor en su boca?					
11	¿Ha tenido dolor en sus mandíbulas?					
12	¿Los problemas con sus dientes le han causado dolor de cabeza?					
13	¿Siente que se le destiplan los dientes?					
14	¿Ha tenido dolor de dientes?					
15	¿Ha tenido dolor de encías?					
16	¿Se siente incómodo para comer con sus dientes o placas?					
17	¿Ha sentido o se siente incómodo con sus placas?					

Incomodidad *

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular- mente	Muchas Veces	Siempre
		0	1	2	3	4
18	¿Le preocupan sus problemas dentales?					
19	¿Esta consciente del estado de sus dientes, boca o prótesis?					
20	¿Se siente desdichado por sus problemas dentales?					
21	¿Se siente incómodo por la apariencia de sus dientes, boca, o prótesis?					

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular mente	Muchas Veces	Siempre
22	¿Se ha sentido tenso/a por problemas con sus dientes, boca o prótesis?					
23	¿Se despierta?					
24	¿Se siente molesto?					
25	¿Le es difícil relajarse?					
26	¿Se deprime?					
27	¿Pierde la concentración?					
28	¿Le da vergüenza?					

Incapacidad física *

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular mente	Muchas Veces	Siempre
		0	1	2	3	4
29	¿Es poco clara su forma de hablar?					
30	¿Siente que otros no entienden su pronunciación?					
31	¿Ha sentido menos sabor en los alimentos?					
32	¿Tiene dificultad para cepillarse?					
33	¿Tiene que evitar comer algunos alimentos?					
34	¿Se siente insatisfecho con su alimentación?					
35	¿Tiene dificultad para comer?					
36	¿Evita sonreír?					
37	¿Tiene que interrumpir comidas?					

Impacto Social *

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular mente	Muchas Veces	Siempre
		0	1	2	3	4
38	¿Evita salir?					
39	¿Ha sido menos tolerante con su pareja o familiares?					
40	¿Ha tenido problemas al relacionarse con otras personas?					
41	¿Ha estado irritable con otras personas?					
42	¿Tiene dificultades en su trabajo habitual?					

Situación Desventajosa *

		Nunca/ No aplica	Algunas Veces	Regular mente	Muchas Veces	Siempre
		0	1	2	3	4
43	¿Ha sentido que su salud en general se ve afectada?					
44	¿Encuentra que le afecta económicamente?					
45	¿Se le dificulta la compañía de otras personas?					
46	¿Se siente insatisfecho?					
47	¿Se siente incapaz de realizar sus actividades cotidianas?					
48	¿Se siente afectado en el trabajo?					

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

PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL 2014

Ficha Socioeconómica para realizar visita domiciliar

Boleta No. _____

DATOS GENERALES:

Comunidad _____

Nombre del entrevistador: _____

Nombre del/la escolar: _____

Edad: _____ años cumplidos Sexo: M=1 F=2

Escolaridad: 1°. 2°. 3°. 4°. 5°. 6°.

Nombre del Establecimiento Educativo: _____

Nombre del padre, madre o encargado: _____

Dirección del domicilio: _____

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

(Este rubro le indica la profesión u ocupación del jefe de familia, quien es la persona que sostiene económicamente el grupo familiar. Debe preguntar qué nivel académico posee el jefe 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.)

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) bachillera, maestra, 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	Trabajador con primaria completa, albañil, herrero, personal de seguridad, agricultor, mensajero, mecánico, electricista, fontanero, fotógrafo, carpintero, otros. Obrero especializado y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADOR CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajador sin primaria completa albañil, herrero, 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 culminó 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
---	------------

III. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA:

(Este rubro le permitirá conocer la fuente de ingresos que tiene 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.

IV. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

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

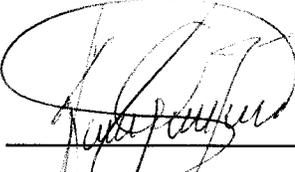
1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o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

V. PUNTUACIÓN:

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

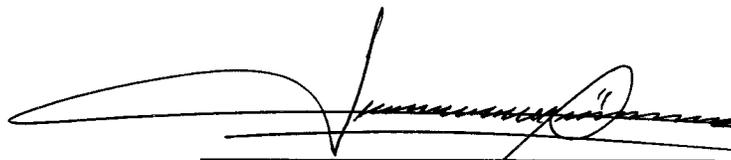
Estrato	Total de puntaje obtenido	Marque con una X
I	4-6	
II	7-9	
III	10-12	
IV	13-16	
V	17-20	

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



Kristian Antonio Quiroa Franco

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



Vo. Bo. Dr. Julio Rolando Pineda Cordón.

SECRETARIO GENERAL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA