

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO
JUNIO 2017 – MAYO 2018

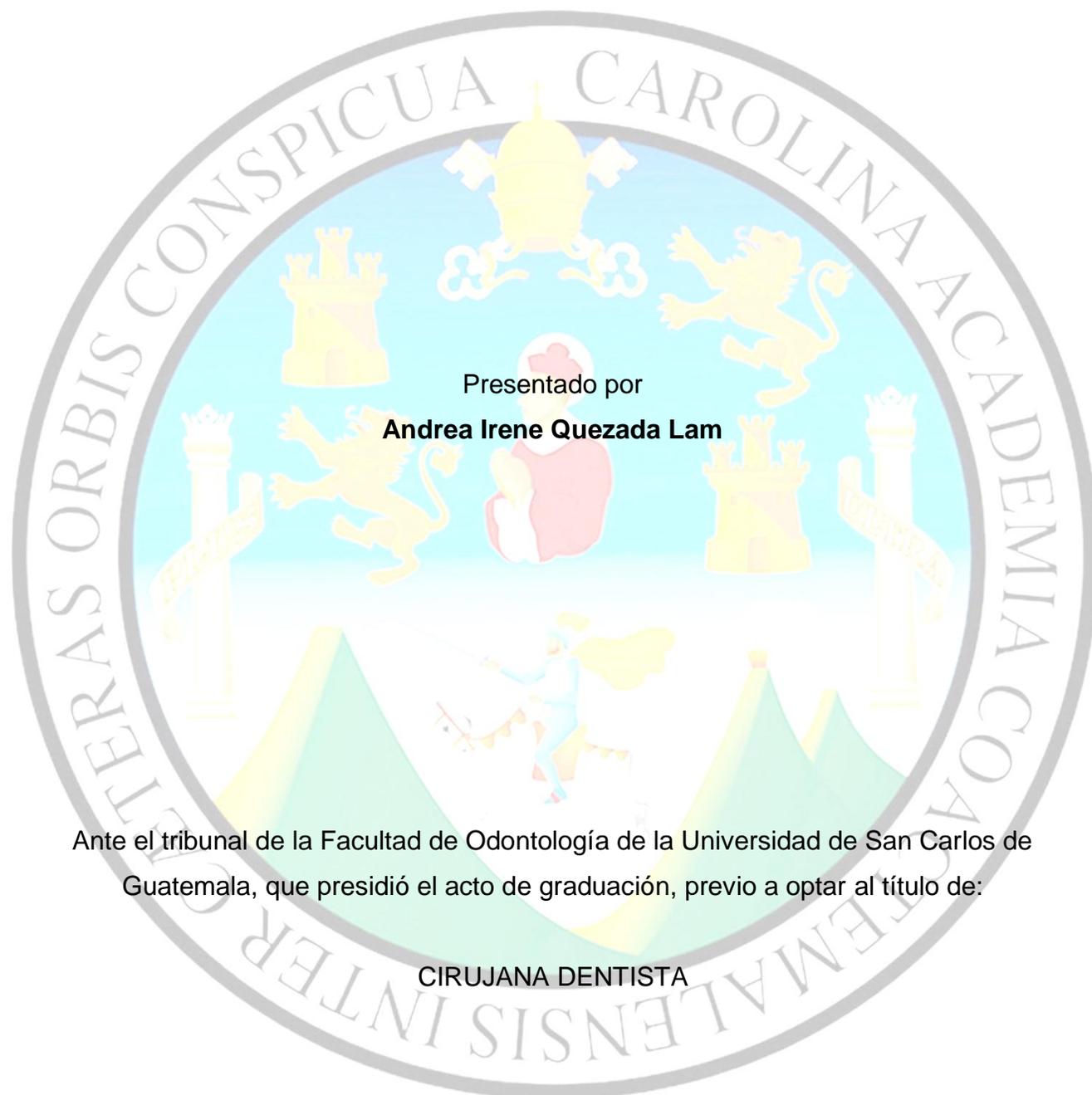
Presentado por
Andrea Irene Quezada Lam

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

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, agosto de 2018

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO
JUNIO 2017 – MAYO 2018



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

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, agosto de 2018

JUNTA DE LA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. José Rodolfo Cáceres Grajeda
Vocal Cuarto:	Br. Luis José Morazán Girón
Vocal Quinto:	Br. Rony Esmeltzer Ramos País
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordon

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. Mario Enrique Castañeda López
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordon

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Que en su amor y misericordia me ha permitido recorrer un largo camino y llegar hasta este momento, lleno de bendiciones y cuidados.

A MIS PADRES:

Ismar Iván Quezada y Lirabela Lam. Por su amor y comprensión y porque me han apoyado en todo momento a pesar a de las adversidades. Por sus consejos y guía, que han marcado mi vida para convertirme en una mujer de bien. Mami, papi, este triunfo es para ustedes.

A MIS HERMANOS:

Ivy e Ismar, que me han ayudado y apoyado a lo largo de todos estos años.

A MI FAMILIA:

Que comparte conmigo este logro y me han alentado siempre.

A MIS AMIGOS:

Que han estado en las buenas y en las malas, siempre creando sonrisas para continuar.

A MIS PROFESORES:

Cuyas buenas enseñanzas aprecio y valoraré siempre.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Por haberme acogido durante los años de mi carrera.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA:

Porque me albergó y proporciono los conocimientos para convertirme en una profesional.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración el Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en Clínicas de Hogares Santa María de Guadalupe, Santa Apolonia, Chimaltenango, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

SUMARIO	3
I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS	5
Proyecto Comunitario	5
Introducción	5
Justificación	5
Objetivos	5
Metodología	6
Cronograma.....	6
Resultados.....	8
Limitaciones o dificultades.....	8
Análisis	8
Mejoras a la Clínica Dental	10
Introducción	10
Objetivos	10
Recursos.....	10
Resultados.....	10
Limitaciones o dificultades.....	10
Análisis y evaluación del proyecto de actividad comunitaria	10
II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	11
Objetivos	11
Metas.....	11
Presentación de resultados.....	12
SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS	13
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL	15
Análisis del programa de Prevención de Enfermedades Bucales	15
Conclusiones.....	16
Recomendaciones.....	16
III. INVESTIGACIÓN ÚNICA	18
Longevidad y Causas de Fracaso de Restauraciones de Amalgama y Resina Compuesta en pacientes escolares atendidos en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado	18
Resultados.....	21
Conclusiones.....	22
Recomendaciones	22

IV. ATENCIÓN CLÍNICA DENTAL INTEGRADA.....	23
Análisis.....	25
V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	26
Conclusiones.....	28
Recomendaciones.....	28
PROCESO DE DESINFECCIÓN	29
Limpieza.....	29
Desinfección	29
Esterilización	30
HORARIO UTILIZADO PARA LA CLÍNICA DENTAL.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	¡Error! Marcador no definido.

SUMARIO

El presente trabajo de graduación detalla el informe final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que fue realizado en la comunidad de Santa Apolonia, Chimaltenango y tuvo una duración de ocho meses, de junio de 2017 a mayo de 2018.

Entre los proyectos realizados como parte de este Ejercicio Profesional Supervisado se tuvo la finalidad de ayudar a una comunidad rural del país, por medio de educación sobre higiene bucal, prevención ante caries dental, ayuda social a alguna escuela, atención integral odontológica a niños, adolescentes y adultos, aplicaciones semanales de flúor en escuelas; se realizó también una investigación única en dicha comunidad.

Se llevó a cabo un proyecto comunitario que consistió en trabajar para apoyar a la Escuela Rural Mixta Caserío Xecubal, la cual presentaba goteras en los salones debido al mal estado de las láminas del techo, y esto dificultaba la labor docente en las clases en época de lluvia.

El curso de prevención cuenta con tres subdivisiones con el fin de educar a los niños en edad escolar sobre la importancia de la higiene bucal. Estos son: aplicaciones semanales de flúor que se repartieron una vez a la semana en varias escuelas para cubrir un promedio de 1,123 niños con enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%.

El subprograma de sellantes de fosas y fisuras, tenía como finalidad la aplicación de estos en piezas libres de caries, y benefició a 119 niños para disminuir su susceptibilidad a la caries dental. El subprograma de educación en salud, con el que se trabajó para enseñar a los niños de las escuelas sobre los diferentes temas relacionados con la caries e higiene bucal. Se impartieron un promedio de 7 charlas por mes, todos los días miércoles.

Se realizó una investigación única, con el fin de conocer la situación dental actual de los pacientes para poder buscar soluciones o prevenir algunos problemas, tales como la longevidad y causa de fracaso en restauraciones realizadas en el programa por años anteriores, para tener una idea general de la cantidad de beneficiados que produce año con año en el programa. Se investigó y se evaluaron pacientes con piezas permanentes que fueron tratados por el programa en años anteriores.

Con la clínica integral, se brindaron tratamientos en niños, adolescentes y adultos, estos iban desde exámenes clínicos a tratamientos completos integrales; los cuales fueron contabilizados al finalizar cada mes. al finalizar el programa de EPS se realizaron, 136 exámenes clínicos, 104 profilaxis con aplicación de flúor, 300 sellantes de fosas y fisuras, 41 restauraciones de ionómero de vidrio, 20 tratamientos periodontales, 86 restauraciones de amalgamas, 386 restauraciones de resina, 25 pulpotomías, 7 TCR, 23 coronas de acero y 94 extracciones dentales.

Como parte del curso de administración del consultorio, se impartió una actualización a la asistente dental que trabaja en este puesto, sobre enfermedades del aparato estomatológico y su prevención, instrumental, materiales y equipo, con el fin de mejorar sus habilidades en este trabajo.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Proyecto Comunitario

Cambio de láminas en Escuela Rural Mixta Caserío Xecubal

Santa Apolonia, Chimaltenango

Introducción

El municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, es una población que desarrolla como actividades principales la agricultura, la artesanía y el comercio. Es la agricultura, la actividad que representa el mayor ingreso económico para la población.

La inversión por parte del gobierno en salud pública y en educación, no es suficiente para mantener una buena infraestructura para servicio de la comunidad. Cuando la infraestructura de una escuela es deficiente, afecta también la educación que reciben los niños.

La Escuela Rural Mixta Caserío Xecubal, presentaba las láminas del techo en mal estado, y en época de lluvia causaban goteras dentro de los salones de clases, lo que llegaba a dañar los materiales de los niños o interrumpía las clases.

Justificación

El buen estado en la infraestructura de las escuelas es parte fundamental para el buen funcionamiento de las escuelas, y para ayudar al desarrollo y educación de los niños de la comunidad.

Contar con una infraestructura en buen estado, permite que las actividades docentes diarias se lleven a cabo de forma cómoda y satisfactoria.

Objetivos

- Conseguir láminas para el techo de la escuela y cambiar las láminas picadas o dañadas sin interrumpir los días de escuela y antes del invierno para que cumplan su función.

Metodología

Para la realización del proyecto comunitario, participaron los padres de familia, los niños de la escuela y el COCODE de la escuela. Se hizo un reconocimiento de las láminas dañadas y se llegó a la conclusión que veinte láminas necesitaban ser cambiadas.

Los niños hicieron colecta de latas durante 3 meses para juntar fondos y el COCODE dio una aportación para la compra de las láminas y los materiales de reparación. El Hogar Santa María de Guadalupe permitió que la epesista realizara una jornada dental y lo recaudado fue utilizado para la compra de los materiales

La fecha de elaboración del proyecto comunitario, se designó para un sábado de abril, para que no interfiriera con las clases o con el trabajo de los padres de familia que se ofrecieron a realizar el cambio.

Cronograma

Mes	Actividad
Junio	Visita a la escuela y se determinaron las necesidades de la misma. Se habló con el director.
Julio	Se mandó la carta al Ministerio de Desarrollo Social para solicitar apoyo. Se instó a los niños a juntar latas para juntar fondos para comprar materiales. Se solicitó la ayuda del COCODE y de los padres de familia.
Agosto	El Ministerio de Desarrollo Social respondió la carta de forma negativa, porque no contaban con el material solicitado. Se realizaron cotizaciones en ferreterías, y se buscó la opción más económica.
Septiembre	El COCODE recaudó dinero con los padres de familia. Se vendieron las latas. Se realizó una jornada dental en Hogares Santa María de Guadalupe para recaudar fondos y llegar a la meta.

Febrero	Se realizó una reunión con el COCODE para coordinar la entrega del dinero recaudado y comprar las láminas. Se designaron las fechas para cambiar las láminas dañadas por las nuevas.
Marzo	El COCODE cambio las fechas señaladas.
Abril	Se compraron las láminas nuevas. Se realizó el cambio de las láminas con la ayuda de los padres de familia, durante la semana de manifestación de maestros para no interrumpir las clases con el cambio.
Mayo	Se llevó un actividad en la escuela para festejar la mejora realizada en los techos, se compartió con los niños y se les entregó un reconocimiento por la ayuda otorgada.

Resultados

En la compra de materiales necesarios se gastó Q1400.00, la diferencia de Q312.00 fue donado a la Escuela Mixta Caserío Xecubal para pagar otras mejoras necesarias en la escuela. El cambio de láminas se había programado para el sábado 21 de abril, pero debido a las lluvias el trabajo se llevó a cabo el lunes 23 de abril.

Limitaciones o dificultades

Resultó un poco complicado coordinarse con el COCODE y los padres de familia, ya que cambiaban fechas establecidas previamente.

Fue difícil reunir los fondos necesarios o encontrar patrocinadores que se interesaran por ayudar a los niños de la escuela.

El adelanto de la época de lluvia no permitió el cambio en el día señalado, y fue necesario reprogramar.

Análisis

El proyecto de Actividad Comunitaria permite que el estudiante conozca la realidad del país, y vea de frente las necesidades de la población.

Invita al estudiante de EPS a realizar y coordinar esfuerzos para ayudar a niños de la comunidad.

Por medio de esta Actividad se brindó una ayuda social a aquellos que lo requieren.

Fotografía No. 1

Estado previo de las láminas Escuela Mixta Rural Caserío Xecubal



Fotografía No. 2

Cambio de las láminas



Fotografía No. 3

Resultado final con láminas nuevas



Mejoras a la Clínica Dental

Introducción

El lugar de trabajo es un lugar que necesita mantenimiento regular para presentar un buen funcionamiento. Es deber y responsabilidad de cada estudiante de EPS mantenerlo y responder a las necesidades de reparaciones, repuestos y mejoras necesarias; para poder dejar una clínica mejor a la que se encontró al iniciar el E.P.S.

Objetivos

- Mejorar la clínica dental.
- Reparar el equipo que esté en estado deficiente o que no funcione.
- Dejar una clínica en mejor estado para que pueda seguir en buen funcionamiento más tiempo.

Recursos

Recursos propios del estudiante de EPS.

Ayuda del Hogar Santa María de Guadalupe, en donde funciona la clínica.

Trabajadores del Hogar que colaboran con realizar las mejoras.

Resultados

Se logró realizar uno o dos cambios por mes. Se consiguieron varias mejoras que beneficiaron a los pacientes de la clínica dental.

Limitaciones o dificultades

La falta de tiempo para realizar algunas mejoras ya que no dejaban que se trabajara en un horario normal. En algunas ocasiones interrumpía por días el horario de trabajo de la clínica.

Algunos cambios requerían mucha inversión monetaria que en el momento que se necesitaba no se contaba con ese recurso por lo que había que posponerlo.

Análisis y evaluación del proyecto de actividad comunitaria

Esta actividad permite aprender a cuidar del equipo y de aquello con lo que se cuenta en la clínica.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Objetivos

- Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficio de los niños y adolescentes escolares de la comunidad donde se desarrolla el programa de EPS.
- Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población donde se realiza el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, por medio de:
 - a) Cepillo dental.
 - b) Enjuagues con fluoruro de sodio.
 - c) Educación en salud
 - d) Sellantes de fosas y fisuras.
- Aplicar las metodologías y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población.
- Comparar la efectividad de cada uno de los componentes de prevención de enfermedades bucales.
- Evaluar el alcance de los objetivos propuestos.

Metas

- Cubrir mínimo 1,000 niños con enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2% semanalmente.
- Elaborar material didáctico, evaluaciones periódicas y retroalimentación de la educación en salud. Impartir charlas mínimo una vez al mes.
- Seleccionar un grupo de escolares con piezas permanentes libres de caries.
- Realizar el tratamiento de sellantes a 20 niños mensualmente.

Presentación de resultados

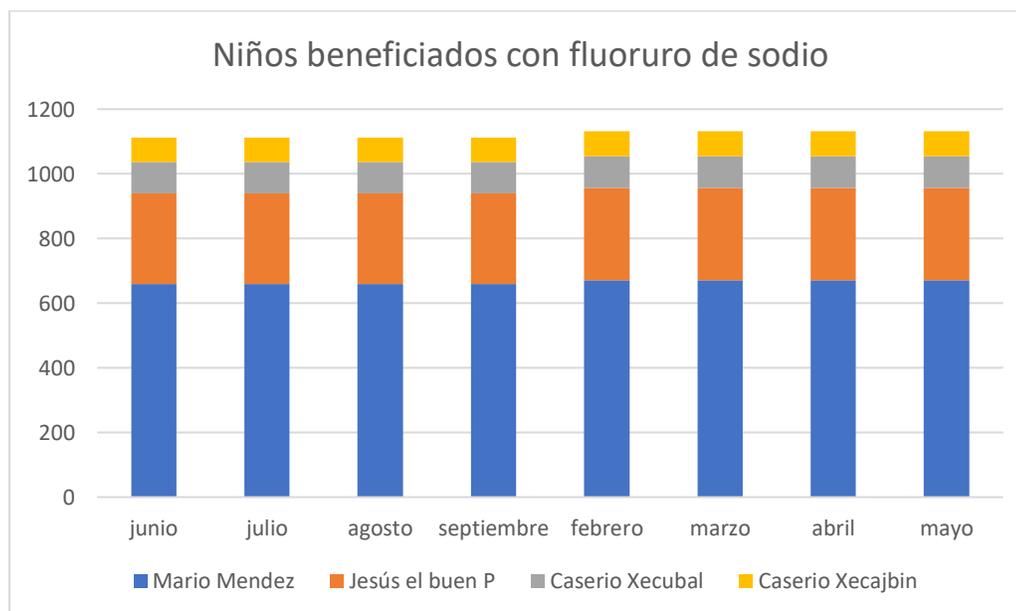
ENJUAGATORIOS CON FLUORURO DE SODIO

Cuadro 1

Niños beneficiados con fluoruro de sodio

Mes / Escuelas	Mario Méndez	Jesús el Buen P.	Caserío Xecubal	Caserío Xecajbin	Total
Junio	660	280	97	75	1,112
Julio	660	280	97	75	1,112
Agosto	660	280	97	75	1,112
Septiembre	660	280	97	75	1,112
Febrero	670	286	99	79	1,134
Marzo	670	286	99	79	1,134
Abril	670	286	99	79	1,134
Mayo	670	286	99	79	1,134
Promedio	665	283	98	77	1,123

Gráfica 1



En esta gráfica se puede ver que se mantuvo constante la entrega de fluoruro de sodio a lo largo del programa, además de llegar a la meta de 1,000 niños mensuales, en cuatro instituciones escolares. Ningún mes se dejó de alcanzar la meta.

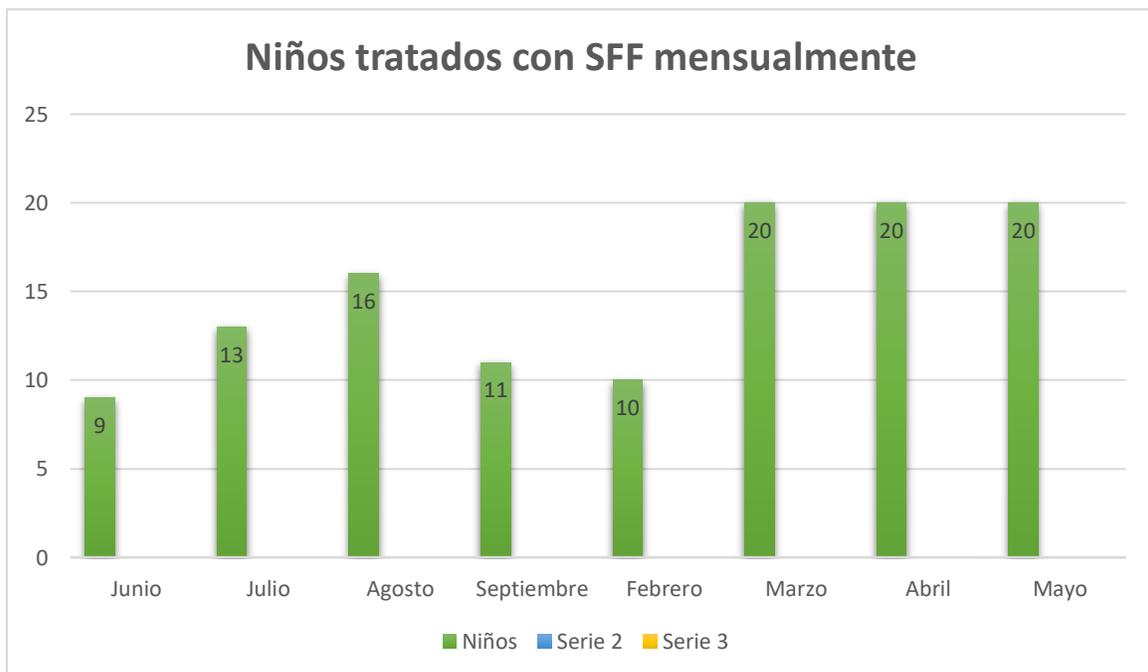
SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Cuadro 2

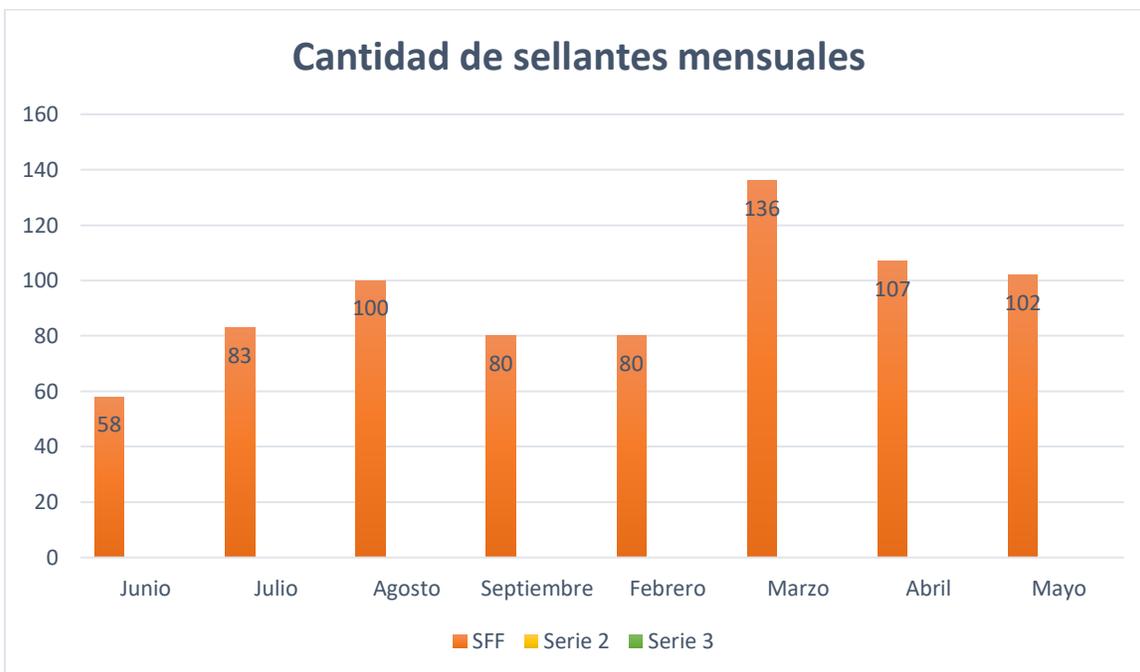
Niños tratados con SFF mensualmente

Mes	Niños	Sff
Junio	9	58
Julio	13	83
Agosto	16	100
Septiembre	11	80
Febrero	10	80
Marzo	20	136
Abril	20	107
Mayo	20	102
Total	119	746
Promedio	14.88	93.25

Gráfica 2



Gráfica 3



En estas gráficas se muestra que no todos los meses se logró alcanzar la meta de 20 niños mensuales, más bien presenta mucha variedad en la cantidad de niños tratados cada mes. La cantidad de sellantes colocados tiene también variedad, pero menos marcada, fue marzo el mes de mayor cantidad de SFF colocados.

Durante el mes de junio fue cuando menos sellantes se realizaron, ya que fue el mes en el que se inicio el programa y aun no era conocida en la comunidad, además de que no tenía un método eficaz para buscar niños y muchas veces las piezas ya estaban picadas. En el mes de marzo cuando mas sellantes se realizaron fue porque los niños que se atendieron durante ese mes tenían bastantes piezas para ser selladas.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Se realizaron entre 6 y 7 actividades por mes: charlas impartidas en salones de clase con material visual de apoyo.

Los temas impartidos fueron los siguientes.

- 1) Erupción dentaria.
- 2) Anatomía de la cavidad bucal.
- 3) Anatomía de las piezas dentales.
- 4) Beneficio de los enjuagues con flúor.
- 5) Alimentación balanceada.
- 6) Utilización de la pasta dentaria y uso correcto del cepillo.
- 7) Sustitutos del cepillo dental.
- 8) Caries dental.
- 9) Inflamación de las encías y enfermedad periodontal.
- 10) Relación de azúcar con la caries dental.

Se repartieron cepillos dentales a 99 niños beneficiados en Escuela Caserío Xecubal, y a 96 de los pacientes que llegaban a la clínica dental.

Los niños recibieron con emoción las charlas y participaron activamente, muy contentos al recibir las pastas y cepillos ya que en la escuela tienen un tiempo después del recreo para que los niños se cepillen y los colocaron en los salones.

Los maestros colaboraron y compartieron tiempo de sus actividades para que se realizaran las charlas y actividades con los niños.

Análisis del programa de Prevención de Enfermedades Bucales

En lo referente al subprograma de enjuagues de fluoruro de sodio sí se llegó a la meta, aunque a los niños no los entusiasmaba mucho debido al sabor del enjuague, sin embargo, participaban. En educación en salud también se logró atraer el interés de los niños para aprender y participar en las diferentes actividades.

En cuanto al subprograma de sellantes fue más difícil conseguir a los niños que llenaran los requisitos necesarios ya que la mayoría ya presentaba caries en las piezas dentales.

Los maestros y la mayoría de padres de familia estaban de acuerdo, apoyaban y agradecían las actividades que se realizaron con los niños. Unos pocos padres de familia pedían que a los niños no se les aplicara SFF o enjuagues de flúor, por desconocimiento y no querían que la epesista les explicara los beneficios de ellos.

Conclusiones

- La educación en salud bucal es una buena manera de instruir a los niños sobre la importancia de conservar sana la cavidad bucal.
- Es muy difícil lograr que algunos niños o padres de familia se interesen por la ayuda que se les brinda y prefieren negarla.
- Poco a poco se logra disminuir la incidencia de caries dental en los niños, aunque es muy lento el proceso debido a que muchos niños solo colaboran un tiempo y después se les olvida lo enseñado.

Recomendaciones

- Conseguir el apoyo y obtener mayor cantidad de cepillos para que no solo unos pocos niños sean los beneficiados.
- Enseñar a los padres de familia la importancia de la prevención de enfermedades bucales para que colaboren y resulte de beneficio a nivel familiar.
- Enseñar de manera más directa e individual a los niños de primer año la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de hilo dental; para que crezcan con este conocimiento y costumbre.

Fotografía No. 4

Actividad de Educación en Salud Bucal
Charlas en Colegio Jesús el Buen Pastor



Fotografía No. 5

Aplicaciones semanales de flúor



III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

Longevidad y Causas de Fracaso de Restauraciones de Amalgama y Resina Compuesta en pacientes escolares atendidos en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado

El fracaso o longevidad de una restauración dental de amalgama o resina depende de muchos factores. La más común es la aparición de caries secundaria y la fractura de la restauración o marginal, que fuerza a realizar una nueva restauración y más grande. La longevidad de una amalgama está calculada entre 5 y 8 años, y la de resina entre 6 y 7 años.

Para evaluar una restauración como aceptable se evalúan varias características de la restauración, como anatomía, adaptación marginal, rugosidad superficial, punto de contacto proximal y oclusal, cambios de coloración, sensibilidad y caries secundaria.

Se seleccionó una muestra de 10 personas que hubieran sido atendidas en la clínica dental de Hogares Santa María de Guadalupe, en piezas permanentes, antes del año 2017. Se evaluaron 9 características de forma independiente en cada restauración: color, adaptación marginal, forma anatómica, rugosidad superficial, tinción marginal, tinción de la restauración, contactos, sensibilidad dental y caries secundaria.

Cada característica se clasificó como: Alfa (A), si la restauración estaba en excelentes condiciones. Bravo (B), si la restauración estaba aceptable, pero algo fallaba. Charlie (C) cuando la restauración estaba deficiente y necesitaba ser cambiada.

Se evaluaron un total de 56 piezas, de las cuales fueron 25 amalgamas y 31 resinas. El 96% fueron restauraciones clase I. Las restauraciones tenían entre 2 y 10 años de haber sido trabajadas

Tabla I
Resumen de amalgamas

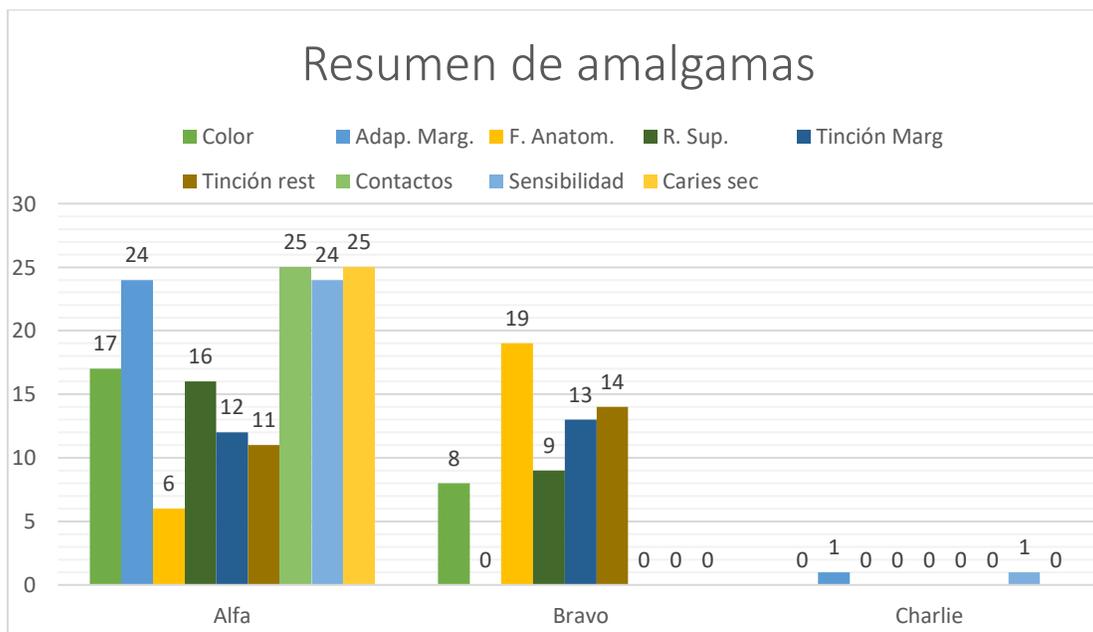
Clasificación	Color	Adap. Marginal	Forma Anatómica	Rugosidad Superficial	Tinción marginal	Tinción rest.	Contactos	Sensibilidad	Caries Sec.
Alfa	17	24	6	16	12	11	25	24	25
Bravo	8	0	19	9	13	14	0	0	0
Charlie	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Total	25	25	25	25	25	25	25	25	25

Fuente: Datos obtenidos durante la recopilación realizada en el puesto de EPS, Santa Apolonia, Chimaltenango 2017-2018

El promedio fue de 17 piezas alfa, 7 beta y 1 charlie.

Gráfica 1

Resumen Amalgama



Fuente: Datos obtenidos durante la recopilación realizada en el puesto de EPS, Santa Apolonia, Chimaltenango 2017-2018

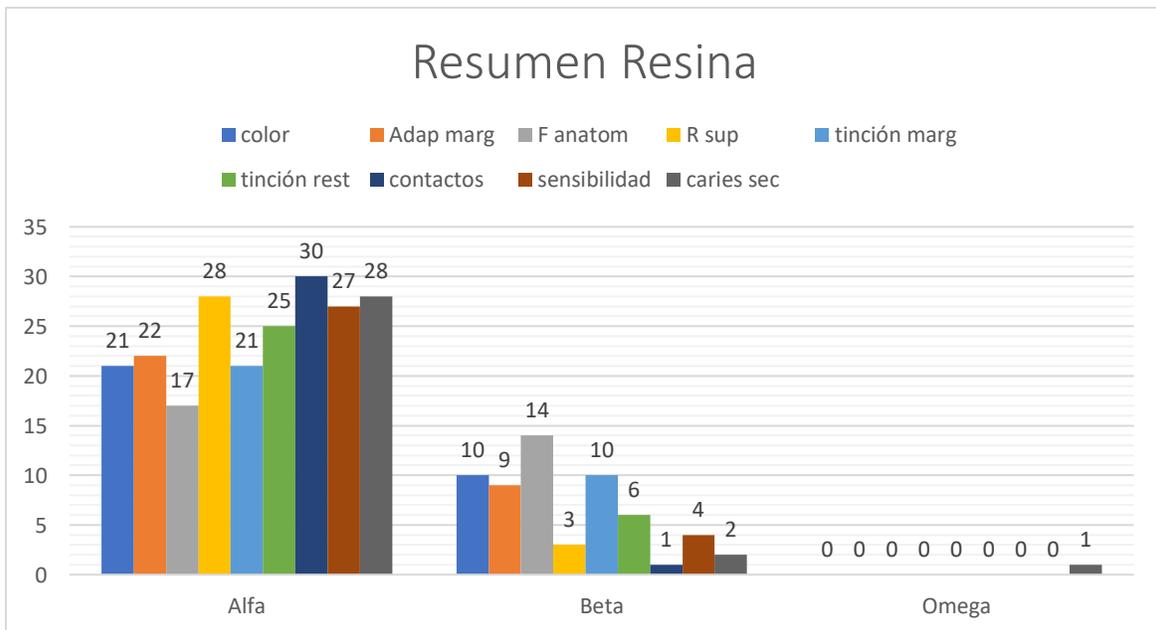
Tabla 2
Resumen Resinas

Clasificación	Color	Adap. Marginal	Forma Anatómica	Rugosidad Superficial	Tinción marginal	Tinción rest.	Contactos	Sensibilidad	Caries Sec.
Alfa	21	22	17	28	21	25	30	27	28
Bravo	10	9	14	3	10	6	1	4	2
Charlie	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	31	31	31	31	31	31	31	31	31

Fuente: Datos obtenidos durante la recopilación realizada en el puesto de EPS, Santa Apolonia, Chimaltenango 2017-2018

El promedio fue de 24 alfa, 6 beta y 1 charlie.

Gráfica 2
Resumen Resinas



Fuente: Datos obtenidos durante la recopilación realizada en el puesto de EPS, Santa Apolonia, Chimaltenango 2017-2018

Tabla 3
Porcentaje de éxito en restauraciones

	Alfa	Beta	Gama	Total
Amalgama	30.3572%	12.50%	1.7857%	44.6429%
Resina	42.8571%	10.7143%	1.7857%	55.3571%
Total	73.2143%	23.2143%	3.5714%	100.00%

Fuente: Datos obtenidos durante la recopilación realizada en el puesto de EPS, Santa Apolonia, Chimaltenango 2017-2018

Con los resultados obtenidos, se puede apreciar que las restauraciones tanto de amalgama como de resina, presentaron un 73.2143% de lo que se considera éxito. Solo un 3.5714% de las restauraciones habían fracasado y un 23.2143% de las restauraciones presentaban probabilidad de volverse un fracaso en poco tiempo.

La restauración más realizada en el programa de EPS fue la resina y presentó un 77.42% de éxito entre las restauraciones examinadas.

Resultados

A pesar de que el tiempo de vida está valorado en 6 años promedio, la mayoría de las restauraciones parecen que durarán más de ese tiempo, ya que muchas ya tienen ese tiempo de vida.

Como en otros estudios, el mayor motivo de fracaso de una restauración es la caries secundaria. La falta de adaptación marginal va de la mano con la sensibilidad dental. No se observaron fracasos por fractura dentaria o de la restauración.

Comparado con otros estudios, este tiene la desventaja de tener una muestra muy pequeña y que no arroja mayor cantidad de datos para el estudio.

Conclusiones

- Se puede concluir que la resina tiene mayor longevidad comparada con la amalgama y que son similares en cuanto al fracaso de una restauración.
- La caries secundaria es el mayor motivo por el que una restauración fracasa.

Recomendaciones

- Llevar un mayor control de las restauraciones realizadas y buscar los motivos por los que se cambian las restauraciones y de ser posible la longevidad de las mismas.
- Realizar un estudio a mayor escala y con la calibración necesaria para tener un parámetro más estándar.
- Realizar un estudio paralelo longitudinal sobre el tiempo de aparición de caries secundaria en piezas restauradas.

IV. ATENCIÓN CLÍNICA DENTAL INTEGRADA

Para ayudar a resolver los problemas de salud bucal de la comunidad, se atendió a niños en edad escolar de forma prioritaria para trabajarlos de manera integral, mientras los pacientes adultos eran atendidos por los requerimientos específicos por los que se presentaran en la clínica dental.

Para llevar control de los tratamientos y pacientes atendidos se hacía un recuento mensual, y estos son los resultados obtenidos.

Tabla 1
Tratamientos efectuados en pacientes integrales niños

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total	promedio
Examen	4	14	13	13	12	13	14	13	96	12
Profilaxis	4	14	13	13	12	13	14	13	96	12
ATF	4	14	13	13	12	13	14	13	96	12
SFF	15	81	61	48	41	21	11	18	296	37
I.V	2	10	10	3	0	3	2	11	41	5.12
Limpieza	0	1	1	5	3	2	0	1	13	1.62
Amg	15	2	5	14	5	6	11	12	70	8.75
Resina	8	62	38	54	41	34	47	56	340	42.5
Pulpo	0	6	3	4	4	5	6	3	25	3.12
TCR	0	1	0	0	0	0	0	2	3	0.38
Corona	0	2	1	1	6	2	6	3	21	2.62
Extracciones	0	1	15	9	12	19	18	7	81	10.12

Gráfica 1

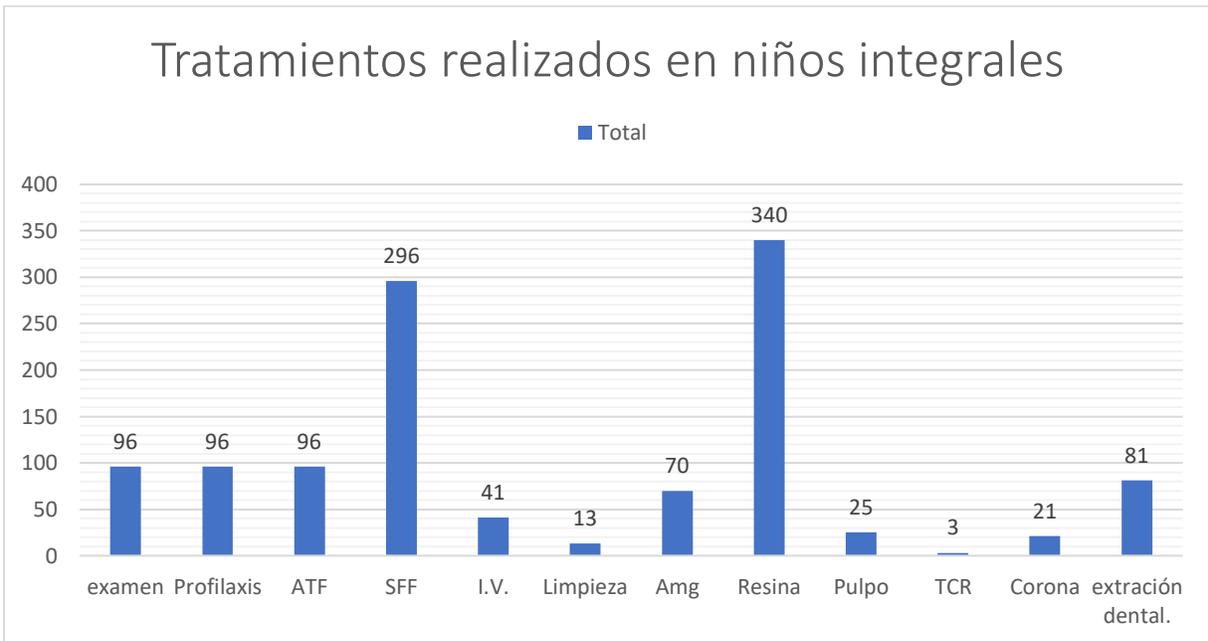
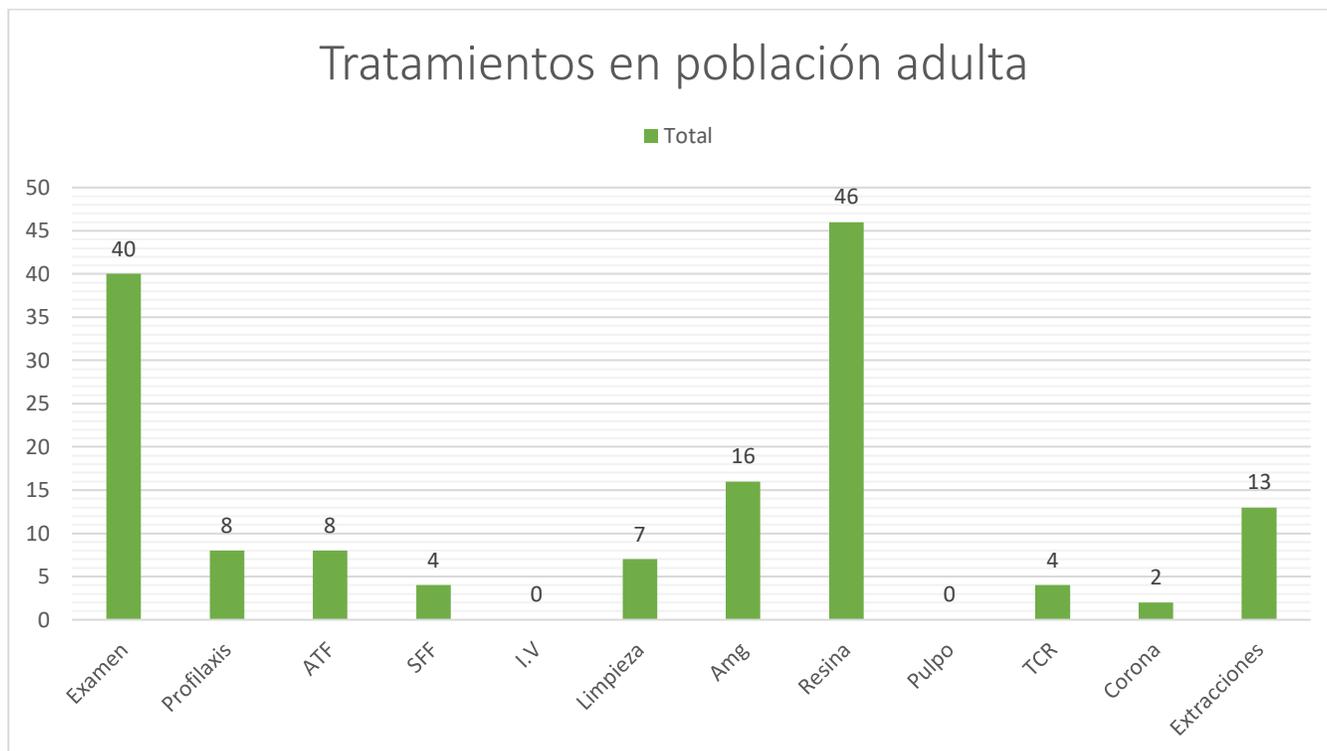


Tabla 2

Tratamientos efectuados en pacientes adultos

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Total	promedio
Examen	6	3	2	7	4	3	11	4	40	5
Profilaxis	3	0	0	0	1	2	1	0	8	1
ATF	3	0	0	0	1	2	1	0	8	1
SFF	0	0	1	2	0	0	1	0	4	0.5
I.V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Limpieza	3	0	0	0	1	2	0	0	7	0.88
Amg	0	1	0	5	1	0	8	1	16	2
Resina	9	6	1	6	7	1	11	4	46	5.75
Pulpo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TCR	0	0	0	0	2	0	0	2	4	0.5
Corona	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0.25
Extracciones	2	2	0	1	0	0	8	0	13	1.62

Gráfica 2



Análisis

En los niños atendidos durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, la incidencia de caries fue bastante alto, por lo que se requerían muchas restauraciones, exodoncias y pulpotomías. Sin embargo, por la edad de los escolares aún se podían hacer una alta cantidad de SFF lo que permitía prevenir la aparición de caries con tanta facilidad.

Muchas veces el desconocimiento de los padres de familia dificultaba el trabajo a realizarse, ya que preferían realizar una exodoncia en el niño en vez de una restauración, o definitivamente que no se les trabajara. Por estas razones, muchos niños no pudieron ser trabajados de manera integral. Además, muchas veces los niños no se presentaban a las citas establecidas o no eran llevados por los padres de familia.

En la población adulta era aún más difícil realizar trabajos restaurativos, ya que prefieren realizar una exodoncia, aun cuando era posible realizar una restauración. Por lo que la población general adulta atendida fue mínima.

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Como parte de Administración del Consultorio, se incluye la Capacitación del Personal Auxiliar, que debía realizarse cada mes con ayuda de un Manual proporcionado al inicio del Ejercicio Profesional Supervisado.

El Manual fue una ayuda bastante completa y básica para entrenar a una persona que trabaja como un asistente dental. Dicho Manual, está dirigido a un personal que no cuenta con ninguna noción previa de lo que un asistente dental debe de saber.

Si dicha asistente, es una persona que recién empieza como asistente dental, sin conocimiento previo, tardará mucho tiempo en lograr aprender todo el contenido del libro y el siguiente EPS podrá reforzarlo.

Al tratarse de un asistente que lleva muchos años con el trabajo en el puesto de EPS, el libro se vuelve redundante y aburrido, por lo que deja de prestarle mucha atención y se dificulta el repaso del manual. De esta manera sucedió en el caso de la asistente que llevaba ya 23 años de trabajar en la clínica dental.

Se impartieron los capítulos cada lunes por la tarde y a final de mes se realizaron los exámenes, y se resolvieron las mínimas dudas manifestadas.

Los temas impartidos fueron:

- 1) Funciones del asistente dental
 - a) Funciones del asistente
 - b) Manejo de desechos tóxicos

Nota: 100/100

- 2) Equipo de uso dental
 - a) Equipo
 - b) Compresor
 - c) Conociendo el equipo dental
 - d) Jeringa de uso dental

Nota: 90/100

- 3) Prevención de enfermedades
 - a) Prevención de la caries
 - b) Fluoruro
 - c) Placa dentobacteriana
 - d) Técnica de cepillado y uso de hilo dental
 - e) Limpieza y esterilización de instrumentos
 - f) Ciclo de esterilización
 - g) Sellante de fosas y fisuras
 - h) Alternativas para la higiene bucal
 - i) Profilaxis

Nota: 100/100

- 4) Instrumental para uso dental
 - a) Instrumental para examen dental
 - b) Instrumental y materiales para exodoncia
 - c) Instrumentos para la profilaxis
 - d) Instrumentos para procedimientos

Nota: 100/100

- 5) Morfología dental
 - a) Nomenclatura universal
 - b) Nomenclatura Palmer
 - c) Nomenclatura F.D.I.

Nota: 95/100

- 6) Transferencia Instrumental
 - a) Postura del personal auxiliar
 - b) Forma de tomar la cánula
 - c) Rol de la auxiliar en la técnica a 4 manos

Nota: 100/100

- 7) Materiales de uso dental
 - a) Ionómeros de Vidrio
 - b) Acrílicos
 - c) Cementos dentales
 - d) Materiales de impresión
 - e) Yesos

Nota: 95/100

- 8) Enfermedades dentales
 - a) Enfermedad periodontal
 - b) Caries dental

Nota: 95/100

Conclusiones

- El Manual es un buen material que ayuda a instruir a alguien nuevo como asistente.
- La técnica cuatro manos es más efectiva cuando el asistente dental sabe de lo que se trata y no solo se improvisa: ahorra tiempo.
- Un asistente dental bien entrenado ayuda a que la carga de trabajo sea menor y el manual es una forma efectiva de que esto suceda.

Recomendaciones

- Revisar el orden de los capítulos, porque hay temas importantes que están casi al final y tendrían que ser ofrecido en medio.
- Las evaluaciones no son equitativas en cada capítulo, algunas son muy fáciles y otras un tanto complicadas de entender.
- Existen capítulos muy cargados con muchos temas, mientras otros son muy cortos, debería de ser más equitativo para que el asistente pueda aprender de manera más efectiva.

PROCESO DE DESINFECCIÓN

Limpieza

Tras la utilización de los instrumentos estos son lavados y cepillados con agua y jabón de forma individual.



Fotografía no. 6 lugar de limpieza de instrumental

Desinfección

El sillón, brazo y taburete son desinfectados con paños de germicida, con una formula cuaternaria baja en alcohol (14.85%). Llamada SANI-CLOTH PLUS.

Los instrumentos metálicos son sumergidos en un agente de glutaraldehido al 1.8%. MetriCide 28. Se deben sumergir por 45 minutos para una apropiada desinfección. El líquido debe de ser cambiado cada 15 días.



Fotografía 7, 8 y 9 formas de desinfección.

Esterilización

Tras la desinfección los instrumentos se secan y son empacados en bolsas para esterilizar por lo general de manera individual, únicamente los equipos básicos van juntos. Luego son colocados en la autoclave.

A la autoclave se agrega agua destilada hasta la marca señalada. Y se deja trabajar, los instrumentos son esterilizados por la presión y el vapor caliente generados por la autoclave.



Fotografía 10 y 11 forma de esterilización de instrumentos.

HORARIO UTILIZADO PARA LA CLÍNICA DENTAL

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 12:00	Pacientes Integrales y de SFF	Pacientes Integrales y de SFF	Programa de prevención a escuelas y colegio	Pacientes Integrales y de SFF	Pacientes Integrales y de SFF
12:00 – 2:00	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
2:00 – 5:00	Atención a Pacientes de Población General Capacitación a asistente dental	Atención a Pacientes de Población General	Atención a Pacientes de Población General	Atención a Pacientes de Población General	Atención a Pacientes de Población General

BIBLIOGRAFÍA

1. Baratieri, L.N.; Monteiro, S. and Andrada, M.A. (1992). **Amalgam repair: a case report**. Quintessence Int. 23(8):527-531.
2. Boksman, L. et al. (1986). **A visible light cured posterior composite resin: result of three years clinical evaluation**. JADA. 112(5):627-631.
3. Burke, F.J. et al. (1999). **Restoration longevity and analysis of reasons for the replacement of restorations provided by vocational dental practitioners and trainers in the United Kingdom**. Quintessence Int. 30(4):234-242.
4. _____ et al. (2001). **Influence of patient factors on age of restorations at failure and reasons for their placement and replacement**. J. Dent. 29(5):317-24.
5. Craig, R. (1988). **Materiales dentales restauradores**. 7ª ed. Buenos Aires: Mundi. pp. 81- 86.
6. Deligeorgi, V.; Mjör, I.A. and Wilson, N.H. (1972). **An overview of reasons for the placement and replacement of restorations**. Prim Dent Care. 8(1):5-11.
7. Downer, M.C. et al. (1999). **How long do routine dental restorations last?: A systematic review**. Br. Dent. J. 187(8):432-439.
8. Ekstrand, K. R. (2004). **Improving clinical visual detection: Potential for caries clinical trials**. J Dent Res. 83(supp C):67-71.
9. _____ Ricketts, D.N. and Kidd, E.A. (2001). **Occlusal caries: Pathology, diagnosis and logical management**. Dent. Update. 28(8):380-387.
10. Elderton, R.J. (1977). **Assessment of the quality of restorations: A literature review**. J. Oral Rehabil. 4(3):217-226.



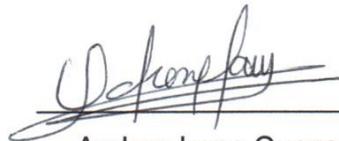
11. Horsted-Bindslev, P. and Mjör, I.A. (1998). **Modern concepts in operative dentistry.** Dinamarca: Munksgard. pp.146-188.
12. Klausner, L.H.; Green, T.G. and Chabeneu, G.T. (1987). **Placement and replacement of amalgam restorations: a challenge for the profession.** Oper. Dent. 12(3):105-112.
13. Manhart, J, et al. (2004). **Buonocore memorial lecture: Review of the clinical survival of direct restoration in posterior teeth of the permanent dentition.** Oper. Dent. 29(5):481-508.
14. Mjör, I.A. (1998). **The location of clinically diagnosed secondary caries.** Quintessence Int. 29(5):313-317.
15. _____ (1981). **Placement and replacement of restorations.** Oper. Dent. 1(6):49-54.
16. _____ (1997). **The reason of replacement and the age of failed restoration in general dental practice.** Acta Odontol. Scand. 55(1):58-63.
17. _____ (1998). **Change in size of replaced amalgam restorations: A methodological study.** Oper. Dent. 23(5):272-278.
18. _____ Dahl, J.E. and Moorhead, J.E. (2000). **Age of restorations at replacement in permanent teeth in general dental practice.** Acta Odontol Scand. 58(3):97-101.
19. _____ and Toffeneti, F. (1992). **Placement and replacement of amalgam restorations in Italy.** Oper. Dent. 17(2):70-73.
20. _____ (2000) **Secondary caries: a literature review with case reports.** Quintessence Int. 31(3):165-179.
21. _____ Jokstad, A. and Qvist, V. (1990). **Longevity of posterior restorations.** Int Dent J. 40(1):11-17.



22. Moncada, G. et al. (2007). **Longevidad y causas de fracaso de restauraciones de amalgama y resina compuesta**. Revista Dental de Chile. 99(3):8-16.
23. Orozco, E. (2015). **Municipio de Santa Apolonia**. (en línea). Guatemala: de deGUATE.com. Consultado el 15 de jun. de 2018. Disponible en: http://www.deguate.com/artman/publish/Chimaltenango_224/Santa_Apolonia_2592.shtml.
24. Qvist, J.; Qvist, V.; and Mjör, I.A. (1990). **Placement and longevity of amalgam restorations in Denmark**. Acta Odontol. Scand. 48(5):297-303.
25. Ryge, G. (1973). **Evaluating the clinical quality of restorations**. J. Am.Dent.Assoc. 87(2):369-377.
26. _____ et al. (1981). **Standardization of clinical investigators for studies of restorative materials**. Swed. Dent. J. 5(5-6):235-249.
27. Rytomaa, I. et al (1984). **Clinical assessment of amalgam fillings**. Community Dent. Oral Epidemiol. 12(3):169-172.
28. Türkün, L.S.; Türkün, M. and Ozata, F. (2003). **Two-year clinical evaluation of a packable resin-based composite**. J. Am. Dent. Assoc. 134(9):1205-1212.
29. Vist, V.; Thylstrup, A. and Mjör, I.A. (1986). **Restorative treatment pattern and longevity of amalgam restorations in Denmark**. Acta Odontol. Scand. 44(6):343-349.
30. Wilson, H.F; Burke, F.J. and Mjör, I.A. (1997). **Reason for placement and replacement of restorations of direct restorative materials by a select group of practitioners in the United Kingdom**. Quintessence Int. 28(4):245-248.



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



Andrea Irene Quezada Lam

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

Vo.Bo. IMPRÍMASE, _____

Dr. Julio Rolando Pineda Cerdón
Secretario Académico
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

